



# “A POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA NOS MUNICÍPIOS PAULISTAS”

Relatório Final de Pesquisa

ISBN: 978-65-00-91981-3



2023

**Instituto de Saúde – SES/SP**

**Relatório Final de Pesquisa:**

**“A política de Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia nos municípios paulistas”**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Monica Martins de Oliveira Viana', with a circled 'M' at the end of the signature.

**Coordenadora: Monica Martins de Oliveira Viana**  
**Coordenadora suplente: Mariana Tarricone Garcia**

**Número de referência: CAF nº015/2021**  
**SES-EXP-2021/25311**

**2023**

**Instituição Executora:** Instituto de Saúde - SES/SP

**Coordenadora:** Mônica Martins de Oliveira Viana

**Equipe de pesquisa:**

Arnaldo Sala – SES/SP – Atenção Básica

Fabiana Santos Lucena – Instituto de Saúde – SES/SP

Claudia Malinverni - Instituto de Saúde – SES/SP

Lígia Schiavon Duarte - Instituto de Saúde – SES/SP

Maria Izabel Sanches Costa - Instituto de Saúde – SES/SP

Maria Mercedes Loureiro Escuder - Instituto de Saúde – SES/SP

Mariana Tarricone Garcia - Instituto de Saúde – SES/SP

Maritsa Carla de Bortoli - - Instituto de Saúde – SES/SP

Michelle Fernandez – Universidade de Brasília (UnB)

Nayara Begalli Scalco Vieira - Instituto de Saúde – SES/SP

Sonia Izoyama Venancio- Instituto de Saúde – SES/SP

Tereza Etsuko da Costa Rosa - Instituto de Saúde – SES/SP

**Apoio técnico:**

Miriam Vaz Ferreira Neves

Luzia Aparecida de Albuquerque Dantas

**Instituições parceiras:**

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SESSP) – Área Técnica de Atenção Básica  
– Coordenadoria de Regiões de Saúde.

Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMSSP)

**Órgão financiador**

Fundo Especial de Saúde para Imunização em Massa e Controle de Doenças – FESIMA

## FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca do Instituto de Saúde - IS

I59r Instituto de Saúde  
Relatório final da pesquisa: a política de Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia nos municípios paulistas / coordenação: Mônica Martins de Oliveira Viana – São Paulo: Instituto de Saúde, 2023.  
123 p.: il. color.  
Vários autores.  
  
ISBN: 978-65-00-91981-3  
  
1. Atenção primária à saúde 2. SUS 3. Gestão em saúde 4. Covid-19 I. Viana, Mônica Martins de Oliveira  
  
CDD 362.1

Bibliotecária Tania Izabel de Andrade CRB/8 7241



## RESUMO

O objetivo do estudo foi analisar a gestão para a organização da Atenção Primária à Saúde (APS) nos municípios do estado de São Paulo sobre a continuidade do cuidado e as ações no território, no contexto da pandemia de covid-19. Trata-se de uma pesquisa quantiquantitativa, com duas etapas sequenciais. A primeira etapa, quantitativa, consistiu na realização de entrevista por meio de ligação telefônica e/ou videochamada com uma amostra probabilística de 253 municípios, a fim de caracterizar a estrutura e organização da APS no contexto da pandemia. A partir da análise dos dados quantitativos foram selecionados seis municípios para participar da segunda etapa, qualitativa, que consistiu em estudos de caso, com realização de análise documental e entrevistas semiestruturadas presenciais com gestores e profissionais de unidades da APS, totalizando 37 entrevistas. Os dados produzidos na etapa qualitativa foram submetidos à Análise Temática para identificar e analisar barreiras e facilitadores da continuidade do cuidado e das ações no território. Também foram analisados o papel dos Agentes Comunitários de Saúde no enfrentamento à pandemia e as características dos repasses financeiros para enfrentamento. Para avaliação do cenário prévio às mudanças na estrutura da APS e à pandemia, foi conduzida análise dos resultados do Sistema de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica (QualiAB) 2017 de acordo com arranjo de tipologia de serviços dos municípios. Uma revisão de escopo rápida identificou e mapeou sistematicamente evidências sobre as estratégias desenvolvidas na APS durante a pandemia de covid-19 no Brasil. Como resultado, apresenta-se um panorama sobre a APS e ESF no estado de São Paulo e as principais estratégias municipais na formulação de diretrizes para o fortalecimento da APS no contexto da pandemia de covid-19, sobretudo na atuação no território e na continuidade do cuidado segundo porte populacional. Para restituição dos resultados, foi conduzido um plano de tradução do conhecimento, com publicação de número específico em revista científica, elaboração e divulgação de 3 infográficos e de 1 sumário executivo para disseminar os resultados de maneira prática aos gestores; e participação em eventos científicos.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; SUS; Gestão de Serviços de Saúde.

## Lista de Siglas

**ACS** – Agentes Comunitários de Saúde

**APS** – Atenção Primária à Saúde

**BNR** – burocratas de nível de rua

**CIR** – Comissão Intergestores Regional

**COSEMSSP** – Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo

**covid-19** – doença provocada pelo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-Cov-2). Do acrônimo inglês COVID (de *coronavirus disease*), o termo faz ainda referência ao ano em que a doença foi pela primeira vez identificada (2019).

**CT** – Câmaras Técnicas

**DRS** – Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo

**EP** – Emendas Parlamentares

**e-Gestor AB** – Sistema de informação e gestão da Atenção Básica

**EPI** – Equipamento de Proteção Individual

**EqSF** – Equipe de Saúde da Família

**ESF** – Estratégia Saúde da Família

**FESIMA** – Fundo Especial de Saúde para Imunização em Massa e Controle de Doenças

**QualiAB** – Sistema de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica

**IPRS** – Índice Paulista de Responsabilidade Social

**MS** – Ministério da Saúde

**NASF** – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

**PACS** – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

**PNAB** – Política Nacional de Atenção Básica

**SAMU** – Serviço de Atendimento Médico de Urgência

**SESSP** – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UAPS** – Unidade de Atenção aos Programas de Saúde

**UBS** – Unidade Básica de Saúde

**UPA** – Unidades de Pronto Atendimento

**USF** – Unidade de Saúde da Família

## Lista de ilustrações

Tabela 1: Distribuição dos municípios paulistas por categorias de IPRS 2018, segundo categorias agrupadas de porte populacional. São Paulo, 2020.....	20
Tabela 2: Distribuição dos municípios paulistas por categorias de cobertura de Atenção Básica, segundo categorias agrupadas de porte populacional. São Paulo, 2020.....	20
Tabela 3: Distribuição dos municípios paulistas por categorias de modelo de Atenção Básica, segundo categorias agrupadas de porte populacional. São Paulo, 2020.....	21
Figura 1: Seleção de municípios caso, segundo estrutura ESF, cuidado ampliado APS e porte populacional, para realização da etapa qualitativa. São Paulo, 2022.....	28
Quadro 1: Organização da etapa de trabalho de campo com os representantes dos municípios participantes para etapa qualitativa de estudo de caso. São Paulo, 2022.	29
Figura 2: Distribuição geográfica dos municípios caso participantes da etapa de trabalho de campo qualitativo. São Paulo, 2022.....	30
Quadro 2: Seleção de estudos para revisão de escopo rápida das estratégias empregadas na APS durante a pandemia de covid-19 no Brasil, 2022.....	35
Quadro 3: Ajustes na classificação do arranjo organizativo da APS dos serviços participantes nos municípios paulistas.....	37
Tabela 4: Distribuição dos serviços participantes do QualiAB 2017 segundo tipo de arranjo nos municípios paulistas. São Paulo, 2017.....	38
Quadro 4: Tipologia dos municípios segundo os tipos de serviços por arranjo organizativo da APS.....	39
Tabela 5: Distribuições de municípios participantes do QualiAB 2017 segundo tipologia de arranjo organizativo. São Paulo, 2017.....	39
Tabela 6: Distribuição de municípios por faixa populacional segundo tipos de arranjo organizativo da APS. São Paulo, 2017.....	41
Tabela 7: Distribuição dos tipos de unidades de APS dos municípios do Estado de São Paulo segundo porte populacional. Estado de São Paulo, 2022.....	43
Tabela 8: Distribuição dos tipos serviços oferecidos pela APS dos municípios do Estado de São Paulo segundo porte populacional. Estado de São Paulo, 2022.....	45
Tabela 9: Distribuição das ações de enfrentamento à pandemia desenvolvidas entre 2020/2021 nos municípios do Estado de São Paulo segundo porte populacional. Estado de São Paulo, 2022.....	48
Tabela 10: Distribuição das ações ampliadas no enfrentamento à pandemia desenvolvidas entre 2020/2021 nos municípios do Estado de São Paulo segundo porte populacional. Estado de São Paulo, 2022.....	50
Figura 3: Continuidade de ações de cuidado na APS entre 2020/2021 nos municípios do Estado de São Paulo segundo porte populacional. Estado de São Paulo, 2022.....	52
Figura 4: Descontinuidade de ações de cuidado na APS entre 2020/2021 nos municípios do Estado de São Paulo segundo porte populacional. Estado de São Paulo, 2022.....	53
Quadro 5: Barreiras e facilitadores à implementação de estratégias e ações da APS no Brasil, segundo nível de análise. 2022.....	63

## Sumário

APRESENTAÇÃO.....	10
INTRODUÇÃO.....	11
JUSTIFICATIVA.....	15
OBJETIVOS.....	16
Objetivo geral.....	16
Objetivos específicos.....	16
METODOLOGIA.....	16
Sessão 1: Caracterização da estrutura e organização da APS nos municípios paulistas no contexto da pandemia de covid-19 – inquérito estadual.....	17
<b>Elaboração do formulário digital.....</b>	<b>18</b>
<b>Critério para estratificação da amostra segundo porte populacional.....</b>	<b>19</b>
<b>Trabalho de campo para aplicação do questionário de maneira remota.....</b>	<b>21</b>
<b>Análise dos dados segundo porte populacional e modelo de APS.....</b>	<b>25</b>
Sessão 2: Análise dos municípios selecionados – estudos de caso.....	25
<b>Definição dos municípios caso.....</b>	<b>26</b>
<b>Trabalho de campo presencial para realização das entrevistas nos municípios caso.....</b>	<b>29</b>
<b>Recortes analíticos da continuidade do cuidado e as ações no território durante a pandemia de covid-19.....</b>	<b>31</b>
Sessão 3: Municípios do QualiAB 2017, segundo tipologia de serviços de APS.....	33
Sessão 4: Estratégias desenvolvidas na APS durante a pandemia de covid-19 no Brasil – Revisão de escopo rápida.....	33
Aspectos éticos.....	36
RESULTADOS.....	36
Arranjo segundo tipologia de serviços APS dos municípios paulistas participantes do QualiAB 2017 – Caracterização da estrutura prévia à pandemia.....	36

Organização durante a pandemia (2020 – 2021): Caracterização, segundo porte populacional, da gestão e organização da APS no Estado de São Paulo no contexto pandêmico .....	42
Barreiras e facilitadores da continuidade do cuidado e ações no território durante a pandemia de covid-19 .....	56
Papel dos ACS no enfrentamento à pandemia de covid-19: estudo de caso qualitativo do município de Peruíbe.....	57
Percepção dos gestores municipais paulistas sobre os repasses financeiros e seus usos para o enfrentamento da covid-19 .....	58
Estratégias desenvolvidas na APS durante a pandemia de covid-19 no Brasil – Revisão de escopo rápida.....	60
Plano de Tradução do Conhecimento .....	63
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	66
REFERÊNCIAS .....	71
ANEXO A: Versão eletrônica do questionário para gestores.....	79
ANEXO B – Ranking de municípios para seleção da etapa qualitativa .....	99
ANEXO C – Certificado de participação da pesquisadora Ligia Schiavon no 13º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva .....	104
ANEXO D – Certificado de participação da pesquisadora Ligia Schiavon na oficina pré-congresso realizada durante o 13º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva.....	105
ANEXO E – Certificado de Apresentação de trabalho científico, pela equipe de pesquisadoras, no 13º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva.....	106
ANEXO F – Infográfico nº1: Ações para o enfrentamento da pandemia.....	107
ANEXO G – Infográfico nº 2: Continuidade do cuidado durante a pandemia .....	109
ANEXO H – Infográfico nº3: Estratégias de gestão da APS.....	111
ANEXO I – Sumário Executivo .....	113

## APRESENTAÇÃO

O Estado de São Paulo foi o epicentro da pandemia de covid-19 no Brasil. Devido, também, à característica diversa dos municípios em relação à organização da Atenção Primária à Saúde, foi considerada promissora a avaliação da continuidade do cuidado no contexto pandêmico.

A pesquisa “A política de Atenção Primária à Saúde com Estratégia Saúde da Família no contexto da pandemia nos municípios paulistas” teve como principal objetivo apresentar um panorama sobre APS/ESF, no que se refere à continuidade do cuidado e às ações no território, no contexto da pandemia de covid-19, identificando barreiras e facilitadores na implementação de propostas e descrevendo os processos de trabalho associados à continuidade do cuidado, indicando possíveis aprendizados e caminhos para enfrentamento de situações desafiadoras futuras.

Para identificação do panorama geral do modelo de assistência paulista associado à avaliação em profundidade das experiências exitosas no enfrentamento à pandemia de covid-19, esta pesquisa foi estruturada com base nos métodos mistos associando avaliação quantitativa e qualitativa de maneira complementar.

Este relatório apresenta a estruturação da pesquisa e os resultados da análise de dados quantitativa e qualitativa. Soma-se à apresentação dos dados de campo, abordagem complementar que caracteriza os municípios paulistas segundo tipologia de serviços de APS em período prévio à pandemia. Por último é apresentada avaliação sistemática das evidências sobre as estratégias desenvolvidas na APS durante a pandemia de covid-19 no Brasil.

Como restituição dos resultados à comunidade, em consonância com o plano de tradução do conhecimento, foram elaboradas uma série de artigos científicos para publicação em edição temática, apresentação de trabalhos acadêmicos em eventos científicos externos e da comunidade de práticas de Saúde Coletiva. Além disso, foram publicados 3 infográficos para disseminação dos achados de pesquisa de maneira prática e eficaz entre gestores e profissionais da atuação na APS.

Boa leitura!

## INTRODUÇÃO

A presente pesquisa tem como objeto a organização da Atenção Primária à Saúde (APS), seja nos moldes da Estratégia Saúde da Família (ESF) ou das unidades tradicionais, no contexto da pandemia ocasionada pelo advento do novo coronavírus (SARS-Cov-2). A covid-19, como foi denominada a doença infecciosa causada pelo mencionado vírus, foi reportado em 2019, em Wuhan, na China e tem demandado adaptações e mudanças dos sistemas de saúde a fim de garantir o cuidado e a proteção da saúde das populações.

No caso do Brasil, no Sistema Único de Saúde (SUS), a resposta ao novo coronavírus apresentou inicialmente centralização de investimentos na atenção hospitalar, incluindo construção de hospitais de campanha visando ao tratamento intensivo para casos graves; na aquisição de equipamentos de proteção individual para equipes de saúde e de insumos para testagem de sintomáticos<sup>1</sup>. As ações de vigilância epidemiológica também ganharam destaque, porém como componente separado da APS, que ficou encarregada apenas de prestar apoio mediante identificação de casos suspeitos e encaminhamento de pacientes com sintomas de síndrome respiratória a outro ponto de atenção da rede (Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou Hospitais) para testagem<sup>2</sup>.

As publicações do Ministério da Saúde (MS) voltadas para a APS, tais como protocolos de manejo clínico na APS e de reorientação do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)<sup>2,3</sup> enfatizam a triagem (fast tracking) com classificação de risco e o monitoramento de casos que estão em isolamento domiciliar. No que tange às ações no território e de prevenção comunitária, trazem recomendações genéricas consideradas contraditórias por LOTTA et al.<sup>4</sup> e apontadas como indicativos de subutilização da APS por Souza et al.<sup>1</sup>.

Não obstante, a APS figura como um ponto essencial de estruturação da rede no enfrentamento do novo coronavírus. 80% dos casos de covid-19, que apresenta sintomas leves, pode ser manejado neste nível de Atenção e é esperado que o primeiro contato de busca por cuidado se dê em Unidades de Atenção Básica devido sua capilaridade geográfica. Além disso, seu vínculo com a comunidade e seu conhecimento do território destacam-se como pontos estratégicos nas ações de vigilância, comunicação, prevenção

de contaminação e identificação de grupos de pessoas vulneráveis. Apresenta papel fundamental na divulgação das medidas de prevenção, na identificação precoce de casos suspeitos, no monitoramento de grupos em situação de vulnerabilidade, no combate a “fake news” e no apoio às famílias e usuários para adoção das medidas de prevenção e de isolamento/distanciamento social<sup>5,6,7</sup>. Portanto, planos robustos de enfrentamento ao novo coronavírus requerem a inclusão e o fortalecimento da APS e suas ações comunitárias<sup>8,9</sup>.

Autores como Maierovitch e Vasquez<sup>10</sup>, Lotta et al.<sup>4</sup> e Sarti et al.<sup>8</sup> lembram que durante outras epidemias, tais como, dengue, febre amarela e zika vírus, a APS desempenhou papel fundamental no controle e tratamento, com especial destaque para a atuação dos ACS e sua proximidade com o território.

A relevância da atuação da APS está relacionada ao manejo clínico da covid-19, ao enfrentamento ao novo coronavírus, com propagação de medidas de redução de contaminações, mas também ao cuidado integral à saúde da população em geral no contexto da pandemia. Tal cuidado refere-se a ações de mapeamento e intervenções intersetoriais voltadas a questões sociais e de saúde mental, além da continuidade do cuidado aos grupos prioritários (gestantes, bebês e idosos) e aos portadores de doenças crônicas<sup>1,5,6,8,11,12,13</sup>.

A experiência relatada por Aguilar-guerra e Reed<sup>14</sup> mostrou potência e efetividade das ações da APS nessas diferentes esferas do enfrentamento da covid-19 em Cuba. No contexto do SUS, especialistas apontam que uma APS forte e atuante reduz a agudização de diversos quadros, resultando em menor número de internações e gastos com tratamento de alta complexidade<sup>5,6</sup>.

Uma APS forte, segundo Daumas et al.<sup>6</sup> e Vitória e Campos<sup>5</sup>, relaciona-se com o que Giovanella e Mendonça<sup>15</sup> e Giovanella et al.<sup>16</sup> denominam como APS abrangente ou integral. A APS integral, que se opõe à APS seletiva, caracteriza-se por estar intimamente integrada ao sistema de saúde universal e a uma rede de atenção à saúde. É pautada pelos atributos de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado em rede, orientação para a comunidade, centralidade na família e competência cultural. Coincide com o que foi proposto para as ações da ESF e reforçado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2011<sup>17</sup>.

A propósito, a literatura é considerável em mostrar indicativos das vantagens da ESF sobre a tradicional em relação a ações de cuidado integral<sup>18</sup>, ao desempenho de médicos na prevenção de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT)<sup>19</sup>, à capacidade



de diminuir iniquidades sociais em população de idosos<sup>20</sup>, à capacidade de fortalecer a promoção da saúde<sup>21</sup> e em relação à quantidade de ações educativas ofertadas para usuários idosos<sup>19,22</sup>.

Dentro da ESF, merecem destaque as ações dos ACS, a proximidade com o território, a adscrição da clientela, a abordagem comunitária com as ações de vigilância sanitária, de educação em saúde e de articulação intersetorial. Além de sensíveis para caracterizar o trabalho das equipes de ESF em relação ao das Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais, esse tipo de abordagem tem sido apontado como importantes diferenciais no combate à covid-19 e no seguimento do cuidado integral da população durante a pandemia<sup>4,5,6,7,9,12,13,14</sup>.

Entretanto, apesar da ampla disseminação das diretrizes básicas da PNAB, tais como territorialização com adscrição de clientela; organização do trabalho a partir do perfil epidemiológico da população; acolhimento e garantia de atendimento à demanda espontânea, o desempenho do papel da APS como ordenadora do sistema e do cuidado depende da superação de diversos obstáculos. Igualmente, a atenção à saúde integral e de qualidade depende da organização intencional de diferentes estratégias adotadas na APS, para sua atuação como porta de entrada preferencial do sistema, ordenadora da Rede de Atenção à Saúde e coordenadora do cuidado<sup>23</sup>.

Vale destacar que no estado de São Paulo, de acordo com o e-Gestor Atenção Básica (e-Gestor AB)<sup>1</sup>, junho de 2020, e com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), junho de 2020, existem cerca de 4.841 unidades de saúde de Atenção Básica, com cobertura populacional de aproximadamente 60,73%. Dessas unidades, a ESF representa uma cobertura de 38,1%, o que significa que mais de um terço da APS no estado é dada por esse tipo de arranjo tecnológico. As demais unidades são caracterizadas, do ponto de vista organizativo, como Atenção Básica “tradicional” e Atenção Básica “tradicional” com Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Esse panorama de diversidade na organização da APS no estado de São Paulo, semelhante no território nacional, dá indicações de que a ESF não se desenvolveu de forma única em todas as localidades. Os modos de organização da APS dependem da discussão e da prática acumulada pelos municípios; deliberados por diferentes interesses, por capacidade de financiamento e gestão e por concepções distintas em

---

<sup>1</sup> Ver em: <https://egestorab.saude.gov.br/>. Acesso em: 05 set. 2020.

relação aos modelos assistenciais nesse nível de atenção à saúde<sup>23</sup>. Nesse sentido, a investigação avaliativa é essencial para estabelecer a capacidade de resposta desses serviços às necessidades de saúde da população.

Além disso, mudanças recentes e anteriores à pandemia, relacionadas a políticas de austeridade, seguem na contramão dessa proposta e apontam para o enfraquecimento da APS integral, como as indicadas na conferência de Astana<sup>16</sup>, e para a retração de incentivos ao modelo da ESF, conforme definido na PNAB 2017<sup>24,25</sup> e pelo novo financiamento somente para a população cadastrada (Programa Previne Brasil de 2019<sup>26</sup>), que tendem a fragilizar os princípios da universalidade e da integralidade.

Esse contexto, somado a generalidade e as lacunas do MS em relação à abordagem comunitária, ao trabalho dos ACS e à premência da continuidade do cuidado no início da pandemia, desenharam um panorama desafiador para a continuidade e fortalecimento de um sistema de saúde resolutivo e universal. Não está claro se o atual cenário tende a promover ainda mais o enfraquecimento e a desconstrução das ações previstas pela ESF ou, ao contrário, o fortalecimento das ações frente às novas necessidades de saúde impostas pela pandemia, motivando inovações.

No estado de São Paulo, duração da pandemia, com possibilidade de seu prolongamento pelos próximos meses, bem como a interiorização do vírus, com elevação no número de casos e de óbitos em diferentes regiões, levou a Secretaria de Estado da Saúde (SESSP), em parceria com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMSSP), a rever as orientações para a APS e suas Unidades.

No documento, publicado em julho de 2020, são ressaltadas as orientações para o manejo de múltiplas demandas decorrentes dos diferentes momentos de transmissão e contágio em que cada município se situa, além da continuidade do cuidado nos territórios, especialmente para os grupos prioritários e usuários com doenças crônicas<sup>13</sup>, revelando a retomada de estímulos para o modelo da ESF e de uma APS integral.

As iniciativas de descrição e captação das experiências locais exitosas no estado de São Paulo, que sinalizam o empenho dos municípios em oferecer resposta aos desafios da pandemia, reforçam a perspectiva de um possível fortalecimento do modelo da ESF. Segundo o Portal da Inovação na Gestão do SUS, ferramenta de gestão do conhecimento desenvolvida em parceria entre a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) e o MS, que reúne relatos provenientes dos serviços de APS em todos os estados brasileiros, São Paulo registrou

419 relatos, vindos de 30 municípios<sup>2</sup>. Tais esforços merecem análise acerca de seu contexto de aplicação e de sua implementação. Logo, torna-se útil investigar a organização da APS durante esta pandemia no que concerne à manutenção desses atributos relacionados à APS integral e à ESF, tais como trabalho multidisciplinar, ações no território e em domicílio, ações comunitárias e de cuidado longitudinal e integral aos usuários com doenças crônicas, que haviam perdido destaque nas proposições das políticas públicas de saúde e que voltaram a ser discutidas, ao mesmo tempo em que passaram a requerer inovações e adaptações, frente à recomendação de distanciamento social.

## **JUSTIFICATIVA**

O Estado de São Paulo foi o epicentro da pandemia de covid-19 no Brasil. Somado a esse fator, a característica heterogênea da conformação dos municípios, quais sejam de porte populacional ou de modelo de APS, consolidaram o estado como promissor da avaliação do enfrentamento à pandemia de covid-19 pela APS.

A pesquisa pretendeu conhecer as estratégias empregadas pelos municípios para as UBS durante a pandemia, especialmente no que se refere à coordenação e integração do cuidado com as demais ações de enfrentamento ao coronavírus. Pretende ainda contribuir com a gestão local no enfrentamento de outras epidemias e agravos que demandem respostas conectadas com a atuação próxima ao território e comunidade, com o fortalecimento da APS, oferecendo propostas para a formulação de respostas rápidas em cenário de crise sanitária.

Contou com a parceria COSEMSSP e SESSP – Área Técnica de Atenção Básica – Coordenadoria de Regiões de Saúde. De posse dos resultados, espera-se também que sejam criados cursos de capacitação (CURSUS) e documentos técnicos estaduais voltados para a APS.

---

<sup>2</sup> Ver em: <https://sisaps.saude.gov.br/eventos/apsforte/relatos#verrelatosx>

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo geral**

Analisar a organização da Atenção Primária à Saúde (APS) nos municípios do Estado de São Paulo, no que se refere à continuidade do cuidado e às ações no território, no contexto da pandemia de covid-19.

### **Objetivos específicos**

- I. Caracterizar as adequações realizadas na estrutura e organização da Atenção Básica no contexto da pandemia.
- II. Identificar estratégias empregadas para o desenvolvimento de ações no território voltadas para vigilância no enfrentamento da covid-19.
- III. Caracterizar o processo de trabalho para garantir a continuidade do cuidado integral de grupos prioritários e usuários com doenças crônicas durante a pandemia.
- IV. Descrever e analisar as barreiras e facilitadores na implementação de intervenções propostas pelos municípios para o enfrentamento da covid-19.

## **METODOLOGIA**

A execução da pesquisa seguiu o referencial dos métodos mistos de Creswell e Plano Clark<sup>27</sup>, com articulação entre as informações obtidas dos dados quanti e qualitativos para um amplo espectro de análise do objeto de estudo. Para atingir tal complementariedade entre as informações obtidas, empregou-se o desenho exploratório sequencial. De acordo com o proposto nesta modelagem, a produção e análise dos dados quantitativos deve ocorrer inicialmente para caracterização mais ampla do campo e para que sejam identificadas questões potenciais e então subsidiando a seleção de participantes para a etapa qualitativa.

A associação das abordagens possibilitou traçar o panorama de organização da atenção primária, com sistematização das informações do enfrentamento à pandemia, combinando com o estudo em profundidade de dificultadores e facilitadores da manutenção do modelo de atuação da APS durante esse período, para fornecer contribuições à gestão.

A escolha do estado de São Paulo para a pesquisa reside no fato deste ter se configurado epicentro inicial da doença no Brasil e ter observado a interiorização da contaminação pelo novo coronavírus, com aumento de casos e de óbitos em diversas regiões. Em adição, o estado de São Paulo caracteriza-se pela heterogeneidade de municípios em termos de porte populacional e de capacidade instalada no setor saúde, bem como pela diversidade de taxas de cobertura de ESF e da APS, o que configurou um rico e instigante campo de estudo.

O modelo de análise, face à multiplicidade das fontes de informações para obtenção de dados, apreendeu as seguintes técnicas investigativas, que serão apresentadas por meio das seguintes sessões:

- ✓ Análise quantitativa dos dados obtidos via inquérito estadual;
- ✓ Análise qualitativa dos dados qualitativos dos municípios caso selecionados;
- ✓ Análise de dados secundários: caracterização dos municípios paulistas segundo tipologia de serviços com base nos resultados do QualiAB 2017; e
- ✓ Revisão de escopo rápida: estratégias desenvolvidas na APS durante a pandemia de Covid-19 no Brasil.

### **Sessão 1: Caracterização da estrutura e organização da APS nos municípios paulistas no contexto da pandemia de covid-19 – inquérito estadual**

De acordo com o desenho sequencial exploratório, a primeira etapa da pesquisa com produção de informações coletadas em campo contemplou um estudo quantitativo, no formato de inquérito eletrônico, para compor a caracterização da estrutura e organização da APS no contexto da pandemia. Foram investigadas as condições prévias à pandemia, as adequações sofridas e as principais intervenções e estratégias formuladas para o enfrentamento da covid-19. O inquérito também foi empregado para reunir informações acerca da continuidade do cuidado e das ações territoriais no contexto da pandemia, oferecendo subsídios para a seleção de casos a serem investigados na etapa qualitativa.

A população de estudo foi constituída por amostra probabilística dos municípios de São Paulo, considerando dois aspectos: porte populacional e cobertura da ESF. De acordo com Dourado et al.<sup>28</sup>, Aquino et al.<sup>29</sup> e Venâncio et al.<sup>30</sup> maiores coberturas de ESF estão associadas a melhores resultados na proteção da saúde. De outro lado,

segundo Tanaka<sup>31</sup> e Castro et al.<sup>32</sup>, a implantação da ESF e as coberturas alcançadas também se relacionam, em alguma medida, ao porte populacional dos municípios. Dessa forma, foi oportuno considerar um determinado nível mínimo de cobertura da ESF por porte populacional do município com o objetivo de melhor qualificar a gestão local que deveria ser investigada.

## **Elaboração do formulário digital**

O formulário digital desta etapa de inquérito teve como objetivo a caracterização da estrutura e organização da APS no contexto da pandemia nos municípios. Foram identificados a existência e o funcionamento das ferramentas previstas pela PNAB<sup>24</sup>, antes e durante a pandemia, sobretudo aquelas relacionadas às ações no território: visitas domiciliares, vigilância, educação em saúde, territorialização, articulação intersetorial, monitoramento dos assintomáticos e cuidado integral da população. Também foram objeto de investigação as adequações no processo de trabalho da equipe para as ações de cuidado continuado e atenção aos casos suspeitos e leves de covid-19. Deste modo, esperava-se que o questionário possibilitasse a caracterização dos municípios em que a pandemia representou desestruturação, continuidade ou fortalecimento dessas ações.

O questionário composto por 70 questões foi organizado em 7 blocos contendo questões que abordassem (i) modelo de atenção na Atenção Básica; (ii) características gerais da gestão da Atenção Básica do município; (iii) adaptação inicial ao contexto pandêmico; (iv) ações de saúde para a covid-19; (v) continuidade das atividades da Atenção Básica durante 2020-2021; (vi) impressões gerais; e (vii) experiências exitosas na pandemia. A versão preliminar do questionário foi enviada para os parceiros da SESSP e COSEMSSP e as contribuições sugeridas por eles foram acrescentadas ao questionário. A plataforma REDCap<sup>®</sup> foi utilizada para a construção da máscara para a inserção dos dados, otimizando a coleta de dados e minimizando erros de digitação, além de otimizar o tempo da etapa de coleta de dados. A pesquisadora Mariana foi contratada para realizar essa tarefa, cujo resultado pode ser visualizado no link: <https://redcaprt.org/surveys/?s=Y3T7847XN3387NFE> (Anexo A).

Para validação do questionário foi realizado pré-teste com 5 municípios, que atenderam aos critérios de porte populacional e disponibilidade imediata para realização da entrevista. A entrevista piloto foi realizada com o município de Paulínia, a fim de

observar a compreensão das questões e o tempo de aplicação. Devido ao tempo extenso para aplicação do questionário, optou-se pela alteração na metodologia de autopreenchimento para aplicação do questionário por entrevistadores.

Assim, em dezembro de 2021, foram contratados os entrevistadores e realizados o treinamento da equipe para as entrevistas e para o uso da plataforma REDCap®. A realização das entrevistas pilotos aconteceu na segunda quinzena de janeiro de 2022, após pactuar com os parceiros da área técnica da Atenção Básica na SESSP quais seriam os critérios empregados para a seleção dos municípios: porte populacional (um pequeno/dois médios/dois grandes) e de disponibilidade imediata para responder o questionário. Os municípios selecionados para o pré-teste foram: Oscar Bressane, Cordeirópolis, São Pedro, Jacareí e Paulínia.

### **Critério para estratificação da amostra segundo porte populacional**

Dada a diversidade dos municípios no que diz respeito a porte populacional e a modelos de Atenção Básica no Estado de São Paulo, características que tornaram o estudo do Estado de São Paulo oportuno e vantajoso, foi importante a estratificação da amostra para garantir representatividade em cada porte populacional e, dessa forma, analisar as características dos cenários diversos.

Os municípios de grande porte apresentam peculiaridades em relação à gestão e por esse motivo já caracterizaria um estrato com especificidades a serem analisadas. Além disso, devido à menor proporção do contingente de municípios do estado com porte populacional grande não precisaram ser amostrados.

Por outro lado, como há uma concentração muito grande de municípios de portes populacionais menores (<50 mil hab.) no estado, foram realizados testes para definir o critério mais adequado para estratificação dessa parcela da amostra. Os critérios testados foram a distribuição da classificação segundo o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) 2018, as faixas de cobertura da Atenção Básica e o modelo de Atenção Básica.

Os pequenos municípios apresentavam distribuição semelhantes concentrando-se de maneira homogênea segundo os critérios do IPRS 2018 (concentração em 2 das 5 categorias de IPRS – grupos 3 e 4, respectivamente municípios ‘equitativos’ e ‘em transição’) (Tabela 1), bem como da cobertura da Atenção Básica de 2020 (concentração

na cobertura maior do que 50%) (Tabela 2) e não ofereciam a possibilidade de identificar alguma diferenciação e um ponto de corte viável por esses critérios.

Tabela 1: Distribuição dos municípios paulistas por categorias de IPRS 2018, segundo categorias agrupadas de porte populacional. São Paulo, 2020.

Categorias IPRS 2018	<10 mil hab.		10 a 50 mil hab.		>50 mil hab.		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dinâmicos (Grupo 1)	15	6%	33	14%	64	46%	112	17%
Desiguais (Grupo 2)	20	7%	19	8%	36	26%	75	12%
Equitativos (Grupo 3)	110	41%	87	36%	21	15%	218	34%
Em transição (Grupo 4)	95	36%	74	31%	10	7%	179	28%
Vulneráveis (Grupo 5)	27	10%	26	11%	8	6%	61	9%
<b>Total</b>	<b>267</b>	<b>100%</b>	<b>239</b>	<b>100%</b>	<b>139</b>	<b>100%</b>	<b>645</b>	<b>100%</b>

Fonte: IPRS 2018. Elaboração própria

Tabela 2: Distribuição dos municípios paulistas por categorias de cobertura de Atenção Básica, segundo categorias agrupadas de porte populacional. São Paulo, 2020.

Cobertura AB 2020	<10 mil hab.		10 a 50 mil hab.		>50 mil hab.		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
50% e mais	249	93%	206	86%	88	63%	543	84%
25  --50%	13	5%	30	13%	50	36%	93	14%
< 25%	5	2%	3	1%	1	1%	9	1%
<b>Total</b>	<b>267</b>	<b>100%</b>	<b>239</b>	<b>100%</b>	<b>139</b>	<b>100%</b>	<b>645</b>	<b>100%</b>

Fonte: e-GestorAB. Elaboração própria

Por fim o tipo de modelo de Atenção Básica, organizado nas categorias ‘Equipe tradicional de AB’, ‘Equipe de ESF’, ‘Híbrido’ ou ‘Sem equipe’, mostrou diferença de distribuição entre os estratos populacionais. Foi percebida a diferença de distribuição entre os diferentes portes populacionais, a saber, quanto maior o porte do município maior a frequência do modelo de Atenção Básica Híbrido (Tabela 3).



Como o critério de modelo de Atenção Básica possibilitou a diferenciação entre os estratos dos municípios pequenos e médios, foi escolhido como critério para definição dos estratos populacionais.

Tabela 3: Distribuição dos municípios paulistas por categorias de modelo de Atenção Básica, segundo categorias agrupadas de porte populacional. São Paulo, 2020.

Modelo de AB	<10 mil hab.		10 a 50 mil hab.		>50 mil hab.		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Equipe AB	7	3%	16	7%	6	4%	29	4%
Equipe ESF	126	47%	44	18%	5	4%	175	27%
Híbrido	126	47%	178	74%	128	92%	432	67%
Sem Equipe	8	3%	1	0%	0	0%	9	1%
<b>Total</b>	<b>267</b>	<b>100%</b>	<b>239</b>	<b>100%</b>	<b>139</b>	<b>100%</b>	<b>645</b>	<b>100%</b>

Fonte: e-GestorAB. Elaboração própria

A definição dos 3 estratos finais para amostra considerou, então: (i) municípios com 50 mil habitantes e mais (n=139); (ii) municípios entre 10 e 50 mil habitantes (n=239) e (iii) municípios de até 10 mil habitantes (n=267).

No grupo (i) os municípios que atendiam aos critérios estabelecidos, foram incluídos no estudo de forma censitária. Para os grupos (ii) e (iii), foi calculada uma amostra probabilística, utilizando-se como parâmetro uma prevalência de 50% do evento a ser estudado, erro máximo aceito de  $\pm 0,07$  e nível de significância de 0,05, totalizando a projeção de participação de 132 municípios, com ajuste para população finita.

### **Trabalho de campo para aplicação do questionário de maneira remota**

A preparação para a etapa de campo da pesquisa iniciou em dezembro de 2021, com a contratação de profissional com experiência em gerenciamento de pesquisa de campo, que desempenhou a tarefa de treinar as entrevistadoras e implementar a estratégia de aplicação do questionário nos municípios do estado. A etapa de realização das entrevistas ocorreu no período de fevereiro a junho de 2022.

Foi escolhido como método de preenchimento do questionário a aplicação de entrevistas, com apoio de formulário eletrônico, para os 253 municípios pertencentes à amostra. Contudo, para obter adesão satisfatória, foi realizado um trabalho de aproximação e sensibilização dos representantes dos municípios para a importância da participação na pesquisa.

Foram realizadas reuniões com todos os diretores dos Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo (DRS) e com os apoiadores do COSEMSSP, além de participação nas reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR) de 46 regiões. Essas ações possibilitaram a sensibilização dos gestores para a participação na pesquisa e na operacionalização dos contatos necessários para agendamento e realização da coleta de dados por meio da realização da entrevista.

O detalhamento do trabalho de campo seguiu conforme as etapas abaixo descritas, qual sejam de formação de equipe e contato com os municípios:

#### Etapa 1 - formação de equipe:

1.1 Em dezembro de 2021 - Seleção e formação da equipe de entrevistadoras;

1.2 Elaboração do material necessário a orientação a atuação junto aos entrevistados, sendo elaborado o manual/glossário. O manual foi baseado no questionário e dividido em 7 blocos, conforme a divisão de blocos constante no questionário. Além de uma breve orientação sobre os objetivos de cada bloco, continha a descrição de termos/expressões e siglas para melhor orientação das entrevistadoras;

1.3 Em janeiro de 2022, foi realizado o treinamento com as entrevistadoras, com ênfase na abordagem a ser adotada no contato com os municípios bem como apropriá-las quanto ao questionário.

1.4 Após a 1ª etapa de treinamento, que constituiu basicamente na parte teórica, seguimos para a parte prática que foi o agendamento das entrevistas pilotos. Nesta etapa contamos com a participação de 5 municípios parceiros selecionados a partir do contato da equipe do projeto. Foi fundamental para avaliarmos as condições de aplicabilidade do questionário, a forma de fazê-lo e o manejo de cada entrevistadora na situação de entrevista, que se deu via telefone e/ou vídeo chamadas por WhatsApp®.

1.5 Posteriormente foram feitos os ajustes necessários no questionário e a certificação de que todas as entrevistadoras dispunham das ferramentas necessárias para o início das entrevistas de campo.

Etapa 2 - contato com os municípios:

2.1 Em janeiro de 2022 - Apresentação do projeto aos parceiros: SESSP e COSEMSSP, com a participação dos diretores dos DRS, e, posteriormente apresentação aos municípios em reuniões de Câmaras Técnicas (CT) e CIR que tinham a partir de 4 municípios selecionados por Região de Saúde. Seguiu-se essa estratégia de forma a otimizar o tempo e disseminar a informação ao maior número de municípios selecionados.

2.2 Ainda em janeiro de 2022 – Foi iniciada a apresentação do projeto aos municípios: com pauta nas reuniões de CT e CIR de cada Região de Saúde do Estado. As participações nessas reuniões foram primordiais no tocante a apresentação do projeto, bem como para pactuar a forma de acesso aos municípios participantes. Foi acordado que o contato inicial seria com o Articulador de Saúde, os quais indicariam os respondentes de cada município de acordo com sua região de saúde de atuação, fornecendo-nos os dados de contato e os sensibilizando quanto a importância de participação nas entrevistas. A partir dessas reuniões, também houve a inclusão de novos municípios, por solicitação de seus respectivos Articuladores e Gestores Municipais de Saúde, num total de 8 municípios. As reuniões de CT e CIR ocorreram entre janeiro e março de 2022, totalizando 47 reuniões.

2.3 Após participação nas reuniões de CIR, iniciamos o envio de e-mails aos Articuladores de Saúde dos municípios sorteados, com o material da pesquisa (Questionário/Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)/Resumo Executivo), reiterando o que fora pactuado nas reuniões e solicitando os dados de contato dos referidos respondentes de cada município (que poderia ser o Gestor de Saúde ou alguém por ele indicado).

2.4 Em fevereiro de 2022 - A partir do recebimento dos dados de contato dos respondentes, encaminhamos os e-mails aos municípios, com informações sobre a pesquisa, seus objetivos e forma de aplicação, bem como os documentos do projeto anexados (Questionário e TCLE);

2.5 A etapa seguinte, que ocorreu a partir da segunda quinzena de fevereiro de 2022, iniciou a atuação das entrevistadoras: contato, via telefone e/ou WhatsApp® com os respectivos municípios para certificar o recebimento do material da pesquisa, esclarecimentos necessários e se possível o agendamento da entrevista de coleta de dados;

Em cada um dos municípios, foi facultado ao gestor municipal da saúde (Secretário Municipal da Saúde) indicar o responsável para o preenchimento do questionário, podendo ser o gestor responsável pela Atenção Básica no município (Coordenador, Gerente ou Diretor de Atenção Básica) ou algum coordenador/gerente de UBS (gestor local), o que totalizou, portanto, 253 participantes.

Para um melhor acompanhamento e controle, foi elaborada uma planilha com todos os dados de identificação de cada município, que foi compartilhada, via Google Drive com as entrevistadoras e toda equipe do projeto. Essa planilha era atualizada frequentemente, de forma a orientar todo o processo de contato com os municípios.

Para os municípios que apresentavam dificuldades nesse contato inicial, era solicitado novamente o apoio do Articulador de Saúde, de forma a diminuir a barreira de acesso a cada município, por vezes indicava outros dados de contato ou outro respondente.

Em abril de 2022, antes da conclusão, optou-se por “substituir” aqueles municípios com maior dificuldade de contato ou recusas. As substituições foram realizadas nos estratos de municípios pequenos (menor que 10 mil habitantes) ou médios (entre 10 e 50 mil habitantes), que contávamos com amostra reserva, totalizando 14 substituições.

A amostra inicial foram 259 municípios, sendo divididos em três categorias, conforme estrato populacional: grande = mais de 50 mil habitantes (139 - inclusão de todos os municípios desse estrato); médio = de 10 a 50 mil habitantes (60 municípios sorteados) e pequeno = menos de 10 mil habitantes (60 municípios sorteados), que foram divididos entre as entrevistadoras.

O período de entrevistas seguiu de fevereiro a junho de 2022. Findo o período de campo quantitativo, a amostra passou de 259 para 267 municípios, esse aumento se deu em função das inclusões solicitadas a partir das reuniões de CT e CIR. Foram realizadas ao todo 253 entrevistas.

## **Análise dos dados segundo porte populacional e modelo de APS**

Os dados quantitativos foram exportados para o software Stata<sup>®</sup> para tabulação e apuração da análise descritiva das frequências absolutas (n) e relativas (%).

Para identificar diferenças entre os estratos dos portes populacionais, as variáveis referentes à estrutura de rede à que a APS tem acesso e as referentes às recomendações de ações para a APS durante a pandemia foram submetidas ao teste qui quadrado, e, naquelas em que o qui quadrado apontou diferença significativa, ( $p < 0,05$ ), foi realizada a análise resíduos (Zres) em tabela de contingência. Considerando o nível de 95% de confiança, todo  $Zres > |1,96|$  foi considerado excesso ou falta de ocorrência<sup>33</sup> (PEREIRA, 2020). As variáveis relativas à descontinuidade das atividades da APS durante a pandemia foram submetidas ao teste qui quadrado.

### **Sessão 2: Análise dos municípios selecionados – estudos de caso**

A etapa sequencial do estudo consistiu em pesquisa qualitativa, a partir do referencial teórico-metodológico dos estudos de caso<sup>34</sup>. Segundo Champagne et al.<sup>35</sup>, esta estratégia de pesquisa prima pelo aprofundamento em um limitado número de unidades de análise e apresenta relevância ao se investigar fenômenos que se caracterizam por sua indissociabilidade em relação ao contexto, como é o caso da implementação de políticas e protocolos assistenciais<sup>36</sup>. Seguindo a caracterização de Champagne et al.<sup>35</sup>, a presente pesquisa realizou um estudo de casos múltiplos com um único nível de análise.

#### **Elaboração do roteiro de entrevistas**

Inspirados no modelo teórico de análise já formulado para a etapa quantitativa, os roteiros de entrevista dos estudos de caso foram considerados a partir de duas dimensões:

1. Conformação do serviço da APS, aspectos estruturais e conjunturais, e foi subdividida em três eixos:
  - a. modelo de atenção e organização do processo de trabalho antes da PNAB 2017;
  - b. modelo de atenção e organização do processo de trabalho pós PNAB 2017; e
  - c. a atenção primária e a pandemia de covid-19.

2. Sentido atribuído pelos trabalhadores e gestores sobre seu processo de trabalho e foi subdividida em dois eixos:

- a. incorporação das diretrizes orientadoras; e
- b. compatibilidade entre concepções e diretrizes.

### **Definição dos municípios caso**

Recorrendo ao desenho metodológico de métodos mistos explanatório sequencial<sup>27</sup>, utilizou-se dados da etapa quantitativa do estudo (inquérito) para eleger de maneira intencional os participantes da etapa qualitativa de aprofundamento das experiências de atuação da APS com ações no território e que deram continuidade ao cuidado integral no contexto da pandemia.

Neste processo, a escolha dos municípios para os estudos de caso foi realizada com base na seleção de questões sensíveis do questionário aplicado aos gestores dos 253 municípios participantes da primeira fase da pesquisa (inquérito). A seleção das questões sensíveis buscou qualificar as três dimensões presentes no modelo de análise do estudo, segundo caracterizadas favoráveis ou desfavoráveis ao desempenho da APS durante a pandemia. Considerou-se relevante a análise das dimensões associadas aos aspectos citados na literatura<sup>6,7,9</sup> como estratégicas para o bom desempenho da APS nas ações relacionadas à vigilância e contenção da covid-19, mantendo o vínculo e o cuidado integral à população. Dentro dessas premissas, foram privilegiadas as dimensões e as características que estão detalhadas a seguir:

- Modelo de atenção: (i) serviços de APS disponíveis; (ii) processo de territorialização; (iii) acesso dos usuários ao sistema de saúde; (iv) funcionamento da contrarreferência; (v) contratação de médico especialista em saúde da família.

- Ações no território para o enfrentamento da pandemia: (i) existência de Centro de Atendimento para Enfrentamento à covid-19 voltados para os territórios; (ii) busca ativa de ações comunitárias para parcerias com a SMS; (iii) continuidade do trabalho dos ACS durante a pandemia; (iv) continuidade de visitas domiciliares; (v) ações educativas no território; (vi) identificação de grupos com maior vulnerabilidade social; (vii) articulação com a vigilância epidemiológica; (viii) estratégias para monitoramento de casos confirmados; (ix) ações de apoio social; (x) ações de apoio psicológico; (xi) adaptações para a manutenção de atividades em grupo e de educação em saúde; (xii) monitoramento de contactantes de casos positivos.

- Continuidade do cuidado na APS durante a pandemia: (i) investimentos e aquisições tecnológicas; (ii) busca ativa de pacientes com alta hospitalar; (iii) continuidade de atividades prioritárias da APS - reuniões de equipe, acolhimento, atividades de profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), consultas de odontologia, Papanicolau e rastreamento de câncer de mama, inserção de dispositivo intrauterino (DIU) e outras ações de planejamento familiar, cuidado aos usuários com doenças crônicas; (iv) cuidados para os casos de sequelas leves/moderadas pós-covid-19; (v) continuidade do cuidado aos grupos prioritários; (vi) construção//inovações/adaptações criativas para manter o cuidado à população em relação à prevenção e promoção.

Em relação a dimensão Modelo de atenção, de acordo com as respostas dos gestores, os municípios foram classificados em “ESF bem estruturada” (33 municípios), “nenhuma estrutura de ESF” (21 municípios), e “sem definição” (199 municípios). Apenas os municípios com “ESF bem estruturada” e “nenhuma estrutura de ESF” (54 municípios) passaram para a fase subsequente.

As dimensões ações no território para o enfrentamento da pandemia e continuidade do cuidado durante a pandemia, foram qualificadas pontuando as respostas que indicassem o desempenho nas ações selecionadas. A pontuação possibilitou a elaboração de um ranking cujo resultado permitiu a classificação dos 54 municípios em seis grupos de interesse (ANEXO B).

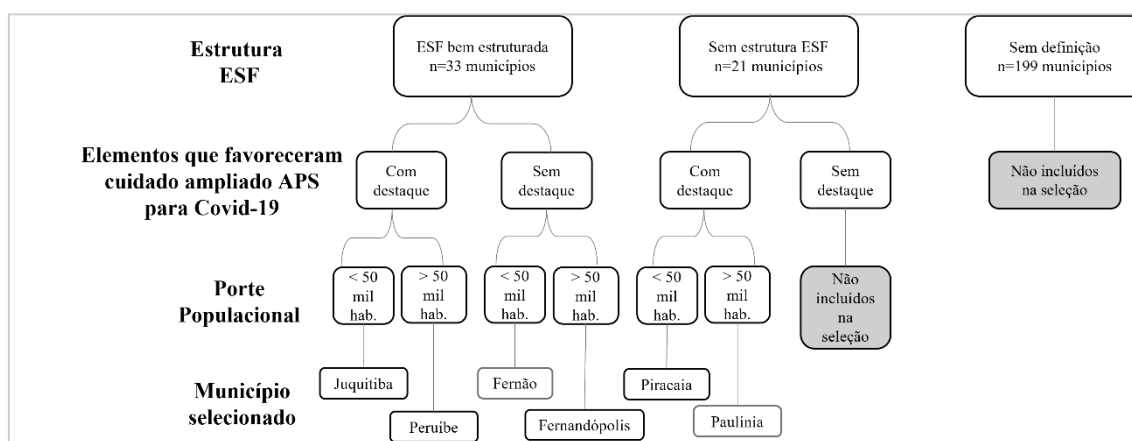
A proposição dos seis grupos de interesse esteve relacionada à necessidade de investigar os principais aspectos que influenciaram na continuidade do cuidado e no enfrentamento à pandemia, com ênfase na identificação de barreiras e facilitadores existentes para o trabalho segundo as diretrizes da integralidade do cuidado voltado para a comunidade e território, antes e durante a pandemia.

Em agosto/2022, durante a pactuação com os parceiros (SESSP e COSEMSSP), foram definidos critérios complementares para a seleção dos casos e os atores entrevistados, sendo considerados os critérios já listados anteriormente e, adicionalmente, os seguintes: DRS/Região de Saúde a qual o município faz parte, porte populacional do município (os com 50 mil habitantes ou mais e os menores de 50 mil.), facilidade ou dificuldade no contato na etapa quantitativa e que os entrevistados deveriam ter pelo menos 5 anos de experiência no SUS, preferencialmente no município selecionado ou, caso contrário, que tivessem experiência na saúde pública a partir de 2017. Para tanto, foram formulados os seguintes grupos de interesse:

As três perspectivas foram consideradas para a construção de um ranking das respostas obtidas no inquérito, o qual classificou os municípios como “ESF bem estruturada” ou “sem estrutura de ESF” e com ou sem “elementos que favoreceram cuidado ampliado APS para covid-19”. De acordo com o ranking de cada grupo, foram selecionados os municípios prioritários que, em seguida foram validados pelos parceiros da pesquisa (SESSP e COSEMSSP). Foram levados em consideração, além da posição mais alta no ranking, a heterogeneidade na distribuição dos municípios nas regiões de saúde do estado e a experiência do contato na etapa do inquérito.

Foram selecionados os seguintes municípios: Fernão, de porte até 50 mil habitantes, e Fernandópolis, com estrutura de ESF e elementos que favoreceram o cuidado ampliado APS para covid-19; Juquitiba (porte até 50 mil habitantes) e Peruíbe (>50 mil habitantes) com estrutura de ESF e ausência de elementos de cuidado ampliado na resposta à pandemia; Piracaia (porte até 50 mil habitantes), e Paulínia porte >50 mil habitantes) sem estrutura de ESF e com a presença de elementos que favoreceram o cuidado ampliado (Figura 1). Os contatos de convite para participação na segunda etapa da pesquisa e, caso houvesse recusa, a ordem da lista validada com nossos parceiros forneceria a possibilidade de município substituto.

Figura 1: Seleção de municípios caso, segundo estrutura ESF, cuidado ampliado APS e porte populacional, para realização da etapa qualitativa. São Paulo, 2022.



Fonte: Pesquisa “A política de Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia nos municípios paulistas”. Elaboração própria.



## **Trabalho de campo presencial para realização das entrevistas nos municípios caso**

Concomitantemente à definição dos municípios para estudos de caso, foi realizada a seleção das entrevistadoras. Para contratação das entrevistadoras, foi realizada análise dos currículos, segundo os critérios de conhecimento em saúde coletiva, experiência com entrevista e disponibilidade para viajar, pois as entrevistas ocorreriam presencialmente. Foram contratadas 5 entrevistadoras no final de agosto.

Em seguida, ocorreu o início o treinamento, em que foram realizados dois encontros com as entrevistadoras. A equipe da pesquisa apresentou os módulos do questionário, ressaltando os objetivos de cada um, tirando dúvidas, além de simularem entrevistas para melhor aperfeiçoamento das entrevistadoras. Após o treinamento, foi realizado o pré-teste, aplicando o roteiro com os seguintes atores: gestor de município, profissional NASF, médica e enfermeira de UBS, gerente de UBS e ACS de outro município, fora da lista dos selecionados.

Quadro 1: Organização da etapa de trabalho de campo com os representantes dos municípios participantes para etapa qualitativa de estudo de caso. São Paulo, 2022.

<b>Etapa</b>	<b>Equipe de trabalho</b>	<b>Período</b>
Elaboração do Roteiro de entrevista	Equipe de pesquisa	1º semestre/22
Escolha dos municípios para estudos de caso	Equipe de pesquisa	julho/22
Contratação e treinamento	Coordenadora de campo	julho e agosto/22
Realização de pré-teste	Equipe de entrevistadoras	julho e agosto/22
Logística para execução	Coordenadora de Campo	julho e agosto/22
Contato com os representantes de cada município	Coordenadora de campo	agosto/22
Coleta de dados (entrevistas com profissionais)	Equipe de entrevistadoras	setembro e outubro/22

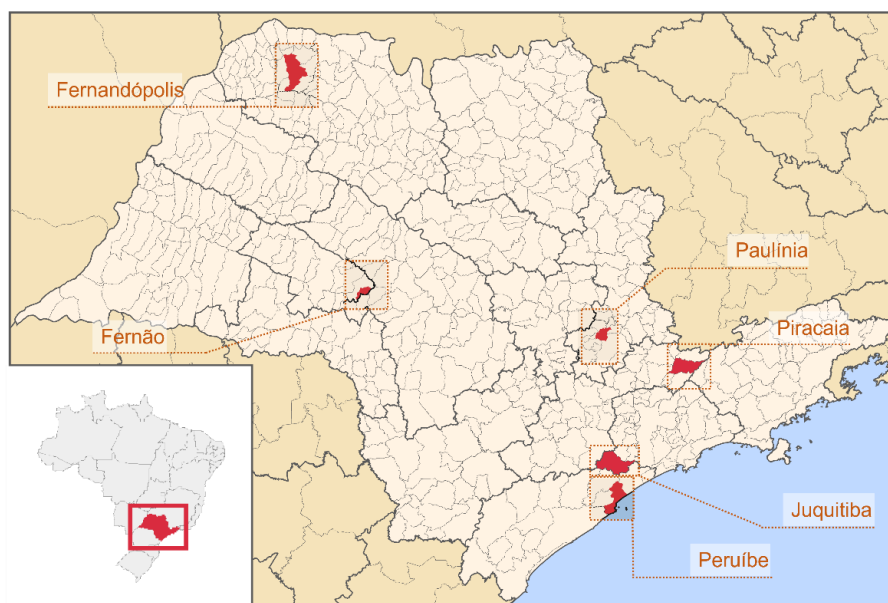
Fonte: Pesquisa “A política de Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia nos municípios paulistas”. Elaboração própria.

Após os aceites dos municípios selecionados, foram viabilizadas as agendas para que as entrevistas ocorressem no mês de setembro/2022, concentradas na semana do dia 19 a 23 de setembro. Os cinco municípios Fernandópolis, Fernão, Paulínia, Piracaia e Juquitiba foram realizados no período proposto, somente São Joaquim da Barra que demorou para dar o aceite e solicitou um prazo maior devido as demandas dos profissionais da saúde, mas ao longo do processo se recusaram a participarem da pesquisa e assim o município foi substituído pelo de Peruíbe, cuja entrevista foi realizada em outubro/22. Desta forma, os 6 municípios com entrevistas realizadas foram: Fernandópolis, Fernão, Paulínia, Piracaia, Juquitiba e Peruíbe (Figura 2).

Para o convite, foram encaminhados e-mail, inicialmente aos Articuladores de Saúde, agradecendo o apoio na primeira etapa e solicitando novo apoio quanto a continuidade da pesquisa nos municípios selecionados. Posteriormente ocorreu o contato, via e-mail, com os municípios selecionados, sensibilizando-os para a participação na continuidade do estudo

No e-mail, além de informar a seleção do município para participar da etapa qualitativa e seu objetivo, foi ressaltado a necessidade do número de profissionais e que esses precisariam atender ao critério de experiência na saúde/SUS a partir de 2017.

Figura 2: Distribuição geográfica dos municípios caso participantes da etapa de trabalho de campo qualitativo. São Paulo, 2022.



Fonte da imagem: Adaptado de:

[https://en.wikipedia.org/wiki/Piracaia#/media/File:SaoPaulo\\_Municip\\_Piracaia.svg](https://en.wikipedia.org/wiki/Piracaia#/media/File:SaoPaulo_Municip_Piracaia.svg)

Foram realizadas entrevistas em profundidade, em que os participantes foram convidados a relatarem sobre seus processos de trabalho, refletirem sobre as possíveis mudanças que ocorreram nos últimos 5 anos na APS e, principalmente, as transformações ocorridas nos serviços durante a pandemia de covid-19.

As entrevistas foram realizadas com o gestor municipal e/ou coordenador da Atenção Básica, gestor de UBS e profissionais da saúde (médico, enfermeiro(a), profissional NASF e ACS, quando houve). Especificamente para avaliação da experiência de enfrentamento à pandemia em relação aos repasses financeiros foram utilizadas apenas as entrevistas realizadas com os gestores municipais e/ou coordenadores da Atenção Básica dos 6 municípios caso.

### **Recortes analíticos da continuidade do cuidado e as ações no território durante a pandemia de covid-19**

O corpus a que se refere a análise qualitativa foi composto por 37 entrevistas realizadas com gestores municipais e profissionais da saúde da APS, que foram gravadas e analisadas segundo o referencial da análise temática do discurso e estratégia dos estudos de caso<sup>37</sup>.

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente. Posteriormente à leitura e reconhecimento inicial do material, a etapa de extração das unidades de sentido emergentes das entrevistas foi realizada com apoio do software MAXQDA<sup>®</sup>, seguida do agrupamento dos excertos nas categorias definidas.

Baseado na exploração qualitativa dos dados, três análises de dados foram propostas: (i) identificação das barreiras e facilitadores da continuidade do cuidado e ações no território; (ii) o papel dos/das ACS na implementação de políticas públicas no contexto da pandemia de covid-19; e (iii) avaliação da percepção dos gestores municipais a respeito dos repasses financeiros para enfrentamento à pandemia.

Em relação à primeira proposta de análise, o material foi avaliado na totalidade das entrevistas com intuito de responder ao objetivo da pesquisa e hipóteses iniciais, de modo que foram definidas duas categorias analíticas: fatores que facilitaram a continuidade do cuidado durante a pandemia de covid-19 e fatores que limitaram o cuidado no território durante a pandemia de covid-19.

A segunda proposta analítica abordou o papel dos ACS na implementação das ações de APS durante a pandemia de covid-19 no município, com base no recorte de análise das oito entrevistas realizadas no município de Peruíbe, divididas igualmente entre profissionais assistenciais e gestores de saúde local. Além das entrevistas, foram agregados à análise o diário de campo da entrevistadora com observações e textos advindos de domínio público. A avaliação do papel dos ACS na implementação das ações de saúde foi orientada pela perspectiva teórica proposta por LIPSKY<sup>38</sup> (1980), segundo a qual os burocratas de nível de rua (BNR) têm um papel central na implementação das políticas públicas.

Como recorte final, o corpus composto pelas 12 entrevistas realizadas com os gestores e/ou coordenadores municipais dos municípios-caso selecionados possibilitou análise específica dos repasses financeiros para enfrentamento à crise pandêmica. O roteiro de análise buscou investigar a sua percepção em relação aos apoios recebidos do governo federal e a compreensão do Previne Brasil. Assim foi possível interpretar qual cenário financeiro em que a gestão do SUS se encontrava ao início do enfrentamento à pandemia e como tal cenário de “desfinanciamento”<sup>39,40,41</sup> do SUS, afetou a forma de enfrentamento em âmbito municipal na percepção dos gestores.

A interpretação dos dados qualitativos fora agregada à identificação das despesas municipais em saúde a partir de informações contantes nas entrevistas e da extração de dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)<sup>42</sup>, de domínio público. Tal análise caracterizou-se por ser quantiqualitativa, em que a etapa quantitativa foi originada da etapa qualitativa, na perspectiva dos métodos mistos<sup>34,37</sup>, sendo nomeado projeto convergente com prioridade qualitativa<sup>27</sup>.

A análise dos dados deste último recorte foi realizada com triangulação nas dimensões de similaridade, complementaridade e divergência entre as entrevistas dos representantes de municípios.

Os repasses identificados como (i) Totais, (ii) covid-19 e (iii) EP (Emendas Parlamentares), foram calculados em base *per capita* a partir das projeções populacionais da Fundação Seade<sup>27</sup> para 2021. Os valores foram atualizados pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Foram utilizados índices médios anuais, corrigindo-se os valores para preços de 2022.

Em posse das informações, elaborou-se três indicadores a partir das informações de repasses financeiros foi realizada de acordo com os critérios: (i) Despesas totais com

Saúde *per capita*; (ii) Participação das transferências para saúde em relação à despesa total do município com Saúde, e (iii) participação da receita própria aplicada em saúde conforme Lei Complementar nº141/2012<sup>43</sup> para gestão municipal.

### **Sessão 3: Municípios do QualiAB 2017, segundo tipologia de serviços de APS**

Esta etapa complementar foi conduzida em parceria com pesquisadores da faculdade de medicina da Universidade Estadual Paulista (UNESP), campus Botucatu, com base no levantamento e análise dos dados secundários da autoavaliação de serviços, QualiAB 2017. A análise do panorama da APS segundo arranjo de tipologia de serviço dos municípios paulistas reforça a proposta de análise baseada no modelo de APS.

A definição do ano de 2017 como marco temporal para a análise dos municípios fomenta a possibilidade de entendimento do cenário prévio, não somente à pandemia, como também às mudanças na estrutura da APS – PNAB 2017. Tais mudanças foram agregadas, em 2019, à alteração no financiamento da APS, com o Previne Brasil, e caracterizaram o cenário em que a APS se encontrava quando foi declarada a emergência sanitária pela covid-19.

### **Sessão 4: Estratégias desenvolvidas na APS durante a pandemia de covid-19 no Brasil – Revisão de escopo rápida**

A revisão de escopo rápida teve como objetivo identificar e mapear sistematicamente evidências sobre as estratégias desenvolvidas na APS durante a pandemia de Covid-19 no Brasil, além do levantamento de lacunas de pesquisa para apoiar a elaboração de futuras investigações.

A pergunta de pesquisa: “Quais as estratégias empregadas na APS durante a pandemia de covid-19 no Brasil?” foi construída com base no acrônimo PCC (P = População: APS; C = Conceito: Estratégias na APS; C = contexto: Pandemia de covid-19 no Brasil).

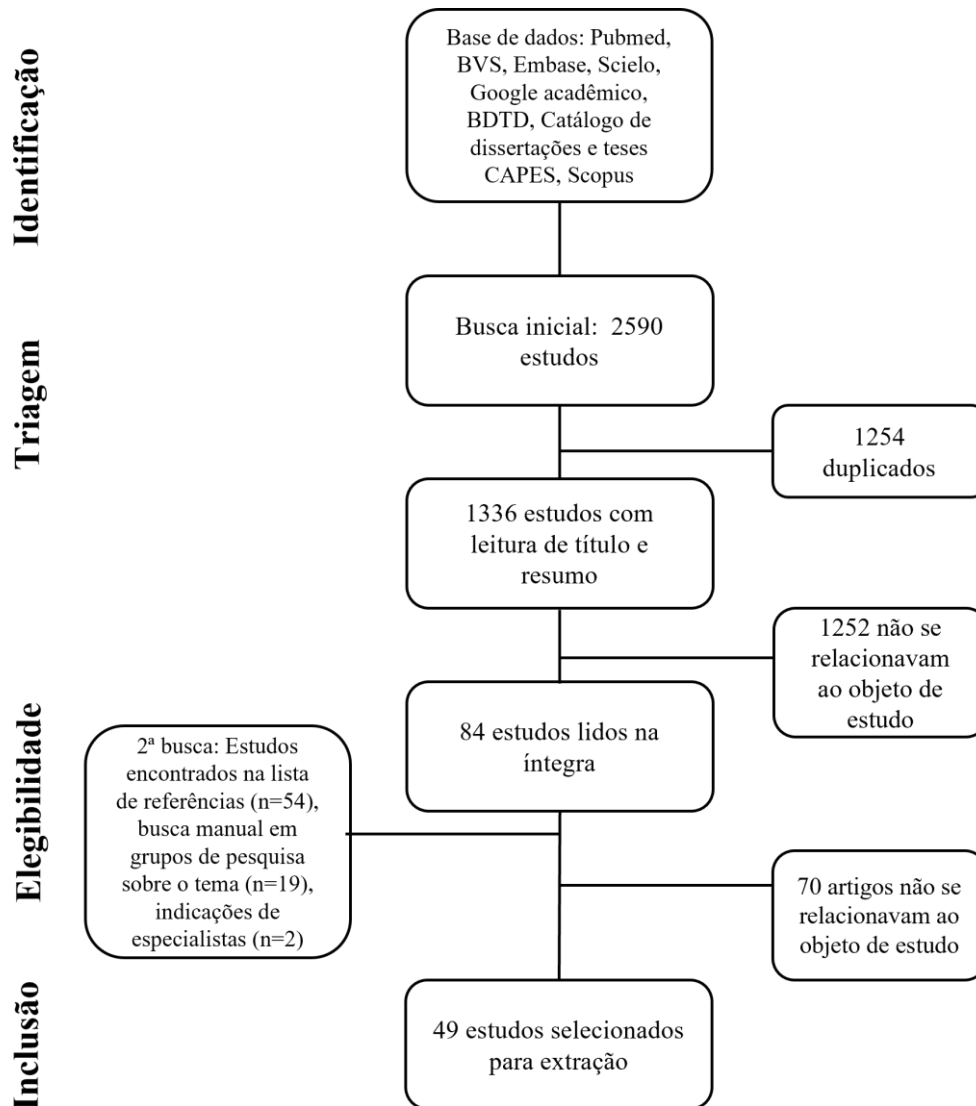
O grupo de trabalho de Revisão de escopo contou com 7 participantes, sendo 3 integrantes do projeto (Mônica Viana, Maria Izabel Costa, Maritsa de Bortoli) e quatro membros externos (Cintia Freitas, Bruna Araujo, Patrícia Sanine e Taís Tesser).

Esta estratégia de produção de dados foi orientada pelas seguintes atividades:

- 1) elaboração da estratégia de busca e busca em bases de dados, que contou com o apoio da bibliotecária Isabel Figueiredo da FM-USP;
- 2) elaboração do protocolo de pesquisa;
- 3) publicação do protocolo de pesquisa na plataforma Zenodo (<https://doi.org/10.5281/zenodo.6461683>)<sup>44</sup>;
- 4) seleção e elegibilidade de estudos, realizada por duplas de revisoras independentes e resolução de conflitos por consenso;
- 5) extração de dados dos estudos realizada por uma revisora e checada por outra e resolução dos conflitos por consenso;
- 6) análise e apresentação dos resultados;
- 7) discussão;
- 8) elaboração de manuscrito;
- 9) submissão de artigo para revista Ciência & Saúde Coletiva.

A estratégia de busca recuperou 2.590 artigos, que após retirada de 1.254 estudos duplicados, incluiu na seleção 1.336 artigos. Após esse processo, 84 estudos foram lidos na íntegra. Também foi realizada uma seleção a partir de lista de referências (n=54), uma busca manual a partir de grupos de pesquisa sobre o tema (n= 19) e indicações de especialistas (n=2). Do total, 70 relatos foram excluídos por não atenderem aos critérios de elegibilidade, totalizando 49 estudos selecionados para a extração de dados (Quadro 2).

**Quadro 2: Seleção de estudos para revisão de escopo rápida das estratégias empregadas na APS durante a pandemia de covid-19 no Brasil, 2022.**



Fonte: Pesquisa “A política de Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia nos municípios paulistas”. Elaboração própria.

A etapa de extração dos estudos foi realizada por uma revisora e checada por outra, com resolução de conflitos por consenso. Foram mapeadas 226 intervenções (130 gerenciais; 96 assistenciais), as quais a maioria (n=187) estavam combinadas na mesma publicação. Em ambos os domínios, as novas estratégias apareceram em maior número e aquelas que eram mantidas, em menor proporção (gerenciais: criadas=96, adaptadas=31, mantidas=3; assistenciais: criadas=54; adaptadas=26; mantidas=16).

A diversidade de intervenções explicitou distintos modelos de atenção, que ora se aproximaram de um enfoque biologicista; ora da integralidade e da longitudinalidade baseado no cuidado centrado na pessoa, na família e na comunidade. Evidenciou-se, assim, que perduram os mesmos desafios anteriores ao período pandêmico.

A partir dos resultados, empreendeu-se discussões empregando o referencial teórico do processo de trabalho, de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves para a compreensão das intervenções identificadas, avançando na identificação do modelo de atenção orientador das práticas e que culminou na elaboração do manuscrito.

## **Aspectos éticos**

Este relatório consolida os resultados da pesquisa “A política de Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia nos municípios paulistas”, conduzida pelo Instituto de Saúde, com financiamento do Fundo Especial de Saúde para Imunização em Massa e Controle de Doenças (FESIMA), ambos órgãos da SESSP, aprovada em Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer 4.842.154 e identificação CAAE 48513721.80000.5469.

Foram cumpridas todas as recomendações éticas para pesquisas sociais e humanas contidas na Resolução 510/2016<sup>45</sup> e atendeu aos procedimentos exigidos para pesquisas em ambiente virtual na Carta Circular 1/2021-CONEP/SECNS/MS<sup>46</sup>, com apresentação e assinatura dos TCLE.

## **RESULTADOS**

### **Arranjo segundo tipologia de serviços APS dos municípios paulistas participantes do QualiAB 2017 – Caracterização da estrutura prévia à pandemia**

O estudo propõe avaliação dos serviços realizados nos municípios a partir dos dados secundários da edição QualiAB 2017 e análise a partir do modelo de APS do município. A proposta de avaliação dos dados relativos ao período de alterações na PNAB 2017 – ainda no cenário inicial de retração da Estratégia Saúde da Família (ESF)



– e anteriores à pandemia corrobora com a possibilidade de análise com base no critério modelo de APS.

Foi realizada análise dos serviços realizados nos municípios a partir da tipologia dos municípios segundo arranjo organizativo da APS. Trata-se de uma abordagem a partir de dados secundários em que foram utilizados como base de dados as respostas obtidas da edição de 2017 da avaliação dos serviços de Atenção básica, QualiAB, com foco na estrutura e organização do processo de trabalho.

A proposta de reagrupar os serviços teve como intenção encontrar melhores formas de apresentação dos dados de modo que permita a identificação de semelhanças dos municípios agrupados e encontrar padrões de serviço que sirvam de exemplo e apoiem a gestão municipal.

As características dos serviços permitem a classificação em 7 tipos básicos: (i) Unidade de Saúde da Família (USF); (ii) Unidade Básica de Saúde (UBS) “tradicional”; e (iii) Unidades Mistas. Em síntese, os 2.472 serviços de APS presentes nos 461 municípios foram reclassificados em três tipos básicos de arranjo organizativo da APS: “USF”, “UBS”, “MISTA”. Os ajustes realizados estão resumidos no Quadro 3. A distribuição dos serviços segundo tipos de arranjos de serviços está descrita na Tabela 4.

Quadro 3: Ajustes na classificação do arranjo organizativo da APS dos serviços participantes nos municípios paulistas.

Característica da unidade	Ajuste realizado
1. Unidade Saúde da Família (USF)	USF
2. Unidade Básica de Saúde (UBS) "tradicional"	UBS
3. Unidade Básica de Saúde (UBS) "tradicional" com Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)	MISTA
4. Unidade Básica de Saúde (UBS) "tradicional" com Equipe de Saúde da Família (ESF)	MISTA
5. Unidade Básica de Saúde (UBS) "tradicional" ou Unidade Saúde da Família (USF) integrada à Unidade de Pronto Atendimento (PA)	MISTA (Se com USF)
	UBS (Se com UBS)
6. Posto Avançado de Saúde - Unidades que não possuem equipe fixa em período integral (tem equipes volantes)	UBS
7. Outras	MISTA (Se com equipe ESF)
	UBS (Se sem equipe ESF)

Fonte: QualiAB 2017. Elaboração própria

Tabela 4: Distribuição dos serviços participantes do QualiAB 2017 segundo tipo de arranjo nos municípios paulistas. São Paulo, 2017.

Tipos arranjos dos serviços	Abs.	%
ESF (Estratégia)	1.138	46%
Mista	644	26%
UBS (Tradicional)	690	28%
Total	2.472	100%

Fonte: QualiAB 2017. Elaboração própria

Dessa forma é possível afirmar que 72% unidades APS presentes nos 461 municípios considerados possuem arranjo organizativo baseado na ESF ou com importantes componentes de ESF. As unidades restantes (28%) são diferentes arranjos organizativos que não contém componentes relevantes de ESF.

Com base na classificação dos serviços segundo tipologia proposta, foi realizada a classificação dos municípios a partir dos tipos de arranjo contemplados. Após o ajuste na classificação dos serviços foi possível diferenciar os 461 municípios selecionados segundo a presença dos diferentes arranjos organizativos da APS nos seus territórios. Inicialmente, municípios cujos serviços apresentassem um único tipo de arranjo organizativo, foram classificados como homogêneos, e os municípios cujos serviços apresentassem dois ou mais tipos de arranjos foram classificados como heterogêneos. Os municípios homogêneos foram subdivididos em *Tradicional*, *ESF* e *Mistos*, conforme o tipo de serviço identificado. Foi possível identificar sete tipos de municípios segundo os arranjos organizativos da APS no seu território (Quadro 4).

Quadro 4: Tipologia dos municípios segundo os tipos de serviços por arranjo organizativo da APS.

Tipo de município segundo a presença de unidades APS	Descrição
<b>Homogêneo</b>	<b>Municípios com unidades APS de apenas um tipo de arranjo organizacional</b>
1. Homogêneo - Tradicional	Presença apenas de serviços UBS
2. Homogêneo - ESF	Presença apenas de serviços ESF
3. Homogêneo - Misto	Presença apenas de serviços Mistos
<b>Heterogêneo</b>	<b>Municípios com unidades APS de mais de um tipo de arranjo organizacional</b>
4. Heterogêneo - ESF e Misto	Presença de serviços ESF e Mistos
5. Heterogêneo - Tradicional e Misto	Presença de serviços Tradicional e Mistos
6. Heterogêneo - ESF e tradicional	Presença de serviços ESF e Tradicional
7. Heterogêneo - 3 tipos	Presença de serviços ESF, Tradicional e Mistos

Fonte: QualiAB 2017. Elaboração própria

A distribuição dos municípios segundo a tipologia proposta demonstrou que 260 municípios (56,4%) são do tipo heterogêneo e 201 (43,6%) são homogêneos. Apesar da grande maioria dos serviços se caracterizarem como ESF, conforme visto anteriormente, os 48 municípios que apresentam apenas esse tipo de arranjo organizativo da APS no seu território, ou seja, *são homogêneos - ESF*, representam apenas 10,4% do universo estudado.

Tabela 5: Distribuições de municípios participantes do QualiAB 2017 segundo tipologia de arranjo organizativo. São Paulo, 2017.

Tipo de município	Abs.	%
<i>Homogêneo</i>	201	43,6
1. Homogêneo - Tradicional	50	10,8
2. Homogêneo - ESF	48	10,4
3. Homogêneo - Misto	103	22,3
<i>Heterogêneo</i>	260	56,4
4. Heterogêneo - ESF e Misto	71	15,4
5. Heterogêneo - Tradicional e Misto	22	4,8
6. Heterogêneo - ESF e tradicional	74	16,1
7. Heterogêneo - 3 tipos	93	20,2
<b>Total</b>	<b>461</b>	<b>100,0</b>

Fonte: QualiAB 2017. Elaboração própria

A média de serviços por município é de 5,36. O grupo de municípios homogêneos tem em média 1,88 serviços, sendo que o *Mistos* apresenta menor relação de serviços (1,41) e o *ESF* maior relação (2,52). Dessa forma, pode-se afirmar que os

municípios com apenas um serviço tendem a conformar arranjos organizativos da APS que não são considerados ESF, mas apresentam componentes relevantes desse modelo (Tabela 5).

Os municípios considerados heterogêneos apresentam em média 8,05 serviços, com destaque para os municípios *Heterogêneos – 3 tipos*, que tem em média 11,18 serviços. Depreende-se daí a tendência dos municípios com maior número de serviços conformarem serviços com diferentes arranjos organizativos da APS (Tabela 5).

A tabela 10 mostra a distribuição dos municípios por tipo de arranjo organizativo segundo porte populacional. Observa-se que os 203 municípios com até 10 mil habitantes são na sua maioria (72,4%) homogêneos, marcadamente constituídos por unidades mistas (44,3%). Nos municípios com mais de 10 mil habitantes, os heterogêneos ganham importância, aumentando sua participação relativa conforme aumenta o porte dos municípios.

Dos 172 municípios com população entre 10 mil e 50 mil, 73,8% concentram-se no grupo heterogêneos, sobretudo no *Heterogêneos - ESF e Mistos* e no *Heterogêneos – 3 tipos*, com participação bastante parecida, de 25,6% e 25,0% respectivamente.

Conforme esperado, os municípios com mais de 50 mil habitantes são marcadamente heterogêneos, constituídos principalmente por municípios *Heterogêneos – 3 tipos*, seguido por municípios *Heterogêneos – ESF e Tradicionais*.

No conjunto de municípios de maior porte populacional (com mais de 50 mil habitantes) é possível identificar apenas nove municípios classificados como homogêneos. Sendo sete com serviços tradicionais e dois com mistos. Cabe ressaltar a presença nesse grupo o município de Itu, cujas 15 unidades se classificaram como tradicional, ou seja, sem nenhum componente do modelo ESF. Destaca-se também o município de São Caetano do Sul, que possui 13 unidades, todas classificadas com arranjo organizativo misto.

Tabela 6: Distribuição de municípios por faixa populacional segundo tipos de arranjo organizativo da APS. São Paulo, 2017.

Tipo de município	1. Até 10 mil		2. De 10 mil a 50 mil		3. De 50 mil a 100 mil		4. Mais de 100mil		Total	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
<b>Homogêneo</b>	<b>147</b>	<b>72,4</b>	<b>45</b>	<b>26,2</b>	<b>6</b>	<b>14,3</b>	<b>3</b>	<b>6,8</b>	<b>201</b>	<b>43,6</b>
1. Homogêneo - Tradicional	30	14,8	13	7,6	5*	11,9	2**	4,5	50	10,8
2. Homogêneo - ESF	27	13,3	21	12,2	-	-	-	-	48	10,4
3. Homogêneo - Misto	90	44,3	11	6,4	1***	2,4	1****	2,3	103	22,3
<b>Heterogêneo</b>	<b>56</b>	<b>27,6</b>	<b>127</b>	<b>73,8</b>	<b>36</b>	<b>85,7</b>	<b>41</b>	<b>93,2</b>	<b>260</b>	<b>56,4</b>
4. Heterogêneo - ESF e Misto	15	7,4	44	25,6	8	19,0	4	9,1	71	15,4
5. Heterogêneo - Tradicional e Misto	7	3,4	11	6,4	2	4,8	2	4,5	22	4,8
6. Heterogêneo - ESF e tradicional	26	12,8	29	16,9	9	21,4	10	22,7	74	16,1
7. Heterogêneo - 3 tipos	8*****	3,9	43	25,0	17	40,5	25	56,8	93	20,2
<b>Total Geral</b>	<b>203</b>	<b>100,0</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>	<b>44</b>	<b>100,0</b>	<b>461</b>	<b>100,0</b>

Fonte: QualiAB. Elaboração própria.

\* Vinhedo, Nova Odessa, Mirassol, Caieiras e Boituva

\*\* Paulínia e Itu

\*\*\* Andradina

\*\*\*\* São Caetano do Sul

\*\*\*\*\* Terra Roxa, Tarabai, Pereiras, Neves Paulista, Lindóia, Lagoinha, Indiana e Herculândia

Apoio Multiprofissional, vacinação, participação em processos avaliativos, carga horária do gerente da unidade, gestão terceirizada da unidade, atividade em conjunto com a equipe de vigilância epidemiológica e/ou sanitária na comunidade, utilização dos dados de produção assistencial, definição da área de abrangência, compreensão sobre a realidade local, relacionamento com nível central, periodicidade das reuniões de equipe e participação popular na gestão da unidade.

Em síntese, foi possível observar que os grupos de municípios *Homogêneos – Mistos, Homogêneos - ESF e Heterogêneos – ESF e Mistos* se destacam positivamente em relação a algumas variáveis selecionadas. Cabe destacar que esse conjunto de municípios, pertencentes aos três grupos referidos, são municípios cuja totalidade dos serviços ou seguem o modelo da Estratégia Saúde da Família (USF) ou apresentam importantes componentes desse modelo. Por outro lado, o grupo *Homogêneos – Tradicionais*, cujos serviços não são conformados por elementos relevantes do modelo ESF, destaca-se negativamente em relação as mesmas variáveis.

Vale destacar a grande participação de serviços que não realizam nenhum levantamento no conjunto de municípios que compõem o grupo *Homogêneos – Tradicionais* (48,2%).

Já nos municípios *Homogêneos – Tradicionais* foi possível observar a grande participação de serviços sem apoio multiprofissional, sem participação em processos avaliativos, sem atividades conjuntas com equipes de vigilância epidemiológica e/ou sanitária na comunidade, que fazem uso convencional das informações da produção

assistencial (alimentando os sistemas de informação e disponibilizando para a gestão municipal) e sem esforços na compreensão da realidade local.

Foi possível identificar também um conjunto de variáveis que se destacam positivamente em pelo menos dois dos três grupos de municípios cuja totalidade dos serviços ou são conformados pelo modelo ESF ou apresentam importantes componentes desse modelo. Não foi possível identificar um padrão comum nas variáveis relacionadas à vacinação, à carga horária e dedicação do gerente e à gestão terceirizada.

### **Organização durante a pandemia (2020 – 2021): Caracterização, segundo porte populacional, da gestão e organização da APS no Estado de São Paulo no contexto pandêmico**

Em 40,6% dos casos, os Secretários de Saúde foram os responsáveis pelas respostas, em 26,9% foram os Coordenadores de Atenção Primária, e em 12,1% foram os Diretores de Saúde ou pessoas em cargos similares. E, quanto menor o município, maior foi a tendência observada de se ter como respondente o Secretário Municipal de Saúde.

Em relação à estrutura de APS disponível no município, anterior à pandemia (Tabela 4), de maneira geral, 61,3% dos municípios apresentaram unidades de Saúde da Família (USF) exclusiva, seguida por 44,4% de UBS/UAPS tradicional exclusiva e por 41,4% de UBS tradicional com PACS e/ou ESF. Os municípios que contavam com UBS tradicional integrada à unidade de Pronto Atendimento somaram 12,6% do universo analisado.

Dentro da eminente heterogeneidade destacada, ao considerar que um mesmo município recorre a múltiplos tipos de unidade para a APS, identifica-se que as unidades exclusivas SF são importantes em todos os estratos populacionais, com tendência de maior participação quanto maior for o município. No entanto, nos municípios de maior porte, o tipo de UBS que aparece em segundo lugar é o tradicional.

Quando observado o porte populacional, nota-se proporção semelhante do arranjo organizativo para o estrato de municípios com porte populacional acima de 50 mil habitantes. Contudo, o estrato populacional de até 10 mil habitantes apresentaram maior proporção de UBS tradicional com elementos de Saúde da Família, bem como maior proporção de UBS tradicional integrada à Unidade de Pronto Atendimento (Tabela 7).

Tabela 7: Distribuição dos tipos de unidades de APS dos municípios do Estado de São Paulo segundo porte populacional. Estado de São Paulo, 2022.

Tipos de unidades da APS	<10 mil hab.		10 a 50 mil hab.		>50 mil hab.		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Unidade de Saúde da Família (USF) exclusiva	98	45,5	140	68,2	101	76,5	339	61,3
Unidade Básica de Saúde (UBS/UAPS) tradicional exclusiva	71	32,7	87	42,4	88	66,7	246	44,4
Unidade Básica de Saúde (UBS/UAPS) tradicional com Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e/ou com Equipe de Saúde da Família (ESF)	94	43,6	81	39,4	54	40,9	229	41,4
Unidade Básica de Saúde (UBS/UAPS) tradicional integrada à Unidade de Pronto Atendimento (PA)	43	20	16	7,6	11	8,3	70	12,6
Posto Avançado de Saúde - Unidades que não possuem equipe fixa em período integral (tem equipes volantes)	-	0	19	9,1	2	1,5	21	3,7
Unidade de Saúde da Família (USF) integrada à Unidade de Pronto Atendimento (PA)	4	1,8	-	0	9	6,8	13	2,3
Outros	31	14,5	37	18,2	25	18,9	94	16,9

Fonte: Pesquisa “A política de Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia nos municípios paulistas”

Em relação à distribuição dos tipos de serviços oferecidos pela APS (Tabela 5), 93,2% dos municípios apresentaram oferta de Ambulatório de Especialidades, seguido por 75,1% de municípios com oferta de serviços de referência em IST, com maior frequência nos municípios com maior porte populacional (respectivamente  $p=0,043$  e  $p=0,000$ ). Para os serviços de atenção hospitalar, a distribuição não diferiu entre os portes populacionais ( $p=0,569$ ), estando presente em 75,1% dos municípios. Quanto à disponibilidade de CAPS nos municípios, maior foi a frequência dos centros de atenção psicossocial quanto maior o porte populacional ( $p=0,000$ ). A mesma tendência foi observada para a disponibilidade de equipes que oferecem apoio matricial ( $p=0,000$ ), UPA ( $p=0,000$ ), SAMU ( $p=0,000$ ), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) ( $p=0,000$ ) e outros serviços ( $p=0,000$ ).

Apesar da presença destacada dos serviços de especialidades, os gestores apontaram certa preferência em que a procura e entrada do usuário ocorra via APS, na medida em que 54,3% do total participante relatou indicar esta via. Também ficou demarcado a preferência dos gestores em buscar oferecer cuidado na APS por meio de profissionais clínico geral ou médicos de família em vez de especialistas, sugerindo afinidade, em alguma medida, com as diretrizes da ESF, já que 65,3% do total de municípios manifestou plena concordância com tal diretriz (Dados não disponíveis em tabela).

A despeito dessa preferência, todavia, em 65,5% dos municípios foi relatada dificuldade para contratação de médicos para APS e 63,3% dos municípios contou em algum momento com profissionais de programas de apoio (Mais Médicos, Médicos pelo Brasil, Provab...). A dificuldade de contratação foi mais expressiva nos municípios de porte populacional intermediário (78,8%;  $p=0,000$ ; ZRes =5,1) e maior (77,9%;  $p=0,000$ ; ZRes 3,4). Da mesma forma, a frequência em recorrer aos programas de apoio foram mais destacadas nos estratos populacionais de 10 a 50 mil habitantes (69,7%;  $p=0,000$ ; ZRes 2,4) e de maiores de 50 mil habitantes (85,6%;  $p=0,000$ ; ZRes 6,1).

Inversamente, no grupo de municípios com menos de 10 mil habitantes, 54,6% declararam não encontrar essa dificuldade de contratação (ZRes - 8,0). Cabe destacar ainda que os municípios de menor porte foram os que menos contou (43,6%;  $p=0,000$ ; ZRes -7,7) com algum tipo de programa de apoio para o provimento médico, tais como Mais Médicos, no período estudado (Tabela 8).



Tabela 8: Distribuição dos tipos serviços oferecidos pela APS dos municípios do Estado de São Paulo segundo porte populacional. Estado de São Paulo, 2022.

	<10 mil hab.			10 a 50 mil hab.			>50 mil hab.			Total		Valor de p
	N	%	ZRes	N	%	ZRes	N	%	ZRes	N	%	
<b>Encontra dificuldade para a contratação de médico para APS</b>	98	45,5	<b>-8,0</b>	161	78,8	5,1	102	77,9	<b>3,4</b>	362	65,5	<b>0,000</b>
<b>Contou em algum momento com profissionais de programas de apoio (Mais Médicos, Médicos pelo Brasil, Provab, etc)</b>	94	43,6	<b>-7,7</b>	143	69,7	2,4	113	85,6	<b>6,1</b>	350	63,3	<b>0,000</b>
<b>Oferta de serviços na APS</b>												
Ambulatórios de especialidades (Ex: Policlínica, AME, Centro de especialidade)	200	92,7	-0,4	186	90,9	-1,7	129	97,7	<b>2,4</b>	515	93,2	<b>0,043</b>
Serviços de referência em IST, aids e hepatites virais ou serviço equivalente	153	70,9	<b>-1,9</b>	140	68,2	-2,9	123	93,2	<b>5,5</b>	416	75,2	<b>0,000</b>
Serviços de Atenção Hospitalar	157	72,7		158	77,3		100	75,8		415	75,1	0,569
CAPS	114	52,7	<b>-7,2</b>	146	71,2	0,3	129	97,7	<b>7,9</b>	389	70,3	<b>0,000</b>
Equipes que oferecem apoio matricial	102	48,1	<b>-8,0</b>	165	80,3	<b>4,8</b>	107	81,1	<b>3,7</b>	374	68,1	<b>0,000</b>
Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou serviço equivalente	118	54,5	<b>-4,7</b>	137	66,7	0,2	112	84,8	<b>5,2</b>	366	66,3	<b>0,000</b>
Serviço Atendimento Médico de Urgência (SAMU) ou serviço equivalente	90	41,8	<b>-8,2</b>	143	69,7	2,6	114	86,4	<b>6,4</b>	347	62,8	<b>0,000</b>
CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) ou serviço equivalente	71	32,7	<b>-7,0</b>	102	50,0	-0,5	111	84,1	<b>8,6</b>	284	51,4	<b>0,000</b>
Outros	16	7,3	<b>-2,4</b>	16	7,6	-2,0	31	23,5	<b>5,0</b>	62	11,3	<b>0,000</b>

Valores em negrito significam estar fora de padrão em relação à distribuição esperada: > 1,96 indica excesso de ocorrência e < -1,96 falta de ocorrência

Fonte: Pesquisa “A política de Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia nos municípios paulistas”

De acordo com a tabela 8, quanto menor o município, menor é o acesso a outros serviços de apoio, incluindo o SAMU, principal responsável pelo transporte sanitário<sup>6</sup>. Nesses municípios intermediários, a construção de Centros covid-19, que contava com recursos financeiros adicionais<sup>49</sup>, parece ter sido uma opção bastante utilizada, o que altera significativamente o fluxo dos usuários, deslocando-os para esses centros de referência. A decisão por contar com esses centros especializados, ao que parece, fragmentou o cuidado e prejudicou tanto a adscrição de clientela quanto a longitudinalidade previstas na APS<sup>50</sup>.

Para as ações de enfrentamento à pandemia, foram analisadas as estratégias para estruturar a APS na pandemia, a implantação de centros covid-19, as ações e adaptações realizadas para o enfrentamento da covid-19 e como foram organizados os locais destinados à vacinação covid-19 (Tabela 9). Verificou-se que os municípios diferiram quanto ao porte na definição das estratégias prioritárias ( $p < 0,000$ ).

O estrato populacional de municípios maiores apresentou, com maior frequência, a estratégia de direcionamento para que todas as UBS realizassem atendimento para suspeitos de casos leves covid-19 (48%; ZRes 4,7) e em menor frequência de criação/transformação de UBS exclusivas para atendimento covid-19 (25,8%; ZRes -3,6).

Quanto ao estrato populacional intermediário, foi observado a maior criação/transformação de UBS exclusiva para atendimento covid-19 (48,5; ZRes 3,4) e o que menos municípios utilizaram como estratégia é que todas as UBS deveriam realizar atendimento (21,1%; ZRes -4,1). Nota-se que apenas para este estrato houve importante parcela de municípios em que nenhuma UBS estava orientada a realizar atendimento covid-19 (16,7%; ZRes 4,6).

Para o estrato populacional de municípios menores, com até 10 mil habitantes, observa-se distribuição das principais estratégias de maneira semelhante à análise não segmentada por porte populacional. No entanto, se destacou por mais apresentar outras estratégias (25,9%; ZRes 2,9).

Em relação à implementação dos centros covid-19, presente em 72% dos municípios de maneira geral, houve maior destaque nos municípios de porte populacional intermediário (83,4%; ZRes 4,6), seguido pelos municípios de maior porte populacional (79,5%; ZRes 2,2) e em menor frequência nos de menor porte populacional (56,5%; ZRes -6,5).

A ação de separação de fluxos para sintomáticos respiratórios dentro da UBS foi a ação mais frequente, em 76% dos municípios, com diferenciação para os portes populacionais ( $p=0,000$ ), sendo menos frequente nos municípios de 10 a 50 mil habitantes (63,3%; ZRes -5,2). Da mesma forma, a criação de espaços exclusivos para sintomáticos respiratórios dentro da UBS, referida em 51,6% dos municípios sem diferenciação, foi a menos frequente dentre os municípios de porte intermediário (37,9%;  $p=0,000$ ; ZRes -4,9).

Foi percebida semelhança entre os portes populacionais para as campanhas de incentivo ao isolamento social ( $p=0,317$ ) presente em 71,7% dos municípios, para a criação de espaços exclusivos para os pacientes sintomáticos respiratórios fora da UBS ( $p=0,256$ ) com 57,6% de frequência e para a implantação de leito com estrutura para suporte respiratório em serviço da APS ( $p=0,088$ ) ocorrida em 12,4% dos municípios.

A disponibilização de oxímetro (49,5%;  $p=0,000$ ) foi menor nos municípios de até 10 mil habitantes (40%; ZRes -3,6).

A vacinação, ação tradicionalmente relacionada à APS no calendário nacional de imunização, quando destinada para covid-19, foi disponibilizada de outras formas, e que variou conforme porte populacional (Tabela 6). Nos municípios maiores, identificou-se a tendência em oferecer essa vacina em postos tipo drive thru ( $p< 0,000$  e ZRes 9,3) e em locais públicos ( $p< 0,000$  e ZRes 6,9). Nos municípios entre 10 e 50 mil habitantes, a aplicação ocorreu majoritariamente em UBS destacada especificamente para vacina ( $p< 0,000$  e ZRes 4,4). E, nos municípios com menos de 10 mil habitantes, a vacinação ocorreu nas UBS mais próximas do local de residência do usuário ( $p< 0,004$  e ZRes 3,3).

Tabela 9: Distribuição das ações de enfrentamento à pandemia desenvolvidas entre 2020/2021 nos municípios do Estado de São Paulo segundo porte populacional. Estado de São Paulo, 2022.

	<10 mil hab.			10 a 50 mil hab.			>50 mil hab.			Total		Valor de p
	N	%	ZRes	N	%	ZRes	N	%	ZRes	N	%	
<b>Estratégia para estruturar a APS na pandemia</b>												<b>0,000</b>
Criação/transformação de UBS exclusivas para atendimento covid-19	82	38,7	-0,2	99	48,5	<b>3,4</b>	34	25,8	<b>-3,6</b>	215	39,2	
Todas as UBS deveriam realizar atendimento covid-19	67	31,6	-0,1	43	21,1	<b>-4,1</b>	64	48,5	<b>4,7</b>	174	31,8	
Nenhuma UBS estava orientada a realizar atendimento covid-19	8	3,8	-3,5	34	16,7	<b>4,6</b>	9	6,8	-1,1	51	9,3	
Outras	55	25,9	<b>2,9</b>	28	13,7	<b>-2,7</b>	25	18,9	-0,3	108	19,7	
<b>Implantação de Centro covid-19</b>	122	56,5	<b>-6,5</b>	171	83,4	<b>4,6</b>	105	79,5	<b>2,2</b>	398	72,0	<b>0,000</b>
<b>Ações/adaptações realizadas nas UBS para o enfrentamento da covid-19</b>												
Separação de fluxos para sintomáticos respiratórios dentro da UBS	181	83,6	<b>3,4</b>	130	63,6	<b>-5,2</b>	109	82,6	<b>2,0</b>	420	76,0	<b>0,000</b>
Campanhas de incentivo ao isolamento social	149	69,1		146	71,2		101	76,5		396	71,7	0,317
Criação de espaços exclusivos para sintomáticos respiratórios fora da UBS (ex. tendas)	130	60,0		109	53,0		80	60,6		318	57,6	0,256
Criação de espaços exclusivos para sintomáticos respiratórios dentro da UBS	126	58,2	<b>2,5</b>	78	37,9	<b>-4,9</b>	82	62,1	<b>2,7</b>	285	51,6	<b>0,000</b>
Disponibilização de oxímetros	86	40,0	<b>-3,6</b>	102	50,0	0,2	85	64,4	<b>3,9</b>	274	49,5	<b>0,000</b>
Implantação de leito com estrutura para suporte respiratório em serviço de AB	31	14,6		28	13,6		9	6,8		68	12,4	0,088
<b>Locais destinados para vacinação covid-19</b>												
UBS mais próxima das residências dos usuários	122	56,4	3,3	84	40,9	<b>-2,4</b>	58	43,9	-1,0	264	47,7	<b>0,004</b>
Postos do tipo drive-thru	31	14,6	-10	93	45,5	<b>1,9</b>	99	75,0	<b>9,3</b>	224	40,4	<b>0,000</b>
Postos em locais públicos	27	12,7	<b>-7,5</b>	71	34,9	1,5	73	55,3	<b>6,9</b>	172	31,1	<b>0,000</b>
UBS destacada (separada especificamente) para vacina covid-19	47	21,8	-3,3	84	40,9	<b>4,4</b>	34	25,8	-1,2	165	29,8	<b>0,000</b>
Houve necessidade de contratar/repôr profissionais de saúde para adequação da demanda da APS na pandemia	177		81,9	158		77,1	105		80,2	440	79,7	0,457

Valores em negrito significam estar fora de padrão em relação à distribuição esperada: > 1,96 indica excesso de ocorrência e < -1,96 falta de ocorrência.

Fonte: Pesquisa “A política de Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia nos municípios paulistas”

A Tabela 10 descreve as ações ampliadas no enfrentamento à pandemia. A promoção e/ou incentivo a ações intersetoriais para o atendimento de pessoas em situação de vulnerabilidade social ocorreu de maneira homogênea entre os portes populacionais ( $p=0,079$ ), sendo referido em 78,7% dos municípios avaliados. Diferentemente, as ações em parceria com movimentos e organizações comunitárias, terceiro setor, organizações não governamentais e organização da sociedade civil estiveram presentes em 53,1% dos municípios, com diferenciação entre os portes populacionais. Notou-se a tendência de aumento da prevalência à medida que aumentava o porte populacional ( $p=0,000$ ).

Dentre as ações realizadas nas UBS, as ações educativas em equipamentos sociais do território e a identificação dos grupos de maior risco de complicações clínicas estiveram distribuídas de maneira semelhante nos estratos de porte populacional, respectivamente com 38,3% ( $p=0,097$ ) e 36,9% ( $p=0,083$ ). Enquanto a ação de identificação dos grupos de maior vulnerabilidade social foi frequente em 26,8% dos municípios ( $p=0,000$ ), sendo relatada por mais municípios de maior porte (37,1%; ZRes 3,1) e menos municípios de estrato populacional intermediário (19,7%; ZRes -3,0).

A recomendação para que a UBS realizasse o monitoramento de todos os pacientes diagnosticados com covid-19 que estavam em isolamento (quarentena) foi descrito em 83,6% dos municípios, com tendência de maior prevalência quanto menor o porte populacional ( $p=0,000$ ). A realização de algum tipo de apoio social por parte da Prefeitura ou da Secretaria Municipal de Saúde ocorreu de forma semelhante ( $p=0,102$ ) em 79% dos municípios. Já a iniciativa estruturada para apoio psicológico ocorreu de maneira específica, com aumento da prevalência quanto maior o porte populacional, abrangendo 69,9% dos municípios de forma geral ( $p=0,000$ ).

Nos três estratos de porte populacional, houve a orientação para que se realizassem ações no território, tais como as iniciativas intersetoriais e de cuidado psicossocial (Tabela 10). Contudo, aquelas ações relacionadas à educação em saúde no território e ao mapeamento de usuários em condição de vulnerabilidade clínica ou social ocorreram de modo tímido, sobretudo nos municípios de porte intermediário. Esse fenômeno poderia ser explicado justamente pelo redirecionamento do fluxo do cuidado, desviando das UBS.

Tabela 10: Distribuição das ações ampliadas no enfrentamento à pandemia desenvolvidas entre 2020/2021 nos municípios do Estado de São Paulo segundo porte populacional. Estado de São Paulo, 2022.

	<10 mil hab.			10 a 50 mil hab.			>50 mil hab.			Total		Valor de p
	N	%	ZRes	N	%	ZRes	N	%	ZRes	N	%	
<b>Promoção e/ou incentivo a ações intersetoriais para o atendimento de pessoas em situação de vulnerabilidade social</b>	153	75,0		155	78,3		106	85,5		414	78,7	0,079
<b>Ações em parcerias com movimentos/ organizações comunitárias/ terceiro setor/ organizações não-governamentais/organizações da sociedade civil</b>	86	42,2	<b>-4,0</b>	109	58,3	1,8	79	63,2	<b>2,6</b>	274	53,1	<b>0,000</b>
<b>Ações/adaptações realizadas nas UBS para o enfrentamento da COVID-19</b>												
Ações educativas em equipamentos sociais do território (farmácias, mercados e outros serviços)	94	43,6		74	36,4		43	32,6		212	38,3	0,097
Identificação dos grupos de maior risco de complicação clínica da COVID-19	71	32,7		74	36,4		59	44,7		204	36,9	0,083
Identificação dos grupos de maior vulnerabilidade social	59	27,3	0,2	40	19,7	<b>-3,0</b>	49	37,1	<b>3,1</b>	148	26,8	<b>0,002</b>
<b>Recomendação para que as UBS realizem monitoramento de todos os pacientes diagnosticados com COVID-19 que estão em isolamento domiciliar (quarentena)</b>	200	92,6	<b>4,6</b>	161	80,1	-1,7	98	74,2	<b>-3,3</b>	459	83,6	<b>0,000</b>
<b>Prefeitura ou a Secretaria Municipal de Saúde realizou algum tipo de apoio social (auxílio social)</b>	165	82,5		143	74,1		98	8,0		406	79,0	0,102
<b>Iniciativa estruturada para apoio psicológico</b>	122	58,7	<b>-4,5</b>	143	73,0	1,2	107	83,6	<b>3,9</b>	372	69,9	<b>0,000</b>

Valores em negrito significam estar fora de padrão em relação à distribuição esperada: > 1,96 indica excesso de ocorrência e < -1,96 falta de ocorrência.

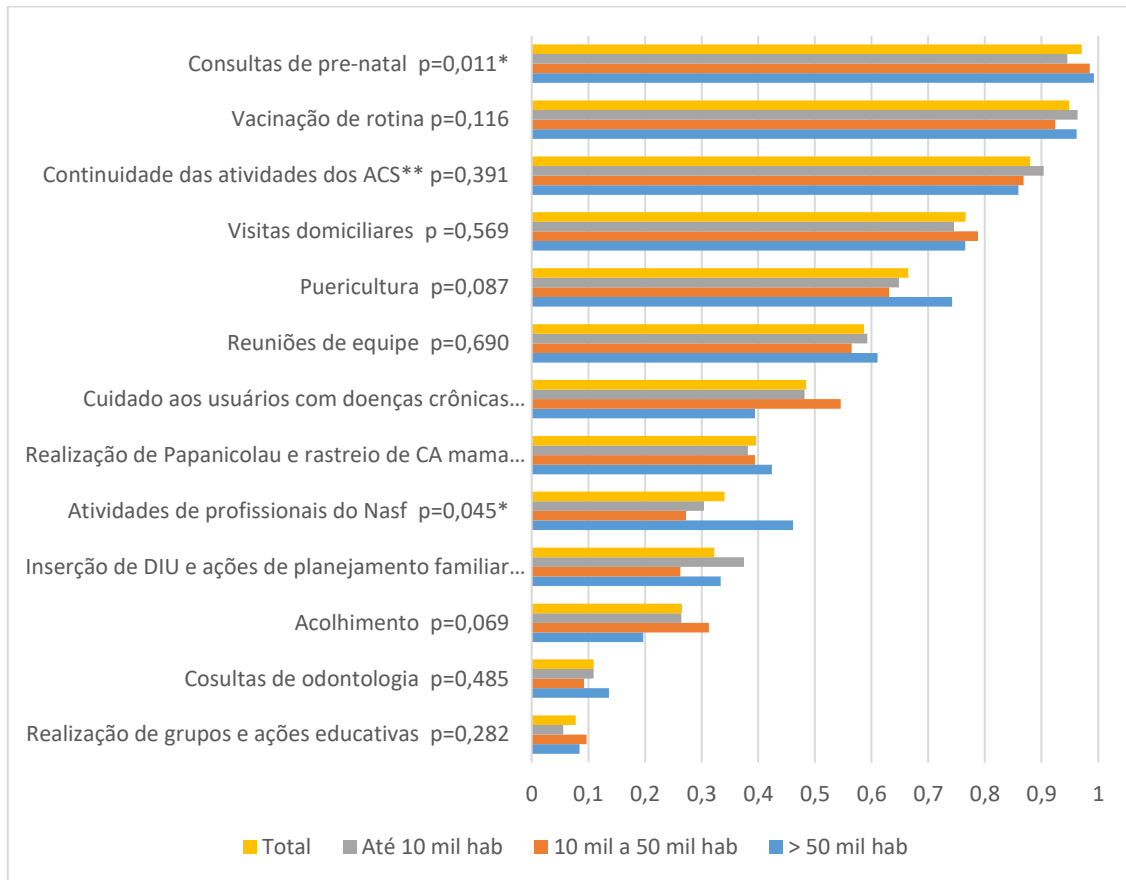
Fonte: Pesquisa “A política de Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia nos municípios paulistas”.

Os municípios dos três portes populacionais estudados apresentaram comportamentos semelhantes em relação à continuidade/descontinuidade das principais ações previstas para a APS em fluxo habitual (Figuras 3 e 4), com exceção do cuidado aos usuários com doenças crônicas ( $p=0,024$ ), que foi mais frequente em municípios de até 50 mil habitantes; as atividades das equipes NASF ( $p=0,045$ ), que foram mantidas nos municípios com mais de 50 mil habitantes e as consultas de pré-natal ( $p=0,011$ ).

De maneira geral, as atividades que tendem a ser mantidas foram as consultas de pré-natal (97,1%), a vacinação de rotina (94,9%), a puericultura (67%) e as ações dos ACS (88%). Em contrapartida, as mais descontinuadas durante a pandemia foram os grupos de educação em saúde (74%), o planejamento familiar (48,6%) e as ações de rastreio para o câncer de mama (60%). As reuniões de equipe, arranjo importante para o planejamento coletivo do trabalho e que poderia ser útil para a reflexão conjunta no momento de crise sanitária instalada pela pandemia foram mantidas em apenas 41,2% do total dos municípios entrevistados (dados não disponíveis em tabela).

Por fim, um dado de caráter mais subjetivo, que diz respeito à impressão dos gestores a respeito do desempenho do papel da APS em seu município durante a pandemia, merece ser citada, por conferir a perspectiva de validação interna do questionário. Nela, ao serem indagados sobre seu grau de concordância com a afirmação “Em meu município, a Atenção Básica desempenhou papel importante na pandemia de covid-19, sendo a principal responsável pelo cuidado dos pacientes com sintomas leves e moderados”, 94,4% do total dos municípios de menor porte, com até 10 mil habitantes, respondeu que concordava totalmente; sendo que esse percentual foi decrescendo de modo inversamente proporcional com o porte. Nos municípios intermediários, com população entre 10 e 50 mil habitantes, 77,5% concordaram com a afirmação e, nos de grande porte, com mais de 50 mil habitantes, apenas 68,2% concordaram totalmente com a afirmativa (dados não disponíveis em tabela). Embora em todos os estratos a concordância tenha sido grande, chama atenção, do ponto de vista qualitativo, esse declínio conforme maior porte populacional.

Figura 3: Continuidade de ações de cuidado na APS entre 2020/2021 nos municípios do Estado de São Paulo segundo porte populacional. Estado de São Paulo, 2022.

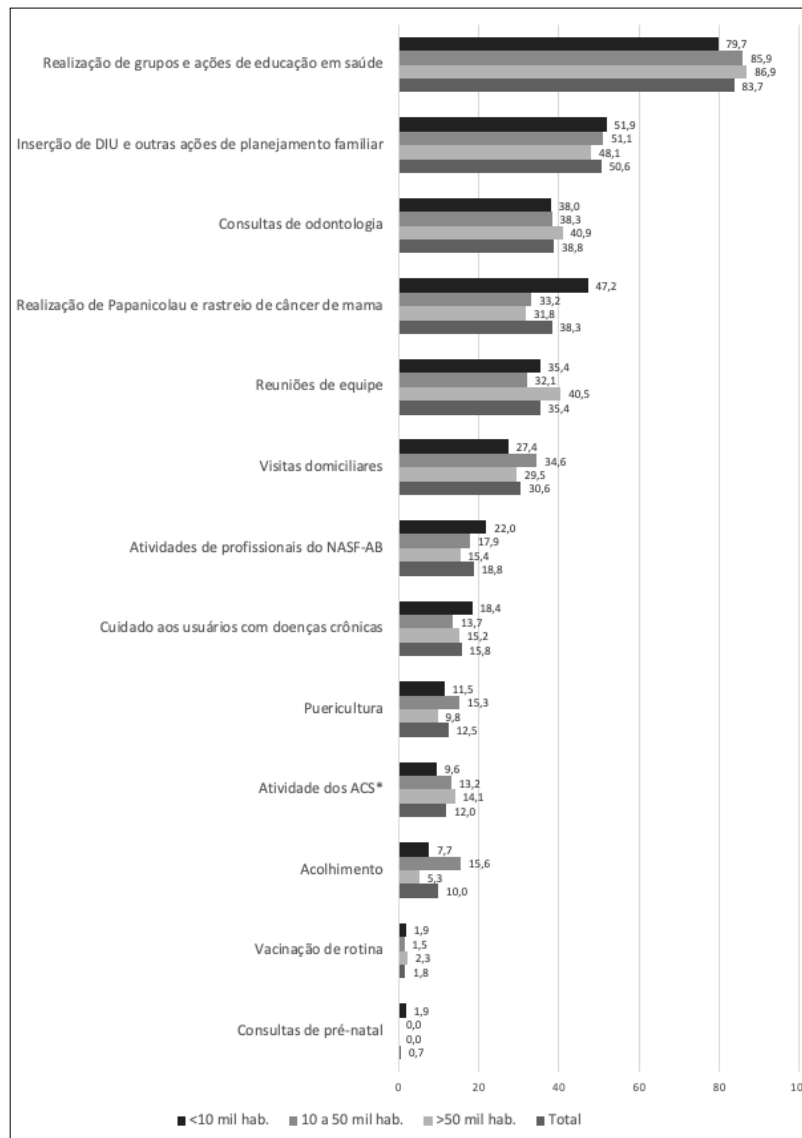


\*\*responderam apenas os municípios que relataram possuir ACS

Fonte: Pesquisa “A política de Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia nos municípios paulistas”



Figura 4: Descontinuidade de ações de cuidado na APS entre 2020/2021 nos municípios do Estado de São Paulo segundo porte populacional. Estado de São Paulo, 2022.



\*responderam apenas os municípios que relataram possuir ACS

Fonte: Pesquisa “A política de Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia nos municípios paulistas”

Os resultados apreendidos indicam que o elemento de porte populacional constitui importante componente analítico para avançar na compreensão das respostas dos municípios para a crise sanitária provocada pela pandemia de covid-19, assim como se mostrou útil para a avaliação da implementação da ESF e outros indicadores da APS na Rede de Atenção à Saúde<sup>31,47</sup>.

A análise aqui apresentada sugere que os municípios de pequeno porte tendem a concentrar suas respostas na APS, mantendo-as como principal ponto de cuidado aos

usuários sintomáticos respiratórios e de vacinação, além de fomentar que suas equipes se responsabilizem pelo monitoramento desses usuários. Já os municípios de grande porte comportaram-se de modo a descentralizar o cuidado e a vacinação, criando pontos adicionais para esses serviços na rede, aproximando-se da perspectiva que, embora tenha sido aventada pelo MS, foi amplamente criticada na literatura, pela subutilização da APS com conseqüente prejuízo do cuidado comunitário para a vigilância em saúde<sup>6,7,8,48</sup>.

O que se destaca, entretanto, nesse cenário, são as respostas dos municípios de porte intermediário, entre 10 e 50 mil habitantes. Esses municípios oscilaram entre as duas outras tendências e procuraram também separar o cuidado da covid-19 para outras estruturas. No entanto, por contar com menos dispositivos para o referenciamento da rede de atenção regional, possivelmente encontrou dificuldades nessa compartimentação do cuidado.

Esses dados, adicionados à observação de que a continuidade do cuidado foi amplamente recomendada para as ações programáticas já tradicionais na APS sugerem que os municípios paulistas encontraram dificuldades em executar o fortalecimento da APS durante a pandemia<sup>1,8</sup>, nos moldes recomendados na literatura<sup>5,7,51</sup>

No universo estudado, a valorização da APS ocorreu sobretudo nos municípios de menor porte. Nesses municípios se identificou características como centralização do cuidado à covid-19 na APS, menor dificuldade em contratar médicos generalistas ou médicos de família comunidade para atuar na APS, manutenção do trabalho dos ACS com maior frequência do que nos outros portes populacionais e estabelecimento das medidas de ação no território de caráter mais ampliado e de continuidade no cuidado.

Os dados apresentados apontam para a impossibilidade de modelos únicos e o risco de se idealizar modelos, sem a devida leitura de contexto sócio-histórico das políticas públicas e das tecnologias em saúde<sup>52</sup>. Coloca em relevo a importância da discussão sobre a dificuldade de implementação de modelos de atenção mais abrangentes, com APS voltada para o cuidado ampliado e para a ordenação das redes, tal como se pretende a ESF em suas origens.

É sabido que a construção de modelos de atenção mais ampliados- depende da organização intencional de diferentes atores; da discussão e da prática acumulada pelos municípios; da capacidade de negociação frente a diferentes interesses; da capacidade de financiamento e gestão; além do enfrentamento a iniciativas que insistem em reorientar a APS para o modelo focalizado, seletivo e de caráter estritamente biomédico.

Esse debate se aplica também à ESF<sup>16,23</sup>. Mas, frente ao que pudemos observar em relação aos municípios paulistas e sua organização da APS no enfrentamento da covid-19, torna-se premente adensar as discussões para além do fomento de um modelo único de APS ou da justificativa da fragmentação e precarização do cuidado a partir da lente dualista da presença ou ausência de ESF. O estudo confirmou que os municípios detêm pronunciado protagonismo na construção das respostas aos eventos críticos e modulam o modelo de atenção, adaptando os arranjos e modelos previstos na literatura ou na própria política, o que pode significar potencialidade ou limitação, a depender de cada caso<sup>54</sup>.

Portanto, a compreensão do modelo de atenção e da APS deve considerar se tais movimentos ocorrem na perspectiva da singularização da ESF para preservar as características locorregionais sem ferir o alinhamento dos pressupostos do cuidado ampliado e das necessidades do território ou se, pelo contrário, remetem à degradação da clínica e da dimensão territorial do cuidado<sup>55</sup>.

## **Barreiras e facilitadores da continuidade do cuidado e ações no território durante a pandemia de covid-19**

A análise do discurso dos relatos oriundos das 37 entrevistas reflete as percepções de diversos níveis de atuação profissional dos participantes nos 6 municípios caso. De maneira geral, todos os municípios apresentaram alguma forma de continuidade de cuidado, sendo que em todos eles a manutenção do pré-natal apresentou como forma mais consistente de continuidade do cuidado e foi mantida de forma presencial. As outras demandas de atendimento, com objetivo de renovação de receitas médicas ou atendimento a pessoas que convivem com doenças crônicas, foram realizadas por atendimento remoto.

Especificamente às ações de continuidade do cuidado, os dois municípios em que houve relato da realização de atendimento à demanda espontânea tinham em comum o modelo de ESF. Outras ações, em unidades com ou sem ESF, envolveram adaptação dos atendimentos na forma presencial ou realização de triagem via contato telefônico ou outras tecnologias para definir a modalidade de continuidade do atendimento. No município 1, do modelo ESF, a equipe NASF realizou alguns atendimentos em grupo por teleatendimento, bem como visitas domiciliares aos usuários idosos.

As unidades de sentido, derivadas da análise temática, foram agrupadas em duas categorias para avaliar os fatores que facilitam ou limitam a continuidade e as ações no território e foram identificados 2 fatores principais em cada uma das categorias. Dentre os fatores que facilitam a continuidade do cuidado e ações no território foram identificados dois fatores principais: 1. existência de uma estrutura de APS adequada segundo os princípios gerais da PNAB (recursos humanos suficientes, estrutura física adequada, capacidade de gestão dos gestores municipais); 2. alinhamento das ações dos profissionais de saúde ao modelo atendimento comunitário e territorial. Já entre os fatores que dificultaram a continuidade do cuidado: 1. inexistência de um serviço específico para o atendimento de demandas respiratórias graves relacionadas à covid-19; 2. desintegração dos profissionais da equipe de saúde antes da pandemia.

Os municípios que mais tiveram dificuldades de manter a continuidade do cuidado e não conseguiram realizar ações no território foram os que já apresentavam uma estrutura de APS frágil – cuja fragilidade mais relatada foi a de recursos humanos – e não tinham ações dos profissionais alinhados ao modelo de atendimento comunitário e territorial mesmo antes da pandemia da covid-19. Nesse sentido, a desintegração das equipes pode ser atribuída tanto às

deficiências estruturais da APS quanto aos processos de trabalho, assistenciais ou gerenciais, não alinhados às ações no território.

Ficou evidente que o status de fortalecimento da APS no município pareceu mais destacado para o impacto na continuidade do cuidado que o modelo de ESF em si. Reforça-se nesse quesito o componente histórico de desestruturação da ESF desde a revisão da PNAB 2017<sup>24</sup>.

Partindo da compreensão que o modelo de atenção ocorre como tradução prática dos conceitos estabelecidos previamente à estruturação das atividades de cuidado<sup>56</sup>, pode-se inferir que a desobrigação da presença de profissionais não médicos na equipe reforça o caráter biologicista<sup>57</sup>, além de minimizar a importância do vínculo com as famílias e arrefecer o potencial das ações de continuidade de cuidado no território.

### **Papel dos ACS no enfrentamento à pandemia de covid-19: estudo de caso qualitativo do município de Peruíbe**

A análise do discurso conduzida com os dados específicos do município de Peruíbe identificou três dimensões da ação municipal no combate à crise sanitária: 1) a organização do sistema de saúde; 2) as atividades das/dos ACS; e 3) a retomada da rotina da APS.

Em relação à dimensão da organização do sistema de saúde, no que se referia à rotina interna, o grupo entrevistado relatou capacitações e reuniões constantes para alinhamento de todos os procedimentos e acesso das equipes sobre novos protocolos de atenção à covid-19 baseados em evidências. Como uma doença nova, que nunca havia sido estudada, a covid-19 gerou muita desinformação e negacionismos. Assim, as/os profissionais reconheceram a importância de que neste município as ações propostas fossem respaldadas pela ciência, demonstrando preocupação em garantir a comunicação dentro das equipes, bem como oferecer treinamentos e capacitações.

No tocante à segunda dimensão analítica, as atividades dos ACS durante a pandemia foram endossadas pelo vínculo já existente entre o profissional e a população, contribuindo para o estabelecimento de comunicação entre eles. Um dos recursos mais utilizados para manter essa comunicação fluindo foram as ligações telefônicas e os aplicativos de mensagens. A capacidade de conexão das/dos ACS com a comunidade em que atuam, também foi ressaltada por Peretz et al.<sup>58</sup> Por outro lado, na ausência de contato por telefone, os ACS devidamente paramentados, realizavam essa ação. Esse monitoramento telefônico foi muito importante para garantir que as

peças com diagnóstico da doença pandêmica pudessem esclarecer as dúvidas e fossem orientadas sobre a necessidade de procurar os serviços de saúde, em caso de agravamento dos sintomas.

Por fim, a última dimensão analítica explora a retomada das ações de cuidado desempenhadas pelos ACS após o terceiro mês de enfrentamento à pandemia. A realização das visitas domiciliares, bem como dos grupos de promoção da saúde, desempenha importante papel na formação de vínculo com a comunidade, além de constituir ponte, traduzindo à unidade de APS a necessidade local dos usuários. Como a atuação dos ACS foi muito afetada logo no início do enfrentamento à pandemia de covid-19, o fortalecimento do vínculo entre comunidade e serviço de APS também foi afetado.

A retomada das atividades características dos ACS caracterizou-se por um processo inconstante e de contínua readaptação (devido às alterações de recomendação de circulação de pessoas à medida que os indicadores de controle da pandemia de covid-19 sofriam alteração). Todavia, deve ser reconhecida em seu potencial não apenas para a promoção da saúde, mas como aliados para reverter a desestruturação da ESF, explicitada na Política Nacional de Atenção Básica 2017. A transformação no papel das/dos ACS, a partir do momento que retirou a exigência de número mínimo de agentes nas equipes de saúde da família e preconizou aos que foram mantidas atribuições de enfermagem, reforçando uma racionalidade biomédica e um rompimento com o modelo da promoção da saúde<sup>57</sup>.

## **Percepção dos gestores municipais paulistas sobre os repasses financeiros e seus usos para o enfrentamento da covid-19**

A análise temática dos discursos aproximou a percepção dos gestores em relação às características de despesa total *per capita* em saúde, de participação das transferências para saúde e da receita própria aplicada à saúde em relação à despesa total do município com saúde. Os dois municípios estudo-caso com maior despesa *per capita* com saúde apresentaram destaque na atuação ESF. Por outro lado, os municípios sem estrutura ESF, Piracaia e Paulínia, foram os que receberam menos repasses federais.

Também foi avaliada a variação temporal das despesas com saúde pelos municípios no período entre 2020 e 2022. Apontou-se uma diminuição real dos valores repassados para o FMS no período, exceto os municípios de Fernandópolis e Jucituba, que tiveram maiores valores de repasses federais.

Houve homogeneidade entre os repasses totais *per capita* e os repasses de emendas parlamentares (EP), ou seja, os municípios com maiores repasses *per capita* tiveram também os maiores repasses de EP *per capita*. Contudo o menor repasse não configura a causa para a forma de administração dos recursos. Esse feito sugere que diante do “desfinanciamento”<sup>39,40,41</sup>, os recursos extraordinários representam a possibilidade de os gestores organizarem o sistema de saúde municipal segundo seu entendimento das necessidades de saúde e as respostas possíveis a elas, ainda que também nesse caso exista o engessamento do uso dos recursos.

Houve grande diversidade nas variáveis de gastos em saúde. Em comum foi identificado que os seis municípios avaliados apresentaram participação das despesas superior ao constitucional, que define despesas não inferiores a 15%<sup>43</sup>, apontando uma possível resiliência do nível local. Apontou também a participação das transferências para compor o gasto em saúde, principalmente nos municípios de menor renda, que dependem mais das transferências. Contudo em termos *per capita*, observou-se que nem sempre os municípios menos populosos são os mais beneficiados.

É possível supor que, no período recente, as EP vêm impactando grande parte das gestões locais do SUS, tendo em vista a influência dos repasses federais nos orçamentos municipais para a saúde. Em relação à APS, além da menção de um dos entrevistados sobre esse nível de atenção depender principalmente dos recursos próprios do município, a percepção dos gestores sobre a utilização dos recursos também aponta para a priorização da atenção hospitalar em detrimento do cuidado no âmbito do território.

A emersão espontânea dos repasses por EP no discurso de três gestores sugere lugar de destaque dessa modalidade para os participantes, confirmando a importância desses repasses. Para Baptista et al.<sup>59</sup> elas são instrumentos de participação do Legislativo no processo orçamentário, sendo a saúde é um dos principais setores de atuação desse mecanismo. A compulsoriedade da execução das EP a partir das Emendas Constitucionais nº 86, de 2015, e nº 100, de 2019, levou ao rápido crescimento desse tipo de despesa na área da saúde, em decorrência não apenas das emendas individuais e das de bancada estadual, mas também pelas emendas de relator<sup>60,61,62</sup>. Logo, é possível supor que, no período recente, as EP vêm impactando grande parte das gestões locais do SUS, tendo em vista a influência dos repasses federais nos orçamentos municipais para a saúde.

Contudo, a existência de um padrão instável de execução, entre outros efeitos indesejados nesse tipo de dispositivo, pode impactar negativamente o planejamento a médio e longo prazo. Além disso, a falta de um critério de distribuição dos recursos que promova a

equidade, pode beneficiar os municípios e estados de forma desigual; a falta de transparência na execução orçamentária desse dispositivo, que não promove o adequado controle da sociedade sobre o uso dos recursos financeiro<sup>59,60,63</sup>.

Alguns entrevistados expressaram importantes críticas à inadequação desse tipo de financiamento, confirmando a preocupação sobre essa sistemática de repasses em relação ao planejamento regional. Ainda assim, vale ressaltar que um relato demonstra que a gestão tinha um planejamento de uso do recurso em dois anos, a fim de manter o funcionamento de uma equipe de saúde da família (EqSF). Sugere-se que, em alguma medida, parte dos recursos de EP pode estar sendo direcionada para ações e serviços que eram contemplados por incentivos suprimidos na formulação da política de Atenção Básica mais recente, tal como os direcionados para as EqSF<sup>57,59</sup>. Infere-se que os relatos que demonstram satisfação da gestão no acesso aos recursos de EP relacionam-se mais com a autonomia na decisão das despesas em ações e serviços a partir do reconhecimento das necessidades locais<sup>64</sup>.

Por fim, cabe ressaltar, os relatos sugerem que parcela considerável dos recursos repassados foi empregada na contratação de empresas privadas para suprir necessidades da gestão em serviços de saúde durante a pandemia, como identificado em outro estudo sobre o papel dos gestores na pandemia<sup>54</sup>, indicando certa consolidação dessa tendência. A natureza excepcional do recurso extraordinário para o enfrentamento da covid-19 e irregular dos recursos de EP, junto com os constrangimentos sofridos pela gestão municipal para a contratação de pessoal, induzindo a terceirização<sup>65</sup>, reforçam o caráter mercantilizado do SUS ao promover a participação de agentes privados no provimento das ASPS.

## **Estratégias desenvolvidas na APS durante a pandemia de covid-19 no Brasil – Revisão de escopo rápida**

Para realização da análise e discussão dos resultados sobre as estratégias desenvolvidas na APS durante a pandemia de covid-19 no Brasil, 49 registros foram incluídos e discutidos à luz da Teoria do Processo de Trabalho em Saúde. A análise desses registros identificou 226 intervenções, apresentadas de forma combinada (n=30) ou não (n=19) nos registros, que foram classificadas em estratégias de origem gerencial ou assistencial.



A característica das estratégias de enfrentamento da covid-19, de criação, adaptação ou manutenção das ações apontou em âmbito gerencial como também o assistencial a maioria das propostas de novas ações, sendo de maneira mais expressiva entre as estratégias gerenciais.

A maioria das publicações (n=30) apresentou barreiras e ou facilitadores em implementação das estratégias e ações. Dentro do levantamento das estratégias gerenciais e assistenciais, foram destacados barreiras e facilitadores que estiveram organizadas em níveis: usuário, profissional, serviços e sistemas.

Quadro 5: Barreiras e facilitadores à implementação de estratégias e ações da APS no Brasil, segundo nível

Nível de categorias	Implementação de estratégias e ações	
	Barreiras	Facilitadores
Usuário	Adaptação e acesso dos usuários à novas tecnologias para teleatendimento ou práticas online <sup>66,67,68,69,70,71,72</sup> Acesso à informação qualificada <sup>68,70,73</sup> Convencimento sobre os riscos das conversas e aglomerações nas UBS <sup>74</sup>	Colaboração da população <sup>75</sup> , aumento do vínculo e acolhimento <sup>76,88,78,79,80</sup> Aumento da adesão dos pacientes via remota <sup>72,74</sup>
Profissional	Dificuldade de manejar tecnologias ou Equipamento de Proteção Individual (EPI) <sup>73,81,82</sup> comunicação com os usuários <sup>83,84,85</sup> Disponibilidade de EPI <sup>86,87</sup> acesso a internet <sup>88</sup> sobrecarga de trabalho <sup>84</sup>	Disponibilidade de capacitações <sup>70,86,87</sup> maior aproximação entre os profissionais <sup>84,89</sup> Empenho e comprometimento dos profissionais <sup>90</sup> Reuniões multidisciplinares <sup>91</sup> Reconhecimento profissional <sup>92</sup>
Serviço	Falta de EPI <sup>79,82,90,93,94</sup> , Reorganização do fluxo de trabalho e novos protocolos <sup>73,95,96,97,98</sup> , Acesso a internet <sup>88</sup> Espaço físico limitado <sup>85,99,100</sup>	Uso de tecnologias remotas <sup>89,101,102</sup> , Horários alternativos de funcionamento <sup>93</sup> Articulação com os dispositivos comunitários do território <sup>103</sup> Transmissão de conteúdos <sup>89</sup>
Sistema	Dificuldades dos testes diagnósticos <sup>79,104</sup> e Financiamento <sup>80,93</sup>	Utilização de novos protocolos e diretrizes <sup>8,89,105</sup>

Fonte: Pesquisa “A política de Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia nos municípios paulistas”.  
Elaboração própria.

Tanto em relação à realização de grupos de promoção à saúde, quanto às visitas domiciliares, foi observado perfil prioritário para determinadas condições de saúde. Não é possível afirmar, mas torna-se necessário questionar se tal comportamento de priorização a alguns grupos de pessoas que convivem com condições clínicas já não era um padrão definido

antes da pandemia de covid-19, mas que se tornou mais evidenciado neste cenário imposto pelo distanciamento social e suspensão das consultas de rotina.

Ainda sobre essa priorização de alguns grupos populacionais, cabe refletir se não seriam uma resposta à necessidade imposta pelo novo modelo de financiamento da APS, que entrou em vigor no período durante a pandemia<sup>26,106</sup>.

Desta forma, para além da suspensão das atividades em grupo, que caracteriza um modelo de atenção mais centrado na doença, do que na promoção da saúde e prevenção de agravos, este resultado levanta também a reflexão de que apesar de referir-se a uma nova estratégia, ela mantém em sua essência a mesma tecnologia operante das consultas individuais presenciais.

Assim, pode-se interpretar que muitas das propostas compreendidas como novas, em sua natureza, referem-se a uma adaptação dos processos de trabalho na busca em manter a rotina dos serviços. Ao mesmo tempo, esta resposta à nova necessidade imposta pela pandemia, no sentido de permitir um acompanhamento mais próximo para grupos considerados prioritários, sinaliza a operacionalização de um modelo de atenção que valoriza o cuidado longitudinal - mesmo este não sendo ofertado a toda a população do território.

## **Plano de Tradução do Conhecimento**

A restituição dos resultados foi organizada a partir da elaboração de um plano de tradução do conhecimento<sup>107,108</sup> e incluiu: a produção de materiais acadêmicos, com artigos e apresentação em congresso e seminários online. Além disso, foram produzidos 3 infográficos, um seminário executivo e um evento de encerramento para restituição dos resultados aos participantes. Cabe salientar que parte importante do plano de tradução do conhecimento consistiu na realização de reuniões periódicas com os parceiros, visando construir, de modo participativo, todas as etapas da pesquisa.

Abaixo, estão listados os produtos que integram o plano de tradução do conhecimento:

### **Eixo: divulgação acadêmico-científica**

#### **Artigo 1: Papel da Atenção Primária no enfrentamento da covid-19 nos municípios do Estado de São Paulo segundo porte populacional**

O artigo descreve o caminho metodológico e os critérios de escolha para definição do porte populacional como opção que permitisse análise adequada dos municípios

de maneira a considerar a diversidade de modelos existentes. Descreve as características do enfrentamento à pandemia da covid-19 de acordo com o porte populacional dos municípios

### **Artigo 2: Estratégias dos serviços de atenção primária durante a pandemia da covid-19 no Brasil: uma revisão de escopo**

O estudo identificou e mapeou sistematicamente evidências sobre as estratégias desenvolvidas na APS durante a pandemia de covid-19 no Brasil, além do levantamento de lacunas de pesquisa para apoiar a elaboração de futuras investigações. Revisão de escopo, conforme protocolo publicado (<https://doi.org/10.5281/zenodo.6461683>). Os resultados permitiram avaliação das características dos estudos e das ações, a identificação das estratégias e ações em âmbitos gerencial e assistencial e tipo de ação (criação, adaptação ou manutenção), barreiras e facilitadores.

### **Artigo 3: O papel dos agentes comunitários de saúde no enfrentamento à pandemia de covid-19, o caso de Peruíbe (SP), Brasil**

Descreve os achados do estudo de caso qualitativo do município de Peruíbe (SP). Teve como objetivo identificar o papel dos/as agentes comunitários de saúde na implementação das ações de atenção primária na pandemia da covid-19 no município de Peruíbe (SP). Trata-se de um estudo de caso qualitativo, orientado pela perspectiva teórica proposta por Lipsky (1980), segundo a qual os burocratas de nível de rua (BNR) têm um papel central na implementação das políticas públicas. A ferramenta de pesquisa foi a entrevista semiestruturada, realizada com quatro BNR (dois agentes comunitários de saúde, um médico e uma enfermeira) e quatro gestores da saúde local.

### **Artigo 4: Continuidade do cuidado e ações no território durante a covid-19 em municípios de São Paulo: facilitadores e limitadores**

O estudo apresenta os resultados da etapa qualitativa do projeto, com base nas entrevistas realizadas com 37 gestores e profissionais da saúde, realizado em 6 municípios escolhidos de acordo com as características da estrutura da APS e desempenho da continuidade das ações durante a pandemia de covid-19.

## **Artigo 5: Repasses financeiros para o enfrentamento da covid-19 na perspectiva de gestores municipais do estado de São Paulo**

O objetivo do estudo foi identificar a percepção dos gestores municipais sobre os recursos extraordinários e seus usos para o enfrentamento da covid-19. Trata-se de estudos de caso múltiplos, quantiquantitativo, com triangulação de dados. Foram analisados dados secundários extraídos de sistemas de informação para o período 2020 a 2022. Evidenciou-se que os recursos para o enfrentamento à covid-19 foram alocados principalmente na média e alta complexidade e na contratação de empresas privadas.

## **Artigo 6: Análise da proposta de tipologia dos municípios paulistas segundo arranjo organizativo da APS**

O estudo propõe análise dos serviços realizados nos municípios a partir da tipologia dos municípios segundo arranjo organizativo da APS. Trata-se de uma abordagem a partir de dados secundários em que foram utilizados como base de dados as respostas obtidas da edição de 2017 da avaliação dos serviços de Atenção básica, QualiAB, com foco na estrutura e organização do processo de trabalho.

Foi realizada uma participação para apresentação da pesquisa e resultados parciais no **I Seminário de Pesquisa Científica no SUS – São Paulo: Contribuições e desafios para o enfrentamento da pandemia de COVID-19**.

A apresentação ocorreu no dia 29 de setembro de 2022, pela pesquisadora Mariana Tarricone Garcia, na modalidade síncrona, com gravação disponível publicamente na plataforma YouTube®, que permanece disponível no link <https://www.youtube.com/watch?v=3hVPlwZBng4>

No mês de novembro de 2022, nos dias 21 a 24, a pesquisadora Ligia Schiavon Duarte participou do 13º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva da ABRASCO, de 21 a 24 de novembro de 2022, em Salvador, e da oficina pré-congresso “Introdução à teoria Marxista da dependência e saúde” (ANEXOS C e D).

Foram apresentados dois trabalhos científicos, conforme a seguir

- As organizações sociais de saúde na gestão das unidades básicas de saúde nos municípios paulistas. (ANEXO E).

Autoras: Ligia Schiavon Duarte; Mariana Tarricone Garcia; Maria Mercedes Loureiro Escuder; Tereza Etsuko da Costa Rosa; Maria Izabel Sanches Costa; Mônica Martins de Oliveira Viana. Modalidade: apresentação curta

- A contratação do profissional médico para atuação na atenção primária nos municípios paulistas.

Autoras: Ligia Schiavon Duarte; Mariana Tarricone Garcia; Maria Mercedes Loureiro Escuder; Tereza Etsuko da Costa Rosa; Maria Izabel Sanches Costa; Mônica Martins de Oliveira Viana. Modalidade: apresentação curta

### **Eixo: divulgação por meio de material gráfico (produto técnico)**

A série de infográficos foi publicada em fevereiro de 2023 como boletins contendo resultados preliminares da pesquisa, com tema principal “A Atenção primária e covid-19 nos municípios paulistas”.

Infográfico nº1: Ações para o enfrentamento da pandemia (ANEXO F);

Infográfico nº 2: Continuidade do cuidado durante a pandemia (ANEXO G);

Infográfico nº3: Estratégias de gestão da APS (ANEXO H); e

Sumário Executivo (ANEXO I).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Em relação à estrutura de APS existente antes da pandemia, os dados referentes ao Quali AB 2017 permitem constatar a existência de múltiplos arranjos segundo tipos de unidades de Atenção Primária, que vão desde Unidades totalmente ESF e totalmente no formato de UBS Tradicional, até aquelas que agregam vários tipos, ou seja, são heterogêneos. Nos grupos de municípios Homogêneos – Mistos, Homogêneos - ESF e Heterogêneos – ESF e Mistos consideramos que eles se destacam positivamente em relação a algumas variáveis relacionadas à vinculação ao território, tais como a adscrição de clientela, realização frequente de reuniões de equipe e trabalho interdisciplinar. Também nestas equipes mais inclinadas ao modelo ESF observou-se maior tendência em investir em ações de articulação da Rede de Assistência à Saúde. Contudo, se considerarmos a elevada frequência de municípios heterogêneos e menos vinculadas a ESF, desenha-se um cenário de inconstância na abordagem territorial no estado de São Paulo.

Durante o curso da pandemia, segundo demonstraram os resultados do inquérito junto aos municípios, essa heterogeneidade da APS e da abordagem territorial parecem ter impactado as respostas encontradas na organização dos serviços.

Apesar de ter sido unânime a preocupação dos gestores em propor diretrizes voltadas para a construção de respostas qualificadas e articuladas com a APS, mesmo frente às diretrizes contraditórias do âmbito federal que no início da pandemia conferiam centralidade aos casos mais graves e à atenção hospitalar, dentro da diversidade de arranjos de APS e de vinculação o território, não foi possível observar radicalidade na formulação de respostas que possam ser consideradas de APS abrangente ou de cuidado ampliado. As ações intersetoriais, de cuidado comunitário, de utilização da perspectiva territorial para compor o planejamento das ações mostraram-se ainda retraídas em relação às ações de caráter médico-curativo e individual para os casos de covid-19.

Em relação ao fomento de respostas de cuidado ampliado, os municípios de menor porte, que se estruturam a partir da APS com maior tendência ao modelo heterogêneo, com ESF, tiveram um desempenho superior, o que endossa a relevância de que se construa uma cultura permanente de aproximação entre as equipes APS e o território e que se invista constantemente na constituição de vínculos de confiança e responsabilidade socio sanitária entre as equipes e a população.

Ademais, os resultados referentes ao inquérito identificaram interrupções ainda que momentânea em importantes fluxos da APS durante 2020 e 2021, podendo ter ocasionado em consequências graves na adscrição da clientela, no cuidado aos crônicos e no trabalho em equipe, o que remete à necessidade de monitorar as questões sobre o cuidado a sequelas pós-covid-19 e sobre a constituição das redes e do cuidado ampliado.

Nesse sentido da construção do cuidado ampliado, pensando na retomada da continuidade do cuidado e das ações no território, a etapa qualitativa do presente estudo oferece informações relevantes acerca de potenciais barreiras e facilitadores para esse movimento.

Foram identificados dois fatores facilitadores: a existência de uma estrutura de APS adequada antes da pandemia e o alinhamento das ações dos profissionais de saúde ao modelo de atendimento comunitário e territorial. E, quanto a barreiras, dois foram evidenciadas: a ausência de fluxo claro, e nas dimensões adequadas, para o encaminhamento de casos graves, especialmente em municípios menores, e a desintegração dos profissionais da equipe de saúde antes da pandemia da covid-19.

Os dados demonstraram que os municípios que já tinham uma APS mais estruturada antes da pandemia da covid-19 foram os que menos encontraram dificuldade em manter a continuidade do cuidado. Contudo, não se observou relação direta entre barreiras e facilitadores e o modelo de atenção (ESF e não ESF), sendo que o mais determinante parece ter sido a convergência de investimento político e orçamentário em prol do cuidado ampliado.

Ao se detalhar o trabalho dos Agentes Comunitários, por exemplo, constatou-se que esse grupo foi de extrema importância nas atividades desenvolvidas pela atenção primária no enfrentamento da crise provocada pela covid-19, tendo participado ativamente das ações de prevenção, rastreamento, monitoramento e cuidado ofertado à população.

O conhecimento dos ACS do território e sua capacidade de conexão com a comunidade facilitaram muito as diversas atividades de promoção à saúde que elas e eles realizaram, tanto na pandemia quanto no período pós-pandêmico. Nesse sentido, podemos dizer que esses profissionais são fundamentais na APS não apenas no dia a dia dos serviços e controle de crises sanitárias, como são fundamentais para a retomada de uma política nacional de Atenção Básica alinhada com o cuidado ampliado e com os princípios fundamentais e organizativos do SUS.

O papel dos gestores municipais da saúde também esteve em destaque nos resultados obtidos. Ficou evidenciada a complexidade inerente aos fluxos e normativas em relação aos repasses financeiros e aos processos de execução de recursos. E, mesmo assim, identificou-se a preocupação dos gestores em conseguir compreender as necessidades locais regionais e fazer uso reflexivo dos recursos, ainda que dentro da heterogeneidade que atravessa a desigualdade entre os municípios.

Assim, dado o relevante envolvimento e engajamento dos gestores municipais no planejamento e execução dos recursos para a saúde, encontrando saídas pragmáticas que atendiam às demandas locais, notou-se seu papel de destaque em influenciar os rumos do modelo de atenção no SUS.

O panorama construído ao longo da presente pesquisa a respeito da organização da APS para o enfrentamento da pandemia converge com os dados obtidos na revisão de escopo, e que se refere a iniciativas oriundas em âmbito nacional. A revisão reiterou, para o Brasil a existência de vários projetos em disputa nos serviços de APS, compostos por diferentes objetos, instrumentos de trabalho e ações dos profissionais, que explicitam distintos modelos de atenção produzidos no processo de trabalho. Assim, boa parte das iniciativas produzidas para o cuidado durante a pandemia esbarraram em dificuldades prévias e se pautaram na reprodução da lógica biologicista e curativista do cuidado.



Considerando os múltiplos resultados obtidos ao longo desta pesquisa, listamos abaixo uma síntese com os principais aspectos que acreditamos ser útil na formulação de propostas para a gestão dos serviços.

- Os municípios empreenderam muita energia para implementar ações de enfrentamento à Covid-19, sendo que as características próprias, como a multiplicidade das estruturas da APS e as Redes de Atenção à Saúde, influenciaram diretamente na capacidade de resposta, gerando ações muito diversas.
- Foram necessários grandes esforços para coordenação dos recursos humanos e de insumos em momento de grande escassez.
- Os contextos diversos influenciaram a implementação de ações, sendo especialmente desafiadoras as condições dos municípios de médio porte (entre 10 mil e 50 mil habitantes), onde a rede de APS não se mostrou suficiente e, por esse motivo, foram necessárias a formação de arranjos e articulações regionais que anteriormente não existiam.
- Em relação ao cuidado, os casos com usuários mais graves muitas vezes demandaram toda atenção, em detrimento dos demais usuários.
- Além da demanda dos casos mais graves, a vacinação também requereu um novo olhar sobre o fluxo de atendimentos.
- Pelas necessidades de reestruturação da organização dos serviços e de seus fluxos, houve represamento das demandas consideradas regulares nos serviços da APS, que agora passam a pressionar a própria rede.
- É preciso sempre considerar que há diferenças regionais, e que as demandas por oferta de serviços na APS são influenciadas por elas.
- O porte populacional pode influenciar no quão preparada a APS de um município se encontra, especialmente no que diz respeito à sua articulação com as redes, e isso influenciará a resposta e as necessidades dos serviços em momentos de crise.
- A APS abrangente, fortalecida e atuante como ordenadora do cuidado, é fundamental para enfrentamento de situações que precisam ser encaradas fora do contexto da “Normalidade”, e isso inclui o constante processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) e pactuação dos fluxos para as Redes de Atenção à Saúde.

Por fim, para além das emergências, há questões que merecem reflexão para que se busque o fortalecimento constante da APS:

- A conformação de estratégias de apoio aos gestores municipais e as articulações intersetoriais, bem como as iniciativas de educação permanente, para gestores e trabalhadores, poderiam se tornar ações sistemáticas.
- A APS se realiza por e para pessoas. O estabelecimento de vínculos afetivos e efetivos entre equipe da APS e a população fortalecem a confiança nas recomendações, o que é essencial não somente em momento de crises. Portanto, é necessário investir nos processos de vinculação com recomendações explícitas, pactuação clara e condições de trabalho adequadas para que essa relação se estabeleça.
- As equipes precisam trabalhar com número adequado de profissionais e em proporção adequada do número de usuários sob sua responsabilidade, para conseguirem em sua atuação garantir oportuna gestão do tempo, centrada nas necessidades de saúde dos usuários e singularidade dos territórios.
- As estratégias de cuidado atualmente são centradas nas consultas individuais, mas um esforço para impulsionar ações de promoção da saúde e estímulo ao autocuidado, a fim de reduzir a dependência extrema em relação às recomendações médicas e à medicalização, podem apresentar bons resultados.
- As aquisições tecnológicas realizadas nesse período pandêmico, com incremento das ações virtuais, tendem a seguir sendo utilizadas e podem auxiliar as equipes desde os processos de vinculação até novas estratégias que diversifiquem o cuidado.

## REFERÊNCIAS

1. Souza CDF, Gois-Santos VT, Correia DS, Martins-Filho PR, Santos VS. The need to strengthen Primary Health Care in Brazil in the context of the Covid-19 pandemic. *Braz oral Res* [Internet]. 2020;34:e47. Available from: <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2020.vol34.0047>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (Covid-19) na Atenção Primária à Saúde. 2020a. Acesso em: 10 jun 2020.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota técnica 10/2020 - COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2020b.
4. Lotta G, Wenham C, Nunes J, Pimenta DN. Community health workers reveal Covid-19 disaster in Brazil. *The Lancet*, v. 396, July 10, 2020. Acesso em: 20 ago 2020. [Internet] [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)31521-X.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)31521-X.pdf).
5. Vitória AM, Campos GWS. Só com APS forte o sistema pode ser capaz de achatar a curva de crescimento da pandemia e garantir suficiência de leitos UTI. COSEMSSP São Paulo, 2020. Acesso em: 20 jul 2020 Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2020/04/So-APS-forte-para-ter-leitos-UTI-.pdf>.
6. Daumas RP, Silva GA, Tasca R, Leite IC, Brasil P, Greco DB, Grabois V, Campos GWS. O papel da Atenção Primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da Covid-19. *Cad Saude Publica*, Rio de Janeiro 2020;36(6):e00104120. Acesso em: 08 ago 2020. [Internet] Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00104120>.
7. Engstrom E, Melo E, Giovanella L, Mendes A, Grabois V, Mendonça MHM. Recomendações para a organização da atenção primária à saúde no SUS no enfrentamento da Covid-19. Observatório Covid-19: Série Linha de cuidado Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde. Rio de Janeiro. Fiocruz, maio/2020. <https://portal.fiocruz.br/documento/recomendacoes-para-organizacao-da-aps-no-sus-no-enfrentamento-da-covid-19>.
8. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2020;29 2020;29(2):e2020166. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>.
9. World Health Organization-Who, Fundo das Nações Unidas para Infância-Unicef. Community-based health care, including outreach and campaigns, in the context of the Covid-19 pandemic. Interim guidance. Genebra 2020. [Internet] Available from: [https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Comm\\_health\\_care-2020.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Comm_health_care-2020.1).
10. Fundação O, Cruz, Maierovitch C, Vasquez E. A resposta do Sistema Único de Saúde à epidemia de Zika Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde [Internet]. [cited 2023 Apr 14]. Available from: <https://apsredes.org/pdf/sus-30-anos/08.pdf>
11. Massuda A, Malik A, Cintra W, Junior F, Gonzalo V, Neto M, et al. Pontos-chave para Gestão do SUS na Resposta à Pandemia COVID-19 [Internet]. [cited 2023 Jul 12].

Available from: <https://apsredes.org/wp-content/uploads/2020/04/IEPS-GVSaude-NT6.pdf>

12. Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo–COSEMSSP. Manejo clínico e tratamento farmacológico de casos leves e moderados da Covid-19 - evidências científicas para orientar a tomada de decisão. Nota Técnica COSEMS/SP nº 09/2020. São Paulo: COSEMS; 2020.
13. Conselho de Secretários Municipais de Saúde-COSEMS, Secretaria de Estado da Saúde-SESSP. Organização das ações na atenção primária à saúde no contexto da Covid-19. 2020;2. Acesso em: 20 jul 2020.
14. Aguilar-Guerrvelasa TL, Reed G. Mobilizing Primary Health Care: Cuba's Powerful Weapon against Covid-19. *MEDICC Review*, Oakland CA. 2020;22(2), p.53-57.
15. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; Cebes; 2012. p. 493- 545.
16. Giovanella L, Mendonça MHM, Buss PM, Fleury S, Gadelha CAG, Galvão LAC, Santos RF. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cad. Saude Publica*, Rio de Janeiro. 2019; 35(3):e00012219. Acesso em: 10 jun 2020. [Internet] Divulgado em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00012219>.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 2012. Brasília, (Série E. Legislação em Saúde)
18. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006 Sep;11(3):669–81.
19. Capilheira M, Santos IS. Doenças crônicas não transmissíveis: desempenho no cuidado médico em atenção primária à saúde no sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2011 Jun;27(6):1143–53.
20. Thumé E, Facchini LA, Tomasi E, Vieira LAS. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. *Revista de Saúde Pública*. 2010 Dec;44(6):1102–11.
21. Kessler M, Thumé E, Duro SMS, Tomasi E, Siqueira FCV, Silveira DS, et al. Ações educativas e de promoção da saúde em equipes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Rio Grande do Sul, Brasil\*. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2018 Jun;27(2).
22. Neves RG, Duro SMS, Flores TR, Nunes BP, Costa C dos S, Wendt A, et al. Atenção oferecida aos idosos portadores de hipertensão: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cadernos de Saúde Pública*. 2017 Aug 7;33(7).
23. Magalhães Júnior HM, Pinto HA. Primary Care as network ordinator and care coordinator: is it still utopia? *Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro. 2014;51:14-29. [Internet] Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2023/02/Divulgacao-51.pdf>.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 22 Set 2017

25. Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, Andrade GCL. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saude em Debate*. Rio de Janeiro. 2018; 42(esp.1):38-51. [Internet] Divulgado em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS, alterando a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União*; 2019.
27. Creswell JW, Plano Clark VL. *Pesquisa de Métodos Mistos*. 2ª Edição. Porto Alegre: Penso; 2013.
28. Dourado I, Oliveira VB, Aquino R, Bonolo P, Lima-Costa MF, Medina MG, et al. Trends in Primary Health Care-sensitive Conditions in Brazil. *Medical Care*. 2011 Jun;49(6):577–84.
29. Aquino R, de Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. *American journal of public health* [Internet]. 2009;99(1):87–93. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19008516>
30. Venancio SI, Rosa TE da C, Sanches MTC, Shigeno EY, Souza JMP. Efetividade da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança no Estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* [Internet]. 2016;16:271–81. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/HS67VmfXb3sYFLsVrK8JTrJ/?lang=pt>
31. Tanaka OY. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. *Saude e Soc* [Internet]. 2011 oct; 20(4):927-934. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400010>.
32. Castro ALB, Andrade CLT, Machado CV, Lima LD. Condições socioeconômicas, oferta de médicos e internações por condições sensíveis à atenção primária em grandes municípios do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2015; 31(11):2353-2366. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/28432>.
33. Pereira JCR. *Análise de dados quantitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais*. São Paulo: Edusp. 2004. *Epidemiol de Serv Saúde*. 2020; 29(2):e2020166. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>.
34. Yin, R.K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2. ed. Porto Alegre, RS: Bookman, 2001.
35. Champagne, F. A análise da implantação. In: BROUSSELLE, A. et al. (Orgs.). *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2011. p. 217-238.
36. Peters D, Tran N, Adam T. *GUÍA PRÁCTICA INVESTIGACIÓN SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS DE SALUD: Alianza para la investigación em Políticas y Sistemas de Salud*. Genebra: Organização Mundial de la Salud, 2013. 69p.
37. Minayo MCS. *O Desafio do conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro, Hucitec-ABRASCO, 1992.
38. Lipsky M. *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russell Sage Foundation. *Politics & Society* 1980;10(1):116–116. [Acesso 28/04/2023] Available from:: <https://www.jstor.org/stable/10.7758/9781610447713>
39. Servo LMS, Santos MAB, Vieira FS, Benevides RPS. Financiamento do SUS e covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. *Saúde debate*. 2020; 44(Esp.4):114–29.
40. Funcia F, Bresciani LP, Benevides R, Ocké-Reis CO. Análise do financiamento federal do Sistema Único de Saúde para o enfrentamento da covid-19. *Saúde debate*. 2022Jan;46(133):263–76.

41. Mendes Á, Melo MA, Carnut L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2022;38(2):e00164621. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00164621>
42. Brasil. Ministério da Saúde (MS). SIOPS: Indicadores Municipais [Internet]. DATASUS; 2019 [acessado 2023 mar 6]. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/consdetalhereenvio2.php>
43. **Brasil.** [Lei Complementar Nº 141, de 13 de janeiro 2012](#). Dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2012;13 jan.
44. Viana, MMO et al. Estratégias desenvolvidas nos serviços de atenção primária à saúde durante a pandemia da Covid - 19 no Brasil: uma revisão de escopo rápida – Protocolo. 2022.
45. Conselho Nacional de Saúde-CONEP. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. [Internet] <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. *Diário Oficial da União* 2016; 24 maio.
46. Conselho Nacional de Saúde-CONEP. Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS. Brasília, 03 de março de 2021.
47. Campos GW. SUS: o que e como fazer? *Cien saúde colet* [Internet]. 2018jun; 23(6):1707–1714. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05582018>.
48. Fernandez M, Fernandes LMM, Massuda A. A Atenção Primária à Saúde na pandemia da COVID-19: uma análise dos planos de resposta à crise sanitária no Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2022;17(44):3336. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3336>.
49. Brasil Ministério da Saúde. Portaria nº 1.445 de 29 de maio de 2020. Institui os Centros de Atendimento para Enfrentamento à Covid-19, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19). *Diário Oficial da União* 2020, 1 jun.
50. Frota AC, Barreto ICHC, Carvalho ALB, Ouverney ALM, Andrade LOM, Machado NMS. Vínculo longitudinal da Estratégia Saúde da Família na linha de frente da pandemia da Covid-19. *Saúde debate*. 2022; 46(spe1):131–151. Disponível em: <https://saudeemdebate.emnuvens.com.br/sed/article/view/5969>.
51. Massuda A, Malik AM, Vecina Neto G, Tasca R, Ferreira Junior WC. A resiliência do Sistema Único de Saúde frente à COVID-19. *Cad. EBAPE.BR*. Rio de Janeiro. 2021nov;19(supl):735-744.
52. Ayres RCM, Santos L. Ricardo Bruno: Saúde, sociedade & história. São Paulo: Hucitec, 2017 – PAIM 2017 e para Mendes-Gonçalves 2017.
53. Duarte LS, Viana MM de O, Scalco N, Garcia MT, Felipe LV. Incentivos financeiros para mudança de modelo na atenção básica dos municípios paulistas. *Saude soc* [Internet]. 2023;32(1):e210401pt. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023210401pt>.
54. Tasca R, Carrera MBM, Malik AM, Schiesari LMC, Bigoni A, Costa CF, et al. Gerenciando o SUS no nível municipal ante a Covid-19: uma análise preliminar. *Saúde Debate*, 46(spe1):15–32. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E101>.



55. Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Campos GWS organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 2012, p.783-835.
56. Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM de, Aquino R, . Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. Cad Saúde Pública [Internet]. 2020;36(8):e00149720. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720>
57. Morosini MV, Fonseca AF. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. Saúde debate. 2018; 42:261–7
58. Peretz PJ, Islam N, Matiz LA. Community Health Workers and covid-19 — Addressing Social Determinants of Health in Times of Crisis and Beyond. N Engl J Med Overseas Ed 2020;383(19):e108. [Acesso 28/04/2023] Available from: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2022641>
59. Baptista TWF, Machado CV, Lima LD, Garcia M, Andrade CLT, Gerassi CD. As emendas parlamentares no orçamento federal da saúde. Cad Saúde Pública, 2012 28(12), 2267–2279. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001400006>
60. Vieira FS. Emendas parlamentares ao orçamento federal do SUS: método para estimação dos repasses a cada município favorecido, segundo áreas de alocação dos recursos (2015-2020). Ipea Rio de Janeiro. 2022; Texto para Discussão 2732. <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/11079>
61. Vieira FS. O financiamento da saúde no Brasil e as metas da Agenda 2030: alto risco de insucesso. Rev Saúde Pública 2020;54:127.
62. Piola SF, Vieira FS. As emendas parlamentares e a alocação de recursos federais no Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Ipea; 2019. Texto para Discussão, 2497. <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9354>
63. Carnut L, Andre ECG, Mendes Á, Meira ALP. Emendas parlamentares em saúde no contexto do orçamento federal: entre o ‘é’ e o ‘dever ser’ da alocação de recursos. Saúde debate. 2021Apr;45 (129):467–480.
64. Duarte LS, Mendes ÁN, Louvison MCP. O processo de regionalização do SUS e a autonomia municipal no uso dos recursos financeiros: uma análise do estado de São Paulo (2009-2014). Saúde debate 2018 Jan;42(116):25–37.
65. Santos JA, Mendes ÁN, Pereira AC, Paranhos, LR. Análise do financiamento e gasto do Sistema Único de Saúde dos municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 2017;22(4), 1269–1280.
66. Dimer NA, do Canto-Soares N, dos Santos-Teixeira L, de Goulart BNG. The COVID-19 pandemic and the implementation of telehealth in speech-language and hearing therapy for patients at home: An experience report. CODAS. 2020;32(3).
67. Farias LABG, Colares MP, Barretoti FK de A, Cavalcanti LP de G. O papel da atenção primária no combate ao covid-19: impacto na saúde pública e perspectivas futuras. Rev bras med fam comunidade. 2020;15(42):2455–2455.
68. Gois-Santos VT, Santos VS, de Souza CDF, Tavares CSS, Gurgel RQ, Martins-Filho PR. Primary health care in Brazil in the times of COVID-19: Changes, challenges and perspectives. Rev Assoc Med Bras. 2021;66(7):876–9.
69. Santos SM, Reis DS, Souza CRC, Cunha VMM, Chazan ACS. Terapia comunitária integrativa no enfrentamento à pandemia: uma rede on-line de apoio solidário. In: Teixeira CP et al (org.). covid-19 e Atenção Primária: as experiências nos territórios (Rede PROFSAÚDE). Rio de Janeiro: ANAIS/SESSÕES TEMÁTICAS /

- PROFSAÚDE, 2020. 142 p.
70. Souza JP, Garcia EG, Nascimento AS, Brito RS, Greszgorz Júnior IL, Bonfim JM. Contribuições do programa mais médicos no enfrentamento da pandemia de covid-19 na Bahia. *Rev baiana saúde pública*. 2021;45:108–19.
  71. Brasileiro HMLM, Monte CD, Santos WJ, Meira MA, Pereira ANX, Ramos RLL, et al. Controle glicêmico à distância dos idosos diabéticos insulinizados: uma experiência da atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em tempos de pandemia da covid-19. *APS em revista*. 2021, 3(3), 168–175.
  72. Becchi AC, Moisés SCC, Lovato NS, Harami GH, Alcântara VCS, Barbosa VCAA, et al. Incentivo a prática da atividade física: estratégias do NASF em meio à Pandemia de covid-19. *APS em revista*. 2021, 3(3), 176–181.
  73. Coelho OCS, Ferreira ATM, Mendonça RD. Pandemia covid-19 e Ações do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica na Rede SUS. *APS em revista*. 2021, 3(3), 156–167.
  74. Mendes AO, Campanha GSC, Silva CS, Medeiros H. Ampliação do acesso através de ferramentas virtuais. In: Teixeira, CP et al (Org.). covid-19 e Atenção Primária: As Experiências Nos Territórios (Rede PROFSAÚDE). Rio de Janeiro: anais/sessões temáticas / PROFSAÚDE, 2020. 142 P.
  75. Belfort IKP, Costa VC, Monteiro SCM. Acolhimento na estratégia saúde da família durante a pandemia da covid-19. *APS em revista* 2021, 3(1), 03–08.
  76. Ferreira MGBL, Santos TC, Santos RC, Lucena MLF, Santos CF, Araújo HMSS, et al. Estratégias de Enfrentamento da covid-19 na Perspectiva da Atenção Primária de Saúde: Relato de Experiência da ESF Branca II. In: Teixeira, CP et al (Org.). covid-19 e Atenção Primária: As Experiências Nos Territórios (Rede PROFSAÚDE). Rio de Janeiro: anais/sessões temáticas / PROFSAÚDE, 2020. 142 P.
  77. Gutiérrez-Murillo RS. The Family Health Strategy and Its Relevance to Geriatric Immunisation Campaigns Against COVID-19 in Brazil. *Electro J Gen Med*. 2022;19(2).
  78. Parente NC, Matta MFSSR, Brasil MA, Moreira MRC, Machado MFAS. Teleconsultas de usuários com suspeita de covid-19: uma experiência na estratégia saúde da família. In: Teixeira CP et al (org.). covid-19 e Atenção Primária: as experiências nos territórios (Rede PROFSAÚDE). Rio de Janeiro: ANAIS/SESSÕES TEMÁTICAS / PROFSAÚDE, 2020. 142 p.
  79. Ribeiro MA, Júnior DGA, Cavalcante ASP, Martins AF, Sousa LA, Carvalho RC, et al. (RE)Organização da Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da covid-19: Experiência de Sobral-CE. *APS em revista*. 2020, 2(2), 177–188.
  80. Rios AFM, Lira LSSP Reis, Ilana Menezes S, Gabriela Andrade. Atenção Primária à Saúde frente à covid-19: Relato de experiência de um Centro de Saúde. *Enferm foco (Brasília)*. 2020;11(1):246–51.
  81. Rodrigues AP, Felipe CR, Lima DB, Costa LRO, Fernandes PF, Silva RPP, Fernandes RM, Lazarini WS. Telemonitoramento como estratégia de cuidado longitudinal a grupos prioritários em tempos da covid-19: uma experiência na atenção primária à saúde do município de Vitória-ES. *APS em revista*. 2020, 2(2), 189–196.
  82. Silveira JPM, Zonta R. Experiência de reorganização da APS para o enfrentamento da covid-19 em Florianópolis. *APS em Revista* 2020; 2:91-6.



83. Cruz NMLV, Souza EB, Sampaio CSF, Santos AJM, Chaves SV, Hora RN, Souza RC, Santos JE. Apoio psicossocial em tempos de covid-19: experiências de novas estratégias de gestão e ajuda mútua no sul da Bahia, Brasil. *APS em revista* 2020, 2(2), 97–105.
84. Fernandez M, Lotta G, Corrêa M. Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de covid-19. *Trab Educ Saúde (Online)*. 2021;19:e00321153–e00321153
85. Pingel ES, Llovet A, Cosentino F, Lesser J. Committing to Continuity: Primary Care Practices During COVID-19 in an Urban Brazilian Neighborhood. *Health Educ Behav*. 2021;48(1):29–33.
86. Meneses AS et al. Gerenciamento Emergencial de Recursos da Atenção Primária a Saúde no Enfrentamento a pandemia da covid-19. 2020.
87. Claudino LMZ, Albuquerque MIN, Macêdo VC, Campelo FMP, Fernandes GAS. Tecnologias de Informação e Comunicação: ferramenta de educação em saúde no contexto da covid-19. *APS em revista*. 2020, 4(1), 27–36.
88. Giovanella L, Nedel FB, Bousquat AEM, Aquino R, Tasca R, Lima JG, et al. Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia de covid-19 no SUS. Fiocruz/Editora Fiocruz, 2022.
89. Ximenes Neto FRG, Carvalho CR, Silva RCC, Aguiar MS, Araújo LS, Ferreira TD, et al. Coordenação do cuidado, vigilância e monitoramento de casos da covid-19 na Atenção Primária à Saúde. *Enferm foco (Brasília)*. 2020;11(1):239–45.
90. Andres SC, Carlotto AB, Leão A. A organização e estruturação do serviço de saúde na APS para o enfrentamento da covid-19: relato de experiência. *APS em revista* 2021; 3(1), 09–15.
91. Cardona Júnior AHS, Andrade CWQ, Caldas LNM. Educação em saúde: programa e canal de comunicação via WhatsApp da unidade básica de saúde do N6 para comunidade rural do sertão pernambucano. *APS em revista* 2020, 2(2), 137–141.
92. Fernandez MV, Castro DM, Fernandes LMM, Alves IC. Reorganizar para avançar: a experiência da Atenção Primária à Saúde de Nova Lima/MG no enfrentamento da pandemia da covid-19. *APS em revista*. 2020, 2(2), 114–121.
93. Franca MCE, Alvarez REC. Assistência À Saúde do Trabalhador Usuário/Profissional do SUS durante o enfrentamento ao covid-19 no município de Eunápolis-Ba. In: Teixeira, CP et al (Org.). covid-19 e Atenção Primária: As Experiências Nos Territórios (Rede PROFSAÚDE). Rio de Janeiro: anais/sessões temáticas / PROFSAÚDE, 2020. 142 P
94. Guimarães FG, Carvalho TML, Bernardes RM, Pinto JM. A organização da atenção primária à saúde de Belo Horizonte no enfrentamento da pandemia covid-19: relato de experiência. *APS em Revista*. 2020; 2:74-82.
95. Júnior DGA, Belarmino A da C, Rodrigues MENG, Vieira LJE de S, Júnior ARF. Implicações da gestão em atenção primária em saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19. *Rev APS*. 2021;23(3):559–68.
96. Freitas FO, Santos DVD. covid-19 e Atenção Primária à Saúde: Contexto Epidemiológico e as Experiências do PROFSAÚDE nos Territórios. In: Teixeira, CP et al (Org.). covid-19 e Atenção Primária: As Experiências Nos Territórios (Rede PROFSAÚDE). Rio de Janeiro: anais/sessões temáticas / PROFSAÚDE, 2020. 142 P.
97. Giovanella L, Vega R, Tejerina-Silva H, Acosta-Ramirez N, Parada-Lezcano M, Ríos G,

- et al. ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de covid-19 en Latinoamérica? *Trab educ saúde*. 2021;19:e00310142–e00310142.
98. Santos ABS, França MVS, Santos JLF. Atendimento remoto na APS no contexto da covid-19: a experiência do Ambulatório da Comunidade da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública em Salvador, Bahia. *APS em revista*. 2020, 2(2), 169–176.
  99. Mendonça CS, Rosset I, Gonçalves MR, Bastos CGM, Medeiros AF. Resposta assistencial de um serviço docente assistencial de APS à pandemia do covid-19. *APS em Revista* 2020; 2:28-32.
  100. Souza DTV, Stefanello S. “Anjos da Saúde”: O telemonitoramento de idosos como estratégia de enfrentamento à covid-19. In: Teixeira CP et al (org.). covid-19 e Atenção Primária: as experiências nos territórios (Rede PROFSAÚDE). Rio de Janeiro: ANAIS/SESSÕES TEMÁTICAS / PROFSAÚDE, 2020. 142 p.
  101. Carletto AF, Santos FF dos. A atuação do dentista de família na pandemia do covid-19: o cenário do Rio de Janeiro. *Physis (Rio J)*. 2020;30(3):e300310–e300310.
  102. Leal FE, Mendes-Correa MC, Buss LF, Costa SF, Bizario JCS, De Souza SRP, et al. Clinical features and natural history of the first 2073 suspected COVID-19 cases in the Corona São Caetano primary care programme: a prospective cohort study. *BMJ Open [Internet]*. 2021;11(1).
  103. Silva MHM, Costa BF, Itaborahy LM, Costa LT, Grossman E. APS no combate à pandemia: estratégias individual, familiar e comunitária em uma clínica da família do Rio de Janeiro. In: Teixeira CP et al (org.). covid-19 e Atenção Primária: as experiências nos territórios (Rede PROFSAÚDE). Rio de Janeiro: ANAIS/SESSÕES TEMÁTICAS / PROFSAÚDE, 2020. 142 p.
  104. Fernandez M, Carvalho W, Borges V, Klitzke D, Tasca R. A Atenção Primária à Saúde e o enfrentamento à pandemia da covid-19: um mapeamento das experiências brasileiras por meio da Iniciativa APS Forte. *APS em revista*. 2021, 3(3), 224–234.
  105. Fermo VC, Alves TF, Boell JEW, Tourinho FSV. A consulta de enfermagem no enfrentamento da covid-19: vivências na atenção primária à saúde. *Rev eletrônica enferm*. 2021;23:1–7.
  106. Seta MH, Ocke-Reis CO, Ramos ALP. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? *Ciênc. Saúde Coletiva* 2021; 26 (S.2):3781-86.
  107. Straus SE, Tetroe J, Graham I. Defining knowledge translation. *Canadian Medical Association Journal [Internet]*. 2009 Jul 20;181(3-4):165–8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2717660/>
  108. Government of Canada Canadian Institute of Health Research. Knowledge translation - CIHR c2016. Disponível em: <https://cihr-irsc.gc.ca/e/29529.html> Acesso em: 20 abr. 2020.

## ANEXO A: Versão eletrônica do questionário para gestores

### Questionário

[Retornando?](#)

AAA  
+ -

**Questionário para gestores APS - COVID-19**

---

**PERFIL DO ENTREVISTADO**

**Nome da entrevistadora:**  Denise  
**\* Campo Obrigatório**  Larissa  
 Roberta  
 Luciana  
 Luzia  
 Umberto

---

**Data da primeira entrevista**  D-M-Y  
**\* Campo Obrigatório**

---

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (secretário municipal de saúde e coord. AB)**  
**Pesquisa: "A política de Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia nos municípios paulistas"**  
**CAAE: 48513721.8.3001.0086**

Prezado (a) Senhor (a),

Convidamos o(a) Sr(a) a participar da pesquisa "A política de Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia nos municípios paulistas", que tem por objetivo analisar a organização sobre a continuidade dos cuidados e as ações no território da Atenção Primária à Saúde nos municípios do estado de São Paulo, no contexto da pandemia da Covid-19. O(A) Sr (a) foi incluído(a) na pesquisa pelo fato de atuar na Atenção Básica em um dos 259 municípios selecionados. Sua participação no estudo consistirá em responder um formulário eletrônico com questões relacionadas à estrutura e organização da ESF de seu município no contexto da pandemia. A duração do preenchimento é estimada em 50 minutos, a versão com as respostas será enviada automaticamente para coordenadora da pesquisa, que utilizará os dados de forma anônima, garantindo o sigilo das suas informações pessoais, e ficará armazenada em segurança durante o período de 2 anos (período previsto para a finalização da pesquisa).

Sua participação é importante e voluntária e os benefícios da pesquisa são indiretos, gerando informações que serão úteis para conhecer como os municípios organizaram a atenção primária à saúde durante a pandemia. Os riscos com essa pesquisa são mínimos, sendo que pode haver incômodo referente ao tempo que o (a) Sr (a) despenderá com o preenchimento do formulário ou constrangimento em responder alguma questão, mas o (a) Sr(a) tem a liberdade de não responder a todas as perguntas, assim como de retirar seu consentimento a qualquer momento, mesmo após o início do preenchimento, ou até mesmo de não participar da pesquisa, não tendo por isso nenhum prejuízo de cunho pessoal ou profissional.

Destacamos que está assegurado o anonimato das suas informações, que não terá nenhuma despesa e que não há compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa. Ao término da pesquisa os resultados estarão disponíveis, e está prevista a realização de um seminário para a apresentação ampla dos mesmos.

## Versão eletrônica do questionário para gestores (continuação)

**Caso tenha alguma dúvida ou pergunta sobre a pesquisa o(a) Sr(a) poderá entrar em contato com a coordenadora responsável pelo estudo: Mônica Martins de Oliveira Viana, que pode ser localizado pelo email \_\_\_\_\_ ou**

**no endereço Rua Santo Antônio, 590, 4º andar, Bela Vista, São Paulo, nas segundas e quintas das 9:00 as 17:00.**

**Esta pesquisa teve sua realização aprovada pelo um Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (CEPIS) e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, que são comitês que visam garantir os direitos, a dignidade, a segurança e a proteção dos participantes de pesquisas.**

**O CEPIS e o Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde analisaram e estão acompanhando o desenvolvimento do projeto e podem ser consultados em caso de dúvidas, perguntas ou denúncia em relação às questões éticas da pesquisa, respectivamente: CEPIS: pelo email [cepis@isaude.sp.gov.br](mailto:cepis@isaude.sp.gov.br), ou pelo telefone (11) 3116-8606 ou pelo endereço Rua Santo Antônio, 590, 1º andar, Bela Vista, São Paulo, das 09:00 às 16:00h ou pelo e-mail [cepis@isaude.sp.gov.br](mailto:cepis@isaude.sp.gov.br) . Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde: [smscep@gmail.com](mailto:smscep@gmail.com) Rua Gomes de Carvalho, 250, sala 15, Vila Olímpia, CEP 04547-001 - telefone (11) 38464815 ramal 228.**

**Este termo será assinado virtualmente, pelo(a) senhor(a) e pelo responsável pela pesquisa, ficando uma via disponível online para o Sr(a), em seu e-mail.**

**Se concordar em participar dessa pesquisa, informe no campo abaixo o seu consentimento e será direcionado ao formulário.**

\* Campo Obrigatório

Sim, concordo em participar voluntariamente da pesquisa.  Não, não desejo participar dessa pesquisa.

**Nome do município**

\* Campo Obrigatório

**Nome completo do entrevistado(a)**

\* Campo Obrigatório

**E-mail de contato**

\* Campo Obrigatório

**Telefone de contato com DDD**

\* Campo Obrigatório

**Contato de Whatsapp com DDD**

**Cargo que ocupa no município**

\* Campo Obrigatório

- Secretário(a) Municipal de Saúde ou similar
- Coordenador(a) de Atenção Básica ou similar
- Diretor de Assistência à Saúde ou similar
- Outro



## Versão eletrônica do questionário para gestores (continuação)

<b>Há quanto tempo desempenha esta função neste município? (transformar em meses)</b> <i>* Campo Obrigatório</i>	<input type="text"/>
<b>Já teve experiência anterior na Atenção Básica ou na gestão da saúde?</b> <i>* Campo Obrigatório</i>	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
<b>1. MODELO DE ATENÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA</b>	
<b>1. Quais tipos de serviços de Atenção Básica existem em seu município?</b> <i>* Campo Obrigatório</i>	<input type="checkbox"/> Unidade de Saúde da Família (USF) exclusiva <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde (UBS/UAPS) "tradicional" exclusiva <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde (UBS/UAPS) "tradicional" com Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e/ou com Equipe de Saúde da Família (ESF) <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde (UBS/UAPS) "tradicional" integrada à Unidade de Pronto Atendimento (PA) <input type="checkbox"/> Unidade de Saúde da Família (USF) integrada à Unidade de Pronto Atendimento (PA) <input type="checkbox"/> Posto Avançado de Saúde - Unidades que não possuem equipe fixa em período integral (tem equipes volantes) <input type="checkbox"/> Outra Você pode marcar mais de uma opção
<b>2. Existem equipes que oferecem algum tipo de apoio matricial em seu município?</b> <i>* Campo Obrigatório</i>	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei/não desejo responder
<b>3. Nas UBS de seu município há processo de territorialização (definição de delimitação da área geográfica de abrangência das UBS)?</b> <i>* Campo Obrigatório</i>	<input type="radio"/> Sim, em todas as unidades <input type="radio"/> Sim, na maior parte das unidades (mais de 50% das Unidades) <input type="radio"/> Sim, na menor parte das unidades (menos de 25% das Unidades) <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei/não desejo responder

## Versão eletrônica do questionário para gestores (continuação)

<p><b>5. Há recomendações/orientações/diretrizes específicas sobre o fluxo de acesso dos usuários ao sistema de saúde?</b></p> <p>* Campo Obrigatório</p>	<p><input type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Não</p> <p><input type="radio"/> Não sei/não desejo responder</p>
<p><b>6. Quando os usuários acessam as UBS que possuem equipes de Estratégia Saúde da Família, há diretriz recomendando que eles sejam atendidos, preferencialmente, pela mesma equipe/pelo mesmo profissional?</b></p> <p>* Campo Obrigatório</p>	<p><input type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Não</p> <p><input type="radio"/> Não se aplica</p> <p><input type="radio"/> Não sei/não desejo responder</p>
<p><b>7. Qual é seu nível de concordância a respeito da seguinte afirmação: "Nas UBS de meu município que são Estratégia Saúde da Família é rotineiro que os usuários sejam atendidos por médicos que atuam como clínico geral ou médicos de família em vez de médicos que atuam em outras especialidades".</b></p> <p>* Campo Obrigatório</p>	<p><input type="radio"/> Concordo totalmente</p> <p><input type="radio"/> Concordo parcialmente</p> <p><input type="radio"/> Neutro (não concordo nem discordo)</p> <p><input type="radio"/> Discordo parcialmente</p> <p><input type="radio"/> Discordo totalmente</p> <p><input type="radio"/> Não se aplica (não tem ESF no município)</p>
<p><b>8. A quais desses pontos/serviços a atenção básica do município tem acesso? Refere-se a serviços dentro ou fora do município, na região.</b></p>	<p><input type="checkbox"/> CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) ou serviço/projeto equivalente</p> <p><input type="checkbox"/> Serviços de referência em IST, aids e hepatites virais ou serviço equivalente</p> <p><input type="checkbox"/> Ambulatórios de especialidades (Ex: Policlínica, AME, Centro de especialidade)</p> <p><input type="checkbox"/> CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) ou serviço equivalente</p> <p><input type="checkbox"/> Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou serviço equivalente</p> <p><input type="checkbox"/> Serviço Atendimento Médico de Urgência (SAMU) ou serviço equivalente</p> <p><input type="checkbox"/> Serviços de Atenção Hospitalar</p> <p><input type="checkbox"/> Outros</p> <p>Pode marcar mais de um</p>
<p><b>9. Sobre a organização do cuidado em Rede, como a Atenção Básica realiza encaminhamento para os demais níveis de atenção?</b></p> <p>* Campo Obrigatório</p>	<p><input type="checkbox"/> A atenção básica encaminha diretamente</p> <p><input type="checkbox"/> Os encaminhamentos são feitos pela atenção básica por meio de uma central de regulação/central de vagas do próprio município</p> <p><input type="checkbox"/> Os encaminhamentos são feitos pela Atenção Básica por meio do sistema</p>

## Versão eletrônica do questionário para gestores (continuação)

	<p>CROSS</p> <p><input type="checkbox"/> Os encaminhamentos não envolvem a atenção básica</p> <p><input type="checkbox"/> Outro</p> <p><input type="checkbox"/> Não sei/não desejo responder</p> <p>Podem marcar mais de uma alternativa</p>
<p><b>11. Como é composta a demanda na maioria das UBS de seu município?</b></p> <p>* Campo Obrigatório</p>	<p><input type="radio"/> Exclusivamente por demanda espontânea</p> <p><input type="radio"/> Exclusivamente por demanda programada</p> <p><input type="radio"/> Associa demanda programada e demanda espontânea</p> <p><input type="radio"/> Não sei/não desejo responder</p>
<p><b>2. CARACTERÍSTICAS GERAIS DA GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO</b></p>	
<p><b>12. A gestão da atenção básica do município é realizada:</b></p> <p>* Campo Obrigatório</p>	<p><input type="radio"/> Diretamente pelo gabinete do secretário de saúde do município</p> <p><input type="radio"/> Por diretoria/coordenadoria/departamento exclusivo dedicado à atenção básica</p> <p><input type="radio"/> Outros</p> <p><input type="radio"/> Não sei/não desejo responder</p>
<p><b>13. Uma ou mais unidades básicas de saúde (UBS) estão sob contrato de gestão com terceiros (outra instituição que não a própria secretaria municipal)?</b></p> <p>* Campo Obrigatório</p>	<p><input type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Não</p> <p><input type="radio"/> Não sei/não desejo responder</p>
<p><b>14. Quais são os tipos de contratação dos(as) médicos(as) que atuam na atenção básica do município?</b></p> <p>* Campo Obrigatório</p>	<p><input type="checkbox"/> Estatutário (vínculo empregatício com a prefeitura)</p> <p><input type="checkbox"/> CLT concursado (vínculo empregatício com a prefeitura)</p> <p><input type="checkbox"/> CLT não concursado (vínculo empregatício com a prefeitura)</p> <p><input type="checkbox"/> Por cooperativas (vínculo Intermediado por um agente contratante que não a própria prefeitura)</p> <p><input type="checkbox"/> Consórcio público intermunicipal (vínculo Intermediado por um agente contratante que não a própria prefeitura)</p> <p><input type="checkbox"/> Fundação de direito privado (vínculo Intermediado por um agente contratante que não a própria prefeitura)</p>

## Versão eletrônica do questionário para gestores (continuação)

	<input type="checkbox"/> Por entidades privadas prestadoras de serviços de saúde, incluindo as OS (vínculo Intermediado por um agente contratante que não a própria prefeitura)
	<input type="checkbox"/> Outro
	<input type="checkbox"/> Não sei/não desejo responder
<b>15. O município contou em algum momento com profissionais de programas de apoio (Mais Médicos, Médicos pelo Brasil, Provac etc.)</b> <i>* Campo Obrigatório</i>	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei/não desejo responder
<b>16. No geral, o município encontra dificuldade para a contratação de profissional médico para atuação na Atenção Básica?</b> <i>* Campo Obrigatório</i>	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei/não desejo responder
<b>17. Atualmente o município contrata Agentes Comunitários de Saúde (ACS)?</b> <i>* Campo Obrigatório</i>	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei/não desejo responder
<b>18. O município encontra dificuldade para a contratação de profissional NÃO médico para atuação na Atenção Básica?</b> <i>* Campo Obrigatório</i>	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei/não desejo responder
<b>19. Qual é seu nível de concordância a respeito da seguinte afirmação: "O meu município prioriza a contratação de médico de família e comunidade para a atuação nas equipes de atenção básica".</b> <i>* Campo Obrigatório</i>	<input type="radio"/> Concordo totalmente <input type="radio"/> Concordo parcialmente <input type="radio"/> Neutro (não concordo nem discordo) <input type="radio"/> Discordo parcialmente <input type="radio"/> Discordo totalmente
<b>20. Qual é seu nível de concordância a respeito da seguinte afirmação: "Em meu município, o limite com a Despesa total com Pessoal imposto pela Lei da Responsabilidade Fiscal (LRF) dificulta a contratação de profissionais para atuar na atenção básica".</b> <i>* Campo Obrigatório</i>	<input type="radio"/> Concordo totalmente <input type="radio"/> Concordo parcialmente <input type="radio"/> Neutro (não concordo nem discordo) <input type="radio"/> Discordo parcialmente <input type="radio"/> Discordo totalmente
<b>21. Qual é seu nível de concordância a respeito da seguinte afirmação: "Em meu município, o limite imposto pelo teto remuneratório do prefeito</b>	<input type="radio"/> Concordo totalmente <input type="radio"/> Concordo parcialmente



## Versão eletrônica do questionário para gestores (continuação)

<b>dificulta a contratação de profissionais médicos para atuar na atenção básica".</b> <i>* Campo Obrigatório</i>	<input type="radio"/> Neutro (não concordo nem discordo) <input type="radio"/> Discordo parcialmente <input type="radio"/> Discordo totalmente
<b>3. ADAPTAÇÃO INICIAL AO CONTEXTO PANDÊMICO (ANO 2020-2021)</b>	
<b>22. De modo geral, qual foi a estratégia do município para organizar a atenção básica na pandemia?</b> <i>* Campo Obrigatório</i>	<input type="radio"/> Criação/transformação de UBS exclusivas para atendimento COVID-19 <input type="radio"/> Todas as UBS deveriam realizar atendimento COVID-19 <input type="radio"/> Nenhuma UBS estava orientada a realizar atendimento COVID-19 <input type="radio"/> Outras <input type="radio"/> Não sei/não desejo responder
<b>23. Seu município implantou Centro COVID-19?</b> <i>* Campo Obrigatório</i>	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei/não desejo responder
<b>24. seu município implantou centros Comunitários de referência para enfrentamento da Covid-19, voltados para os territórios de maior vulnerabilidade social?</b> <i>* Campo Obrigatório</i>	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei/não desejo responder
<b>24a. Na sua opinião, considerando as necessidades do enfrentamento a pandemia, a oferta de quantitativo de EPI para o município, no início de 2020, foi:</b> <i>* Campo Obrigatório</i>	<input type="radio"/> Suficiente <input type="radio"/> Parcialmente suficiente <input type="radio"/> Insuficiente <input type="radio"/> Não sei/não desejo responder
<b>25. Na sua opinião, considerando as necessidades do enfrentamento a pandemia, a oferta de serviços de emergência e pronto atendimento para o município foi:</b> <i>* Campo Obrigatório</i>	<input type="radio"/> Suficiente <input type="radio"/> Parcialmente suficiente <input type="radio"/> Insuficiente <input type="radio"/> Não sei/não desejo responder
<b>26. Na sua opinião, considerando as necessidades do enfrentamento a pandemia, a oferta de leitos de internação para o município foi:</b> <i>* Campo Obrigatório</i>	<input type="radio"/> Suficiente <input type="radio"/> Parcialmente suficiente <input type="radio"/> Insuficiente <input type="radio"/> Não sei/não desejo responder

## Versão eletrônica do questionário para gestores (continuação)

<p><b>27. Na sua opinião, considerando as necessidades do enfrentamento a pandemia, a oferta de leitos de UTI para o município foi:</b></p> <p>* Campo Obrigatório</p>	<p><input type="radio"/> Suficiente</p> <p><input type="radio"/> Parcialmente suficiente</p> <p><input type="radio"/> Insuficiente</p> <p><input type="radio"/> Não sei/não desejo responder</p>
<p><b>28. Na sua opinião, considerando as necessidades do enfrentamento a pandemia, a oferta de radiografia (raio-x) de tórax/pulmão para o município foi:</b></p> <p>* Campo Obrigatório</p>	<p><input type="radio"/> Suficiente</p> <p><input type="radio"/> Parcialmente suficiente</p> <p><input type="radio"/> Insuficiente</p> <p><input type="radio"/> Não sei/não desejo responder</p>
<p><b>29. Na sua opinião, considerando as necessidades do enfrentamento a pandemia, a oferta de transporte sanitário para o município foi:</b></p> <p>* Campo Obrigatório</p>	<p><input type="radio"/> Suficiente</p> <p><input type="radio"/> Parcialmente suficiente</p> <p><input type="radio"/> Insuficiente</p> <p><input type="radio"/> Não sei/não desejo responder</p>
<p><b>30. Na sua opinião, considerando as necessidades do enfrentamento a pandemia, a oferta de SAMU ou similar para o município foi:</b></p> <p>* Campo Obrigatório</p>	<p><input type="radio"/> Suficiente</p> <p><input type="radio"/> Parcialmente suficiente</p> <p><input type="radio"/> Insuficiente</p> <p><input type="radio"/> Não sei/não desejo responder</p>
<p><b>31. Na sua opinião, considerando as necessidades do enfrentamento a pandemia, a oferta de profissionais capacitados em lidar com pacientes graves para o município foi:</b></p> <p>* Campo Obrigatório</p>	<p><input type="radio"/> Suficiente</p> <p><input type="radio"/> Parcialmente suficiente</p> <p><input type="radio"/> Insuficiente</p> <p><input type="radio"/> Não sei/não desejo responder</p>
<p><b>32. Quais ações foram conduzidas pela gestão municipal para o enfrentamento da Covid-19?</b></p> <p>* Campo Obrigatório</p>	<p><input type="checkbox"/> Incentivo ao isolamento social</p> <p><input type="checkbox"/> Incentivo à adesão à vacinação</p> <p><input type="checkbox"/> Incentivo ao uso de fármacos de prevenção (Ivermectina, Cloroquina etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Penalizações da vigilância sanitária para casos de desobediência quanto ao uso de máscaras</p> <p><input type="checkbox"/> Restrições de acesso ao público não vacinado</p> <p><input type="checkbox"/> Barreiras sanitárias para conter circulação de pessoas</p> <p><input type="checkbox"/> Outros</p> <p><input type="checkbox"/> Não sei/não desejo responder</p>

Versão eletrônica do questionário para gestores (continuação)

Pode assinalar mais que uma opção

**33. Sobre capacitações e treinamentos oferecidos para as equipes de Atenção Básica para o conhecimento/atualização sobre a pandemia, assinale a alternativa que mais representa seu município:**

\* Campo Obrigatório

- A gestão realizou/ofertou capacitações e/ou treinamentos sobre a Covid19 para todos os trabalhadores (inclusive administrativos e motoristas)
- A gestão realizou/ofertou capacitações e/ou treinamentos sobre a Covid19 para todos os profissionais da área da saúde (incluindo ACS)
- A gestão realizou/ofertou capacitações e/ou treinamentos sobre a Covid19 apenas para profissionais médicos e enfermeiros
- A gestão não organizou capacitações e treinamentos após o início da pandemia.
- Outros
- Não sei/não desejo responder

**34. O município realizou capacitações sobre uso correto de EPI e medidas de prevenção à contaminação por Covid-19?**

\* Campo Obrigatório

- Sim, realizou/ofertou capacitações e/ou treinamentos sobre uso de EPI para todos os trabalhadores (inclusive administrativos e motoristas)
- Sim, realizou/ofertou capacitações e/ou treinamentos sobre uso de EPI para todos os profissionais da área da saúde (incluindo ACS)
- Sim, realizou/ofertou capacitações e/ou treinamentos sobre EPI apenas para profissionais médicos e enfermeiros
- Não, não organizou capacitações e treinamentos sobre EPI.
- Outros
- Não sei/não desejo responder

**35. Qual foi a importância, em geral, do suporte/orientações das seguintes instâncias para o município durante a pandemia?**

	Pouco importante	Mediamente importante	Muito importante	Não sei/não desejo responder
<b>Ministério da Saúde</b> * Campo Obrigatório	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Secretaria Estadual da Saúde (inclui DRS)</b> * Campo Obrigatório	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS)</b> * Campo Obrigatório	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Versão eletrônica do questionário para gestores (continuação)

<b>Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS)</b> * Campo Obrigatório	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Outros municípios</b> * Campo Obrigatório	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>36. Quais foram as normativas que o município utilizou como referência no combate à pandemia?</b> * Campo Obrigatório	<input type="checkbox"/> Manuais, Notas Técnicas e Portarias do Ministério da Saúde <input type="checkbox"/> Manuais, Notas Técnicas e Portarias da Saúde do Estado da Saúde <input type="checkbox"/> Manuais, orientações e notas técnicas do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) <input type="checkbox"/> Manuais, orientações e notas técnicas do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Não sei/não desejo responder pode marcar mais de uma opção			
<b>37. Quais foram os principais investimentos e aquisições tecnológicas da gestão municipal para a Atenção Básica enfrentar a pandemia?</b> * Campo Obrigatório	<input type="checkbox"/> Aquisição de rede de internet <input type="checkbox"/> Melhoria da rede de internet já disponível <input type="checkbox"/> Aquisição de câmeras, microfones e fones de ouvido para teleconsulta/teleatendimento <input type="checkbox"/> Aquisição de tablets para cadastramento e vacina <input type="checkbox"/> Aquisição de tablets para monitoramento e teleconsulta/teleatendimento <input type="checkbox"/> Aquisição de celulares corporativos <input type="checkbox"/> Software para teleconsulta/teleatendimento <input type="checkbox"/> Software para aplicativos de celular para uso dos pacientes <input type="checkbox"/> Não houve investimentos ou aquisições tecnológicas <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Não sei/não desejo responder pode marcar mais de uma opção			
<b>38. Na pandemia, houve necessidade de contratar/repor profissionais de saúde para adequação da demanda da atenção básica?</b>	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			

## Versão eletrônica do questionário para gestores (continuação)

<p>* Campo Obrigatório</p>	<p><input type="radio"/> Não sei/não desejo responder</p>
<p><b>39. Houve dificuldade para a contratação de profissionais da saúde na atenção básica durante a pandemia?</b></p> <p>* Campo Obrigatório</p>	<p><input type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Não</p> <p><input type="radio"/> Não sei/não desejo responder</p>
<p><b>40. Em algum momento da pandemia houve necessidade de remanejar profissionais da atenção básica para outros níveis de atenção?</b></p> <p>* Campo Obrigatório</p>	<p><input type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Não</p> <p><input type="radio"/> Não sei/não desejo responder</p>
<p><b>41. Em algum momento da pandemia houve necessidade de remanejar profissionais de outros níveis de atenção para atuar na Atenção Básica?</b></p> <p>* Campo Obrigatório</p>	<p><input type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Não</p> <p><input type="radio"/> Não sei/não desejo responder</p>
<p><b>42. A gestão promoveu e/ou incentivou ações intersetoriais para o atendimento de pessoas em situação de vulnerabilidade social durante a pandemia?</b></p> <p>* Campo Obrigatório</p>	<p><input type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Não</p> <p><input type="radio"/> Não sei/não desejo responder</p>
<p><b>43. O município promoveu ações em parcerias com movimentos/organizações comunitárias/terceiro setor/organizações não-governamentais/organizações da sociedade civil durante a pandemia?</b></p> <p>* Campo Obrigatório</p>	<p><input type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Não</p> <p><input type="radio"/> Não sei/não desejo responder</p>
<p><b>4. AÇÕES DE SAÚDE PARA COVID-19</b></p>	
<p><b>44. Houve ampliação de horário de atendimento das UBS durante 2020/2021?</b></p> <p>* Campo Obrigatório</p>	<p><input type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Não</p> <p><input type="radio"/> Não sei/não desejo responder</p>
<p><b>45. Durante 2020/2021, houve continuidade das atividades dos ACS?</b></p> <p>* Campo Obrigatório</p>	<p><input type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Não</p> <p><input type="radio"/> Não se aplica</p> <p><input type="radio"/> Não sei/Não desejo responder</p>
<p><b>46. Quais ações/adaptações foram realizadas nas UBS para o enfrentamento da Covid-19 no seu</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Separação de fluxos para sintomáticos respiratórios dentro da UBS</p>



## Versão eletrônica do questionário para gestores (continuação)

### **município?**

\* Campo Obrigatório

- Criação de espaços exclusivos para sintomáticos respiratórios fora da UBS (ex. tendas)
- Criação de espaços exclusivos para sintomáticos respiratórios dentro da UBS
- Campanhas de incentivo ao isolamento social
- Identificação dos grupos de maior vulnerabilidade social
- Identificação dos grupos de maior risco de complicação clínica da Covid-19
- Ações educativas em equipamentos sociais do território (farmácias, mercados e outros serviços)
- Implantação de leito com estrutura para suporte respiratório em serviço de AB
- Disponibilização de oxímetros
- Outros
- Não sei/não desejo responder
- Não se aplica

Pode marcar mais de uma alternativa

### **47. Durante a pandemia, houve o estabelecimento de protocolo(s) sobre o fluxo de acesso dos usuários sintomáticos respiratórios na rede de saúde?**

\* Campo Obrigatório

- Sim
- Não
- Não sei/não desejo responder

### **48. Na pandemia, qual/is serviço(s) foi/foram os responsáveis pela coleta para teste de Covid-19?**

\* Campo Obrigatório

- UBS (Atenção Básica)
- UBS Covid ou Centro Covid
- Unidade Pronto Atendimento (UPA)
- Rede ambulatorial (serviços de atenção secundária)
- Rede hospitalar (urgência/emergência e outros)
- Laboratório responsável pela realização dos testes
- Outro
- Não sei/não desejo responder

Pode assinalar mais de uma alternativa

### **49. Assinale seu grau de concordância com a seguinte afirmação: "Em meu município, as UBS são sempre informadas sobre casos suspeitos/"**

- Concordo totalmente
- Concordo parcialmente

## Versão eletrônica do questionário para gestores (continuação)

<p><b>confirmados de Covid-19 que foram diagnosticados por outros serviços de saúde?"</b></p> <p>* Campo Obrigatório</p>	<p><input type="radio"/> Neutro (não concordo nem discordo)</p> <p><input type="radio"/> Discordo parcialmente</p> <p><input type="radio"/> Discordo totalmente</p>
<p><b>50. Assinale seu grau de concordância com a seguinte afirmação: "Existe uma boa articulação da vigilância epidemiológica do município com as UBS para o enfrentamento da Covid-19"?</b></p> <p>* Campo Obrigatório</p>	<p><input type="radio"/> Concordo totalmente</p> <p><input type="radio"/> Concordo parcialmente</p> <p><input type="radio"/> Neutro (não concordo nem discordo)</p> <p><input type="radio"/> Discordo parcialmente</p> <p><input type="radio"/> Discordo totalmente</p>
<p><b>50a. Assinale seu grau de concordância com a seguinte afirmação: "Existe uma boa articulação da vigilância epidemiológica do Estado (GVE) com o meu município para o enfrentamento da Covid-19"?</b></p> <p>* Campo Obrigatório</p>	<p><input type="radio"/> Concordo totalmente</p> <p><input type="radio"/> Concordo parcialmente</p> <p><input type="radio"/> Neutro (não concordo nem discordo)</p> <p><input type="radio"/> Discordo parcialmente</p> <p><input type="radio"/> Discordo totalmente</p>
<p><b>51. Existe recomendação para que as UBS realizem monitoramento dos pacientes diagnosticados com Covid-19 que estão em isolamento domiciliar (quarentena)?</b></p> <p>* Campo Obrigatório</p>	<p><input type="radio"/> Sim, para todos os casos</p> <p><input type="radio"/> Sim, mas somente os grupos de risco</p> <p><input type="radio"/> Não</p> <p><input type="radio"/> Não sei/não desejo responder</p>
<p><b>52. Durante a pandemia, houve recomendações para as equipes a respeito do cuidado a pessoas que tiveram contato com casos confirmados de Covid-19?</b></p> <p>* Campo Obrigatório</p>	<p><input type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Não</p> <p><input type="radio"/> Não sei/não desejo responder</p>
<p><b>53. Qual o fluxo dos encaminhamentos dos usuários com quadros clínicos moderados ou graves de Covid-19 que procuram a UBS?</b></p> <p>* Campo Obrigatório</p>	<p><input type="checkbox"/> São encaminhados para serviço de referência no próprio município com oferta de transporte sanitário</p> <p><input type="checkbox"/> São encaminhados para serviço de referência no próprio município sem oferta de transporte sanitário</p> <p><input type="checkbox"/> São encaminhados para serviço de referência da região com oferta de transporte sanitário</p> <p><input type="checkbox"/> São encaminhados para serviço de referência da região sem oferta de transporte sanitário</p> <p><input type="checkbox"/> Outro</p> <p><input type="checkbox"/> Não sei/não desejo responder</p>

## Versão eletrônica do questionário para gestores (continuação)

	Pode marcar mais de uma alternativa
<p><b>54. Houve recomendação para que as UBS realizassem acolhimento/acompanhamento dos pacientes de Covid-19 que receberam alta da internação?</b></p> <p>* Campo Obrigatório</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim, por meio de busca ativa</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, mediante solicitação da equipe hospitalar</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, mediante solicitação da Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD)</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, outro tipo de recomendação</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não sei/não desejo responder</p> <p>Pode marcar mais de uma alternativa</p>
<p><b>55. Existem/existiram recomendações para as UBS realizarem ações de educação em saúde na comunidade a respeito do cuidado e prevenção à Covid-19?</b></p> <p>* Campo Obrigatório</p>	<p><input type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Não</p> <p><input type="radio"/> Não sei/não desejo responder</p>
<p><b>56. Durante a pandemia, a prefeitura ou a Secretaria Municipal de Saúde realizou algum tipo de apoio social (auxílio social) em seu município?</b></p> <p>* Campo Obrigatório</p>	<p><input type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Não</p> <p><input type="radio"/> Não sei/não desejo responder</p>
<p><b>57. Durante a pandemia, houve alguma iniciativa estruturada para apoio psicológico frente à situação de pandemia?</b></p> <p>* Campo Obrigatório</p>	<p><input type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Não</p> <p><input type="radio"/> Não sei/não desejo responder</p>
<p><b>58. Quando foram iniciadas as vacinações contra covid-19, quais eram os locais definidos para a sua realização?</b></p> <p>* Campo Obrigatório</p>	<p><input type="checkbox"/> UBS mais próxima das residências dos usuários</p> <p><input type="checkbox"/> UBS destacada (separada especificamente) para vacina covid-19</p> <p><input type="checkbox"/> Postos em locais públicos</p> <p><input type="checkbox"/> Postos do tipo drive thru</p> <p><input type="checkbox"/> Outros</p> <p><input type="checkbox"/> Não sei/ não desejo responder</p> <p>Pode assinalar mais de uma alternativa</p>
<p><b>59. Houve contratação/remanejamento de profissionais da enfermagem de outros setores para realização da vacinação?</b></p> <p>* Campo Obrigatório</p>	<p><input type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Não</p> <p><input type="radio"/> Não sei/não desejo responder</p>



## Versão eletrônica do questionário para gestores (continuação)

<p><b>60. Houve recrutamento de profissionais da enfermagem voluntários para realização da vacinação?</b></p> <p>* Campo Obrigatório</p>	<p><input type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Não</p> <p><input type="radio"/> Não sei/não desejo responder</p>
<p><b>61. As metas de cobertura, propostas para cada grupo populacional, foram alcançadas?</b></p> <p>* Campo Obrigatório</p>	<p><input type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Parcialmente</p> <p><input type="radio"/> Não</p> <p><input type="radio"/> Não sei/não desejo responder</p>
<p><b>62. Qual foi a principal forma de organização de fluxo de acesso para vacinação, segundo grupo previsto no calendário vacinal do estado?</b></p> <p>* Campo Obrigatório</p>	<p><input type="radio"/> Agendamento prévio pela internet</p> <p><input type="radio"/> Agendamento prévio junto à equipe (telefonema ou ida à UBS)</p> <p><input type="radio"/> Demanda (busca) espontânea</p> <p><input type="radio"/> Mediante convocação da equipe da Atenção Básica</p> <p><input type="radio"/> Outros</p> <p><input type="radio"/> Não sei/não desejo responder</p>
<p><b>63. Seu município encontrou dificuldades no recebimento das cotas de vacina para covid-19?</b></p> <p>* Campo Obrigatório</p>	<p><input type="radio"/> Sim, na maior parte do tempo</p> <p><input type="radio"/> Sim, pontualmente</p> <p><input type="radio"/> Não</p> <p><input type="radio"/> Não sei, não desejo responder</p>
<b>5. CONTINUIDADE DAS ATIVIDADES DA AB DURANTE 2020/2021</b>	
<p><b>64a. Qual foi a recomendação sobre realização das visitas domiciliares durante 2020/2021?</b></p> <p>* Campo Obrigatório</p>	<p><input type="radio"/> Foram mantidas totalmente, com medidas de segurança</p> <p><input type="radio"/> Foram mantidas, mas realizadas com adaptações</p> <p><input type="radio"/> Foram mantidas, para casos prioritários</p> <p><input type="radio"/> Foram interrompidas, mas já retornaram</p> <p><input type="radio"/> Foram interrompidas e continuam suspensas</p> <p><input type="radio"/> Não sei/não desejo responder</p> <p><input type="radio"/> Não se aplica</p>
<p><b>64b. Qual foi a recomendação sobre realização das reuniões de equipe durante 2020/2021?</b></p>	<p><input type="radio"/> Foram mantidas totalmente, com medidas de segurança</p>

## Versão eletrônica do questionário para gestores (continuação)

\* Campo Obrigatório

- Foram mantidas, mas realizadas com adaptações
- Foram mantidas, para casos prioritários
- Foram interrompidas, mas já retornaram
- Foram interrompidas e continuam suspensas
- Não sei/não desejo responder
- Não se aplica

**64c. Qual foi a recomendação sobre realização do acolhimento durante 2020/2021?**

\* Campo Obrigatório

- Foram mantidas totalmente, com medidas de segurança
- Foram mantidas, mas realizadas com adaptações
- Foram mantidas, para casos prioritários
- Foram interrompidas, mas já retornaram
- Foram interrompidas e continuam suspensas
- Não sei/não desejo responder
- Não se aplica

**64d. Qual foi a recomendação sobre realização de vacinação de rotina (outras vacinas, que não Covid-19) durante 2020/2021?**

\* Campo Obrigatório

- Foram mantidas totalmente, com medidas de segurança
- Foram mantidas, mas realizadas com adaptações
- Foram mantidas, para casos prioritários
- Foram interrompidas, mas já retornaram
- Foram interrompidas e continuam suspensas
- Não sei/não desejo responder
- Não se aplica

**64e. Qual foi a recomendação sobre realização de atividades de profissionais do NASF-AB durante 2020/2021?**

\* Campo Obrigatório

- Foram mantidas totalmente, com medidas de segurança
- Foram mantidas, mas realizadas com adaptações
- Foram mantidas, para casos prioritários
- Foram interrompidas, mas já retornaram
- Foram interrompidas e continuam suspensas
- Não sei/não desejo responder
- Não se aplica

## Versão eletrônica do questionário para gestores (continuação)

**64f. Qual foi a recomendação sobre realização de consultas de odontologia durante 2020/2021?**

\* Campo Obrigatório

- Foram mantidas totalmente, com medidas de segurança
- Foram mantidas, mas realizadas com adaptações
- Foram mantidas, para casos prioritários
- Foram interrompidas, mas já retornaram
- Foram interrompidas e continuam suspensas
- Não sei/não desejo responder
- Não se aplica

**64g. Qual foi a recomendação sobre realização de grupos e ações de educação em saúde durante 2020/2021?**

\* Campo Obrigatório

- Foram mantidas totalmente, com medidas de segurança
- Foram mantidas, mas realizadas com adaptações
- Foram mantidas, para casos prioritários
- Foram interrompidas, mas já retornaram
- Foram interrompidas e continuam suspensas
- Não sei/não desejo responder
- Não se aplica

**64h. Qual foi a recomendação sobre realização de Papanicolau e rastreio de câncer de mama durante 2020/2021?**

\* Campo Obrigatório

- Foram mantidas totalmente, com medidas de segurança
- Foram mantidas, mas realizadas com adaptações
- Foram mantidas, para casos prioritários
- Foram interrompidas, mas já retornaram
- Foram interrompidas e continuam suspensas
- Não sei/não desejo responder
- Não se aplica

**64i. Qual foi a recomendação sobre inserção de DIU e outras ações de planejamento familiar durante 2020/2021?**

\* Campo Obrigatório

- Foram mantidas totalmente, com medidas de segurança
- Foram mantidas, mas realizadas com adaptações
- Foram mantidas, para casos prioritários
- Foram interrompidas, mas já retornaram

## Versão eletrônica do questionário para gestores (continuação)

	<p><input type="radio"/> Foram interrompidas e continuam suspensas</p> <p><input type="radio"/> Não sei/não desejo responder</p> <p><input type="radio"/> Não se aplica</p>
<p><b>64j. Qual foi a recomendação sobre realização de consultas de pré-natal durante 2020/2021?</b></p> <p>* Campo Obrigatório</p>	<p><input type="radio"/> Foram mantidas totalmente, com medidas de segurança</p> <p><input type="radio"/> Foram mantidas, mas realizadas com adaptações</p> <p><input type="radio"/> Foram mantidas, para casos prioritários</p> <p><input type="radio"/> Foram interrompidas, mas já retornaram</p> <p><input type="radio"/> Foram interrompidas e continuam suspensas</p> <p><input type="radio"/> Não sei/não desejo responder</p> <p><input type="radio"/> Não se aplica</p>
<p><b>64k. Qual foi a recomendação sobre realização de puericultura durante 2020/2021?</b></p> <p>* Campo Obrigatório</p>	<p><input type="radio"/> Foram mantidas totalmente, com medidas de segurança</p> <p><input type="radio"/> Foram mantidas, mas realizadas com adaptações</p> <p><input type="radio"/> Foram mantidas, para casos prioritários</p> <p><input type="radio"/> Foram interrompidas, mas já retornaram</p> <p><input type="radio"/> Foram interrompidas e continuam suspensas</p> <p><input type="radio"/> Não sei/não desejo responder</p> <p><input type="radio"/> Não se aplica</p>
<p><b>64l. Qual foi a recomendação sobre cuidado aos usuários com doenças crônicas durante 2020/2021?</b></p> <p>* Campo Obrigatório</p>	<p><input type="radio"/> Foram mantidas totalmente, com medidas de segurança</p> <p><input type="radio"/> Foram mantidas, mas realizadas com adaptações</p> <p><input type="radio"/> Foram mantidas, para casos prioritários</p> <p><input type="radio"/> Foram interrompidas, mas já retornaram</p> <p><input type="radio"/> Foram interrompidas e continuam suspensas</p> <p><input type="radio"/> Não sei/não desejo responder</p> <p><input type="radio"/> Não se aplica</p>
<p><b>6. IMPRESSÕES GERAIS</b></p>	
<p><b>65. Assinale seu grau de concordância com a seguinte afirmação: "No meu município, a Atenção</b></p>	<p><input type="radio"/> Concordo totalmente</p>

Versão eletrônica do questionário para gestores (continuação)

<p><b>Básica desempenhou papel importante na pandemia de Covid-19, sendo a principal responsável pelo cuidado dos pacientes com sintomas leves e moderados".</b> * Campo Obrigatório</p>	<p><input type="radio"/> Concordo parcialmente <input type="radio"/> Neutro (não concordo nem discordo) <input type="radio"/> Discordo parcialmente <input type="radio"/> Discordo totalmente</p>																																																																																																
<p><b>66. Assinale seu grau de concordância com a seguinte afirmação: "No meu município, a Atenção Básica desempenhou papel importante nas ações de conscientização da população para adoção de medidas de prevenção e isolamento recomendadas para Covid-19"</b> * Campo Obrigatório</p>	<p><input type="radio"/> Concordo totalmente <input type="radio"/> Concordo parcialmente <input type="radio"/> Neutro (não concordo nem discordo) <input type="radio"/> Discordo parcialmente <input type="radio"/> Discordo totalmente</p>																																																																																																
<p><b>67. Assinale seu grau de concordância com a seguinte afirmação: "No meu município, a Atenção Básica somente passou a receber visibilidade/reconhecimento da população na pandemia depois que se iniciou a vacinação contra a Covid-19".</b> * Campo Obrigatório</p>	<p><input type="radio"/> Concordo totalmente <input type="radio"/> Concordo parcialmente <input type="radio"/> Neutro (não concordo nem discordo) <input type="radio"/> Discordo parcialmente <input type="radio"/> Discordo totalmente</p>																																																																																																
<p><b>68. Atribua uma nota de 1 a 10, sendo 1 a menor/pior nota e 10 a maior/melhor nota, para o desempenho da Atenção Básica de seu município durante a pandemia da Covid-19.</b></p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> <th>7</th> <th>8</th> <th>9</th> <th>10</th> <th>Não se aplica</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Testagem e atendimento de casos leves</b> * Campo Obrigatório</td> <td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><b>Identificação e encaminhamento de casos moderados e graves</b> * Campo Obrigatório</td> <td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><b>Monitoramento de casos positivos</b> * Campo Obrigatório</td> <td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><b>Monitoramento de familiares e pessoas que tiveram contato com casos positivos</b> * Campo Obrigatório</td> <td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><b>Cuidados para os casos de sequelas leves/moderadas pós-covid</b> * Campo Obrigatório</td> <td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><b>Apoio às famílias em estado de vulnerabilidade social</b> * Campo Obrigatório</td> <td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><b>Continuidade do cuidado aos grupos prioritários (gestantes, crianças de 0 a 2 anos, doenças crônicas)</b> * Campo Obrigatório</td> <td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table>			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Não se aplica	<b>Testagem e atendimento de casos leves</b> * Campo Obrigatório	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Identificação e encaminhamento de casos moderados e graves</b> * Campo Obrigatório	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Monitoramento de casos positivos</b> * Campo Obrigatório	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Monitoramento de familiares e pessoas que tiveram contato com casos positivos</b> * Campo Obrigatório	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Cuidados para os casos de sequelas leves/moderadas pós-covid</b> * Campo Obrigatório	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Apoio às famílias em estado de vulnerabilidade social</b> * Campo Obrigatório	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Continuidade do cuidado aos grupos prioritários (gestantes, crianças de 0 a 2 anos, doenças crônicas)</b> * Campo Obrigatório	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Não se aplica																																																																																						
<b>Testagem e atendimento de casos leves</b> * Campo Obrigatório	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																						
<b>Identificação e encaminhamento de casos moderados e graves</b> * Campo Obrigatório	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																						
<b>Monitoramento de casos positivos</b> * Campo Obrigatório	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																						
<b>Monitoramento de familiares e pessoas que tiveram contato com casos positivos</b> * Campo Obrigatório	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																						
<b>Cuidados para os casos de sequelas leves/moderadas pós-covid</b> * Campo Obrigatório	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																						
<b>Apoio às famílias em estado de vulnerabilidade social</b> * Campo Obrigatório	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																						
<b>Continuidade do cuidado aos grupos prioritários (gestantes, crianças de 0 a 2 anos, doenças crônicas)</b> * Campo Obrigatório	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																						



## Versão eletrônica do questionário para gestores (continuação)

<b>Construção e inovações e adaptações criativas para manter o cuidado à população em relação à prevenção e promoção</b> <i>* Campo Obrigatório</i>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
<b>69. Assinale seu grau de concordância com a seguinte afirmação: "No meu município, a Atenção Básica conseguiu atender a maior parte das recomendações e diretrizes feitas pela SMS durante a pandemia"</b> <i>* Campo Obrigatório</i>	<input type="radio"/> Concordo totalmente <input type="radio"/> Concordo parcialmente <input type="radio"/> Neutro (não concordo nem discordo) <input type="radio"/> Discordo parcialmente <input type="radio"/> Discordo totalmente
<b>7. EXPERIÊNCIAS EXITOSAS NA PANDEMIA</b>	
<b>70. Seu município desenvolveu alguma proposta interessante no cuidado durante a pandemia e que você a considera como uma boa experiência, que poderia ser seguida por outros municípios? Conte um pouco para nós. Procure abordar, em seu relato, os seguintes aspectos: por que pensou nessa proposta, objetivo da ação, população-alvo, quem executou, quanto tempo durou, resultados alcançados.</b>	
<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin: 10px 20px;">Enviar</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin: 10px 20px;">Salvar e continuar depois</div>	

## ANEXO B – Ranking de municípios para seleção da etapa qualitativa

Municípios cujo modelo é ESF e se destacaram nos indicadores selecionados			
Grande porte	Ranking	Histórico de contato	DRS/Região
ITANHAÉM	1º	Dificuldade inicial para receber os dados de contato junto a Articuladora, devido a mudanças na gestão. 08 CONTATOS PARA A ENTREVISTA.	DRS IV REGIÃO BAIXADA SANTISTA
FERNANDÓPOLIS	2º	Facilidade de acesso com agendamento no primeiro contato. 02 CONTATOS PARA A REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA	DRS XV REGIÃO FERNANDÓPOLIS
ARAÇATUBA	3º	Resposta inicial imediata, mas certa dificuldade para agendamento da entrevista, com reagendamentos (questionário respondido em conjunto com a equipe) 08 contatos para a entrevista	DRS II REGIÃO CENTRAL DO DRS II
ANDRADINA	3º	Certa dificuldade para o agendamento da entrevista, optaram pelo envio por e-mail, mas necessário cobrança para encaminharem o questionário respondido. 13 contatos para a entrevista	DRS II REGIÃO LAGOS DO DRS II
DIADEMA	3º	Dificuldade inicial a partir da apresentação do projeto na reunião de CT, depois articulação direta da Monica com a Articuladora de Saúde da Região, Gestora respondeu o questionário direto no link do	DRS I REGIÃO GRANDE ABC

Ranking de municípios para seleção da etapa qualitativa (continuação)

Pequeno porte	Ranking	Histórico de contato	DRS/Região
		RedCap®, demora no envio do TCLE, optou pela gravação.	
GUAPIARA	1º	Facilidade no contato, indicação do respondente pelo secretário. Agendamento fácil, mas com reagendamentos devido a demandas da gestão. 07 contatos para a entrevista	DRS XVI REGIÃO ITAPEVA
CAJURU	2º	Município substituto de recusa. Facilidade no contato, devido as demandas optaram pelo envio do questionário respondido por e-mail. Respondente ficou afastada por covid-19 07 contatos para a entrevista	DRS XIII REGIÃO VALE DAS CACHOEIRAS
FERNÃO	3º	Facilidade no contato, agendamento rápido e entrevista realizada no primeiro agendamento. 04 CONTATOS PARA A ENTREVISTA	DRS IX REGIÃO MARÍLIA
PIRAPORA DO BOM JESUS	4º	Dificuldade inicial no contato, números de telefones indisponíveis. Enviado e-mail com histórico de contato, sendo respondido pelo município com informações do respondente. 13 contatos para a entrevista	DRS I REGIÃO ROTA DOS BANDEIRANTES



Ranking de municípios para seleção da etapa qualitativa (continuação)

Municípios cujo modelo é ESF e não se destacaram nos indicadores selecionados			
Grande porte	Ranking	Histórico de contato	DRS/Região
SÃO JOAQUIM DA BARRA	1º	Facilidade no contato, com indicação do respondente, agendamento rápido com reagendamento devido a demandas. 05 contatos para a entrevista	DRS VIII - REGIÃO ALTO ANHANGUERA
MONTE MOR	2º	Dificuldade inicial, números de telefones indisponíveis. Depois com o número certo agendamento no primeiro contato e entrevista realizada na data agendada. 05 contatos para a entrevista	DRS VII REGIÃO METROPOLITANA DE CAMPINAS
PERUÍBE	3º	Dificuldade inicial para receber os dados de contato junto a Articuladora, devido a mudanças na gestão. Contato com município difícil e depois recusa por parte da Coord.AB. Solicitado apoio a Articuladora de Saúde que foi cerca de 1 mês para nova possibilidade de contato. Novamente dificuldade no agendamento e optaram pelo envio do questionário por e-mail após diversos contatos. 16 contatos para a entrevista.	DRS IV REGIÃO BAIXADA SANTISTA
EMBU GUAÇU	4º	Fácil acesso a respondente, porém com reagendamentos para a realização da entrevista. 05 contatos para a entrevista.	DRS I REGIÃO MANANCIAS
Ranking de municípios para seleção da etapa qualitativa (continuação)			
Pequeno porte	Ranking	Histórico de contato	DRS/Região

RIBEIRA	1º	Certa dificuldade no contato e indicação do respondente. Com inúmeras ligações e reagendamentos. 12 contatos para a entrevista	DRS XVI REGIÃO ITAPEVA
JUQUITIBA	2º	Fácil acesso a respondente e agendamentos para a realização da entrevista. 04 contatos para a entrevista.	DRS I REGIÃO MANACIAIS
SUD MENNUCCI	3º	Facilidade no contato e com agendamento da entrevista. 04 contatos para a entrevista	DRS II REGIÃO LAGOS DO DRS II
SÃO LOURENÇO DA SERRA	3º	Fácil acesso a respondente, porém com reagendamentos para a realização da entrevista devido estarem em auditoria. 05 contatos para a entrevista.	DRS I REGIÃO MANACIAIS

Municípios cujo modelo não é ESF e se destacaram nos indicadores selecionados			
Grande porte	Ranking	Histórico de contato	DRS/Região
PAULÍNIA	1º	Entrevista Piloto com Secretário e Coordenação Básica, nova entrevista com a Coord.AB Monica. Fácil contato com 1 reagendamento devido demandas. 06 contatos para a entrevista	DRS VII REGIÃO METROPOLITANA DE CAMPINAS
MIRASSOL	2º	Fácil contato, questionário respondido pelo secretário e dados repassados pela Enfermeira AB. 06 contatos para a entrevista	DRS XV REGIÃO SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Ranking de municípios para seleção da etapa qualitativa (continuação)

VALINHOS	3°	Fácil contato, com indicação do respondente. Diversos reagendamentos devido demandas. 09 contatos para a entrevista	DRS VII REGIÃO METROPOLITANA DE CAMPINAS
ITU	3°	Dificuldade inicial, telefones indisponíveis. Secretária de Saúde preencheu o questionário e indicou a Enfermeira AB para repassar os dados. 04 contatos para a entrevista	DRS XVI REGIÃO SOROCABA
Pequeno porte	Ranking	Histórico de contato	DRS/Região
PIRACAIA	1°	Facilidade no contato com a Secretária de Saúde que indicou a Coordenadora AB para responder o questionário. 4 contatos para a entrevista	DRS VII REGIÃO BRAGANÇA
VISTA ALEGRE DO ALTO	2°	Conforme os registros, apesar dos inúmeros contatos, boa disponibilidade para a entrevista, com reagendamentos devido a demandas da gestão. Questionário respondido pela Secretária de Saúde juntamente a Enfermeira da AB 10 contatos para a entrevista	DRS V REGIÃO SUL BARRETOS
SALESÓPOLIS	3°	Dificuldade foi maior para obter os dados do respondente junto ao Articulador: 04 contatos com o articulador e 01 com o respondente	DRS I REGIÃO ALTO DO TIETÊ

## ANEXO C – Certificado de participação da pesquisadora Ligia Schiavon no 13º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva

Para validar, acesse <http://www.abrascoeventos.org.br/validacao/?cod=5580574>



SALVADOR/BA - 21 A 24 DE NOVEMBRO DE 2022

Certificamos que

**LIGIA SCHIAVON DUARTE**

participou do "13º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva", realizado de 21 a 24 de novembro de 2022.

24 de novembro de 2022



Rosana Teresa Onocko Campos  
Presidente da Abrasco



Isabela Cardoso de Matos Pinto  
Presidente do Congresso

Realização:

 ABRASCO

Apoio:

 OPAS

 COSEMS/BA

 COSEMS/BA

 COSEMS/BA

 COSEMS/BA

 COSEMS/BA

 COSEMS/BA

 COSEMS/BA

 COSEMS/BA

 COSEMS/BA

 COSEMS/BA

 COSEMS/BA

 COSEMS/BA

 COSEMS/BA

 COSEMS/BA

 COSEMS/BA

 COSEMS/BA

 UFSB

 UFSB

 UFSB

 UFSB

 UFSB

 UFSB

 UFSB

 UFSB

 UFSB

 UFSB

 UFSB

 UFSB

 UFSB

 UFSB

 UFSB

 UFSB

 UFSB

 UFSB

## ANEXO D – Certificado de participação da pesquisadora Ligia Schiavon na oficina pré-congresso realizada durante o 13º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva



Certificamos que

**LIGIA SCHIAVON DUARTE**

participou do(a) "Oficina - Pré-Congresso - OF.23 - INTRODUÇÃO À TEORIA MARXISTA DA DEPENDÊNCIA E SAÚDE", durante o "13º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva", realizado de 21 a 24 de novembro de 2022 na Centro de Convenções de Salvador em Salvador/BA.

Salvador, 19 de novembro de 2022

Rosana Teresa Onocko Campos  
Presidente da Abrasco

Isabela Cardoso de Matos Pinto  
Presidente do Congresso

Realização:

Apoio:

## ANEXO E – Certificado de Apresentação de trabalho científico, pela equipe de pesquisadoras, no 13º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva

Para validar, acesse <http://www.abrascoeventos.org.br/validacao/?cod=5180575>



13º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva  
DEMOCRACIA É SAÚDE:  
diversidade, equidade e justiça social

SALVADOR/BA - 21 A 24 DE NOVEMBRO DE 2022

Certificamos que o trabalho

**AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE (OSS) NA GESTÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS) NOS MUNICÍPIOS PAULISTAS**

dos autores: LIGIA SCHIAVON DUARTE; MARIANA TARRICONE GARCIA; MARIA MERCEDES LOUREIRO ESCUDER; TEREZA ETSUKO DA COSTA ROSA; MARIA IZABEL SANCHES COSTA; MÔNICA MARTINS DE OLIVEIRA VIANA, foi aprovado na modalidade Apresentação Curta Assíncrona, no 13º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva ocorrido de 21 a 24 de novembro de 2022.

24 de novembro de 2022



Rosana Teresa Onocko Campos  
Presidente da Abrasco



Isabela Cardoso de Matos Pinto  
Presidente do Congresso

Realização:

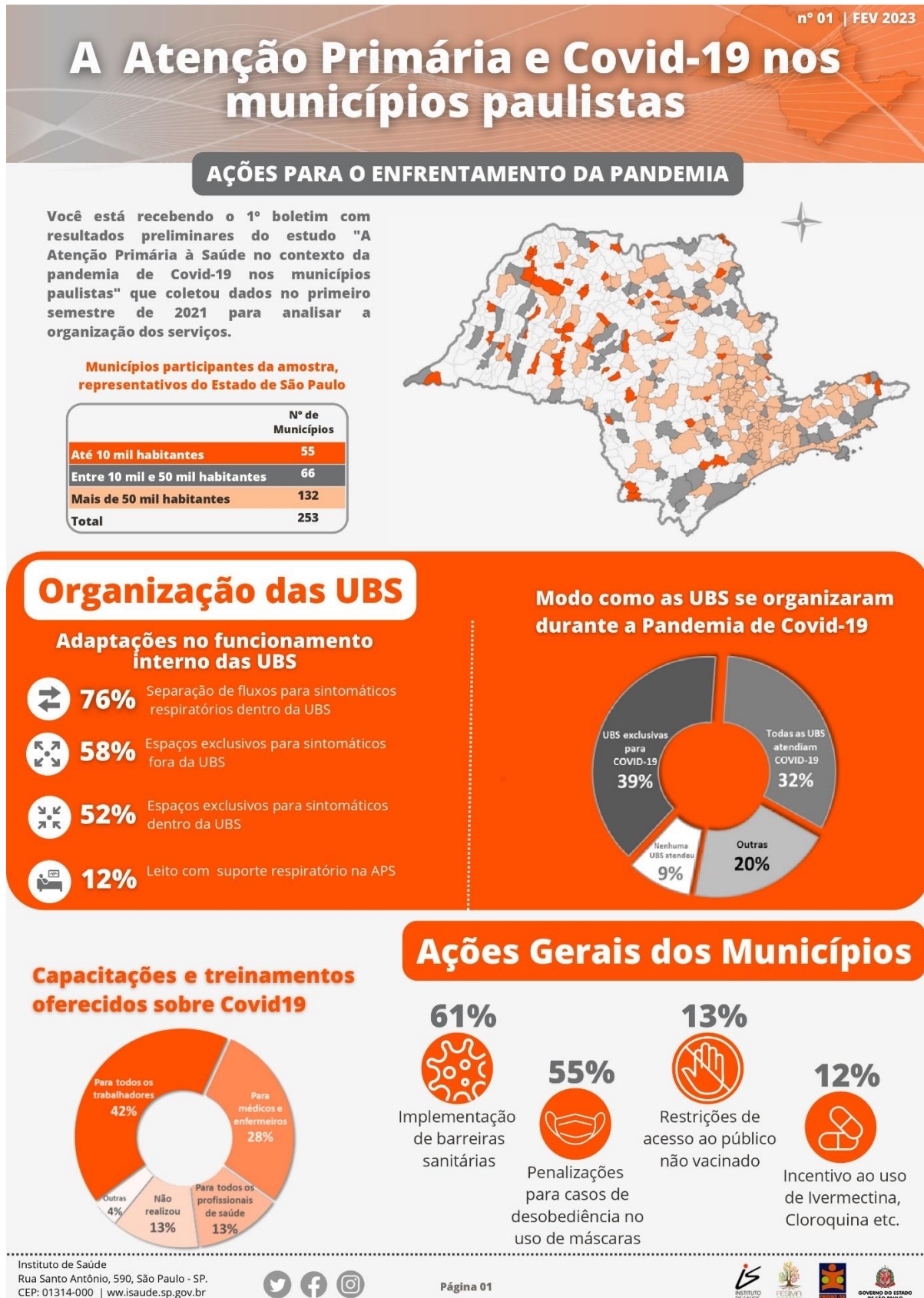


Apoio:





## ANEXO F – Infográfico n°1: Ações para o enfrentamento da pandemia



## Infográfico n°1: Ações para o enfrentamento da pandemia (continuação)

A Atenção Primária e Covid-19 nos municípios paulistas

n° 01 | FEV 2023

### Ações das Equipes da APS

#### Realizadas nas UBS



64%

Tiveram iniciativas para apoio psicológico frente à situação de pandemia

Dos quais 70% do apoio era realizado pelas próprias equipes da APS

72% Campanhas de incentivo ao isolamento social

37% Identificação dos grupos de risco de complicação clínica da Covid-19

27% Identificação dos grupos de maior vulnerabilidade social

#### Educação em saúde na comunidade



7 em cada 8 municípios

Recomendaram que as UBS realizassem ações de educação em saúde na comunidade para o cuidado e prevenção à Covid-19

#### Local das ações

84%

Em visitas ou outras ações da UBS

69%

Outras secretarias do município

56%

Locais públicos

48%

Movimentos comunitários

#### Dos Agentes Comunitários de Saúde



7 em cada 8 municípios mantiveram as atividades dos ACS no território

77% Monitoramento dos casos de Covid-19 por meio remoto

55% Busca ativa de contatos de casos de Covid-19

47% Atividades educativas sobre covid-19

44% Monitoramento dos contatos dos casos de Covid-19

29% Monitoramento dos casos de Covid-19 por meio de visitas domiciliares



#### Monitoramento



9 em cada 10 municípios

Recomendaram que as UBS realizassem acompanhamento dos pacientes de Covid-19 que receberam alta hospitalar

Formas de Monitoramento

96%



Por meio telefonemas, mensagens e teleconsultas

39%



Por meio de visitas domiciliares

57% dos municípios afirmam já disponibilizar equipe/estrutura para atender sequelas pós-covid.

13% estavam em fase de implantação no momento da pesquisa

#### Vacinação

##### Locais disponíveis para vacinação

48%



UBS mais próxima das residências

31%



Locais Públicos

40%



Postos do tipo drive thru

30%



UBS específica



4 em cada 7 municípios

Contrataram ou remanejaram profissionais da enfermagem de outros setores para realização da vacinação.



## ANEXO G – Infográfico nº 2: Continuidade do cuidado durante a pandemia

nº 02 | FEV 2023

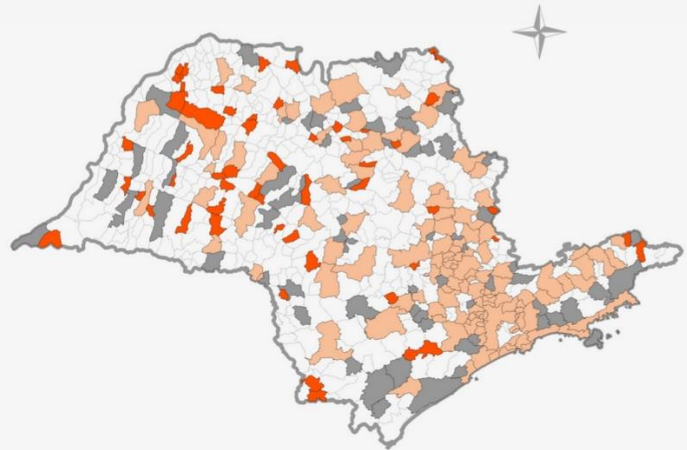
# A Atenção Primária e Covid-19 nos municípios paulistas

### CONTINUIDADE DO CUIDADO DURANTE A PANDEMIA

Você está recebendo o 2º boletim com resultados preliminares do estudo "A Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia de Covid-19 nos municípios paulistas" que coletou dados no primeiro semestre de 2021 para analisar a organização dos serviços.

Municípios participantes da amostra, representativos do Estado de São Paulo

	Nº de Municípios
Até 10 mil habitantes	55
Entre 10 mil e 50 mil habitantes	66
Mais de 50 mil habitantes	132
<b>Total</b>	<b>253</b>

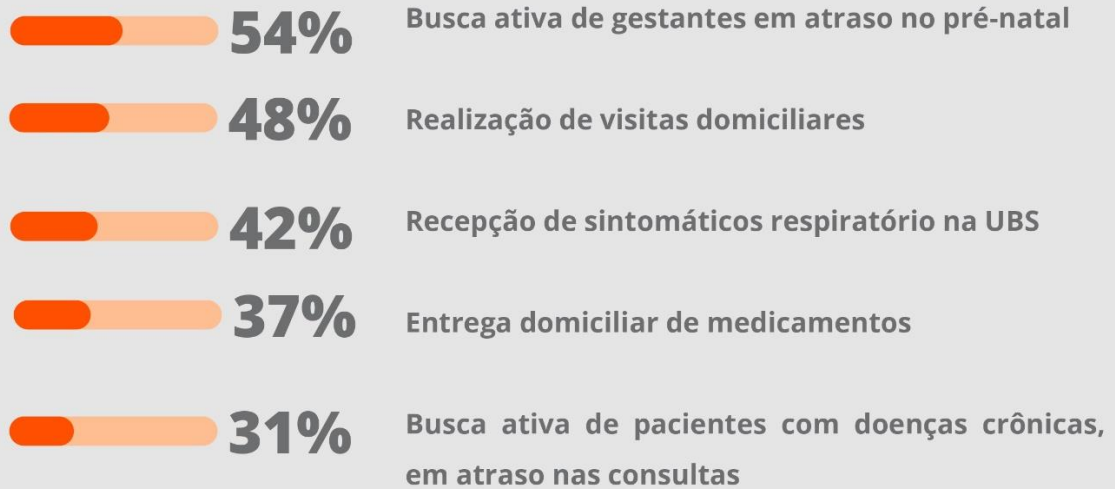


## AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

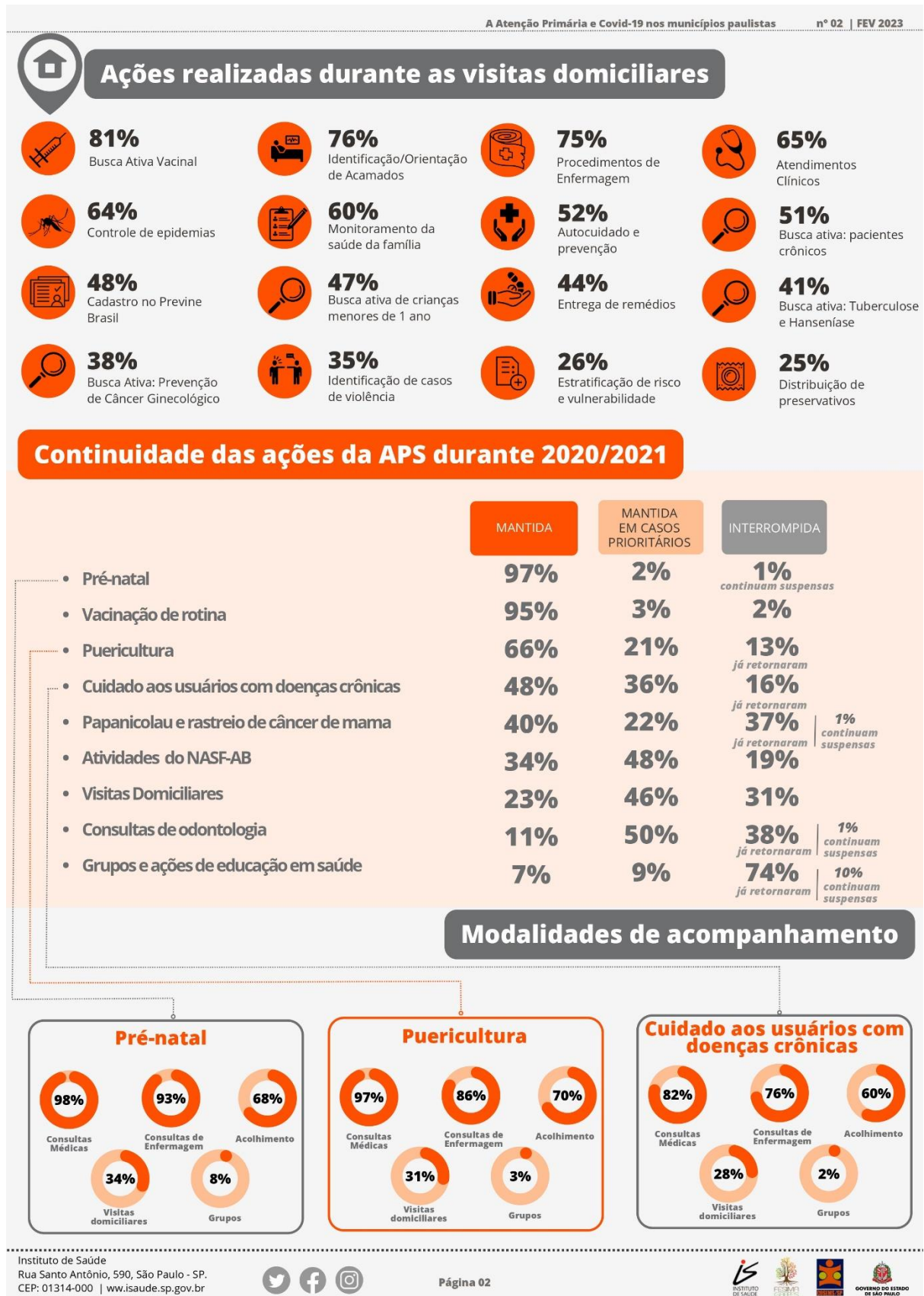


**7** em cada 8 municípios mantiveram as atividades dos ACS

### Atividades Realizadas pelos ACS 2020/2021



## Infográfico n° 2: Continuidade do cuidado durante a pandemia (continuação)



## ANEXO H – Infográfico nº3: Estratégias de gestão da APS





## Infográfico nº3: Estratégias de gestão da APS (continuação)

A Atenção Primária e Covid-19 nos municípios paulistas

nº 03 | FEV 2023



### CONTRATAÇÃO DOS MÉDICOS QUE ATUAM NA APS

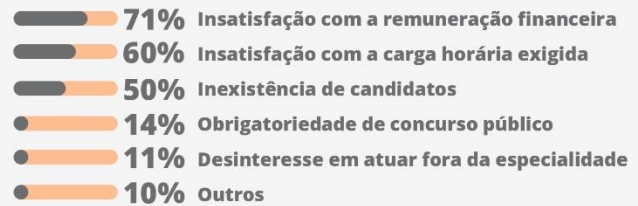
**70% dos municípios concordam que médicos de família e comunidade devem ser priorizados para a atuação nas equipes de APS**



**5** em cada 8 municípios encontram dificuldade na contratação de médicos

#### Dificuldades

#### Vínculo empregatício com a prefeitura

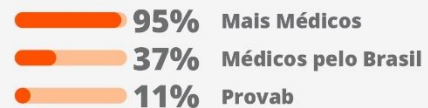


#### Vínculo intermediado por terceiros



**4** em cada 7 municípios concordam que o limite imposto pelo teto remuneratório do prefeito dificulta a contratação de médicos

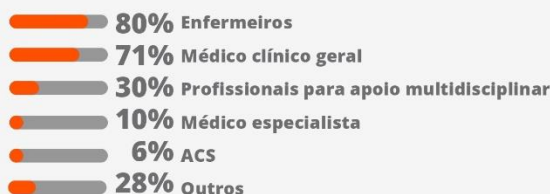
#### Programas de apoio que forneceram médicos para os municípios



### CONTRATAÇÃO DOS DEMAIS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA APS

**5 em cada 8 municípios concordam que a Lei de Responsabilidade Fiscal dificulta a contratação de profissionais para a atuação nas equipes de APS.**

Na pandemia, 80% dos municípios contratou ou repôs profissionais de saúde para adequação da demanda da APS, sendo:



**30% dos municípios encontram dificuldade na contratação demais profissionais para atuar na APS**



## ANEXO I – Sumário Executivo

JULHO DE 2023

# A Atenção Primária e Covid-19 nos municípios paulistas

SUMÁRIO EXECUTIVO



## Sumário Executivo (continuação)

# Ficha Técnica

**Instituição Executora:**

Instituto de Saúde - SES/SP

**Coordenadora:**

Mônica Martins de Oliveira Viana

**Equipe de pesquisa:**

Arnaldo Sala - SES/SP - Atenção Básica  
Claudia Malinverni - Instituto de Saúde - SES/SP  
Fabiana Santos Lucena - Instituto de Saúde - SES/SP  
Gastão Wagner de Sousa Campos - Unicamp  
Ligia Schiavon Duarte - Instituto de Saúde - SES/SP  
Maria Izabel Sanches Costa - Instituto de Saúde - SES/SP  
Maria Mercedes Loureiro Escuder - Instituto de Saúde - SES/SP  
Mariana Tarricone Garcia - Instituto de Saúde - SES/SP  
Maritsa Carla de Bortoli - Instituto de Saúde - SES/SP  
Michelle Fernandez - Universidade de Brasília (UnB)  
Nayara Begalli Scalco Vieira - Instituto de Saúde - SES/SP  
Sonia Izoyama Venancio - Instituto de Saúde - SES/SP  
Tereza Etsuko da Costa Rosa - Instituto de Saúde - SES/SP

**Apoio técnico**

Miriam Vaz Ferreira Neves  
Luzia Aparecida de Albuquerque Dantas

**Instituições parceiras:**

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SESSP) - Área Técnica de Atenção Básica  
Coordenadoria de Regiões de Saúde.  
Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMSSP)

**Órgão financiador**

Fundo Especial de Saúde para Imunização em Massa e Controle de Doenças - FESIMA  
Processo do FESIMA- CAF 015/2021

**Imagem da capa:**

Banco de Imagens da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Licença para uso não comercial (by-nc). Autora: Raquel Portugal | Acervo Fiocruz Imagens

**FICHA CATALOGRÁFICA**

Elaborada pela Biblioteca do Instituto de Saúde - IS

I59a Instituto de Saúde A atenção primária e covid-19 nos municípios paulistas: sumário executivo /coordenação: Mônica Martins de Oliveira Viana - São Paulo: Instituto de Saúde, 2023.  10 p. Vários colaboradores.  1. Atenção primária à saúde 2. Covid-19 3. Serviços de saúde 4. São Paulo (Município) I.Viana, Mônica Martins de Oliveira  CDD 362.1
--

Instituto de Saúde  
Rua Santo Antônio, 590, São Paulo - SP.  
CEP: 01314-000 | [www.isaude.sp.gov.br](http://www.isaude.sp.gov.br)



# Apresentação

A pandemia de Covid-19 foi um momento muito desafiador para toda a nossa sociedade. E, estar à frente do cuidado ou da gestão dos serviços de saúde certamente se tornou uma tarefa da mais alta responsabilidade. Todos procuraram fazer o seu melhor, dentro das possibilidades e do cenário adverso que se apresentavam, resultando em muitas estratégias e soluções exitosas. Captar e estruturar os principais aprendizados deste período foi o que motivou nossa pesquisa. Em especial, buscamos dar visibilidade para as ações relacionadas à Atenção Primária à Saúde, por se tratar de ponto integrador da rede e do nível de atenção mais próximo das famílias e dos territórios, sendo, portanto, fundamental na articulação do cuidado, sobretudo frente a epidemias e, também na pandemia de covid-19.

Assim, o Instituto de Saúde (SES-SP), em parceria com a Coordenadoria de Regiões de Saúde (Coordenação da Atenção Básica) e com o Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMSSP), realizou durante os anos de 2021 e 2023 a pesquisa intitulada **“A Política de Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia nos municípios paulistas”** junto a municípios do estado de São Paulo. O estudo contou com o financiamento do fundo Fesima (SES-SP) e teve como objetivo identificar e analisar a organização da Atenção Primária à Saúde (APS) nos municípios paulistas durante a pandemia da Covid-19.

Nossa intenção, com esta iniciativa, foi a de contribuir para uma visão abrangente das respostas organizacionais na rede básica de saúde do estado de São Paulo durante a pandemia, de forma a conhecer tanto o potencial, recursos e soluções, bem como as lacunas, fragilidades e necessidades. Esperamos que os resultados aqui sistematizados ajudem a subsidiar o desenvolvimento de ações e políticas de fortalecimento das gestões municipais na implementação da atenção básica, e que sirva de instrumento para a elaboração de materiais orientadores e outras estratégias de apoio.

Boa leitura!



## Sumário Executivo (continuação)

03

# Carta ao Leitor

*Penso que há consenso entre pesquisadores, gestores e trabalhadores do SUS que a pandemia do coronavirus foi uma das maiores crises sanitárias que enfrentamos em toda nossa história de construção do SUS. Tivemos todos que nos reinventar para responder ao enorme desafio de organizar os serviços públicos de saúde para oferecer atenção à população acometida pela Covid 19. Isso numa conjuntura extremamente desfavorável no que diz respeito ao fato do Ministério da Saúde não ter cumprido seu papel. Entender e refletir sobre o que foi realizado na atenção básica, debater as barreiras encontradas e ao mesmo tempo resgatar as potencialidades das equipes das UBS é fundamental para extrairmos conhecimentos e experiência que fortaleçam a atenção Básica. Os resultados dessa pesquisa contribuem para que gestores e trabalhadores da AB façam essa discussão, e que sirva de subsídios na busca de retomada do papel estratégico da atenção básica na garantia do cuidado integral e atenção em rede.*

### **Aparecida Linhares Pimenta**

Assessora do COSEMS/SP

*Esta pesquisa, que se debruça sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) no período da pandemia de covid-19, trouxe, no relato de seus resultados, a presença de uma APS viva, que soube dar respostas adequadas às demandas e desafios postos nos dois primeiros anos da pandemia. Mostra que, tendo uma atuação abrangente, com vínculos sólidos com a comunidade sob sua responsabilidade e ancorado na perspectiva da promoção da saúde, foi capaz de dar respostas adequadas ao enfrentamento da pandemia. Mostra, também, a heterogeneidade das situações nas regiões e nos municípios, que modulam a capacidade de resposta frente a uma situação de emergência em saúde pública, e que merece a atenção dos gestores do SUS.*

*Um abraço,*

### **Arnaldo Sala**

Coordenador da Área Técnica de Atenção Básica. Secretaria de Estado da Saúde

## Sumário Executivo (continuação)

04

# Metodologia

A pesquisa ocorreu em duas etapas, sendo a primeira quantitativa, com aplicação de questionários a gestores municipais da área da saúde e a segunda, qualitativa, com entrevistas a gestores locais e trabalhadores de unidades básicas de saúde.

Na etapa de aplicação do questionário, contamos com a participação de 253 gestores municipais, mediante contato telefônico e/ou por videochamada, para responder a questões sobre a caracterização da estrutura e organização da APS no contexto da pandemia. A produção desses dados ocorreu de fevereiro a junho de 2022.

Na etapa 2, das entrevistas, participaram seis municípios. A escolha dos municípios foi baseada nas respostas obtidas na etapa 1 (dos questionários), pensando em incluir diferentes portes populacionais, diferentes estruturas de Atenção Primária (com e sem ESF) e também abranger diferentes perfis de ações desenvolvidas durante a pandemia (continuidade do cuidado e ações no território).

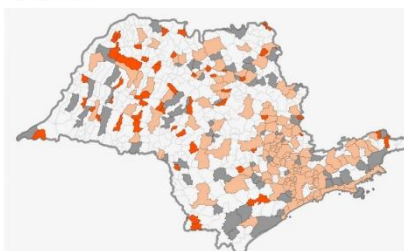
Cada município indicou os entrevistados, conforme os critérios: trabalhador da saúde, com experiência na saúde (SUS) pelo menos nos últimos 5 anos. Além do Gestor Municipal da Saúde e do Coordenador da Atenção Básica, deveriam ser entrevistados 1 Gestor/Coordenador de UBS, 1 Médico(a), 1 Enfermeiro(a), 1 Agente Comunitário de Saúde (caso houvesse) e 1 Profissional do NASF (se houver). No total foram realizadas 54 entrevistas. As entrevistas foram gravadas e depois transcritas para a realização das análises.



Em todas as etapas foram cumpridas as recomendações éticas para pesquisas sociais e humanas contidas na Resolução nº 510/2016 e o projeto foi aprovado no Comitê de Ética, sob parecer 4.842.154 CAAE 48513721.80000.5469.

## Municípios participantes da amostra, representativos do Estado de São Paulo

	Nº de Municípios
<b>Até 10 mil habitantes</b>	<b>55</b>
<b>Entre 10 mil e 50 mil habitantes</b>	<b>66</b>
<b>Mais de 50 mil habitantes</b>	<b>132</b>
<b>Total</b>	<b>253</b>



# Resultados

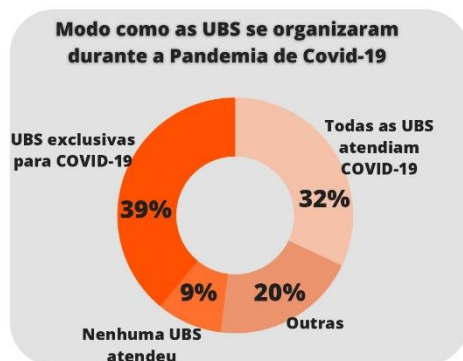
## Adequações realizadas na estrutura e organização da APS no contexto da pandemia

A implantação do Centro Covid-19 mostrou-se uma estratégia bastante utilizada pelos municípios do Estado de São Paulo.

- **72%** dos municípios relataram ter aderido a essa modalidade de serviço durante a pandemia.

Em relação à estruturação do acesso de usuários com suspeita de Covid-19, o papel da UBS ficou centrado na triagem e cuidado dos sintomas leves.

- **39,2%** dos municípios optaram pela criação de UBS exclusivas para o atendimento Covid-19.
- Em **174 municípios**, a diretriz era para que todas as UBS realizassem o atendimento de Covid-19. Quando a referência do usuário era a UBS mais próxima de sua residência, ou UBS de referência habitual, foram feitos investimentos a respeito da separação de fluxo dos casos com suspeita de Covid-19.



A alternativa relatada em maior frequência (76% municípios) foi a de separar os fluxos dos usuários sintomáticos respiratórios dentro da UBS.

Em segundo lugar, recorreu-se à criação de espaços exclusivos para os sintomáticos respiratórios, seja dentro da UBS (51,6%) ou fora delas, em tendas ou outros espaços externos (57,6%).

### Medidas incrementais, ligadas à APS:

- Orientação para que as equipes de APS realizassem campanhas de incentivo ao isolamento social (71,7%);
- Disponibilização de oxímetros para as equipes utilizarem nas UBS (49,5%); e, em menor proporção, a criação de leitos com estrutura para suporte respiratório (12,4%).

### De incremento tecnológico, os principais investimentos foram:

- Aquisição de tablets para cadastramento e vacina (37,9%);
- Melhoria da rede de internet já disponível (36,4%);
- Aquisição de celulares corporativos (31,9%).

Além disso, durante a pandemia, foi necessário realizar a contratação ou remanejamento de profissionais para a APS, em virtude do aumento de demanda.



## Sumário Executivo (continuação)

06

Em **47,7%** dos municípios a vacinação ocorreu na UBS mais próximas da residência dos usuários.

Em **40,4%**, a vacinação ocorreu em esquema de “drive-thru”.

Locais públicos (31,1%) ou em UBS destacada somente para vacinas (29,8%).

Apesar da importância do papel da APS para a vacinação, os gestores consideram que a APS também ganhou o reconhecimento, por parte da população, antes disso:

**81,8%** Dos municípios fizeram campanhas de conscientização da população para adoção de medidas de prevenção e isolamento recomendadas para Covid-19.

**68,9%** Dos municípios realizaram cuidado dos dos pacientes com sintomas leves e moderados.

### Estratégias de ações no território voltadas para o enfrentamento da Covid-19.

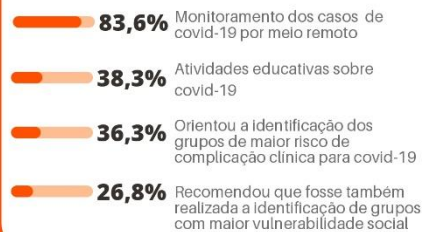
Em **78,7%** dos municípios, o gabinete da prefeitura e/ou a SMS incentivaram a realização de ações intersetoriais para o atendimento de pessoas em situação de vulnerabilidade social, com o estabelecimento de parceria entre secretarias, tais como assistência social e educação.

As ações de parceria com ONG ou movimentos da sociedade civil ocorreram em menor frequência (53,1% dos municípios).

A prefeitura ou SMS de **79%** dos municípios realizou algum tipo de apoio social (auxílio social). O tipo mais frequente foi o oferecimento de orientação a respeito do cadastro único e dos benefícios sociais disponíveis.

A manutenção do trabalho dos ACS ocorreu em 88% dos municípios, com orientações para realizar as seguintes atividades:

### Atividades dos ACS no território



### Continuidade do cuidado para grupos prioritários e usuários com doenças crônicas

As atividades que foram mantidas em maior proporção nos municípios:



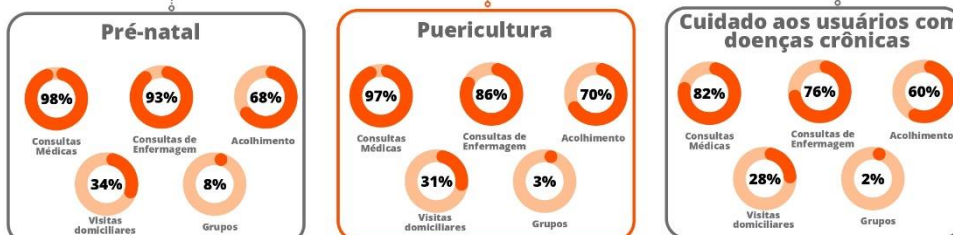
## Sumário Executivo (continuação)

07

### Continuidade das ações da APS durante 2020/2021

	MANTIDA	MANTIDA EM CASOS PRIORITÁRIOS	INTERROMPIDA
• Pré-natal	97%	2%	1%
• Vacinação de rotina	95%	3%	2%
• Puericultura	67%	21%	13%
• Cuidado aos usuários com doenças crônicas	48%	36%	16%
• Papanicolau e rastreamento de câncer de mama	40%	22%	37%
• Atividades do NASF-AB	34%	48%	19%
• Visitas Domiciliares	23%	46%	31%
• Consultas de odontologia	11%	50%	38%
• Grupos e ações de educação em saúde	7%	9%	74%

### Modalidades de acompanhamento



Durante 2020/2021, apenas **46%** dos municípios recomendaram que as visitas domiciliares fossem mantidas para casos prioritários. Daqueles que não interromperam, as visitas eram destinadas para:

- Busca ativa para vacinação (81,1%).
- Monitoramento dos pacientes acamados (76,5%).
- Procedimentos de enfermagem (75,2%).
- O cuidado aos usuários com doenças crônicas foi mantido em 48,5% dos municípios, que consistiam, em consultas médicas (98,3%) e consultas de enfermagem (90,7%).

**Apenas 41,2% dos municípios recomendaram a manutenção das reuniões de equipe**

## Sumário Executivo (continuação)

08

### Continuidade do cuidado e ações no território durante a pandemia de Covid-19.

#### Facilitadores

**Existência de uma estrutura de APS adequada segundo os princípios da PNAB, com recursos humanos suficientes, estrutura física adequada, e elevada capacidade de gestão dos gestores municipais.**

- Autonomia financeira municipal para a contratação de profissionais e investimento na infraestrutura dos serviços.
- Presença de profissionais com experiência prévia de valorização da APS em cargos de gestão (local, municipal ou estadual).

**Realização de ações dos profissionais no território antes da pandemia.**

- Quanto maior o entendimento e a valorização do papel abrangente da APS, maior foi o engajamento com a continuidade do cuidado e ações no território no contexto pandêmico.
- Estímulo (e condições concretas) para a construção do vínculo com as famílias, e à realização das atividades de promoção e prevenção, e não só as de assistência. Serviços que já realizavam tais ações antes da pandemia, tiveram maior facilidade em dar algum tipo de continuidade mesmo durante a pandemia.

#### Barreiras

**Inexistência ou insuficiência de serviços de referência para o atendimento de casos graves de síndromes respiratórias relacionadas à Covid-19.**

Apesar de não ser uma variável imprescindível, a existência de um serviço específico para o atendimento de demandas respiratórias relacionadas à Covid-19 graves ajudou a não sobrecarregar a APS.

**Desestruturação das equipes de saúde antes da pandemia.**

- Foi atribuído tanto a deficiências estruturais da APS quanto aos processos de trabalho que não estavam alinhados às ações no território e à continuidade do cuidado mesmo antes da pandemia.
- A desintegração já era uma variável existente no contexto pré-pandêmico, a chegada da pandemia agravou esta situação em muitos serviços, o que dificultou ainda mais a promoção de um cuidado integral.



# Lições Aprendidas

A crise gerada pela Covid-19 deixou marcas, em especial na necessidade de organização da APS. Ainda que passemos a compreender a Covid-19 como um agravo com que teremos que lidar constantemente, percebe-se um movimento para retomada dos processos regulares. E, além disso, é necessário que algumas questões sejam consideradas para que em momentos futuros de enfrentamento de novas emergências e crises a APS possa estar fortalecida e mais bem preparada.

- O porte populacional pode influenciar no quão preparada a APS de um município se encontra, especialmente no que diz respeito à sua articulação com as redes, e isso influenciará a resposta e as necessidades dos serviços em momentos de crise.
- A APS abrangente, fortalecida e atuante como ordenadora do cuidado, é fundamental para enfrentamento de situações que precisam ser encaradas fora do contexto da “Normalidade”, e isso pressupõe o processo de Planejamento Regional integrado/PRI e pactuação dos fluxos para as Redes de Atenção em Saúde.

***A atuação das equipes da APS é sempre singular, pois depende tanto das condições de vida das famílias atendidas e do território, como da composição e integração da própria equipe, e da rede de atenção a saúde regional.***

## **Para além das emergências, há questões que merecem reflexão para que se busque o fortalecimento constante da APS:**

- A conformação de estratégias de apoio aos gestores municipais e realização de atividades de educação permanente para gestores e trabalhadores das equipes da APS, voltadas para qualificação do cuidado e da gestão.
- Continuidade de articulações intersetoriais que foram importantes durante a pandemia, e poderiam se tornar sistemáticas.
- A APS se realiza por e para pessoas. O acolhimento humanizado, com vínculos afetivos e efetivos entre equipe da APS e a população fortalecem a confiança nas recomendações, o que é essencial não somente em momento de crises. Portanto, é necessário investir nos processos de vinculação equipe-usuários com recomendações explícitas, pactuação clara e condições de trabalho adequadas para que essa relação se estabeleça.
- As equipes precisam contar com número adequado de profissionais e trabalhar com proporção adequada do número de usuários sob sua responsabilidade, para conseguirem em sua atuação garantir oportuna gestão do tempo, centrada nas necessidades de saúde dos usuários e singularidade dos territórios.
- As estratégias de cuidado atualmente são centradas nas consultas individuais, mas um esforço para impulsionar ações de promoção da saúde e estímulo ao autocuidado, a fim de reduzir a dependência extrema em relação às recomendações médicas e à medicalização, podem apresentar bons resultados.
- As aquisições tecnológicas realizadas nesse período, com incremento das ações virtuais e uso de ferramentas de Saúde Digital tendem a seguir sendo utilizadas e podem auxiliar as equipes desde os processos de vinculação até novas estratégias que diversifiquem o cuidado.



## Sumário Executivo (continuação)

10

# Considerações Finais

Os municípios empreenderam muita energia para implementar ações de enfrentamento à Covid-19, sendo que as características próprias, como a multiplicidade das estruturas da APS e as Redes de Atenção à Saúde, influenciaram diretamente na capacidade de resposta, gerando ações muito diversas.

- Foram necessários grandes esforços para coordenação dos recursos humanos e de insumos em momentos de grande escassez.
- Os contextos diversos influenciaram a implementação de ações, sendo especialmente desafiadoras as condições daqueles municípios de médio porte (10 mil e 50 mil habitantes), onde a rede de APS não se mostrou suficiente e, por esse motivo, foram necessárias a formação de arranjos e articulações regionais que anteriormente não existiam.
- Em relação ao cuidado, os casos com usuários mais graves muitas vezes demandaram toda atenção em detrimento dos demais usuários.
- Além da demanda dos casos mais graves, a vacinação também requereu um novo olhar sobre o fluxo de atendimentos.
- Pelas necessidades de reestruturação da organização dos serviços e de seus fluxos, houve represamento das demandas consideradas regulares nos serviços da APS, que agora passam a pressionar a própria rede.

## Sumário Executivo (continuação)

