



Haline Pereira de Oliveira

**Avaliabilidade do Plano de Ação para Enfrentamento da Pandemia de Covid-19 no
Município do Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2022

Haline Pereira de Oliveira

**Avaliabilidade do Plano de Ação para Enfrentamento da Pandemia de Covid-19 no
Município do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Fundação Oswaldo Cruz-RJ, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Grácia Maria de Miranda Gondim.

Linha de Pesquisa: Planejamento e Gestão em Saúde.

Rio de Janeiro

2022

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

O48a Oliveira, Haline Pereira de.
Avaliabilidade do Plano de Ação para Enfrentamento da Pandemia de Covid-19 no Município do Rio de Janeiro / Haline Pereira de Oliveira. -- 2022.
120 f. : il. color., tab., quad., graf.

Orientadora: Grácia Maria de Miranda Gondim.
Dissertação (Mestrado em Saúde da Família – PROFSAÚDE) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2022.

1. COVID-19. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Processo de Trabalho em Saúde. 4. Avaliação em Saúde. 5. Brasil. I. Título.

CDD – 23.ed. – 616.2098153

Haline Pereira de Oliveira

**Avaliabilidade do Plano de Ação para Enfrentamento da Pandemia de Covid-19 no
Município do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Fundação Oswaldo Cruz-RJ, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: 30 de setembro de 2022.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Severina Alice da Costa Uchoa
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof.^a Dra. Marize Barros de Souza
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof.^a Dra. Kátia da Silveira da Silva
Fundação Oswaldo Cruz

Prof.^a Dra. Grácia Maria de Miranda Gondim (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2022

Dedico esta pesquisa a Deus, por estar sempre à frente do meu caminho.

Aos meus pais e irmãs pelo incentivo.

Ao meu esposo João Lucas, pela compreensão dos momentos de ausência para dedicação a esse sonho, pelo amor e apoio em todos os momentos mais difíceis.

Ao meu amado filho, João Lucas Neto, por ser tudo o que há de mais belo na minha vida.

Aos pacientes, amigos e colegas da Estratégia de Saúde da Família, que tanto me ensinaram.

Com eles cursei a faculdade da vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente a Deus, sem Ele não seria possível a conclusão deste sonho. Agradeço a Doutora e Orientadora Profa. Grácia Maria de Miranda Gondim, grande norteadora desta dissertação, pelos ensinamentos, paciência e compreensão, e por sempre estimular e incentivar meu crescimento acadêmico.

Às valiosas contribuições da Comissão Examinadora de Qualificação, nas pessoas da Profa. Dra. Kátia Silveira e Profa. Dra. Alice Uchoa, pelas sábias sugestões que refletem o amplo conhecimento no campo da Saúde Pública.

Agradeço as minhas colegas de turma e mestres por todo aprendizado, trocas de experiências técnicas e trocas de carinho e apoio nos momentos de dificuldades enfrentados diante dos cenários difíceis na saúde durante todo o curso.

Agradeço aos parceiros de trabalho pela liberação de carga horária, apoio e incentivo durante o período do curso.

RESUMO

O cenário de adaptação da Atenção Primária à Saúde para combater a COVID-19 possibilitou a criação de fluxos de acolhimento específicos e individualizados na busca de uma forma de produção do cuidado eficaz. Contudo, mesmo considerando as medidas propostas pelo Plano de Contingência, ainda ocorreram infecções de pessoas no atendimento primário. Nesse sentido, algumas inquietações foram transformadas em questões mobilizadoras, de modo a orientar o processo investigativo: 1. O Plano de Contingência da Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro contempla as necessidades de enfrentamento à pandemia do coronavírus pelas equipes da ESF? 2. Quais elementos dos contextos externos (ameaças e oportunidades) e internos (força e dificuldade) contribuíram para a implementação do Plano de Contingência nas equipes da ESF? 3. O Plano de contingência pode ser avaliado como política de saúde emergencial em face um evento transmissível inusitado? Logo, o objetivo do presente trabalho é elaborar a Avaliabilidade do Plano de Contingência do município do Rio de Janeiro implementado para o enfrentamento da pandemia de Covid-19. Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo de abordagem qualitativa, onde foi realizado um Estudo de Avaliabilidade (EA) do Plano de Contingência (PC) da Covid-19 para o município do Rio de Janeiro, onde foram analisados dados e ações referentes à gestão e ao atendimento à população, integrados a análise documental, em uma Unidade de Estratégia Saúde da Família (ESF). Os dados sobre atendimentos referentes ao início da pandemia, ao período de reorganização do acesso na Unidade e a fase de consolidação das ações foram coletados por meio de: observação participante; questionários semiestruturados aplicados aos profissionais que estiveram na linha frente e na gestão, após decretado alerta sanitário de interesse nacional em fevereiro de 2020, e a formuladores do PC por meio de entrevistas. Os resultados apontam que o Plano de Contingência do município do Rio de Janeiro, tem objetivos, metas e ferramentas operacionais a partir dos quais foi possível construir um Modelo Lógico por dimensões e subdimensões, e elaborar as perguntas avaliativas, para aplicabilidade em futuro processo de avaliação em toda rede de ABS no município do RJ, na perspectiva de seu aperfeiçoamento, para efetividade das ações de promoção, proteção, reabilitação e recuperação nas redes de atenção o SUS em momentos de emergência sanitária, tendo a ABS como coordenadora do cuidado e ordenadora das redes.

Palavra-chave: COVID-19; atenção primária à saúde; processo de trabalho em saúde; avaliação em saúde.

ABSTRACT

The adaptation scenario of Primary Health Care to combat COVID-19 enabled the creation of specific and individualized reception flows in the search for a way of producing effective care. However, even considering the measures proposed by the Contingency Plan, infections of people in primary care still occurred. In this sense, some concerns were transformed into mobilizing questions, in order to guide the investigative process: 1. Does the Rio de Janeiro Secretary of Health's Contingency Plan address the needs of the FHS teams to face the coronavirus pandemic? 2. What elements of the external (threats and opportunities) and internal (strength and difficulty) contexts contributed to the implementation of the Contingency Plan in the ESF teams? 3. Can the contingency plan be evaluated as an emergency health policy in the face of an unusual transmissible event? Therefore, the objective of the present work is to elaborate the Evaluability of the Contingency Plan of the municipality of Rio de Janeiro implemented to face the Covid-19 pandemic. This is a retrospective descriptive study with a qualitative approach, where an Evaluability Study (EA) of the Covid-19 Contingency Plan (PC) was carried out for the municipality of Rio de Janeiro, where data and actions related to management were analyzed. and service to the population, integrated with documental analysis, in a Family Health Strategy Unit (ESF). Data on consultations regarding the beginning of the pandemic, the period of reorganization of access to the Unit and the phase of consolidation of actions were collected through: participant observation; semi-structured questionnaires applied to professionals who were on the front line and in management, after the health alert of national interest was declared in February 2020, and to PC formulators through interviews. The results indicate that the Contingency Plan of the municipality of Rio de Janeiro has objectives, goals and operational tools from which it was possible to build a Logical Model by dimensions and sub-dimensions, and to elaborate the evaluative questions, for applicability in a future evaluation process throughout the PHC network in the city of RJ, with a view to improving it, for the effectiveness of promotion, protection, rehabilitation and recovery actions in the SUS care networks in times of health emergency, with PHC as the coordinator of care and ordering of the networks.

Keyword: COVID-19; primary health care; health work process; health assessment.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Grupo A - por categorias profissionais contempladas no Plano de Contingência	43
Figura 2 –	Esquematização geral da 1 versão do plano de contingência no Brasil e no município do Rio de Janeiro	54
Quadro 1 –	Comparativo 1ª e 2ª Versões do Plano de Contingência do Município do Rio de Janeiro para Enfrentamento da COVID-19.....	56
Quadro 2 –	Resumo da Nota Técnica - Assessoria Especial de Atenção Primária a Saúde.....	58
Gráfico 1 –	Caracterização do gênero.....	60
Gráfico 2 –	Distribuição das idades.....	60
Gráfico 3 –	Caracterização da formação.....	61
Gráfico 4 –	Tempo na Atenção Básica.....	61
Gráfico 5 –	Tempo na equipe ESF.....	62
Gráfico 6 –	Avaliação dos objetivos do Plano de Contingência.....	74
Gráfico 7 –	Avaliação das Metodologias propostas pelo Plano de Contingência....	74
Gráfico 8 –	Avaliação dos instrumentos definidos pelo Plano de Contingência.....	75
Figura 3 –	Modelo Lógico para avaliação do Plano de Contingência da COVID-19.....	83

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil Epidemiológico COVID – 19 Rio de Janeiro, Brasil, 2020-2022.....	17
Tabela 2 – Perfil Epidemiológico COVID – 19 Brasil, 2020-2022.....	17
Tabela 3 – Normativas, decretos e leis propostos no período compreendido entre 2020-2022 no Município do Rio de Janeiro.....	57
Tabela 4 – Dimensão Político Gerencial.....	85
Tabela 5 – Aprendizado Organizacional.....	86
Tabela 6 – Aprendizado de Práticas.....	87

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AP	Área Programática
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Coordenadoria de Atenção Primária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Código Internacional de Doenças
COE-nCoV	Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ERR	Equipe de Resposta Rápida
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESPII	Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional
NASF	Núcleo de Apoio a saúde da Família
NT	Nota Técnica
OS	Organização de Social
OMS	Organização Mundial de Saúde
PC	Plano de Contingência
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RSI	Regimento Sanitário Internacional
SARS-COV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
SMS – RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro
SUBHUE	Subsecretaria de Atenção Hospitalar – Urgência e Emergência
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	19
2.1	OBJETIVO GERAL.....	19
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
3	REVISÃO DE LITERATURA	20
3.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O CENÁRIO DA PANDEMIA.....	20
3.2	PROCESSO DE TRABALHO DA ATENÇÃO BÁSICA E O PLANO DE CONTINGÊNCIA.....	28
3.3	GESTÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO NA ABS E A AVALIAÇÃO EM SAÚDE.....	32
4	METODOLOGIA	39
4.1	TIPO DE ESTUDO E DELINEAMENTO.....	39
4.2	CENÁRIO DA PESQUISA.....	39
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	41
4.3.1	Critérios de Inclusão	42
4.3.2	Critérios de Exclusão	44
4.4	COLETA DE DADOS.....	44
4.4.1	Instrumentos de Coleta de Dados	44
4.4.1.1	Questionário (A) Questões Abertas e Questões Fechadas (Q-A).....	44
4.4.1.2	Questionário (B) fechado (Q-B).....	45
4.4.2	Entrevistas – Tomadores de Decisão	45
4.4.3	Observação Participante	47
4.4.4	Análise Documental – documentos oficiais da SMS-RJ para Covid-19	48
4.4.5	Oficinas de Trabalho	48
4.5	PERÍODO DE COLETA DE DADOS.....	49
4.5.1	Etapas da Coleta de Dados Primários Secundários e Dados Primários	49
4.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	50
4.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	51

5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
5.1	ANÁLISE DOCUMENTAL.....	52
5.1.1	Plano de Contingência	52
5.1.2	Análise da Nota Técnica (NT)	58
5.1.3	Resultados Questionário 1	59
5.1.3.1	Perfil do respondente.....	60
5.1.3.1.1	<i>Idade</i>	60
5.1.3.1.2	<i>Formação</i>	61
5.1.3.1.3	<i>Tempo na Atenção Básica</i>	61
5.1.3.1.4	<i>Tempo na equipe de ESF</i>	62
5.1.3.2	Processo de Trabalho.....	62
5.1.3.3	Capacitações /Qualificações.....	70
5.1.3.4	Visão da Equipe sobre o Plano de Contingência.....	74
5.1.4	Plano de contingência a partir de um olhar dos Stakeholders	75
5.1.5	Construção do Modelo Lógico (ML)	82
5.1.6	Validação do Modelo Lógico	84
5.1.7	Análises do grau de concordância das Dimensões e Subdimensões	85
5.1.8	Perguntas Avaliativas	87
6	CONCLUSÃO	90
7	RECOMENDAÇÕES	93
	REFERÊNCIAS	94
	APÊNDICE A – Questionário A	102
	APÊNDICE B – Roteiro de entrevista (Stakeholders)	108
	APÊNDICE C – Instrumento de Validação	109
	APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	114
	APÊNDICE E - Termo de Anuência Institucional	118
	APÊNDICE F – Autorização do Comitê de Ética e Pesquisa	119
	APÊNDICE G – Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)	120

1 INTRODUÇÃO

A doença do novo Coronavírus denominada COVID-19 é uma enfermidade respiratória causada pelo vírus SARS-COV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*). Em dezembro de 2019, a Organização Mundial de Saúde (OMS) começou a monitorar um aumento de casos de pneumonia de causa desconhecida na cidade de Wuhan, na China. Em 7 de janeiro de 2020, as autoridades chinesas informaram que a causa era esse novo tipo de coronavírus (FARIAS *et al.*, 2020).

A OMS declarou, em 30 de janeiro de 2020, que o surto da doença causada pelo novo coronavírus constituía em uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada, pela OMS, como uma pandemia (FARIAS *et al.*, 2020).

A OMS e todos os países, incluindo o Brasil, vêm desde então monitorando a progressão, o comportamento e as respostas dadas à COVID-19. Além disso, o Ministério da Saúde (MS) declarou, através da Portaria nº 454 de 20 de março de 2020, o estado de transmissão comunitária em todo o território nacional e ativou o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública para coordenar a resposta à essa emergência no âmbito nacional, garantindo a gestão dos dados, sua análise apropriada à geração de informações necessárias para subsidiar a tomada de decisão dos gestores e técnicos, na definição de estratégias e ações adequadas e oportunas para o enfrentamento da COVID-19 (OMS, 2019).

Nos contextos nacional e internacional o termo emergência de saúde pública, tem descrito situações que apresentam risco imediato de produção, disseminação ou agravamento de danos à saúde da população, independentemente da natureza ou origem, exigindo das autoridades de saúde e dos atores envolvidos uma análise das características que compõe o evento, conhecimento que muitas vezes se obtém com as vivências da referida emergência. (CARMO, et al 2008).

Essa é uma tarefa urgente a ser desenvolvida pelas autoridades de saúde, comunidade científica e outros atores envolvidos com o tema, devido ao fato de que as condições para a intensificação na ocorrência de emergências de saúde pública têm ampliado cada vez mais (CARMO et al., 2008).

O Brasil vivenciou várias emergências de saúde pública de diferentes precedentes, incluindo epidemias, doenças emergentes e desastres. Destaca-se a pandemia de influenza

produzida pelo vírus influenza A (H1N1) em de fevereiro de 2009 com rápida disseminação, pela qual foi considerada a primeira emergência de saúde pública de importância internacional, inserida nos novos critérios do Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005). Outro momento importante, data de 2014 com as epidemias de Chikungunya e de Zika em que houve a detecção do aumento de síndromes neurológicas além das alterações congênitas associadas à infecção materna pelo vírus Zika no final de 2015. Os achados de alterações congênitas pelo vírus Zika no Brasil e a disseminação para outros países, levaram a OMS a declarar emergência de saúde pública de importância internacional. No ano de 2017, o Brasil enfrentou uma nova epidemia de Febre Amarela Silvestre e recentemente vivenciou uma epidemia causada pelo sarampo, ocasionando perda do certificado de eliminação da doença concedida pela Organização Pan- Americana da Saúde (Opas) em 2016. (Carmo, et al, 2008).

Diante do exposto, é possível inferir que essas experiências refletem as práticas vigentes de organização e alinhamento dos processos de saúde baseados em evidências, possibilitando aos serviços entregar respostas rápidas e oportunas para o enfrentamento de agravos inusitados de saúde pública.

No cenário epidemiológico decorrente da COVID-19 e seus desdobramentos na vida das pessoas, bem como nos serviços de saúde, destacam-se os modos de transmissão, o comportamento do vírus e da doença na população, a identificação dos casos e as medidas de prevenção e controle como elementos centrais para o enfrentamento do problema em cada território singular.

Medina *et al.* (2020, p.4) destacam a necessidade de unidades de saúde fortes, vigilantes, capilarizadas e adaptadas ao contexto. Assim, está posto que “a atual crise global é sanitária, política, econômica e social, e exige inovação nos modos de operação e radicalização da lógica de intervenção comunitária no exercício de novas formas de sociabilidade e de solidariedade”.

A assistência à pandemia implica em ações de diferentes níveis de complexidade. A capacidade do sistema de saúde de desempenhar plenamente suas funções em contexto pandêmico, demanda não apenas expandir o número de leitos hospitalares e de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), mas também reorganizar os fluxos nas redes de atenção à saúde do SUS (RAS-SUS), redefinir os papéis das diferentes unidades, destacando atenção básica, além de criar pontos de acesso ao sistema de saúde. A descrição das necessidades assistenciais dos usuários com COVID-19 torna evidente o papel direto da Atenção Primária à Saúde (APS) na assistência aos casos da doença e no controle desses casos (DAUMAS *et al.*, 2020).

Para o enfrentamento da pandemia, o governo federal elaborou um Plano de Contingência com a finalidade de organizar, padronizar e estruturar uma resposta coordenada e articulada entre os serviços de saúde, definir os níveis de resposta e a estrutura de comando correspondente a ser configurada em cada esfera local e criar matriz de indicadores para o processo de trabalho, tendo em vista os níveis de complexidade da atenção à saúde (BRASIL, 2020a).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2020b) apresentou seu Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana do novo coronavírus em fevereiro de 2020, constituído por três etapas: a primeira delas é o nível de *Alerta*, que designa o momento inicial para o possível surto, isto é, a situação de risco elevado de introdução do SARS-COV-2 no Brasil; a segunda é a *Perigo Iminente*, caracterizada pela confirmação de caso suspeito; e a terceira [...] é a da *Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional*, que corresponde à situação de confirmação de transmissão local do primeiro caso de SARS-CoV-2 no território nacional, ou reconhecimento de declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional pelo Ministério da Saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2020a; BRASIL, 2020b).

A vigilância epidemiológica intensificada e a adoção de testagem intensiva dos sintomáticos e seus contatos têm construído um mapa dos afetados, incluindo o controle de profissionais, e as proporções de suscetíveis nas populações. Além disso, as medidas de proteção social foram o grande diferencial no enfrentamento (JUNIOR *et al.*, 2020; TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Desde a publicação do Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana, observou-se um número crescente de portarias e resoluções que dialogam com as estratégias descritas no plano. Isso ocorre porque as portarias e resoluções são as formas que os órgãos da administração pública têm para declarar, oficialmente, suas determinações diante de um cenário específico (OLIVEIRA *et al.*, 2020b).

Diante desse cenário de enfrentamento, e como estratégia concreta, foram criados cinco comitês pelo Ministério da Saúde e pela Presidência da República: o GEI-ESP²¹, Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-nCoV),²² o Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19,⁵⁹ a Força-Tarefa no âmbito do Ministério da Saúde para atuação especializada nas demandas do Subcomitê Federal para Ações de Saúde aos Imigrantes do Comitê Federal de Assistência⁶⁰ e a Coordenação de Ações Estratégicas para Construção de Hospitais de Campanha Federais e Logística Internacional de Equipamentos Médicos e Insumos de Saúde, no âmbito do Comitê de Crise da Covid-19 (OLIVEIRA *et al.*, 2020b).

As ações propostas pelos Comitês criados pelo Ministério da Saúde evidenciaram o papel fundamental da APS na articulação das redes assistenciais para que os recursos extraordinários surgidos no enfrentamento da pandemia sirvam na construção de um legado duradouro que reforça a resiliência do Sistema e da população no enfrentamento de crises, além de repensar as atividades da APS no cenário de persistência da pandemia onde novas tecnologias comunicacionais e de saúde precisam ser acionadas para garantir acompanhamento aos doentes em domicílios e continuidade da atenção àqueles que a necessitam de forma contínua. Todavia, a resposta brasileira à pandemia vem centrando-se na atenção hospitalar, passando pela criação de novos leitos e compra de respiradores, dando pouca ênfase ao papel da APS (JUNIOR *et al.*, 2020; FERNANDEZ *et al.*, 2020).

No município do Rio de Janeiro, foi elaborado um Plano de Contingência visando orientar as ações a serem desenvolvidas pelos serviços de saúde (RIO DE JANEIRO, 2020c). Essa proposta foi possível em função das informações e/ou recomendações apresentadas pelo Ministério da Saúde e Plano de Contingência Estadual.

Conforme o referido Plano de Contingência, é de extrema necessidade que os casos sejam identificados e acompanhados pelas Unidades de Atenção Primária à Saúde e os profissionais estejam cientes das características da infecção e orientem adequadamente a população. Cabe aos gestores, por sua vez, organizar a estrutura assistencial regional e local, promover ampla comunicação com a sociedade orientando sinais, sintomas e medidas de proteção para a COVID-19, bem como quais unidades buscar de acordo com as manifestações do agravo (RIO DE JANEIRO, 2020a).

Com isso torna-se evidente que a gestão integrada com contexto existente e o alinhamento das práticas de trabalho são necessários para um bom atendimento das Unidades de Saúde.

Através do Plano de Contingência (PC) é realizado o planejamento das ações de emergências em Saúde Pública, nele estão previstas as responsabilidades, as prioridades, as medidas iniciais a serem tomadas e a forma como os recursos serão empregados.

Os PCs devem ser testados por meio de simulados e modificados sempre que necessário. Pode ocorrer ainda que o Plano de Contingência precise ser readequado, durante a resposta, com base nos fatos concretos da evolução do evento. Devem também ser aprimorados à luz das lições apreendidas. O Plano de Contingência é, portanto, instrumento fundamental para nortear a resposta à determinada tipologia de emergência em saúde pública no âmbito do Centro de Operações de Emergência em Saúde. (BRASIL, 2014).

Carvalho *et al.* (2020) salientam que uma gestão eficaz envolve a melhoria do funcionamento das organizações e para isso deve haver a melhor combinação possível dos recursos disponíveis para atingir os seus objetivos, o que requer um diagnóstico para encontrar essa combinação e organização dos fluxos e processos de trabalho. Assim, uma gestão eficiente revela além da capacidade técnica, o compromisso ético e político dos técnicos e gestores, tendo em vista que se faz necessário o investimento em processos que permitam a adoção de medidas que ampliem as possibilidades de intervenção sobre situações consideradas inadequadas, possibilitando a redução das desigualdades identificadas.

A COVID-19 suscitou mudanças na gestão e no processo de trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família no âmbito da atenção básica, de modo a fazer frente à pandemia e cuidar de pessoas, grupos e comunidade em seus territórios singulares, de forma adequada, com qualidade e segurança. Na rotina de trabalho dos profissionais de Unidades de Saúde houve adaptações, capacitações on-line, reuniões, orientações, e buscou-se o engajamento da equipe quanto ao enfrentamento da pandemia.

O processo de adaptação de uma política requer constante avaliação das estruturas, das ações e dos resultados para ajustes necessários em tempo oportuno. Além disso, uma equipe bem instruída e alinhada com os procedimentos de funcionamento da unidade em meio à pandemia deve impulsionar a inovação, o dinamismo e a liderança, bem como considerar as obrigações legais sobre orçamentos, direitos, deveres, e representações dos distintos atores sociais interessados naquele serviço (CARVALHO *et al.*, 2020).

O cenário de adaptação da APS para combater a COVID-19 no município do Rio de Janeiro possibilitou a criação de fluxos de acolhimento específicos e individualizados na busca de uma produção de cuidado eficaz e sem exposição dos profissionais de saúde. Além disso, as principais estratégias de intervenção abrangeram a vigilância dos territórios, a identificação de novos casos de COVID-19, a ampliação da testagem para COVID-19, o isolamento do usuário infectado, o rastreamento dos contatos, o monitoramento dos casos via telefone e o atendimento COVID-19 separado das queixas de rotina, destacando-se a organização das Unidades no enfrentamento da pandemia.

Em 2020, ao tempo em que crescia o número de novos casos na população brasileira e em particular no município do Rio de Janeiro, conforme observado pelos dados demográficos na tabela 1 e 2, aumentava significativamente, o quantitativo de publicações científicas com aportes de conhecimentos inéditos sobre prevenção e manejo da doença, suscitando a necessidade de revisão das medidas de vigilância e controle propostas e implementadas pelo plano, de modo a subsidiar um modelo de avaliação, capaz de efetuar adequações e mudanças

para melhoria da qualidade da gestão e do cuidado, tornando-o instrumento para ação e para o aprimoramento permanente das práticas e serviços de atenção primária no município do Rio de Janeiro.

Tabela 1: Perfil Epidemiológico COVID – 19 do Município do Rio de Janeiro, Brasil, 2020-2022.

	2020	2021	2022*
Casos Confirmados	222.487	308.912	611.895
Óbitos	18.962	16.307	2.141
Taxa de Incidência por 100 mil habitantes	3.271,9	4.319,9	9.183,7
Taxa de Mortalidade por 100 mil habitantes	284,7	241,7	32,1
Taxa de Letalidade	8,7%	5,6%	0,3%

Fonte: Rio de Janeiro (2022).
*Até 29/07/2022.

Tabela 2: Perfil Epidemiológico COVID – 19 Brasil, 2020-2022.

	2020	2021	2022
Casos Confirmados	7.675.973	22.287.521	34.663.731
Óbitos	194.949	619.056	685.978

Fonte: CONASS (2022)
*Até 29 /09/ 2022.

A pesquisa justifica-se também devido à aproximação do tema elegido com a trajetória profissional e acadêmica da pesquisadora. A unidade analisada foi seu local de trabalho, no qual realizou atividade laboral de gestão junto à equipe de atendimento, com desenvolvimento

de competências para exercer a gestão dos cuidados, das pessoas, do serviço de saúde e do conhecimento organizacional, reafirmadas através do conhecimento técnico, planejamento, tomada de decisões, interação, ética e gestão de pessoal; na busca de melhoria das práticas de saúde através de uma cultura de compartilhamento do conhecimento.

Nesse sentido, algumas inquietações foram transformadas em questões mobilizadoras, de modo a orientar o processo investigativo: 1. O Plano de Contingência da Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro contempla as necessidades de enfrentamento à pandemia do coronavírus pelas equipes da ESF? 2. Quais elementos dos contextos externos (ameaças e oportunidades) e internos (força e dificuldade) contribuíram para a implementação do Plano de Contingência nas equipes da ESF? 3. O Plano de contingência pode ser avaliado como política de saúde emergencial em face a um evento transmissível inusitado?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar a avaliabilidade do Plano de Contingência do município do Rio de Janeiro implementado para o enfrentamento da pandemia de Covid-19.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos são:

- a) descrever os processos de trabalho das equipes e da gestão de Atenção Primária à Saúde, de acordo com o Plano de Contingência Municipal durante a pandemia de COVID-19;
- b) identificar nos contextos interno e externo os principais desafios (fraquezas e ameaças) e potencialidades (fortalezas e oportunidades) no processo de adaptação da unidade de ESF às medidas previstas no Plano de Contingência para o Município do Rio de Janeiro;
- c) discutir a proposta de avaliação do Plano de Contingência Municipal com os informantes-chave; e
- d) definir e pactuar o Modelo Lógico e as perguntas avaliativas para avaliação do Plano de Contingência no Município do Rio de Janeiro.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O CENÁRIO DA PANDEMIA

A disseminação mundial do Coronavírus (COVID-19) enfatizou o lugar da Atenção Básica à Saúde como uma das respostas imprescindíveis do setor saúde à pandemia, visto que o conhecimento sobre o território adscrito, o vínculo com os usuários, o acesso facilitado e a integralidade do cuidado fazem deste nível de atenção um espaço privilegiado para a atuação em emergências no âmbito da saúde pública (DAUMAS *et al.*, 2020).

O termo “Atenção Básica à Saúde (ABS)” foi adotado pelo movimento da reforma sanitária brasileira para representar o primeiro nível do sistema de atenção à saúde, também conhecido como Atenção Primária à Saúde (APS), bem como para organizar e operar a porta de entrada desse sistema. A ABS integra a rede assistencial de cuidados, com enfoque na comunidade e no território, revelando-se fundamental para o enfrentamento de pandemias, como no caso da COVID-19, pois envolve o conhecimento da população e suas vulnerabilidades, favorecendo as ações de promoção, prevenção e cuidado individual e comunitário (BRASIL, 2017).

A Atenção Básica à Saúde é a principal porta de entrada do usuário no SUS, sendo, com frequência, o local do primeiro atendimento e a opção mais próxima e acessível ao usuário. Por meio da ABS, é possível a descentralização dos atendimentos, a testagem de um maior número de casos suspeitos, a busca ativa de novos casos e o seguimento de casos confirmados. Essas ações podem fortalecer a vigilância epidemiológica e o planejamento de medidas de controle locorregional (FARIAS *et al.*, 2020).

Dentro do setor de saúde brasileiro, em especial do Sistema Único de Saúde (SUS), apresentar a ABS como o contato preferencial, e necessariamente como a principal porta de entrada, exige que se considere o trabalho multiprofissional da equipe de saúde. Desta forma, pautar os processos de trabalho nesse nível de atenção, assim como disponibilizar e promover uma agenda de atividades voltadas para atender às demandas dos usuários e de suas famílias prioritariamente, no território adstrito, é dar ênfase ao trabalho da Equipe (THUMÉ *et al.*, 2018).

As medidas que parametrizam as ações na Atenção Básica à Saúde para qualidade do atendimento, antes previstas, não são alteradas em relação à sua essência, que visam medidas para garantir a saúde da comunidade. Dessa forma, mesmo em cenário de pandemia ressalta-se a definição de Atenção Primária e dos princípios que esse tipo de atendimento ainda deve

frisar. Assim, destaca-se a definição trazida pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2004, p. 7):

[...] a Atenção Primária é um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território processo) bem delimitadas, das quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A Atenção primária deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento das doenças e a redução dos danos ou sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável (CONASS, 2004, p. 7).

Starfield (2002) em concordância com Shimazaki (2009) expressa que a Atenção Primária à Saúde deve ser orientada pelos seguintes princípios ou atributos: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, abordagem familiar e enfoque comunitário:

- a) **primeiro contato** - a APS deve ser a porta de entrada, ou seja, o ponto de entrada de fácil acesso ao usuário para o sistema de serviços de saúde. Mesmo com a pandemia, não é descaracterizada a questão de que o local de atendimento deve ser facilmente acessível e disponível para não atrapalhar o diagnóstico e o manejo do problema de saúde que os usuários apresentam;
- b) **longitudinalidade** - deriva da palavra “longitudinal” e é definida como a forma de lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos ou grupos no decorrer de um período de anos. Esse princípio também é fundamental, principalmente no contexto em que se objetiva analisar, já que mudanças de comportamentos e de grupos podem ser ocasionadas pela pandemia. Esse aspecto está associado a diversos benefícios como, por exemplo, menor utilização dos serviços, melhor atenção preventiva, atenção mais oportuna e adequada, menos doenças preveníveis, melhor reconhecimento dos problemas dos usuários, menos hospitalizações e custos totais mais baixos. Os maiores benefícios estão relacionados ao vínculo com o profissional ou equipe de saúde e ao manejo clínico adequado dos

problemas de saúde, através da adoção dos instrumentos de gestão da clínica – diretrizes clínicas e gestão de patologias;

- c) **integralidade** –A integralidade exige que a APS reconheça as necessidades de saúde da população e os recursos para abordá-las. Para tanto, faz-se necessário que a APS deve prestar, diretamente, todos os serviços para as necessidades comuns e agir como um agente para a prestação de serviços para as necessidades que devem ser atendidas em outros pontos de atenção;
- d) **coordenação** – é um estado de estar em harmonia numa ação ou esforço comum para orientar condutas, diagnosticar, avaliar e criar registros para monitoramento das ações, interconectada e associada aos demais atributos norteadores da APS. A coordenação é um desafio para os profissionais e equipes de saúde da APS, pois, o acesso às informações dos atendimentos de usuários realizados nem sempre ocorre de forma harmônica e organizada, o que dificulta viabilizar a continuidade do cuidado;
- e) **abordagem familiar** – As interações entre profissionais e usuários contribuem para o estabelecimento de relações de longa duração que facilitam a efetividade na atenção primária. São os meios pelos quais os médicos aprendem a respeito de muitos, se não da maioria, dos problemas dos usuários e como os usuários aprendem a respeito da maioria dos aspectos de sua atenção. Embora as interações entre usuários e profissionais ocorram no decorrer da consulta e do encaminhamento, é a amplitude e a profundidade do contexto que distingue as interações na atenção primária daquelas de outros níveis de atenção; e
- f) **enfoque comunitário** –A orientação para o atendimento à comunidade utiliza habilidades clínicas, epidemiológicas, ciências sociais e pesquisas avaliativas, de forma complementar para ajustar os programas para que atendam às necessidades específicas de saúde de uma população definida (STARFIELD, 2002; SHIMAZAKI, 2009).

Para atender a todos os atributos da APS, torna-se essencial monitorar a efetividade das modificações que são necessárias em cada contexto de atendimento. Por isso, estudos sobre Gestão do Serviço de Saúde são extremamente relevantes para a garantia dos princípios expostos (SHIMAZAKI, 2009).

Diante da situação de pandemia causada pelo Coronavírus (COVID-19) tem-se fomentado discussões sobre as formas de organização das práticas de saúde e sobre os

conceitos de modelos de atenção que devem ser adotados para cumprir as características que atendam as diretrizes e princípios do SUS, bem como aquilo que é disposto nas Leis Orgânicas da Saúde n. 8080 e 8142, de 1990 (CABRAL *et al.*, 2020).

O SUS abrange distintos níveis de atenção para garantir o acesso integral, universal e gratuito para toda a população. Nesse sentido, um dos componentes de destaque é a necessidade de atenção integral à saúde, abrangendo tanto os cuidados assistenciais quanto a oferta de serviços de prevenção de agravos e doenças e promoção da saúde, visando atender as demandas da população e melhorar a qualidade de vida no âmbito individual e coletivo (BRASIL, 1990).

Nessa perspectiva, a APS é considerada coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de atenção, inserida em um modelo poliárquico, sendo que este nível de atenção tem a capacidade de responder de forma contínua, sistematizada e equânime, à maioria das necessidades de saúde no âmbito individual e coletivo, além de abranger a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, proporcionando atenção integral (BRASIL, 1997).

As praticabilidades da APS são articuladas com distintos níveis de atenção e devem visar à oferta do maior e mais eficiente acesso, minimizando os procedimentos mais especializados que às vezes são desnecessários, ampliando o enfoque na prevenção e promoção da saúde, reduzindo a mortalidade, e oferecendo a maior eficácia no atendimento à saúde da população (CABRAL *et al.*, 2020).

O atendimento aos usuários em cada nível de atenção à saúde, e em particular na Atenção Básica, está diretamente associado às condições de acesso e uso dos serviços de saúde. O conceito de acesso é complexo sendo, às vezes, empregado de forma imprecisa e nem sempre é evidente sua relação com o uso de serviços de saúde (CABRAL *et al.*, 2020).

A APS pode desempenhar papel central na mitigação dos efeitos da pandemia mantendo e aprofundando todos os seus princípios. Embora tenha capacidade reduzida para atuar sobre a letalidade de casos graves, uma APS forte, organizada e com pessoal qualificado e em número adequado pode contribuir para diminuição da incidência da infecção na população adscrita, com impacto direto na diminuição da morbimortalidade. Pode-se acompanhar os casos leves em isolamento domiciliar, apoiar as comunidades durante o distanciamento social, identificar e conduzir situações de vulnerabilidade individual ou coletiva e garantir o acesso a cuidados de saúde e o necessário encaminhamento nas fases mais críticas da epidemia (DAUMAS *et al.*, 2020).

Sabe-se que o vírus da COVID-19 é transmitido por gotículas de saliva e secreção; permanece ativo em superfícies, com duração variada; tem alto índice de transmissibilidade, sendo que pessoas infectadas podem permanecer assintomáticas e transmitir para outras pessoas. Acomete, em suas formas mais graves, idosos e portadores de comorbidades, notadamente, as doenças dos aparelhos cardiovascular e respiratório, diabetes, hipertensão e imunodeprimidos. A letalidade varia de acordo com as políticas de confirmação de casos adotadas em cada país, incluindo a realização de testes de confirmação laboratoriais (YANG *et al.*, 2020), além da capacidade do sistema de saúde em atender e gerenciar a demanda do usuário por atendimento com qualidade na unidade de saúde de referência.

A rápida disseminação do vírus foi preocupante para os serviços da APS, sendo propostas estratégias de enfrentamento ao COVID-19 que abrangessem os usuários e os profissionais, como a telemedicina e a educação em saúde, uma vez que, percebeu-se elevada propagação de informações falsas (Fake News) acerca da doença, das formas de contágio e do seu tratamento (CABRAL *et al.*, 2020).

O primeiro caso de COVID-19 confirmado no Brasil, ocorreu 57 dias após o início da doença na China (25 de fevereiro de 2020). Ao final do mês de dezembro de 2020 o Brasil contabilizou 7.675.973 casos e ultrapassou a marca de mais de 190 mil óbitos ocasionados pela COVID19. Já no segundo ano de pandemia, no mesmo período, o país registrou um total de 22.287.521 casos e 619.056 mortes por COVID-19. Atualmente, o acumulado de casos confirmados atinge a marca de 34.663.731 e 685.978 mortes até 29/09/2022. (CONASS, 2020).

Não obstante, visando a manter o acesso aos cuidados de saúde para outros agravos, o trabalho na APS durante a pandemia deve priorizar também a continuidade de ações preventivas, tais como vacinação; o acompanhamento de usuários crônicos e grupos prioritários como gestantes e lactentes; e o atendimento a pequenas urgências e às agudizações de doenças crônicas. A supressão dessas atividades por muitas semanas pode resultar no aumento da morbimortalidade por outras causas, ampliando os efeitos da pandemia, como relatado nas situações em que se optou por um modelo assistencial centrado apenas na atenção hospitalar (DAUMAS *et al.* 2020).

Medina *et al.* (2020, p.1) afirmam que:

O enfrentamento à pandemia exige a elaboração de planos de gerenciamento de risco em vários níveis (nacional, estadual, municipal e local), fortalecendo a atuação no território, que considere: a população a ser acompanhada; a adequada proteção dos profissionais de saúde, com

condição segura à realização do seu trabalho, evitando que sirvam de fonte de contaminação; as mudanças organizacionais compatíveis com a realidade local; as necessidades de apoio logístico e operacional; formação e educação permanente dos profissionais de saúde; mapeamento de potencialidades e dificuldades de cada território; a retaguarda necessária a uma ação coordenada da APS com outras instituições e serviços de saúde no território de abrangência das equipes ou fora dele; e parcerias com as organizações comunitárias, potencializando habilidades e estimulando a solidariedade (MEDINA *et al.*, 2020, p.1).

Interessante mencionar que o pleno exercício de atividades inerentes à APS que poderiam reduzir a magnitude e o impacto da pandemia nas populações é ameaçado, contudo, pela deficiência da rede de atenção à COVID-19, notadamente pela insuficiência de leitos para internação e por problemas no fluxo de acesso a esses leitos (DAUMAS *et al.* 2020).

Além disso, é de suma importância garantir a saúde dos trabalhadores da APS assegurando a disponibilidade dos equipamentos de proteção individual (EPI) e a capacitação adequada para seu uso e descarte, visto que além de proteger as equipes, o uso adequado dos EPI's evita o contágio dos usuários quando os profissionais que estão na linha de frente no combate ao coronavírus estão infectados ou assintomáticos. Reconhece-se que a falta dos EPIs é relatada em diversos serviços da Rede de Atenção à Saúde no Brasil durante a pandemia. Destaca-se que a minimização dos riscos de infecção dos profissionais de saúde e demais usuários deve balizar a escolha das melhores estratégias de organização da rede para atender a essas necessidades (CABRAL *et al.*, 2020; BAI *et al.*, 2020; SOUZA *et al.*, 2018; DAUMAS *et al.*, 2020).

Cabe ressaltar a necessidade de estratégias conjuntas de enfrentamento da pandemia em curso baseada em uma rede de cooperação que esteja voltada ao cuidado longitudinal, com vistas a um enfrentamento eficaz da pandemia, com o achatamento em baixo patamar da curva de infecção e de mortalidade. Nesse contexto, a APS precisa ser reconhecida pelos mentores e idealizadores das propostas de ação e intervenção, bem como por toda a sociedade, como protagonista para ter capacidade operacional de detectar, tratar casos leves e moderados em tempo hábil e encaminhar os casos graves rapidamente para os hospitais de referência. A busca por medidas de apoio e enfrentamento de questões paralelas (aumento dos casos de violência doméstica, sofrimento psíquico, redução ou escassez de recursos financeiros – todos em consequência do isolamento social), porém decorrentes da pandemia de COVID-19, também está intimamente atrelado ao papel da APS no Brasil, tanto do ponto de vista estratégico como do dever ético dos profissionais de saúde (CABRAL *et al.*, 2020; LIMA *et al.*, 2019; GREENHALGH *et al.*, 2020).

Com a APS e os demais níveis de atenção integrados em uma lógica de cuidado longitudinal e em rede, o país e a população enfrentarão menor impacto negativo decorrente da epidemia em curso. Sendo assim, o enfrentamento da pandemia no país pressupõe mudanças substanciais na forma como os cuidados de saúde são prestados e a reorganização de toda a rede assistencial. Diante desse quadro, como alternativas para atendimento da população, surgiram as teleconsultas e consultas virtuais, com o intuito de orientar, encaminhar e monitorar casos suspeitos ou positivos do coronavírus. É preciso reconhecer ainda a necessidade de resolução das deficiências das redes de atenção, frágeis e fragmentadas, com uma APS ainda insuficiente em muitos lugares do Brasil para enfrentar uma emergência como esta, que depende de serviços efetivos e projetados à comunidade (GREENHALGH *et al.*, 2020; REIS *et al.*, 2019; DAUMAS *et al.*, 2020).

A evolução surpreendente da COVID-19, sua capacidade de transmissão, o número alto de recursos que mobiliza, levou sua caracterização como Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) ou Public Health Emergency of International Concern (PHEIC), pela Organização Mundial da Saúde. A vida no mundo foi alterada. A facilidade de dispersão viral, o contágio aéreo, o período de incubação relativamente estendido, o grande número de pessoas assintomáticas, entretanto uma vez que não é possível deter a doença, é possível controlar a velocidade com que ocorre esse processo. Com a pandemia se tornaram rotina no cotidiano algumas medidas de proteção e prevenção da doença, o uso de máscara, o distanciamento social, a quarentena, a higienização das mãos com álcool em gel, a desinfecção das coisas, sem listar o caos provocado na economia e na vida das pessoas em geral. Esse é o cenário da pandemia da COVID-19.

Devido à alta velocidade de disseminação, o pouco conhecimento científico à época sobre o novo coronavírus, pois atualmente há um grande avanço nos estudos, e sua capacidade de provocar mortes em populações vulneráveis, a pandemia da COVID-19 está sendo um dos maiores desafios sanitários a nível mundial atualmente. A população brasileira se vê em extrema vulnerabilidade frente a pandemia de COVID-19, com altas taxas de desemprego, aumento do custo de vida, além de um intenso estrangulamento de investimentos na saúde e pesquisa no Brasil. E é nesse cenário que se “percebe a importância para um país de um sistema de ciência e tecnologia forte e de um sistema único de saúde que garanta o direito universal à saúde” (WERNECK; CARVALHO, 2020).

No Brasil, a pandemia atingiu a população em um momento preocupante, onde o crescimento do desemprego, a queda da renda e de encolhimento das proteções sociais tornaram os impactos da COVID-19 mais alarmantes. Por outro lado, a pandemia de COVID-

19 reforçou a importância do Sistema Único de Saúde, que assume um papel fundamental e principal no atendimento às pessoas vítimas da doença. O Brasil vive um cenário tenebroso com a pandemia, é nesse panorama que se afirma a importância de políticas públicas universais para o enfrentamento dos problemas estruturais do país (ALMEIDA; LÜCHMANN; MARTELLI, 2020).

Segundo dados do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, painel por região de COVID-19, região centro oeste são 3.934.669 casos confirmados e óbitos confirmados 65.096; região nordeste são 6.866.706 casos confirmados e óbitos confirmados 131.882; região norte são 2.753.348 casos confirmados e óbitos confirmados 51036; região sudeste são 13.653.035 casos confirmados e óbitos confirmados 328.447; região sul são 7.336.619 casos confirmados e óbitos confirmados 108.541. Painel Nacional de COVID-19 são 34.544.377 casos confirmados no total, 10.420 casos no último período. Óbitos confirmados 685.002 no total, 104 no último período. Indicadores: Taxa de letalidade 2,0%; Taxa de mortalidade: 326,0; Taxa de incidência: 16.438,2. A taxa de incidência e taxa de mortalidade são referentes a 100 mil habitantes. O último período corresponde ao período de 16 h do dia anterior às 16 h do dia atual. No caso desses dados a última atualização foi em 13 de setembro de 2022, às 18h00min, pelas Secretarias Estaduais de Saúde. No caso do estado do Rio de Janeiro, sendo a última atualização em 09 de setembro de 2022, os casos confirmados são 2.500.526, óbitos confirmados são 75.558. Os indicadores: taxa de incidência 14.483,3; taxa de letalidade 3,0%; taxa de mortalidade 437,6 (CONASS, 2022).

Apesar da expansão da APS alcançada nos últimos anos, a ausência de mecanismos para garantir sua sustentabilidade ainda ameaça a continuidade do cuidado em todo o país. A falta de coordenação entre os níveis assistenciais e a inexistência de fluxos sistêmicos na rede de atenção à saúde ficaram ainda mais críticas na pandemia, revelando a importância de se adotar estratégias que possibilitem às equipes de APS a efetiva coordenação do cuidado (DAUMAS *et al.*, 2020).

Mesmo com suas deficiências, a importância do SUS no enfrentamento da pandemia foi demonstrada de forma inquestionável e o reconhecimento da necessidade de mais recursos para que o sistema faça frente à crise é impreterível (GIOVANELLA *et al.*, 2020). Portanto, esta emergência sanitária destaca a posição privilegiada da APS em promover a garantia do acesso aos cuidados de saúde e agir sobre os determinantes de saúde.

3.2 PROCESSO DE TRABALHO DA ATENÇÃO BÁSICA E O PLANO DE CONTINGÊNCIA

O cenário da APS brasileira, em seus 26 estados e Distrito Federal, é extremamente diverso quanto à estrutura dos serviços e à capacidade de prestar atenção à saúde para a população. A APS está presente nos 5.570 municípios brasileiros e, considerando as especificidades do sistema de saúde, é fundamental discutir o seu lugar no enfrentamento da pandemia, bem como o processo de (re)organização das unidades de saúde face aos desafios impostos, pois grande parte da população procura a rede básica de saúde para receber orientações e cuidados (SARTI *et al.*, 2020).

O Brasil tem extensas desigualdades socioeconômicas, o que colabora com uma situação de vulnerabilidade de parte significativa da população, tanto para o contágio e acesso aos serviços, quanto para os impactos econômicos negativos. Mesmo possuindo um dos maiores sistemas de saúde universal do mundo, ancorado em uma extensa rede de APS, o país ainda possui problemas crônicos de financiamento, gestão, provisão de profissionais e estruturação dos serviços. E ainda assim, a APS brasileira tem alcançado resultados positivos que a destacam em âmbito internacional (SARTI *et al.*, 2020).

A Política Nacional de Atenção Básica foi desenvolvida com o objetivo de promover a saúde e facilitar o acesso do usuário ao atendimento. Sua primeira edição deu-se em 2006, a segunda em 2011 e a terceira em 2017. A PNAB referente a 2006 incorporou os atributos da Atenção Primária à Saúde, reconhecendo a Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização da Atenção Básica. Além disso, evidenciou problemas a serem resolvidos, como: a infraestrutura inadequada, o subfinanciamento, o modelo assistencial e a dificuldade de atração de profissionais médicos (MELO; MENDONÇA; OLIVEIRA; ANDRADE, 2018).

Já em 2011, iniciou-se um processo de alteração da PNAB, que atuou para a requalificação das UBS, com reformas, ampliações, construções e informatização, divulgação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e do Programa Mais Médicos (PMM), a fim de solucionar os problemas elencados na antiga PNAB. Conforme apresenta Uchôa *et al.* (2018), a PMAQ-AB surgiu como uma inovação de arranjos organizacionais para indução de mudanças no processo de trabalho e melhorias na qualidade da AB.

Nesse período também foi criado o e-SUS AB, incluindo a oferta de prontuário eletrônico e criação de diferentes modalidades de equipes (consultórios na rua, ribeirinhas e fluviais). Essas iniciativas, no entanto, não foram suficientes para o enfrentamento do subfinanciamento, da precarização das relações de trabalho, da formação profissional, da

integração da AB com os demais componentes das redes de atenção, aumentando carga de responsabilidade para financiamento do SUS e suas questões (MELO; MENDONÇA; OLIVEIRA; ANDRADE, 2018).

Em 2017, uma nova versão da PNAB foi criada para promover mudanças no financiamento do SUS, com a adoção de dois grandes blocos, de custeio e investimento, mas mantendo a responsabilidade dos três entes federados. Ainda, foram realizadas alterações significativas na dimensão organizativa e funcional da Estratégia Saúde da Família (ESF) e AB, como: mudanças na composição da equipe, no quantitativo de Agentes Comunitários de Saúde e em outras atribuições (MELO; MENDONÇA; OLIVEIRA; ANDRADE, 2018).

Desta forma, a Atenção Básica tem como característica ser acolhedora e resolutiveira, mantendo-se próxima da população, sendo entendida como porta de entrada do usuário ao sistema de saúde. Além disso, tem como princípios a equidade, bem como oferecer atendimento qualificado a fim de evitar a burocratização do sistema, solucionando as demandas tão rapidamente quanto possível, num processo de triagem e pronto atendimento.

Ressalta-se que a base para a prestação de cuidado, sistematização das ações, estruturação e organização dos serviços por parte dos gestores e profissionais de saúde inseridos na APS é a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (MOROSINI *et al.*, 2018).

Não se pode deixar de considerar que as unidades que operacionalizam a Estratégia da Saúde da Família, ao ofertarem um atendimento territorializado e promoverem a longitudinalidade e a coordenação do cuidado em todos os níveis de atenção à saúde, possuem a capacidade de identificar antecipadamente potenciais casos graves (MACIEL *et al.*, 2020).

Todavia, para atender a essa demanda, o processo de trabalho em saúde precisou ser significativamente readequado, em consequência das restrições logísticas e espaço-temporais, como novas formas de desenvolvimento de atividades pela equipe na APS e o próprio isolamento social da comunidade (MACIEL *et al.*, 2020).

O processo de trabalho em saúde pode ser entendido como a ação dos profissionais da saúde enquanto “produtores” e “consumidores” de saúde. À medida em que, como indivíduos que fazem parte da sociedade, estes mesmos atuam profissionalmente a fim de promover o bem-estar biopsicossocial nos cidadãos; quando se encontram em situação de doença beneficiam-se ou carecem dos conhecimentos que produzem esse mesmo bem-estar. Ao considerar o processo de trabalho em saúde a partir desse conceito, os eventos de emergência em saúde pública requerem novas formas de comportamento social, adequação e desenvolvimento de estratégias e metodologias de trabalho (RAMOS, 2007; LIMA, 2007; CARMO *et al.*, 2008). Desta forma, é preciso readequar e aprimorar conceitos, estruturas,

processos e práticas de vigilância em saúde, de forma articulada com a rede de atenção à saúde.

Mudanças emergenciais comprometem a dinâmica entre os diferentes territórios de abrangência das equipes da Estratégia da Saúde da Família, o vínculo presencial com os usuários/comunidade, especialmente, no contexto das visitas domiciliares, assim como exigem mudanças nos fluxos assistenciais e na interrelação entre os membros da equipe, dificultando, inclusive, a realização de reuniões presenciais para o planejamento mensal de atividades. Nesse sentido, a COVID-19 representa grande desafio sanitário, influenciando diretamente na dinâmica e na relação entre os elementos que compõem esse processo de trabalho, alterando também a prestação do cuidado em saúde no território (MACIEL *et al.*, 2020).

Ressalta-se que tem sido grande desafio (re)organizar o processo de trabalho das equipes de saúde, na APS no contexto de crise sanitária da Covid-19, justamente porque nos municípios afetados houve a necessidade de adequações no processo de trabalho das equipes de saúde de várias ações que já vinham sendo desenvolvidas e que tiveram que ser readequadas, utilizando-se de novas estratégias de abordagem para um contato seguro com a população para intervir sobre os determinantes do processo saúde-doença e sobre os riscos que as famílias e os indivíduos estão sujeitos (OLIVEIRA *et al.*, 2020a).

Considerando o avanço do COVID-19, os órgãos institucionais desenvolveram as Diretrizes para Diagnóstico e Tratamento do evento, que direcionam o fluxo assistencial de saúde e preconiza que as pessoas com sintomas gripais leves sejam atendidas pela atenção primária ou por atendimento telefônico via TeleSUS e devem permanecer em isolamento domiciliar (OLIVEIRA *et al.*, 2020b).

Os casos sintomáticos graves devem ser direcionados para serviços de saúde adequados para serem internados em enfermarias ou na UTI, conforme os sintomas. Para assegurar o atendimento ao usuário grave, houve investimento em insumos, construção de unidades hospitalares e ampliação das unidades existentes, contratação de leitos em hospitais privados e a criação de hospitais de campanha (OLIVEIRA *et al.*, 2020a).

A pandemia de COVID-19, notoriamente, provocou reestruturação dos sistemas de saúde e reorganização dos processos de trabalho e dos fluxos assistenciais. Entretanto, esse movimento de reorganização da APS deve contemplar as demandas de saúde pré-existentes (medidas preventivas, cuidados e tratamento das doenças já conhecidas e presentes na comunidade), além de atender à nova demanda trazida pelo coronavírus. A reorientação do processo de trabalho deve ocorrer de modo a cumprir as premissas da APS de acessibilidade e

a longitudinalidade/ continuidade do cuidado em saúde que são primordiais para a garantia da assistência (MACIEL *et al.*, 2020).

Diante das circunstâncias trazidas pela COVID-19, em uma ação conjunta, o Ministério da Saúde, estados e municípios, colocaram em prática um Plano de Contingência ou de gerenciamento de riscos, com o objetivo de orientar os profissionais de saúde quanto às medidas preventivas para tentar conter a transmissibilidade do vírus, bem como para tratar adequadamente dos casos já existentes; identificar e isolar pacientes infectados; disseminar informações úteis acerca da enfermidade esclarecendo a população; e reorganizar as equipes técnicas de saúde em sua ação assistencial assertiva à comunidade.

O Brasil assumiu o compromisso com uma proposta de vigilância epidemiológica voltada para a infecção humana pelo SARS-COV-2 (CID 10: U07.1 - infecção respiratória pelo novo coronavírus), apoiada pela consolidação de informações da OMS e das evidências técnicas e científicas. O Plano de Contingência Nacional definiu os níveis de resposta em tempo real para objetivar a preparação e adaptação da rede nacional de atenção à saúde, bem como a estrutura de comando correspondente em cada nível de gestão do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2020a).

No Estado do Rio de Janeiro, consoante ao Plano de Contingência Nacional, foi expedida uma Nota Técnica de Assessoria Especial de Atendimento Primário à Saúde, a qual apresenta diversas instruções que pautam os procedimentos de atendimento primário e, dentre as medidas necessárias na unidade, destacam-se a formação de Equipe de Resposta Rápida (ERR); a definição de uma área para recepção e avaliação inicial de usuários com sintomas respiratórios; definição de local de espera de pessoas com quadro clínico de Síndrome Gripal para avaliação por profissional de nível superior (médico ou enfermeiro); definição de setor, ala ou salas na unidade para a acomodação e atuação das ERR; disponibilização de todo o material definido como Equipamento de Proteção Individual (EPI); organização da sala de observação clínica da unidade para receber pessoas com Síndrome Gripal (RIO DE JANEIRO, 2020b).

Importante mencionar que Síndrome Gripal e Síndrome Respiratória são conceitos distintos. A Síndrome Gripal é uma infecção aguda do sistema respiratório que atinge as vias aéreas superiores, como garganta e nariz, apresentando febre de início súbito (temperatura de 38°, se medida ou referida), acompanhada de sintomas respiratórios leves, como tosse, obstrução nasal, dor em orofaringe ou demais sinais sistêmicos (RIO DE JANEIRO, 2020b). Pode ser provocada por diferentes tipos de vírus, o que inclui o Coronavírus.

Já a Síndrome Respiratória Aguda Grave é um agravamento da Síndrome Gripal, acompanhada de sintomas como falta de ar, cansaço físico, fadiga e febre persistente. A presente dispneia ou os seguintes sinais de gravidade: saturação de oxigênio menor que 95% em ar ambiente, sinais de desconforto respiratório ou aumento da frequência respiratória avaliada de acordo com a idade, piora nas condições clínicas de doença de base, hipotensão em relação à pressão arterial habitual do usuário. Em muitos casos, a Síndrome Respiratória Aguda Grave provoca a insuficiência respiratória, o que leva à internação dos usuários (SILVA *et al.*, 2020).

No Plano de Contingência do Município do Rio de Janeiro é de extrema necessidade que os casos sejam identificados e acompanhados pelas Unidades de Atenção Primária à Saúde e que seus profissionais estejam cientes das características da infecção e orientem adequadamente a população. Juntamente a este documento norteador, temos a Nota Técnica da Assessoria Especial de Atenção Primária à Saúde que orienta que o atendimento de casos suspeitos de infecção pelo coronavírus deve ser feito por médico ou enfermeiro, e recomenda o uso de EPI. Após o atendimento, o usuário deve ser orientado a ir para casa com instruções para isolamento domiciliar (caso leve), levado à sala de *puff* se caso moderado ou sala de observação clínica - isolamento (caso grave), onde receberá os cuidados iniciais. Cabe aos gestores, por sua vez, organizar a estrutura assistencial regional e local, promover ampla comunicação com a sociedade orientando sinais, sintomas e medidas de proteção para a COVID-19, bem como quais unidades buscar de acordo com as manifestações do agravo (RIO DE JANEIRO, 2020a).

3.3 GESTÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO NA ABS E A AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A implantação do SUS definiu a ABS como sua principal estratégia para levar saúde à população, reafirmando a necessidade de ruptura com o modelo centrado em consultas médicas. A APS é caracterizada por um conjunto de ações e de cuidados, situada no primeiro nível de atenção, a maior parte das necessidades da população deve ser resolvida neste nível, identificando as demandas do indivíduo, família e comunidade. Como é um modelo descentralizado, a participação no cuidado se faz indispensável (MATTOS; BALSANELLI, 2019).

Nesse contexto, os processos de trabalho devem ser organizados, para que a equipe de saúde possa garantir melhores resultados. Requer profissionais com múltiplos saberes, que

além de suas habilidades técnicas desenvolvam suas dimensões políticas, de gestão e liderança. Esta última é essencial, visto que se trata de um ambiente altamente dinâmico com um fluxo intenso de usuários. A posição de líder na gestão deve sempre visar o bem-estar da comunidade, o que envolve comprometimento, responsabilidade, tomada de decisões e comunicação assertiva, levando-se em consideração também que é imprescindível o esforço colaborativo e eficiente de todos os setores da unidade de saúde (GALAVOTE *et al.*, 2016).

Quando se trata de Gestão do Serviço de Saúde consideram-se todos os profissionais da Unidade de Saúde, cada um com suas atribuições específicas e em equipe desempenhando seu trabalho. O que acontece a partir do trabalho em equipe, dentro de uma interdependência profissional, constitui um diferencial do processo de trabalho. Para exercer a gestão é preciso que se defina o processo de gerenciamento e supervisão do trabalho das equipes bem como o processo de avaliação do trabalho das mesmas (RAMOS; GRIGOLETTO, 2016), sendo que na rotina de trabalho, funções assistenciais e gerenciais podem tomar parte das responsabilidades (FERNANDES; CORDEIRO, 2018; MATTOS; BALSANELLI, 2019).

Conforme Peduzzi e Agreli (2018) dentre os papéis desempenhados destacam-se a organização e liderança, relações de trabalho com a equipe e a comunicação, competências fundamentais ao exercício do líder na gestão. Além disso, o trabalho em equipe na APS também sofre influência das relações interpessoais contínuas e intensas, que podem apresentar divergências que se não forem gerenciadas de forma positiva, podem interferir no processo de trabalho... (LANZONI *et al.*, 2015).

Não se pode deixar se considerar também que a liderança concebe o mecanismo de influenciar os liderados a agir eticamente sob o elo da confiança para que sejam alcançados resultados satisfatórios. Já as competências para liderar, devem ser desenvolvidas durante a formação e desenvolvidas ao longo da trajetória profissional, na qual o profissional também constrói seu conhecimento, que lhe assegura visão ampla e diferenciada do processo saúde/doença, para atuar com mais competência e autonomia (MATTOS; BALSANELLI, 2019).

A capacidade de gerenciar uma equipe de saúde e atender às perspectivas dos usuários requer um profissional equilibrado, que consiga superar as limitações que o serviço apresenta e que, além de prestar assistência baseada nos princípios do SUS, consiga lidar com o déficit de pessoal, de materiais, de recursos, bem como com a demanda cada vez maior de usuários. É fato que o gestor também está exposto a inúmeras dificuldades no exercício da gerência e isso faz com que a atuação dos gestores esteja sujeita a interferências que podem comprometer seu desempenho, dentre as quais se destacam dificuldades relacionadas às

condições de trabalho, à centralização das decisões e à rede de atenção (FERNANDES; CORDEIRO, 2018).

Além disso, é preciso que haja um protagonismo, pois a falta de autonomia também inviabiliza o desenvolvimento das atividades, a organização, o controle do processo de trabalho e a execução de mudanças para a melhoria nas unidades de saúde (SALES *et al.*, 2014). Fernandes e Cordeiro (2018) afirmam que a inexistência de uma legislação para a atividade da gerência que descreva as respectivas atribuições do gerente, pode estar relacionada com a falta de autonomia. De fato, as atividades gerenciais na área da saúde carecem de um embasamento legal que defina suas atribuições legais e responsabilidades.

A Política Nacional de Atenção Básica não define as responsabilidades referentes aos gerentes das Unidades Básicas de Saúde. Apenas descreve que é atribuição de todos os profissionais, participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade Básica de Saúde (BRASIL, 2012; 2017).

Considerando ainda a urgência das decisões e ações a serem tomadas neste cenário de pandemia, enfatiza-se a atuação dos gestores e profissionais da saúde que se alicerçaram nas evidências científicas e recomendações dos órgãos competentes no âmbito mundial e nacional, perpassando pelo planejamento e funcionamento da estrutura física, gestão de recursos humanos capacitados e construção de protocolos e fluxos de cuidado, além da atuação diretamente na assistência (AMALBERTI; VINCENT, 2020).

Medina *et al.* (2020) apontam como funções da APS no combate à COVID-19: promover o monitoramento constante das informações endêmicas referentes à comunidade; estabelecer ações de cuidado com os pacientes infectados pela COVID-19, identificando a gravidade dos sintomas, orientando tais pessoas e encaminhando-as a um atendimento específico; acompanhar preventiva e objetivamente os indivíduos pertencentes aos grupos vulneráveis, visando atender suas necessidades de recursos e proteção; dar continuidade às suas atividades rotineiras e apropriar-se adequadamente da nova demanda, utilizando para tanto de estratégias tecnológicas e digitais, garantindo a proteção e a atenção aos usuários.

Uma ferramenta estratégica para a manutenção e aperfeiçoamento da qualidade das ações e serviços de APS são os processos de monitoramento e avaliação, que permitem efetuar ajustes, mudanças e mensurar a efetividades de ações em relação às necessidades de saúde de uma população. Para Tanaka (2011), realizar avaliação da Atenção Básica configura um processo técnico-administrativo voltado para tomada de decisão e envolve alguns passos importantes como descrever, medir, comparar e emitir juízo de valor para decidir o que fazer. Para o autor, o referencial teórico que melhor se ajusta à avaliação da ABS é o formulado por

Donabedian (1980; 1993) que aborda três dimensões centrais - estrutura, processo e resultado, dado que possibilita sistematização melhor do processo avaliativo, dentre as demais metodologias disponíveis nessa área (SAMICO *et al.*, 2010).

Nessa perspectiva, desenvolver estudo da avaliabilidade do Plano de Contingência em execução no município do Rio de Janeiro é central para seu aperfeiçoamento e continuidade, visto que esse tipo de estudo pode ser empregado como uma pré-avaliação do desenvolvimento e implementação de um programa, bem como ao longo do seu ciclo de vida. Ou seja, possibilita entender de que maneira as atividades e condições de trabalho das Unidades de Saúde podem contribuir para a não disseminação (barreira), sobretudo, contribuir para o estabelecimento de estratégias de enfrentamento da pandemia de COVID-19. Por isso, toda atividade de trabalho e todo trabalhador tem de ser considerado e preparado para entender que sua atividade pode ter um papel importante no combate à pandemia, quanto mais, em face ao recrudescimento da pandemia a níveis superiores de mortes e infectados.

Os estudos de avaliabilidade são essenciais à descrição de um programa, mediante a identificação de metas, objetivos e ações; estruturação do modelo lógico baseado nos recursos, atividades, impactos esperados e as possíveis relações de causas entre esses elementos, definição de perguntas avaliativas, delineamento de um modelo de avaliação; identificação dos envolvidos ou interessados na avaliação, bem como preposição de recomendações ao programa e da relevância da execução da avaliação (COELHO *et al.*, 2014, p.793).

O EA, além de possibilitar conhecer o programa, constitui-se numa importante ferramenta de uso contínuo ao longo do trabalho, pois permite considerá-lo e reconsiderá-lo, adequando o direcionamento do estudo, tornando o ambiente favorável à avaliação. A participação de *stakeholders* no percurso avaliativo permite compreender e identificar possíveis problemas; amplia o olhar e melhora a compreensão sobre o objeto avaliado e seu progresso, o que facilita efetuar mudanças em processos, estruturas e resultados, na perspectiva da qualidade em saúde (MENDES *et al.*, 2010; BARATIERI *et al.*, 2019).

Em processo avaliativo, deve ser considerada, pelo gestor, a avaliação das ações de saúde ofertadas à população sob sua responsabilidade. A avaliação de políticas e programas é primordial para o bom desenvolvimento do trabalho, serve como guia para a gestão do setor público, além de ser um recurso para a prestação de contas.

Avaliar [...] permite identificar procedimentos já estabelecidos e obstáculos existentes, aspectos relevantes para o planejamento e aprimoramento de suas ações (OLIVEIRA *et al.*, 2012, p.282)

Bonan *et al.* (2010), entendem a avaliação em saúde como estratégia fundamental da gestão, pois trata-se de um excelente meio que permite pensar, sentir e reformular o projeto, se necessário.

Seus propósitos são auxiliar a identificação de problemas e a reorientação das ações, avaliar a incorporação de novas práticas de saúde, mensurar o impacto das ações implementadas no estado de saúde da população (BONAN *et al.*, 2010, p.116).

De acordo com Pisco (2006), o objetivo da avaliação em saúde é identificar, avaliar e corrigir situações em que esta ação se faz necessária para o melhor funcionamento do projeto. O processo de avaliação deve ser entendido como uma análise das ações propostas e desenvolvidas em um programa, a fim de indicar decisões mais assertivas.

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões (HARTZ-org., 1997, p.31).

A possibilidade de avaliar garante fidelidade aos objetivos propostos, caracterizando-se como estratégia objetiva e eficiente para diagnóstico de discrepâncias entre a situação atual e a situação ideal, explicitando possível distanciamento das metas e permitindo correções que asseguram fidedignidade aos objetivos propostos.

O produto desejado de um EA é uma descrição abrangente do objeto avaliado – um programa, projeto ou processo -, das questões chaves que devem ser abordadas pela avaliação, um plano de avaliação, e uma concordância entre todos os envolvidos em relação aos mesmos. Portanto, conduzir um EA significa avaliar e criticar até que a descrição do desenho do objeto avaliado se torne coerente e lógico (ROSSI *et al.* 2004).

Uma vez que o serviço das equipes de saúde depende de suporte administrativo, da conformidade de condições, e da organização das ações conforme os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), é necessário a criação de dispositivos que monitorem as condições necessárias para a execução dos processos de trabalho. Em saúde, o processo de trabalho caracteriza-se por um conjunto de ações, onde indivíduos, famílias e grupos sociais é o objeto de trabalho “e os saberes e métodos representam os instrumentos que originam a atenção em saúde” (FONTANA *et al.*, 2016).

No Brasil, os estudos sobre a avaliabilidade ainda são limitados apesar de sua importância para definir propósitos e avaliar o programa a ser desenvolvido e para a construção de estudos avaliativos. Na área da saúde a utilização do Estudo de Avaliabilidade é muito recente, sendo empregado como pré-avaliação. O Estudo de Avaliabilidade (EA)

analisa se a proposta pode ser avaliada e se seu desempenho pode melhorar, e se necessário aponta as mudanças necessárias (MACEDO *et al.*, 2020).

A avaliação em saúde é imprescindível para que as políticas e os programas sejam efetivos. A avaliabilidade é uma ação continuada que permite estimar se um programa é viável em seu campo teórico e em sua prática. Uma pré-avaliação pode apontar questões que precisem ser aprimoradas antes mesmo que o programa seja avaliado extensivamente. “Para que se realize um estudo de avaliabilidade, é necessária a existência de uma Teoria do Programa e de um Modelo Lógico da intervenção” (GUERRERO *et al.*, 2014, p.33).

O Modelo Lógico é um importante dispositivo de planejamento e avaliação, pois demonstra relações existentes entre recursos, atividades e resultados, e os impactos esperados, podendo identificar deficiências ou problemas de fluxo que possam interferir afetar na atuação do programa.

Define-se modelo lógico como uma ferramenta utilizada para sistematizar e comunicar as relações causais existentes entre os recursos disponíveis, as atividades realizadas e os resultados esperados de uma intervenção, sendo expresso por um desenho gráfico (ELIAS; PATROCOLO, 2005; BROUSSELLE *et al.*, 2011; FERREIRA *et al.*, 2020).

Dessa forma, o modelo lógico contribui para ampliar o debate, fortalecer a implementação de políticas e para a aprendizagem dos envolvidos no processo de trabalho. Permite, ainda, a criação de um diálogo entre a teoria e a crítica, por partilhar experiências e conhecimentos dos envolvidos (BROUSSELLE *et al.*, 2011; FERREIRA *et al.*, 2020).

Além disso, auxilia no planejamento da avaliação, por possibilitar a elaboração de indicadores adequados, o intercâmbio de ideias e percepções sobre determinados temas, sobre um objeto, o que confere maior credibilidade ao estudo (BUENO; CORDONI JÚNIOR; MESAS, 2011; ESHER *et al.*, 2012; FERREIRA *et al.*, 2020).

Um Estudo de Avaliabilidade constitui 4 fases: a fase inicial possibilita um diagnóstico do problema e os instrumentos necessários para seu enfrentamento; a segunda fase é da construção do modelo lógico, onde procura-se analisar a fragilidade do programa; a terceira fase é onde há a “comparação da realidade do programa com o programa-modelo e sua possível revisão, seguida, novamente, de apresentação ao coordenador do programa em nível de feedback”; e a quarta fase, é onde se faz as recomendações aos elaboradores do programa (GUERRERO *et al.*, 2014, p.9).

Desse modo, é possível ampliar a compreensão sobre a intervenção, em sua teoria e prática, visando a definição de perguntas avaliativas e de um plano de avaliação, coerente e

lógico, e que seja consensuado entre especialistas no tema – formuladores da política e profissionais da atenção primária da gestão e equipes da ESF que implementaram.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO E DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa. O delineamento foi um Estudo de Avaliabilidade ou pré-avaliação para analisar o plano de contingência, seus objetivos, estratégias e resultados esperados, de modo a construir o Modelo Lógico, e as perguntas avaliativas para sua avaliação oportuna no Município do Rio de Janeiro.

Conforme Rossi, Lipsey e Freeman (2004), a avaliabilidade pode ser definida como um conjunto de procedimentos para avaliações planejadas, de tal forma que os interesses dos envolvidos são considerados com a finalidade de maximizar a utilidade da avaliação. Desse modo, a análise de como discorre a adaptação dos processos de atendimento primário nas unidades de saúde após as orientações do Plano de Contingência é necessária, visto que com a chegada da pandemia de COVID-19, a atenção primária teve que alterar suas medidas e se adequar tanto às normativas e recomendações relativas ao estado quanto ao município.

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

Considerou-se o município do Rio de Janeiro como lócus da pesquisa, cujo universo é de 1307 equipes de ESF, distribuídas em 10 Áreas Programáticas (AP) com cobertura de 52%. Para comprovação empírica do Estudo de Avaliabilidade o processo será desenvolvido em uma Clínica da Família localizada na CAP 3.2 no município do Rio de Janeiro, que orientou seu atendimento primário, na pandemia, com base no Plano de Contingência Municipal (2020C) e na Nota Técnica de Assessoria Especial de Atendimento Primário à Saúde do Estado do Rio de Janeiro (2020b).

A Clínica de Família selecionada, a qual será denominada Florida para preservação da identidade, integra a Estratégia Saúde da Família e foi inaugurada em 02 de junho de 2011. Atualmente, a unidade realiza atendimento através de seis equipes de Saúde da Família, sendo elas: Verde, Azul, Vermelha, Lilás, Amarela e Rosa (nomes fantasia). O atendimento condiz com protocolo de Unidade Básica com perfil de Saúde da Família, que é feito por 06 Equipes de Saúde da Família e 02 Equipes de Saúde Bucal. O horário de funcionamento no período do registro dos dados foi de segunda à sexta-feira das 07 às 18 horas e no sábado das 08 às 12 horas. Esta população é cadastrada e acompanhada pelos profissionais da estratégia, cujo objetivo é estabelecer vínculo neste território.

A Unidade oferece atendimento nas seguintes áreas: coleta de exames de sangue, exames de ultrassonografia, coleta de escarro, exames de raio x, eletrocardiograma, triagem neonatal, imunização, curativo, pesagem do programa Bolsa Família, Projeto Academia Carioca, Grupos de gestantes, hipertensos, diabéticos, tabagismo, planejamento familiar, consultas de pré natal, puericultura, coleta de preventivos, entre outros serviços, como NASF.

A Unidade possui estrutura física linear e com entradas independentes, o que favoreceu o não cruzamento de fluxos na Pandemia, desta forma foi possível separar rotina dos atendimentos suspeitos de COVID-19, garantindo equipe exclusiva para atendimento de casos suspeitos de síndrome gripal, conforme orienta o Plano de Contingência.

As seguintes salas compõem suas dependências: Acolhimento; Banheiros para pacientes Masculino e Feminino, Escovódromo, Consultório odontológico, Auditório, Sala de Esterilização, Expurgo, Farmácia, Copa, Almoxarifado, Sala para coleta de sangue e procedimentos, Sala de Imunização, Sala de Curativo; 6 consultórios de Equipe, 3 Consultórios temáticos (Saúde da Criança, Saúde da Mulher e HIPERDIA), Sala de Raio X, Sala de Ultrassonografia, DML, Sala de Observação Clínica, Sala de Reunião, Vestiários Feminino e Masculino, um banheiro unissex para cadeirantes, Sala dos Agentes de Endemias, Sala da Administração e Sala dos Agentes de Saúde. Os profissionais têm suas atribuições bem estabelecidas e com a Pandemia foi necessário um rearranjo para que se continuasse a oferecer serviços de qualidade e que protegesse a população e profissionais. Deste modo, buscou-se garantir que as informações fossem amplamente divulgadas a todos e que a comunicação ocorresse de forma a minimizar ruídos.

Foi estabelecido que a Equipe de Resposta Rápida seria composta por Médico e Técnico em Enfermagem e que a Equipe de Apoio seria integrada pela Saúde Bucal, visto ser o setor mais comprometido em atendimentos, por gerar aerossóis e também a equipe NASF, este último não tão atuante.

O empenho dos profissionais foi primordial para alcançarmos bons resultados, porém nem todos os profissionais estavam engajados. As capacitações eram online e o profissional escolhido deveria atuar como multiplicador da informação; o que em muitos momentos não era possível pois havia um grande número de pessoas aguardando atendimento e também com as equipes estavam incompletas, o referido profissional muitas vezes não conseguia participar do evento online.

Houve dificuldades para manter as frentes de trabalho e em alguns momentos foi necessário remanejar profissionais para Unidades muito desfalcadas. Dessa forma a Unidade

passou a trabalhar com equipe mínima, porém em meio a todas essas adversidades, conseguimos avançar e organizar o processo de trabalho.

No ano de 2020, foi desenvolvido pela CAP 3.2 um painel de monitoramento COVID-19. Em março do mesmo ano, foi iniciada a utilização na 1ª versão em todas as Unidades Básicas de Saúde da referida área programática. Em abril, foi iniciado o uso do formulário de monitoramento e em maio iniciada a utilização da 2ª versão do painel, com *drive* destacado para grupos específicos e desfecho do monitoramento após 14 dias.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os sujeitos da pesquisa foram compostos por 02 (dois) grupos: GRUPO-A equipes de saúde da família da Cap 3.2, no Município do Rio de Janeiro, selecionados de forma intencional, em uma Clínica da Estratégia Saúde da Família, e GRUPO-B tomadores de decisão (*stakeholders*), os quais foram convidados para participar do Estudo de Avaliabilidade. Os participantes selecionados foram considerados especialistas em ABS e Gestão, respectivamente.

A escolha de uma unidade-referência deveu-se ao cenário da pandemia e ao intenso trabalho desenvolvido na atenção básica pelas equipes ESF, o que impossibilitou realizar a pesquisa em um universo ampliado. A conveniência na definição de uma clínica de família atendeu aos pré-requisitos: a) fácil comunicação da pesquisadora com os profissionais de saúde incluídos no estudo; facilidade de consultar dados e informações sobre a execução do Plano de Contingência no processo de trabalho das equipes; conhecimento de condições e tempos oportunos para aplicar os instrumentos de coleta de dados.

Cada equipe de Saúde da Família é composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de Enfermagem, 4 agentes de saúde, 1 dentista, 1 técnico em Saúde Bucal e 1 auxiliar em Saúde Bucal. O usuário quando chega ao acolhimento é recebido pelo agente de saúde, estes profissionais apresentam-se divididos em equipes. O agente de saúde, após fazer uma escuta qualificada, direciona o usuário de acordo com a queixa para atendimento com um membro da equipe técnica (o médico, o enfermeiro ou o dentista). Importante ressaltar que no período pandêmico, respaldados por liminar judicial, estes profissionais permaneceram afastados do atendimento direto ao paciente com suspeita COVID-19.

Durante o período de pandemia, a Atenção Primária teve que restringir o acesso por questões de segurança, havendo separação dos fluxos de atendimento de rotina e de atendimento COVID-19, sendo criada uma equipe de resposta rápida para o atendimento

exclusivo ao usuário COVID-19. Destaca-se a criação do serviço de telemonitoramento para os usuários de grupos coletivos (gestantes, hipertensos, diabéticos e tabagistas) que fazem parte da rotina da unidade.

4.3.1 Critérios de Inclusão

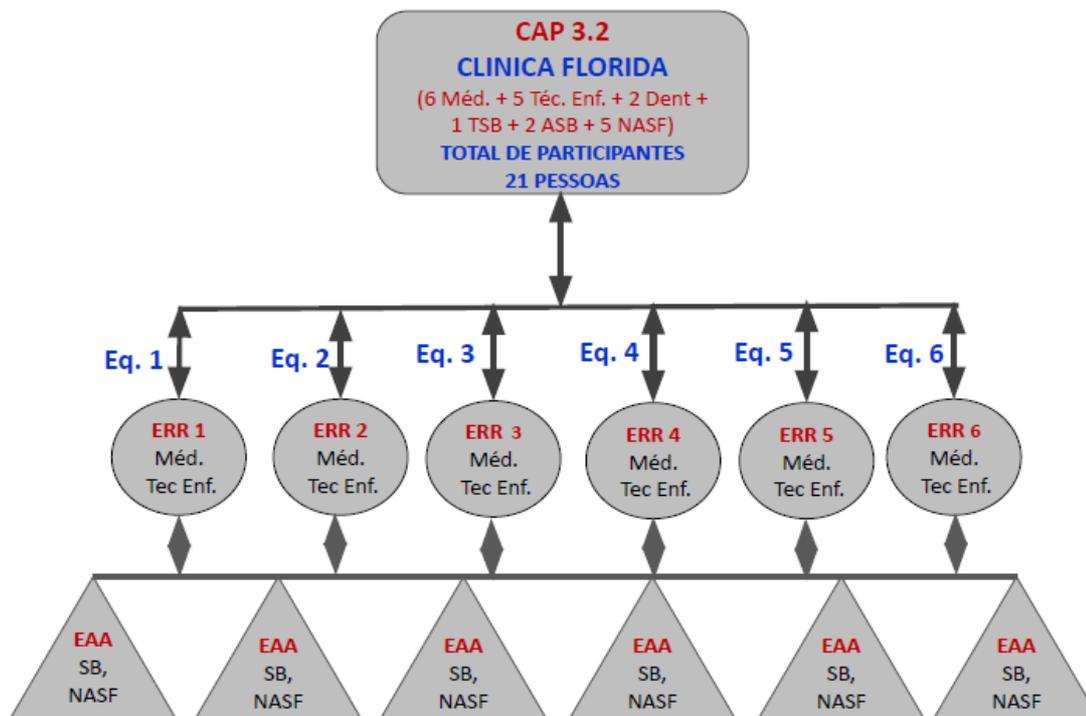
O critério de seleção dos participantes da pesquisa na unidade-referência da ESF (GRUPO-A) foi determinado pela relação deles com o atendimento primário, tendo como foco as equipes de apoio e resposta rápida, que estiveram em contato mais próximos com a problemática de atendimento à Covid-19.

A equipe de apoio tem como função abordar os usuários que deveriam ter acesso direto a Unidade e os usuários que deveriam ser direcionados para o atendimento do COVID-19. Já o médico da equipe da resposta rápida operacionaliza o atendimento do usuário com suspeita de COVID-19 e o técnico em enfermagem realiza os testes para detecção da COVID-19. O profissional da escuta inicial faz um filtro entre atendimento de rotina e atendimento de usuários com sintomas de COVID-19. Ainda na equipe de acolhimento têm-se os agentes de saúde, os quais direcionam os usuários de rotina para os atendimentos.

Em relação aos stakeholders, são gestores da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, selecionados de forma intencional, por meio de contato telefônico, e emissão de convite formal via e-mail, e que aceitaram participar da pesquisa. Os gestores incluídos na pesquisa atuaram na formulação e implementação do Plano de Contingência do Município do Rio de Janeiro.

O GRUPO A foi composto por profissionais das 06 Equipes da Estratégia Saúde da Família (Técnico em Enfermagem e médico) que fazem parte da equipe de resposta rápida (RR) e profissionais da Saúde Bucal que compõem a equipe de apoio ao acolhimento (2 dentistas, 01 TSB e 02 ASB). No total, efetivamente, foram 11 sujeitos das equipes da ESF da Clínica Florida da Cap 3.2 que participaram da pesquisa.

Figura 1 – **Grupo A** - por categorias profissionais contempladas no Plano de Contingência



Legenda: Equipe Resposta Rápida (Médico e Técnico em Enfermagem (ERR); Equipe Apoio Acolhimento (Saúde Bucal - dentista ASB e TSB) e NASF (EAA).

Fonte: Elaborada pela autora, 2022.

O GRUPO B foi formado por tomadores de decisão (*stakeholders*) formuladores/gestores do Plano de Contingência do Município do Rio junto a SMS-RJ e da unidade selecionada para aplicação do Estudo de Avaliabilidade. Esses sujeitos foram identificados por sua implicação com a tomada de decisão referente ao enfrentamento da Covid-19 – 01 subsecretária de saúde e 01 coordenador de CAP3.2. Desse modo, os sujeitos da pesquisa totalizam 13 pessoas.

Estava previsto um número maior de participantes, conforme expresso na figura 1, porém devido a mudanças na Organização Social que administrava as Unidades e pelo momento pandêmico alguns profissionais que atuaram no período da Pesquisa não fazem mais parte do quadro de funcionários da referida Clínica da Família e outros pela demanda de trabalho optaram por não participar.

4.3.2 Critérios de Exclusão

Foram considerados excluídos da pesquisa, respectivamente, tomadores de decisão - gestores da SMS-RJ que não estiveram envolvidos com o Plano de Contingência, seja na formulação, seja na implementação e profissionais da Unidade-referência que não atuaram diretamente no atendimento/ acompanhamento da COVID-19.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados iniciou em janeiro de 2020 como programado, porém os dados primários só foram obtidos em abril de 2022, em função dos cenários epidemiológico, sanitário, organizacional e políticos que circunscreveram os anos de 2020 e 2021 com agravamento da pandemia da Covid-19. Foram utilizados instrumentos e técnicas adequados aos propósitos do Estudo de Avaliabilidade: análise de documentos; questionários; entrevistas e roteiros, aplicadas por meio digital e em oficinas via WhatsApp, articulando etapas específicas cuja pretensão foi obter e consolidar informações necessárias a elaboração do desenho do Modelo Lógico e as perguntas avaliativas.

4.4.1 Instrumentos de Coleta de Dados

4.4.1.1 Questionário (A) Questões Abertas e Questões Fechadas (Q-A)

Esse instrumento de coleta de dados (Apêndice A) foi aplicado aos Profissionais da ESF, e apresentou questões sobre a unidade de saúde e o atendimento aos usuários na pandemia da COVID-19, contemplando elementos relacionados à estrutura, processo e resultados, e foi aplicado por meio eletrônico, via *Google Forms*.

Os elementos que compuseram a elaboração do instrumento de coleta de dados buscaram compreender a estrutura da unidade e das equipes disponíveis para atender a população, as rotinas de atendimento da unidade, destacando as ações realizadas inicialmente pelos participantes e as adaptações das ações ao longo do tempo, de forma a identificar quais medidas e condições não estão em conformidade para desenvolver as ações previstas no Plano de Ação.

Foram feitos convites aos participantes por via telefônica e mensagem de WhatsApp, seguida por instruções sobre como participar da pesquisa via e-mail institucional. A

elaboração do instrumento no *Google Forms* foi necessária para que os participantes respondessem *online*, tendo em vista o cenário pandêmico.

4.4.1.2 Questionário (B) fechado (Q-B)

Posterior a aplicação dos questionários, foi enviado aos respondentes, profissionais da ESF e *stakeholders*, um novo instrumento, denominado Validação do Modelo Lógico, inserido também no *Google Forms*, sendo utilizada a escala Tipo *Likert*, pela qual é medido o grau de concordância ou discordância de um determinado assunto. A escala *likert* contempla 5 itens – *likert* para resposta (Concordo completamente, concordo, não concordo nem discordo, Discordo e Discordo completamente).

A escala *Likert* constitui-se de uma simples soma das respostas sobre os itens, sendo fácil de construir e aplicar, de maneira com que os entrevistados consigam entender rapidamente como utilizá-la, possibilitando a adaptação para meios virtuais, telefônicos ou pessoais (BERNSTEIN, 2005; ANTONIALLI, F.; ANTONIALLI, LM; ANTONIALLI, R. 2016). Desse modo destaca-se:

- 1) escalas *Likert* são somatórios de respostas de várias escalas tipo-*Likert*;
- 2) escalas *Likert* contém, vários itens e, portanto, tendem a ser mais confiáveis do que os itens individuais;
- 3) naturalmente, a confiabilidade das escalas *Likert* devem ser verificadas usando o *Alpha de Cronbach* ou outra estimativa de confiabilidade quando adequado;
- 4) escalas *Likert* por conterem vários itens, podem ser interpretadas como escalas intervalares, assim, estatísticas descritivas podem ser aplicadas, bem como a análise de correlação, análise fatorial, análise variância, entre outras (BROWN, 2011, p.4).

É ainda analisada na escala de medição intervalar, uma vez que o seu resultado é criado pelo somatório dos itens; portanto, o valor somado das escalas deve ser analisados na escala de medição intervalar, incluindo estatísticas descritivas, por meio da média de tendência central e desvios-padrão para variabilidade. Dessa forma, os procedimentos de análise de dados adicionais podem ser: correlação de *Pearson*, Teste *t*, ANOVA e procedimentos de regressão (BOONE JR. *et al.* 2016).

Atribui-se a cada afirmação um valor numérico que vai de 1 a 5 ou de -2 a +2. Cada respondente tem um escore final atribuído ao somatório de pontos

que obter nas alternativas, ou seja, os respondentes são solicitados a informar o grau de concordância/discordância, na qual a cada célula de resposta é atribuído um número que reflete a direção da atitude de cada afirmação. A pontuação total da atitude de cada respondente é dada pela somatória das pontuações obtidas para cada afirmação (MALHOTRA, 2001; ANTONIALLI, F.; ANTONIALLI, LM; ANTONIALLI, R., 2016).

No presente estudo foi desenvolvido e validado um Modelo Lógico a partir do Plano de Contingência Municipal do Rio de Janeiro, Nota Técnica da Assessoria Especial da Atenção Primária da Saúde e os dados resultantes das entrevistas realizadas com os profissionais de saúde e os *Stakeholders*. Tal modelo possibilitou visualizar uma radiografia do processo de implantação, implementação e execução de instrumentos criados pela gestão de saúde, federal, estadual e municipal, para situações de emergência sanitária, observando seus avanços e necessidades de ajustes, com vista a consolidá-lo como Política de Enfrentamento à Eventos Inusitados Transmissíveis.

Para isso, o Modelo Lógico proposto foi organizado em dimensões e subdimensões, com critérios de validação da escala Tipo Likert variando entre Discordo Totalmente (A), Discordo (B), Concordo (C) e Concordo Totalmente (D) Caso o participante discordasse em alguma das questões, o questionário possibilitou a pontuação de sugestões, ajustes, discordâncias e alterações. Todos os profissionais assinaram o TCLE.

Quando qualquer modificação é realizada nessa escala, ela é chamada de escala TIPO likert. Retirar o item “não concordo nem discordo” (ou item neutro) é uma estratégia já utilizada na literatura (Vieira, 2009). Essa estratégia obriga o respondente a se posicionar no momento da resposta. DELPHIL

Importante destacar que a aplicação dos questionários foi realizada on-line, favorecendo uma resposta mais ampliada e receptiva para os participantes.

4.4.2 Entrevistas – Tomadores de Decisão

Foram realizadas junto aos tomadores de decisão da SMS-RJ e da unidade piloto da ESF para compreensão dos pressupostos, objetivos, métodos e instrumentos definidos no plano de contingência e sua implementação e as diferentes dimensões que consubstanciam o referido documento. As entrevistas foram feitas pelo aplicativo *Google Meet* em função da pandemia, orientada por questões norteadoras.

4.4.3 Observação Participante

Foi necessário incluir como instrumento a observação participante, pelo fato de a pesquisadora ter sido gestora da unidade analisada, sendo membro do grupo na posição de pesquisadora. O objetivo da observação participante é produzir uma descrição densa da interação social em um ambiente determinado. Suas principais características consistem em:

- a) o pesquisador pode estar inserido ou se inserir no grupo pesquisado, realizando atividades na condição de observador. Ou seja, acompanha o cotidiano do ambiente investigado. Desse modo, mantém distanciamento tático para não misturar o investigador como membro do grupo, com exceção em condições especiais quando se rompe esse pressuposto; e
- b) o observador pode ser encoberto ou revelado, ou seja, o grupo pode ou não saber que está sendo investigado. A estratégia usual é o grupo conhecer o investigador, para que seja solicitada permissão para o desenvolvimento da pesquisa. Mesmo quando o pesquisador é membro do grupo e vai realizar uma pesquisa, todos do grupo devem anuir com esse novo papel (MARCON; ELSSEN, 2000).

Essa técnica, embora pessoal e singular, no contexto dessa pesquisa, o participante do grupo como observador pode minimizar o viés de autoridade, que, porventura, possa ter ocorrido na aplicação dos outros instrumentos junto aos profissionais da referida clínica da família. Por outro lado, a fala dos demais profissionais e dos stakeholders darão o tom divergente do estudo. A observação foi realizada 02 vezes por mês (início e fim), durante todo o período de coleta de dados e feitas anotações em caderneta de campo, totalizando 24 anotações.

Nesta pesquisa as observações aconteceram no contexto da rotina de trabalho da Unidade de referência englobando os locais que a compõem, as atividades da Equipe de Apoio que atuava no Acolhimento e as atividades da Equipe de Resposta Rápida que atendia os casos de COVID-19. As observações eram contínuas e registradas em um Diário de Campo, cujas anotações consistiam nos registros da atuação da equipe, dos cenários contidos na Unidade e de diálogos identificados como importantes para este Estudo. Foram realizadas no período de abril de 2021 a abril de 2022.

4.4.4 Análise Documental – documentos oficiais da SMS-RJ para Covid-19

Foram analisados o Plano de Contingência para o Município do Rio de Janeiro e suas normativas, de modo a identificar seus elementos fundantes e sua implementação em uma unidade de saúde da ESF na CAP 3.2. Para isso foram construídas questões orientadoras da análise:

- a) Quais elementos (metas, objetivos, estratégias, ações, atividades, indicadores, outros) definem e descrevem o Plano de Contingência como política pública de saúde emergencial?
- b) Quais condições do contexto – sócio territorial, político, sanitário, epidemiológico e institucional de organização das RAS-SUS, possibilitaram ou impossibilitaram o cumprimento de metas e objetivos do Plano de Contingência?

Os documentos utilizados neste estudo - Nota Técnica de Assessoria Especial de Atenção Primária, de abril de 2020, Plano de Contingência e o Painel de Monitoramento, constam dos *links*:

- https://coronavirus.rio/wp-content/uploads/2021/03/PlanoContingencia_v12.pdf
- <http://www.rio.rj.gov.br/documents/73801/3e094d06-3be6-42d2-9995-e3c6a17384ff>

4.4.5 Oficinas de Trabalho

Nesta etapa estavam previstas 04 oficinas de trabalho que seriam realizadas, por meio remoto e em momentos distintos, com profissionais da ESF e com stakeholders. As oficinas 1 e 2 tinham como finalidade apresentar o projeto e pactuar as dimensões de análise, e as oficinas 3 e 4 a finalidade de apresentar, discutir e aprovar o Modelo Lógico Final e a Matriz de Indicadores, porém com a evolução da pandemia e a falta de disponibilidade dos profissionais frente a este agravo foi necessário realizar ajustes que serão explicitados nos resultados.

4.5 PERÍODO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados primários junto aos sujeitos da pesquisa estava prevista para iniciar após a qualificação, realizada na 2ª quinzena de agosto 2021, e envio e aprovação do projeto junto ao CEP da ENSP/FIOCRUZ-RJ e CEP da SMS-RJ. Em decorrência de mudança da

Organização Social contratante vigente, que impactou diretamente na estrutura administrativa e no processo de trabalho da Unidade, houve perda de parte da força de trabalho que foi qualificada para o enfrentamento da pandemia de COVID-19. Desse modo a coleta de dados primários, ocorreu em abril do ano de 2022.

4.5.1 Etapas da Coleta de Dados Secundários e Dados Primários

Para o alcance dos objetivos apontados foram cumpridas as seguintes etapas:

- a) **Etapa 1** – Análise documental: foram analisados e descritos em detalhes o Plano de Contingência (PC) e outros documentos correlatos para compreensão dos processos, estrutura e resultados na implantação do Plano de Contingência; e
- b) **Etapa 2** – envolvimento dos informantes-chave: realizada com a participação da pesquisadora para o envolvimento dos interessados na avaliação. Foram feitos convites à equipe de profissionais da ESF da Clínica Florida na Cap 3.2 que participaram, respectivamente, dos atendimentos aos usuários no período indicado (janeiro 2020 a março 2021) e tomadores de decisão da SMS-RJ formuladores do Plano de Contingência, para se constituírem como informantes-chave com capacidade de dialogar sobre os rumos da pesquisa nessa fase do EA. Essa etapa foi desenvolvida com a equipe da Clínica da ESF Florida e outra com os stakeholders da SMS-RJ, por meio remoto via google meet e gravadas para:
 - Consulta e pactuação da proposta do EA (referencial teórico e metodologia), com discussão das expectativas da avaliação; e
 - Pactuação das dimensões de análise do Plano de Contingência;
- c) **Etapa 3** – Aplicação do Questionário A - semiestruturado com profissionais da ESF e Entrevistas com stakeholders da SMS-RJ, com a finalidade de visualizar e sistematizar com clareza os pressupostos norteadores, metas e objetivos, estrutura e dimensão do PC. Essa etapa subsidiou a elaboração do Modelo Lógico. Após sistematização das respostas ao Q-A, foi elaborado o Q-B;
- d) **Etapa 4** – Aplicação do Questionário B fechado (Q-B) com profissionais da ESF e stakeholders para validação do Modelo Lógico, com definição

das dimensões e subdimensões que representam os processos estruturantes do Plano. Foi apresentado um algoritmo definido pela pesquisadora aos informantes-chave, para discussão e aprovação, por meio eletrônico.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Foi feita análise imbricada dos dados dos questionários, das entrevistas e da análise documental. Utilizou-se o referencial da Análise de Conteúdo Temática de Bardin para sistematização dos dados abertos.

Para a Análise de Conteúdo de Bardin foram seguidas as etapas a seguir, organizadas em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A análise dos dados foi complementada por meio da análise de variáveis e parâmetros de qualidade que estão pautados nas medidas e ações previstas no Plano de Contingência e sempre debatidas com os profissionais interessados no estudo, para ajustar com o Modelo Lógico.

Utilizou-se a Técnica de Consenso DELPHI para validar os itens descritos no Modelo Lógico, garantindo a concordância entre os especialistas, os quais foram escolhidos pela experiência e conhecimento técnico/ prático em APS.

"Nessa técnica, o uso de metodologia e processos estruturados permite que, por meio de análise subjetiva, um julgamento coletivo seja realizado, com a finalidade de obter o consenso de especialistas, aqueles com experiência, habilidade ou determinados conhecimentos técnicos, científicos ou práticos sobre um tema específico (Esher et al., 2012; Uchoa et al., 2008, Ferreira,2019 pág. 4)."

A técnica de consenso DELPHI apresenta como características de destaque o anonimato, a construção coletiva de respostas e também outros enfoques sobre o assunto, possibilitando modificar a resposta e entregar um resultado comum a todos os participantes.

Para validação do ML foi utilizado o método IVC, que consiste em medir a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens. Permite inicialmente analisar cada item individualmente e depois o instrumento como um todo (COSTA, 2011).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

A coleta de dados foi iniciada após submissão e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), conforme a Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde que norteia a prática de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Para viabilização deste estudo, a pesquisadora também realizou os seguintes procedimentos: assinatura da Declaração de Compromisso Ético de Não início da Pesquisa, assinatura do Termo de Confidencialidade; preenchimento e assinatura da Folha de Identificação do Pesquisador, e autorização para realizar a coleta de dados na Unidade Básica de Saúde pela assinatura da Anuência.

Todos os participantes aceitaram participar do estudo através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D). Neste termo consta o objetivo da pesquisa e informações acerca da participação dos profissionais, deixando claro que sua participação será voluntária e que poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, e que as respostas obtidas terão fins estritamente científicos.

Para a gravação da entrevista, para posteriormente ser transcrita na íntegra, os participantes assinaram o Termo de Autorização Para Gravação de Voz contida no TCLE, o qual apresenta o objetivo do estudo e os compromissos da pesquisadora com os direitos dos participantes. Foram utilizadas as letras R (respondente) e P (Participante), seguidas de um número, conforme ordem da entrevista com o respectivo participante, garantindo-lhes, desse modo, o anonimato.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Serão apresentados achados do Estudo de Avaliabilidade do Plano de Contingência no município do Rio de Janeiro que subsidiaram a estruturação do Modelo Lógico como dispositivo norteador para avaliação desse instrumento da política municipal de saúde do Rio de Janeiro em situação emergencial. Pretende-se com isso, melhorar a organização dos processos de trabalho das Clínicas da Família no município, tendo a Clínica Florida como campo observacional e de aprendizado institucional do processo de pesquisa.

5.1 ANÁLISE DOCUMENTAL

5.1.1 Plano de Contingência

Em meio à pandemia de COVID-19, houve mobilização dos gestores e profissionais ligados à área da saúde com o propósito de estabelecer medidas para controlar e prevenir a infecção humana causada pelo novo coronavírus.

Neste contexto, foi criado para a cidade do Rio de Janeiro, um documento técnico que é o Plano de Contingência Municipal, atualmente com duas versões. Nota-se que a primeira versão foi elaborada em meio ao desconhecido, num esforço coletivo para entender o agente etiológico, propondo adoção de medidas para controlar e evitar danos maiores no ano de 2020. A segunda versão do plano foi concebida como revisão, cujo intuito principal ainda é a prevenção e controle da pandemia e também com conhecimentos adquiridos através de estudos e ensaios preliminares definindo as medidas de proteção à vida em conformidade com os níveis de classificação de risco.

[...] importante considerar que, em Janeiro de 2021, já havia sido ultrapassado o cenário de risco relacionado às fases anteriores de resposta estabelecidas na 1ª edição do Plano de Contingência (fevereiro/2020). Neste momento, as ações de resposta contidas nesta revisão serão orientadas para fins de mitigação de casos graves e óbitos e contenção da incidência da doença no município” (RIO DE JANEIRO, 2021, p.5).

O Plano de Contingência para o Município do Rio de Janeiro objetivou orientar os profissionais da saúde, tratar adequadamente os casos existentes, informar e esclarecer a população e reorganizar as equipes de saúde em sua assistência à comunidade. Em conformidade com este documento, os casos identificados foram acompanhados pelas

Unidades de Atenção Primária à Saúde e os profissionais orientaram adequadamente a população. Nos casos leves, o usuário foi orientado a ir para casa com instruções para o isolamento domiciliar; nos casos moderados, o usuário foi levado à sala de puff; nos casos graves, o usuário foi levado à sala de observação clínica-isolamento.

A versão atual do Plano de Contingência (março 2021) destaca um conjunto de medidas de proteção a vida:

[...] se respaldam, entre outros, no princípio da precaução, que visa assegurar a adoção de medidas intervencionistas de proteção e defesa da assistência, de forma cautelar e preventiva. As medidas de proteção à vida, quanto à natureza, se subdividem em permanentes, recomendáveis e variáveis.

As medidas permanentes baseiam-se nos três pilares de proteção: higienização das mãos, respeito ao distanciamento e uso de máscaras. São iniciativas básicas que deverão continuar sendo respeitadas por toda a população. As medidas recomendáveis alertam as pessoas para que evitem, entre outras situações, a exposição desnecessária na rua e o convívio com estranhos ao seu ambiente doméstico. Já as medidas variáveis serão proporcionais aos estágios estabelecidos pelo COE COVID-19 RIO, a partir do boletim epidemiológico semanal, e deverão ser seguidas pelas 33 regiões administrativas, conforme o nível de alerta da área.

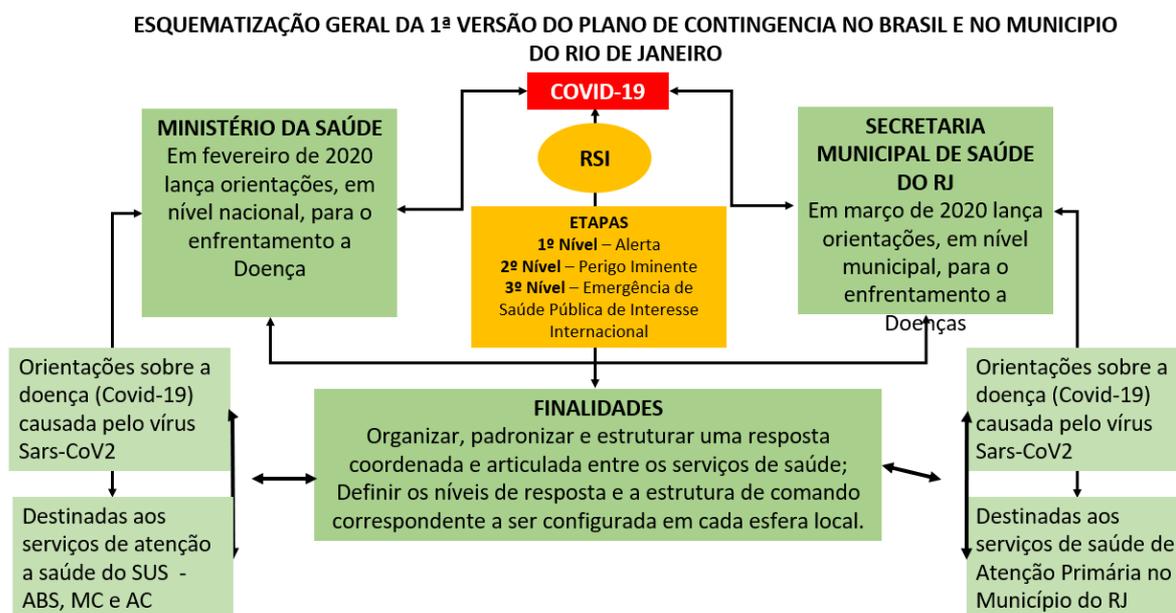
Em relação às medidas variáveis, destacam-se: limitação da capacidade de lotação de estabelecimentos, alteração nos horários de funcionamento e ampliação das regras de distanciamento em locais fechados. Estas medidas serão aplicadas considerando três níveis de alerta, de acordo com um indicador composto baseado em dados sobre internações e óbitos por covid-19 para identificação do risco segundo Região Administrativa (RA) de residência (RIO DE JANEIRO, 2021, p. 6)

O PC para o município do RJ foi orientado por Nota Técnica do Ministério da Saúde Brasileiro, por meio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, onde está abrigado o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), no qual está definida Emergência em Saúde Pública de Interesse Internacional (ESPII). O RSI é um acordo internacional juridicamente vinculante estabelecido entre a OMS e estados partes que o referenda. Sua finalidade e alcance são prevenir a propagação internacional de doenças, proteger sua disseminação, controlar e dar resposta rápida e oportuna de saúde pública, proporcional aos riscos à saúde das populações, evitando ao mesmo tempo, as interferências com desnecessárias com o fluxo e o comercio interacionais (RSI, 2002).

Esse documento apresenta uma série de observações e recomendações, que devem orientar os estados partes em situações de ESPII: o alcance das medidas, que não se limita a tal ou qual doença ou modalidade de transmissão, abarcando todo tipo de afecção médica, seja

qual for a sua origem ou procedência, desde que seja capaz trazer ou produzir danos ao ser humano; a obrigação dos estados partes de instalar o mínimo de capacidades básicas em matéria de saúde pública; notificar a OMS sobre a ocorrência de eventos que podem constituir uma ESPII de acordo com critérios definidos; disposições que autorizam a OMS levar em consideração notícias oficiosas acerca de eventos de saúde pública e solicitar aos estados partes a verificação dos mesmos; procedimento para que o Diretor Geral da OMS determine a existência de uma ESPII e formule as recomendações temporais correspondentes após ouvir um Comitê de Emergências; proteger os direitos humanos dos viajantes e outras pessoas, e estabelecer Centros Nacionais de Alerta e pontos de contato para o RSI, encarregados de tramitar as comunicações entre os Estados Parte da OMS (RSI, 2005). A figura 2 apresenta esquematicamente o fluxo das determinações, em diferentes escalas geopolíticas, que originou o Plano de Contingência do Rio de Janeiro.

Figura 2



Fonte: Elaborada pela autora, 2022.

Seguindo o fluxo da figura 2, o processo de adaptação do atendimento primário na Unidade de Saúde estudada no município do Rio de Janeiro, após as orientações do Plano de Contingência ocorreu de forma repentina. Observaram-se pontos positivos e negativos na adequação do atendimento com a pandemia de COVID-19.

Para implementação das medidas propostas pelo Plano de Contingência na Clínica da Família Florida, foi necessário:

- a) Implementação de uma Nota Técnica com orientações sobre a prevenção e manejo da transmissão e infecção pelo novo Coronavírus e organização dos serviços de saúde;
- b) Estabelecimento de equipe de resposta rápida para atendimento a COVID-19;
- c) Separação do atendimento dos casos de COVID-19 dos atendimentos de rotina;
- d) Criação de um painel de gestão, concentrando o número de notificações, percentual de vacinação, materiais disponíveis, entre outros, onde houve uma organização dos serviços para ter um melhor controle em se tratando de gestão; e
- e) Estabelecimento de equipe de apoio ao acolhimento, com atuação da Saúde Bucal e do NASF na triagem e monitoramento dos pacientes que chegavam à Unidade para encaminhamento a equipe de resposta rápida.

Os profissionais da Saúde Bucal, por ser um serviço que gera aerossóis, tiveram sua atuação restrita e foram orientados a assumir o monitoramento dos usuários que estavam em tratamento na Unidade. Todo e qualquer caso de síndrome gripal era notificado pela ERR e ao preencher o formulário online, as informações eram direcionadas para uma planilha gerando um banco de dados. A equipe de Saúde Bucal ligava para o paciente durante 14 dias para monitorização do caso. Se algum paciente informasse qualquer sinal de alerta era orientado a retornar ao serviço de saúde para novo atendimento, e esses casos seguiam monitorados.

Entretanto, houve muitas dificuldades nesse processo, a saber: a necessidade de dividir a equipe de trabalho em equipe de resposta rápida (Técnico em Enfermagem e Médico) equipe de apoio ao acolhimento (Saúde Bucal e NASF), manter o atendimento de rotina; a discrepância entre as notificações que foram realizadas diariamente e o número de atendimentos com suspeita de síndrome gripal, pois todo caso classificado como síndrome gripal é necessário ser notificado e, como o número de atendimentos diários era muito elevado, em muitos momentos não havia tempo para notificar todos os casos.

Destaca-se nos primeiros meses de atendimento à Pandemia de COVID-19, o desafio vivenciado pela Equipe de Saúde para atender aos casos de COVID-19 e garantir a continuidade dos serviços destinados aos grupos prioritários, como por exemplo, crianças menores de 1 ano, gestantes, TB, entre outros, com equipes incompletas, seja por déficit de

RH, por afastamento de saúde ou por estarem direcionadas para a equipe de resposta rápida, no atendimento aos casos de COVID-19.

Neste cenário houve uma desordem no fluxo de atendimento imediato para casos suspeitos de COVID-19, com profissionais dispostos, porém, sem o devido preparo para atender as intercorrências associadas à Síndrome Gripal e as demandas relacionadas ao novo Coronavírus. Verificou-se carência de habilidades nos atendimentos imediatos, necessidade de aprofundamento nos treinamentos correspondentes às situações emergenciais e desgaste dos profissionais em acolher e entender o alto número de demandas.

Assim, a pandemia trouxe um evento inusitado a ser identificado, analisado, tratado e monitorado pelas equipes de saúde e paralelo a ela dar respostas e cuidar de outras doenças transmissíveis ou crônicas que não deixaram de ocorrer na população em todo o período pandêmico até os dias atuais.

A análise do documento evidencia sua necessidade e pertinência, tanto no momento inicial da pandemia quanto para o segundo momento, em que os profissionais estavam melhor capacitados e preparados para atender de forma melhor orientada e acurada aos casos que surgiram.

O quadro 1 apresenta elementos do Plano de Contingência, fundamentais que subsidiaram o de Estudo de Avaliabilidade.

Quadro 1 – Comparativo 1ª e 2ª Versões do Plano de Contingência do Município do Rio de Janeiro para Enfrentamento da COVID-19

META		1ª Versão 2020	2ª Versão 2021	META
Conter a expansão de casos, abarcando ações de Vigilância Ativa, detecção precoce, gerenciamento de casos, rastreamento de contatos, prevenção e controle da expansão exponencial da Infecção Humana pelo Novo Coronavírus. "	Finalidade	Planejar ações; Orientar que as medidas de saúde estejam voltadas para conter a transmissibilidade e oportunização do manejo adequado dos casos de COVID-19.	Mitigar casos graves óbitos e contenção da incidência da doença no município.	Acompanhar e avaliar as políticas de combate à pandemia, definir regras voltadas à mitigação da transmissão e do contágio da covid-19; e das medidas preventivas.
	Objetivos	Orientar os profissionais e os serviços de Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro quanto a ações de prevenção, manejo clínico, vigilância e proteção ao Coronavírus.	Revisar o Plano de Contingência Municipal para enfrentamento à epidemia por infecção humana pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), apresentando a estrutura de comando para a coordenação das atividades do setor de saúde e definindo as medidas de proteção à vida segundo níveis de classificação de risco.	
	Público-alvo	Profissionais de Saúde	Profissionais de Saúde (Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde, Atenção Primária, Urgência e Emergência, Complexo Regulador e Comunicação)	

Planejamento	Ações e estratégias	Organização assistencial e local; Educação em Saúde e responsabilidade sanitária pelo território; Medidas de segurança e controle do ambiente assistencial; Medidas de prevenção populacional; Estrutura, ambiência e organização das Unidades de Atenção Primária	Estabelecer as medidas de proteção à vida (higienização das mãos, respeito ao distanciamento e uso de máscaras; limitação da capacidade de lotação de estabelecimentos, alteração nos horários de funcionamento e ampliação das regras de distanciamento em locais fechados.
	Vinculação Técnica	Secretaria Municipal de Saúde, SMS-RIO	Superintendência de Vigilância em Saúde da Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Áreas de gestão operacional e de gestão analítica, denominadas respectivamente de Grupo de Operações e Grupo de Análises, compõem o COE COVID-19 RIO.
	Especificidade local	Garantir rotina de práticas que minimizem a exposição a agentes de transmissão respiratória, que devem ser implementadas antes da chegada do paciente ao serviço de saúde, na chegada, triagem e espera do atendimento e durante toda a assistência prestada.	No que tange a APS: manter equilíbrio entre a oferta de atendimentos e a manutenção do cuidado continuado, reestruturar fluxos assistenciais, estímulo ao uso das ferramentas digitais (autonotificação, telemonitoramento).

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

A partir do Plano de Contingência, foram sendo criadas portarias e resoluções como forma dos órgãos públicos exporem suas deliberações, no intuito de compreender, normatizar e orientar toda a população diante do avanço abrupto da COVID-19. Tornou-se evidente a mobilização dos órgãos da Saúde e a articulação de funcionários e pesquisadores para tomada de decisão, culminando em número recorde de normativas, decretos e leis propostos no período compreendido entre 2020-2022 no Município do Rio de Janeiro (Tabela 1).

Tabela 3 - Normativas, decretos e leis propostos no período compreendido entre 2020-2022 no Município do Rio de Janeiro

Ano	Decretos	Leis	Resoluções
2020	90	12	100
2021	47	09	23
2022	04	01	04

Fonte: Elaborada pela autora, 2022.

5.1.2 Análise da Nota Técnica (NT)

Em março de 2020, criou-se a primeira versão da Nota Técnica da Assessoria Especial – Atenção Primária à Saúde que tem por objetivo orientar os profissionais de saúde da ABS e manter a população e profissionais mais seguros. Logo em seguida, em abril de 2020, foi lançada a segunda versão deste documento que foi distribuído para todos os profissionais da saúde, cuja finalidade foi apoiar as equipes multiprofissionais para que as Unidades de Saúde da Família pudessem se organizar para o atendimento aos casos da COVID-19; ou seja, foi o documento norteador que as equipes receberam para operacionalizar os atendimentos.

A NT reforça aspectos do Plano de Contingência, possui orientações sobre a prevenção e manejo da transmissão e infecção pelo novo Coronavírus (SARS-COV-2) e organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde do Município do Rio de Janeiro. Sua elaboração contém desde o tipo de transmissão, epidemiologia, quadro clínico, manejo clínico, registro clínico, notificação, vigilância epidemiológica, monitoramento de casos na unidade, entre outros.

Quadro 2 – Resumo da Nota Técnica - Assessoria Especial de Atenção Primária a Saúde

META		2ª Versão 2020
Servir de modelo para a organização dos Serviços de Saúde, facilitando o trabalho nas Unidades de Atenção Primária.	Finalidade	Nortear profissionais e serviços de Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro quanto a ações de prevenção, manejo clínico, vigilância e proteção profissional durante a pandemia de COVID-19.
	Objetivos	Contemplar as principais dúvidas dos profissionais. Manter a população e os profissionais mais seguros.
	Público-alvo	Profissionais de Saúde
	Planejamento	Ações e estratégias

		Vinculação Técnica	Secretaria Municipal de Saúde, SMS-RIO
		Especificidade local	Executar e monitorar as alterações estruturais e processuais das Unidades de Atenção Primária para garantir os fluxos definidos pela NT; Apoiar as equipes, estabelecendo clima organizacional; Apoiar e realizar ações de Vigilância em Saúde.

Fonte: A própria autora, 2022.

Obs.: a primeira versão da Nota Técnica não foi disponibilizada aos profissionais. Iniciamos com a segunda versão em 02/04/2020.

Com a Pandemia instalada, as equipes experimentaram as contribuições das tecnologias na qualificação dos profissionais, porém, com a necessidade das capacitações serem online, elas ocorriam durante o período de atuação na Unidade e os profissionais possuíam filas para atendimento, tanto nos casos de rotina, como nos casos de COVID-19 gerando ansiedade e contratempos. Dessa forma, as capacitações online não foram tão efetivas, pois a atenção dos trabalhadores da ABS estava dividida. Em muitos momentos era preciso ler e seguir o Plano de Ação e, como a Atenção Primária atua na prevenção, a urgência foi uma atividade nova para a equipe. Por mais que a Nota Técnica fosse norteadora, a necessidade do momento, o atendimento de urgência, não possibilitou a instrumentalização da equipe.

Contudo, a importância de se ter uma Nota Técnica que orientasse e organizasse o atendimento foi e é de grande relevância, sendo que as capacitações e os treinamentos dos profissionais das unidades de saúde devem fazer parte da rotina e estar sempre atualizados.

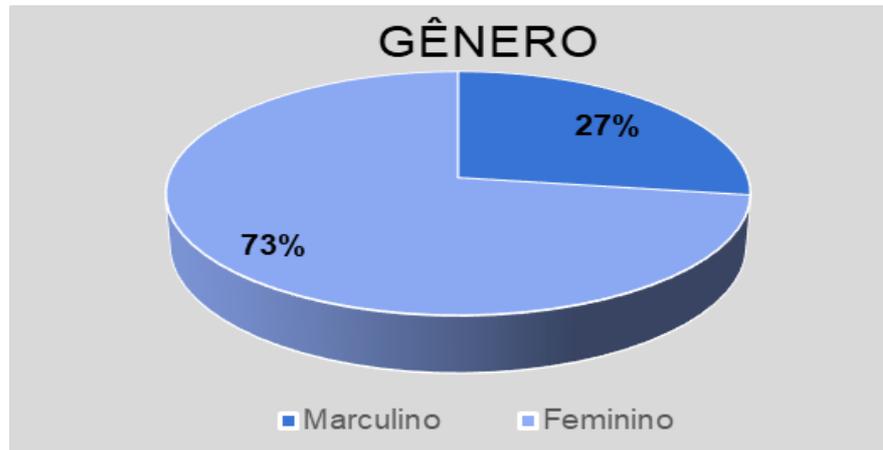
5.1.3 Resultados Questionário 1

Foi aplicado um questionário semiestruturado sobre a Unidade de Saúde e os atendimentos aos usuários na pandemia de COVID-19, respondido por 11 profissionais da ESF, os quais estão identificados pela letra R, seguidas de um número, conforme ordem de resposta ao questionário. Este instrumento de coleta de dados apresenta também a finalidade de visualizar e sistematizar os pressupostos norteadores, metas, objetivos, estrutura e dimensões do Plano de Contingência.

5.1.3.1 Perfil dos Respondentes

Evidencia-se que 73% dos profissionais de saúde participantes do estudo eram do sexo feminino, conforme o gráfico 1.

Gráfico 1- Caracterização do gênero

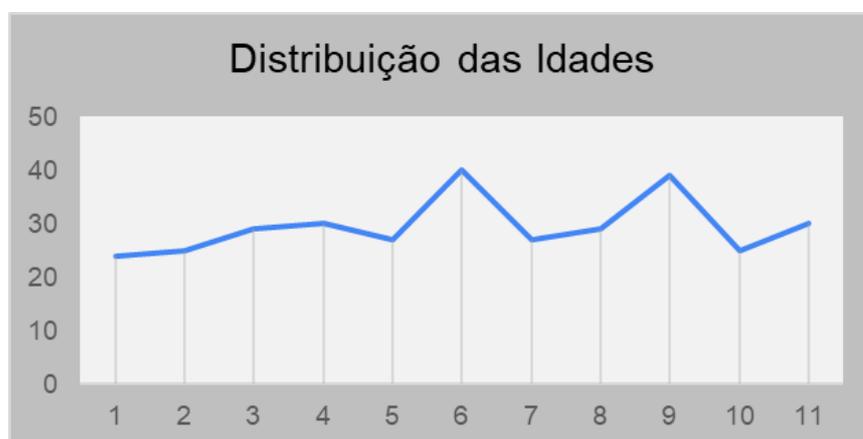


Fonte: A própria autora, 2022.

5.1.3.1.1 Idade

Segundo a variável idade, a média entre os respondentes foi de 30 anos, mediante elencado no gráfico 2.

Gráfico 2 – Distribuição das idades

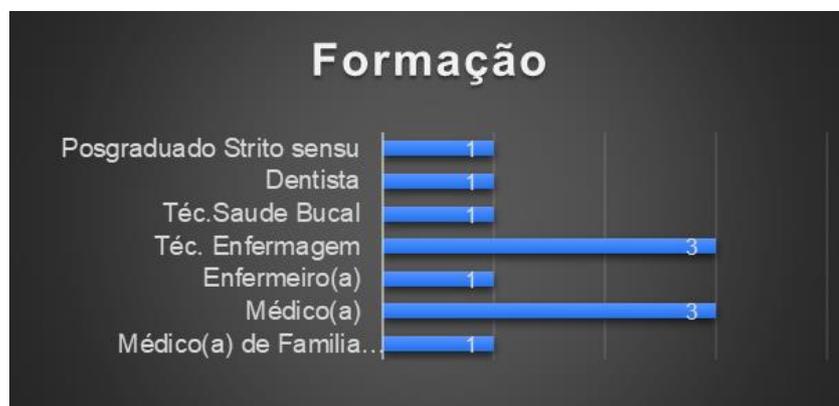


Fonte: A própria autora, 2022.

5.1.3.1.2 Formação

Conforme a gráfico 3, observou-se quatro profissionais médicos, sendo um médico de família; três técnicos de enfermagem e um enfermeiro. No referido período a enfermeira atuava como técnica em enfermagem e uma profissional que se declarou técnica em enfermagem atuava como auxiliar de saúde bucal. Das duas profissionais dentistas, uma se declarou como pós-graduada.

Gráfico 3 – Caracterização da formação



Fonte: A própria autora, 2022.

5.1.3.1.3 Tempo na Atenção Básica

Evidencia-se que 64% dos profissionais que atuavam na Atenção Básica possuíam entre um a dois anos de trabalho, conforme demonstrado no gráfico 4.

Gráfico 4 – Tempo na Atenção Básica



Fonte: A própria autora, 2022.

5.1.3.1.4 Tempo na equipe de ESF

Conforme o gráfico 37% dos profissionais atuavam entre um a dois anos na equipe de Estratégia de Saúde da Família.

Gráfico 5 – Tempo na equipe ESF



Fonte: A própria autora, 2022.

5.1.3.2 Processo de trabalho

Com o cenário da pandemia de COVID-19, as rotinas dos centros de saúde, tanto de Atenção Básica quanto hospitalares tiveram de ser rapidamente adequadas às novas demandas, principalmente de organização de fluxo, integração de cuidados, acesso à saúde e promoção do acesso em um cenário desafiador. Dessa forma, foi necessária a suspensão dos atendimentos eletivos e a realização de uma triagem imediata, a fim de controlar o número de indivíduos, diminuindo aglomerações, além de facilitar a identificação dos sintomáticos respiratórios, possibilitando o seu isolamento e minimização da disseminação do vírus SARS-CoV-2 (RIOS et al., 2020).

Esta dinâmica deu-se ao encontro do que também fora evidenciado pelos profissionais participantes do estudo, no qual elencaram que houve a necessidade de separação entre indivíduos com sintomas gripais ou não, suspensão de atendimentos eletivos e adequação aos atendimentos dos casos urgentes.

[...] os atendimentos eletivos foram suspensos, mantendo-se apenas os atendimentos para linhas de cuidado essenciais, urgências e os casos de sintomáticos respiratórios. (R11)

A separação de sintomáticos ou não era feita na entrada da unidade[...] com um profissional [...] ficando na porta principal da unidade, orientando que os pacientes sintomáticos deveriam se dirigir a outra entrada e os demais designados às respectivas equipes em atendimento no dia. (R11)

Surgimento de muitas dúvidas e incertezas, mas com adequação positiva nós novos processos que vieram. (R4)

Atendimentos somente de emergência e acolhimento de sintomáticos. (R3)

Aos poucos ficando mais eficaz. (R10)

Mobilização de profissionais e adequação do espaço para atendimento. (R5)

Assim, o processo de trabalho e o atendimento na Unidade de Saúde da Família alteraram-se de maneira significativa, causando muitas dúvidas, incertezas e questionamentos. Além disso, a ESF serviço denominado como “primeiro contato” ou “porta de entrada” à rede de atenção saúde, passou a configurar linha de frente de combate ao coronavírus. Com os atendimentos eletivos suspensos, além da ABS ser porta de entrada aos indivíduos em busca de sanar suas dúvidas e buscar cuidados à saúde, apresentou a necessidade de reorganizar fluxos e procedimentos, levando medo e alterações significativas ao processo de trabalho que já vinha sendo configurado há bastante tempo (RIBEIRO *et al.*, 2020).

Nota-se que os profissionais de saúde bucal e do NASF foram realocados para processos de monitoramento *online* dos casos suspeitos ou confirmados, atuando como suporte. Já os enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem tiveram de modificar suas práticas, passando a atuar em triagens e demandas específicas promovidas pela COVID-19, alterando suas rotinas e efetuando adaptações relevantes e desafiadoras, conforme evidenciado pelas entrevistas

Paralisação de alguns serviços e início de outros. (R5)

A rotina toda mudou, absolutamente tudo. (R7)

Com a intensa jornada de trabalho, o medo dessa nova doença sofrendo diversas mutações, com a chegada da vacina mesmo não sabendo se era eficaz e segura, de certo modo trouxe um certo alívio e a esperança de que algo novo estava se iniciando. Hoje percebo quão grandes benefícios trouxe a vacina e como ajudou a humanidade. (R8)

A suspensão dos atendimentos eletivos que não fossem linhas de cuidados de acordo com a norma técnica de 2020. Fazendo com que fosse acumulado uma demanda reprimida que vivemos nos dias de hoje, em consequência da

diminuição da resolução das outras diversas demandas de resolução da atenção primária. (R2)

[...] ficamos como apoio na linha de frente no combate a COVID-19, foi um momento muito delicado, foi preciso nos adaptarmos aquele momento. (R6)

Por outro lado, mesmo em um contexto de pandemia, a presença do atributo da longitudinalidade na APS, produziu diagnósticos e tratamentos mais precisos, garantindo o monitoramento dos casos e permitindo ações que evitassem o agravamento e complicações dos quadros em casos leves. Neste sentido, a APS como ordenadora da rede assistencial e coordenadora do cuidado, combinada com a preparação de respostas rápidas, propagação de informações de promoção da saúde, por meio de medidas de distanciamento social, lavagem correta das mãos e outras medidas de contenção da doença, proporcionaram respostas mais efetivas à pandemia (MACHADO *et al.*, 2020).

Evidencia-se que 81,8% dos profissionais relataram que houve uma adaptação às mudanças provocadas pela COVID-19, de forma rápida, mas com ajustes a serem realizados. A criação da Equipe de Resposta Rápida, com profissionais médicos e técnicos de enfermagem, possibilitou o avanço no atendimento, adaptação à nova realidade, readaptações e suporte oportuno durante os primeiros meses da, até então, desconhecida pandemia.

A criação da chamada Equipe de Resposta Rápida foi rápida devido ao avanço do vírus, mas muitos ajustes de escalas, modelos de divisão dos profissionais em atendimento e designação dos atendimentos mantidos nas equipes foram necessários ao longo dos meses, até se chegar no melhor modelo para a unidade. (R11)

No início da pandemia tivemos muitas dúvidas, era como aprender a andar de bicicleta estando em cima da bicicleta, tivemos que nos adaptar a nova realidade, nos adaptar as novas tarefas, e as dúvidas eram diárias, mas no fim conseguíamos esclarecer. (R4)

Não havia tempo de fazer mudanças graduais, a pandemia era uma emergência, porém tentou-se organizar os processos da melhor forma possível. (R7)

De forma gradual, pois a cada dia vivíamos um cenário diferentes, ondas de transmissão faziam com que a equipe também adoecesse, o quadro de profissionais diminuía enquanto a demanda aumentava. Isso exigia mudanças e readaptações a cada dia. (R2)

Por se tratar de uma pandemia, precisamos agir rápido, e mesmo apresentando turbulências no início, ajustes foram feitos para os atendimentos serem mais eficazes. (R10)

A mobilização deveria e foi rápida, porém sempre com fatores a serem ajustados conforme a vivência e entendimento da doença/fluxo de atendimento. (R6)

As modificações no processo de trabalho na APS significaram uma ruptura no cotidiano de trabalho, medo e problemas de saúde mental. Além disso, deu brecha para a resistência de trabalhadores que identificaram dificuldades no novo fazer e cuidar, correlacionando tais pensamentos com os desgastes vivenciados no trabalho, a partir de críticas e escape do auxílio e ajuda (GONÇALVES, 2020).

Assim mesmo, 54,5% dos entrevistados avaliaram o envolvimento de toda a equipe no processo de trabalho na pandemia como muito bom. Foi relatado que alguns profissionais não estavam se esforçando e sendo comprometidos, por isso, aconteceram diversos conflitos, resultantes da falta de comunicação e sobrecarga de outros profissionais.

Apesar da dedicação da grande maioria dos profissionais, houve muitos conflitos de categoria e muitas vezes dificuldade de comunicação interna. (R11)

Nem todos os setores/profissionais eram tão comprometidos. (R9)

Enquanto alguns profissionais se doavam pelos pacientes e suas demandas, outros se esquivavam, sobrecarregando a equipe (R7)

A equipe foi essencial nesse combate, momentos com o psicológico e emocional abalados enfrentando tal situação, no período de vacinação com a tentativa de imunizar todos fomos incansáveis (R8)

Apesar dos altos e baixos ao longo de todo esse tempo, foi necessário uma grande dedicação da equipe que já se encontrava exausta, adoecida, porém, resiliente. (R2)

Era uma questão de necessidade da equipe nesse momento crítico estar junto para dar conta das demandas. (R5)

Os profissionais também relatam outras dificuldades, principalmente pela falta de informações e de equipamento de proteção individual (EPI). Quanto à falta de informações, corroborada pelo estudo de Silva *et al.* (2021), os entrevistados relataram que não houve reuniões explicando os fluxos, as mudanças e alterações no processo de trabalho. As informações foram apresentadas, porém permaneceram dúvidas.

Quanto aos insumos para controle e prevenção, como EPIs, foram grandes os desafios para todos os serviços de saúde no início da pandemia. Houve, inicialmente, por falta de informação e pelo medo de contágio, grande aumento no consumo desses produtos, o que

causou escassez e dificuldades de se encontrar fornecedores, em muitos locais do Brasil (SILVA *et al.*, 2021). No território da CAP 3.2 este cenário de escassez não foi vivenciado pois a ferramenta Painel Gestão à Vista possibilitava controle dos itens em tempo real para remanejamento entre Unidades

Além disso, a mudança na infraestrutura das unidades foi necessária para atendimento dos casos de indivíduos com sintomas de síndrome gripal, para que não houvesse contato entre os pacientes e, conseqüentemente, disseminação do vírus. Em sua maioria, as equipes da ESF encontram-se alocadas em casas adaptadas que não permitem o estabelecimento de uma rotina de isolamento dos casos suspeitos de COVID-19 para o atendimento, o que causou inúmeros transtornos (AFFONSO *et al.*, 2021).

Neste sentido, 72,7% dos profissionais afirmaram terem tido dificuldades na reestruturação do processo de trabalho para enfrentamento da pandemia, pois, foram muitas as orientações a serem seguidas à cada momento, tanto para testagens da população, atendimentos, separação entre sintomáticos e não sintomáticos, reestruturação de fluxos e estrutura física da unidade de saúde, mudanças de logística de atendimentos e outros problemas decorrentes da sobrecarga de trabalho.

Apesar de divulgação de um plano de acesso, as orientações não contemplavam as peculiaridades de cada unidade e deixava profissionais muito expostos em relação ao que deveria ou não ser priorizado. Além disso, a sobrecarga física e mental, a falta de recursos, EPIs, testagem restrita e adoecimento dos profissionais acabava gerando conflitos com a população e dentro do próprio ambiente de trabalho. (R11)

Os pacientes com suspeita de COVID precisavam ficar separados dos outros, necessitou de uma reestruturação física da unidade, além disso tinham profissionais que não podiam trabalhar com esses pacientes então também tinham que haver mudanças na logística do atendimento e isso acabava sobrecarregando muito alguns membros da equipe. (R7)

Ainda, destaca-se que a atuação dos profissionais na APS, com competência e dedicação, especialmente em seu papel educativo, de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, constituiu-se como um facilitador no processo de trabalho. Segundo Ferreira *et al.* (2020), mesmo necessitando se (re)inventar, (re)elaborar e (re)implantar novos fluxos e rotinas para realizar a atenção à saúde com segurança para si e para a população, (re)organizar a gestão do cuidado, (re)estabelecendo um plano de cuidados de forma a incluir e ampliar a atenção aos sintomáticos respiratórios e aos suspeitos da COVID-19 e monitorar os casos da doença em isolamento domiciliar e seus familiares, os profissionais se destacaram

no processo de trabalho como facilitadores do funcionamento das Unidades de Saúde durante a pandemia.

Mesmo com todos os problemas e desafios as serem enfrentados pelas equipes da ESF, evidencia-se que 63,6% dos respondentes relataram haver facilidades e potencialidades no processo de trabalho. As potencialidades abrangeram o comprometimento da equipe, bom gerenciamento, empenho e possibilidade de reinvenção e adaptação profissional. Assim, mesmo diante das dificuldades elencadas, as potencialidades se sobrepõem, criando um “novo” processo de trabalho que conseguiu avançar com as informações e as vivências que surgiam sistematicamente.

Potencialidades: comprometimento da equipe. Fragilidades: esgotamento profissional. (R3)

Acredito que as potencialidades ocorreram devido a um bom gerenciamento, nem tudo foi perfeito ou de maneira integralmente acertiva pois foi um processo demorado, onde estávamos lidando com algo novo, desconhecido. Mas diante das dificuldades enfrentadas, percebo que as potencialidades se sobrepõe as dificuldades, visto que desde o início, os profissionais de saúde possuíam documentos norteadores que facilitavam todo o plano funcionamento das unidades durante o período pandêmico, onde o mesmo era atualizado a medida que a ciência avançava com novas informações a respeito da doença. (R2)

Foi observado o empenho e a possibilidade de o profissional de saúde, gerência e APS de se reinventar e se adaptar a uma demanda de saúde nova. (R5)

Além disso, 72,7% dos participantes apresentaram sugestões para melhoria do atendimento nas Unidades de Saúde. Dentre elas, destaca-se a maior proximidade dos profissionais com as unidades, o território e os gestores locais, para estimular a cooperação, capacitação e esclarecimento das funções de cada profissional dentro do contexto da Unidade Básica de Saúde.

Desde a implantação, no início da década de 1990, do modelo centrado na família, na comunidade e no território com o Programa Saúde da Família (PSF), , posteriormente ESF, a lógica do modelo da Atenção Básica, perpassa a vigilância em saúde, trazendo entre seus pilares o território como base de organização dos serviços e ações de saúde, com foco na identificação dos problemas de saúde, riscos, vulnerabilidades e necessidades de saúde para o desenvolvimento de práticas intersetoriais. Os territórios são diferentes, possuem particularidades materiais e simbólicas e devem ser identificados, para a oferta de um cuidado de qualidade centrado no indivíduo, os problemas e as necessidades da população, de maneira

singular. Por isso, a necessidade de proximidade entre população, profissionais e gestores (GONDIM, 2011; SANTANA; MEDEIROS; MONKEN, 2020).

Ter uma maior proximidade com as unidades e gestores locais, para atender, mesmo que parcialmente, às individualidades dos territórios, além de designar, esclarecer a função e importância de cada categoria, estimulando a cooperação e proporcionando a capacitação dos profissionais de acordo com as funções. (R11)

Ainda, para cumprir o papel da APS no enfrentamento da pandemia e no cuidado singular da saúde da população, com a necessidade de reorganização do processo de trabalho, surge o desafio de se pensar novas formas de atendimento e desenvolvimento das atividades, respeitando os protocolos de biossegurança, ou seja, evidenciou a necessidade de criação de novos fluxos. Entretanto, conforme menciona Silva *et al.* (2021), esta criação foi frágil, indicando dificuldade de se estruturar fluxos norteadores e eficazes, corroborando com o presente estudo, no qual evidenciou-se a necessidade de fluxos bem definidos para cada categoria profissional, propiciando melhoria no cuidado, no atendimento, na educação em saúde e na organização da vacinação.

Organização de fluxo de vacina melhor, algumas unidades não têm espaço para trabalhar, ou falta mão de obra, como rendição de escribas na hora do almoço. (R4)

Acho que a informação interna sobre as escalas dos profissionais permite que o fluxo seja estabelecido sem que haja dúvida diante dos profissionais que estão no acolhimento. Vejo isso como um norteador de melhora para o atendimento, além de capacitações constantes, comprometimento da equipe e suprimento adequado de EPI's que permitam a proteção adequada do profissional. (R9)

Algumas categorias profissionais foram destacadas durante a pandemia no que tange à ordenação do processo de trabalho como um todo, e principalmente pela necessidade de ampliar a capacidade de resposta rápida e de triagem, diante do número crescente de casos e sintomáticos:

Deve haver um profissional da saúde capacidade para fazer a triagem dos pacientes com suspeita de COVID-19, não somente para avaliar se ele tem esse risco ou não, mas também para avaliar a gravidade do paciente. (R7)

Um serviço de qualidade na triagem faz muita diferença, além de um fluxograma único para ser seguido em todas as unidades seria de grande valia. (R5)

Por eu ser da saúde bucal todos os atendimentos já foram retomados na saúde bucal, mas na minha unidade ainda estamos em escala da resposta rápida e do posso ajudar, a maioria das unidades os profissionais da saúde bucal não estão mais atuando contra a covid-19 pela diminuição dos casos[...] (R6)

Algumas falas destacam o papel da APS no desenvolvimento de ações de promoção da saúde, reconhecendo a finalidade das equipes em reforçar a educação em saúde junto a população do território, seja em atividades individuais ou em grupo, para tanto mencionaram a necessidade de ampliar o quantitativo de profissionais.

Com o retorno das atividades nas unidades de atenção primária, teremos estratégias de promoção à saúde, que sempre foi do nosso escopo. Diante disso, devemos reforçar e promover a educação em saúde aos nossos usuários reforçando a necessidade das medidas contra a doença. Além disso, reforçar também, a importância da vacinação, visto que é o nosso principal instrumento contra a COVID-19. Essas estratégias devem ser colocadas em prática em toda e qualquer oportunidade, desde os atendimentos em consultório, até as atividades em grupo. (R2)

Aumento do efetivo. (R3)

Aqueles entrevistados que não tiveram sugestões apresentaram pontos positivos que abrangeram desde a gestão proativa e de qualidade, com suporte, cuidado e atenção com a equipe, até a organização e a agilidade para um bom funcionamento do atendimento e do processo de trabalho.

Gestão da enfermagem sempre proativa e de iniciativa com a equipe, dando todo o suporte necessário, sempre presente buscando boas condições de trabalhos e cuidados com os profissionais em suas atividades pertinentes. (R8).

Organização, estar sempre aberta a opinião e dicas. (R10)

Muito agilidade para agir no momento correto. (R1)

Destaca-se, dessa forma, que a APS vêm desempenhando um papel fundamental no combate à pandemia, conseguindo, mesmo que com muita dificuldade, sustentar a lógica de trabalho em rede para superar o medo, o despreparo com o novo, as mudanças tão rápidas, a (re)formulação do processo de trabalho, a fragmentação, dentre outros aspectos enfrentados nos últimos anos, se transformando e se potencializando como porta de entrada preferencial e centro coordenador das ações de serviços de saúde (SILVA et al., 2021).

5.1.3.3 Capacitações / Qualificações

O enfrentamento da pandemia exigiu muito esforço técnico, afetivo e criativo dos profissionais da saúde para reorganizar ou inovar as práticas e rotinas desenvolvidas nos serviços de saúde, especialmente na APS. Com isso, segundo estudo de Silva *et al.* (2021), foi e é necessário desenvolver um conjunto de intervenções efetivas expandindo a educação permanente dos profissionais da ESF, tendo em vista a tensão que vivenciaram no contexto de enfrentamento da pandemia e as necessidades de manutenção de suas atividades no território onde atuam.

Para Ferreira (2020), a Educação Permanente em Saúde (EPS), como uma política pública, norteia a formação e a qualificação dos profissionais inseridos nos serviços públicos de saúde, com a finalidade de transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho nas necessidades de saúde. Com base nisso, o processo de capacitação profissional se faz necessário, uma vez que a educação permanente permite o encontro entre a formação e o trabalho, sendo relevante ao passo que qualifica, promove diálogos e reflexões sobre a atividade laboral, a fim de transformar as práticas de saúde, bem como a assistência à população, permitindo maior efetividade e resolutividade na oferta de cuidado, estando alinhada à realidade de cada trabalhador.

Por outro lado, o contexto da pandemia de COVID-19 dificultou devido à falta de comunicação, a não capacitação e as orientações deficitárias, e à falta de infraestrutura, acesso à internet e dificuldade de liberação profissional, não possibilitando uma realização profunda e crescente de capacitações e qualificações em um período tão importante, cercado de dúvidas e abrangentes fluxos de informações (SILVA *et al.*, 2021).

Assim, segundo Oliveira *et al.* (2020), em seu estudo realizado durante a pandemia de COVID-19, 49% dos profissionais de enfermagem relataram que receberam algum treinamento, seguidos por 41% dos médicos e outros 41% de profissionais da equipe, como dentistas e técnicos de enfermagem, como participantes de alguma qualificação neste período.

Já no presente estudo, observou-se que 72,7% dos participantes participaram de alguma capacitação para o atendimento na pandemia, destacando aquelas voltadas ao manejo de pacientes com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), intubação orotraqueal, realização de testes RT-PCR, outros tipos de testagens, atendimentos e reabilitação pós-COVID-19. Além disso, foram incluídas capacitações do Ministério da Saúde voltados para a pandemia de COVID-19 e o vírus SARS-CoV-2.

Manejo de pacientes com SRAG na APS e intubação orotraqueal realizada por acadêmicos de medicina pertencentes a uma das chamadas ligas acadêmicas de trauma e urgência. (R11)

Treinamento do manejo clínico da covid 19. (R4)

Capacitação para Teste RT-PCR. (R9)

Curso do Ministério da Saúde. (R3)

Capacitação de testagem de covid nasofaringe, orofaringe. (R8)

Coleta de material nasofaríngeo para testagem da COVID-19. (R2)

Melhor forma de atendimento ao paciente sintomático respiratório. (R10)

Reabilitação pós-covid. (R1)

No entanto, mesmo com as capacitações realizadas, 63,6% dos profissionais destacaram não terem sido suficientes. Tal como estudo de Oliveira et al. (2020), em que 63,42% dos profissionais não se sentiam preparados para atuação na pandemia, mesmo após os treinamentos realizados.

Destaca-se que muitas capacitações ficaram restritas a alguns profissionais em forma de rodízio, estes deveriam ser multiplicadores do conhecimento. Entretanto, devido à falta de tempo, grande demanda na unidade de saúde, fluxo intenso de pessoas no mesmo local à procura de informações e atendimento, fazia com que esse multiplicador se tornasse o único detentor do conhecimento, não conseguindo multiplicar e repassar os ensinamentos apreendidos, tornando as capacitações uma forma deficiente de proliferar informações.

Além disso, os respondentes relataram que os responsáveis pelas capacitações, muitas vezes, não possuíam vivências práticas, o que os levava a refletir dinâmicas incapacitantes para o contexto vivenciado na prática pelos profissionais. Tal fato corrobora com o estudo de Silva e Peduzzi (2011), por relatar que quando se parte da realidade do sujeito que passa o ensinamento, muitas vezes, esta realidade não é a mesma daquele que está recebendo o conhecimento. Por isso, há uma necessidade de que tais informações se aproximem da concepção do sujeito que passa e que recebe, a fim de promover uma maior problematização, a participação e a reflexão crítica, aproximando a reflexão ao trabalho cotidiano, conforme evidenciado pelos depoimentos a seguir.

Além da falta de experiência das pessoas responsáveis pela capacitação, por não terem experiência prática e vivência nos cenários de urgência, a realidade da APS não disponibiliza material necessário para o manejo

proposto, sendo necessária adaptação para o ambiente das CFs/CMSs. Além disso, durante os meses de pandemia eram realizadas mudanças nos protocolos/orientações para os atendimentos dos casos, sem que uma consulta aos profissionais fosse realizada. (R11)

Infelizmente as capacitações eram muito restritas ao um número pequeno de profissionais. (R2)

Uma doença nova que não foi rapidamente encaixada num fluxo único, havendo diversas divergências de condutas até em momentos mais avançados da pandemia. (R5)

Sempre recebemos capacitações pra cada dificuldade imposta. (R1)

No trabalho em equipe multidisciplinar na APS, os profissionais têm as suas atribuições específicas (núcleo de saber) definidas, assim como aquelas que são comuns a todas as profissões. Nessa premissa, rompe-se com a prática individualizada, no qual o saber fazer específico encontra-se atrelado às diversas atividades desenvolvidas pela equipe. Portanto, não existem capacitações da equipe de trabalho na APS sem abordar as atividades que são desenvolvidas de forma conjunta com a equipe, nos diversos campos de atuação (FERREIRA *et al.*, 2020).

Assim, para qualificar de forma emergencial toda a equipe, 63,6% dos profissionais destacaram que era preciso capacitações generalistas para toda equipe, associada a capacitações específicas por categoria profissional (médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem, dentre outros profissionais). Isto ocorre, pois, segundo os profissionais, as capacitações generalistas permitem uma unidade de fala e de reconhecimento, que juntamente às capacitações específicas, criam um paralelo profissional, no qual cada categoria consegue ser orientada conforme sua profissão. Tal fato gera respaldos éticos e profissionais, através de um processo de trabalho que abarca tanto o coletivo da unidade quanto o coletivo das categorias.

Apesar da pandemia ter mobilizado toda a equipe e ter deslocado todos os profissionais das suas atividades originais de trabalho, cada categoria apresentava suas especificidades e exigências no manejo dos casos, logo capacitações e respaldos mais específicos deixaram a desejar e mesmo as orientações gerais foram pouco realizadas. (R11)

Capacitações generalistas permitem uma unidade de fala, de reconhecimento, possível diagnóstico, conduta e de sentimento de unidade aos profissionais atuantes. Por esse motivo acho extremamente necessário. As categorias profissionais deveriam ter sido capacitadas de maneira específica em paralelo, já que possuem, independente da equipe, as mesmas atribuições durante o período pandêmico. (R9)

Existem fluxos e noções básicas que toda equipe deve saber, enquanto capacitações mais específicas para cada profissional também são necessárias. (R7)

Cada profissional deveria ser orientado como proceder na sua profissão. (R3)

Neste contexto, a educação e o trabalho são práticas sociais, que devem estar articuladas e que reconfiguram-se quando atreladas. Assim, a educação faz parte do trabalho, por isso, evidencia-se a importância de promover a educação dos trabalhadores da saúde contextualizada à sua realidade de trabalho em um processo de construção coletiva do saber, incorporada ao cotidiano de trabalho em saúde (SILVA; PEDUZZI, 2011). Destacando-se que, por mais que os profissionais do presente estudo tenham realizado capacitações, estas não foram suficientes para dar segurança no contexto da pandemia.

5.1.3.4 Visão da Equipe sobre o Plano de Contingência

O Plano de Contingência possui como propósito, organizar hierarquicamente os níveis de tomada de decisão e responsabilidade institucional, além de nortear todas as instâncias sobre normas e condutas. No contexto da pandemia de COVID-19, os objetivos estratégicos do plano de contingência transitaram desde limitar a transmissão; identificar, isolar e cuidar dos pacientes; fornecer atendimento otimizado para todos os pacientes; abordar incógnitas cruciais sobre a gravidade clínica extensão da transmissão e infecção, opções de tratamento; acelerar o desenvolvimento de diagnósticos, terapêutica e vacinas; até minimizar o impacto social e econômico provado pelas medidas de contenção do vírus (NASSAR *et al.*, 2020).

Para isso, foi necessário estabelecer rapidamente uma coordenação de suporte estratégico, técnico e operacional através de parcerias existentes, melhorias de identificação, diagnóstico e tratamento dos casos, prevenção e controle de infecção em ambientes de saúde; e conscientização da população (NASSAR *et al.*, 2020).

Além disso, o plano abrangeu aspectos sobre testagem para detecção de infecção por SARS-CoV-2, propondo a garantia e monitoramento do estoque de insumos laboratoriais para diagnóstico e atendimento de casos suspeitos e confirmados; suporte operacional e logístico para mapear recursos e insumos disponíveis no setor local e nacional de saúde, controle e gerenciamento da cadeia de suprimentos médico-hospitalares, bem como os processos de compra, a fim de atender à demanda. Ainda, abrangeu a utilização de Boletins Epidemiológicos para divulgação das informações sobre a situação dos casos,

disponibilizados integralmente e em plataformas de acesso aberto, respeitando o anonimato dos pacientes, para prover fontes de informações à população (ALBUQUERQUE, 2020).

Assim, a maior parte dos profissionais participantes do estudo destacaram que os objetivos do Plano de Contingência atenderam plenamente (27%) ou parcialmente (64%) às necessidades de proteção da saúde da população na pandemia, e apenas 9% destacou que não atendeu a tais necessidades.

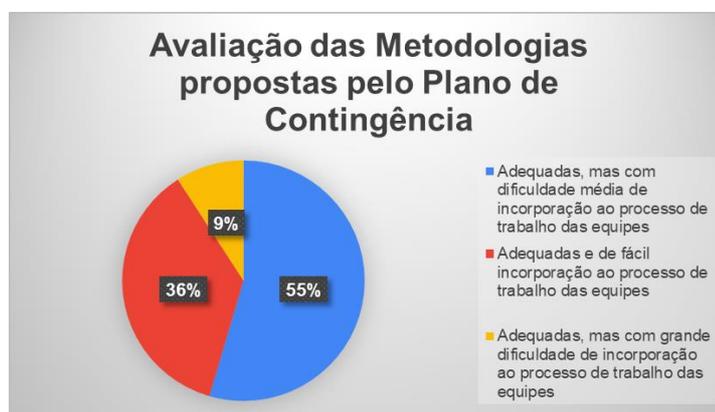
Gráfico 6 – Avaliação dos objetivos do Plano de Contingência



Fonte: A própria autora, 2022.

Já quanto às metodologias propostas pelo Plano de Contingência para o enfrentamento da pandemia, a maioria dos profissionais considerou serem adequadas, sendo que 36% afirmaram serem de fácil incorporação ao processo de trabalho, enquanto 55% indicaram adequada, mas com dificuldades médias de incorporação ao processo de trabalho das equipes. Nenhum participante alegou propostas inadequadas, porém mencionaram grande dificuldade de incorporação ao processo de trabalho, conforme apresentado no gráfico 7.

Gráfico 7 – Avaliação das Metodologias propostas pelo Plano de Contingência



Fonte: A própria autora, 2022.

Quanto aos instrumentos, com destaque os protocolos e as notas técnicas, definidos pelo Plano de Contingência para o enfrentamento da pandemia os achados revelam que 82% acharam os instrumentos excelente de fácil obtenção e uso (36%) ou bom, mas de difícil obtenção e fácil uso (46%) nas equipes. Somente 18% pontuaram que essas ferramentas foram regulares (9%) ou ruins (9%) de difícil obtenção e uso 9,1% nas equipes (Gráfico 8).

Gráfico 8 – Avaliação dos instrumentos definidos pelo Plano de Contingência



Fonte: A própria autora, 2022.

Portanto, para os participantes do presente estudo, o Plano de Contingência atendeu com ressalvas às necessidades de proteção da saúde da população na pandemia, apresentando propostas adequadas, porém com dificuldades médias de incorporação ao processo de trabalho das equipes e com protocolos bons, porém de difícil obtenção e fácil uso nas equipes.

Ressalta-se que os protocolos eram disponibilizados via- e mail e uma cópia era disponibilizada nos setores da Unidade d Saúde.

5.1.4 Plano de Contingência a partir do olhar de *Stakeholders*

Os *stakeholders*, identificados pela letra P, são profissionais com atribuições singulares, envolvidos em atividade de tomada de decisão, que podem afetar ou serem afetados por qualquer mudança relacionada ao objetivo, metas, estratégias e ações a serem alcançados em situações cotidianas ou emergenciais. Desenvolvem funções e características específicas, geralmente envolvidos em grandes operações – pactos, normalizações, intervenções. São atores institucionais que contribuem para a implementação e o

monitoramento da Gestão Estratégica nas organizações diante das rápidas mudanças e turbulências, visando compreender a interação da organização e gestores na tomada de decisões integradas (LIRA *et al.*, 2021).

A pandemia de COVID-19, colocada como desafio sem precedentes para a ciência e para a sociedade, exigiu respostas rápidas e diversas dos sistemas de saúde, que precisaram ser reorganizados, em todos os seus componentes, para o seu enfrentamento, suscitando de *stakeholders* tomada de decisões oportuna (LIRA *et al.*, 2021).

No entanto, havia poucas informações disponíveis, ausência de vacinas e de medicamentos específicos, a transmissibilidade era alta e as únicas intervenções eficazes para o controle da pandemia formam as medidas de saúde pública como isolamento, distanciamento social e vigilância dos casos, com o propósito de reduzir o contágio, evitando sofrimento e morte, ao frear a velocidade da pandemia (LIRA *et al.*, 2021).

No contexto dos *stakeholders* do presente estudo, nota-se que havia, ainda, um conhecimento difuso sobre a COVID-19, suas formas de propagação, diagnósticos e sobre os imunobiológicos que poderiam auxiliar para a contenção da doença. Assim, existiam sentimentos de incerteza, insegurança e preocupação frente à contingência ao desconhecido.

[...] Plano de contingência ele foi pensado em um momento aonde a gente não tinha muito conhecimento sobre a dinâmica do agravo [...]. [...] A gente não tinha se quer a garantia de que um imunobiológico pudesse ter é uma efetividade sobre o agravo. Essa incerteza também de quando nós teríamos alguma coisa nesse sentido, muitos procedimentos, muitos processos, eles foram instituídos de uma forma não digo empírica, mas considerando conhecimentos que tínhamos sobre outras infecções, sobre outros agravos, então, obviamente, a gente precisou, além do envolvimento de toda a rede de saúde, em todos os níveis [...] (P2)

A adoção de medidas de contenção foi recomendada com base na experiência prévia dos países inicialmente afetados pela COVID-19, nas recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e nas evidências disponíveis, até o momento, sobre intervenções efetivas para o controle da doença a partir de estudos realizados em outras nações (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Por tanto, baseou-se nas experiências e vivências de outros agravos em saúde para a criação e implementação do Plano de Contingência. Por isso, o evento e seu enfrentamento constituíram-se como grandes desafios, para os quais foi necessário envolver todos os níveis de atenção à saúde, desde a atenção primária até a hospitalar, e necessitou repensar sobre as

interligações necessárias para a oferta de atenção à saúde capaz de atender a todos indiscriminadamente.

[...] Enfim, então era um grande desafio [...] alguns processos a gente implementou quase que empiricamente, baseado numa experiência de infecções anteriores. Comparávamos muito com H1N 1, só que foi muito diferente [...]. (P2)

[...] A gente sai dessa experiência, com know how maior. A gente sempre espera que não aconteça, mas se ocorrer uma outra pandemia desse tipo, eu acho que a gente tem uma noção maior. Isso melhorou os nossos processos logísticos. Melhorou os nossos processos de coleta de dados. (P2)

[...] a pandemia é mundial...não tinha ainda à vista, ou mesmo uma luz de uma previsão de quando teríamos a vacina ou quando teríamos de fato um teste com maior eficácia, maior sensibilidade, especificidade, então a gente, enfim, teve alguma atividade de profissionais que nem sempre acompanhou a nossa necessidade de fato, assistencial, então, apesar da gente ter se calçado no plano de contingência técnica, a gente teve que enfrentar outros desafios que a gente não estava com planejamento tão azeitado. (P1)

O enfrentamento da pandemia gerou mudanças substanciais na forma como os cuidados de saúde foram prestados e alocados na reorganização de toda a rede assistencial. Segundo Daumas *et al.* (2020), houve a necessidade de interligação das redes de atenção à saúde, dos setores públicos e privados e de todos os profissionais de saúde. Esta assistência, para que conseguisse superar as barreiras e os desafios impostos pelo SARS-CoV-2, precisou dar conta das necessidades dos pacientes nas diferentes fases da infecção e em todo o espectro de gravidade, em uma linha de cuidado que envolvia desde o monitoramento de casos leves até a internação em unidades de terapia intensiva (UTI) e a reabilitação após a alta hospitalar, o que só foi possível com uma maior aproximação entre os setores e as redes de atenção à saúde, que buscavam o mesmo resultado, vencer a pandemia de COVID-19, diminuir o número de óbitos, reduzir a propagação da doença e aumentar o número de curados.

Do mesmo modo no presente estudo, os *stakeholders* evidenciaram a necessidade de interligação entre os setores privados e públicos, pois a rede de assistência à saúde manteve-se sobrecarregada, com escassez de testes, medicamentos e leitos, o que provocou mudanças operacionais e a união entre os diversos setores de saúde durante a pandemia de COVID-19.

[...] Todas as subsecretarias estavam empenhadas em tentar implementar esse plano de contingência. Isso internamente, na SMS. A gente precisou reforçar a integração que tínhamos entre as secretarias, por exemplo, discutir formas de referência, que tipo de cuidado a gente poderia ou não ter dentro de uma unidade de atenção primária em saúde, então discutiu-se, por exemplo, teremos oxigênio dentro da unidade básica? Não, não pode

tem que ser no hospital, mas o hospital está sobrecarregado. Como a gente faz? Então, assim a gente foi aprendendo, conforme a evolução dos quadros, conforme a dinâmica da doença [...]. [...] a SUBHUE por exemplo; a gente tinha que estar muito alinhado com a Subsecretaria de urgência e emergência. A Subsecretaria de regulação teve um papel fundamental nessa questão também, essa Subsecretaria hoje é extinta, mas na época ela era responsável pela regulação de transporte, de ambulâncias, transferências. [...] a Subsecretaria de Gestão também foi importante nesse papel, nessa integração, porque precisávamos de recurso emergencial. (P2)

Cabe destacar que um plano de contingência deve orientar a capacitação dos profissionais de saúde para o enfrentamento da pandemia, destacando a detecção de casos suspeitos, fluxo de notificação dos casos, coleta e encaminhamento de amostra, além da orientação de medidas de biossegurança, sensibilização da etiqueta respiratória, assim como prover e distribuir insumos às equipes da APS, garantir insumos para realização de exames diagnósticos e outros recursos necessários para operacionalização da coleta, acondicionamento e transporte das amostras (SOUSA *et al.*, 2020).

Desta maneira, estas diretrizes formuladas e integralizadas devem ter por objetivo colaborar com os serviços de saúde na mitigação dos processos epidêmicos, comunicação de risco e na redução da morbimortalidade por COVID-19 (SOUSA *et al.*, 2020).

Para formulação do Plano de Contingência, os *Stakeholders* destacaram que a COVID-19 trouxe a necessidade de se conhecer sobre a doença, os resultados dos testes diagnósticos, os pacientes e aqueles internados, a rapidez de proliferação do vírus, dentre outros fatores fundamentais para o cuidado em saúde e a contenção do agravo.

Para isso, um arranjo que até então, nunca havia sido feito no país, começou a ser colocado em ação, o Painel COVID, através da disponibilidade dos dados coletados em painéis *online*. Essa disponibilidade para além da transparência movimentou um conjunto de pesquisadores que se dedicaram a analisar e informar com base nos dados reportados sobre as infecções por coronavírus (MACIEL *et al.*, 2021).

Dessa forma, os instrumentos de acompanhamento de dados, tal como o Painel COVID, denominado como Gestão à vista, possibilitaram, de forma rápida, eficaz e em tempo real, o acesso de todas as informações necessárias para o desenvolvimento de medidas de saúde, através de boletins epidemiológicos, com dados de notificações, testes, vacinas, quantitativo de pacientes atendidos, estoque de materiais e controle de COVID-19 nas unidades de saúde.

O Painel COVID contou, ainda, com auxílio de profissionais de tecnologia da informação, que mesmo sem estarem inseridos no processo de saúde, conseguiram

desenvolver um instrumento de dados coerente com as necessidades do momento, conforme observado nos depoimentos a seguir.

[...]A gente desenvolveu instrumentos de acompanhamento de dados bem complexos, que a gente já pensava em implementar, mas que isso foi acelerado pela necessidade que a COVID nos impôs, então a gente criou o Painel COVID, que era nada mais que um dashboard... a gente tinha todas as informações em tempo real sobre tudo, sobre: quantitativo de pacientes atendidos, quantas síndromes respiratórias agudas graves que entraram, até do estoque de material que cada unidade tinha, a gente conseguia acompanhar em tempo real. A gente conseguia acionar os parceiros, a OS em especial. (P2)

[...]A partir de um determinado momento quando a COVID veio com essa necessidade, a gente precisava de alguma coisa que desse a informação in time, no tempo. (P2)

Para a elaboração do Plano de Contingência foram utilizados dados providos de artigos científicos, baseados em experiências de outros países e em concomitância, ocorreu o diálogo com informantes chave, dos quais cita-se responsáveis técnicos, médicos, coordenadores de programas de residência e os profissionais da regulação, que estavam mais à frente desse processo.

[...]Jo que a gente utilizou a época, para debater o que estava a luz da evidência científica do mundo como um todo. [...] ainda muito pouco se conhecia muito pouco, estava sendo publicado. Tinha um ou outro artigo, alguns canadenses, mas a grande maioria ainda chineses. Alguns poucos ingleses que foram avançando um pouco na temática em como conduzir. [...]. Porque mais uma vez, quando a gente estava redigindo nesse 2020, a gente não tinha ainda um vislumbre de vacinas, não tinha um vislumbre da testagem para qualquer sintomático que viesse a procurar; pelo contrário, a gente tinha ainda é muito precário [...]. (P1)

Em consonância com o presente estudo, Cirino *et al.* (2021), relatam que as constantes mudanças de informações e conhecimentos no decorrer da pandemia constituíram-se como desafios, juntamente a tantos outros, como não possibilidade de um debate ou troca de informações necessárias para se fazer saúde neste contexto pandêmico. Tal como relatado pelos *stakeholders*, que ressaltaram diversas modificações do Plano de Contingência ao decorrer da pandemia.

No início, devido aos diversos desafios vivenciados e a necessidade de formulação rápida, não houve tempos de intenso debate sobre o tema ou reuniões periódicas. Porém, houve mudança significativa na gestão, que alterou os participantes desse processo e mudou os olhares sobre o plano. Houve uma ampliação dos debates e das discussões com

profissionais renomados, um embasamento teórico mais aprofundado, o que possibilitou um melhor enfrentamento da doença.

[...] já vinha sentando, discutindo, debatendo com algumas pessoas que a gente identifica com pessoas chaves, com alguns infectologistas renomados e que estão a sua grande maioria ainda dentro de academias, que a gente precisa das academias nesse momento para dar embasamento técnico, dar um respaldo e dar segurança, principalmente para nossa rede, que vinha com uma instabilidade muito grande. Então a gente montou um comitê científico do município do Rio, a gente já publicizou. (P1)

A gente então o cria o comitê, a gente traz a luz para a sociedade entender quais seriam as regras, emite as grandes medidas protetivas para a vida de fato. (P1)

[...]defendia que não adiantava criar uma única regra para todas as pessoas ao mesmo tempo, mas que minimamente as boas práticas que a gente chamou das medidas protetivas da vida, que elas fossem implantadas e amplamente divulgadas. (P1)

Em sentido contrário ao destacado por Machado *et al.* (2020), que considerou o Plano de Contingência da região Nordeste do Brasil falho, por necessitar de mais ações e pactuações junto aos municípios, ter sobreposição delicada à gestão do sistema de saúde na região, contribuir para a fragmentação da rede de atenção, com baixa integração dos serviços e efeitos na continuidade da assistência. Observou-se que a elaboração do Plano de Contingência, por mais difícil que tenha sido, foi considerada pelos *Stakeholders*, como uma experiência proveitosa, de sucesso e fundamental, para que não houvesse um aumento dos números de casos superiores aos que já estavam acontecendo.

Por isso, destaca-se que foi possível evitar agravos, evitar maior superlotação nos hospitais e nas unidades de saúde e evitar mais mortes. Ainda, nota-se que houve um avanço significativo quanto a promoção da saúde e prevenção dos agravos, além da vacinação, que de forma rápida e sem precedentes, foi instituída com logística e planejamento alcançando grupos de riscos, profissionais de saúde e toda a população em um curto período.

[...] Por mais que ele tenha sido difícil no início, [...]eu acredito que muitas das medidas que foram tomadas contribuíram para que a gente não tivesse um aumento mais exponencial de casos e de vítimas fatais da doença na área, enfim, houveram erros, houveram acertos mas se a gente for analisar o público geral, eu penso que nós conseguimos mesmo ali tentando....mitigar alguma coisa. (P2)

[...]Eu acho que, claro que a parte do enfrentamento, mas se a gente for pensar, o que a gente conseguiu de êxito, de recuperação e, principalmente, de proteção, não pode deixar passar batido a gente com 11 meses de pandemia, sendo ela deflagrada no Município do Rio, pelo menos, em

março de 20 a gente já 20/01/2021 seja em 10, praticamente 11 meses após, nós estamos iniciando a vacinação no município do Rio, então, não posso deixar de achar como um grande isso, uma grande vitória, toda logística e planejamento que a gente veio realizando ao longo da transição. (P1)

[...]Então assim, acho que toda a logística que a gente conseguiu montar, toda a parte de entrega, de retirada, identificação, principalmente dos profissionais de saúde, tanto da gestão que quantas vezes, viramos algumas noites para retirar vacinas nos depósitos do estado para poder conseguir entregar nas CAPS ainda de madrugada e estar tendo vacina às 7 da manhã em todas as unidades no dia seguinte, [...]. [...]porque realmente a gente encarou como uma grande operação de guerra, então pensando isso, já no final do primeiro ano de enfrentamento acho que como um grande êxito de recuperação e de proteção da população carioca, com toda certeza foi todo esse planejamento logístico de entrega que a gente conseguiu fazer, imunizando a população. (P1)

Além disso, constata-se que a união entre a equipe de saúde e as redes de atenção à saúde foram interligadas e interconectadas com todos os profissionais. Neste processo, essa interligação constituiu-se como fundamental para o evitar mais mortes e evitar a proliferação ainda maior da COVID-19, pois mesmo com o cansaço, as cargas horárias exaustivas, o serviço extenuante, o acolhimento, a divulgação de informações corretas, baseadas em evidências científicas e a entrega de um cuidado pautado nas dimensões de saúde, formaram uma rede de sucesso e qualidade.

[...] A gente via por trás das máscaras a gente via no olhar das pessoas um sorriso de gratidão, assim, de entrega, de ver que a gente estava ali, estava acolhendo uma maneira super bem-educada. Super bem orientada para a população e mostrando que a gente, sim, consegue entregar o serviço público de saúde da população de qualidade, que a gente acredita que a gente tem potencial para agregar muito e melhor. (P1)

[...]a equipe é muito dedicada, todo mundo entregou muito. É um trabalho totalmente realizado em equipe. "...é toda uma equipe por trás que vem, corrobora, ajuda e entrega junto. É perrengues juntos, sucesso junto. O caminho, juntos. (P1)

Entretanto, independente da pandemia, as demandas em saúde da população continuaram existindo e foram ficando, muitas vezes, represadas, gerando um agravamento das condições de saúde de muitas pessoas (FERREIRA *et al.*, 2020). Tal como evidenciado pelo estudo, no qual a pandemia estava acontecendo, mas as doenças crônicas e outras comorbidades não deixaram de existir. Dessa forma, além do cuidado com a pandemia, os profissionais precisaram se dividir em outros cuidados.

5.1.5 Construção do Modelo Lógico (ML)

Para elaboração do Modelo Lógico, tomou-se por base: 1) a análise documental do PC e das Notas Técnicas, para orientar a definição das dimensões e aferir sua conformidade para avaliação – objetivos, estratégias, ações, público alvo, intervenção; 2) os questionários aplicados a 11 profissionais da ABS/ESF e as entrevistas a 2 stakeholders para definição de subdimensões, atividades, produtos, resultados e impactos, e 3) referências teóricas na literatura sobre avaliação de programas de saúde e estudos de avaliabilidade.

A construção do modelo lógico é uma proposta para organizar as ações componentes de um programa de forma articulada aos resultados esperados, apresentando também as hipóteses e as ideias que dão sentido à intervenção. Considerado um instrumento para explicitar a teoria do programa, a aplicação do modelo lógico resulta em processo que facilita planejar e comunicar o que se pretende com o programa e qual o seu funcionamento esperado.(W.K. KELLOGG FOUNDATION, 2004; CASSIOLATO, 2010, p.4).

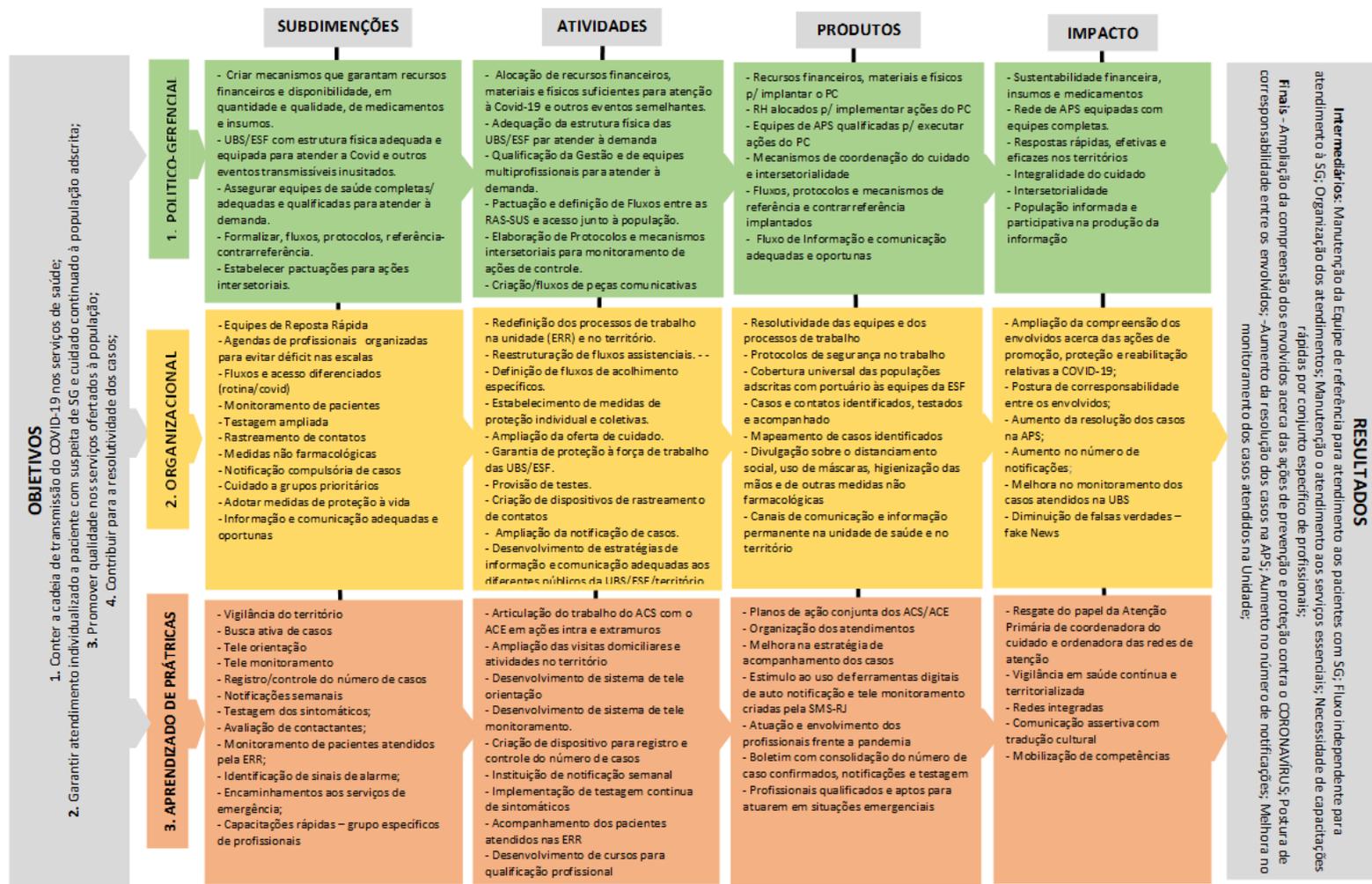
Foi elaborado o Modelo Lógico do Plano de Contingência do Município do Rio de Janeiro com a finalidade de demonstrar seu funcionamento, representado graficamente pela Figura 3, que objetiva:

- a) conter a cadeia de transmissão de um evento inusitado (COVID-19) nos serviços de saúde;
- b) garantir atendimento individualizado a paciente com suspeita de SG e cuidado continuado à população adscrita às equipes da ESF;
- c) promover qualidade nos serviços ofertados à população; e
- d) contribuir para a resolutividade dos casos na ABS.

O ML é constituído por três dimensões (político-gerencial; organizacional e aprendizado de práticas), e em cada uma respectivamente, cinco, onze e doze subdimensões que expressam condições da estrutura e dos processos, com atividades específicas, associadas aos resultados, produtos e impactos, explicitando a lógica do PC na ótica de um programa de ação para enfrentamento de ESPII.

Para estabelecer as subdimensões, foi definido um roteiro para identificar os principais problemas destacados, as possíveis causas, as principais atividades realizadas, os recursos disponíveis e qual o caminho a ser percorrido para alcançar as metas propostas.

Figura 3 – Modelo Lógico para avaliação do Plano de Contingência da COVID-19



Fonte: Fonte: Elaborada pela autora, 2022.

A dimensão político-institucional expressa em cinco subdimensões as relações entre os contextos político e gerencial no âmbito da AB/ESF no município do Rio de Janeiro traduzindo necessidades para implementação do PC.

A dimensão organizacional refere ao conjunto de processos necessários e emergentes para intervir de forma oportuna e rápida para conter a propagação da transmissão da Covid-19 nos territórios da ESF nos âmbitos individual e coletivo.

A dimensão aprendizado de práticas representa as adequações e ajustes efetuados aos processos de trabalho para a implementação do PC nos territórios analisados, decorrente do avanço do conhecimento científico sobre o evento inusitado e seu comportamento, e as estratégias e atividades indicadas para assegurar o cuidado a pessoas, grupos e comunidades das áreas de abrangência das equipes analisadas.

Resultados, produtos e impactos, consubstanciam o ML em suas dimensões e subdimensões, demonstrando as possibilidades, o alcance e os efeitos das estratégias e ações desenvolvidas para o controle da propagação do evento de saúde pública visando a diminuição e resolução dos casos de COVID-19.

5.1.6 Validação do Modelo Lógico

O processo de validação de um instrumento ou dispositivo de gestão permite amplos debates entre os envolvidos e contribui para a aprendizagem efetiva dos participantes, fortalecendo a implementação e o planejamento em Saúde.

A sequência que envolve a transformação dos objetivos em produto, resultados e impactos, respectivamente, é um dos grandes desafios do processo de avaliação, sendo representada no Modelo Lógico, que em conformidade com Perminio et al. (2022, p.2), otimiza tempo e recursos, além de facilitar a definição de indicadores a serem monitorados e avaliados, favorecendo estimar o impacto de um programa.

Para validação do ML foram consultados especialistas em atenção primária (profissionais da ABS/ESF e stakeholders) após a primeira rodada realizada por meio de um questionário. A finalidade foi ouvir o que tinham a dizer sobre a estruturação/proposição da arquitetura do modelo, de modo a efetuar sugestões, modificações ou supressões de elementos que compuseram suas dimensões e subdimensões de análise.

Para essa segunda rodada de consulta, outro questionário foi enviado, dada a impossibilidade de realizar as oficinas presenciais previstas. Nesse segundo instrumento foi utilizada a EscalaTipo Likert com quatro critérios (concordo e concordo totalmente; discordo

e discordo totalmente) para cada uma das subdimensões propostas. Quando qualquer modificação é realizada nessa escala, ela é chamada de escala tipo likert. Retirar o item “não concordo nem discordo” (ou item neutro) é uma estratégia já utilizada na literatura. Essa estratégia obriga o respondente a se posicionar no momento da resposta.

Todos os respondentes do primeiro questionário e da entrevista responderam ao segundo questionário para validação do Modelo Lógico. Com base em todos estes dados coletados foi enviado aos participantes, via e-mail e por mensagem de celular, o Modelo Lógico provisório e as orientações para realizar a validação do conteúdo de modo individual; caso não houvesse concordância com algum item, o participante poderia registrar por escrito sua sugestão de alteração. O modelo lógico contou com os itens: objetivos, dimensões, subdimensões, atividades, produtos, impactos e resultados. Este processo foi realizado a distância, com recursos on line devido ao momento pandêmico.

Foi definido e informado aos participantes, que o modelo seria validado se cada dimensões obtivesse 85% ou mais de concordância entre os participantes, resultado da soma das escalas concordo (C) e concordo totalmente (D) (FERREIRA *et al.*, 2019).

5.1.7 Análises do grau de concordância das Dimensões e Subdimensões

Tabela 4 - Dimensão Político Gerencial

	Discordo Totalmente		Discordo		Concordo		Concordo Totalmente	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Criar mecanismos que garantam recursos financeiros e disponibilidade, em quantidade e qualidade, de medicamentos e insumos.	0	0%	0	0,00%	2	15,38%	11	84,62%
Assegurar equipes de saúde completas/ adequadas e qualificadas para atender à demanda.	0	0%	1	7,69%	1	7,69%	11	84,62%
UBS/ESF com estrutura física adequada e equipada para atender a Covid e outros eventos transmissíveis inusitados.	0	0%	0	0,00%	2	15,38%	11	84,62%
Formalizar, fluxos, protocolos, referência-contrarreferência.	0	0%	0	0,00%	3	23,08%	10	76,92%
Estabelecer pactuações para ações intersetoriais.	0	0%	0	0,00%	4	30,77%	9	69,23%

Tabela 1 Quantitativo de respostas da Dimensão Político Gerencial. Frequências absolutas e relativas

$$IVC = 0,984615$$

Houve uma concordância de 98,4% entre os avaliadores do estudo para essa dimensão

A dimensão 1 - Político Gerencial - com 5 subdimensões, teve graus de concordância de 98,4%.

Observou-se que a maioria dos participantes assinalou a opção de concordo e concordo totalmente em 4 itens da dimensão Político Gerencial, conforme evidenciado na tabela 5. Nota-se, ainda, que um participante assinalou a opção discordo na subdimensão denominada como “Assegurar equipes de saúde completas/ adequadas e qualificadas para atender à demanda”, sugerindo que o termo “Assegurar” fosse alterado para “Criar estratégias” para a completude das equipes de saúde, com fomento à qualificação técnico-operacional no atendimento à demanda.

Tabela 5 - Dimensão Organizacional

	Discordo				Concordo			
	Totalmente		Discordo		Concordo		Totalmente	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Equipe de Resposta Rápida	0	0%	1	7,69%	2	15,38%	10	76,92%
Agendas de profissionais organizadas para evitar déficit nas escalas	0	0%	0	0,00%	1	7,69%	12	92,31%
Fluxos e acesso diferenciados (rotina/covid)	0	0%	0	0,00%	3	23,08%	10	76,92%
Monitoramento de pacientes	0	0%	0	0,00%	5	38,46%	8	61,54%
Testagem ampliada	0	0%	0	0,00%	4	30,77%	9	69,23%
Rastreamento de contatos	0	0%	0	0,00%	7	53,85%	6	46,15%
Medidas não farmacológicas	0	0%	0	0,00%	4	30,77%	9	69,23%
Notificação compulsória de casos	0	0%	0	0,00%	5	38,46%	8	61,54%
Cuidado a grupos prioritários	0	0%	0	0,00%	3	23,08%	10	76,92%
Adotar medidas de proteção à vida	0	0%	0	0,00%	2	15,38%	11	84,62%
Informação e comunicação adequadas e oportunas	0	0%	0	0,00%	2	15,38%	11	84,62%

Tabela 2 Quantitativo de respostas da Dimensão Organizacional. Frequências absolutas e relativas

$$IVC = 0,993007$$

Houve uma concordância de 99,3% entre os avaliadores do estudo para essa dimensão

Fonte: Elaborada pela autora, 2022.

A Dimensão 2 - Organizacional - com 11 subdimensões, teve grau de concordância de 99,3%.

Na dimensão Organizacional, 10 dos participantes assinalaram a opção de concordo e concordo totalmente nos itens conforme demonstrado na tabela 5. Na subdimensão “Equipes

de Resposta Rápida”, foi sugerido por um dos participantes a alteração para “Time de Resposta Rápida”, a fim de evitar viés de confundimento com a ESF.

Tabela 6 - Aprendizado de Práticas

	Discordo				Concordo			
	Totalmente		Discordo		Concordo		Totalmente	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Vigilância do território	0	0%	0	0,00%	4	30,77%	9	69,23%
Busca ativa de caso	0	0%	0	0,00%	4	30,77%	9	69,23%
Teleorientação	0	0%	1	7,69%	7	53,85%	5	38,46%
Telemonitoramento	0	0%	0	0,00%	8	61,54%	5	38,46%
Registro/controlado do número de casos	0	0%	0	0,00%	3	23,08%	10	76,92%
Notificações semanais	0	0%	1	7,69%	3	23,08%	9	69,23%
Testagem dos sintomáticos	0	0%	0	0,00%	1	7,69%	12	92,31%
Avaliação de contactantes	0	0%	1	7,69%	5	38,46%	7	53,85%
Monitoramento de pacientes atendidos pela ERR	0	0%	1	7,69%	6	46,15%	6	46,15%
Identificação de sinais de alarme	0	0%	0	0,00%	3	23,08%	10	76,92%
Encaminhamentos aos serviços de emergência	0	0%	1	7,69%	3	23,08%	9	69,23%
Capacitações rápidas – grupo específicos de profissionais	0	0%	0	0,00%	3	23,08%	10	76,92%

Tabela 3 Quantitativo de respostas de Aprendizado de práticas. Frequências absolutas e relativas

$$IVC = 0,967949$$

Houve uma concordância de 96,7% entre os avaliadores do estudo para essa dimensão

Fonte: Elaborada pela autora, 2022.

A Dimensão 3 - Aprendizado das Práticas com 12 subdimensões, teve grau de concordância foi 96,7%.

Na dimensão Aprendizado de Práticas 7 dos participantes assinalaram a opção de concordo e concordo totalmente nos itens, mediante apresentado pela tabela 6.

Na subdimensão “Teleorientação”, um participante citou que por mais que seja importante, tal serviço não leva em consideração a garantia do acesso à internet e aos aparelhos telefônicos de qualidade.

a teleorientação é uma medida válida, porém para garantir uma equidade e abrangência uniforme no território, seria necessário garantir acesso à internet e/ou redes de telefones de qualidade e com ampla disponibilidade também para o contato com a unidade de saúde caso necessário (R8).

Já na subdimensão “Notificações semanais”, foi observado que um respondente destacou que em grande número de casos de uma doença, a notificação é sempre fundamental, porém, devem ser realizadas precocemente para que não acumule casos e atrapalhe o andamento do processo de trabalho.

notificações são fundamentais, porém em momentos com grande número de casos, talvez seja necessária notificação diária ou a cada dois dias para evitar acúmulo de casos e possíveis perdas de dados (R8).

Ademais, na subdimensão “Encaminhamentos aos serviços de emergência”, um participante sugeriu que o termo poderia ser ajustado para “Quando sinais de alarme presentes encaminhamento responsável aos serviços de emergência”.

A dimensão que teve o maior grau de concordância foi a ORGANIZACIONAL, seguido pela POLÍTICO-GERENCIAL e a menor concordância foi APRENDIZADO DE PRÁTICAS.

Em relação a todo o instrumento houve uma concordância de 98,0% entre os avaliadores.

IVC GERAL-TOTAL= 0,9807

Dessa forma, evidencia-se que em todas as dimensões foi obtido mais de 85% de aceitação nas subdimensões. Assim, a elaboração de Modelos Lógicos possibilita conhecer e identificar ações a serem alteradas, mantidas ou retiradas, além das recomendações a serem seguidas, detalhando os recursos, atividades e resultados que melhor operacionalizam o programa.

5.1.8 Perguntas Avaliativas

As perguntas avaliativas foram formuladas com base no Modelo Lógico e na literatura e apontam respostas e efeitos a curto e médio prazos, quais sejam:

- a) Qual o grau de implantação do PC no município do Rio de Janeiro?
- b) As atividades do PC são realizadas de acordo com o preconizado?
- c) Qual o grau de adesão dos profissionais da ESF ao PC?
- d) Quais facilitadores e dificuldades foram percebidos no processo de implementação do PC?

- e) Quais indicadores traduzem o alcance dos resultados do PC?

Para completar o ciclo da avaliação, outras perguntas avaliativas voltadas aos efeitos mais finalísticos se fazem necessárias, as quais só serão respondidas por meio de outros estudos e desenhos avaliativos:

- a) Qual o impacto das ações do Plano de Contingência no município do Rio de Janeiro?
- b) A intervenção proposta pelo Plano de Contingência no município do Rio de Janeiro é custo-efetivo?

6 CONCLUSÃO

Embora a APS tenha um modelo complexo, este é adaptativo, de modo que os serviços desprenderam esforços para qualificar a equipe e utilizaram diversas estratégias da rotina para o enfrentamento da COVID-19, tais como o conhecimento e a vigilância do território, o vínculo do usuário com a equipe de saúde, o monitoramento dos casos atendidos pela ERR e também a manutenção do cuidado aos pacientes crônicos, despertando por parte da equipe consciência de que embora estivéssemos fragilizados, precisávamos estar estruturados para responder rapidamente a essas adversidades em saúde pública.

A APS representa o modelo mais apropriado para prevenção e controle de doenças infecciosas, destacando-se pela resolutividade de maior parte das necessidades da população, pela responsabilidade territorial e vínculo com o usuário, o que traduz a capacidade de levar saúde aos indivíduos, utilizando estratégias para redução do risco de transmissão na Unidade e também na Comunidade.

A Pandemia de COVID-19 trouxe mudanças significativas nas dinâmicas da Unidade de Saúde e do território, e para o controle deste agravo em saúde, Planos de Contingência, Notas Técnicas e Protocolos se fizeram necessários para reorganização e orientação das ações desempenhadas nos serviços de saúde.

O Plano de Contingência do Município do Rio de Janeiro e demais documentos analisados, compõem um conjunto de instrumentos que operacionalizam a prática profissional para enfrentamento à pandemia de COVID-19 e fortalecimento do Sistemas de Saúde, ampliando o entendimento dos atores neste processo para a corresponsabilidade que o cenário nos exige.

Dentre os resultados encontrados na análise destacam-se fragilidades como a dificuldade de respostas decorrentes da precariedade da gestão anterior, comunicação deficiente intra e entre equipes, capacitações pouco efetivas devido ao volume de atendimentos, porém destaca-se também potencialidades, tais como a organização dos atendimentos, a criação dos fluxos de acolhimento específicos e individualizados e a sinergia de esforços que possibilitam respostas coordenadas para evitar a propagação da Pandemia.

O Estudo de Avaliabilidade (EA) aponta a coerência metodológica e operacional para o desenvolvimento futuro de pesquisa avaliativa, identificando atividades e estratégias para a realização dessa etapa, em acordo com os interesses dos atores envolvidos. Verificou-se que as diretrizes do PC do município do Rio de Janeiro são abrangentes quanto a possibilidades de ação, mas ainda possuem lacunas referentes ao planejamento e operacionalização destas

ações, podendo ser ajustado de modo a contribuir mais efetivamente para o processo de implantação deste documento nos territórios.

A modelagem apresentada no EA definiu uma “imagem-objetivo” do Plano de Contingência do município do RJ, com o propósito de subsidiar a análise do grau de implantação de seus componentes, em estudos futuros, tanto para verificar a operacionalização dos processos, como para medir o alcance dos objetivos assinalados.

Neste sentido, o Estudo de Avaliabilidade contribuiu para o engajamento das equipes, para aclarar os objetivos e metas que operacionalizam o PC e identificação de componentes para melhoria do processo de trabalho. A construção do Modelo Lógico nos possibilitou uma visão objetiva do planejamento em saúde, contribuindo para avaliar e confirmar que esta Política Pública é efetiva, contemplando a finalidade deste estudo que visa com este instrumento refletir no processo de trabalho das Equipes para atendimento adequado à população, resolutivo, oportuno, integral e seguro, em conformidade com o Plano de Contingência da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

O EA traz o conhecimento e entendimento do Programa, evidenciando o problema em questão e as principais ferramentas que podem contribuir na resolução deste agravo em Saúde Pública. O ML a partir do PC traz em detalhes os recursos disponíveis, as atividades realizadas e estabelece os resultados esperados para frear a Pandemia de COVID-19, além de permitir traçar recomendações às partes interessadas (elaboradores do programa).

O Plano de Contingência municipal segue as recomendações indicadas, embora enfrente, em alguns momentos, dificuldades de diferentes ordens, como: número insuficiente de profissionais (mão de obra operacional); desorganização operacional dos profissionais (má qualidade no serviço ou assistência deficiente); insuficiência de capacitações relacionadas a emergências; carência de habilidades; medo, sendo pelo presente estudo, torna-se claro que o PC Municipal do Rio de Janeiro, possui uma proposta adequada mas com dificuldades de incorporação ao processo de trabalho, atendendo com ressalvas às necessidades de proteção à saúde da população,

A APS mais uma vez foi o alicerce na assistência aos pacientes frente aos eventos inusitados que surgem e desafiam os profissionais, fortalecendo o protagonismo dos serviços, que se reorganizaram para oferecer melhorias na qualidade do acesso aos cuidados prestados na e pós-pandemia de COVID-19.

Ter disponíveis documentos norteadores como Planos de Contingência e Notas Técnicas possibilitou operacionalizar de forma mais segura eventos inusitados que possam surgir; trazer este olhar para a Equipe também foi um grande desafio, pois embora possamos

conhecer a história natural de um agravo, ao surgir uma nova CEPA todo o cenário conhecido se perde e é através destes documentos que temos a possibilidade de aprender a lidar com essas emergências em Saúde.

Destaca-se que houve o viés da pesquisadora estar implicada na gestão da ABS, fato que pode ser minimizado pelo uso de questionários *online* na modalidade remota sem a presença física, o que seria recomendado no processo de elaboração e pactuação do modelo lógico, e as perguntas avaliativas para o Plano de Contingência.

Para o desenvolvimento da dissertação, o levantamento de dados foi uma etapa caracterizada por dificuldades, visto que a Coordenadoria de Atenção Primária 3.2 passou por mudanças na gestão e algumas ferramentas foram descontinuadas resultando em acesso restrito a CAP. Os entraves para uso do Painel Gestão à Vista, que traz o Boletim Epidemiológico com informações sobre número de notificações, número de testes rápidos e vacinação na referida área programática foi um dos principais obstáculos encontrados, juntamente com a perda da força de trabalho capacitada na Unidade de estudo, em decorrência da troca de OS. Outro fator limitante foi a disponibilidade de tempo dos profissionais, visto o aumento no quantitativo de atendimentos COVID e rotina durante o período. Para o ano de 2021 tinha-se uma expectativa importante da chegada da vacina e ainda assim vivenciamos uma nova onda de transmissão e novas CEPAS.

Portanto, esse projeto de pesquisa, mais que oferecer a possibilidade de registro e coleta de dados, teve como foco desenvolver Estudo de Avaliabilidade do Plano de Contingência, com base em um diagnóstico dos processos de trabalho ao atendimento primário, com a identificação de aspectos a serem aprimorados para redução do número de casos, melhoria na gestão e, com base nos principais desafios encontrados, de modo a contribuir com a avaliação deste instrumentos de gestão em toda a Rede de Atenção Básica do município de RJ, com vista à melhoria da qualidade do acesso aos cuidados ofertados nesse nível de atenção, na e pós pandemia da Covid-19.

7 RECOMENDAÇÕES

Como recomendações, sugere-se:

- a) novos estudos que analisem os contextos local, nacional e mundial, para melhor contextualização do Plano de Contingência no Município do Rio de Janeiro; e
- b) definir indicadores (matriz de dados) para mensurar a efetividade do Plano de Contingência.

REFERÊNCIAS

- AFFONSO, M.V.G. *et al.* O papel dos Determinantes Sociais da Saúde e da Atenção Primária à Saúde no controle da COVID-19 em Belém, Pará. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 2, e310207, 2021.
- ALBUQUERQUE, N.L.S. Planejamento operacional durante a pandemia de COVID-19: comparação entre recomendações da Organização Mundial da Saúde e o Plano de Contingência Nacional. **Cogitare Enfermagem**, v.25, e72659, 2020.
- ALMEIDA, C; LÜCHMANN, L.; MARTELLI, C. A pandemia e seus impactos no Brasil. **Middle Atlantic Review of Latin American Studies**, v. 4, n. 1, p.20-25, 2020.
- AMALBERTI, R.; VINCENT, C. Managing risk in hazardous conditions: improvisation is not enough. **BMJ Qual. Saf.**, v. 29, n. 1, p. 60-63, 2020.
- ANTONIALLI, F.; ANTONIALLI, LM; ANTONIALLI, R. Usos e Abusos da Escala Likert: Estudo Bibliométrico nos Anais do Enanpad de 2010 a 2015 . **Reuna**, v. 22, n. 4, p. 1-19, 2016.
- BAI, L.; YANG, D.; WANG, X. *et al.* Chinese experts' consensus on the Internet of Things - aided diagnosis and treatment of coronavirus disease 2019 (COVID-19). **Clin Health**, v. 3, n. 1, p. 7-15, 2020.
- BARATIERI, T. *et al.* Aplicação do Estudo de Avaliabilidade na área da saúde: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 120, p. 240–255, 2019.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luís Anter Reto; Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2006.
- BONAN, C. *et al.* Avaliação da implementação da assistência ao planejamento reprodutivo em três municípios do estado do Rio de Janeiro entre 2005 e 2007. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, n. 10, p. s107-s118, 2010. supl.1.
- BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União, Brasília**, DF, 19 set. 1990. Seção 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Contingência da Fiocruz diante da pandemia da doença pelo SARS-CoV-2 (Covid-19)**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2020a.
- Brasil. Ministério da Saúde. **Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). In: Ministério da Saúde. Brasília; 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19**. Brasília: Ministério da Saúde; 2020b.

CABRAL, E. R. M. *et al.* Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de COVID-19. **Interamerican Journal of medicine and health**, v. 3, p. 1-12, 2020.

CARMO, E. H. *et al.* Emergências de saúde pública: conceito, caracterização, preparação e resposta. **Estudos Avançados**, v. 22, n. 64, p. 19-32, 2008.

CARVALHO, A. L. B. *et al.* Enfermeiros (as) gestores (as) no Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas com ênfase no Ciclo de Gestão 2017-2020. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 211-222, 2020.

CASSIOLATO, M.; GUERESI, S. **Como elaborar Modelo Lógico**: roteiro para formular programas e organizar avaliação. Brasília: IPEA, 2010. (Nota Técnica, 6).

CIRINO, F.M.S.B. *et al.* Desafios da Atenção Primária no contexto da COVID-19: A experiência de Diadema, SP. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v.16, n. 43, p.1-14, 2021.

COELHO, A. A. *et al.* Atenção à tuberculose: estudo de avaliabilidade. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v.2, n.5, p.792-800, 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Atenção Primária**. Seminário para estruturação de consensos. Caderno de informação técnica e memória de Progestores. Brasília: CONASS, 2004. (CONASS Documenta 2).

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Painel Nacional: COVID-19**. Portal Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2022. Disponível em: <https://www.conass.org.br/painelconasscovid19/>. Acesso em 16 mar 2022.

NEUSA, M. C. A.; ORPINELLI, C. M. Z. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.7, p. 3061-3068, 2011.

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

DONABEDIAN, A. The definition of quality and approaches to its assessment. In: DONABEDIAN, A. **Explorations in quality assessment and monitoring**. Ann Harbor: Health Administration Press, 1980. v. 1

DONABEDIAN, A. **Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la atención.** Salud Pública de México, Morelos, v. 35, n. 1, p. 94-7, 1993.

EDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Team work and collaborative practice in Primary Health Care. **Interface** (Botucatu), v. 22, p. 1525-34, 2018. Supl. 2,

FARIAS, L. A. B. G.; COLARES, M. P.; BARRETOTI, F. K. A.; CAVALCANTI, L. P. G. O papel da atenção primária no combate ao Covid-19: impacto na saúde pública e perspectivas futuras. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2455, 2020.

FERNANDES, J. C.; CORDEIRO, B. C. O gerenciamento de unidades básicas de saúde no olhar dos enfermeiros gerentes. **Rev. enferm UFPE**, v. 12, n. 1, p. 194-202, 2018.

FERNANDEZ, M. V. *et al.* Reorganizar para avançar: a experiência da Atenção Primária à Saúde de Nova Lima/MG no enfrentamento da pandemia da Covid-19. **APS em revista**, v.2, n. 2, p. 114-121, 2020.

FERREIRA, L. *et al.* Validação do modelo lógico de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n.2, e:0026294, 2020.

FERREIRA, A.S. Educação permanente em saúde na estratégia saúde da família: o enfermeiro no contexto da COVID -19. **Revista Saúde em Redes**, v.6, n.4, p.15-21, 2020.

FERREIRA, S.R.S.; MAI, S.; PÉRICO, L.A.D.; MICHELETTI, V.C.D. O Processo de trabalho da enfermeira, na atenção primária, frente à pandemia da COVID-19. In: TEODÓSIO, S.S.S; LEANDRO, S. S. (Orgs.). **Enfermagem na atenção básica no contexto da COVID-19.** 2.ed. Brasília, DF: ABEn, 2020.. (Série Enfermagem e Pandemias, 3).

FONTANA, K. C.; LACERDA, J. T.; MACHADO, P. M. O. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde em Debate**, v. 40, n.110, p. 64-80, 2016.

GALAVOTE, H. S. *et al.* O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Esc. Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 90-98, 2016.

GUERRERO, A. V. P. *et al.* Avaliabilidade das políticas de saúde: teoria & prática. In: GURGEL, I. G. D. *et al.* (org.). **Gestão em saúde pública: estudos de avaliação.** Recife: UFPE, 2014.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciênc Saúde Colet**, v. 25, n. 4, p. 1475-1482, 2020.

GONÇALVES, N.C.P. Trabalho em saúde na Atenção Primária no contexto de pandemia: novos instrumentos de trabalho podem possibilitar rupturas e transformações? **Journal of Management & Primary Health Care**, v. 12, n. e43, 2020.

GONDIM, G. M. M. **Territórios da atenção básica: múltiplos, singulares ou inexistentes?** 2011. 255 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

GREENHALGH, T.; KOH, G. C. H.; CAR, J. Covid-19: a remote assessment in primary care. **BMJ**, v. 368, n. 1182, p.1-5, 2020.

HARTZ. ZMA., org. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de programas** (online). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 31 p.

JUNIOR, A. G. S.; LATGÉ, P. K.; OLIVEIRA, R. A. T.; FRANCO, C. M.; VASCONCELOS, M. C. V. A experiência de Niterói no enfrentamento da COVID 19: notas preliminares sobre a articulação de políticas sociais e de saúde. **APS em Revista**, v. 2, n. 2, p. 128-136, 2020.

LANZONI, G. M. M. *et al.* Ações/interações motivadoras para liderança do enfermeiro no contexto da atenção básica à saúde. **Texto contexto Enfermagem**, v. 24, n. 4, p. 1121-1129, 2015.

LIMA, J. C. Bases histórico-conceituais para a compreensão do trabalho em saúde. In Fonseca AF, organizador. **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

LIMA, L. D. **Reformas e desafios do financiamento da atenção primária à saúde no Brasil. Escola Nacional de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2019.

LIRA, W.M.; CORREIA, R.C.; MONTENEGRO, M.P.R.; FONTAINHA, T.C. Gestão de stakeholders na construção de hospitais de campanha para combate à pandemia de Covid-19 – estudo de casos múltiplos no estado do Rio de Janeiro. **Vértices**, v.23, p372-401, 2021.

MACEDO, T. *et al.* Revisão Integrativa sobre estudos de Avaliabilidade na área da saúde no Brasil. **Braz. J. Hea. Rev.**, v. 3, n. 5, p. 13620-13637, 2020.

MACIEL, F. B. M. et al. Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 25, p. 4185-4195, 2020.

MACHADO, M.F. *et al.* Atenção primária à saúde no enfrentamento à COVID-19: análise dos planos estaduais de contingência do nordeste. **Revista Portal: Saúde e Sociedade**, v.5, p.1286-1298, 2020.

MATTOS, J. C. O.; BALSANELLI, A. P. A liderança do enfermeiro na atenção primária à saúde: revisão integrativa. A liderança do enfermeiro na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Enferm. Foco**, v. 10, n. 4, p. 164-171, 2019.

MARCON, S. S.; ELSSEN, I. Estudo qualitativo utilizando observação participante - análise de uma experiência. **Acta Scientiarum**, v.22, n.2, p.637-647, 2000.

MEDINA, M. G. *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, e00149720, 2020.

MELO, E.A.; MENDONÇA, M.H.M.; OLIVEIRA, J.R.; ANDRADE, G.C.L. Changes in the National Policy of Primary Health Care: between setbacks and challenges. **Saúde Debate**, v. 42, p. 38-51, 2018.

MENDES, M.F.M. CAZARIN, G. BEZERRA, L C A, Dubeaux, LS. Avaliação ou Pré-avaliação de um programa. In: SAMICO, I. *et al.* **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica 004/2020 de 30 de janeiro de 2020 (atualização em 4 em 08 de maio de 2020). **Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (Sars-cov-2)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

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

NASSAR, P.R.B. *et al.* COVID-19 contingency plan strategies and risk management. **Revista de Enfermagem UERJ**, 28:e55415, 2020.

OLIVEIRA, A. C.; LUCAS, T. C.; IQUIAPAZA, R. A. O que a pandemia da Covid-19 tem nos ensinado sobre adoção de medidas de precaução? **Texto Contexto Enferm.**,v. 29, n. e20200106, 2020a.

OLIVEIRA, C. M.; MARTINS, G. S.; SILVA, G. S.; CORRÊA, I. C.; ROSA, J. R.; CABRAL, Y. R.; OLIVEIRA, J. A. Plano de Contingência, como o Brasil se organizou frente à chegada da Covid-19: Revisão integrativa. **Revista Saúde e Inovação**, v. 1, n. 1, p. 1-16, 2020b.

OLIVEIRA, M. I. C.; HARTZ, Z. M. A.; NASCIMENTO, V. C.; SILVA, K. S. Avaliação da implantação da iniciativa hospital amigo da criança no Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** v. 12, n. 3, p. 281-295, 2012.

OLIVEIRA, D.R.C et al. **Emergências sanitárias: o caso da COVID-19 na capacitação de profissionais da saúde**. 44f. 2020.Trabalho de Conclusão de Curso (IV Programa Latino-Americano em Governabilidade, Gerência Política e Gestão Pública).Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2020.

OLIVEIRA, W. K. *et al.* How Brazil can hold back COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. 44- 52, 2020. DOI:10.5123/S1679-49742020000200023

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Corona vírus disease (COVID-2019) situation reports. **Portal Organização Mundial de Saúde**. c2020. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>. Acesso em: 20 dez. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Regulamento Sanitário Internacional**. 2. ed. Genebra: OMS, 2008.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Team work and collaborative practice in Primary Health Care. **Interface** (Botucatu), v. 22, Supl. 2, p. 1525-34, 2018.

PERMINIO, H. B. *et al.* Validação do Modelo Lógico da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Atendimento Socioeducativo. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, p.2, 2022.

PISCO, L. A. Avaliação como Instrumento de Mudança. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 566-568, 2006.

RAMOS, L.H.; GRIGOLETTO, M. V. D. **Gestão de Serviços de Saúde**. 2016. Disponível em:
https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade14/unidade14.pdf. Acesso em 22 jul. 2022.

RAMOS, M. N. Conceitos Básicos sobre Trabalho. In: Fonseca AF, organizador. **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

REIS, J. G. D. *et al.* Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 24, p. 3457-3462, 2019.

RIBEIRO, M.A. *et al.* (RE)Organização da Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da COVID-19: Experiência de Sobral-CE. **APS em Revista**, v. 2, n. 2, p. 177-188, 2020.

RIOS, A.F.M.; LIRA, L.S.S.P.; REIS, I.M.; SILVA, G.A. Atenção primária à saúde frente à COVID-19 em um centro de saúde. **Enfermagem em Foco**, v.11, p. 246-251, 2020. DOI: 10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.ESP.3666.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Saúde. Subsecretaria de gestão da atenção integral à saúde. **Plano de contingência da atenção primária à saúde para o coronavírus no Estado do Rio de Janeiro**. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; SES/RJ; 1; mar. 2020a, 28p.

RIO DE JANEIRO. Nota Técnica Assessoria Especial – Atenção Primária à Saúde. Orientações sobre a prevenção e manejo da transmissão e infecção pelo novo coronavírus (sars-cov-2) e organização dos serviços de atenção primária à saúde do município do rio de janeiro. **Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro - RJ, 20 de março 2020b.

RIO DE JANEIRO. (Prefeitura). Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Contingência para Infecção Humana pelo Coronavírus (2019-nCoV)**. Rio de Janeiro, 2020c. 28p.

RIO DE JANEIRO. (Prefeitura). Secretaria Municipal de Saúde. **Documento técnico contendo Plano de Contingência do Município do Rio de Janeiro para Enfrentamento da covid-19**. Centro de Operações de Emergências (COE COVID-19 Rio). 2. ed. Rio de Janeiro: Prefeitura do Município do Rio de Janeiro; Sistema Único de Saúde, 2021.

RIO DE JANEIRO (prefeitura). **Painel Rio COVID.2022**. Disponível em: <https://experience.arcgis.com/experience/38efc69787a346959c931568bd9e2cc4> Acesso em: 1 nov. 2022.

ROSSI, P.H., LIPSEY, M.W, FREEMAN, H.E. Expressing and assessing Program theory. In: ROSSI, P.H. **Evaluation: A System approach**. 7. ed. California: Sage, 2004.

SALES, N. C.; SILVA, M. G. C.; PINTO, F. J. M. Competências essenciais desenvolvidas por coordenadores de centros de saúde da família. **Revista Brasileira Promoção Saúde**, v. 27, n. 3, p. 389-97, 2014.

SANTANA, M.M.; MEDEIROS, K.R.; MONKEN, M. Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família na pandemia no Recife-PE: singularidades socioespaciais. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S. l.], v. 20, p. 22, 2022.

SAMICO, I. et al. (Orgs.). **Abordagens metodológicas na avaliação em saúde**. In: **AVALIAÇÃO em Saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.

SARTI, T. D.; LAZARINI, W. S.; FONTENELLE, L. F.; ALMEIDA, A. P. S. C. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 29, n. 2, p. e2020166, 2020.

SARTI, T. D.; LAZARINI, W. S.; FONTENELLE, L. F.; ALMEIDA, A. P. S. C. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 29, n. 2, p. e2020166, 2020.

SILVA, A. P. D. S. C.; MAIA, L. T. D. S.; SOUZA, W. V. D. Síndrome Respiratória Aguda Grave em Pernambuco: comparativo dos padrões antes e durante a pandemia de COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 4141-4150, 2020.

SILVA, W.R.S.; DUARTE, P.O.; FELIPE, D.A.; SOUSA, F.O.S. A gestão do cuidado em uma unidade básica de saúde no contexto da pandemia de COVID-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2021. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00330

SILVA, J.A.M; PEDUZZI, M. Educação no Trabalho na Atenção Primária à Saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. **Saúde e Sociedade**, v.20, n.4, p.1018-1032, 2011.

SHIMAZAKI, M. E. **A Atenção Primária à Saúde**. In: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Oficina 2 e 3. Análise da atenção primária à saúde e diagnóstico local. Guia do tutor/facilitador. Belo Horizonte: Oficina 1 – Análise da atenção primária à saúde. Guia do participante. Belo Horizonte: ESPMG, 2009.

SOUZA, F. F.; SOUSA, I. A.; OLIVEIRA, L. M. N. A utilização de equipamentos de proteção individual e coletiva por profissionais de saúde: revisão integrativa. **Rev Aten Saúde**, v. 16, n. 57, p. 102-108, 2018.

SOUZA E SOUZA, L. P. S.; SOUZA, A. G. Enfermagem brasileira na linha de frente contra o novo Coronavírus: quem cuidará de quem cuida? **J. nurs. Health**, v.10, n.esp., p. e20104005, 2020.

SOUZA, D.S. *et al.* Organização da Atenção Primária à Saúde no Paraná no enfrentamento da pandemia COVID-19. **Revista de Saúde Pública**, v.3, p. 108-117, 2020. DOI: 10.32811/25954482-2020v3sup1p108.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO; 2002

TANAKA, OY. **Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta**. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.927-934, 2011.

TEIXEIRA, C. F. S. *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid- 19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3465-3474, 2020.

TEIXEIRA, M. G. *et al.* Reorganização da atenção primária à saúde para vigilância universal e contenção da COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. e2020494, 2020.

TEODÓSIO, S. S. S.; LEANDRO, S. S. **Enfermagem na atenção básica no contexto da COVID-19**. Brasília, DF: ABen/DEAB, 2020. (Série enfermagem e pandemias, 3).

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde debate**, v. 42, v. 1, p. 361-78, 2018.

THUMÉ, E.; FEHN, A. C.; ACIOLI, S.; FASSA, M. E. G. Formação e prática de enfermeiros para a Atenção Primária à Saúde: avanços, desafios e estratégias para fortalecimento do Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, v. 42, sup. 1, p. 275-88, 2018.

VIEIRA, S. Como elaborar questionários. São Paulo. Atlas, 2009.

WERNECK, G. L.; CARVALHO, M. S. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cadernos de Saúde Pública**. 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2020.v36n5/e00068820/pt>. Acesso em: 14 mar. 2022.

YANG, J. *et al.* Prevalence of comorbidities in the novel Wuhan coronavirus (COVID-19) infection: a systematic review and meta-analysis. **Int J InfectDis**, v. 94,p.91-95, 2020.

APÊNDICE A - Questionário A

1. Perfil dos respondentes

1.1 Qual é o seu sexo? () feminino () masculino

1.2 Informe sua idade _____

1.3 Qual sua formação: _____

1.4 Quanto tempo está na Atenção Básica? _____

1.5 Há quanto tempo você trabalha como membro da equipe de acolhimento no setor de saúde?

() menos de 1 ano

() de 1 a 2 anos

() de 2 a 5 anos

() 5 anos ou mais

1.6 Qual é o seu cargo?

2. Processo de trabalho na Pandemia

2.1 Como ocorreu o início do processo de trabalho e de atendimento na Unidade de Saúde da Família no cenário pandemia após a implantação do Plano de Ação?

2.2 Qual foi a principal mudança em relação às suas atividades?

2.3 A adaptação aos procedimentos descritos no Plano de Ação para o período da pandemia ocorreu:

de forma gradual e em harmonia entre todos os atores envolvidos no atendimento

de forma rápida, mas com ajustes a serem realizados

de forma rápida e sem ajustes a serem realizados

Justifique sua resposta

2.4 Nesse momento como está organizado o processo de trabalho para o atendimento na Unidade de Saúde da Família no cenário pandemia?

2.5 Os profissionais da equipe de resposta rápida se envolvem no processo de trabalho com a dedicação necessária?

Sim

Não

Esclareça sua

resposta

—

2.6 A Equipe de acolhimento (equipe de apoio, equipe de escuta inicial e agentes de saúde), se envolve no processo de trabalho com a dedicação necessária?

Sim

Não

Esclareça sua resposta _____

2.7 Como você avalia o envolvimento de toda a equipe no processo de trabalho na Pandemia?

Excelente Muito Bom Bom Regular Ruim N/A

Esclareça sua resposta

2.8 Você considera que houve dificuldades observadas na reestruturação do processo de trabalho na Unidade para o enfrentamento da pandemia?

Sim

Não

Se sim, descreva quais, levando em consideração a implementação do Plano de ação.

2.9 Você avalia que houve facilidades/potencialidades observadas na reestruturação do processo de trabalho na Unidade para o enfrentamento da pandemia?

Sim

Não

Se sim, descreva quais, levando em consideração a implementação do Plano de ação.

2.10 Você teria sugestões para melhorar o atendimento na Unidade?

() Sim

() Não

Se não, quais os pontos positivos da gestão você destaca? Se sim, quais?

3. Capacitação para atender as Exigências do Plano de Contingência

3.1 Você participou de alguma capacitação para o atendimento na pandemia? Qual o conteúdo?

Sim () Não ()

Esclareça sua resposta

3.2 Para você, as capacitações para o atendimento em época de pandemia foram suficientes para um atendimento de excelência?

Sim () Não ()

Por quê?

3.3 O que devia ter sido feito para qualificar de forma emergencial toda a equipe?

a. Capacitações rápidas por conjunto específico de profissionais (médicos, enfermeiros, dentistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, técnico de higiene bucal, agente comunitário de saúde)

- b. Capacitações generalistas para toda equipe, associada a capacitações específicas por categoria profissional (médicos, enfermeiros, dentistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, técnico de higiene bucal, agente comunitário de saúde)
- c. Capacitações generalistas para toda equipe associadas a capacitações por equipes vinculadas a processos específicos de trabalho definidos no Plano de Contingência.

Comente sua resposta

4. O Plano de Contingência (PC)

4.1 Como você avalia os objetivos do PC para o enfrentamento da pandemia

- Atende a todas as necessidades de proteção da saúde da população na pandemia
- atende parcialmente as necessidades de proteção da saúde da população na pandemia
- Atende pouco as necessidades de proteção da saúde da população na pandemia
- Não atende às necessidades de proteção da saúde da população na pandemia
- Não se aplica

4.2 Como você avalia as metodologias (fluxos, composição de equipes, outros) propostas pelo PC para o enfrentamento da pandemia

- Adequadas e de fácil incorporação ao processo de trabalho das equipes
- Adequadas, mas com dificuldade média de incorporação ao processo de trabalho das equipes
- Adequadas, mas com grande dificuldade de incorporação ao processo de trabalho das equipes
- Inadequadas
- Não se aplica

4.3 Como você avalia os instrumentos (protocolos, EPI, EPC, outros) definidos pelo PC para o enfrentamento da pandemia

- Excelentes, de fácil obtenção e uso nas equipes
- Bom, difícil de obtenção e fácil uso nas equipes
- Regular, difícil obtenção e dificuldade de uso nas equipes
- Ruim, muito difícil de obtenção e dificuldade no uso nas equipes
- Não se aplica

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista (*Stakeholders*)

1. Como foi o processo de elaboração/implantação do Plano de Contingência? E quais atores sociais, institucionais e da sociedade civil foram envolvidos na formulação do Plano?
2. Quais instrumentos foram utilizados para a formulação/implantação do Plano de Contingência? Houve potencialidades e desafios (internas e externas) que influenciaram no processo de definição do Plano?
3. Como você avalia após 2 anos de implementação do Plano de Contingência a efetividade de resposta às necessidades de proteção, proteção e recuperação da saúde da população do município do Rio?

APÊNDICE C - Instrumento de Validação

Caro participante,

Este momento é de validação do Modelo Lógico desenhado a partir da análise imbricada de documentos (2ª versão do Plano de Contingência e da 2ª versão da Nota Técnica), das entrevistas aplicadas à stakeholders e aplicação de questionário à profissionais da ABS de uma Clínica a Família do município do Rio de Janeiro, onde cada um de vocês teve papel relevante.

Este momento é fundamental para que este Modelo, ao ser validado, possa ser enviado a SMS-RJ como contribuição de minha participação no Mestrado Profissional em Saúde da Família Fiocruz/Abrasco, e possa, caso seja incorporado ao aprendizado institucional, orientar futura AVALIAÇÃO do Plano e Contingência em toda rede de Atenção Básica do Município do Rio.

Desse modo, será possível obter uma radiografia do processo de implantação, implementação e execução deste instrumento de gestão, observando seus avanços e necessidades de ajustes, com vista a consolidá-lo como Política de Enfrentamento à Eventos Inusitados Transmissíveis.

O Modelo Lógico está organizado em Dimensões e Subdimensões que traduzem os principais elementos extraídos do PC e dos resultados da coleta de dados da pesquisa. As subdimensões apontam para atividades, resultados e impactos que poderão ser mensurados a partir de uma Matriz de indicadores.

Sua contribuição é validar as dimensões e subdimensões para compor esse Estudo de Avaliabilidade foco de meu Trabalho de Conclusão de Mestrado.

Assinale a pontuação aferida a cada uma das subdimensões de acordo com a tabela abaixo:

CRITÉRIOS	A		C	D
		B		
Discordo Totalmente				
Discordo				
Concordo				
Concordo Totalmente				

Caso o senhor **Discorde Totalmente** há a possibilidade de alterar e sugerir sobre outra dimensão com subdimensões, atividades, produtos e impactos

Caso o senhor **Discorde**, há a possibilidade de explicitar o que discorda e sugerir alterações.

Caso o senhor **Concorde** e/ou **Concorde Totalmente** – ambas pontuações serão analisadas como aceitas.

Serão aceitas as dimensões obtiverem 85% de aceitação (**Concordo Totalmente e Concordo**).

1. DIMENSÃO POLÍTICO GERENCIAL

SUBDIMENSÕES					
1	Criar mecanismos que garantam recursos financeiros e disponibilidade, em quantidade e qualidade, de medicamentos e insumos.				
2	Assegurar equipes de saúde completas/ adequadas e qualificadas para atender à demanda.				
3	UBS/ESF com estrutura física adequada e equipada para atender a Covid e outros eventos transmissíveis inusitados.				
4	Formalizar, fluxos, protocolos, referência-contrarreferência.				
5	Estabelecer pactuações para ações intersetoriais				

2. DIMENSÃO ORGANIZACIONAL

SUBDIMENSÕES					
1	Equipes de Reposta Rápida				
2	Agendas de profissionais organizadas para evitar déficit nas escalas				
3	Fluxos e acesso diferenciados (rotina/covid)				
4	Monitoramento de pacientes				
5	Testagem ampliada				
6	Rastreamento de contatos				
7	Medidas não farmacológicas				
8	Notificação compulsória de casos				
9	Cuidado a grupos prioritários				
10	Adotar medidas de proteção à vida				
11	Informação e comunicação adequadas e oportunas				

3. DIMENSÃO APRENDIZADO DE PRÁTICAS

SUBDIMENSÕES					
1	Vigilância do território				
2	Busca ativa de caso				
3	Tele orientação				
	Tele monitoramento				

4					
5	Registro/controlado do número de casos				
6	Notificações semanais				
7	Testagem dos sintomáticos				
8	Avaliação de contactantes				
9	Monitoramento de pacientes atendidos pela ERR				
10	Identificação de sinais de alarme;				
11	Encaminhamentos aos serviços de emergência;				
12	Capacitações rápidas – grupo específicos de profissionais				

CASO TENHA SUGESTÃO(ÕES), COLOQUE-A (S) ABAIXO POR DIMENSÕES E SUBDIMENSÕES:

1. DIMENSÃO POLÍTICO GERENCIAL

SUBDIMENSÕES	
1	
2	
3	
4	
5	

2. DIMENSÃO ORGANIZACIONAL

SUBDIMENSÕES	
1	

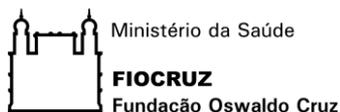
2	
3	
4	
5	

3. DIMENSÃO APRENDIZADO DE PRÁTICAS

SUBDIMENSÕES	
1	
2	
3	
4	
5	

AGRADECEMOS A SUA PARTICIPAÇÃO!

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Pesquisa: Avaliabilidade do Plano de Ação para Enfrentamento da Pandemia de Covid-19 no Município do Rio de Janeiro.

Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **Avaliabilidade do Plano de Ação para Enfrentamento da Pandemia de Covid-19 no Município do Rio de Janeiro**, desenvolvida por HALINE PEREIRA DE OLIVEIRA, discente do Mestrado em Saúde da Família do PROFSAUDE - Pólo FIOCRUZ-RJ, sob orientação da Professora Dra. Grácia Maria de Miranda Gondim, docente da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ).

O objetivo central do estudo é: analisar a execução do Plano de Ação do Município do Rio de Janeiro pelas equipes de ESF/ABS no cenário da pandemia da Covid-19.

O convite a sua participação se deve ao fato de você atuar na Estratégia de Saúde da Família. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Serão tomadas as seguintes medidas para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas: Apenas as pesquisadoras do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade, terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades e o material coletado será armazenado em local seguro. A qualquer momento você poderá desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento sem qualquer prejuízo.

A sua participação consistirá em responder perguntas do questionário fechado e questionário semiestruturado (sobre a unidade de saúde e o atendimento aos usuários na pandemia do COVID-19), à pesquisadora do projeto, que estará disponível, caso aceite este termo. Este preenchimento leva cerca de 20 minutos. Também teremos entrevistas realizadas pelo aplicativo Meet Celular ou Google Meet em função da pandemia, orientada por questões norteadoras. As datas e horários serão previamente combinados entre pesquisador e participante. O tempo necessário à realização da entrevista é variável e você poderá informar ao pesquisador que gostaria de encerrá-la a qualquer momento. Estima-se, no entanto, que a duração seja de aproximadamente 30 minutos. O participante terá o direito de conhecer os instrumentos antes da entrevista. Esta entrevista será registrada (gravação) e posteriormente transcrita. Caso seja do seu interesse, a transcrição poderá ser submetida à sua leitura prévia, para aprovação dos conteúdos. E ao término será encaminhado para o e-mail que você informar. Se houver algum dano, decorrente da pesquisa, você terá direito a buscar indenização, por meio das vias judiciais. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resoluções do CNS nº 466/12 e nº 510/16 e, com o fim deste prazo, será descartado.

Toda pesquisa com seres humanos possui riscos em tipos e gradações variadas, neste caso identificamos possibilidade de haver constrangimento, desconforto, e risco de identificação indireta devido ao número restrito de participantes. Para minimizar os riscos, a pesquisadora se compromete a utilizar os depoimentos exclusivamente para os fins descritos no projeto, deixando o participante à vontade para não responder a qualquer pergunta, interromper ou mesmo desistir de participar da pesquisa a qualquer tempo. Os arquivos de gravação e transcrição serão armazenados em local seguro e de uso exclusivo do pesquisador responsável.

Em caso de qualquer dúvida sobre a pesquisa ou sobre o questionário apresentado a seguir, o participante poderá entrar em contato por telefone ou whatsapp. 981309526.

O pesquisador se compromete a discutir os resultados da pesquisa com os participantes por meio de oficinas e também os apresentar aos gestores da SMS-RJ. Uma síntese dos resultados também será encaminhada por meio eletrônico aos entrevistados da pesquisa após sua conclusão.

A princípio sua participação poderá não trazer qualquer benefício direto a Sr(a), mas poderá contribuir para a construção e preservação de uma memória coletiva, registrando a sua percepção sobre o enfrentamento da pandemia de COVID-19, trazendo uma perspectiva

singular sobre este contexto tão marcante para a sociedade. Além disso, seu relato contribui para registrar a ação de instâncias responsáveis pela implementação de políticas de saúde no município do Rio de Janeiro.

As informações fornecidas e coletadas pelas pesquisadoras serão conhecidas e analisadas apenas pelas pesquisadoras responsáveis, dando origem a uma dissertação de mestrado profissional, artigos e publicações científicas, onde poderão constar transcrições de partes ou todo da entrevista e relatos das observações. Estas produções acadêmicas serão publicadas e divulgadas por meio impresso e/ou digital.

Participar dessa pesquisa não implicará em nenhum custo financeiro para a Sr(a), e, como participante, a Sr(a) também não receberá qualquer valor em dinheiro como compensação pela participação.

Este documento será emitido em duas vias e o(a) Sr(a) receberá, no ato da entrevista uma via deste termo. É importante que a mantenha sob sua guarda, pois este documento, além de prestar todos os esclarecimentos necessários sobre os procedimentos da pesquisa, é a garantia de proteção ao participante e estabelece o compromisso do pesquisador com o respeito e a ética no desenvolvimento de seu trabalho.

Os Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) são colegiados independentes, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Consta, ao final do documento, o telefone e o endereço da pesquisadora responsável, bem como o contato do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da EPSJV. Caso seja necessário, a Sr(a) poderá entrar em contato para tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Comitê de Ética em Pesquisa /ENSP: Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Comitê de Ética em Pesquisa Secretaria Municipal de Saúde.

Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401.Centro, RJ.CEP: 20031-040
Tel; 2215-1485 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br ou cepsmsrj@yahoo.com.br

Contato com as pesquisadoras responsáveis:

Pesquisadora: Haline Pereira de Oliveira - Mestranda em Saúde da Família
PROFSAÚDE /FIOCRUZ

Telefone para contato: (21) 964176145 /E-mail: halinejf@gmail.com

Orientadora: Dr^a. Grácia Maria de Miranda Gondim

ENSP/FIOCRUZ

Telefone para contato: (21) 98144-6755 / E-mail: garcia28gondim54@gmail.com

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação e

Sim, concordo em participar.

Não concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2021

Assinatura do Participante

APÊNDICE E - Termo de Anuência Institucional**TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL**

Declaro estar de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado **“Avaliabilidade do Plano de Ação para Enfrentamento da Pandemia de Covid-19 no Município do Rio de Janeiro”**, sob responsabilidade da pesquisadora Haline Pereira de Oliveira, mestranda em saúde da família do PROFSAÚDE da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca ENSP/FIOCRUZ, sob orientação da Prof^a Dra. Gracia Maria de Miranda Gondim. Assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo do apoio necessário para a garantia de tal segurança e bem-estar. Esta pesquisa terá como campo a Área Programática 3.2 e as atividades desenvolvidas serão: revisão dos documentos do painel de monitoramento, entrevistas a Equipe de Resposta Rápida e Equipe de Apoio COVID que atuam na Atenção Primária à Saúde, da referida área.

Esta instituição está ciente de sua coparticipação no presente projeto de pesquisa.

Rio de Janeiro, 16 de novembro de 2021.

Rubrica

Assinatura e carimbo do responsável institucional

Rubrica

Pesquisador responsável (Haline Pereira de Oliveira)

APÊNDICE F – Autorização do Comitê de Ética e Pesquisa



Autorização de realização e assunção da corresponsabilidade

Instituição Coparticipante: Secretaria Municipal de Saúde –Rio Janeiro

Declaro ter lido e concordar com o parecer ético nº_____, emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (CEP/ENSP), conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do projeto de pesquisa intitulado “**Avaliabilidade do Plano de Ação para Enfrentamento da Pandemia de Covid-19 no Município do Rio de Janeiro**”_sob responsabilidade de Haline Pereira de Oliveira e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Assinatura e carimbo do responsável institucional*

APÊNDICE G – Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)**Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)**

Eu, Haline Pereira de Oliveira no intuito de realizar pesquisa científica em unidade(s) de ensino e/ou do sistema de saúde no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, com projeto de pesquisa intitulado “Avaliabilidade do Plano de Ação para Enfrentamento da Pandemia de Covid-19 no Município do Rio de Janeiro” e tendo como orientadora a Professora Dra. Grácia Maria de Miranda Gondim, declaro que: (i) Assumo compromisso com a utilização criteriosa, e restrita aos objetivos da pesquisa acima referida, de todos os dados contidos no Painel de Monitoramento COVID- 19 da CAP 3.2; (ii) Os dados somente serão acessados após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP; (iii) Os dados coletados se destinarão à dar suporte aos objetivos da pesquisa: analisar a execução do Plano de Ação do Município do Rio de Janeiro pelas equipes de ESF/ABS no cenário da pandemia da Covid-19. Também me comprometo a manter total discrição e confidencialidade dos dados coletados nos arquivos do referido painel, bem como com a privacidade de seus conteúdos.

Esclareço que os dados a serem coletados se referem ao acompanhamento do Boletim Epidemiológico de COVID-19 da área programática 3.2 no período de 01/01/2020 a 31/03/2021.

Declaro ser de minha inteira responsabilidade cuidar da integridade das informações e dados acessados e/ou coletados, garantindo, por todos os meios, a confidencialidade desses dados, bem como a privacidade dos indivíduos que terão suas informações disponibilizadas. Da mesma forma, me comprometo a não transferir os dados coletados, ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, à pessoa não envolvida na equipe da pesquisa.

Os compromissos ora assumidos são extensivos aos cuidados no manuseio, na guarda, na utilização e no descarte das informações acessadas e/ou coletadas, sendo reiterada a finalidade de seu uso unicamente para cumprimento dos objetivos indicados na pesquisa mencionada acima.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____ .

Assinatura do pesquisador responsável