

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**JANAINA BARBIERI**

**AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO À COVID-19 POR GESTORES  
MUNICIPAIS DE SAÚDE: UM ESTUDO DE MÉTODO MISTO**

**Porto Alegre**  
**2022**

**JANAINA BARBIERI**

**AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO À COVID-19 POR GESTORES  
MUNICIPAIS DE SAÚDE: UM ESTUDO DE MÉTODO MISTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Área de concentração:** Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem.

**Linha de pesquisa:** Enfermagem e saúde coletiva.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Deise Lisboa Riquinho.

**Co-orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Adriana Roese Ramos

**Porto Alegre**

**2022**

### CIP - Catalogação na Publicação

Barbieri, Janaina

As estratégias de enfrentamento à COVID-19 por gestores municipais de saúde: um estudo de método misto / Janaina Barbieri. -- 2022.

138 f.

Orientadora: Deise Lisboa Riquinho.

Coorientadora: Adriana Roese Ramos.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2022.

1. COVID-19. 2. Pandemia. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Regionalização da Saúde. 5. Enfermagem. I. Lisboa Riquinho, Deise, orient. II. Roese Ramos, Adriana, coorient. III. Título.

**JANAINA BARBIERI**

**AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO À COVID-19 POR GESTORES  
MUNICIPAIS DE SAÚDE: UM ESTUDO DE MÉTODO MISTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

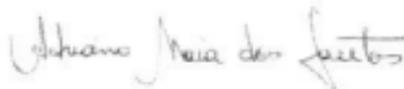
Aprovada em Porto Alegre, 31 de março de 2022.

**BANCA EXAMINADORA**



Prof. Dra. Deise Lisboa Riquinho  
Presidente da Banca – Orientador

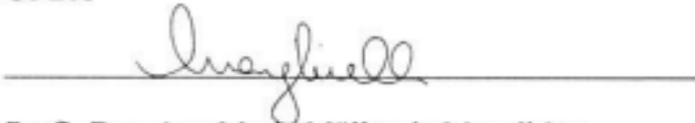
PPGENF/UFRGS



Prof. Dr. Adriano Maia dos Santos

Membro da banca

UFBA



Prof. Dra. Ana Maria Müller de Magalhães

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Prof. Dr. Alcides Silva De Miranda

*Dedico este trabalho a todos os participantes desta pesquisa que empreenderam seus esforços à gestão do SUS na luta para evitar que vidas fossem ceifadas pela pandemia da COVID-19, bem como a todos os profissionais que estiveram na linha de frente da pandemia.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me possibilitado trilhar essa caminhada e chegar até aqui.

À minha amiga Danusa que acreditou em mim e me incentivou a ir em busca de novos desafios e foi o elo de ligação neste espaço rico que é a UFRGS e o PPGENF.

À minha orientadora, professora Deise Lisboa Riquinho, uma pessoa sensível e generosa que sempre me apoiou e me compreendeu neste processo de aprendizado. Mesmo com pouco contato físico devido a pandemia, me senti muito acolhida e muito apoiada durante os dois anos do mestrado.

À minha co-orientadora, professora Adriana Roese Ramos, uma pessoa incrível que me possibilitou a aproximação de temas como a regionalização e o planejamento estratégico regional, enriquecendo o processo de construção e pesquisa durante o mestrado.

À minha família que soube compreender a minha ausência física durante este período o qual se fazia necessário para chegar a finalização desta caminhada.

À minha banca examinadora, Prof. Dr. Adriano Maia dos Santos, Profa. Dra. Ana Maria Müller de Magalhães e Prof. Dr. Alcides Silva De Miranda pela disponibilidade e valiosas contribuições para com este trabalho.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, especialmente ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, quero deixar registrada a minha alegria em ter feito parte desta instituição a qual me proporcionou condições favoráveis para desfrutar de momentos de aprendizagem e direcionado a buscar caminhos ricos de acesso ao conhecimento.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES), pela bolsa de estudo.

À Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado do Rio Grande do Sul- FAPERGS, que através do Edital 06/2020 contemplou o Projeto da Profa. Dra. Ana Maria Müller de Magalhães possibilitando fomento a esta e outras pesquisas realizadas voltadas à COVID-19.

Aos integrantes do Grupo Interdisciplinar de Pesquisa em Saúde, Ambiente e Trabalho – GIPSAT, pela oportunidade em participar de momentos de discussão com ricos debates e reflexões, além de me proporcionarem espaço para apresentar, debater e compartilhar informações sobre o tema deste trabalho.

Aos secretários e secretarias municipais de saúde das Regiões 15 e 20 do estado do RS que aceitaram compartilhar suas experiências e os desafios enfrentados durante a pandemia da COVID-19. Cada entrevista trazia o reflexo do esforço despendido com a sua população e o quanto este período foi difícil para todos.

Ao Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do RS – Cosems, do qual atuo como apoiadora, pela possibilidade de estar neste espaço junto com atores importantes e envolvidos no processo de gestão da saúde regional e assim ter a possibilidade de aprender e aprofundar questões inerentes às redes de atenção.

À bolsista Andrieli e prima Hellen pela ajuda durante os ajustes dos artigos e da redação final da dissertação. E por fim, a todos que de alguma forma me apoiaram e torceram por mim nestes dois anos de mestrado.

**Muito Obrigada!**

## RESUMO

BARBIERI, Janaina. **As estratégias de enfrentamento à COVID-19 por gestores municipais de saúde: um estudo de método misto**. 2022. 138f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2022.

**Introdução:** O protagonismo de ações dissipadas por estados e municípios durante a pandemia da COVID-19 apropriou-se das ferramentas instituídas através das redes regionalizadas dos serviços de saúde, desvelando potencialidades e fragilidades. **Objetivos:** Analisar as estratégias de enfrentamento à COVID-19 adotadas por gestores municipais de saúde. **Método:** um estudo de método misto, onde a população foi gestores municipais de saúde ou coordenadores da APS de 52 municípios de duas regiões do Rio Grande do Sul. O critério de inclusão compreendeu gestores que estivessem no cargo a minimamente um ano. Na etapa quantitativa, a amostra foi de 42 participantes e efetuou-se nos meses de julho e agosto de 2020 com aplicação de instrumento checklist; em março de 2021 foram coletados dados de mortalidade, testagem, dados populacionais e, realizadas análises de correlação de Pearson, considerando nível de significância 5%. A pesquisa qualitativa aconteceu nos meses de junho a agosto de 2021, com entrevistas de 15 participantes. A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob o nº CAE 31545920.2.0000.5327 e os participantes concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados:** na etapa quantitativa houve correlação entre as estratégias implementadas e o percentual de testes confirmados para COVID-19, assim como a taxa de casos confirmados e a taxa de óbitos; já a taxa de testagem e letalidade obtiveram significância inversamente proporcional. Estes resultados direcionaram a pesquisa qualitativa que identificou três categorias: organização da rede de serviços na esfera municipal; desafios da gestão municipal no enfrentamento à pandemia; e articulação regional e ampliação da testagem da COVID-19. Foi possível inferir que a falta de coordenação federal está dentre as dificuldades encontradas e a respeito das facilidades para a tomada de decisões dos municípios destaca-se o protagonismo do governo estadual no regimento das ações de enfrentando à COVID-19. Pressões econômicas e *fake news* foram citadas como obstáculos para manter as recomendações restritivas. Houve maior autonomia de testagens a partir da organização regional e da parceria findada com a universidade. **Conclusão:** Ao analisar as estratégias de enfrentamento da COVID-19 infere-se que foram focadas em ações na APS com vigilância dos casos e ampliação da testagem e desta forma refletindo no baixo número de óbitos nos municípios analisados. Compreende-se que a falta de coordenação nacional, somadas as pressões econômicas e a disseminação de notícias integracionistas e falsas foram a principais dificuldades relatadas pela gestão dos municípios.

**Descritores:** COVID-19; Pandemia; Atenção Primária à Saúde; Regionalização da Saúde; Enfermagem.

## ABSTRACT

BARBIERI, Janaina. **Combat strategies for COVID-19 by municipal health managers: a mixed method study.** 2022. 138f. Disclosure (Master in Nursing) - School of Nursing, Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2022.

**Introduction:** The protagonism of actions dissipated by states and municipalities during the COVID-19 pandemic appropriated the tools established through the regionalized networks of health services, revealing potentialities and weaknesses. **Objectives:** To analyze the strategies to combat COVID-19 adopted by municipal health managers. **Method:** A mixed method study, in which the focus population of the research was municipal health managers or coordinators of Primary Health Care in 52 municipalities in two regions of Rio Grande do Sul. The inclusion criterion included managers who had been in the position for at least one year. In the quantitative stage, the sample consisted of 42 participants and was carried out in July and August 2020 with the application of a checklist instrument; in March 2021, mortality data, testing, population data were collected and Pearson's correlation analyzes were performed, considering a significance level of 5%. Qualitative research was carried out from June to August 2021, with interviews with 15 participants. The research was approved by the Research Ethics Committee of the Hospital de Clínicas of the Federal University of Rio Grande do Sul, under the number CAE 31545920.2.0000.5327 and the participants agreed to the Free and Informed Consent Term. **Results:** In the quantitative stage, there was a correlation between the strategies implemented and the percentage of confirmed tests for COVID-19, as well as the rate of confirmed cases and the rate of deaths. On the other hand, the testing rate and lethality obtained inversely proportional significance. These results guided the qualitative research that identified three categories: organization of the service network at the municipal level; challenges of municipal management in facing the pandemic; and regional articulation and expansion of COVID-19 testing. It was possible to infer that the lack of federal coordination is among the difficulties encountered and regarding the facilities for decision-making in the municipalities, the role of the state government in the regulation of actions to face COVID-19 stands out. Economic pressures and fake news were cited as obstacles to maintaining restrictive recommendations. There was greater testing autonomy from the regional organization and the partnership signed with the university. **Conclusion:** When analyzing the strategies for coping with COVID-19, it is inferred that they were focused on actions in Primary Care with case surveillance and expansion of testing, thus reflecting the low number of deaths in the analyzed municipalities. It is understood that the lack of national coordination, added to the economic pressures and the dissemination of integrationist and false news were the main difficulties reported by the management of the municipalities.

**Descriptors:** COVID-19; Pandemic; Primary Health Care; Health Regionalization; Nursing.

## LISTA DE FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| <b>Figura 1</b> - Macrorregiões e Regiões de Saúde do estado do Rio Grande do Sul.....   | 23 |
| <b>Figura 2</b> - Correlação de Pearson entre o escore das estratégias implementadas em cada município e o percentual de testes confirmados para COVID-19..... | 50 |
| <b>Figura 3</b> - Correlação de Pearson entre a taxa de casos confirmados e a taxa de óbitos por COVID-19.....   | 50 |
| <b>Figura 4:</b> Correlação de Pearson entre a taxa de testagem e a taxa de letalidade da COVID-19.....  | 51 |
| <b>Figura 5:</b> Modelo visual da integração em nível de desenho do estudo sequencial explicativo.....   | 62 |

## LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

|  |    |
|--|----|
| <b>Tabela 1</b> – Regiões de Saúde 15 e 20 do RS.....  | 34 |
| <b>Tabela 2</b> – Amostra da pesquisa Quantitativa.....  | 36 |
| <b>Tabela 3</b> – Participantes da pesquisa Qualitativa.....   | 39 |
| <b>Tabela 4</b> – Características demográficas, de testagem e óbitos por COVID-19 nos municípios das regiões 15 e 20 de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul – 202.....            | 49 |
| <b>Tabela 5</b> – Resultados da pesquisa quantitativa e integração com o método da pesquisa qualitativa.....   | 64 |
| <b>Gráfico 1</b> – Estratégias de mitigação da COVID-19 implementadas pelos municípios das Regiões 15 e 20 do Estado do Rio Grande do Sul nos meses de março a agosto de 2020..... | 48 |

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**APS** – Atenção Primária à Saúde

**CIR** – Comissão Intergestores Regional

**COE** – Comitê de Operação Emergencial

**CONASEMS** – Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde

**CONASS** – Conselho Nacional das Secretarias de Saúde

**COVID** – Corona Vírus Disease

**EPI** – Equipamento de Proteção Individual

**ESF** – Estratégia Saúde da Família

**MS** – Ministério da Saúde

**NOAS** – Norma Operacional da Assistência à Saúde

**NOB** – Norma Operacional Básica

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**PACS** – Programa de Agentes Comunitários de saúde

**PCFA** – Populações do Campo, Floresta e Águas

**PNAB** – Política Nacional da Atenção Básica

**PSF** – Programa Saúde da Família

**RAS** – Redes de Atenção a Saúde

**SRAG** – Síndrome Respiratória Aguda Grave

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**UFRGS** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**UHC** – Universal Health Coverage

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....   | 16 |
| <b>2 OBJETIVOS</b> .....  | 20 |
| 2.1 OBJETIVO GERAL.....   | 20 |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....  | 20 |
| <b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....  | 21 |
| 3.1 REGIONALIZAÇÃO E REDES DE SAÚDE NA PANDEMIA.....  | 21 |
| 3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: HISTORICIDADE E PANDEMIA DA COVID-19.....   | 26 |
| <b>4 METODOLOGIA</b> .....  | 33 |
| 4.1 TIPO DE ESTUDO.....   | 33 |
| 4.2 CONTEXTO DE ESTUDO.....   | 34 |
| 4.3 ETAPA QUANTITATIVA.....   | 35 |
| 4.3.1 População e amostra.....  | 35 |
| 4.3.2 Coleta de dados.....  | 37 |
| 4.3.3 Variáveis.....  | 38 |
| 4.3.4 Análise dos dados.....  | 38 |
| 4.4 ETAPA QUALITATIVA.....  | 38 |
| 4.4.1 Participantes.....  | 39 |
| 4.4.2 Técnica de coleta de dados.....   | 40 |
| 4.4.3 Análise do material.....  | 40 |
| 4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....  | 41 |
| <b>5 RESULTADOS</b> .....   | 42 |
| 5.1 ARTIGO 1 – ESTRATÉGIA DE MITIGAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ÓBITOS POR COVID-19: UMA ANÁLISE REGIONAL..... | 42 |
| 5.2 ARTIGO 2 – O ENFRENTAMENTO DA COVID-19 POR GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE: UM ESTUDO MISTO.....                   | 58 |
| <b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....   | 81 |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....  | 83 |
| <b>APÊNDICE A – CHECKLIST DAS MEDIDAS DE MITIGAÇÃO ADOTADAS DURANTE A PANDEMIA DO COVID-19</b> .....                | 92 |
| <b>APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA COM SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE</b> .....                                 | 94 |
| <b>ANEXO A – ROTEIRO DE LIGAÇÃO TELEFÔNICA PARA COLETA DE DADOS</b> .....   | 95 |

|   |            |
|---|------------|
| <b>ANEXO B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DO BANCO DE DADOS PELA PROFESSORA RESPONSÁVEL PELO PROJETO MAIOR.....</b> | <b>97</b>  |
| <b>ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>  | <b>98</b>  |
| <b>ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA.....</b>   | <b>100</b> |
| <b>ANEXO E – NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS – REVISTA GAÚCHA DE ENFERMAGEM.....</b>                                     | <b>108</b> |
| <b>ANEXO F – NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS – REVISTA LATINO-AMERICANA DE ENFERMAGEM.....</b>                           | <b>121</b> |

## **APRESENTAÇÃO**

A presente dissertação de mestrado intitulada “As estratégias de enfrentamento à COVID-19 por gestores municipais de saúde: um estudo de método misto”, tem por objetivo apresentar os resultados da pesquisa iniciada em julho de 2020 e finalizada em agosto de 2021. Inicia-se o trabalho com uma apresentação da temática pesquisada, perpassando-se pelos objetivos e revisão de literatura. Na etapa seguinte, apresenta-se o método desta, a qual apropriou-se do estudo misto. Como resultados, são exibidos os obtidos através da produção de dois artigos: os resultados da pesquisa quantitativa, a primeira etapa do método misto deste estudo; e na sequência o artigo com resultados sintetizados de toda a pesquisa e as metas-inferências obtidas em todo o estudo. Por fim, as considerações finais com o fechamento e conclusões das análises realizadas durante a pesquisa.

## 1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) consolidou-se ao longo dos anos, com a ampliação do contingente populacional atendido e vinculado às equipes de ESF, reafirmando princípios de equidade, integralidade do cuidado e do acesso. Também avançou com relação ao aumento da oferta de serviços, de ações programáticas, e ações com foco comunitário. Alguns pontos precisam ser superados, como a valorização do modelo biomédico em detrimento a um modelo ampliado de cuidado; a articulação da rede de atenção à saúde, possibilitando o acesso aos demais níveis de atenção; e a fragilização do sistema público com crescimento expressivo do setor privado (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Apesar disso, a APS exerce seu papel com maior solidez, quando encontra uma conformação regional articulada, especialmente no que tange ao acesso aos outros níveis de complexidade. As RAS trazem estes arranjos organizativos de coordenação compartilhada, coordenados pela APS, com a finalidade da oferta de serviços efetivos, com atenção ao cuidado em tempo, local e custo adequados (MENDES, 2010). Esta organização da rede de serviços articulada com a APS exercendo seu papel de porta de entrada, são importantes para a gestão e enfrentamento de surtos epidêmicos (PRADO et al., 2021).

Desde o início dos relatos dos casos de problemas respiratórios ocorridos na China em dezembro de 2019, causados pelo novo coronavírus (SARS-COV-2) ocasionando a atual pandemia da COVID-19, o mundo enfrenta sérios desafios sanitários. Ao alastrar-se por países asiáticos e europeus, a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional em 30 de janeiro de 2020, e ao chegar ao alcance de todos os continentes, no dia 11 de março, foi declarada a Pandemia (AQUINO et al., 2020).

No Brasil, foi declarada Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pelo Ministério da Saúde (MS), no dia 3 de fevereiro de 2020, com a finalidade de agilizar medidas de enfrentamento, e no dia 26 do mesmo mês, foi identificado o primeiro caso na cidade de São Paulo (OLIVEIRA; LUCAS; IQUIAPAZA, 2020). Ao longo dos anos de 2020 e 2021 a doença foi evoluindo e fazendo vítimas de forma vertiginosa. O primeiro óbito foi em 12 de março de 2020, em 08/08/2020 o país atingiu 100 mil mortes, em 07/01/2021 chegamos a 200 mil mortes, em 29/04/2021 dobramos a marca chegando a

400 mil mortes, e em 08/10/2021 foram 600 mil óbitos, conforme notícia publicada no Portal G1 (SILVA, et al., 2021).

A pandemia do Coronavírus agravou a situação de saúde, especialmente de pessoas com doenças crônicas e somou-se nas situações de fragilidade e vulnerabilidade social, exigindo novas estratégias de enfrentamento no contexto de saúde pública, tendo a APS como orientadora das ações de mitigação de casos novos e de casos graves (MEDINA et al.; 2020; DAUMAS et al., 2020).

No estado do Rio Grande do Sul, o primeiro caso confirmado ocorreu no dia 28 de fevereiro, com o diagnóstico laboratorial em 10 de março, sendo o paciente residente no município de Campo Bom (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RS, 2020a). O pico da pandemia aconteceu em março de 2021 onde o estado atingiu a marca de 16.814 óbitos desde o início da pandemia. Em 11 de março de 2022 o total de óbitos acumulados foi de 38.685 casos (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RS, 2020b).

Devido à alta transmissibilidade que o COVID-19 apresenta, conforme se mostrou em países como a China, Itália e Estados Unidos, e para que o sistema público de saúde conseguisse dar conta de atender ao contingente de pessoas que adoecessem e necessitassem de internações, especialmente com demanda de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), o Ministério da Saúde iniciou o enfrentamento da pandemia, adotando cinco medidas para contenção do vírus: isolamento social, centrais de teleatendimento, salas de atendimento específico para o COVID-19 nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), construção de hospitais de campanha e aumento de quantitativo de leitos de UTI (VITORIA; CAMPOS, 2020).

No momento pandêmico, ter a APS organizada e articulada com a RAS, exercendo o seu papel de capilaridade nas ações seria a estratégia que induziria a redução do seu alastramento e evitaria que experiências negativas de outros países, a exemplo da Itália e Espanha, que centraram seus esforços apenas em serviços hospitalares, fossem reproduzidas no Brasil (RAFAEL, et al., 2020).

A APS, mais uma vez, teve seu papel primordial de acesso, trabalhando com vistas à prevenção e no controle do avanço da COVID-19, especialmente pela característica de longitudinalidade e vínculo com a população adscrita, ao reconhecer grupos vulneráveis, e que necessitavam de ações estratégicas. No entanto, com o advento da pandemia causada pelo coronavírus, a organização dos fluxos, o processo de trabalho, uso de Equipamentos de Proteção Individual que comumente não faziam parte do contexto dos

profissionais da saúde da APS, além de sentimentos de incertezas e medo gerados, acabaram por modificar a rotina das equipes, e tornaram-se desafios diários evitar o surgimento de novos casos e a evitar a sua disseminação no território (BARBOSA; SILVA, 2020). Ao acompanhar a tomada de decisões nos territórios dos municípios de duas regiões de saúde do Norte do estado, decorrentes do enfrentamento à pandemia do novo coronavírus, observou-se que muitos fatores estão implicados e direcionaram tais ações.

Como discutido anteriormente, o papel da APS necessita de articulação e alinhamentos em rede, com ações de vigilância em saúde nos territórios, atenção aos usuários com COVID-19 através de fluxos e protocolos de atendimento específicos conforme os níveis de gravidade e complexidade; suporte às populações vulneráveis de forma articulada com outras organizações institucionais; além da continuidade das ações inerentes ao papel da APS (MEDINA *et al.*; 2020).

Devido às medidas recomendadas pelo Ministério da Saúde no Brasil de orientar que pessoas sintomáticas por síndrome gripal ou respiratória se dirigissem ao atendimento na APS, foi primordial que os profissionais de saúde estivessem preparados e protegidos, na tentativa de evitar sua contaminação (FREITAS; NAPIMOGA; DONALISIO, 2020). No entanto, a escassez na oferta de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), especialmente no início da pandemia, geraram insuficiência e até mesmo indisponibilidade destes, os quais, somado à falta de adesão às normas de biossegurança ou de treinamento para o uso adequado, além de problemas estruturais e institucionais, resultaram na ocorrência de muitos surtos em serviços de saúde e contaminação por SARS-CoV-2 dos profissionais (JACKSON FILHO *et al.*, 2020).

As intervenções não farmacológicas, como indicações de uso de máscaras, recomendações de higiene das mãos com álcool gel, e orientações de isolamento/distanciamento social, foram implementadas ao longo dos meses de pandemia (GARCIA; DUARTE, 2020). O Governo Federal publicou lei regulamentando quais atividades eram essenciais bem como as medidas de distanciamento, no entanto, incongruências nos discursos e atitudes do Presidente da República levaram a desarticulações na adoção de medidas de distanciamento social nos estados brasileiros, dificultando a conscientização de uma parte da população quanto à importância de adoção destes cuidados (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2020).

A motivação da pesquisadora pelo estudo que se propõe, surge a partir do trabalho realizado no campo da APS juntamente com os gestores municipais de saúde, através do Projeto de Apoio da Rede Colaborativa entre Hospital Beneficência Portuguesa e Ministério da Saúde, vinculado ao Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) do estado do RS. Esse olhar regional foi fortalecido pela atuação como apoiadora dos municípios das duas regiões elencadas neste estudo e percebendo as dificuldades da rede assistencial e os espaços de pactuação, denotando-se a importância de acompanhar o esforço investido durante o enfrentamento da pandemia.

Além disso, as medidas de enfrentamento à COVID-19 implementadas, os obstáculos e as dificuldades encontradas, bem como as ações de articulação entre municípios e regiões de saúde são elementos importantes para serem pesquisados e auxiliarem na reflexão dos possíveis problemas de saúde pública bem como para análise da regionalização e suas potencialidades.

Ressalta-se que a formação da pesquisadora, como enfermeira, foi favorecida pela regionalização e interiorização das universidades. Neste caso, no campus Palmeira das Missões vinculado à Universidade Federal de Santa Maria. Esta experiência demonstrou as potencialidades e possibilidades de organização espacial em contextos fragilizados por falta de equipamentos sociais. Desta forma, a universidade tem induzido a região ao desenvolvimento com profissionais qualificados nas diversas áreas de atuação.

Diante do panorama explorado, apresenta-se a seguinte questão de pesquisa: Como foram adotadas e desenvolvidas as estratégias de enfrentamento da COVID-19 e os desafios encontrados por gestores municipais de duas regiões de saúde do norte do estado do Rio Grande do Sul? O presente projeto faz parte de uma pesquisa maior intitulada “Ambiente de trabalho e Saúde durante a pandemia COVID-19: absenteísmo, burnout, gestão e organização do trabalho entre profissionais de enfermagem” o qual foi submetido e aprovado na Chamada FAPERGS – Edital 06/2020 no tema “Avaliação de impactos na saúde mental dos profissionais da área de saúde e da população em geral, bem como de impactos socioeconômicos e de mitigação de efeitos”.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar as estratégias de enfrentamento da COVID-19 adotadas por gestores municipais de saúde.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Avaliar as estratégias de mitigação na Atenção Primária à Saúde e a associação com o número de óbitos por COVID-19, a partir de uma análise regional;

Discutir o processo de enfrentamento da pandemia e a articulação regional dos municípios.

Identificar as dificuldades encontradas pela gestão durante a pandemia.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Neste tópico serão desenvolvidos os seguintes temas para dar sustentação aos objetivos propostos no estudo: “Regionalização e Redes de Saúde na pandemia” e “Atenção Primária à Saúde: historicidade e pandemia da COVID-19”.

#### 3.1 REGIONALIZAÇÃO E REDES DE SAÚDE NA PANDEMIA

Com os avanços no processo de descentralização da gestão do SUS induzido pelas Normas Operacionais Básicas (NOB), houve maior poder dos gestores municipais e a necessidade da gestão estadual assegurar e regular os serviços, no qual o processo de regionalização passou a ser desencadeado (SOUZA, 2001). Dos princípios organizativos do SUS, tem-se a regionalização a hierarquização trazendo como pressupostos a implicação de serviços de saúde operando por níveis de complexidade, organizados e dispostos em área geográfica delimitada/estabelecida e com população adscrita a ser atendida (BRASIL, 1990a; MENEGUEL, 2017). A regionalização traz a conformação de regiões em um processo político e decisório ampliado com relações de poderes de forma compartilhada, entre governos, entidades públicas e privadas e com o controle social (LIMA *et al.*, 2012).

O processo de regionalização instituído entre os anos de 2006 a 2010 foi influenciado pelos governos estaduais a partir de planos de saúde e de articulações de atores envolvidos; além das características socioeconômicas da região, oferta de serviços, recurso financeiro e a afinidade público-privada. Os estados brasileiros foram classificados conforme critérios de institucionalidade e governança, de acordo com o estágio de regionalização em implementação no período. Quanto à institucionalidade, o estado do RS foi classificado como intermediário, devido às atuações de planejamento, regulação e coordenação de ações e serviços; e com relação à governança, foi classificado em coordenada/cooperativa, devido ao diálogo entre os atores envolvidos na articulação regional e pactuação de ações (Viana & Lima; 2011)

Em 2010, através de acordo tripartite, foi publicada a Portaria nº 4.279 apresentando o conceito de Redes de Atenção à Saúde (RAS), com arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas, por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscaram garantir a integralidade

do cuidado (BRASIL, 2010). O Decreto Ministerial nº 7.508 publicado em 2011 para regulamentar a Lei nº 8.080/1990, apresentou os instrumentos para a implementação da RAS, com o Mapa da Saúde, descrição da distribuição dos serviços SUS e privados, os investimentos e o desempenho dos mesmos a partir dos indicadores de saúde; o Contrato Organizativo de Ação Pública, estabelecendo regramento de acordos jurídicos dos entes federados; a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases), a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), os Planos de Saúde para o planejamento das ações em saúde dos entes, e as Comissões Intergestores, na qual no âmbito regional, a Comissão Intergestores Regionais (CIR) em âmbito regional (BRASIL, 2011).

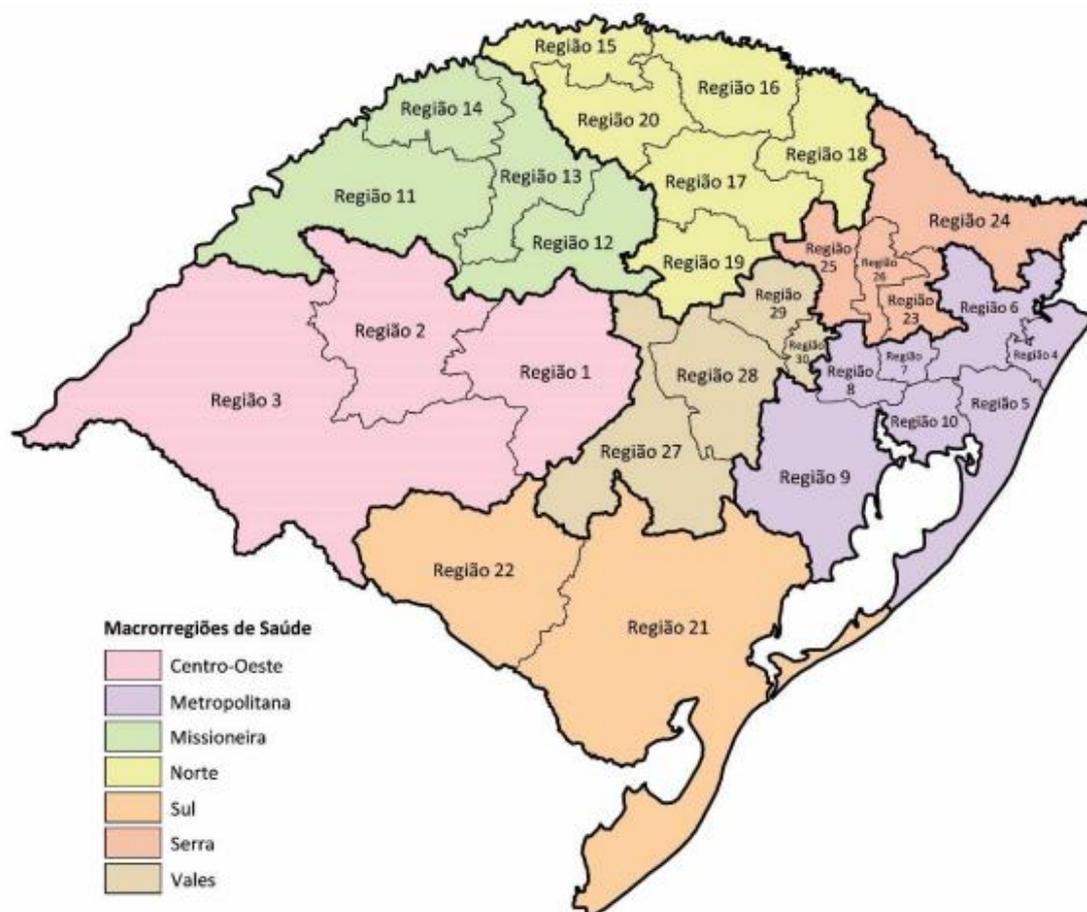
As regiões de saúde, organizadas sob responsabilidade do Estado e acordadas com os municípios, precisam contemplar serviços mínimos e de acordo com as necessidades da região, além das RAS organizadas e hierarquizadas conforme o nível de complexidade, sendo a APS ordenadora do encadeamento do processo de assistência à saúde. As CIRs exercem papel primordial na governança regional, executando os preceitos de descentralização e regionalização, seus processos auxiliados por ferramentas e dispositivos de planejamento integrado (SANTOS, 2017; SANTOS; GIOVANELLA; 2014).

No Rio Grande do Sul, a configuração adotada é de trinta regiões de saúde, estabelecidas através da Resolução CIB N°555/2012, a qual também instituiu as CIRs no estado. Em seu artigo 1º, parágrafo único, a seguinte definição para Região de Saúde é apresentada com o conceito de:

Território vivo composto por um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (RS, 2012).

Posteriormente, em 2014 a configuração das regiões 15, 17 e 20 foi reorganizada deixando uma distribuição mais homogênea em número de municípios. Além disso, o estado foi dividido em sete macrorregiões de saúde, definidas ainda em Resolução CIB/RS N° 192/2002. Na Figura 1 observa-se esta configuração de distribuição das regiões por macrorregiões de saúde.

Figura 1: Macrorregiões e Regiões de Saúde do estado do Rio Grande do Sul.



Fonte: Plano Estadual de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde do RS, 2021.

O planejamento regional da saúde é fundamental para que as ações e os serviços em saúde na região articulem-se de maneira harmônica. Em 2012, foi publicada a Lei Complementar nº 141 estabelecendo os valores mínimos a serem aplicados por cada um dos três entes federados, normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde, além de detalhar quais despesas são consideradas gastos com saúde (BRASIL, 2012).

Os percentuais mínimos que a Lei nº 141 direciona em gastos com saúde poderiam ser alterados, uma vez que a mesma deveria ser reavaliada pelo menos a cada cinco anos, conforme determinação do art. 198 da Constituição Federal de 1988. A Emenda Constitucional (EC) nº 86 de 2015 apresentou a combinação das novas regras de cálculo, alterando o valor mínimo e as normas do montante a ser aplicado pela União com a execução orçamentária obrigatória das emendas parlamentares individuais (BRASIL, 2015), atingindo 15% de investimento até o ano de 2020 (BRASIL, 2015). Em 2016, durante o governo de Michel Temer, iniciou-se um ajuste fiscal que através da aprovação

da EC 93 e, posteriormente, a EC 95 estabeleceu, respectivamente, a desvinculação de receitas nos três níveis federados (BRASIL, 2016a) e a limitação constitucional dos gastos públicos por até duas décadas (BRASIL, 2016b). Este fato considerado inédito no mundo abarcou elementos que denotam a instauração de um novo projeto neoliberal, e representa mais perdas dos direitos sociais, conquistados pela sociedade brasileira ao longo dos anos (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019).

O Decreto nº 7.508 e a Lei Complementar nº 141 direcionam ações para que este planejamento aconteça, mas é necessário que os atores envolvidos neste processo conheçam as realidades locais de saúde, as fragilidades e as potencialidades regionais, para assim planejar o que é necessário a ser implementado, priorizado e organizado. Além disso, os espaços de discussão e pactuação, os quais são importantes e oportunos, precisam ser utilizados de forma participativa e representativa (SANTOS, 2017). Um conceito apresentado em estudo, chamado “Planejamento Municipal Regionalizado”, traz a perspectiva de que as regiões possam ser dispositivos onde os municípios se organizem e mantenham um planejamento de ações em saúde de forma cooperativa, compartilhando experiências exitosas bem como de ajuda mútua a superar fragilidades comuns dentro das regiões de saúde (REUTER, et al. 2019).

Além disso, as RAS vêm no propósito de auxiliar a reduzir os vazios assistenciais das regiões, mobilizando os atores a uma gestão de cooperação e interdependência entre os pontos de acesso da rede; onde existe oferta ampliada e de serviço especializados compartilhados com os outros pontos que não o possuem, e sendo a atenção básica, aquela a ser expandida e dispersa (MENDES, 2010).

Para que a RAS seja efetiva no seu papel, a APS tem a função de ser o primeiro nível de acesso, com serviços resolutivos e ordenadora deste sistema. Ao mesmo tempo, a regionalização é crucial para a APS possibilitando a integração com os demais níveis assistenciais, porém, esbarra-se em dificuldades de acesso ou que ultrapassam os limites do território da região de saúde (BOUSQUAT, et al., 2019).

Estudo realizado com cinco regiões de saúde do país buscou a APS como ordenadora da rede de saúde, e concluiu que existem fragilidades neste papel, ressaltando a existência da baixa resolutividade clínica, falhas na incorporação de instrumentos para implementar a coordenação do cuidado, além da lacuna entre a articulação da APS com a RAS gerando fragmentação do cuidado. O estudo também identificou que politicamente existem omissão no protagonismo da esfera estadual e incapacidade das CIBs em

assumirem a função de planejamento e pactuação com a finalidade de atender as demandas dos usuários conforme as especificidades regionais (BOUSQUAT, et al., 2019).

Uma articulação insuficiente entre os serviços da rede básica com a rede especializada dentro da região, por vezes é ocasionada pela debilidade das CIR. Desta forma, faz-se necessária a combinação de mecanismos que definam papéis, obrigações e atribuições nesta rede regionalizada, para garantir serviços de forma eficiente e em quantidade adequada às necessidades existentes (VIANA; IOZZI, 2019).

A superação destas fragilidades já era um imperativo agravado com a pandemia. As especificidades regionais somadas a contextos com baixa densidade populacional acentuaram a impossibilidade de oferta de serviços, uma vez que quanto mais especializados, concentram-se em contextos de maior densidade populacional, gerando dificuldades de acesso. Desta forma, municípios menores vem aumentando seus gastos em saúde para suprir estas lacunas (BOUSQUAT, et al., 2019).

Conhecido o fato de que os serviços de saúde não são distribuídos adequadamente nos territórios macrorregionais e regionais no país, com a pandemia a carência de leitos de nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e das redes de Urgência e Emergência bem como a Rede de Atenção às Condições Crônicas descortinaram a elevação da demanda por leitos, da permanência em setores de alta complexidade hospitalar, e da mortalidade (SHIMAZAKI, 2021). Neste sentido, a APS fortalecida, reduz a demanda aos serviços de alta densidade tecnológica tão escassa em determinadas regiões.

A implementação do teleatendimento foi uma ferramenta proposta e implantada em alguns municípios do país que possibilitaram integrar o acesso da atenção básica à atenção especializada, quando necessária através de teleconsultas com profissionais especializados (BATISTA et al., 2022).

Por fim, destacam-se os consórcios intermunicipais que já estavam previstos na lei de criação do SUS, e tiveram a sua concretização com a Lei nº 11.107 de 2005. Estes são uma potente forma de articulação intermunicipal e fortalecimento regional, pois melhoram a oferta de serviços tanto ambulatoriais como de consultas especializadas (NASCIMENTO, et al., 2021). Os consórcios durante a pandemia foram importantes para superação de dificuldades como compras de EPIS, medicamentos e testes rápidos para a APS (BATISTA *et al.*, 2022). Desta forma, as regiões de saúde buscam superar as lacunas entre a oferta e a demanda de serviços especializados, e o fortalecimento intermunicipal.

### 3. 2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: HISTORICIDADE E PANDEMIA DA COVID-19

A APS tem sido um modelo adotado em diversos países desde os anos de 1960, pela sua efetividade de acesso ao sistema de saúde e por apresentar uma abordagem que contrapõe o enfoque curativista, individual e hospitalar, e ter suas premissas voltadas ao caráter preventivo, coletivo, focadas na territorialidade e tomada de decisões democráticas com participação do controle social (FAUSTO; MATTA, 2007).

A APS remonta às inspirações no modelo inglês com o Relatório de Dawson em 1920, e fundamenta-se na regionalização organizacional e integralidade do atendimento, com o desenvolvimento de uma lógica onde a APS é a primeira linha de cuidado e próxima do cotidiano familiar. Este modelo disseminou-se a partir da Organização Mundial da Saúde (OMS), por vários países, principalmente os subdesenvolvidos, e as experiências exitosas destas implementações culminaram na I Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários em Saúde em Alma Ata, em 1978. A carta de Alma Ata foi um documento que elevou a APS como estratégia de cobertura dos sistemas nacionais de saúde e como possível indutor ao alcance de metas do Programa Saúde Para Todos no Ano 2000 (LAWN *et al.*, 2008).

Em 2018, em comemoração aos 40 anos da Declaração de Alma-Ata foi promovida em Astana a Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde, com o propósito de renovar o compromisso da APS para o alcance da cobertura universal em saúde (*universal health coverage* – UHC) e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS). O contexto em que esta conferência aconteceu, foi permeado por questões de severidade política, ameaças à democracia e crise migratória, e a sua Carta recebeu críticas pela discrepância com relação à Alma Ata, devido ao enfoque que privilegia a participação do setor privado, reduzindo a responsabilidade governamental em ações de saúde e justiça social, e fragilizando o papel da APS na coordenação/organização do cuidado integral (GIOVANELLA *et al.*, 2019).

Ao longo dos anos, a APS foi recebendo várias interpretações, uma vez que a mesma tem seu papel como primeiro nível de acesso, direciona ações aos outros níveis de atenção à saúde, e por estas características o seu delineamento não é estático, ganhando conformações de acordo com seu contexto. Segundo Starfield (2002), a APS apresenta

quatro atributos muito importantes: o primeiro contato, a continuidade do cuidado, a integralidade e a coordenação.

Os ideários da APS ao serem difundidos pela OMS encontraram contrapontos marcados pelos interesses econômicos e ganharam espaço com aqueles que defendiam uma atenção primária seletiva e verticalizada. A intenção de oferecer pacotes de serviços de saúde simplificados e de baixo custo a populações de áreas remotas e sem acesso à saúde, foi bem aceita por agências internacionais. Nos anos 90, a OMS comprou esta ideia com o Banco Mundial chamando de novo universalismo. Mais recentemente, com o panorama atual da APS apresentando um formato de baixa efetividade e que não resultou na redução da pobreza da população, denotam que uma visão restrita de atenção primária não corresponde à realidade atual da atenção à saúde (FAUSTO; MATTA, 2007).

Em 2005, em conferência da OMS e com articulação da Fundação Rockefeller, o termo “cobertura universal da saúde” passou a ganhar destaque. O título da 58ª Assembléia Geral foi “Seguro Social de Saúde: Financiamento Sustentável da Saúde, Cobertura Universal e Seguro Social de Saúde”, e teve início o processo de transição do direito à saúde e ao acesso universal e igualitário aos cuidados de saúde, para um conceito de cobertura universal associado à proteção do risco financeiro e estratégico ao financiamento deste setor (GIOVANELLA *et al.*, 2019).

A *Universal Health Coverage* (UHC) molda-se sob influência de órgãos financeiros internacionais, como o Banco Mundial e Fundação Rockefeller, com conteúdos de diretrizes de reformas pró-mercado como a redução da intervenção estatal, subsídios à demanda, seletividade e focalização nas políticas de saúde. Esta nova proposta de UHC, apresenta-se como um modelo de direito à saúde que direciona novamente a APS a uma atuação seletiva e ofertando uma cesta de serviços (GIOVANELLA *et al.*, 2018). Além disso, ao se referir à cobertura, não se assume o acesso e utilização, colocando em risco todos os direitos adquiridos ao longo dos anos. Este novo modelo, tem provável influência de agentes de mercados médico industrial, como indústrias farmacêuticas, companhias de seguros, e indústrias de equipamentos, com o intuito de expandir o setor privado, monopolizando e impondo preços abusivos a serviços, distanciando-se das necessidades de saúde (NORONHA, 2013).

A OMS tem destacado que os crescentes gastos em saúde, em decorrência do perfil epidemiológico e demográfico da população, bem como a implementação de novas tecnologias, têm onerado os países com gastos superiores no setor da saúde em

comparativo com o Produto Interno Bruto (PIB). Porém, importante destacar que estudos apontam que, os países que alocam investimentos prioritariamente na APS em detrimento aos setores privados, apresentam resultados positivos em saúde e menos desigualdades sociais (MASSUDA, 2020).

No contexto histórico de evolução da APS no Brasil, as ações desenvolvidas previam oferta de serviços básicos a populações mais vulneráveis e de foco comunitário, iniciando na década de 70 com experiências exitosas em algumas cidades do país, destacando-se a iniciativa de Montes Claros que motivou o Governo Federal a criar o Programa de Extensão de Interiorização das Áreas de Saúde e Saneamento (Piass), em 1978 na região do semiárido do Nordeste. As iniciativas descentralizadas suscitaram a discussão de mudanças na organização dos serviços da APS, com a finalidade de deixar de ter cunho curativista e hospitalocêntrico (TANAKA et al., 1992).

Em 1996, com a publicação da NOB, iniciativas do MS em investir na APS passam a ser implementadas com o programa dos agentes comunitários de saúde (PACS) em 1991 e programa saúde da família (PSF) em 1994. Estes dois programas tinham caráter de incentivar os municípios que não possuíam nenhuma rede de serviços organizados, a delinear uma estratégia em âmbito local. Os dois programas tinham características abrangentes à população sem condições de acesso aos serviços de saúde. Contudo, o PACS e o PSF se instituíram de forma desarticulada e sem força para exercer ações organizacionais em uma rede de ações em saúde. Nos primeiros anos de implantação do PSF, este não fazia parte da pasta do Ministério da Saúde. Posteriormente, com o Ministro Adib Jatene que identificou o potencial do programa como estratégia de fortalecimento da APS, este deixou de pertencer a Funasa e passou a integrar a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), ligada à Assistência e Promoção à Saúde (FAUSTO; MATTA, 2007).

A NOB de 96, também instituiu o financiamento para a atenção primária, promovendo estímulo à implantação do PSF e conseqüentemente, movimentando o processo de descentralização da saúde no Brasil. A norma apresentava as modalidades de incentivo *per capita* chamado de PAB Fixo transferido aos Fundos Municipais de saúde, e o PAB variável, o qual se destinava a incentivar a implantação e manutenção de programas estratégicos, dentre eles PACS e PSF (MASSUDA, 2020).

Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), definiu a Estratégia Saúde da Família como modelo prioritário para a implementação de serviços de APS no SUS, reafirmando como fundamentos da atenção básica:

I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;

II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;

III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;

V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e

VI - estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2006, p. 2).

Quanto ao financiamento da APS, em 2011, a PNAB foi revisada e o valor *per capita* do PAB fixo incorporado com critérios de vulnerabilidade socioeconômica dos municípios, onde aqueles que possuíam índices elevados de vulnerabilidade recebiam incentivo maior. Além disso, foi estabelecido o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), que avaliou o desempenho das equipes e agregou recurso financeiro expressivo ao cálculo do PAB variável. Em 2018, 95% dos municípios possuíam equipes de ESF, promovendo impactos consideráveis nas iniquidades de saúde do país. Entretanto, esses avanços ocorreram de maneiras distintas nas regiões do Brasil, justificados pelas fragilidades regionais e estruturais do SUS, como restrições orçamentárias, escassez e dificuldade de fixação de médicos (MASSUDA, 2020).

Permeado pela recessão econômica a partir da aprovação da EC 95 em 2016 e mudanças na conjuntura política, nova PNAB foi publicada em 2017 apresentando outras possibilidades de equipes, chamadas de equipes de Atenção Primária (eAP), com modalidade de 20 e 30 horas semanais, e contratação de profissionais médicos e enfermeiros com carga horária inferior ao preconizado nas PNAB anteriores, fragilizando as premissas da APS, como o vínculo e a longitudinalidade (BRASIL, 2017; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

O modelo de financiamento, baseado no PAB fixo e variável permaneceu nestes moldes até final de 2019, quando o governo do presidente Jair Bolsonaro, trazendo uma ideologia de extrema direita e com profundas mudanças ideológicas, cria a Secretaria de Atenção Primária à Saúde, e institui o Programa Previne Brasil, como o novo modelo de financiamento de custeio (REIS *et al.*, 2019; MASSUDA, 2020).

Regulamentado pela Portaria nº 2.979, começou a vigorar em janeiro de 2020 levando em conta o pagamento por três componentes, sendo eles: captação ponderada, o qual considera o número de pessoas cadastradas/vinculadas às equipes de saúde de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Atenção Primária (eAP), e elencando critérios socioeconômicos, sociodemográficos e tipologia do município para compor o cálculo; pagamento por desempenho, em substituição ao PMAQ, o qual será baseado em metas de desempenho de indicadores de saúde que anualmente serão ampliados; e o terceiro componente, é o pagamento por programas estratégicos, dos quais o NASF não faz parte (BRASIL, 2019).

Dentre as críticas dos últimos anos, envolvendo a fragilização dos recursos investidos em saúde após aprovação da EC 95 em 2016, a publicação da última PNAB de 2017, e o Previne Brasil estão: a perda da participação do Conselho Nacional de Saúde nos espaços de pactuação e discussão, sendo definidos a partir de atores que participam das CIT; regulamentações que ampliam a entrada de setores privados e aproximam possibilidades de privatizações da saúde; e o desfinanciamento do SUS que causa efeitos nocivos à classe trabalhadora, somada a propostas de reformas trabalhistas e previdenciárias. Desta forma, a universalização perde um vetor importante baseado na solidariedade e no papel redistributivo do poder federal, e o horizonte da integralidade recua ainda mais (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

Diante do cenário de subfinanciamento do SUS e de fragmentação da APS após as mudanças induzidas da última PNAB e pelo Programa Previne Brasil, o enfrentamento da pandemia da COVID-19 tornou-se um desafio para viabilizar as medidas preconizadas, pela escassez de insumos, como Equipamentos de Proteção Individual, exames de diagnósticos, medicamentos, dentre outros, além de infraestruturas inadequadas (SARTI *et al.*, 2020, CABRAL *et al.*, 2020).

Estratégias organizacionais e de cooperação regional, criação dos Comitês de Operação Emergencial (COE) e implementação de planos de contingência são relevantes, assim como a articulação com instituições públicas ou privadas, como Universidades,

para a ampliação das testagens e possibilitar o monitoramento e rastreamento dos casos. A articulação entre a APS e os outros níveis de complexidade é imprescindível conforme já discutido. Entretanto, observa-se ações desarmônicas, permeadas por dificuldades financeiras, e discussões nacionais contrapondo questões de mortes por COVID e impactos financeiros, agravando as possibilidades de uma crise humanitária e econômica em um futuro próximo (CABRAL *et al.*, 2020; SARTI *et al.*, 2020).

A pandemia também ascendeu a espaços geográficos isolados, onde habitam populações tradicionais em áreas remotas. Os povos indígenas, quilombolas, povos das florestas, ribeirinhos, entre outros, chamados de populações do campo, floresta e águas (PCFA), já viviam situações de vulnerabilidades, como a dificuldade de acesso aos serviços, e uma APS fragilizada pela escassez de profissionais que não se sentem atraídos a atuarem nestes territórios. Situações de pobreza, falta de acesso à água potável e saneamento básico, gerando um perfil sanitário-epidemiológico desfavorável, sobrepõem os agravos de saúde e elevam o risco de óbito por COVID-19. Além disso, existem os desafios de acesso aos serviços de alta complexidade nos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) que demandam transferências para serviços especializados, e que são prejudicados pela logística morosa, devido o distanciamento e localização em áreas remotas (FLOSS *et al.*, 2020).

Alguns caminhos necessários e importantes para enfrentar a pandemia da COVID-19 direcionam para o fortalecimento da APS com recursos financeiros de impacto, e estratégias de ação, dentre elas: capacitação dos profissionais de saúde para um trabalho eficiente e efetivo, atuação da vigilância epidemiológica na ampliação da capacidade de testagem, monitoramento e rastreamento dos casos bem como alimentação destas informações nos sistemas de registro; adequação estrutural dos serviços com fluxos distintos para COVID e a demanda de rotina da APS, evitando que agravos de saúde sejam reprimidos ou desassistidos pelas equipes (SARTI *et al.*, 2020).

Experiências de iniciativas implementadas na APS mostraram que ela desempenhou ações pertinentes aos seus atributos, como o primeiro acesso a rede de serviços, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado (MENDONÇA *et al.*, 2020). Porém, as ações foram adaptadas às realidades locais, influenciadas pelas diferenças regionais de acesso aos serviços, distribuição dos profissionais e investimentos locais na saúde, conforme estudo que analisou a organização da APS durante a pandemia (MURAKAMI; ARAÚJO; MARQUES, 2022).

Por fim, destacam-se alguns dos desafios enfrentados pela enfermagem nestes dois anos de 2020 e 2021. Estes foram de ordem emocional, física e mental geradas pela sobrecarga de trabalho, falta de EPIs, medo do adoecimento e distanciamento da família. Também acometeram os profissionais questões relacionadas à precarização do vínculo de contratação, chamadas de “uberização” do trabalho da saúde, em que hospitais de campanhas e APS realizaram contratações temporárias de público com pouca experiência ou que tiveram o processo de formação acelerado para compor equipes desfalcadas de profissionais (TEIXEIRA, et al., 2020). A capacitação e educação em saúde para redução da contaminação e ações voltadas ao cuidado da saúde mental foram pertinentes para garantir a saúde e integridade física dos profissionais das equipes de saúde (SOARES, FONSECA, 2020).

## 4 METODOLOGIA

A descrição da metodologia adotado foi dividida em cinco partes: tipo de estudo, contexto de estudo, pesquisa quantitativa, pesquisa qualitativa e os aspectos éticos. A integração dos dados neste estudo misto foi realizada em três níveis: primeiramente o delineamento do estudo, em que os resultados da primeira etapa quantitativa definiram os participantes da etapa qualitativa; em segundo, a coleta e resultado dos dados quantitativos, estes que foram conectados a pesquisa qualitativa com a definição das perguntas direcionadoras das entrevistas. Por fim, no terceiro nível, em que os resultados quantitativos conectados aos resultados qualitativos possibilitaram as metas inferências do estudo misto. Visualmente estas etapas estão representadas através de modelos visuais apresentados nos resultados do Artigo “O enfrentamento da COVID-19 por gestores municipais de saúde”, conforme proposto por Feter (2013).

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de delineamento misto. O mesmo possibilita que a associação dos métodos quantitativos e qualitativos extraia o máximo de implicações de seu objeto de estudo. Além disso, esta integração confere maior rigor metodológico e uma maior exploração dos resultados obtidos (PARANHOS *et al.*, 2016). Das seis estratégias principais que podem ser utilizadas para o delineamento da pesquisa mista, foi utilizada a explanatória sequencial, em que a coleta e a análise dos dados acontecem em duas etapas, iniciando pela quantitativa e posteriormente estes dados conduzem à coleta de dados qualitativos na segunda etapa. Os dados e informações das etapas quantitativas e qualitativas são analisados separadamente e posteriormente conectados, nos quais os resultados obtidos na análise da primeira direcionam a coleta de dados da segunda, traduzindo uma avaliação mais criteriosa de achados discrepantes entre as duas etapas de coletas, a quantitativa e a qualitativa (CRESWELL, 2021).

## 4.2 CONTEXTO DE ESTUDO

O estudo elencou duas regiões de saúde do Rio Grande do Sul pertencentes à Macrorregião Norte. Foram convidados os 26 municípios da Região 15 “Caminho das Águas” e os 26 municípios da Região 20 “Rota da Produção” (Resolução CIB nº 499/2014), conforme apresentados na Tabela 1.

Tabela 1: Regiões de Saúde 15 e 20 do RS

| <b>Região 15</b>    |                            | <b>Região 20</b>        |                            |
|---------------------|----------------------------|-------------------------|----------------------------|
| <b>Município</b>    | <b>População IBGE 2021</b> | <b>Município</b>        | <b>População IBGE 2021</b> |
| Alpestre            | 5.885                      | Barra Funda             | 2.563                      |
| Ametista Do Sul     | 7.396                      | Boa Vista Das Missões   | 2.087                      |
| Barra Do Guarita    | 3.266                      | Braga                   | 3.271                      |
| Bom Progresso       | 1.858                      | Cerro Grande            | 2.281                      |
| Caiçara             | 4.659                      | Chapada                 | 9.211                      |
| Cristal Do Sul      | 2.840                      | Constantina             | 9.903                      |
| Derrubadas          | 2.718                      | Coronel Bicaco          | 7.213                      |
| Erval Seco          | 6.697                      | Engenho Velho           | 932                        |
| Esperança Do Sul    | 2.846                      | Dois Irmãos das Missões | 1.992                      |
| Frederico Wesphalen | 31.675                     | Gramados Loureiros      | 2.036                      |
| Irai                | 7.046                      | Jaboticaba              | 3.738                      |
| Liberato Salzano    | 5.087                      | Lajeado Do Bugre        | 2.569                      |
| Novo Tiradentes     | 2.189                      | Miraguaí                | 4.899                      |
| Palmitinho          | 7.056                      | Nova Boa Vista          | 1.731                      |
| Pinhal              | 2.581                      | Novo Barreiro           | 4.185                      |
| Pinheirinho Do Vale | 4.926                      | Novo Xingu              | 1.705                      |
| Planalto            | 9.957                      | Palmeira Das Missões    | 32.967                     |
| Rodeio Bonito       | 5.868                      | Redentora               | 11.782                     |
| Seberi              | 10.678                     | Ronda Alta              | 10.633                     |
| Taquaruçu Do Sul    | 3.081                      | Rondinha                | 5.033                      |
| Tenente Portela     | 13.385                     | Sagrada Família         | 2.601                      |
| Tiradentes Do Sul   | 5.532                      | São José Das Missões    | 2.491                      |
| Três Passos         | 23.799                     | São Pedro Das Missões   | 2.025                      |
| Vicente Dutra       | 4.530                      | Sarandi                 | 25.024                     |
| Vista Alegre        | 2.726                      | Três Palmeiras          | 4.232                      |
| Vista Gaúcha        | 2.858                      | Trindade Do Sul         | 5.781                      |
| <b>Total</b>        | <b>153.010</b>             | <b>Total</b>            | <b>162.885</b>             |

Fonte: IBGE estimativa populacional 2021.

Dos 52 municípios, 30 deles possuem menos de cinco mil habitantes (IBGE, 2019), 22 possuem apenas uma eSF e três não possuem cobertura total de eSF (BRASIL,

2019). Além disso, 12 municípios (seis de cada região de saúde) possuem população indígena, agrupadas em 11 aldeias com um total populacional de 12.059 pessoas, conforme informações fornecidas pelos municípios. Outra característica das regiões é o PIB per capita de R\$ 16.779,00 na Região 15 e R\$ 17.940,00 na Região 20, significativamente inferior ao PIB per capita gaúcho, que foi de 25.737 (IBGE, 2012). A economia de ambas as regiões é baseada na produção de grãos, da agricultura familiar, análise de serviços (RIO GRANDE DO SUL, 2015).

### 4.3 ETAPA QUANTITATIVA

A pesquisa quantitativa centrada especialmente na objetividade, e influenciada pelo positivismo, segue como norteadora a análise de dados brutos obtidos através de instrumentos de coleta. Desta forma, recorre aos números para descrever as causas dos fenômenos em investigação (Fonseca, 2002).

#### 4.3.1 População e Amostra

A respeito da população do estudo, 52 municípios das duas regiões elencadas, foram convidados os secretários de saúde ou profissionais que estiveram envolvidos no processo de implantação das estratégias de enfrentamento à pandemia da COVID-19, sendo um representante por município, em caso de aceite, em participar da pesquisa. O critério de inclusão foi: atuação na gestão da APS ou da secretaria municipal de saúde a mais de um ano. A amostra foi não probabilística e intencional em que os selecionados precisam enquadrar-se nos critérios desejados da pesquisa (FONTANELLA; RICAS, TURATO, 2008).

Aceitaram participar da pesquisa 42 municípios ou 80% da amostra com a seguinte representação regional apresentada na Tabela 2. Os participantes foram convidados a responderem, por meio de contato telefônico, um *checklist* (APÊNDICE A) relacionado às estratégias de enfrentamento à COVID-19 conforme sugestões da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde.

Tabela 2: Amostra da pesquisa Quantitativa.

| <b>Município<br/>(Região 15)</b> | <b>Participante</b>      | <b>Município<br/>(Região 20)</b> | <b>Participante</b>      |
|----------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| Ametista do Sul                  | Gestor                   | Braga                            | Gestor                   |
| Barra do Guarita                 | Gestor                   | Boa Vista das Missões            | Gestor                   |
| Caiçara                          | Gestor                   | Chapada                          | Gestor                   |
| Cristal do Sul                   | Gestor                   | Constantina                      | Gestor                   |
| Derrubadas                       | Gestor                   | Coronel Bicaco                   | Gestor                   |
| Esperança do Sul                 | Gestor                   | Engenho Velho                    | Gestor                   |
| Erval Seco                       | Gestor                   | Dois Irmãos das Missões          | Gestor                   |
| Frederico Westphalen             | Gestor                   | Jaboticaba                       | Gestor                   |
| Irai                             | Gestor                   | Lajeado do Bugre                 | Gestor                   |
| Novo Tiradentes                  | Enfermeiro Coord.<br>APS | Nova Boa Vista                   | Gestor                   |
| Palmitinho                       | Enfermeiro Coord.<br>APS | Palmeira das Missões             | Gestor                   |
| Planalto                         | Gestor                   | Redentora                        | Gestor                   |
| Pinhal                           | Gestor                   | Ronda Alta                       | Gestor                   |
| Pinheirinho do Vale              | Gestor                   | Rondinha                         | Gestor                   |
| Rodeio Bonito                    | Gestor                   | Sagrada Família                  | Gestor                   |
| Seberi                           | Enfermeiro Coord.<br>APS | Sarandi                          | Enfermeiro Coord.<br>APS |
| Taquaruçu do Sul                 | Gestor                   | São Pedro das Missões            | Gestor                   |
| Tenente Portela                  | Gestor                   | Trindade do Sul                  | Gestor                   |
| Tiradentes do Sul                | Gestor                   | Três Palmeiras                   | Gestor                   |
| Três Passos                      | Enfermeiro Coord.<br>APS |                                  |                          |
| Vicente Dutra                    | Gestor                   |                                  |                          |
| Vista Alegre                     | Gestor                   |                                  |                          |
| Total                            | 23                       | Total                            | 19                       |

Fonte: os autores.

#### 4.3.2 Coleta de dados

A pesquisa quantitativa aconteceu em duas etapas. A primeira etapa ocorreu no período de julho a agosto de 2020, através de contato telefônico. Os secretários de saúde ou coordenadores da atenção básica dos municípios das regiões 15 e 20, dos quais todos incluíam-se nos critérios da pesquisa, foram convidados por meio de ligação telefônica e roteiro estruturado (ANEXO A), que explicava os objetivos do estudo e aceite mediante conhecimento tácito. O instrumento *checklist* apresentava as estratégias de mitigação da COVID-19 recomendadas por órgãos internacionais e nacionais, como Organização Mundial da Saúde (OMS), Ministério da Saúde (MS) e pesquisadores de saúde brasileiros e era composto por 22 perguntas de escalas categóricas, com as seguintes opções de respostas: “sim”, “não” ou “não se aplica”, com pesos diferentes para duas perguntas, possibilitando a quantificação dos resultados. Os escores de pontuação tinham variação de 0 a 48 pontos, sendo que a resposta afirmativa pontuava 2 pontos, a negativa 1 e o termo “não se aplica” valor 0, já as estratégias 15 e 22 pontuaram o dobro. Estas eram: “Implantação de estratégia de monitoramento de casos suspeitos de Síndromes Gripais em isolamento?”, e “Implantação de estratégias de intervenções não farmacológicas (INF), disseminadas e implementadas junto à população, como, por exemplo: orientações ao uso de máscaras, lavagem das mãos, higienização de ambientes, cuidados no isolamento domiciliar e dedetização de áreas públicas?”

Na segunda etapa da pesquisa, realizada em março de 2021, foram consultados dados públicos relacionados à testagem e óbitos por COVID-19. Também foram pesquisados os dados populacionais estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2021, descritos em número de habitantes, população rural em percentual e densidade demográfica por meio de habitantes por quilômetros quadrados (hab/km<sup>2</sup>) também extraídos do IBGE disponíveis de 2010.

O percentual de testes confirmados foi obtido dos dados de notificação dos setores de vigilância epidemiológica municipal. A taxa de testagem considerou o quantitativo de testes realizados, informados pelos municípios e registrados nos sistemas de notificação ESUS Notifica e Siveprip. A taxa de testagem foi obtida do cálculo de percentual, considerando a população total do município, segundo estimativa do IBGE de 2010, dividido pelo número de testes registrados pelos setores de vigilância. A taxa de letalidade foi calculada em percentagem, considerando a população total do município, dividido pelo número de óbitos registrados no *dashboard* da Secretaria Estadual de Saúde (SES)

do estado do RS. A taxa de letalidade considerou o número de testes positivos e os óbitos por COVID-19 e a taxa de mortalidade por COVID-19 considerou a população total do município e o número de óbitos por COVID-19, resultando em óbitos por mil habitantes.

#### 4.3.3 Variáveis

As variáveis do estudo foram relacionadas a densidade demográfica dos municípios, número de óbitos por COVID-19, número de testes positivos para COVID-19 e número de testes realizados independente da técnica de testagem (teste rápido ou RT-PCR- teste de reação de transcritas e reversa seguida de reação em cadeia da polimerase). Também foram consideradas as variáveis categóricas de sexo e escolaridade dos participantes.

#### 4.3.4 Análise dos Dados

Os dados foram tabulados em planilha do excel e realizado cálculo das variáveis derivadas, como proporção, soma e taxas, para posterior exportação ao Statistical Package for the Social Sciences – SPSS versão 18.0. A normalidade das variáveis contínuas foi avaliada através do teste de Shapiro-Wilk. Variáveis com distribuição normal foram descritas por média e desvio-padrão e as assimétricas por mediana e intervalo interquartil. As correlações foram calculadas através do coeficiente de correlação de Pearson, sendo consideradas significativas todas as análises cujo valor  $P < 0,05$ .

### 4.4 ETAPA QUALITATIVA

A pesquisa qualitativa permite desvelar percepções acerca de experiências dos participantes valorizando as suas reflexões e visões de mundo e compreender as relações contextuais (PATIAS; HOHENDORFF, 2019). Desta forma, ela será importante nesta pesquisa para compreender e aprofundar os achados a partir da pesquisa quantitativa, aprofundando as questões relacionadas aos fatores envolvidos na tomada de decisão do enfrentamento da pandemia.

#### 4.4.1 Participantes

Os dados obtidos da coleta quantitativa, direcionaram a amostra da etapa qualitativa. A pontuação obtida com o *checklist* dividiu os municípios em cinco categorias, de acordo com a pontuação, sendo que a mínima foi de 37 (77%) e a máxima de 47 (98%) pontos. No intervalo de 75% a 80% foram quatro municípios, de 80% a 85% sete, de 85% a 90% seis, de 90% a 95% foram dezoito e de 95% a 100% sete municípios. Com estes resultados, selecionou-se intencionalmente três municípios de cada categoria considerando o desempenho epidemiológico no enfrentamento à pandemia, analisando os dados de mortalidade, letalidade e testagem para a COVID-19, bem como a participação nos espaços de CIR.

Posteriormente, foram convidados os gestores das secretarias municipais ou os enfermeiros coordenadores da atenção básica que estiveram à frente da implementação das ações de enfrentamento à pandemia destes 15 municípios elencados, conforme apresentada na Tabela 3:

Tabela 3: Participantes da pesquisa Qualitativa.

| <b>Município</b>      | <b>Região de Saúde</b> | <b>Participante</b> |
|-----------------------|------------------------|---------------------|
| Chapada               | 20                     | Gestor              |
| Engenho Velho         | 20                     | Gestor              |
| Esperança do Sul      | 15                     | Gestor              |
| Lajeado do Bugre      | 20                     | Gestor              |
| Nova Boa Vista        | 20                     | Gestor              |
| Novo Tiradentes       | 15                     | Enf. Coord. APS     |
| Palmeira das Missões  | 20                     | Gestor              |
| Palmitinho            | 15                     | Enf. Coord. APS     |
| Planalto              | 15                     | Gestor              |
| Ronda Alta            | 20                     | Gestor              |
| Rondinha              | 20                     | Gestor              |
| São Pedro das Missões | 20                     | Gestor              |
| Seberi                | 15                     | Enf. Coord. APS     |
| Tenente Portela       | 15                     | Gestor/Téc. Enf.    |

|               |    |                 |
|---------------|----|-----------------|
| Três Passos   | 15 | Enf. Coord. APS |
| Vicente Dutra | 15 | Gestor/Enf.     |

Fonte: os autores.

#### 4.4.2 Técnica de coleta de dados

Os gestores dos municípios selecionados foram convidados a participar por meio de contato telefônico e, após aceite, as entrevistas foram agendadas e realizadas de forma virtual através da plataforma *Zoom*, na qual possibilitou a gravação com a permissão dos entrevistados. As perguntas foram elaboradas a partir dos resultados obtidos na etapa qualitativa, por meio de um roteiro semiestruturado (APÊNDICE B) as quais foram: “O que determinou a adoção das medidas mitigadoras e como foram implementadas? O que facilitou e o que dificultou a adoção das medidas mitigadoras? Como a gestão municipal gerenciou o cenário diante dos desafios? Como foi implementada a testagem da COVID-19 no município? ”

#### 4.4.3 Análise do Material

As entrevistas foram transcritas, analisadas e categorizadas conforme as premissas de análises de conteúdo, segundo Laurence Bardin (2011) que é organizada em três fases, sendo elas: a primeira é a pré-análise que compreende o período em que se organiza o material; a segunda consiste na exploração do material, momento em que se codifica o material, organizando-o em categorias teóricas ou empíricas; e a terceira, quando ocorre o tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Na pré-análise, os dados foram transcritos e realizada a leitura do conteúdo organizado em texto que permite uma apropriação do conteúdo e organização das ideias. Na segunda etapa, que diz respeito à exploração do material, aconteceu a codificação do conteúdo de forma a associar a uma unidade de sentido e, desta forma, observou-se uma aproximação às respostas das perguntas elucidadas na pesquisa. Através da codificação, possibilitou-se elencar categorias que trouxeram agrupamentos temáticos. E, por fim, na última fase, tem-se a interpretação dos resultados permitindo realizar a inferência do estudo, através de enquadramento teórico conceitual.

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos do estudo foram respeitados de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Em relação ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO C), este foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob o nº CAE 31545920.2.0000.5327 (ANEXO D).

Os dados coletados durante a pesquisa foram tratados confidencialmente. As transcrições e registros da pesquisa serão guardados por cinco anos e após descartados. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes ou dos municípios.

## 5 RESULTADOS

Os resultados da pesquisa são apresentados a partir dos artigos produzidos até este momento, sendo eles: “Estratégia de mitigação na Atenção Primária à Saúde e óbitos por COVID-19: uma análise regional”, e o artigo “O enfrentamento da COVID-19 por gestores municipais de saúde: um estudo misto”, submetido na revista Latino-Americana de Enfermagem (normas no ANEXO F).

### 5.1 ARTIGO 1- ESTRATÉGIA DE MITIGAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ÓBITOS POR COVID-19: UMA ANÁLISE REGIONAL

O artigo apresentado a seguir segue as normas de submissão e publicação da Revista Gaúcha de Enfermagem, conforme (Anexo E)

Estratégias de mitigação na atenção primária à saúde e óbitos por COVID-19: uma análise regional.

Mitigation strategies in primary health care and deaths from COVID-19: a regional analysis.

Estrategias de mitigación en atención primaria y muertes por COVID-19: un análisis regional.

#### RESUMO

**Objetivo:** avaliar as estratégias de mitigação na Atenção Primária à Saúde e a associação com o número de óbitos por COVID-19, a partir de uma análise regional. **Método:** Estudo ecológico realizado nos meses de março a agosto de 2020 e março de 2021, utilizando-se checklist e consulta de dados públicos para coleta de dados. A amostra foi composta por gestores de saúde de 42 municípios do Estado do Rio Grande do Sul. Realizadas análises de correlação de Pearson considerando nível de significância 5%. **Resultados:** Estratégias implementadas pelos municípios e o percentual de testes confirmados para COVID-19 tiveram significância estatística ( $p=0,041$ ;  $r=0,32$ ), assim como a taxa de

casos confirmados e a taxa de óbitos ( $p=0,002$ ;  $r=0,47$ ). A taxa de testagem e letalidade tiveram significância ( $p=0,038$ ;  $r= - 0,32$ ). **Conclusão:** a ampliação da testagem facilitada por estratégia regional refletiu no baixo número de óbitos nos municípios analisados.

**Palavras-Chave:** COVID-19. Atenção Primária à Saúde. Regionalização da Saúde.

### ABSTRACT

**Objective:** Evaluate mitigation strategies in Primary Health Care and the association with the number of deaths from COVID-19, based on a regional analysis. **Methods:** Ecological study carried out from March to August 2020 and March 2021, using a checklist and consultation of public data for data collection. The sample consisted of health managers from 42 municipalities in the state of Rio Grande do Sul. Pearson correlation analyzes were performed, considering a 5% significance level. **Results:** The strategies implemented by the municipalities and the percentage of confirmed tests for COVID-19 had statistical significance and moderate positive correlation ( $p=0.041$ ;  $r=0.32$ ), as well as the rate of confirmed cases and the rate of deaths ( $p=0.002$ ;  $r=0.47$ ). The testing and lethality rate were significant ( $p=0.038$ ;  $r= - 0.32$ ). **Conclusion:** The expansion of testing facilitated by regional strategy reflected in the low number of deaths in the cities analyzed. **Keywords:** COVID-19. Primary Health Care. Health regionalization.

### RESUMEM

**Objetivo:** evaluar las estrategias de mitigación en Atención Primaria de Salud y la asociación con el número de muertes por COVID-19, con base en un análisis regional. **Método:** Estudio ecológico realizado de marzo a agosto de 2020 y marzo de 2021, utilizando un checklist y consulta de datos públicos para la recolección de datos. La muestra estuvo conformada por gerentes de salud de 42 municipios del estado de Rio Grande do Sul. Los análisis de correlación de Pearson se realizaron considerando un nivel de significación del 5%. **Resultados:** Las estrategias implementadas por los municipios y el porcentaje de análisis confirmadas para COVID-19 tuvieron significación estadística y una correlación positiva moderada ( $p=0,041$ ;  $r=0,32$ ), así como la tasa de casos confirmados y la tasa de muertes ( $p=0,002$ ;  $r=0,47$ ). La tasa de análisis y la letalidad tienen una significación y una correlación negativa moderada inversa ( $p=0,038$ ;  $r= - 0,32$ ). **Conclusión:** la expansión de las pruebas facilitada por la estrategia regional se refleja en el bajo número de muertes en las ciudades analizadas.

**Palabras clave:** COVID-19. Atención primaria de salud. Regionalización de la salud.

## INTRODUÇÃO

A COVID-19 disseminou-se pelo planeta ganhando proporções distintas em cada território. Em outubro de 2021, o Brasil alcançava a marca de 600 mil mortes, ficando atrás apenas dos Estados Unidos em número de óbitos no mundo. Foi o sexto país com maior taxa de letalidade (2,8%) ficando atrás do México, Bulgária, Indonésia, África do Sul e Romênia; e o segundo país com maior taxa de mortalidade (281/100mil habitantes), atrás da Bulgária<sup>(1)</sup>.

Em um cenário marcado pelo subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) que estados e municípios se articularam em conjunto ou separadamente para enfrentar a disseminação do vírus e os óbitos em suas populações<sup>(2)</sup>. No início da pandemia, no Brasil, houve um movimento do Ministério da Saúde (MS) para o enfrentamento do vírus, com orientações de quarentena e o isolamento, com restrições de deslocamento internacional. Porém, a governança do MS apresentou déficit na coordenação, na definição das estratégias e nas ações de impacto ao problema, além de incoerência de transferência de recursos financeiros e distribuição de insumos, constatando necessidade de formulação de plano estratégico, tático e operacional para o combate à pandemia e para um cenário de crise econômica pós-pandemia<sup>(3)</sup>.

Nessa perspectiva, os estados brasileiros adotaram medidas de forma isolada e os municípios, conforme determinação do Supremo Tribunal Federal, obtiveram autonomia na adoção de medidas de mitigação e supressão, os quais também adotaram seus protocolos e planos de contingência no mesmo mês<sup>(4)</sup>. As medidas de mitigação são aquelas voltadas a reduzir a circulação do vírus, como ações que evitem a aglomeração social<sup>(5)</sup>. Já as medidas supressoras são aquelas que têm a finalidade de minimizar o número de óbitos e frear a transmissão em larga escala de forma rápida, com medidas mais rigorosas, a exemplo o “lockdown” que restringe serviços não essenciais e circulação de pessoas em fronteiras<sup>(6)</sup>.

O governo do RS, no mês de maio de 2020, implementou o “Modelo de Distanciamento Controlado” com adoção prioritária de medidas de mitigação e análises de indicadores que sinalizavam o aumento de casos, de óbitos e de risco ao esgotamento da capacidade hospitalar, e as regiões recebiam semanalmente uma classificação de risco por diferentes cores em que deveriam seguir protocolos específicos.

Observou-se no estado do RS que algumas das estratégias encontradas localmente tiveram foco no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) com a atuação da enfermagem na organização e condução das ações, nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). O trabalho com as RAS vem ganhando espaço na política nacional, o que gera uma revisão do planejamento em saúde a partir da perspectiva regional, pois requer um novo modelo de organização territorial do SUS. Essa perspectiva remete ao Planejamento Municipal Regionalizado, em que se vislumbra a necessidade da organização municipal de forma sistêmica e coordenada, atuando cooperativa e solidariamente nos diferentes níveis de atenção<sup>(7)</sup>.

Esta leitura permite uma análise da regionalização como potencial para o enfrentamento e implantação de medidas de mitigação da COVID-19. Ressalta-se que, se de um lado a negociação política subordina o planejamento, dificultando o desenvolvimento de ferramentas inovadoras e efetivas ao desenvolvimento regional<sup>(8)</sup>, por outro lado, a crise instalada pela pandemia da COVID-19 permitiu a união dos municípios de forma que pudessem identificar as fragilidades e potencialidades e, assim, organizar-se enquanto região, articulando serviços e estratégias em comum.

Acredita-se que um maior investimento regional nas medidas de mitigação possibilita uma redução no número de óbitos por COVID-19. Neste sentido, o presente estudo busca avaliar as estratégias de mitigação na APS e a associação com o número de óbitos por COVID-19, a partir de uma análise regional.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo ecológico, em que foram apresentadas e analisadas as medidas de mitigação à COVID-19 em municípios pertencentes a duas regiões de saúde situadas na região Norte do Rio Grande do Sul, sendo elas a Região 15, “Caminho das Águas” e Região 20, “Rota da Produção”, assim denominadas a partir de Resolução CIB nº 499/2014 de. A população das regiões é de 166.764 habitantes e 191.333 habitantes, respectivamente.

O critério de inclusão foi considerar municípios cujos gestores iniciaram suas atividades a mais de um ano anterior ao início da pandemia no Brasil, aceitando-se o fato de que estes estariam melhores apropriados da problemática contextual. A amostra utilizada foi não probabilística e intencional, utilizada em pesquisas que tem o interesse

em analisar as ações que determinado público exerce e que pode influenciar o contexto. Desta forma não seria possível empregar técnica de amostragem probabilística, no entanto, sabe-se que o tipo de amostragem utilizada apresenta como limitação a validação no contexto em estudo<sup>(9)</sup>. Cada região de saúde possui 26 municípios totalizando 52, destes, todos enquadravam-se no critério de inclusão.

A primeira etapa da pesquisa ocorreu no período de março a agosto de 2020, onde os gestores municipais foram convidados, por meio de ligação telefônica e roteiro estruturado, o qual explicava os objetivos do estudo e aceite mediante conhecimento tácito. Em caso de aceite, os participantes respondiam ao instrumento *checklist* que apresentava as estratégias de mitigação da COVID-19, recomendadas por órgãos internacionais como Organização Mundial da Saúde (OMS), Ministério da Saúde (MS) e pesquisadores de saúde brasileiros. O mesmo era composto por 22 perguntas de escalas categóricas e opções de respostas “sim”, “não” ou “não se aplica”, e com peso para cada pergunta, sendo que duas tinham pontuações maiores devido a relevância das estratégias, as quais eram: “Implantação de estratégia de monitoramento de casos suspeitos de Síndromes Gripais em isolamento?”, e “Implantação de estratégias de intervenções não farmacológicas (INF), disseminadas e implementadas junto à população?”

Na segunda etapa da pesquisa, realizada em março de 2021, foram consultados dados públicos relacionados à testagens e óbitos por COVID-19. Também foram pesquisados os dados populacionais, descritos em número de habitantes, população rural em percentual e densidade demográfica por meio de habitantes por quilômetros quadrados (hab/km<sup>2</sup>) os quais foram extraídos do último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010.

O percentual de testes confirmados foi obtido dos dados de notificação dos setores de vigilância epidemiológica municipal. A taxa de testagem considerou o quantitativo de testes realizados, informados pelos municípios e registrados nos sistemas de notificação ESUS Notifica e Siveprip. A taxa de testagem foi obtida do cálculo de percentual, considerando a população total do município, segundo estimativa do IBGE de 2010, dividido pelo número de testes registrados pelos setores de vigilância. A taxa de letalidade foi calculada em percentagem, considerando a população total do município, dividido pelo número de óbitos registrados no dashboard da Secretaria Estadual de Saúde (SES) do estado do RS. A taxa letalidade considerou o número de testes positivos e os óbitos

por COVID-19 e a taxa de mortalidade por COVID-19 considerou a população total do município e o número de óbitos por COVID-19, resultando em óbitos por mil habitantes.

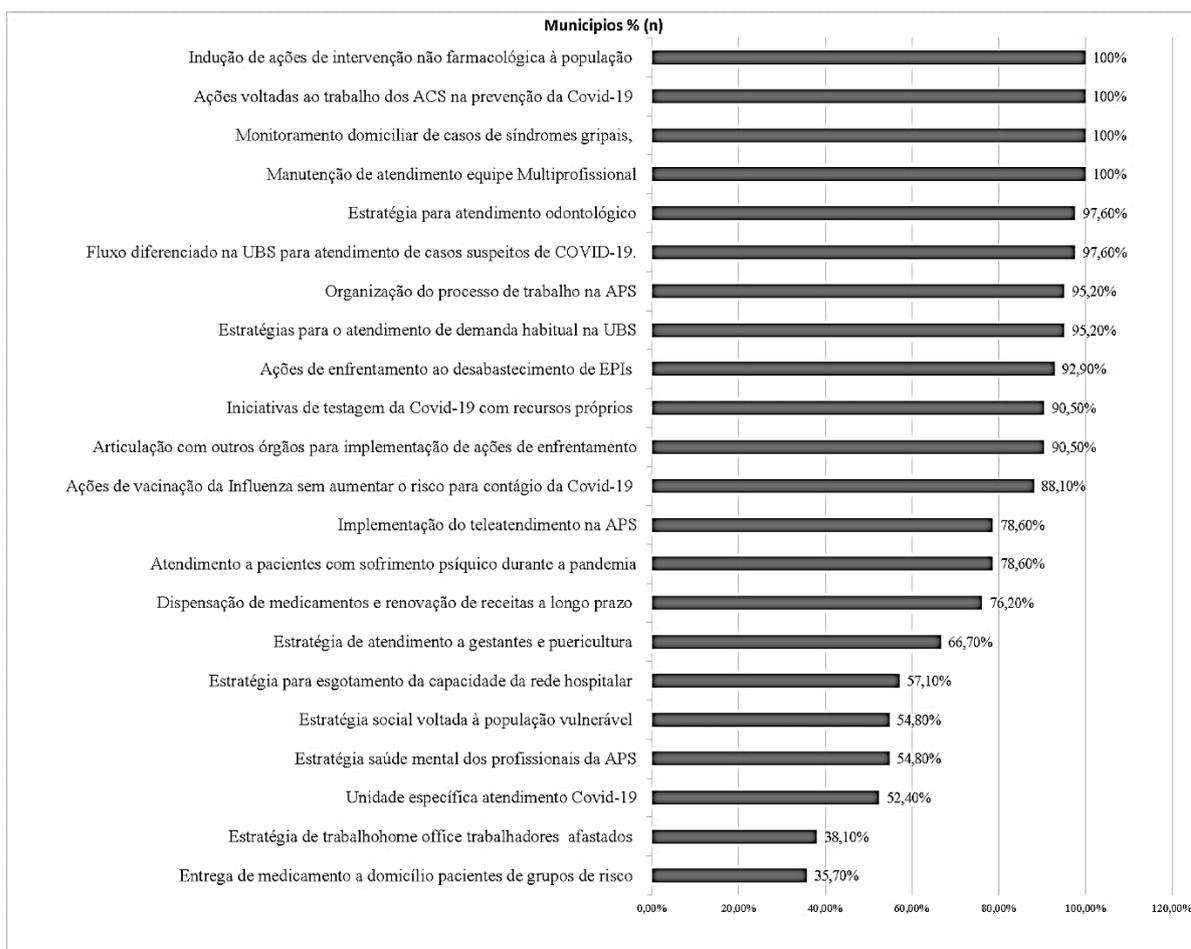
Os dados foram tabulados em planilha do Excel e realizado cálculo das variáveis derivadas, como proporção, soma e taxas, para posterior exportação ao Statistical Package for the Social Sciences – SPSS versão 18.0. A normalidade das variáveis contínuas foi avaliada através do teste de Shapiro-Wilk. Variáveis com distribuição normal foram descritas por média e desvio-padrão e as assimétricas por mediana e intervalo interquartil. As correlações foram calculadas através do coeficiente de correlação de Pearson, sendo consideradas significativas todas as análises cujo valor  $P < 0,05$ .

O estudo seguiu as orientações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, em relação à submissão e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob o nº CAE 31545920.2.0000.5327

## RESULTADOS

Aceitaram participar do estudo 23 gestores municipais de saúde da região 15 e 19 gestores da região 20, totalizando uma amostra de 42 gestores, ou seja 80,8%. Destes municípios, dos quais ocorreu a participação do gestor, 47,6% (n=20) possuem população inferior a 5 mil habitantes. As características dos gestores municipais de saúde relacionadas ao período de exercício no cargo deram-se na seguinte conformação: 43% (n=18) estavam na função a mais de um ano e menos de dois anos, 34% (n=14) entre um a dois anos e cinco anos e 23% (n=10) há mais de cinco anos. Quanto à escolaridade, 38% (n=16) possuíam o ensino médio ou formação em curso técnico e 62% (n=26) apresentavam curso superior, sendo que destes, 50% (n=13) a formação era na área da saúde.

Os resultados da primeira etapa, oriundos da aplicação do checklist, revelaram que as estratégias de mitigação implementadas nos municípios ocorreram na seguinte proporção, conforme o Gráfico 1.



**Gráfico 1** – Estratégias de mitigação da COVID-19 implementadas pelos municípios das Regiões 15 e 20 do Estado do Rio Grande do Sul nos meses de março a agosto de 2020. Fonte: Autores, 2021.

Em relação às características populacionais dos municípios, existe uma variação populacional entre os municípios da amostra de 1.527 até 34.328 habitantes, sendo que a população residente do meio rural apresentou média de 55,6%. Com relação às taxas de testagem para a COVID-19, houve uma oscilação de 7,06% a 43,98%, e a taxa de casos positivos apresentou média de 5,60%. A letalidade da doença foi em média de 1,33% variando de zero a 3,70%, e a taxa de óbitos para cada mil casos variou de 0 caso a 2,31%. Os escores obtidos no instrumento tiveram média de 43 pontos conforme apresentados na Tabela 4.

**Tabela 4** - Características demográficas, de testagem e óbitos por COVID-19 nos municípios das regiões 15 e 20 de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul – 2021

| <b>Variável</b>                              | <b>Média (±DP*)</b>  | <b>Mínimo - Máximo</b> |
|--|----------------------|------------------------|
| População Total (hab.)                       | 5178 (2809 ; 9471)** | 1527-34328             |
| População Rural (%)                          | 55.6 (±17.39)        | 13.1 - 79.6            |
| Densidade demográfica (hab./m <sup>2</sup> ) | 30.65 (±20.65)       | 8.83-108.85            |
| Testes Confirmados COVID-19 (%)              | 5.60 (±2.75)         | 1.91-13.17             |
| Taxa de testagem (%)                         | 20.48 (±9.77)        | 7,06-43,98             |
| Taxa de Letalidade (%)                       | 1.33 (±0.89)         | 0.0-3.70               |
| Taxa de Óbitos (/1000 Hab.)                  | 0.65(±0.55)          | 0-2.31                 |
| Escore das Estratégias                       | 43 (±2.74)           | 37-47                  |

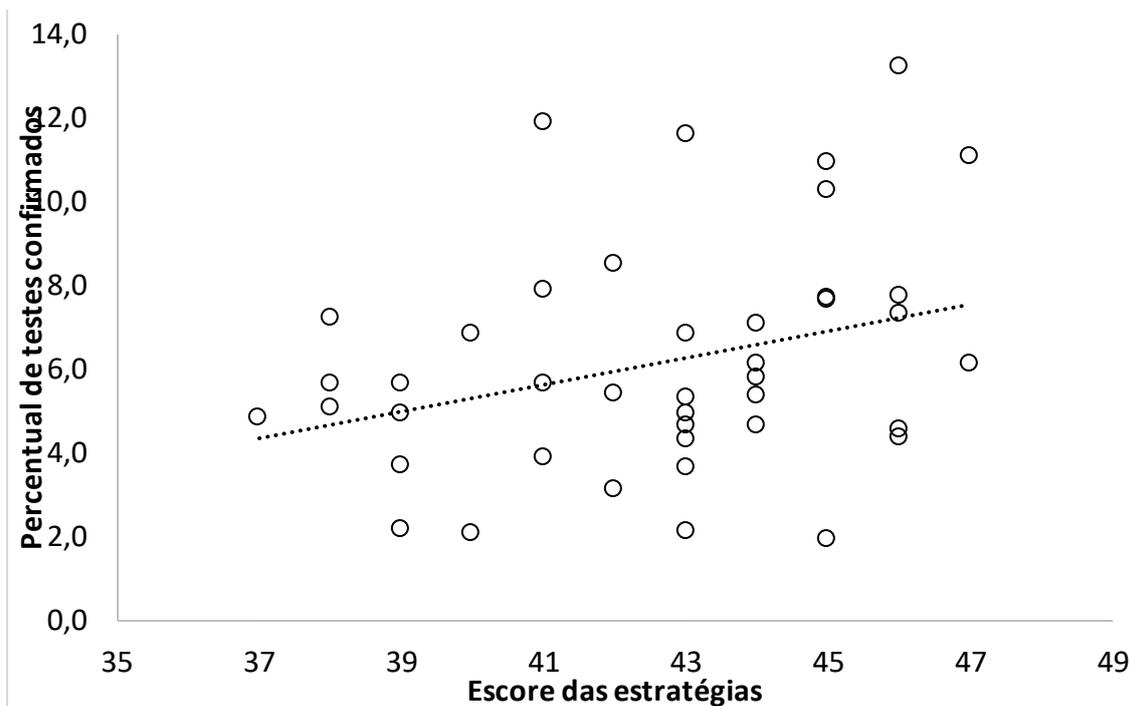
Fonte: Autores, 2021.

\* Desvio Padrão (DP)

\*\*Na variável foram descritos mediana e intervalo interquartil (25%-75%).

A análise da correlação de Pearson entre o escore das estratégias implementadas em cada município e o percentual de testes confirmados para COVID-19 apresentou significância ( $P=0,041$ ) e correlação positiva moderada ( $r=0,32$ ), conforme Figura 2.

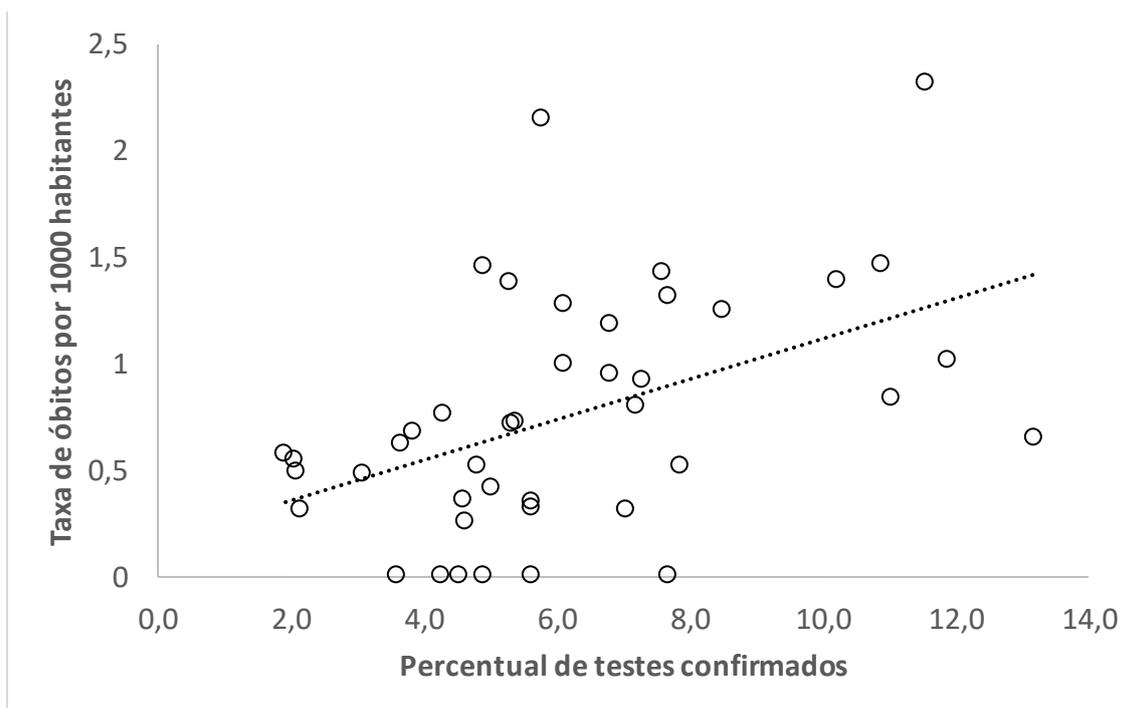
Figura 2- Correlação de Pearson entre o escore das estratégias implementadas em cada município e o percentual de testes confirmados para COVID-19.



Fonte: Autores, 2021.

Não houve significância entre a correlação da densidade demográfica e a taxa de testagem ( $r=0,28$ ;  $p=0,069$ ). A taxa de casos confirmados e a taxa de óbitos apresentou significância ( $p=0,002$ ) e correlação positiva moderada ( $r=0,47$ ), conforme Figura 3.

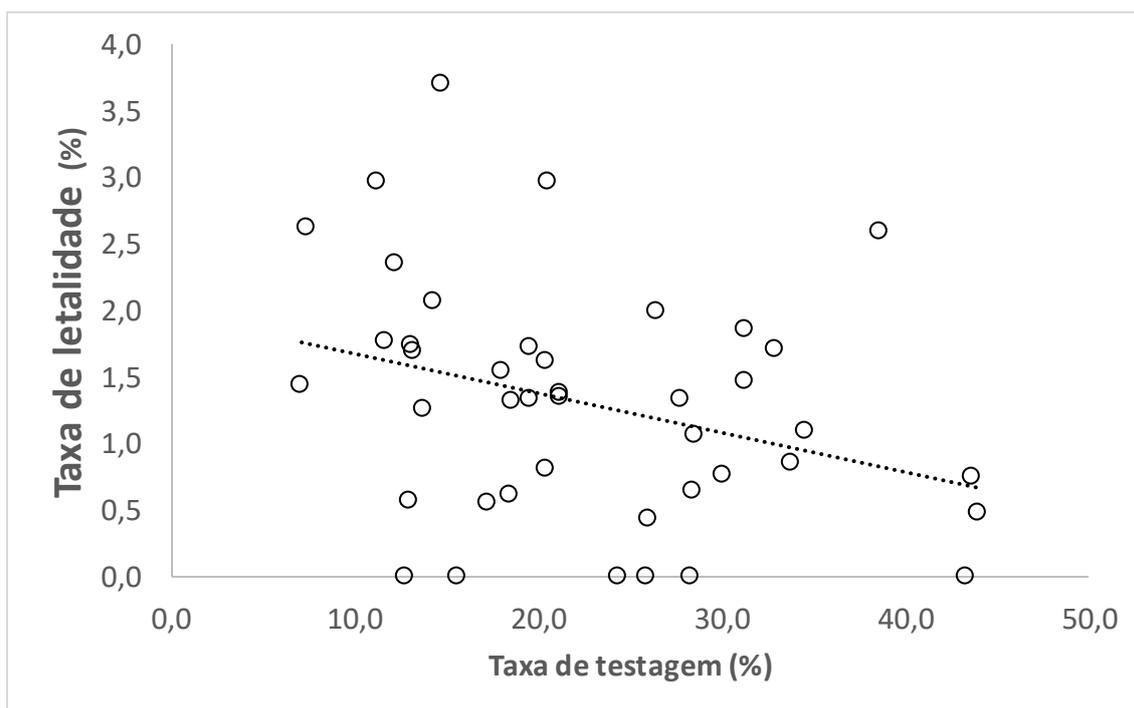
Figura 3 - Correlação de Pearson entre a taxa de casos confirmados e a taxa de óbitos por COVID-19.



Fonte: Autores, 2021.

No entanto, a taxa de testagem e letalidade apresentou significância ( $p=0,038$ ), mas correlação moderada inversa e negativa ( $r=-0,32$ ), ou seja, quando houve uma menor taxa de testagem encontrou-se maior taxa de letalidade, como apresentado na figura 4.

Figura 4: Correlação de Pearson entre a taxa de testagem e a taxa de letalidade da COVID-19.



Fonte: Autores, 2021.

## DISCUSSÃO

A (des)coordenação nacional nas ações de enfrentamento à pandemia do Coronavírus levou estados e municípios a implementarem diversas medidas. Algumas estratégias foram estruturadas regionalmente com foco voltado às recomendações de ampliação de testagem e, assim, facilitaram o rastreamento e o monitoramento dos casos. Este estudo encontrou correlação positiva e moderada entre o escore das estratégias implementadas para cada município e o percentual de testes confirmados para COVID-19, e entre a taxa de casos confirmados e a taxa de óbitos. A correlação entre a taxa de testagem e de letalidade foi inversa e negativa, quanto menor a taxa de testagem maior letalidade. Estes dados podem contribuir para afirmar que as medidas de mitigação

adotadas na APS, dentre elas a testagem, refletem no baixo número de óbitos e nas taxas de letalidade nos municípios analisados.

As medidas mitigadoras, como as baseadas no distanciamento social, seguem sendo necessárias para a redução da propagação do vírus, apesar da aprovação da vacina contra a COVID-19, em dezembro de 2020. A China obteve êxito no enfrentamento à infecção do coronavírus, implantando um modelo com medidas supressoras associadas a medidas mitigadoras, como a restrição de circulação da população, investimentos em tecnologias de rastreamento, monitoramento e identificação de casos, além da eficiência no atendimento de pacientes<sup>(10)</sup>. A combinação de medidas mitigadoras e supressoras possui impacto maior na redução dos casos, quando comparada com a adoção de medidas mais brandas e/ou apenas mitigadoras.

O afrouxamento das regras estabelecidas pelos governos, o tempo prolongado de manutenção do distanciamento, influenciado por comportamentos de risco, que muitas vezes possuem relação com as necessidades econômicas, culturais, psicológicas, ou influências negacionistas da pandemia, refletem na oscilação dos casos da COVID-19<sup>(11)</sup>.

Os municípios das duas regiões em estudo adotaram seus protocolos a partir do decreto estadual, em março de 2020, com medidas de suspensão das aulas presenciais, restrições para estabelecimentos comerciais de serviços não essenciais e de transportes públicos. No entanto, a flexibilização precoce das medidas de supressão e mitigação, a falta de adesão da população ao distanciamento social, as preocupações e pressões econômicas, amparadas pela gestão compartilhada estadual contribuíram para o aumento dos casos de COVID-19 nos municípios (ref?).

Pari passu às medidas de mitigação, os municípios investiram na APS, como forma de enfrentamento à COVID-19 (ref?). Os gestores e profissionais da APS iniciaram o enfrentamento da pandemia com dificuldades inerentes. Dentre elas, a escassez de profissionais, inadequações estruturais dos espaços físicos e insumos insuficientes para enfrentar a demanda que seria necessária para garantir um atendimento de qualidade, conferindo segurança à equipe e à população<sup>(12)</sup>. Com equipes reduzidas de enfermagem, muitos municípios precisaram ampliar seu efetivo para viabilizar novos fluxos de atendimento de pacientes com síndromes gripais e manter as demandas de rotina da APS, além de viabilizar as ações de vigilância em saúde para a COVID-19.

No presente estudo, a baixa densidade demográfica e a maior parte da população residindo na zona rural podem ter contribuído para que a média da taxa de letalidade e

mortalidade ficassem abaixo das taxas comparadas ao estado do RS e do país. A alta densidade populacional é atribuída como um facilitador ao aumento da infecção e de óbitos por COVID-19<sup>(12)</sup>. No RS, a mortalidade por COVID-19, em 5 de março de 2021 foi de 193/100 mil habitantes e taxa de letalidade de 2,5% . No Brasil, a mortalidade estava em 168/100 mil habitantes e a taxa de letalidade de 2,6%. No estudo foi encontrada uma média de mortalidade de 0,65/1.000 habitantes e letalidade de 1,33%.

Uma estratégia no controle dos casos está associada à testagem da população. A correlação de Pearson neste estudo mostrou que as estratégias implementadas pelos municípios, dentre elas a testagem para COVID-19, refletiram em um número maior de testes positivos para SARS-COV-2. Em outras palavras, quanto maior a implementação de estratégias de mitigação, maior a testagem e a identificação de casos positivos. Este achado pode estar relacionado com a proporção de testes, ou seja, quanto mais a estratégia de testagem é implementada, mais casos positivos serão identificados<sup>(13)</sup>, considerando que estudos mostram que 80% dos casos normalmente são considerados leves ou moderados<sup>(14)</sup> e, muitas vezes, não são diagnosticados.

No mês de abril de 2020, o MS passou a enviar um pequeno quantitativo de testes rápidos de pesquisa de anticorpo aos municípios, para a testagem de grupos prioritários. Pacientes internados com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) seguiam a orientação de coleta de amostras para realização do teste molecular de reação em cadeia da polimerase com transcrição reversa (RT-PCR) e envio aos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen) que no RS localiza-se em Porto Alegre. Os municípios em estudo organizaram-se regionalmente nesta logística para reduzir os custos e o tempo de envio das amostras à capital, distante em média 400 quilômetros.

No mesmo período, um grupo de empresários de um dos municípios em estudo adquiriu equipamento para viabilizar a realização de testes RT-PCR e doou à Universidade Federal da região, que passou a operacionalizar a baixos custos. Com o apoio de consórcios intermunicipais que organizaram a compra de insumos, aumentou-se a oferta da testagem aos demais municípios das duas regiões e resultou na agilidade no tempo de diagnóstico das amostras.

A testagem maciça da população de forma suficiente e eficiente foi favorável nos países que a implementaram. Esse diagnóstico permite interromper a cadeia de transmissão, possibilitando que a pessoa infectada permaneça em isolamento e sob vigilância pelas equipes de saúde, especialmente da APS para avaliação da progressão da

doença e a necessidade de acesso a outros níveis de atenção. Concomitante com as ações de saúde são necessárias aquelas de suporte econômico que permitam que as pessoas mantenham o isolamento social<sup>(13)</sup>.

Neste estudo, a relação entre a densidade demográfica e a taxa de testagem não mostrou associação estatística significativa. A taxa de testagem na região variou de 7,06% a 43,98%, e no estado do RS, foi de 30,21%. No Brasil, em março de 2021, a taxa de exames moleculares era de 5.617 por 100 mil habitantes (5,6% da população). O RS ficou em 5º lugar no ranking dos estados que mais enviaram exames para análises nos Laboratórios conveniados do MS<sup>(15)</sup>.

Ao analisar as taxas de testagem de 50 países até setembro de 2020, estudo classificou o Brasil em 26º lugar e reforçou que testar pouco ou somente casos sintomáticos subestima o número de infectados por SARS-CoV-2 e óbitos por COVID-19, além de fragilizar a tomada de decisão pelos gestores de saúde<sup>(16)</sup>. Quando se aumenta a taxa de testagem em 10%, é possível detectar 9% de novos casos SARS-CoV-2, possibilitando a redução, em mesma proporção, da taxa de letalidade da doença<sup>(16)</sup>.

A taxa de testes confirmados apresentou correlação com a taxa de óbitos, podendo-se inferir que a testagem de pessoas com sintomas da COVID-19, conforme o protocolo estadual e nacional, resulta em uma taxa elevada de casos positivos e consequentemente maiores chances de evoluir para o óbito. Estudo que analisou internações por SRAG em pacientes com COVID-19 em UTI, no Brasil, encontrou um índice de mortalidade 53,8%<sup>(17)</sup>.

Ao ponderar as taxas de testagens e letalidade dos municípios neste estudo, encontrou-se uma correlação inversa e negativa, o que demonstrou que quanto menores as testagens no município, maiores as taxas de letalidade. Dessa forma, corroborando estudos que evidenciaram a importância da testagem no rastreamento e isolamento dos casos para frear a cadeia de transmissibilidade do vírus<sup>(18)</sup>. Países que testaram apenas pessoas com SRAG e profissionais de saúde sintomáticos tiveram resultados desfavoráveis como esgotamento da capacidade hospitalar, a exemplo da Espanha<sup>(19)</sup>.

O número de leitos de internação em UTI nas regiões em estudo, até março de 2021, era de 5 leitos de UTI COVID e 23 leitos de UTI adulto, sendo sua totalidade SUS para uma população de 358.097 habitante. Ao considerar que são necessários de um a três leitos para cada 10 mil, em uma situação epidemiológica usual, observa-se o colapso da

rede hospitalar. Essa situação denota problemas crônicos na rede de urgência e emergência, que não foram superados até o momento com o Planejamento Regional Integrado, para tornar uma macrorregião autossuficiente em leitos de UTI, uma vez que estes concentram-se em regiões metropolitanas nos estados<sup>(8)</sup>.

Neste sentido, potencializar a negociação regional, e a partir dela a regulação e a coordenação de um sistema de saúde, requer que os atores/operadores do sistema e da política, implementem tecnologias de cooperação que superem técnicas de gestão e produzam efeitos na saúde, com capacidade de avançar na eficiência e na eficácia dos serviços ofertados à população. Desta forma, os municípios podem promover trocas, organizar estratégias, compartilhar experiências, desafios, obstáculos e recursos, de forma a interconectar e horizontalizar as relações municipais e regionais do sistema de saúde, a partir do Planejamento Municipal Regionalizado<sup>(7)</sup>. Sendo assim, é importante pensar em formas de induzir tecnicamente municípios e regiões na perspectiva de que possam superar os desafios encontrados diante da pandemia, perpassando barreiras enraizadas, como a falta de planejamento, baixa capacidade técnica, falta de clareza nas negociações políticas e na coordenação das competências envolvidas<sup>(20)</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os dados encontrados neste estudo apresentaram correlação de Pearson positiva e moderada entre o escore das estratégias implementadas para cada município e o percentual de testes confirmados para COVID-19, bem como entre a taxa de casos confirmados com a taxa de óbitos. A correlação entre a taxa de testagem e de letalidade foi inversa e negativa, denotando que quanto menor a taxa de testagem, maior a taxa de letalidade encontrada. Estes dados contribuem para afirmar que as medidas de mitigação adotadas na APS, dentre elas a ampliação da testagem facilitada através de estratégia regional para realização de testes de RT-PCR, refletiram no baixo número de óbitos e de letalidade dos municípios analisados.

Com um monitoramento eficiente de casos, é possível planejar ações que considerem o momento que medidas supressoras precisam ser adotadas enquanto as mitigadoras são mantidas e muitas vezes modificadas ou reformuladas no território. Além disso, o enfoque regional precisa ser considerado para adoção de medidas de

enfrentamento, bem como para estratégias que promovam a capacidade de gestão municipal e regional.

Destaca-se ainda que a enfermagem possui papel primordial junto a gestão municipal na articulação de ações de vigilância em saúde para controle dos casos de COVID-19, bem como na indução de ações de enfrentamento, planejamento de medidas de mitigação da pandemia, além de corresponder à principal força de trabalho que atuou durante a pandemia executando ações de excelência e embasadas em evidência científica.

Como limitações deste estudo, destacamos o provimento dos dados públicos serem de fontes secundárias. Além disso, os dados refletem a realidade de municípios de duas regiões de saúde, podendo-se inferir análises específicas deste contexto. Para tanto, estudos mais ampliados e abrangentes são importantes para pesquisas futuras buscando o refletir do cenário do enfrentamento da pandemia e direcionar ações para o pós pandemia na saúde pública do país.

## REFERÊNCIAS

1. Johns Hopkins University. COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU) <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> (acessado em 12/outubro/2021).
2. Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MH, Aquino R. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cad.Saúde Pública* 2020; 36(8):e00149720.
3. Zimler B, Alves FS. Governança e Estratégias de Enfrentamento da COVID-19 pelo Ministério da Saúde: Diagnóstico da Situação Entre Março e Junho de 2020. *Coleção COVID-19 2021*; 2(1): 52-65.
4. Silva LL, Lima AF, Polli DA, Razia PF, Pavão LF, Cavalcanti MA et al. Medidas de distanciamento social para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil: caracterização e análise epidemiológica por estado. *Cad. de Saúde Pública* 2020; 36(9): e00185020.
5. The Lancet Infectious Diseases. COVID-19, a pandemic or not? *Lancet Infect Dis* 2020; 20(4):383.
6. Baron, MV, Santos, MP, Isa, CP; Santos AC, Marangoni C, Werle, T.M et al. Contenção, mitigação e supressão no combate à pandemia do COVID-19: levantamento e análise. *Saúde Coletiva (Barueri)* 2020; 10(54): 2653-2660.

7. Pena KS, Rollo RM, Reuter CL, Santos VC, Riquinho DL, Ramos AR. A transição do cuidado às condições crônicas face ao planejamento municipal regionalizado. *Rev Gaúcha Enferm.* 2020; 41(esp):e20190168.
8. Mello GA, Pereira AP, Uchimura LY, Demarzo MM, Viana AL. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Ciênc. saúde colet.* 2017; 22 (4): 1291 – 1310.
9. Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 3.ed. São Paulo Atlas, 1996.
10. Lewnard JA, Lo NC. Scientific and ethical basis for social-distancing interventions against COVID-19. *Lancet Infect Dis* 2020;20(6):631-633.
11. Moraes RF. Determinantes do distanciamento físico durante a epidemia de covid-19 no Brasil: efeitos de medidas mandatórias, números de casos e duração das normas restritivas. *Ciência & Saúde Coletiva* 2020; 25(9):3393-3400.
12. Sanchez MC, Moraes EB, Valente GSC Braga AL, Nassar PR, Xavier ML. Coronavirus pandemic and Primary Care: reflections on the challenges of managers. *RSD* 2020; 9(7):e310974154.
13. Pilecco FB, Coelho CG, Fernandes QH, Silveira IH, Pescarini JM, Ortelan N, et al. O efeito da testagem laboratorial nos indicadores de acompanhamento da COVID19: uma análise dos 50 países com maior número de casos. *Epidemiol Serv Saúde* 2021. 30(2):e2020722.
14. Jin Y, Yang H, Ji W, Wu W, Chen S, Zhang W, Duan G. Virology, epidemiology, pathogenesis, and control of covid-19. *Viruses* 2020; 12(4):372.
15. Secretaria da Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Doença pelo Coronavírus 2019. Boletim Epidemiológico especial 2021 (53). [https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/marco/12/boletim\\_epidemiologico\\_covid\\_53\\_12-03.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/marco/12/boletim_epidemiologico_covid_53_12-03.pdf). (acessado em 25/05/2021).
16. Asahi K, Undurraga EA, Wagner R. Benchmarking the COVID-19 pandemic across countries and states in the USA under heterogeneous testing. *medRxiv* 2020.
17. França NM, Pinheiro GS, Barbosa LA, Avena KM. Síndrome respiratória aguda grave por COVID-19: Perfil clínico e epidemiológico dos pacientes internados em unidades de terapia intensiva no Brasil. *Braz J Infect Dis* 2021. 25(1): e101147.

18. Aquino EM, Silveira IH, Pescarini JM, Aquino R, Souza-Filho JA et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, 2020. 25(1): 2423-2446.
19. Tanne JH, Hayasaki E, Zastrow M, Pulla P, Smith P, Rada AG. Covid-19: How doctors and healthcare systems are tackling coronavirus worldwide. *BMJ* 2020; 368:m1090.
20. Shimazaki ME. O impacto da regionalização na resposta à pandemia da COVID-19. *Coleção COVID-19*, 2021. 2:67-77.

## 5.2 ARTIGO 2 - ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DA COVID-19 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ESTUDO DE MÉTODO MISTO

O artigo que será apresentado segue as normas de submissão e publicação da Revista Latino-Americana de Enfermagem, conforme o Anexo F.

### Resumo

**Objetivo:** analisar as estratégias de enfrentamento à COVID-19 adotadas por gestores municipais de saúde em duas regiões de saúde no estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Método:** estudo de método misto, realizado com municípios de duas regiões de saúde do Rio Grande do Sul, Brasil. A pesquisa quantitativa foi desenvolvida com a aplicação de instrumento, à 80% dos gestores, para identificação de ações de enfrentamento e associação com dados demográficos e epidemiológicos da COVID-19 nos municípios. Os resultados direcionaram à definição de 15 participantes e coleta de dados na pesquisa qualitativa possibilitando aproximação das metainferências do estudo. **Resultados:** das ações implantadas, foi unânime ações de monitoramento dos casos, organização de novos fluxos de atendimento e estímulo a adoção de medidas não farmacológicas pela população. A articulação regional foi o dispositivo que permitiu ampliação e autonomia municipal para a testagem, com redução da contaminação e óbitos aos municípios. **Conclusão:** a regionalização foi um meio de potencializar o enfrentamento da pandemia da covid-19 e a presença da enfermagem foi destacada em cargos de gestão, e implementação de ações.

**Descritores:** COVID-19; Regionalização da Saúde; Atenção Primária à Saúde; Gestor de Saúde; Enfermagem em Saúde Pública; Estratégias de Saúde.

## **Combat strategies for COVID-19 in primary care: a mixed method study.**

### **Abstract**

**Objectives:** to analyze the strategies to combat COVID-19 adopted by municipal health managers. **Method:** a mixed method study, carried out with municipalities in two health regions in Rio Grande do Sul, Brazil. The quantitative research was developed with the application of an instrument, to 80% of the managers, to identify coping actions and association with demographic and epidemiological data of COVID-19 in the municipalities. The results led to the definition of 15 participants and data collection in the qualitative research, enabling approximation of the meta-inferences of the study. **Results:** of the actions implemented, there was unanimous action to monitor cases, organize new care flows and encourage the population to adopt non-pharmacological measures. Regional articulation was the device that allowed for expansion and municipal autonomy for testing, reducing contamination and deaths among citizens. **Conclusion:** regionalization was a means of enhancing the combat against the covid-19 pandemic and the presence of nursing was highlighted in management positions, and implementation of actions.

**Descriptors:** COVID-19; Regional Health Planning; Primary Health Care; Health Manager; Public Health Nursing; Health Strategies.

## **1 Introdução**

Após dois anos de enfrentamento da pandemia da COVID-19, a qual representou um desastre em número de casos e óbitos devido à falta de tratamento no primeiro ano, e desigualdades de acesso aos imunobiológicos, desenvolvido no segundo. Em meados de 2022 os óbitos chegaram a 6,28 milhões no mundo todo <sup>(1)</sup>. O Brasil, atrás apenas dos Estados Unidos e da Índia, atingiu os patamares de 666 mil mortes <sup>(2)</sup>. Um estudo divulgado pela Organização Pan-Americana da Saúde apontou um excesso de mortes associado direta e indiretamente a COVID-19 nos dois anos, de 14,9 milhões, constatando a necessidade de acesso igualitário à saúde <sup>(3)</sup>.

O enfrentamento da pandemia em nível global, não encontrou um alinhamento mútuo, necessário para a pauta de uma crise sanitária que atinge a todos <sup>(4)</sup>. As dificuldades de cooperação global foram percebidas pelo desalinhamento de estratégias sociais abrangentes devido a falhas de comunicação entre os primeiros países afetados e

parte do ocidente que atrasaram a implementação de algumas medidas. Outra lacuna foi percebida pela desigualdade na compra e no processo de distribuição de imunobiológicos, que privilegiou uma gama de países ricos em detrimento aos países pobres <sup>(5)</sup>. Esta tendência ao multilateralismo tende a aumentar as iniquidades de acesso a saúde global <sup>(6)</sup>.

No Brasil, frequentes ataques, como diminuição do financiamento e privatização da atenção primária à saúde (APS) e à vigilância em saúde somada a crise sanitária, apresentou uma gestão com inúmeros desafios, além de encontrar sistemas de saúde fragmentados e despreparados, culminando em uma crise de governança<sup>(7)</sup>.

O subfinanciamento do SUS, agravado em 2016 pela Emenda Constitucional nº 95 (EC95), seguido pela implantação do novo modelo de financiamento da APS em 2019, incidem na conta de estados e especialmente aos municípios no montante das despesas em saúde <sup>(8)</sup>. Nem mesmo em decorrência da pandemia, os custos nesta pasta foram ajustados e continuaram escassos, repercutindo na insuficiência de insumos <sup>(9)</sup>.

O descompasso do Governo Federal na condução da pandemia delegou aos estados e municípios a iniciativa para instituir medidas que garantissem ações coordenadas e mais efetivas <sup>(10)</sup>. Porém, as possibilidades para a obtenção de sucesso neste cenário ocorrem por meio de sistemas de saúde preparados, governados e financiados em todos os níveis, de forma integrada<sup>(11;12)</sup>.

Diante da ausência da coordenação nacional de ações de enfrentamento a pandemia e a judicialização do tema, foram sendo delegado aos demais entes federados, autonomia para medidas de enfrentamento. Algumas experiências de consórcios em nível estadual e entre estados na região nordeste do país foram relatadas <sup>(10)</sup>. A APS no contexto pandêmico enfrentou dificuldades como as mudanças no modelo de trabalho, revolução da saúde digital e precisou planejar ações para diferentes momentos de acordo com o cenário epidemiológico <sup>(13)</sup>. Além disso, reduziu as atividades inerentes aos processos para a contenção da COVID-19 e reverberou a necessidade de se repensarem os sistemas públicos de saúde e a importância da APS com ações vinculadas à vigilância em saúde<sup>(14)</sup>. No entanto, novas práticas foram realizadas, de acordo com as características inerentes de cada município e região <sup>(15)</sup>. Ressalta-se também o protagonismo do enfermeiro na APS no enfrentamento da pandemia, pela sua capacidade em implementar protocolos, capacitar suas equipes, articulando-se multiprofissionalmente, bem como, no exercício de seu papel na gestão municipal, ocupando espaços em arenas decisórias<sup>(16)</sup>

Com base no exposto, este estudo objetiva analisar as estratégias de enfrentamento à COVID-19 adotadas por gestores municipais de saúde em duas regiões de saúde no estado do Rio Grande do Sul, Brasil.

## **2 Método**

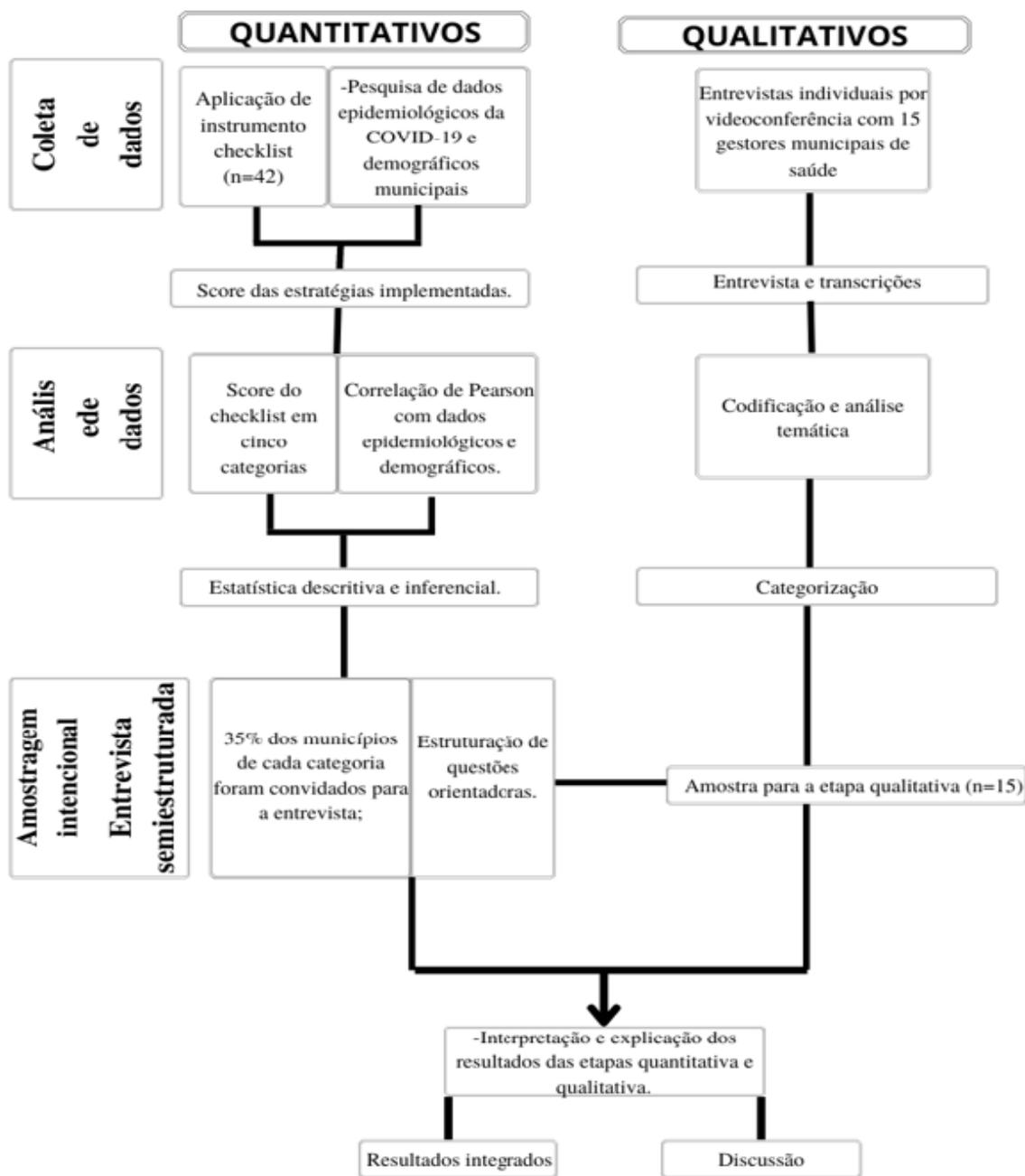
Quanto à metodologia, destaca-se que este estudo possui um delineamento misto, o qual possibilitou a associação dos métodos quantitativos e qualitativos, extraindo-se maiores implicações de seu objeto de estudo<sup>(17)</sup>. Essa integração é recomendada por conferir maior rigor metodológico e exploração dos resultados obtidos <sup>(18)</sup>. Ademais, foi adotada a estratégia descrita por Cresweel<sup>(17)</sup>, explanatória sequencial, iniciada pela coleta dos dados quantitativos e, na etapa seguinte, os dados qualitativos.

A integração dos dados será apresentada em três níveis, conforme proposto por Fetters <sup>(20)</sup>: no desenho do estudo, como modelo visual; na coleta e análise dos dados, por meio da conexão; e em nível de interpretação dos dados, realizada por meio de narrativa e exibição visual.

### **2.1 Integração de desenho do estudo**

No desenho do estudo explanatório sequencial, são realizadas as coletas e análises de dados quantitativos e, na etapa seguinte, tais estratégias podem orientar a amostragem para a coleta de dados qualitativos. A Figura 5 apresenta o modelo visual inspirado no trabalho apresentado por McCrudden e McTigue<sup>(19)</sup> para detalhar a integração dos dados no desenho do estudo com a seguinte questão global orientadora: quais são as estratégias de enfrentamento da COVID-19 adotadas pelo gestor municipal de saúde?

**Figura 5:** Modelo visual da integração em nível de desenho do estudo sequencial explicativo.



## 2.2 Integração de método do estudo

Seguindo os preceitos do método misto<sup>(17; 18)</sup>, por meio de uma conexão, os dados e os resultados da etapa quantitativa foram utilizados para implementar critérios dos participantes e construção das questões orientadoras da etapa qualitativa.

### 2.2.1 Etapa quantitativa

A primeira etapa da fase quantitativa foi realizada entre os meses de junho e agosto de 2020. Convidaram-se 52 gestores municipais de saúde das Regiões 15 e 20 do norte do RS para responderem a um instrumento *checklist* por meio de ligação telefônica, referente às medidas de mitigação da COVID-19 com propostas orientadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), Ministério da Saúde (MS) e pesquisadores de saúde brasileiros. Aceitaram participar da pesquisa 42 gestores. O *checklist* foi composto por 22 perguntas de escalas categóricas e opções de respostas “sim”, “não” ou “não se aplica”, e com pesos diferentes para duas perguntas, possibilitando-se a quantificação dos resultados. Os *scores* de pontuação tiveram variação de 0 a 48 pontos. A resposta afirmativa pontuava 2 pontos; a negativa, 1; a opção “não se aplica”, 0; e as estratégias 15 e 22 pontuavam o dobro.

Na segunda etapa da pesquisa, realizada em março de 2021, foram consultados dados públicos relacionados a testagens e óbitos por COVID-19 no sistema oficial da Secretaria de Saúde do Estado do RS. Foram examinados também dados populacionais, descritos em número de habitantes, população rural e densidade demográfica, informações extraídas do último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010.

Os dados foram tabulados em planilha do Excel e realizado o cálculo das variáveis derivadas, como proporção, soma e taxas, para posterior exportação ao *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS – versão 18.0. A normalidade das variáveis contínuas foi avaliada por meio do teste de *Shapiro-Wilk*. Variáveis com distribuição normal foram descritas por média e desvio-padrão, e as assimétricas, por mediana e intervalo interquartil. As correlações foram calculadas pelo coeficiente de correlação de *Pearson*, sendo consideradas significativas todas as análises com o valor  $p < 0,05$ .

A Tabela 5 representa a síntese da integração dos resultados quantitativos e a formulação das perguntas orientadoras para a etapa qualitativa.

**Tabela 5-** Resultados da pesquisa quantitativa e integração com o método da pesquisa qualitativa.

| <b>Resultados quantitativos</b>  | <b>Perguntas da entrevista</b>   | <b>Justificativa da pergunta</b>   |
|--|--|--|
| Correlação significativa entre <i>score</i> das estratégias de mitigação e o percentual de testes confirmados para COVID-19 (p=0,041; r=0,32). | O que determinou a adoção das medidas mitigadoras e como foram implementadas?  | Analisar a dinâmica organizacional da gestão municipal e das equipes de saúde na implementação de estratégias mitigadoras. |
| Correlação significativa entre a taxa de casos confirmados e a taxa de óbitos (p=0,002; r=0,47).   | O que facilitou e o que dificultou a adoção das medidas mitigadoras?<br>Como a gestão municipal gerenciou o cenário diante dos desafios? | Compreender como foi gerenciado o cenário pandêmico no município, influenciando nos casos de óbitos por COVID-19.          |
| Correlação inversa e significativa entre a taxa de testagem e letalidade (p=0,038; r= - 0,32)  | Como foi implementada a testagem da COVID-19 no município?   | Compreender o impacto da testagem na redução da letalidade da COVID-19.  |

Fonte: Os autores, 2022.

### 2.2.2 Etapa qualitativa

Na etapa qualitativa, realizada entre os meses de junho e agosto de 2021, foram entrevistados 15 gestores municipais de saúde elencados intencionalmente. Incorporaram-se à amostragem casos extremos com municípios que tiveram pior e melhor desempenho na taxa de mortalidade regional e com maiores e menores *scores* no *checklist*. Ressalta-se que fez parte da amostra o município com a segunda maior taxa de mortalidade do estado e aquele que é o único município até novembro de 2021 sem óbito no estado.

As entrevistas foram realizadas por videoconferência de forma a garantir as medidas de isolamento e distanciamento social, e gravadas com a permissão do participante. Na sequência, transcreveram-se as respostas, na íntegra, adotando-se a técnica de análise de conteúdo, seguindo-se as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos com a sua interpretação. Na etapa de pré-análise, as falas transcritas e tratadas foram exaustivamente analisadas a fim de se elaborar a categorização por unidades de contexto a que se assemelhassem. Na segunda fase – exploração do material –, buscaram-se os núcleos de sentido dentro das categorias. Por fim, na terceira etapa, interpretaram-se os resultados obtidos<sup>(21)</sup>. As falas foram

codificadas com a letra E (Entrevistado(a)) e numeradas conforme a ordem cronológica das entrevistas.

O estudo seguiu as orientações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde em relação à submissão e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o nº CAE 31545920.2.0000.5327.

### **3 RESULTADOS**

Nesta seção, serão apresentados os resultados da etapa quantitativa e, na sequência da etapa qualitativa, far-se-á a integração das duas com a exibição visual das metainferências obtidas. Esse termo é conceituado como a integração das inferências obtidas nos resultados das etapas quantitativas e qualitativas dos estudos de métodos mistos, porém seguindo-se padrões rigorosos<sup>(22)</sup>.

#### **3.1 Etapa quantitativa**

Nos municípios em estudo, a população variou de 1.527 a 34.328 habitantes. Em média, 55,6% da população reside no meio rural e a densidade demográfica é de 30,65 habitantes por metro quadrado. Das características dos gestores, houve paridade com 50% de ambos os sexos, sendo que 38% (n=16) estavam na função a menos de um ano. Quanto à escolaridade, 62% (n=26) possuía curso superior e, destes, 50% (n=13) com formação na área da saúde.

Os resultados da primeira etapa, oriundos da aplicação do *checklist*, revelaram que 100% dos municípios implementaram as seguintes medidas de mitigação: (1) apoio das equipes multiprofissionais no monitoramento dos casos e fluxo de atendimento para os casos de urgência/emergência ou teleatendimento; (2) monitoramento domiciliar dos casos de síndromes gripais; (3) atuação dos agentes comunitários de saúde na prevenção da COVID-19; (4) e indução de ações de intervenção não farmacológica à população. Por sua vez, as estratégias implementadas em 90% dos municípios foram: (1) a articulação com outros órgãos e criação do Comitê de crise para tratar do enfrentamento da pandemia; (2) ações para evitar o desabastecimento de EPIs; (3) criação de novos fluxos de atendimento na APS para demandas habituais e síndromes gripais; (4) e estratégia de atendimento odontológico. Já as estratégias implementadas em menos de 50% da amostra foram a entrega de medicamentos em domicílio e o trabalho *home office* das equipes. Na

avaliação do *score* das estratégias de mitigação, os municípios que menos implementaram pontuaram 37. Por outro lado, aqueles que revelaram mais ações pontuaram 47.

A análise da correlação de *Pearson* entre o *score* das estratégias implementadas em cada município e o percentual de testes confirmados para COVID-19 apresentou significância ( $P=0,041$ ) e correlação positiva moderada ( $r=0,32$ ). Desse modo, a taxa de casos confirmados e a taxa de óbitos revelaram significância ( $p=0,002$ ) e correlação positiva moderada ( $r=0,47$ ). No entanto, a taxa de testagem e letalidade demonstrou significância ( $p=0,038$ ), mas correlação moderada inversa e negativa ( $r=-0,32$ ), ou seja, na medida em que houve uma menor taxa de testagem, encontrou-se uma maior taxa de letalidade.

### 3.2 Etapa qualitativa

Dos 15 gestores municipais de saúde, ou profissionais que atuaram na linha de frente da gestão do município, fizeram parte da amostra 67% ( $n=10$ ) mulheres; com formação em nível superior 73% ( $n=11$ ), especificamente, na área da saúde; 47% dos entrevistados eram da área da Enfermagem ( $n=6$ , 40% do total), Nutrição e Odontologia.

A partir da análise temática dos depoimentos, três categorias emergiram: organização da rede de serviços na esfera municipal; desafios da gestão municipal no enfrentamento da pandemia; e articulação regional e ampliação da testagem da COVID-19. Os resultados de cada categoria estão apresentados no Quadro 1, juntamente com as metainferências.

**Quadro 1-** Integração dos resultados das pesquisas quantitativa e qualitativa.

| <b>Resultados quantitativos</b>  | <b>Resultados qualitativos</b>  | <b>Metainferências</b>  |
|--|---|---|
| Correlação significativa entre o <i>score</i> das estratégias de mitigação e o percentual de testes confirmados para a COVID-19 ( $p=0,041$ ; $r=0,32$ ) | <b>Organização da rede de serviços na esfera municipal</b>  | Os municípios adequaram suas estruturas físicas e organizacionais. Havia um desalinhamento nacional e regional. O regional foi equacionado após o estado assumir a função orientadora de diretrizes de enfrentamento. Nos municípios, houve ampliação de equipes, criação de novos fluxos e |
|  | [...] tínhamos um problema muito grande com relação à estrutura física, que era pequena [...] e nossa preocupação no início sempre foi também com a saúde da equipe [...]. Então, conversando com o prefeito, nós optamos por fazer rodízio desses profissionais, de modo que cada semana uma equipe específica atendia os casos de COVID (E9). |   |

|   |  |   |
|---|--|---|
|   | <p>No começo, era cada município agindo individualmente. Um fazia um decreto, outro fazia diferente. Então, depois que veio o protocolo do Estado, mais ou menos, todo mundo seguia no mesmo padrão [...] (E6).</p> <p>E a Lei Municipal para a contratação de profissional [...], nosso quadro de servidores aumentou muito [...]. A estrutura criada para o ambulatório da COVID foi uma das melhores coisas (E3, E7, E8, E12, E14, E15).</p> <p>[...] na construção do plano de contingência, o nosso comitê envolvia vários segmentos do município, desde a Polícia Civil ao Ministério Público (E5, E14).</p> <p>A gente não tinha nenhum caso positivo, mas fizemos toque de recolher, compramos medicações, não nos faltou EPIs, inclusive, ajudamos outros municípios (E5).</p> <p>[...] estratégia de ir até ao domicílio do paciente fazer a testagem, o monitoramento, incluindo as áreas indígenas (E3, E5, E7, E13, E14).</p> | <p>protocolos de atendimento dos pacientes.</p>   |
| <p>Correlação significativa entre a taxa de casos confirmados e a de óbitos (p=0,002; r=0,47)</p> | <p><b>Desafios da gestão municipal no enfrentamento da pandemia</b></p> <p>A gente não conseguiu segurar as pessoas no período eleitoral (E1, E5, E8).</p> <p>O Poder público sofreu muita pressão do comércio, bares e restaurantes de todo esse grupo de empresários contra seu fechamento (E3, E4, E6, E8, E9, E14).</p> <p>Eu, enquanto Secretário de Saúde, eu tinha o total apoio do prefeito para tomar decisões. Só que ele, como eu, enquanto gestores políticos, tínhamos a preocupação de não massacrar nosso comércio, porém era muito difícil</p>   | <p>Os municípios enfrentaram pressões políticas e econômicas, dificuldades no cumprimento dos protocolos sanitários e epidemiológicos, além da escassez de testes. Ainda, houve fluxos com baixa efetividade no tempo de resposta dos resultados. Tais obstáculos podem ter contribuído para desfechos negativos de altas taxas de internação e óbitos.</p> |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | <p>considerar economia e saúde na pandemia (E4).</p> <p>Na região, nosso município foi o que mais faleceu gente em virtude da COVID [...]. Foi feito o <i>lockdown</i> [...]. A gente teve dificuldade também aqui com os cultos religiosos, as igrejas não queriam cessar suas atividades [...], ou falando que os óbitos geravam recursos financeiros, o que não existiu [...]. A gente teve uma redução grande de casos e mortes agora no final. Depois que a gente contratou profissionais específicos para o cuidado da COVID, a gente reduziu em quase 100% os casos (E8).</p> <p>Tivemos alguns problemas com o frigorífico [...]. O médico da APS afastava, e o médico do trabalho de lá pedia para retornar. Até que, num determinado dia, tivemos uma reunião e, aí, passou-se a respeitar o que o médico da atenção básica falava (E3).</p> <p>Os exames de PCR eram enviados para LACEN na época. Nós chegamos a ter exames que demoraram 27 dias para vir o resultado (E9).</p> |  |
| <p>Correlação inversa e significativa entre a taxa de testagem e letalidade (<math>p=0,038</math>; <math>r= - 0,32</math>)</p> | <p><b>Articulação regional e ampliação da testagem da COVID-19</b></p> <p>Aquele advento ali do laboratório da universidade. A partir daí, para nós, foi um salto, até pela questão da qualidade do teste, a questão de logística, que é muito próximo para a gente poder ter, e a celeridade com que vinham os resultados. (E3, E6, E9, E14).</p> <p>Uma das ferramentas mais importantes no enfrentamento da pandemia, e que depois se estendeu para o restante da região, foi o acordo com a Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões, para que realizasse os testes PCR [...] coletar hoje o material e à noite nós tínhamos o resultado. Isso fazia com que a gente</p>  | <p>Frente à articulação regional, a principal medida de enfrentamento, a testagem, foi ampliada. Dessa forma, com a autonomia para testagem e obtenção dos resultados em tempo oportuno, os municípios que se apropriaram desta ferramenta conseguiram frear a cadeia de transmissibilidade do vírus a patamares confortáveis.</p> |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | <p>pudesse fazer o isolamento precoce (E14).</p> <p>Conveníamos com o laboratório da universidade. Foi ali que as coisas começaram a engrenar em relação aos testes e com relação às organizações dos protocolos que tiveram algumas mudanças. [...] Os assintomáticos respiratórios, aqueles contatos com pessoas positivas ou suspeita, eram testados (E2, E3).</p> <p>Sabíamos que era necessário identificar todos os contactantes de pessoas com COVID, ou o máximo de pessoas que a gente pudesse, que tiveram contato com pessoas positivas, e testar para daí se manter o isolamento (E3).</p> |  |
|--|--|--|

Fonte: Os autores, 2022.

#### 4 Discussão

Ao resgatar as estratégias implementadas para mitigar a pandemia da COVID-19 nos primeiros meses de 2020, observou-se a proatividade de estados e municípios em disporem de ações, mesmo com escassos recursos financeiros e humanos na área da saúde, dificuldades estruturais e as fragilidades do governo federal em assumir o seu papel de coordenação<sup>(10;23)</sup>.

Para enfrentar os desafios, fez-se necessária uma coordenação entre os entes federados na área da política pública, proporcionando maior efetividade e resposta abrangentes, especialmente com a articulação em todos os níveis de assistências à saúde e com ações de redução das desigualdades sociais já pautadas, inclusive para o pós-COVID-19<sup>(24)</sup>. Dentre as lacunas existentes está o financiamento escasso no SUS, a indefinição da responsabilidade financeira dos estados<sup>(25)</sup> e repasses do Governo Federal, adotando como critério o porte populacional, a produção de riquezas locais, e a estrutura de leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) nos estados e municípios<sup>(16)</sup>.

Neste contexto, cabe destacar que os municípios seguem investindo além do percentual mínimo exigido para custear as despesas de ações em saúde, com dificuldades crescentes para garantir a gestão plena da atenção básica. Diante de tamanha complexidade que a gestão municipal em saúde demanda, faz-se necessário o

desenvolvimento de competências políticas, técnicas e administrativas, para tornar os municípios facilitadores na promoção de serviços de saúde, com efetividade<sup>(26)</sup>.

Essas características foram testadas ao se enfrentarem dificuldades na aquisição de insumos para a garantia das ações em saúde, como medicamentos, Equipamentos de Proteção Individual (EPI), testes, dentre outros. O aumento dos valores destes produtos, especialmente os EPIs, e a sua escassez no mercado levaram os gestores a racionalizar a utilização dos mesmos, e a adotar outras estratégias para evitar a contaminação dos profissionais, como a alternância no trabalho presencial <sup>(27)</sup>.

Conforme os dados encontrados, novos fluxos foram necessários e, assim implementados, de acordo com a realidade de cada município. Para tanto, foi indispensável também a criação e a organização de locais específicos para atendimentos de pessoas com sintomas gripais, chamados de Centros COVID. Utilizando-se de financiamento Federal destinado a essa finalidade, foi possível a continuidade às demandas inerentes da APS, mesmo que de forma tímida, conforme a pandemia permitiu. Essa estratégia dos centros de atendimento a COVI-19 (implementada e relatada por 93% dos participantes da etapa qualitativa do estudo, e que se enquadraram nos critérios previstos na Portaria) demonstra a importância que também teve em países como Portugal e China<sup>(28)</sup>.

É pertinente lembrar que, no primeiro ano da pandemia, em 2020, medidas estratégicas para a organização da saúde no país foram recomendadas, quais sejam: a criação de comitês de crise, compostos por representantes qualificados e capazes de identificar os aspectos críticos e apontar estratégias para orientar ações; a interação e a articulação entre as esferas da rede assistencial; a elaboração de planos de contingência estruturados para orientar a tomada de decisões assertivas e que visassem à obtenção de um modelo assistencial estruturado, iniciando pela APS até a atenção especializada <sup>(29)</sup>. No depoimento de dois gestores tais iniciativas estiveram presentes.

Um estudo que analisou a APS em sete países da América Latina, incluindo o Brasil, identificou uma política que priorizou a atenção hospitalar em detrimento das ações de vigilância e viabilização de isolamento dos casos, subestimando a capacidade da atenção primária territorial. Mesmo assim, iniciativas da APS focaram no território e na comunidade, desenvolvendo ações de vigilância com promoção, prevenção e cuidado <sup>(28)</sup>. No cenário do estudo, todos os municípios contavam com a gestão da APS e, para oito

deles, esse era o único recurso em saúde. Portanto, as ações de enfrentamento foram, prioritariamente, partir do e para o território.

Ao se analisar as estratégias de promoção em saúde utilizadas na APS observou-se a importância de práticas integradas com a vigilância dos casos, a abordagem ordenadora no cuidado aos pacientes com COVID-19, suporte aos grupos vulneráveis e grupos de risco, além de estratégias para possibilitar a continuidade das atividades inerentes à atenção básica<sup>(30)</sup>. Neste estudo, alguns relatos destacaram a dedicação da equipe ao trabalho realizado, por meio do monitoramento diário dos casos em domicílios, evitando o seu agravamento ou internações.

As ações que focaram na APS, como ordenadora do cuidado, apresentaram uma perspectiva para desfechos positivos quando comparada a outros países com modelos mais complexos, porém com monitoramento menos abrangente, quando não captam eventos no território de maior vulnerabilidade<sup>(31)</sup>. Dessa forma, as ações implementadas pelos municípios, voltadas ao rastreamento, monitoramento e vigilância de casos, possibilitaram uma maior avaliação do cenário.

O estado do RS, já foi citado como ator principal e orientador da política pública da regionalização<sup>(32)</sup>, durante a pandemia, direcionou ações de enfrentamento, instituídas por meio do Gabinete de Crise, que regulamentaram as medidas de contingência, analisando-se o panorama regional conforme sua capacidade instalada<sup>(33)</sup>. Mesmo a regionalização apresentando fragmentações no seu processo de estruturação, especialmente pela proatividade de alguns atores regionais em detrimento da apatia de outros, configura-se como um espaço potente na indução de oferta de serviços para a superação de desigualdades<sup>(32)</sup>.

Neste cenário, é pertinente destacar que, em 2020, ocorreram as eleições municipais, as quais fragilizaram os processos de gestão, tendo em vista que alguns gestores de saúde se licenciaram para o processo eleitoral. Isso repercutiu na continuidade das ações estratégicas, corroborando análises prévias que apontaram o impacto contraproducente que constantes trocas de gestores podem acarretar na qualidade dos serviços em saúde<sup>(34)</sup>. E, para além destas considerações, ressalta-se que a eleição também fragilizou a indução e a manutenção de ações de distanciamento, tendo em vista a dinâmica do processo eleitoral, o que posteriormente culminou no aumento de casos no estado e país.

As dificuldades em manter as regras de fechamento do comércio e a manutenção das medidas de distanciamento enfrentadas nos municípios, conforme relatadas por nove gestores, foram fortalecidas por discursos que minimizavam os efeitos e as consequências da pandemia, induzidos pelo atual Presidente da República. Porém, por meio do alinhamento político regional e estadual obtido por decretos estaduais<sup>(35)</sup>, e o modelo de distanciamento controlado, os gestores municipais mobilizaram em seus territórios a permanência das medidas recomendadas, mesmo que permeados por embates destes dois entes (estadual e municipal), voltados ao dilema: saúde *versus* impacto econômico<sup>(36)</sup>.

Nas duas regiões de saúde deste estudo, estão presentes frigoríficos que apresentaram surtos de COVID em seu ambiente, especialmente devido a falhas nas medidas de segurança dos trabalhadores, bem como à fragilidade nas práticas inerentes ao processo de trabalho e de transporte até a empresa <sup>(37)</sup>. À medida em que surgiam os primeiros casos da doença em trabalhadores destas empresas, aumentava a preocupação do município em frear a cadeia de contágio, emergindo a necessidade de se estreitar laços com estes locais e manter os casos positivos em isolamento, evitando o aumento dos surtos. No entanto, questões econômicas geravam entraves na manutenção de medidas de distanciamento, sendo necessária a atuação de órgãos responsáveis, como o Ministério Público do Trabalho.

O isolamento social é a medida mais preconizada para evitar contágio ou a transmissibilidade do vírus, causando impactos na redução dos casos, como mostrou um estudo em que a proporcionalidade foi de 33% menor para cada 20% da população que reduziu a sua mobilidade urbana<sup>(38)</sup>. Outro estudo realizado na Região do Vale do Rio Pardo, no estado do RS, encontrou redução da soro prevalência por meio das medidas de distanciamento social<sup>(39)</sup>.

Porém, o convencimento e a manutenção do distanciamento social da população foram dificuldades citadas pelos participantes deste estudo, uma vez que o negacionismo defendido e liderado pelo Governo Federal e a falta de alinhamento deste com estados e municípios, para fortalecer as medidas de enfrentamento da pandemia resultaram na resistência de uma parcela da população em adotar as medidas preconizadas. A divulgação das *fake news* e a falta de transparência dos números de óbitos em um certo período da pandemia, alimentaram informações distorcidas sobre a indução de recursos pela ocorrência de óbitos nos municípios<sup>(10)</sup>.

O termo necropolítica, ou política da morte, engendrado por Achile Mbembe, foi utilizado para exemplificar o discurso e as ações de negação de um cenário pandêmico, em que se colocaram como opostos a saúde e a economia. Esta última deveria ser priorizada em detrimento de perdas de vidas, especialmente de uma parcela da população que é pouco valorizada pela sociedade, como pobres, idosos, negros, indígenas e mulheres<sup>(40)</sup>. Por sua vez, o fenômeno denominado infodemia, resultante da propagação de notícias de cunho falso e criado estrategicamente por grupos com ideologias negacionistas às informações da sociedade científica, agravou as tensões no sistema público de saúde<sup>(41)</sup> e se tornou mais um desafio às equipes e aos gestores de saúde.

Contudo, por meio de representações, como a do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho das Secretarias de Saúde (CONASS), algumas das dificuldades relacionadas à organização das redes de serviços, ao combate às notícias falsas, orientações epidemiológicas e a gestão da crise<sup>(10)</sup> foram direcionadas aos municípios com a finalidade de mitigar as informações negacionistas, por meio da dispersão de documentos orientadores produzidos por cientistas brasileiros.

Neste cenário de dificuldades para a efetividade do distanciamento social, a testagem, de forma mais abrangente, foi indicada como uma estratégia para evitar a disseminação do vírus. Contudo, devido aos atrasos na entrega dos testes, e a uma política de testagem com barreiras funcionais e sistemas de gerenciamento de dados pouco céleres, ainda não foi possível alcançar resultados satisfatórios para impedir o contágio e os óbitos<sup>(42)</sup>.

Outra preocupação a ser citada se refere aos dados de notificação que evidenciam uma realidade de subnotificação de COVID-19. Realizada em 2020, uma pesquisa considerou o aumento nos casos de síndrome respiratória aguda grave e o número de óbitos não notificados<sup>(43)</sup>. Ao se analisarem os sistemas de notificação, quando estes são fragmentados ou isolados, acabam por prejudicar a otimização do lançamento dos dados e as ações de vigilância<sup>(11)</sup>.

É pertinente reconhecer que, no enfrentamento da pandemia, ações como testagem, rastreio de contactantes, isolamento (ou quarentena) e monitoramento dos casos são indispensáveis para interromper a cadeia de contágio. É imperativo a construção de uma rede coordenada e articulada envolvendo atores da saúde pública e prestadores de serviço para atender à demanda<sup>(11)</sup>. Ao perceber essa lacuna, alguns atores envolvidos nas arenas decisórias da região de saúde em estudo iniciaram um movimento que atraiu outros

atores imbricados na gestão do SUS, bem como na prestação de serviços. Deu-se início, assim, a uma rede que foi se ampliando-se para atender à demanda de testagem.

A articulação desenvolvida pelos municípios das duas regiões em foco, neste período da pandemia, remete a um estudo desenvolvido junto a enfermeiras gestoras, o qual frisou o conceito de Planejamento Municipal Regionalizado<sup>(44)</sup>. Essa perspectiva prevê que as regiões são consideradas dispositivos em que os municípios, em conjunto, podem planejar a atenção em saúde de forma cooperativa e solidária, partilhando experiências exitosas, dificuldades, recursos e serviços de saúde<sup>(45)</sup>. A descentralização da testagem aconteceu em vários países com a finalidade de se obter uma testagem mais ativa, tendo em vista a importância dessa estratégia para reduzir a cadeia de transmissão do vírus<sup>(11)</sup>. A testagem, em alguns países, como o exemplo, do Brasil e outros com menores condições econômicas, foi seletiva e insuficiente desde o início, resultando na incapacidade de controle da pandemia<sup>(46)</sup>.

Um estudo que comparou países mais populosos em cada continente, em março de 2021, identificou que o Brasil teve mais óbitos e menos testes por milhão de habitantes. Na mesma pesquisa, o estado do RS, comparado aos demais da região Sul do país, foi o que mais fez testes de COVID e teve maior adesão ao isolamento, porém apresentou maior taxa de letalidade e mais mortes por 100 mil habitantes<sup>(47)</sup>.

Para além dos testes, a tecnologia da vacinação apresentou resultados favoráveis na redução de internações, de casos de síndrome respiratória aguda grave e óbitos por COVID-19<sup>(43)</sup>. Neste sentido, é primordial que os países analisem a conexão global existente entre eles para a superação da pandemia. Ainda, é necessário que recursos sejam destinados conforme a necessidade de todos os locais, evitando que regiões se tornem reservatórios do vírus pela incoerência de nações mais ricas<sup>(47)</sup>.

Tendo em vista este cenário, é oportuno ressaltar que, em todo o processo de enfrentamento da pandemia, a enfermagem assumiu o seu protagonismo, adotando funções na gestão da APS, na coordenação de equipes e na área hospitalar, além dos diversos espaços ocupados pela categoria<sup>(48; 49)</sup>. A sua atuação vem majorando adaptações de fluxos organizacionais, implementação de protocolos, ações de educação em saúde com equipes e a população. Observa-se que as atividades são direcionadas ao gerenciamento de adequações estruturais ou na criação de comissões que possam estar à frente da tomada de decisões locais, regionais e estaduais<sup>(50; 51)</sup>.

## 5 Considerações Finais

Neste estudo, observou-se que as estratégias adotadas por todos os gestores municipais de saúde no enfrentamento da COVID-19 se referiam ao monitoramento dos casos e ao fluxo de atendimento pela equipe multiprofissional, assim como à atuação dos agentes comunitários de saúde em atividades de prevenção junto à população.

Ressalta-se que a realização dos testes, inicialmente, escassos, foram predominantes em pessoas com sintomas respiratórios agudos e em fase adiantada de contaminação. Posteriormente, com a organização regional e a parceria com a universidade, foi possível criar mais dinamicidade na realização de testes em pessoas com sintomas e contactantes, bem como eficácia maior na chegada dos resultados. Tais aspectos propiciaram a redução na cadeia de transmissão e óbitos. A manutenção do isolamento social com o fechamento do comércio, cultos religiosos e o movimento no período eleitoral foram as dificuldades mais relatadas. Aliam-se a estes obstáculos as informações falsas de enfrentamento à COVID, como a remuneração por óbito e a dicotomia entre saúde e economia.

Observou-se que, constantemente os municípios buscaram estratégias para superar desafios, especialmente fazendo valer a regionalização para encontrar soluções. Ainda são necessários estudos aprofundados para identificar o impacto das ações geradas pela articulação regional no enfrentamento à pandemia, fator identificado pela escassez de pesquisas. Como limitações, destaca-se que o estudo restringiu-se a duas regiões de saúde e pode não refletir a realidade de outros locais.

Por fim, esta pesquisa traz importantes contribuições para a área de Enfermagem em Saúde Coletiva, visto que muitas das gestoras em questão eram Enfermeiras ou Técnicas de Enfermagem (seis dentre os 15 gestores entrevistados na etapa qualitativa). Esta área vem ampliando seu espaço de atuação, ocupando cargos de gerência, importantes para a tomada de decisões de alto impacto para a saúde pública. Para tanto, cabe ressaltar a importância da profissão ao atuar na pandemia com a organização da rede de serviços, enfrentando os desafios da gestão e seu protagonismo na articulação municipal e regional.

## REFERÊNCIAS

1. Johns Hopkins University & Medicine. COVID-19 Dashboard

by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU). Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>.

2. Our World In Data. Daily new confirmed COVID-19 deaths per million people. Disponível em: <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer>.

3. Organização Pan-Americana da Saúde [homepage na internet]. Excesso de mortalidade associado à pandemia de COVID-19 foi de 14,9 milhões em 2020 e 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2022-excesso-mortalidade-associado-pandemia-covid-19-foi-149-milhoes-em-2020-e-2021#:~:text=Genebra%2C%20de%20maio%20de,de%20aproximadamente%2014%2C9%20mil%C3%B5es%20>.

4. Bastos AT, Rei F. A governança global no controle de situações pandêmicas: aprendizagens recentes sobre a covid-19. *Leopoldianum* [Internet] 2021 [Acesso 25 Maio 2022] 47(133): 7-17. Disponível em: <https://periodicos.unisantos.br/leopoldianum/issue/view/116/64>

5. Callegari LA. Pandemias e governança global: como o risco transnacional epidemiológico molda o sistema internacional. [Monografia online]. Curitiba: Centro Universitário Unicuritiba; 2020. 82 p. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/19237/1/PANDEMIAS%20E%20GOVERNAN%C3%87A%20GLOBAL%20COMO%20O%20RISCO%20TRANSNACIONAL%20EPIDEMIOLOGICO%20MOLDA%20O%20SISTEMA%20INTERNACIONAL.pdf>.

6. Padula R, Fonseca FC. BRICS: potencialidades de cooperação e papel na governança global de saúde no contexto da pandemia. *Saúde debate*. 2020; 44(spe4): 40-61. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E402>

7. Boschele M. COVID-19 Is a Crisis in Planetary Health and Politics of Expertise: Time to Think Critically and Innovate Both. *OMICS*. 2021; 25(5):279-84. doi: 10.1089/omi.2021.0038.

8. Menezes AP, Moretti B, Reis AA. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. *Saúde debate*. 2019; 43(spe5):58-70. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S505>.

9. Mendes A, 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 Saude Publica*; 2022; 38(2). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00164621>

10. Shimizu HE, Lima LD, Carvalho AL, Carvalho BG, Viana AL. Regionalization and the federative crisis in the context of the Covid-19 pandemic: deadlocks and perspectives. *Saúde debate*. 2021; 45(131): 945-57. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042021131011>

11. Haldane V, De Foo C, Abdalla SM et al. Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries. *Nat Med.* 2021;27: 964–980. doi: <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01381-y>.
12. Padhan R, Prabheesh KP. The economics of COVID-19 pandemic: A survey. *Economic Analysis and Policy.* 2021; 70:220-37. doi: <https://doi.org/10.1016/j.eap.2021.02.012>.
13. Lopes H, McCallum A, Martin-Moreno J M, Middleton J. Invest in primary healthcare and public health for the pandemic and beyond. *BMJ.* 2022; 376: o425. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.o425>
14. Giovanella L, Martufi D, Mendoza DCR, Mendonça MHM, Bousquat AB, Aquino R et al. A contribuição da Atenção Primária na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. *Saúde em Debate.* 2020; 44(4):161-176. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E410>.
15. Murakami MN, Araújo FJ, Marques CP. A reorganização e atuação da Atenção Primária à Saúde em contexto de pandemia de COVID-19: uma revisão narrativa. *Brazilian Journal of Development.* 2022; 8(2):12232-51. doi: <https://doi.org/10.34117/bjdv8n2-252>.
16. Fernandes GA, Pereira, BL. Os desafios do financiamento do enfrentamento à COVID-19 no SUS dentro do pacto federativo. *Revista de Administração Pública.* 2020; 54 (4): 595-613. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200290>.
17. Creswell, JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Tradução Magda Lopes. 3ª edição. Porto Alegre: ARTMED; 2010.
18. Paranhos R, Figueiredo DBF, Rocha EC, Silva JA, Freitas D. Uma introdução aos métodos mistos. *Sociologias.* 2016;18(42): 384-411. doi: <https://doi.org/10.1590/15174522-018004221>.
19. McCrudden MT, McTigue EM. Implementing Integration in an Explanatory Sequential Mixed Methods Study of Belief Bias About Climate Change With High School Students. *Journal of Mixed Methods Research.* 2019;13(3):381-400. doi: <https://doi.org/10.1177/1558689818762576>
20. Fetters MD, Curry LA, Creswell JW. Achieving integration in mixed methods designs principles and practices. *Health Serv Res.*2013; 48:2134-56. doi: 10.1111/1475-6773.12117.
21. Bardin, L. *Análise de Conteúdo.* São Paulo: Edições 70; 2011.
22. Ivankova NV. Implementando Critérios de Qualidade no Projeto e Condução de um Estudo de Métodos Mistos QUAN → QUAL sequencial do Engajamento do Aluno com o Aprendizado de Métodos de Pesquisa Aplicada Online. *Journal of Mixed Methods Research.* 2014; 8(1):25-51. doi: <https://doi.org/10.1177/1558689813487945>.

23. Censon D, Barcelos M. O papel do estado na gestão da crise ocasionada pela covid-19: visões distintas sobre federalismo e as relações entre união e municípios. *RBGDR* . 2020; 16(4). doi: <https://doi.org/10.54399/rbgdr.v16i4.5977>
24. Lima LD, Pereira AM, Machado, CV. Condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da COVID-19. *Cad. Saúde Pública*. 2020. 36(7): e00185220. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00185220>.
25. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MC, Medina MG, Martins CL, Almeida PF et al. A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2019; 35(2):e00099118. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00099118>.
26. Arcari JM, Barros AP, Rosa RS, Marchi R, Martins AB. Perfil do gestor e práticas de gestão municipal no Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com porte populacional nos municípios do estado do Rio Grande do Sul. *Ciênc. Saúde Colet.* . 2020; 25(2):407-20. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.13092018>.
27. Soares SS, Souza NV, Silva KG, César MP, Souto JS, Leite JC. Pandemia de Covid-19 e o uso racional de equipamentos de proteção individual. *Revista Enfermagem UERJ*. 2020; 28: e50360. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0594>.
28. Giovanella L, Vega R, Silva HT, Ramirez NA, Lezcano MP, 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 .doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-so100310>.
29. Aquino EM, Silveira IH, Pescarini JM, Aquino R, Souza-Filho JA et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, 2020; 25(1): 2423-2446. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>
30. Nascimento DR, Costa MM, Matos LF, Souza JT, Mendes LI, Leite CF et al. As estratégias de enfrentamento do COVID-19 pela atenção básica. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2021; 13(10):e9002. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e9002.2021>
- 31 Prado NM, Biscarde DG, Junior EP, Santos HL, Mota SE, Menezes EL et al. Ações de vigilância à saúde integradas à Atenção Primária à Saúde diante da pandemia da COVID-19: contribuições para o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2021; 07 26(07):2843-57. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.00582021>.
32. Dornelles R, Areosa SVC. A Governança como instrumento de ampliação da Regionalização da Saúde no Rio Grande do Sul. *Saúde transform. soc.* [Internet]. 2020 [Acesso 20 Nov 2021] 11(2): 27-46. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=http%3A%2F%2Fi>

ncubadora.periodicos.ufsc.br%2Findex.php%2Fsaudeetransformacao%2Farticle%2FviewFile%2F5557%2F5675&cLen=447671.

33. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Modelo de distanciamento controlado. 2020. Disponível em: <https://distanciamentocontrolado.rs.gov.br/>.

34. Sanine PR, Dias A, Machado DF, Zarili TF, Carrapato JF, Nádia P et al. Influência da gestão municipal na organização da atenção à saúde da criança em serviços de atenção primária do interior de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2021; 37(1): e00242219. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00242219>.

35. Maffini, R. COVID-19: análise crítica da distribuição constitucional de competências. *Revista Direito e Práxis*. 2021;12 (01):353-78. doi: <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2020/49702>.

36. Allebrandt SL, Carli P, Naundorf B, Stasiak PHS, Borchardt L. Planejamento regional e pandemia: o modelo de distanciamento controlado do Rio Grande do Sul. *Desenv. Reg. deb*. 2020; 10:1403-28. doi: <http://54.205.230.206/index.php/drd/article/view/3317>.

37. Nascimento E, Hermes TL, Ripplinger F. Espacialização da Covid-19 no Sul do Brasil: a interiorização da doença e o caso da Mesorregião Grande Fronteira do MERCOSUL. *Finisterra*, 2021; 55(115): 27–35. doi: <https://doi.org/10.18055/Finis20367>.

38. Zhou Y, Xu R, Hu D, Yue Y, Li Q, Xia J. Effects of human mobility restrictions on the spread of COVID-19 in Shenzhen, China: a modelling study using mobile phone data. *Lancet Digital Health*. 2020; 2(8): e417-e424. doi: 10.1016/S2589-7500(20)30165-5.

39. Schneider APH, Gaedke MÂ, Koepf J, Reuter EM, Darsie C, Possuelo LG et al. Medidas de distanciamento social como fator de proteção contra a COVID-19 no interior do Rio Grande do Sul, Brasil *Rev Panam Salud Publica*. 2021; 45:e145. doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.145>

40. Morel, AP. Negacionismo da Covid-19 e educação popular em saúde: para além da necropolítica. *Trab. educ e saúde*. 2021; 19:e00315147. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00315>.

41. Atehortua NA, Patino S. COVID-19, a tale of two pandemics: novel coronavirus and fake news messaging. *Health Promot Int*. 2021; 36(2):524-34. doi: <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa140>.

42. Boschiero MN, Palamim CVC, Ortega MM, Mauch RM, Marson FAL. One year of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Brazil: a political and social overview. *Annals of global health*. 2021; 87(1):44. doi: 10.5334/aogh.3182

43. Orellana JD, Da Cunha GM, Marrero L, Moreira RI, Leite IC, et al. Excesso de mortes durante a pandemia de COVID-19: subnotificação e desigualdades regionais no Brasil.

Cadernos de Saúde Pública. 2021; 37(1), e00259120. doi:<https://doi.org/10.1590/0102-311X00259120>.

44. Reuter CLO, Maciel PP, Santos VCF, Riquinho DL, Ramos AR. Challenges of municipal planning from the perspective of nurse managers. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2020; 73(2):e20180409. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0409>.

45. Roese A, Reuter CLO, Santos VCF, Bottega CG. O planejamento municipal regionalizado e as demandas em saúde: a atualidade de um debate antigo. Apresentação no 3º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde; 2017 maio 1-4; Natal, Brasil.

46. El Bcheraoui C, Weishaar H, Martin FP, Hanefeld J. Assessing COVID-19 through the lens of health systems' preparedness: time for a change. *Global Health*. 2020; 16(1):1-5. doi: <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00645-5>.

47. Cerqueira-Silva T, Oliveira VA, Boaventura VS, Pescarini JM, Júnior JB, Machado TM, Flores-Ortiz R et al. Influence of age on the effectiveness and duration of protection of Vaxzevria and CoronaVac vaccines: A population-based study. *Lancet Reg Health Am*. 2022; 6:100154. doi:10.1016/j.lana.2021.100154.

48. Maria dos Reis L, Nery do Lago P, dos Santos Carvalho AH, Nogueira Noletto Nobre V, Rodrigues Guimarães AP. Atuação da enfermagem no cenário da pandemia COVID-19. *Nursing*. 2020; 23(269):4765-72. doi: <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i269p4765-4772>

49. Treccossi SPC, Ferreira JC, Oliveira RM, Santos RP, Carvalho ARS. Protagonismo da enfermagem na organização de uma unidade para assistência à pacientes com Coronavírus. *J. Nurs. health*. 2020 [Acesso 7 Jan 2022] 10(4):e20104039. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/19859/12100>

50. Bitencourt Julia Valeria de Oliveira Vargas, Meschial William Campo, Frizon Gloriana, Biffi Priscila, Souza Jeane Barros de, Maestri Eleine. Nurse's protagonism in structuring and managing a specific unit for COVID-19. *Texto contexto - enferm*. 2020; 29: e20200213. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0213>.

51. Silva VGF, Silva BN, Pinto ESG, Menezes RMP. The nurse's work in the context of COVID-19 pandemic. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2021; 76:e20200594. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0594>.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar as estratégias de enfrentamento à COVID-19 adotadas por gestores de saúde dos municípios investigados, encontra-se de forma unanime as ações de monitoramento dos casos, organização de novos fluxos de atendimento, envolvimento dos ACS atuando na prevenção e conscientização da população quanto à manutenção do isolamento social. Além disso, foi necessária a ampliação de equipes e o estabelecimento de locais específicos para atendimentos de pacientes com síndromes gripais. Nota-se que os municípios criaram mecanismos de acordo com as suas possibilidades organizacionais de infraestruturas e recursos humanos.

Ao analisar os dados epidemiológicos e o perfil demográfico dos municípios em estudo, as correlação de Pearson foram positivas e moderadas entre o escore das estratégias implementadas para cada município e o percentual de testes confirmados para COVID-19, bem como entre a taxa de casos confirmados com a taxa de óbitos. Contudo, a correlação entre a taxa de testagem e de letalidade foi inversa e negativa, denotando que quanto menor a taxa de testagem, maior a taxa de letalidade encontrada. Este achado corrobora com outros estudos que apresentam a importância de identificar os casos precocemente atrelando ações de vigilância em saúde.

A testagem, que inicialmente se restringia a pessoas com quadros graves ou profissionais de saúde, e obedecia um fluxo moroso de resposta dos resultados, posteriormente, através da articulação regional e parceria com a universidade, possibilitou maior dinamicidade e autonomia. Desta forma, com maior oferta de testes, os municípios implementaram protocolos mais abrangentes, possibilitando detectar casos precocemente e frear a cadeia de transmissão do vírus impactando no número de óbitos e na letalidade da COVID-19. Estas performances denotam a importância ações da APS com uma vigilância em saúde fortalecida.

Ao relatar as dificuldades enfrentadas durante a pandemia, a ausência de uma coordenação nacional de ações, atreladas à pressões de ordem econômicas e a disseminação de informações falsas, permearam o processo de gestão no período descrito. Porém, o estado ao assumir o norteamento de diretrizes e protocolos a serem adotados pelos municípios, através do modelo de distanciamento instituído que considerava a situação dos casos regionalmente, facilitou a indução de medidas restritivas a serem adotadas e de certa forma amenizando as coações.

Também, foi possível perceber que a regionalização da saúde tem induzido processos de ajuda mútua e a implantação de processos para superação de vazios assistenciais, como o exemplo da parceria entre municípios através do consórcio intermunicipal e a universidade da região para ampliação da testagem.

Por fim, o estudo traz importantes contribuições para a área de Enfermagem em Saúde coletiva, visto que muitas das gestoras em questão eram Enfermeiras ou Técnicas de Enfermagem (seis dentre os quinze gestores entrevistados na etapa qualitativa) ampliando seus espaços e ocupando cargos de gerência, importantes para a tomada de decisões de alto impacto para a saúde pública.

Além disso, ao adentrar o campo de estudo, é possível perceber a pró atividade de enfermagem na organização das ações da equipe bem como apoio do gestor municipal. Ressalta-se também a importância da enfermagem e sua atuação na pandemia com a organização da rede de serviços, na indução de ações de enfrentamento gerenciando a vigilância em saúde dos municípios, no planejamento de medidas de mitigação e o seu protagonismo enquanto função de gestor na articulação municipal e regional.

Como limitações deste estudo, destaca-se o provimento de dados públicos de fontes secundárias. Além disso, os dados refletem a realidade de municípios de duas regiões de saúde, podendo-se inferir análises específicas deste contexto. Para tanto, estudos mais ampliados e abrangentes são importantes para pesquisas futuras, nos quais busquem refletir sobre o cenário do enfrentamento à pandemia e também apresentem ações para o período pós-pandemia na saúde pública do país.

## REFERÊNCIAS

AQUINO, E. M. L. *et al.* Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25 supl.1, p. 2423-2446, jun. 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232020006702423&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232020006702423&script=sci_arttext). Acesso em: 03 mai. 2020.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499-1509, 2016. Disponível em: [https://www.scielosp.org/pdf/csc/2016.v21n5/1499-1510/pt\\_](https://www.scielosp.org/pdf/csc/2016.v21n5/1499-1510/pt_). Acesso em: 02 mai. 2020.

BARBOSA, S.; SILVA, A. V. A Prática da Atenção Primária à Saúde no Combate da COVID-19. **APS em revista**, Belo Horizonte, v. 2, n. 1, p. 17-19, jan./abr. 2020. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/62/43>. Acesso em: 20 mai. 2020.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.

BATISTA, G. C. *et al.* A atuação dos consórcios públicos de saúde da macrorregião Norte do Paraná junto aos municípios no enfrentamento da pandemia pela COVID-19. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 8, n. 8, p.5131-5145, jan. 2022

BOUSQUAT, A. *et al.* A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. **Cadernos de Saúde Pública**. [S.L.], v. 35, n. 2, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00099118>. Acesso em: 6 Mar. 2022.

BRASIL. **A Gestão do SUS**. Brasília (DF): CONASS, 2015. 133 p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2020.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico Especial – Doença pelo Coronavírus Covid-19**. Semana Epidemiológica 25 (14 a 20/06). Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: <http://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/June/25/Boletim-epidemiologico-COVID-19-2.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2020.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico Especial – Doença pelo Coronavírus Covid-19**. Semana Epidemiológica 32 (02 a 08/08). Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/August/12/Boletim-epidemiologico-COVID-26.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html). Acesso em: 07 out. 2020.

BRASIL. **Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados

anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm). Acesso em: 07 out. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (DF): Presidência da República, 1990a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 20 ago.2020.

BRASIL. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília (DF): Presidência da República, 1990b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm). Acesso em: 20 ago. 2020.

BRASIL. **Manual de planejamento no SUS.** 1. ed., rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 138p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao\\_interfederativa\\_v4\\_manual\\_planejamento\\_atual.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf). Acesso em: 01 nov. 2020.

BRASIL. **Painel Coronavírus (02-11-2020).** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2020c. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 02 nov. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996.** Aprovar, nos termos do texto anexo a esta Portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1991. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203\\_05\\_11\\_1996.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html). Acesso em: 03 mai. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 10 out. 2020.

BRASIL. **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 Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em: 15 out. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002.** Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: [https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373\\_27\\_02\\_2002.html](https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html). Acesso em: 05 out. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html). Acesso em: 06 out. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html). Acesso em: 07 out. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993.** Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1993. Disponível em: [http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545\\_20\\_05\\_1993.html](http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html). Acesso em: 03 mai. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648\\_28\\_03\\_2006.html](http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html). Acesso em: 10 out. 2020.

BRASIL. **Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (Covid-19) na Atenção Primária à Saúde.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2020. Disponível: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/22/20200422-ProtocoloManejo-ver08.pdf>. Acesso em: 3 mai. 2020.

CABRAL, E. R. M. *et al.* Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de COVID-19. **InterAmerican Journal of Medicine and Health**, Porto Alegre, v. 3, p. 1-12, 2020. Disponível em: <https://iajmh.com/iajmh/article/view/87/130>. Acesso em: 15 out. 2020.

CRESWELL, John W.; CRESWELL, J. David. **Projeto de pesquisa-: Métodos qualitativo, quantitativo e misto.** Penso Editora, 2021.

DAUMAS, R. P. *et al.* O papel da atenção primária no enfrentamento da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, p. 1-7, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/csp/v36n6/1678-4464-csp-36-06-e00104120.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2020.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. *In: MOROSINI, M. V. G. C; CORBO, A. D. (Org.). Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007.. p. 43-67. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/39171/2/Modelos%20de%20Aten%c3%a7%c3%a3o%20-%20Aten%c3%a7%c3%a3o%20Prim%c3%a1ria%20%c3%a0%20Sa%c3%bade.pdf>. Acesso em: 5 set. 2020.

FLOSS, M., *et al.* A pandemia de COVID-19 em territórios rurais e remotos: perspectiva de médicas e médicos de família e comunidade sobre a atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 7, p. 1-5, 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2020000700502&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000700502&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 09 nov. 2020.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila. GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

FREITAS, A. R. R.; NAPIMOGA, M.; DONALISIO, M. R. Análise da gravidade da pandemia de Covid-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n.2, p. 1-5, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ress/v29n2/2237-9622-ress-29-02-e2020119.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A gestão de riscos e governança na pandemia por COVID-19 no Brasil** – análise dos decretos estaduais no primeiro mês – relatório técnico e sumário executivo. Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde (CENDES): São Paulo, 2020. Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41452/2/relatorio\\_cepedes\\_gestao\\_riscos\\_covid19\\_final.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41452/2/relatorio_cepedes_gestao_riscos_covid19_final.pdf). Acesso em: 20 mai. 2020.

GARCIA, L. P.; DUARTE, E. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 2, p. 1-4, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ress/v29n2/2237-9622-ress-29-02-e2020222.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2020.

GIOVANELLA, L. *et al.* De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p.1-6, 2019. Acesso em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v35n3/1678-4464-csp-35-03-e00012219.pdf>. Disponível em: 15 set. 2020.

GIOVANELLA, L. *et al.* Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2018.v23n6/1763-1776/pt>. Acesso em: 10 set. 2020.

HUERTAS, F. **O método PES: Entrevista com Matus**. São Paulo: FUNDAP, 1996. 139p.

JACKSON FILHO, J. M. *et al.*; A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19. **Revista Brasileira Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 45, n. 14, p. 1-3, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbso/v45/2317-6369-rbso-45-e14.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2020.

LAWN, J. E. *et al.* Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalize. **The Lancet**, London, v. 372, n. 9642, p. 917-927, sep. 2008. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2808%2961402-6>. Acesso em: 15 set. 2020.

LIMA, L. D. *et al.* Regionalização em Saúde no Brasil. In GIOVANELLA, L., *et al.* (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 05 set. 2020.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p.1181-1188, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2020.v25n4/1181-1188/pt>. Acesso em: 10 out. 2020.

MEDINA, M. G. *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, p. 1-5, 2020. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static//arquivo/1678-4464-csp-36-08-e00149720.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2020.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>. Acesso em: 02 mai. 2020.

MENDONÇA, C.S. *et al.* Resposta assistencial de um serviço docente assistencial de APS à pandemia da COVID-19. **APS em Revista**, v. 2, n. 1, p. 33-37, 2020.

MENEGUEL, S. N. Saúde e igualdade: a relevância do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos IHU Ideias**, São Leopoldo, v. 15, n. 264, 2017. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/images/stories/cadernos/ideias/264cadernosihuideias.pdf>. Acesso em: 15 set. 2020.

MENEZES, A. P. R.; MORETTI, B.; REIS, A. A. C. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 5, p. 58-70, dez. 2019. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/sdeb/2019.v43nspe5/58-70/pt>. Acesso em: 10 out. 2020.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, p. 1-20, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v36n9/1678-4464-csp-36-09-e00040220.pdf>. Acesso em: 15 out. 2020.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan./mar. 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2018.v42n116/11-24/pt>. Acesso em: 12 out. 2020.

MURAKAMI, M. N.; DE ARAÚJO, F. J.; MARQUES, C. P. A reorganização e atuação da Atenção Primária à Saúde em contexto de pandemia de COVID-19: uma revisão narrativa. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 2, p. 12232-12251, 2022.

NASCIMENTO, A.B *et al.* Inter-municipal cooperation based on Institutional Collective Action: the effects of public health consortia in Brazil. **Revista de Administração Pública**. v. 55, n. 6, p. 1369-1391, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-761220210061>>. Acesso em: 11 mar. 2022.

NORONHA, J.C. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 847-849, mai. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/03.pdf>. Acesso em: 01 out. 2020.

OLIVEIRA, A.C.; LUCAS, T. C.; IQUIAPAZA, R. A. O que a pandemia da Covid-19 tem nos ensinado sobre adoção de medidas de precaução? **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 29, p. 1-15, 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/tce/v29/pt\\_1980-265X-tce-29-e20200106.pdf](https://www.scielo.br/pdf/tce/v29/pt_1980-265X-tce-29-e20200106.pdf). Acesso em: 01 mai. 2020.

PARANHOS, R. *et al.* Uma introdução aos métodos mistos. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 18, n. 42, p. 384-411, mai./ago. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/soc/v18n42/1517-4522-soc-18-42-00384.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

PATIAS, NAIANA DAPIEVE E HOHENDORFF, JEAN VON. Critérios de qualidade para artigos de pesquisa qualitativa. **Psicologia em Estudo**, v. 24 e43536. Disponível em: <<https://doi.org/10.4025/psicoestud.v24i0.43536>>. Acesso em: 10 mar. 2022.

PRADO, N. M. B. L., BISCARDE D. G. S., JUNIOR E. P. P., SANTOS H. L. P. C., MOTA S. E. C., MENEZES E. L. C., OLIVEIRA J. S., SANTOS A. M. Ações de vigilância à saúde integradas à Atenção Primária à Saúde diante da pandemia da COVID-19: contribuições para o debate. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2021, v. 26, n. 07, pp. 2843-2857. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.00582021>. Acesso em: 10 mai. 2022.

RAFAEL R. M. R., NETO M., CARVALHO M. M. B., DAVID H. M. S. L., ACIOLI S., FARIA M. G. A. Epidemiologia, políticas públicas e pandemia de Covid-19: o que esperar no Brasil? [Epidemiology, public policies and Covid-19 pandemics in Brazil: what can we expect?] [Epidemiologia, políticas públicas y la pandemia de Covid-19 en Brasil: que podemos esperar?]. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 28, p. e49570, abr. 2020. ISSN 2764-6149. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/49570>>. Acesso em: 11 mai. 2022.

REIS, J.G. *et al.* Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 3457-3462, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n9/1413-8123-csc-24-09-3457.pdf>. Acesso em: 12 out. 2020.

REUTER, C. L. O. *et al.* Os desafios do planejamento municipal a partir da perspectiva de enfermeiras gestoras. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 73, n. 2,

p 1-9, 2019. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/reben/v73n2/pt\\_0034-7167-reben-73-02-e20180409.pdf](https://www.scielo.br/pdf/reben/v73n2/pt_0034-7167-reben-73-02-e20180409.pdf). Acesso em: 27 ago. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. **Boletim Epidemiológico** – COVID-2019 – Centro de Operações de Emergência do Rio Grande do Sul/COERS – Semana Epidemiológica 17 de 2020. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, 2020c. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202004/29171133-boletim-epidemiolo-gico-covid-19-coers-se-17-final.pdf>. Acesso em: 31 mai. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. **Boletim Epidemiológico** – COVID-2019 – Centro de Operações de Emergência do Rio Grande do Sul/COERS – Semana Epidemiológica 1 a 14 de 2020. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, 2020a. Disponível em: <https://coronavirus.rs.gov.br/upload/arquivos/202005/07181723-boletim-epidemiologico-covid-19-coers-08-04-20.pdf>. Acesso em: 07 out. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. **Boletim Epidemiológico** – COVID-2019 – Centro de Operações de Emergência do Rio Grande do Sul/COERS – Semana Epidemiológica 35 de 2020. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, 2020b. Disponível em: <https://coronavirus.rs.gov.br/upload/arquivos/202009/02093221-boletim-se-35-resumido.pdf>. Acesso em: 07 out. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019 do RS**. Porto Alegre (RS): Secretaria Estadual de Saúde, 2016. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201701/05153251-pes-2016-2019-sesrs.p>. Acesso em: 03 mai. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. **Resolução nº 555, de 20 de dezembro de 2012**. Altera a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul, e institui as Comissões Intergestores Regionais – CIR. Porto Alegre (RS): Comissão Intergestores Bipartite, 2012. <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170214/23101458-1348591506-cibr555-12.pdf>. Acesso em: 24 ago.2020.

RIO GRANDE DO SUL. **Resolução nº 499, de 25 de setembro de 14**. Altera a configuração das Regiões de Saúde: R 15 – Caminho das Águas, R 20 – Rota da Produção e R 17 – Região do Planalto. Porto Alegre (RS): Comissão Intergestores Bipartite, 2014. Disponível em: <http://www.ses.rs.gov.br/upload/arquivos/201703/28155805-resolucao-cib-499-14.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2020.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 622-631, ago. 2014. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n4/pt\\_0034-8910-rsp-48-4-0622.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n4/pt_0034-8910-rsp-48-4-0622.pdf). Acesso em: 10 out. 2020.

SANTOS, L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p.1281-1289, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1281.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020.

SARTI; T. D. *et al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 2, p. 1-5, 2020. Disponível

em:<https://www.scielo.org/pdf/ress/2020.v29n2/e2020166/pt>. Acesso em: 15 nov. 2020.

SHIMAZAKI, M.E. O Impacto da Regionalização na resposta à Pandemia da Covid-19. **Planejamento e Gestão Volume 2**, p. 66, 2021.

SILVA, A. K. *et al.* Planejamento Estratégico Situacional - PES: uma análise bibliométrica da produção científica brasileira. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 68, n. 2, 2017. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/1269>. Acesso em: 02 nov. 2020.

SILVA, C.R *et al.* Brasil atinge 600 mil mortes por Covid com pandemia em desaceleração. **G1**. 2021 Disponível em: <https://g1.globo.com/saude/coronavirus/noticia/2021/10/08/brasil-atinge-600-mil-mortes-por-covid-com-pandemia-em-desaceleracao.ghtml>. Acesso em: 11, mar 2022

SOARES, C. S. A.; DA FONSECA, C. L. R. Atenção primária à saúde em tempos de pandemia. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750, [S. l.]**, v. 12, p. 1–11, 2020. DOI: 10.14295/jmphc.v12.998. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/998>. Acesso em: 8 mar. 2022.

SOARES, C. S. A.; DA FONSECA, C. L. R. Atenção primária à saúde em tempos de pandemia. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750, [S. l.]**, v. 12, p. 1–11, 2020. DOI: 10.14295/jmphc.v12.998. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/998>. Acesso em: 8 mar. 2022.

SOUZA, R. R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 451-455, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7015.pdf>. Acesso em: 02 set. 2020.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TANAKA, O. Y. *et al.* Gerenciamento do setor saúde na década de 80, no Estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, n. 3, jun. 1992. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v26n3/10.pdf>. Acesso em: 12 out.2020.

TEIXEIRA, C.F. *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, pp. 3465-3474, 2020. . Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>. Acesso em: 10 mar. 2022.

TEIXEIRA, C.F. *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, pp. 3465-3474, 2020. . Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>. Acesso em: 10 mar. 2022.

VIACAVA, F. *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p.1751-1762, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2018.v23n6/1751-1762/pt>. Acesso em: 05 mai. 2020.

VIANA, A. L. D.& LIMA, L. D. [Orgs.] **Regionalização e Relações Federativas na Política de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2011. 216 p.

VIANA, A.L; IOZZI, F. Lana. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. Suppl 2, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00022519>>. Acesso em: 7 mar. 2022.

VITÓRIA, A. M.; CAMPOS, G. W. S. **Só com APS forte o sistema pode ser capaz de achatar a curva de crescimento da pandemia e garantir suficiência de leitos UTI**. COSEMS/SP: São Paulo, 2020. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/noticias>  
Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00022519>>. Acesso em: 7 mar.

**APÊNDICE A – CHECKLIST DAS MEDIDAS DE MITIGAÇÃO ADOTADAS DURANTE A PANDEMIA DO COVID-19**

**Data da Entrevista:** \_\_\_\_\_

Região de Saúde: 15 ( ) 20 ( )

Município: \_\_\_\_\_

Cargo: Gestor Municipal de Saúde ( ) Coordenador da APS( )

Sexo: \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

Formação:

Período que iniciou as atividades: \_\_\_\_\_

| Medidas |  | Opções                             |
|---------|--|------------------------------------|
| 1       | Teleatendimento na APS   | Sim ( ) Não( )<br>Não se aplica( ) |
| 2       | Fluxo diferenciado na UBS para atendimento de casos suspeitos de COVID-19.                                       | Sim ( ) Não( )<br>Não se aplica( ) |
| 3       | Unidade específica para sintomáticos de COVID-19 no município.   | Sim ( ) Não( )<br>Não se aplica( ) |
| 4       | Estratégia para o atendimento de demanda habitual na UBS.  | Sim ( ) Não( )<br>Não se aplica( ) |
| 5       | Estratégia em caso de esgotamento da capacidade da rede hospitalar.  | Sim ( ) Não( )<br>Não se aplica( ) |
| 6       | Dispensação de medicamentos e renovação de receitas a longo prazo.   | Sim ( ) Não( )<br>Não se aplica( ) |
| 7       | Entrega de medicamento a domicilio a pacientes do grupo de risco.  | Sim ( ) Não( )<br>Não se aplica( ) |
| 8       | Estratégia de trabalho a distancia de trabalhadores do grupo de risco afastado.                                  | Sim ( ) Não( )<br>Não se aplica( ) |
| 9       | Estratégia de atendimento a gestantes e puericultura.  | Sim ( ) Não( )<br>Não se aplica( ) |
| 10      | Estratégia de atendimento a pacientes com sofrimento psíquico.   | Sim ( ) Não( )<br>Não se aplica( ) |
| 11      | Estratégia de imunizações durante campanha contra influenza.   | Sim ( ) Não( )<br>Não se aplica( ) |
| 12      | Estratégia de atendimento odontológico.  | Sim ( ) Não( )<br>Não se aplica( ) |
| 13      | Estratégia de atendimento por profissionais de equipe multiprofissional (fisioterapeuta, nutricionista, outros). | Sim ( ) Não( )<br>Não se aplica( ) |
| 14      | Estratégia de atuação dos ACS.   | Sim ( ) Não( )<br>Não se aplica( ) |
| 15      | <b>Estratégia de monitoramento de casos suspeitos de Síndromes Gripais em isolamento.</b>                        | Sim ( ) Não( )<br>Não se aplica( ) |
| 16      | Estratégia na organização do processo de trabalho.   | Sim ( ) Não( )<br>Não se aplica( ) |

|    |  |                                    |
|----|--|------------------------------------|
| 17 | Estratégia no enfrentamento ao adoecimento e sofrimento psíquico dos profissionais das equipes de APS.   | Sim ( ) Não( )<br>Não se aplica( ) |
| 18 | Estratégia de enfrentamento ao desabastecimento de EPIs.   | Sim ( ) Não( )<br>Não se aplica( ) |
| 19 | Estratégia de articulação com outros órgãos municipais e ou estaduais (Assistência Social, Segurança Pública, Educação, Ministério Público, Ministério Público do Trabalho) para implementação de ações de enfrentamento. Como por exemplo, fechamento de escolas e comércio, criação de abrigos para isolamento de vulneráveis. | Sim ( ) Não( )<br>Não se aplica( ) |
| 20 | Estratégia municipal de testagem ao COVID-19, com recursos próprios e criação de protocolo do município.   | Sim ( ) Não( )<br>Não se aplica( ) |
| 21 | Estratégia de ações a população vulnerável (indígenas, Instituições Longa Permanência para Idosos, pessoas em situação de rua e pessoas em extrema pobreza).   | Sim ( ) Não( )<br>Não se aplica( ) |
| 22 | <b>Estratégias de intervenções não farmacológicas (INF), disseminadas e implementadas junto a população. Exemplo: orientações ao uso de mascaras, lavagem das mãos, higienização de ambientes, cuidados no isolamento domiciliar, e dedetização de áreas publicas.</b>   | Sim ( ) Não( )<br>Não se aplica( ) |

Fonte: Elaborado a partir de Manuais e Protocolos do Ministério da Saúde disponíveis: <https://coronavirus.saude.gov.br/>, e Recomendações da Organização das Nações Unidas: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-19-sprp-unct-guidelines.pdf?sfvrsn=81ff43d8\\_4](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-19-sprp-unct-guidelines.pdf?sfvrsn=81ff43d8_4), e <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.

Legenda: Pontuações: resposta SIM= 2, resposta NÃO=1, e NÃO SE APLICA=0; Perguntas 15 e 22 terão peso: resposta SIM= 4, resposta NÃO=1, e NÃO SE APLICA=0; Pontuação máxima: 48; Pontuação mínima: 22.

## **APENDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA COM SECRETARIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE**

Coordenadoria de Saúde ( ) Município:

Secretário de Saúde Desde ----/-----/-----

Idade:                      Sexo:                      Profissão:

- 1 O que determinou a adoção das medidas mitigadoras e como foram implementadas?
- 2 O que facilitou e o que dificultou a adoção das medidas mitigadoras?
- 3 Como a gestão municipal gerenciou o cenário diante dos desafios?
- 4 Como foi implementada a testagem da COVID-19 no município?

## **ANEXO A- ROTEIRO DE LIGAÇÃO TELEFÔNICA PARA COLETA DE DADOS**

### **Apresentação:**

- Bom dia/Boa tarde!
- Aqui quem fala é (nome do pesquisador), sou pesquisador (a) Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), e estou ligando para falar com o Sr/ a Sra (nome).
- O Sr/ A Sra pode falar agora?

### **Convite:**

- Estou realizando este contato, pois o Sr/ a Sra é o(a) gestor(a) municipal de saúde (secretário(a) municipal de saúde ) do (nome do município). Gostaria de convidá-lo (a) para participar de da pesquisa “Ambiente de trabalho e Saúde durante a pandemia COVID-19: absenteísmo, burnout, gestão e organização do trabalho entre profissionais de enfermagem”, coordenada pela Professora Ana Maria Müller de Magalhães. Esta pesquisa foi aprovada Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP HCPA).
- Posso explicar como a pesquisa funciona?  
( ) Sim ( ) Não neste momento, retorno em ( ) Não tem interesse

### **Explicação:**

- A pesquisa realizada terá como um de seus eixos o objetivo principal de analisar as estratégias de mitigação da Covid-19 por gestores de saúde na atenção primária. E específicos: conhecer as estratégias adotadas pelos gestores municipais de saúde no enfrentamento da pandemia COVID-19; compreender os desafios na tomada de decisão e adoção de medidas de enfrentamento/relaxamento durante a pandemia na APS; e desvelar o processo de enfrentamento da pandemia e as forças políticas operantes no cenário instalado da APS nos últimos anos.
- Se o Sr/ a Sra aceitar participar será realizada, primeiramente, a aplicação de um checklist das medidas de mitigação ao COVID-19 adotadas no município, que demora mais ou menos 20 minutos. Em um segundo momento, se seu município for selecionado, ligaremos novamente para realizar uma entrevista sobre as questões que envolveram a tomada de decisão para tais medidas, que demorará cerca de 30 a 60 minutos.
- A participação no estudo poderá contribuir com avanços no processo de gestão e enfrentamento a pandemia, bem como o entendimento das tensões que permeiam a tomada de decisão.
- O Sr/ A Sra tem alguma pergunta sobre a pesquisa?

**Convite:**

- O Sr/ A Sra aceita participar da pesquisa?

( ) **Sim** --> Se aceitar, realizar a entrevista.

( ) **Sim, mas em outro momento** --> Se aceitar, mas preferir responder em outro momento:

- Então, peço que informe qual o melhor momento para realizar a entrevista.

Retorno em\_\_\_\_\_

- Agradeço pela sua atenção e pelo tempo disponibilizado.

( ) **Não** --> Se não aceitar, encerrar a ligação:

- Agradeço pela sua atenção e pelo tempo disponibilizado.

## **ANEXO B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DO BANCO DE DADOS PELA PROFESSORA RESPONSÁVEL PELO PROJETO MAIOR**

As pesquisadoras responsáveis, Professoras Doutoras Ana Maria Müller de Magalhães e a Deise Lisboa Riquinho, estão cientes e autorizam a utilização do banco de dados do projeto **“Ambiente de trabalho e Saúde durante a pandemia COVID-19: absenteísmo, burnout, gestão e organização do trabalho entre profissionais de enfermagem”** no projeto “Título da Dissertação”, de dissertação de mestrado em enfermagem de Janaína Barbieri, sob a orientação da professora doutora Deise Lisboa Riquinho.

Porto Alegre,

---

Profª Drª Ana Maria Müller de Magalhães

---

Profª Drª Deise Lisboa Riquinho

**ANEXO C -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****Nº CAAE 31545920.2.0000.5327****Organização e enfrentamento de municípios da região norte na pandemia da COVID-19.**

Você está sendo convidado a participar da pesquisa cujo objetivo principal é analisar o ambiente de trabalho e a saúde dos profissionais de enfermagem, durante a pandemia COVID19, em serviços de saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Esta pesquisa faz parte da dissertação de Mestrado em Enfermagem da UFRGS.

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: responder um *checklist* por telefone, das medidas de mitigação a Covid-19 adotadas em seu município e num segundo momento uma entrevista de forma virtual ou presencial (adotando medidas de distanciamento mínimo de 1,5 metros, uso de máscara e álcool gel nas mãos), a qual será gravada e posteriormente transcrita. O tempo previsto para participação nas atividades será entre 30 e 60 minutos, com horário previamente agendado. O local para realização da coleta de dados será reservado e garantirá a privacidade ao participante. Os pesquisadores não irão interferir nas rotinas e dinâmicas de trabalho do gestor.

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa estão relacionados a um eventual desconforto em relatar situações vivenciadas ou identificar fragilidades no seu local de trabalho, e caso ocorra, a pesquisa poderá ser interrompida, e o pesquisador coloca-se a disposição do entrevistado para apoiá-lo e ouvi-lo. Os principais benefícios decorrentes da pesquisa estão relacionados aos avanços no processo de gestão e enfrentamento a pandemia, bem como o entendimento das tensões que permeiam a tomada de decisão.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo a sua gestão. Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo relacionado aos procedimentos envolvidos, os quais serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. As transcrições e registros da pesquisa serão guardados por cinco anos e após descartados. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes ou dos municípios, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Prof. Dra. Deise Lisboa Riquinho pelo telefone (51) 51 9986-7895, e-mail deise.riquinho@gmail.com ou no Hospital de Clínicas de Porto Alegre de segunda à sexta, das 08h às 17h. Também poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, Rua Ramiro Barcelos nº 2.350 sala 2229, Bairro Santa Cecília, Porto Alegre, ou no telefone (51)3359-7640, e e-mail cep@hcpa.edu.br.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

---

Participante da pesquisa



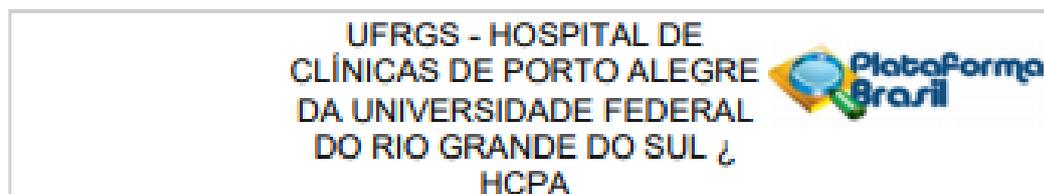
Janaina Barbieri

(Mestranda PPGENF UFRGS)

Pesquisadora que aplicou o Termo

Local e Data: \_\_\_\_\_

## ANEXO D- PARECER COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Ambiente de trabalho e Saúde durante a pandemia COVID-19: absenteísmo, burnout, gestão e organização do trabalho entre profissionais de enfermagem

**Pesquisador:** Ana Maria Müller de Magalhães

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 31545920.2.0000.5327

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.030.769

#### Apresentação do Projeto:

Frente à situação de crise e emergência de saúde pública global, devido à pandemia da COVID-19, tem se tomado cada dia mais evidente um dos principais problemas de saúde no mundo todo, que é a escassez de profissionais de enfermagem. Os números exponenciais da pandemia de COVID-19 associados à escassez de trabalhadores de enfermagem, além de outros fatores como falta de equipamentos de proteção individual, de materiais necessários para a realização de procedimentos e cuidados no contato direto e constante com os pacientes e a própria superlotação dos serviços de saúde, tornam-se ameaçadores para a saúde dos profissionais e aumentam o risco de contágio com o novo coronavírus – SARS-CoV-2 - Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2. Tal realidade tende a repercutir, também, na qualidade do cuidado e segurança do paciente (atendido ou não por COVID-19), uma vez conhecido que a força de trabalho reduzida e o déficit de aparatos necessários para a prestação do cuidado são fatores que contribuem negativamente ao consumidor direto do trabalho assistencial. O estudo tem como objetivo analisar o ambiente de trabalho e a saúde dos profissionais de enfermagem, durante a pandemia COVID-19, em serviços de saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Será realizada em hospitais do município de Porto Alegre e na Atenção Primária em Saúde no noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. O estudo tem delineamento de método misto explanatório sequencial, com abordagem quantitativa, por meio de

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 3229  
**Bairro:** Santa Cecília **CEP:** 91.035-903  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefona:** (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE  
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO GRANDE DO SUL &  
HCPA



Continuação do Parecer: 4.630.769

dados secundários das instituições, além de instrumentos de medida do burnout, da carga de trabalho e do inventário de ansiedade traço-estado. Na etapa qualitativa, serão conduzidas entrevistas com os trabalhadores e gestores, além de encontros para uma intervenção psicossocial. Os dados serão analisados por meio de estatística descritiva e analítica, assim como análise de conteúdo para as informações qualitativas. As principais contribuições do estudo e inovação da proposta estão ancoradas na possibilidade de melhor compreensão dos fatores objetivos e subjetivos relacionados ao absenteísmo e Burnout dos quadros de pessoal de enfermagem em organizações de saúde, os quais possam ter repercussões nos resultados de qualidade do cuidado e segurança dos pacientes internados e em atendimento na rede básica. Nesse sentido, o projeto traz relevância prática para a sociedade e para o Sistema Único de Saúde, fornecendo subsídios para a gestão de recursos humanos, de processos e de custos, uma vez que o adoecimento e os afastamentos do trabalho de profissionais de saúde podem potencializar as falhas nos processos assistenciais e o aumento de eventos adversos aos pacientes. A medida em que compreendemos e evidenciamos o impacto da COVID-19 na força de trabalho de enfermagem e nas condições de trabalho, nos cenários de cuidado em saúde, contribuimos para propor estratégias de enfrentamento em situações excepcionais de saúde pública, para propor estratégias de apoio aos profissionais de saúde, para diminuir as taxas de infecções, incidentes e eventos adversos que possam atingir os pacientes nos serviços de saúde.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo principal**

Analisar o ambiente de trabalho e a saúde dos profissionais de enfermagem, durante a pandemia COVID-19, em serviços de saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

**Objetivos específicos:**

- a. Verificar o efeito da pandemia COVID-19 nas taxas de absenteísmo dos profissionais de enfermagem, por unidade;
- b. Caracterizar os motivos de afastamentos do trabalho e àqueles relacionados aos efeitos biopsíquicos da COVID-19 durante a pandemia;
- c. Identificar a Síndrome de Burnout entre trabalhadores de enfermagem atuantes no enfrentamento à COVID-19;
- d. Verificar o nível de ansiedade-traço e ansiedade-estado de profissionais de saúde que atendem pacientes COVID-19 internados em zonas críticas;

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229  
**Bairro:** Santa Cecília **CEP:** 90.035-903  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51) 3359-7640 **Fax:** (51) 3359-7640 **E-mail:** csp@hcpa.edu.br

**UFRGS - HOSPITAL DE  
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO GRANDE DO SUL ↴  
HCPA**



Continuação do Projeto: 4.030.709

dados secundários das instituições, além de instrumentos de medida do burnout, da carga de trabalho e do inventário de ansiedade traço-estado. Na etapa qualitativa, serão conduzidas entrevistas com os trabalhadores e gestores, além de encontros para uma intervenção psicossocial. Os dados serão analisados por meio de estatística descritiva e analítica, assim como análise de conteúdo para as informações qualitativas. As principais contribuições do estudo e inovação da proposta estão ancoradas na possibilidade de melhor compreensão dos fatores objetivos e subjetivos relacionados ao absenteísmo e Burnout dos quadros de pessoal de enfermagem em organizações de saúde, os quais possam ter repercussões nos resultados de qualidade do cuidado e segurança dos pacientes internados e em atendimento na rede básica. Nesse sentido, o projeto traz relevância prática para a sociedade e para o Sistema Único de Saúde, fornecendo subsídios para a gestão de recursos humanos, de processos e de custos, uma vez que o adoecimento e os afastamentos do trabalho de profissionais de saúde podem potencializar as falhas nos processos assistenciais e o aumento de eventos adversos aos pacientes. A medida em que compreendemos e evidenciamos o impacto da COVID-19 na força de trabalho de enfermagem e nas condições de trabalho, nos cenários de cuidado em saúde, contribuimos para propor estratégias de enfrentamento em situações excepcionais de saúde pública, para propor estratégias de apoio aos profissionais de saúde, para diminuir as taxas de infecções, incidentes e eventos adversos que possam atingir os pacientes nos serviços de saúde.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo principal**

Analisar o ambiente de trabalho e a saúde dos profissionais de enfermagem, durante a pandemia COVID-19, em serviços de saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

**Objetivos específicos:**

- a. Verificar o efeito da pandemia COVID-19 nas taxas de absenteísmo dos profissionais de enfermagem, por unidade;
- b. Caracterizar os motivos de afastamentos do trabalho e àqueles relacionados aos efeitos biopsíquicos da COVID-19 durante a pandemia;
- c. Identificar a Síndrome de Burnout entre trabalhadores de enfermagem atuantes no enfrentamento à COVID-19;
- d. Verificar o nível de ansiedade-traço e ansiedade-estado de profissionais de saúde que atendem pacientes COVID-19 internados em zonas críticas;

|  |  |
|--|--|
| <b>Endereço:</b> Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229 |  |
| <b>Bairro:</b> Santa Cecília                         | <b>CEP:</b> 91.035-903                                   |
| <b>UF:</b> RS  | <b>Município:</b> PORTO ALEGRE                           |
| <b>Telefone:</b> (51)3359-7640                       | <b>Fax:</b> (51)3359-7640 <b>E-mail:</b> csp@hcpa.edu.br |

UFRGS - HOSPITAL DE  
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO GRANDE DO SUL  
HCPA



Continuação do Parecer: 4.030.769

- e. Identificar a carga de trabalho das equipes de enfermagem durante o enfrentamento à COVID-19;
- f. Descrever as experiências dos profissionais em relação ao seu ambiente de trabalho durante a pandemia COVID-19;
- g. Descrever as experiências dos profissionais em situações de afastamento do trabalho durante a pandemia COVID-19;
- h. Descrever as estratégias adotadas pelos serviços de saúde hospitalares e de APS para o enfrentamento da pandemia COVID-19;
- i. Analisar os desafios na adoção das medidas de enfrentamento da pandemia pelos serviços de saúde hospitalares e de APS;
- j. Avaliar os incidentes de segurança do paciente ocorridos nos serviços de saúde hospitalares durante o enfrentamento da pandemia COVID-19.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

##### **Riscos:**

Os riscos relacionados à participação na pesquisa são considerados mínimos. Para os profissionais da saúde os riscos estão relacionados à possível constrangimento e dispêndio de tempo no preenchimento dos instrumentos ou em relatar aspectos relacionados ao afastamento do trabalho ou ao isolamento pelo contágio de SARS-COV-2 em seu ambiente de trabalho. Pode-se considerar como risco, a quebra de confidencialidade, no momento de realização dos encontros para aplicação da escala IDATE e da intervenção psicossocial, que ocorrerá no próprio ambiente de trabalho. O risco mínimo de desconforto emocional atrelado às temáticas abordadas durante a coleta dos dados poderá ser minimizado por meio da oportunidade de desistência e pela possibilidade de contar com suporte do Serviço de Medicina Ocupacional das Instituições.

##### **Benefícios:**

Os benefícios da pesquisa corroboram com as recomendações da Organização Mundial da Saúde que recomenda e incentiva estudos que discutam as questões relacionadas à força de trabalho em saúde e à segurança do paciente (WHO, 2012; WHO, 2016), além de contribuir para o enfrentamento de situações de pandemia como da COVID-19, no futuro. Além disso, entende-se como benefícios diretos aos participantes a viabilidade de um espaço de escuta das vivências, bem como as trocas oportunizadas nos encontros para discutir os aspectos relacionados ao enfrentamento da pandemia em seu local de trabalho, representando assim uma estratégia de

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229  
Bairro: Santa Cecília CEP: 91.035-903  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cop@hcpa.edu.br

**UFRGS - HOSPITAL DE  
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO GRANDE DO SUL ↓  
HCPA**



Continuação do Parecer: 4.000.769

suporte aos trabalhadores

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um projeto matriz, envolvendo pesquisadores da Escola de Enfermagem da UFRGS, que se propõe, por meio de metodologia mista empregada em subprojetos encadeados, a obter e analisar informações referentes ao ambiente e processo de trabalho da enfermagem durante o período de pandemia pelo SARS-COV-2. Para tanto, serão incluído profissionais de enfermagem de quatro hospitais de Porto Alegre e gestores de duas regionais de saúde do RS. Diferentes instrumentos e métodos serão empregados. Os autores responderam as considerações apontadas no parecer anterior, apresentando nova versão do projeto na íntegra na PB.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Documentos adequados.

**Recomendações:**

1) RISCOS (formulário da PB):

1a. Considerar o agrupamento de pessoas para etapa do estudo como possível risco, uma vez que os participantes não se agrupariam, mesmo que durante atividades laborais, em um número de pessoas estimado em 15, mais os pesquisadores. Levar em conta que a taxa de transmissão do novo coronavírus em profissionais de saúde é elevada e que há uma parcela razoável de assintomáticos, motivo pelo qual reuniões presenciais são desencorajadas.

1b. Vários riscos foram listados. Dentre as possibilidades de mitigação, descrito que é possível "desistência e pela possibilidade de contar com suporte do Serviço de Medicina Ocupacional das Instituições". Os riscos adicionais pela participação no estudo, ainda que mínimos, devem ter uma estratégia clara de minimização oferecida pela equipe de pesquisa, com recursos próprios para tanto, sem oneração dos Serviços institucionais, ou estarem pactuados com esses Serviços.

2) Recrutamento de participantes:

2a. Na pág. onde se lê: "...selecionados por conveniência e abordados presencialmente em seu local de trabalho.", substituir abordados por convidados. Acrescentar quem fará o convite à

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| <b>Endereço:</b> Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229 | <b>CEP:</b> 91.035-903         |
| <b>Bairro:</b> Santa Cecília                         |                                |
| <b>UF:</b> RS  | <b>Município:</b> PORTO ALEGRE |
| <b>Telefone:</b> (51)3359-7640                       | <b>Fax:</b> (51)3359-7640      |
|  | <b>E-mail:</b> csp@hcpa.edu.br |

**UFRGS - HOSPITAL DE  
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO GRANDE DO SUL ↓  
HCPA**



Continuação do Parecer: 4.030.769

participação e se há alguma relação de subordinação.

3) Apesar de o formulário da página 26 citar que "dados coletados serão confidenciais, portanto, não há necessidade de identificar-se no questionário", lembrar que a combinação das respostas pode identificar o participante. Neste sentido, sugere-se formular um texto que assegure que os dados serão utilizados agregados, sem a identificação dos respondentes, privilegiando o anonimato.

4) Excluir a pág 34, em branco.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências emitidas para o projeto no parecer 4.019.280 foram respondidas pelos pesquisadores, conforme carta de respostas adicionada em 13/05/2020. Não apresenta novas pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Parecer liberado "ad referendum" por tratar-se de assunto relacionado à SARS-CoV-2/Covid-19.

Lembramos que a presente aprovação (versão projeto e TCLEs de 13/05/2020 e demais documentos que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto.

Os pesquisadores devem atentar ao cumprimento dos seguintes itens:

- a) Este projeto está aprovado para inclusão de 350 participantes no Centro HCPA, de acordo com as informações do projeto ou do Plano de Recrutamento apresentado. Qualquer alteração deste número deverá ser comunicada ao CEP e ao Serviço de Gestão em Pesquisa para autorizações e atualizações cabíveis.
- b) O projeto está cadastrado no sistema AGHUse Pesquisa (20200220) para fins de avaliação logística e financeira e somente poderá ser iniciado após aprovação final do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação.
- c) Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada. Ver recomendações deste parecer.

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| <b>Endereço:</b> Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229 | <b>CEP:</b> 91.035-903         |
| <b>Bairro:</b> Santa Cecília                         |                                |
| <b>UF:</b> RS  | <b>Município:</b> PORTO ALEGRE |
| <b>Telefone:</b> (51)3359-7540                       | <b>Fax:</b> (51)3359-7540      |
|  | <b>E-mail:</b> cep@hcpa.edu.br |

**UFRGS - HOSPITAL DE  
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO GRANDE DO SUL &  
HCPA**



Continuação do Parecer: 4.030.769

- d) Deverão ser encaminhados ao CEP relatórios semestrais e um relatório final do projeto.
- e) A comunicação de eventos adversos classificados como sérios e inesperados, ocorridos com pacientes incluídos no centro HCPA, assim como os desvios de protocolo quando envolver diretamente estes pacientes, deverá ser realizada através do Sistema GEO (Gestão Estratégica Operacional) disponível na intranet do HCPA.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento  | Arquivo                                       | Postagem               | Autor                         | Situação |
|---|---|------------------------|-------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB INFORMações BÁSICAS DO PROJETO 1551231.pdf | 13/05/2020<br>15:17:36 |                               | Aceito   |
| Outros  | Doc_delegacao.pdf                             | 13/05/2020<br>15:16:59 | Ana Maria Müller de Magalhães | Aceito   |
| Outros  | CEP_GPPG.pdf                                  | 13/05/2020<br>15:14:27 | Ana Maria Müller de Magalhães | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLES.pdf                                     | 13/05/2020<br>15:08:12 | Ana Maria Müller de Magalhães | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | Projeto_fapergs_revisado.pdf                  | 13/05/2020<br>15:07:55 | Ana Maria Müller de Magalhães | Aceito   |
| Folha de Rosto  | folha_de_rosto.pdf                            | 05/05/2020<br>22:38:32 | Ana Maria Müller de Magalhães | Aceito   |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229  
Bairro: Santa Cecília CEP: 91.035-903  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cep@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE  
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO GRANDE DO SUL &  
HCPA



Continuação do Parecer: 4.030.769

PORTO ALEGRE, 15 de Maio de 2020

---

Assinado por:  
Têmis Maria Félix  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229  
Bairro: Santa Cecília CEP: 91.035-903  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: csp@hcpa.edu.br

## **ANEXO E- NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS- REVISTA GAÚCHA DE ENFERMAGEM**

### **Instruções aos autores**

#### **Escopo e política**

A *Revista Gaúcha de Enfermagem* (RGE) tem como missão contribuir para a divulgação do conhecimento na área da saúde, publicando a produção científica de interesse para a Enfermagem. Na RGE, podem ser publicados artigos escritos por especialistas em outras áreas, desde que o tema seja de interesse para a área de Enfermagem.

A submissão de manuscritos é realizada exclusivamente por meio da Plataforma ScholarOne Manuscripts. (<https://mc04.manuscriptcentral.com/rgenf-scielo>)

São aceitas submissões de manuscritos nos idiomas português, espanhol ou inglês.

Os manuscritos devem ser encaminhados exclusivamente à RGE, sendo permitida sua reprodução em outras publicações mediante autorização da Comissão de Editoração, devendo, neste caso, constar a citação da publicação original.

A RGE publica, no máximo, dois manuscritos do mesmo autor e/ou coautor por ano. Os artigos se limitam a oito autores, com exceção (devidamente justificada na *cover letter*) dos estudos multicêntricos.

#### **POLÍTICA DE CIÊNCIA ABERTA**

A RGE solicita o preenchimento do Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta (<https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Formulario-de-Conformidade-Ciencia-Aberta.docx>) Aberta que deve ser submetido no sistema ScholarOne como arquivo suplementar.

Além disso, a RGE adota os seguintes princípios da ciência aberta:

- Preprints:

A RGE aceita submissão de manuscritos provenientes de servidores não comerciais Preprints, tais como o [SciELO Preprints](#), uma vez que não tenham sido submetidos para revisão por pares em outro periódico e/ou outro servidor simultaneamente.

O autor responsável deve indicar na cover letter no momento da submissão se o manuscrito é um preprint, informando o DOI (Digital Object Identifier) e o nome do servidor em que se encontra depositado. Reitera-se que todo manuscrito submetido de repositório preprint será, obrigatoriamente, avaliado pelos pares, conforme processo de avaliação desta revista.

- Compartilhamento de dados:

É obrigatório para os **artigos aceitos** o depósito e o compartilhamento de dados de pesquisa que apoiam a publicação do artigo e que sejam potencialmente úteis para o desenvolvimento de novas pesquisas, tais como: banco de dados, modelos, métodos, softwares, procedimentos, questionários, estatísticas, relatórios, protocolos, códigos de programa, algoritmos, diários de campo e outros materiais úteis.

O compartilhamento deve ser disponibilizado em repositórios reconhecidos pela comunidade acadêmica, tais como: o SciELO Data (<https://data.scielo.org/>), Emerging Researcher Information (EmeRI) (<https://preprints.ibict.br/>) e o Medrxiv (<https://www.medrxiv.org/>).

Após o aceite do artigo, será solicitado que os autores citem e indiquem o link dos materiais no manuscrito, no capítulo MATERIAL SUPLEMENTAR, após a conclusão ou considerações finais e antes das referências.

- Abertura do processo editorial:

Nos artigos aceitos para publicação, será disponibilizado o nome do Editor Associado e do Editor Chefe condutores do processo avaliativo.

- Open Access:

A RGE segue a política de *Open Access*, acesso aberto, e tem seus artigos disponibilizados para integral acesso, de forma gratuita, bem como adota o sistema de publicação em fluxo contínuo.

## PROCESSO DE AVALIAÇÃO

A Revista adota o sistema de avaliação por pares, parcialmente aberto, para avaliação do conteúdo e adequação técnico-científica do manuscrito.

O processo de avaliação de um manuscrito na RGE compreende as seguintes etapas: avaliação documental; avaliação pelo Editor-associado de pré-análise; avaliação pelo Editor-associado por área de especialidade; avaliação pelos consultores *ad hoc*; elaboração do parecer consubstanciado pelo Editor-associado por área de especialidade, indicando reformulações ou recusa do manuscrito; e decisão do Editor-chefe e sua comunicação aos autores.

Na avaliação documental, é realizada a conferência dos documentos requisitados na submissão do manuscrito.

O Editor-associado responsável pela pré-análise avalia o manuscrito quanto ao atendimento às normas de preparo do manuscrito, relevância do artigo, aspectos éticos, aspectos básicos do método e redação científica, preenchendo o [checklist da pré-análise](#). Os manuscritos que não se adequarem às normas até a terceira rodada de avaliação pelo *checklist* de pré-avaliação serão arquivados. É realizada, ainda, a avaliação da similaridade textual, utilizando ferramenta para detecção de similaridade (*Software Ithenticate*), aceitando-se o limite de 30% (referências não formatadas pelo marcador de numeração do Word são computadas como similaridade pelo software). Na etapa de pré-avaliação, pode-se decidir em não dar continuidade ao processo de avaliação por não atender a estes requisitos, sem a devolução da taxa de submissão e encaminhamento da carta de recusa. Em caso de avaliação positiva, diante do atendimento dos requisitos acima, o manuscrito é encaminhado ao Editor-associado por área de especialidade.

O Editor-associado por área de especialidade, realiza a avaliação de mérito e qualidade do manuscrito conforme o escopo da revista, após, encaminha o manuscrito para no mínimo dois consultores *ad hoc* ou um terceiro, se necessário, especialista na temática e/ou no método da pesquisa, os quais avaliam sua originalidade, mérito, pertinência de seu conteúdo, qualidade acadêmica, conveniência da publicação e relevância para a Enfermagem/Saúde e áreas afins.

Os pareceres dos consultores *ad hoc* são apreciados pelo Editor-associado por área de especialidade, que elabora um parecer consubstanciado único, podendo incluir outras recomendações pertinentes e após encaminha ao Editor-chefe, que decide pelo aceite, por reformulações ou recusa do manuscrito. Esta decisão é encaminhada ao(s) autor(es).

Quando houver necessidade de reformulações, o(s) autor(es) retorna(m) o manuscrito ao Editor-associado por área de especialidade, incluindo carta-resposta explicando as alterações e/ou justificando itens não atendidos. O Editor-associado por área de especialidade avaliará o cumprimento das recomendações do parecer consubstanciado emitido e retornará a avaliação com sua recomendação para subsidiar a decisão editorial do Editor-chefe. O processo de reformulação poderá ocorrer em várias rodadas até que o manuscrito atinja os critérios de qualidade estabelecidos pela Comissão Editorial até a decisão final do Editor-chefe.

Em caso de recusa do manuscrito, será comunicada ao(s) autor(es) a decisão com uma carta indicando as motivações por meio de parecer consubstanciado.

## **CATEGORIAS DE MANUSCRITOS**

A Revista Gaúcha de Enfermagem publica as seguintes seções:

**Editorial:** texto de responsabilidade do Editor-chefe da Revista ou de profissionais por ele convidados.

**Artigos originais:** contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original e inédita, com possibilidade de replicação. Devem obedecer à seguinte estrutura textual: introdução, método, resultados, discussão, conclusão ou considerações finais e referências. Limitados a 20 páginas, exceto referências (no máximo 30).

**Artigos de revisão sistemática:** pesquisa conduzida por meio da síntese de resultados de estudos originais que têm por objetivo responder a uma questão específica e de relevância para a enfermagem ou para a saúde. A revisão sistemática poderá se caracterizar em meta-análise e/ou metassíntese, dependendo do tipo de abordagem metodológica do manuscrito e do objetivo do estudo. Os procedimentos metodológicos deverão ser detalhados em todas as etapas preconizadas pelo referencial primário adotado (por exemplo, PRISMA). São limitados a 20 páginas (exceto referências) e não possuem limite de referências. A Revista Gaúcha de Enfermagem requer que os protocolos das revisões sejam registrados no PROSPERO, ou disponibilizados em um site de acesso livre.

**Artigos de revisão integrativa ou de revisão de escopo:** Estão temporariamente suspensas.

**Artigos de reflexão:** formulações discursivas, com fundamentação teórica e filosófica sobre o estado da arte em que se encontra determinado assunto. Devem apresentar a argumentação e interpretação do(s) autor(es) do artigo frente ao pensamento debatido. São limitados a 15 páginas (incluindo referências) e devem conter no máximo de 20 referências.

**Relatos de experiência ou de casos:** contribuições descritivas e contextualizadas a partir de um caso, experiência ou inovação. Tratando-se de relato de caso clínico, é obrigatório enviar o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos como documento suplementar. São limitados a 10 páginas (incluindo referências) e devem conter no máximo 20 referências.

## **Forma e preparação de manuscritos**

A preparação dos manuscritos deve seguir os guias da [Equator Network](#) conforme tipo de estudo realizado. Uma versão preenchida dos guias deverá ser anexada como documento suplementar.

A RGE recomenda enfaticamente aos autores evitar a fragmentação de resultados, aspecto que poderá prejudicar a avaliação do manuscrito.

O texto do artigo deve ser formatado em Word for Windows, fonte Times New Roman 12, espaçamento duplo (inclusive os resumos), com todas as páginas numeradas na margem inferior direita, configurados em papel A4 e com as quatro margens de 2,5 cm. Sem itálicos. Referências deverão ser formatadas pelo marcador de numeração do Word. Nenhuma informação deve ser apresentada no texto que possa identificar os autores.

A redação deve ser clara e concisa. A argumentação deve estar fundamentada em evidências sólidas e confiáveis utilizando-se da literatura científica nacional e internacional. A RGE não assume a responsabilidade por equívocos gramaticais, e se dá, portanto, o direito de decidir quanto a alterações e correções. Recomenda-se previamente a submissão a revisão gramatical e ortográfica por profissional habilitado, devendo ser anexado nos documentos suplementares a declaração do revisor. Para os artigos aceitos a revisão por profissional habilitado será obrigatória.

Os títulos das seções textuais devem ser destacados gradativamente, sem numeração, alinhados à esquerda do texto. O título do artigo e o resumo devem estar em caixa-alta e em negrito (ex.: **TÍTULO; RESUMO**); abstract e resumen, em caixa-alta e negrito (ex.: **ABSTRACT; RESUMEN**); seção primária, em caixa-alta e negrito (ex.: **INTRODUÇÃO**); e seção secundária, em caixa-baixa e negrito (ex.: **Histórico**). Evitar o uso de marcadores ao longo do texto (ex.: -, \*, etc.) e alíneas [a), b), c)...

Os manuscritos devem conter:

**Título:** deve ser coerente com os objetivos do estudo e identificar o conteúdo do artigo, em até 15 palavras. Os três títulos (português, inglês e espanhol) devem ser redigidos em caixa alta, centralizados, em negrito e sem itálico. Os artigos apresentados em

idioma diferente do português devem apresentar primeiro o título no idioma original seguido dos demais.

**Resumo:** o primeiro resumo deve ser apresentado no idioma do manuscrito, conter até 150 palavras, e ser acompanhado de sua versão para os demais idiomas (exemplo, inglês e espanhol). Deve estar estruturado, justificado, sem siglas, apresentando as seguintes informações: **Objetivo:** em linguagem coerente com tipo estudo e igual ao apresentado no corpo do texto. **Método:** tipo do estudo, amostra, período, local da pesquisa, coleta de dados e análise dos dados. **Resultados:** principais achados. **Conclusão:** deve responder ao(s) objetivo(s).

**Palavras-chave/Keywords/Palabras clave:** apresentar termos em número de três conforme os “[Descritores em Ciências da Saúde - DeCS](#)”, em português, inglês e espanhol; e três termos conforme [MeSH](#) que permitam identificar o assunto do manuscrito. Apresentam a primeira letra de cada palavra-chave em caixa alta separadas por ponto.

**Introdução:** apresenta o problema de pesquisa, a justificativa, a revisão da literatura (pertinente e relevante), a questão norteadora do estudo e/ou hipótese e o(s) objetivo(s) coerentes com a proposta do estudo.

**Método:** apresenta tipo de estudo, local de pesquisa, referencial metodológico utilizado, população e amostra (identificada, coerente e cálculo amostral quando indicado), critérios de elegibilidade (inclusão e exclusão - atentar para não considerar uso de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido como critério de elegibilidade), período e estratégia de coleta de dados, análise dos dados, e aspectos éticos (incluir nº CAAE registrado na Plataforma Brasil e protocolo de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa).

Para ensaio clínico randomizado usar o guia CONSORT ([checklist e fluxo grama](#)).

Para revisões sistemáticas e metanálises seguir o guia PRISMA ([checklist e fluxo grama](#)).

Para estudos observacionais em epidemiologia seguir o guia STROBE ([checklist](#)).

Para estudos qualitativos seguir o guia COREQ ([checklist](#)).

Para estudos de caso usar o [CARE](#)

Para estudos de acurácia diagnóstica usar checklist e fluxograma [STARD](#)

**Resultados:** apresentam-se em sequência lógica e deverão estar separados da discussão quando se tratar de artigos originais resultantes de estudos com abordagens quantitativas. Utiliza-se tempo verbal no passado para descrição dos resultados.

Quando apresentar tabelas (conforme normas do IBGE) e ilustrações (conforme normas da ABNT), totalizar no máximo de 5. O texto complementa e não repete o que está descrito nas tabelas. A tabela deve ser mencionada no texto que a antecede.

**Discussão:** pode ser redigida com os resultados nas pesquisas qualitativas. Deve conter comparação dos resultados com a literatura e as interpretações dos autores, apontando o avanço do conhecimento atual. Devem apresentar as limitações do estudo, bem como as contribuições e inovações para ensino, pesquisa, gestão e/ou assistência em enfermagem e saúde.

**Conclusão ou Considerações finais:** respondem pontualmente aos objetivos e questão de pesquisa.

**Material suplementar:** todos os artigos **aceitos** devem citar e indicar o link dos materiais úteis que apoiam a pesquisa disponibilizados em repositórios reconhecidos pela comunidade acadêmica.

**Referências:** devem ser apresentadas de acordo com o limite de cada categoria do manuscrito. As referências, de abrangência nacional e internacional, devem ser atualizadas (no mínimo 75% dos últimos três a cinco anos), sendo aceitáveis fora desse período no caso de constituírem referencial primário ou clássico sobre um determinado assunto. Aceita-se até 2 referências de preprint desde que extremamente necessárias. Sugere-se fortemente que durante o processo de avaliação por pares e a prova de prelo, os autores verifiquem se a versão citada do preprint já foi publicada, e, se possível, atualizem com a referência do periódico correspondente. No caso de teses e

dissertações, recomenda-se que sejam citados, preferencialmente, os autores/artigos provenientes das mesmas.

As referências devem ser digitadas em espaço simples e separadas por um espaço simples, numeradas na ordem em que aparecem no texto e formatadas pelo marcador numérico do Word. Utiliza-se nessa seção o título “Referências”. A lista de referências deve ser composta por todas as obras citadas.

Deve-se utilizar o estilo de referências Vancouver, do International Committee of Medical Journal Editors ([ICMJE](#)).

Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o [NLM Catalog: Journals referenced in the NCBI Databases](#). Para os periódicos que não se encontram neste site, poderão ser utilizadas as abreviaturas do [Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde](#) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), e do [Catálogo Coletivo Nacional de Publicações Seriadas \(CCN\)](#), do IBICT.

**Citações:** apresentam-se no texto de acordo com o sistema numérico, com os números correspondentes entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre a palavra e o número da citação, antes do ponto. Nas citações não deve ser mencionado o nome dos autores, excluindo-se expressões como: “segundo...”, “de acordo com...”. Quando se tratar de citação sequencial, os números devem ser separados por hífen e, quando intercaladas, devem ser separados por vírgula. Em caso de transcrição de palavras, frases ou parágrafos com palavras do autor (citação direta), devem-se utilizar aspas iniciais e finais na sequência do texto. Recomenda-se a utilização criteriosa desse recurso, de acordo com a norma da ABNT NBR 10520/2002 (Informação e Documentação - Citações em documentos - Apresentação).

**Depoimentos:** frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos/participantes da pesquisa. Não utilizar aspas, e observar a seguinte estrutura: recuo do parágrafo (1,25 cm), fonte tamanho 11, em itálico, espaçamento simples, com sua identificação entre parênteses, codificada a critério do autor e separadas entre si por um espaço simples. Supressões devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes “[...]”, e as intervenções

dos autores ao que foi dito pelos participantes do estudo devem ser apresentadas entre colchetes.

**Elementos gráficos:** no máximo de cinco (gráficos, quadros, tabelas e figuras), conforme as especificações a seguir:

**Gráficos e quadros:** apresentados conforme a norma da ABNT NBR 6022/2003 (Informação e documentação - Artigo em publicação periódica científica impressa - Apresentação);

**Tabelas:** devem ser apresentadas conforme [IBGE - Normas de Apresentação Tabular](#).

**Demais elementos gráficos:** apresentados conforme a norma da ABNT NBR 6022/2003 (Informação e documentação - Artigo em publicação periódica científica impressa - Apresentação).

**Símbolos, abreviaturas e siglas:** conforme a norma da ABNT NBR 6022/2003 (Informação e documentação - Artigo em publicação periódica científica impressa - Apresentação).

Utilizar negrito para destaque e itálico para palavras estrangeiras.

Deve ser evitada a apresentação de apêndices (elaborados pelos autores) e anexos (elaborados sem a intervenção dos autores).

Agradecimentos por ajuda financeira, assistência técnica e outros auxílios para a execução do trabalho não deverão ser mencionados no momento da submissão. Somente após o aceite do trabalho estas informações serão inseridas após as Referências.

Nos manuscritos resultantes de estudos que envolvem seres humanos, os autores deverão indicar os procedimentos adotados para atender o que determina a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, bem como o número do protocolo de aprovação do projeto de pesquisa no corpo do texto. Uma cópia

do protocolo deverá ser anexada no Passo 6 da plataforma [ScholarOne](#), como documento suplementar.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores tenham interesses que, mesmo não sendo completamente aparentes, possam influenciar seus julgamentos sobre o que é publicado. O conflito de interesses pode ser de ordem pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira. Quando os autores submetem um manuscrito, são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos de interesse que possam influenciar o conteúdo do trabalho submetido à RGE.

### **Envio de manuscritos**

A submissão dos artigos deverá ser feita, exclusivamente, online, pelo site: <https://mc04.manuscriptcentral.com/rgenf-scielo>.

No momento da submissão, o nome completo de cada autor, ORCID, instituição de origem, país, e-mail e resumo da biografia (afiliação completa e credenciais) devem ser informados apenas nos metadados.

Na submissão do manuscrito deverá ser preenchida a cover letter indicando a originalidade, a relevância do artigo para a Enfermagem e sua contribuição para o avanço do conhecimento na área. Não incluir nome ou minicurrículo dos autores. Se o manuscrito for um preprint, deve ser informado na cover letter obrigatoriamente o DOI (Digital Object Identifier) e o nome do servidor em que se encontra depositado.

É obrigatória, no momento da submissão, a indicação do identificador ORCID de todos os autores do manuscrito.

É obrigatório informar a contribuição de cada autor no manuscrito conforme taxonomia [CRediT - CASRAI](#).

Os autores dos trabalhos encaminhados para avaliação deverão enviar uma Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais, elaborada conforme [modelo da Revista](#), assinada por todos os autores, anexada como documento suplementar junto com o artigo.

Os autores deverão preencher e enviar o Formulário de Conformidade com a Ciência Aberta, anexado como documento suplementar junto com o artigo. Conforme [modelo disponível](#).

A Revista cobra taxas de submissão e de publicação.

A taxa de submissão (R\$ 200,00) é paga previamente e o seu comprovante deve ser anexado no ato de submissão. Esta taxa não será ressarcida aos autores diante do arquivamento ou recusa do manuscrito.

A taxa de publicação (R\$ 1.000,00) será paga após o aceite do manuscrito para publicação.

Os custos com tradução do manuscrito para o idioma inglês e/ou português, com empresas indicadas pela RGE, são de responsabilidade dos autores. A revisão gramatical poderá ser realizada por profissional de escolha livre dos autores, devendo ser anexado o devido comprovante.

Informações para pagamento das taxas

O pagamento das taxas deverá ser realizado por meio de depósito bancário identificado.

Favorecido: FAURGS - Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Banco: 001 - Banco do Brasil

Agência: 3798-2

Conta: 323.573-4

Código identificador: CPF ou CNPJ do depositante

CNPJ: 74.704.008/0001-75

Os comprovantes de depósito bancário deverão ser digitalizados e, posteriormente, anexados como documentos suplementares na plataforma ScholarOne: <https://mc04.manuscriptcentral.com/rgenf-scielo> (Passo 2).

Após o aceite para publicação, solicitar-se-á aos autores a tradução do manuscrito completo. Cabe exclusivamente aos autores a escolha e o contato com a empresa. Os autores deverão encaminhar à RGE a tradução, acompanhada do certificado de tradução enviado pela empresa que traduziu o texto. Enfatiza-se que a revisão do manuscrito traduzido é de responsabilidade exclusiva dos autores.

Após este processo, o manuscrito será encaminhado para diagramação.

Cabe à Comissão Editorial a definição do volume da RGE em que o artigo será publicado.

## ANEXO F- NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGO- REVISTA LATINO-AMERICANA DE ENFERMAGEM

### Instruções aos autores

#### 1. Política editorial

A Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) tem como missão contribuir para o avanço do conhecimento científico e da prática profissional da Enfermagem e de outras áreas da saúde, por meio da publicação de artigos de elevado mérito científico e de relevância social. Publica artigos inéditos nos idiomas inglês, português e espanhol, nas categorias Artigo Original, Revisão e Cartas ao Editor; publica textos científicos divulgados em repositórios *Preprints* nacionais e internacionais, reconhecidos pela comunidade acadêmica.

A informação de que o texto é um *Preprint* deve vir na Carta de Apresentação ao Editor (*Cover Letter*, [download](#)), acompanhado do DOI (*Digital Object Identifier*) e do nome do servidor em que se encontra depositado.

A RLAE também publica textos cujos conteúdos (dados, códigos de programa e outros materiais) estejam disponibilizados em repositórios reconhecidos pela comunidade acadêmica, estimulando fortemente tal depósito.

Artigos já publicados ou que estejam em avaliação em outro periódico, simultaneamente, não serão aceitos pela RLAE.

A avaliação de todos os textos científicos submetidos à RLAE é a de revisão por pares (*peer review*), preservado o anonimato dos autores e revisores. No artigo publicado é identificado o nome do Editor Associado condutor do processo avaliativo, que é iniciado pela pré-análise, realizada pelo Editor Científico Chefe, que decidirá pela sua aprovação ou recusa. Uma vez aprovado na pré-análise, o texto científico é enviado ao Editor Associado, que o envia aos consultores. O Editor Científico Chefe, com base nos pareceres emitidos, decide pela aprovação, reformulação ou recusa do texto.

A RLAE segue a política de acesso aberto, do tipo *Gold Open Access* e tem seus artigos disponibilizados para integral acesso, de forma gratuita e adota o sistema de publicação em fluxo contínuo (*rolling pass*). Ao critério do Conselho de Editores, chamadas temáticas podem ser publicadas.

A revista é normalizada seguindo os “Requisitos uniformes para manuscritos apresentados aos periódicos biomédicos” ([Estilo Vancouver](#)) e adota as recomendações dos códigos de condutas ética em publicação do [Committee on Publication Ethics \(COPE\)](#) e as condutas de [Boas Práticas de Editoração – Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors](#).

É obrigatório a todos os autores e coautores realizarem a vinculação do seu registro ORCID ([Open Research and Contributor ID](#)) à sua conta no sistema [ScholarOne-RLAE](#). Além disso, é necessário aos autores informarem o registro ORCID nos seguintes documentos: “[Declaração de Responsabilidade, Transferência de Direitos Autorais e Contribuição dos Autores](#)” e “[Title Page](#)”. Não serão aceitos autores sem registro.

***Declaração de conflito de interesse:*** os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, por ocasião da submissão do seu texto.

Os conceitos emitidos nos textos científicos submetidos à RLAE são de responsabilidade exclusiva dos autores, não refletindo, obrigatoriamente, a opinião do Conselho Editorial.

A revista recebe para apreciação apenas textos científicos cuja coleta de dados tenha sido realizada há menos de três anos. A RLAE não aceita a submissão de manuscritos multipartes e/ou resultados parciais de uma mesma pesquisa, o que deve ser declarado, pelos autores, na Carta de Apresentação (*Cover Letter*, [download](#)).

Ferramentas para a detecção de similaridade de textos são utilizadas no processo de editoração.

**Prioridade de publicação:** prioriza-se a publicação de artigos resultantes de pesquisa que:

- Mostre o avanço de conhecimento científico.

- Contribua para o avanço da prática clínica e/ou ensino e/ou desenvolvimento de políticas públicas de saúde e/ou futuras pesquisas.
- Tenha alta qualidade científica, com método e análise apropriada para responder à questão de pesquisa.
- Mostre rigor, originalidade e criatividade na apresentação dos resultados.
- Apresente relevância e interesse global.
- Siga os guias recomendáveis para reportar os diferentes tipos de estudos.

## 2. Instruções gerais

### 2.1. Autoria

Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo segundo os critérios de autoria das deliberações do *International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)*, determinando que o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1) Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2) Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3) Aprovação final da versão a ser publicada; 4) Responsabilidade por todos os aspectos do texto na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em Declaração ([download](#)) assinada individualmente pelos autores, para esta finalidade e enviada para a RLAE, no ato de submissão do texto.

O número de autores é limitado a seis e, excepcionalmente, será examinada a possibilidade de inclusão de outros autores, considerando as justificativas apresentadas por eles. A inclusão de nomes de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios mencionados não é justificativa, podendo, nesse caso, figurar na seção **Agradecimentos**, que inclui instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem autores.

Os textos científicos devem ser submetidos pelo sistema eletrônico [ScholarOne](#), em português ou inglês ou espanhol.

Devem ser submetidos acompanhados de cópia de aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos ou de Animais de acordo com o tipo de pesquisa. Para estudo do tipo Ensaio Clínico, a RLAE segue as recomendações do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/ Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) de Registro de Ensaios Clínicos, do *International Committee of Medical Journal Editors* ([ICMJE](#)) e exige a apresentação do número do Registro de Aprovação de Ensaios Clínicos, em etapa anterior à realização de coleta de dados do estudo, de uma das entidades descritas na sequência:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry](#) (ANZCTR);
- [ClinicalTrials.gov](#);
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number](#) (ISRCTN);
- [Netherlands Trial Register](#) (NTR);
- [UMIN Clinical Trials Registry](#) (UMIN-CTR);
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform](#) (ICTRP);
- [Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos](#) (ReBEC).

## 2.2. Fontes de financiamento

Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte institucional ou privado, para a realização do estudo. No caso daqueles realizados sem recursos financeiros, devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

Os autores devem inserir na Carta de Apresentação (*Cover Letter*, disponível [aqui](#)) a declaração de ciência de que o texto científico, após submetido, não poderá ter nem a ordem e nem o número de autores alterados, sem prévias justificativa e informação à RLAE.

## 2.3. Cadastro do autor responsável

**Nome(s) e sobrenome(s):** o autor deve seguir o formato pelo qual o seu nome já é indexado nas bases de dados e incluir o número de registro do ORCID.

**Correspondência:** deve constar o nome e endereço completo para correspondência.

**Instituição:** podem ser incluídas até três hierarquias institucionais de afiliação, por exemplo, “Universidade, Faculdade e Departamento”. Essa informação deverá constar de forma idêntica também na *Title Page* ([download](#)). Exemplo: *Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Departamento de Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.*

## 2.4. Direitos autorais

Os autores devem ceder os direitos autorais do texto submetido à RLAE, por meio da Declaração de Responsabilidade e transferência de direitos autorais, assinada por todos os autores ([download](#))

Para a utilização do artigo em acesso aberto, a RLAE adota a Licença [Creative Commons](#) – Licença CC BY. Essa licença permite a distribuição, remixagem, adaptação e criação a partir do seu artigo, inclusive para fins comerciais, desde que atribuído o devido crédito pela criação original ao autor e créditos de publicação à RLAE. A Licença *Creative Commons* é recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

## 2.5. Categorias de artigos aceitos para publicação

**Artigos originais:** contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original e inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados e as pesquisas de abordagem metodológica qualitativa. São também considerados artigos originais as análises de teorias ou métodos que fundamentam a Ciência da Enfermagem ou de áreas afins.

**Artigos de revisão:** estudos avaliativos críticos, abrangentes e sistematizados, resultados de pesquisa original e recente. Visam estimular a discussão e introduzir o debate sobre aspectos relevantes e inovadores. Apresentam o método de revisão, o processo minucioso de busca e os critérios utilizados para a seleção e classificação dos estudos primários incluídos. Devem ser sustentados por padrões de excelência científica

e responder à pergunta de relevância para a enfermagem e/ou outras áreas da saúde. Dentre os métodos, incluem-se: metanálise, metassíntese, *scoping review*, *mapping review*, *overview*, revisão sistemática, revisão integrativa, entre outros.

**Cartas ao Editor:** incluem cartas que visam discutir artigos recentemente publicados pela revista (até os últimos três anos) ou relatar pesquisas originais e achados científicos significativos.

## **2.6. Destaques (*Highlights*)**

São pontos que transmitem as principais conclusões do estudo; são obrigatórios para a publicação do artigo na RLAE e consistem em uma pequena coleção de aspectos que indicam as principais contribuições do texto submetido. Devem ser encaminhados em um arquivo editável e separado no sistema de submissão *on-line*. Use 'Destaques' (ou '*Highlights*') no nome do arquivo e inclua de 3 a 5 desses aspectos. Cada um deve ter, no máximo, 85 caracteres, incluindo os espaços.

## **2.7. Processo de submissão**

O texto científico submetido à RLAE, após aprovação na pré-análise realizada pelo Editor Científico Chefe, será avaliado pela secretaria da revista, com base nas normas contidas nas instruções aos autores (<http://rlae.eerp.usp.br/section/6/para-autores>). Nessa etapa, os ajustes ao texto solicitados pela secretaria para os autores serão encaminhados, no máximo, por três vezes. Superado esse limite, o processo de submissão será encerrado.

## **2.8. Processo de julgamento**

Os estudos submetidos e encaminhados de acordo com as normas de publicação serão enviados à pré-análise pelo Editor Científico Chefe, que decidirá pela sua aprovação ou recusa. Uma vez aprovados na pré-análise, e em conformidade com as normas, os textos serão enviados ao Editor Associado, para a seleção de consultores. Após a avaliação dos consultores, o Editor Associado realizará a recomendação para o Editor Científico Chefe, que decidirá pela aprovação, reformulação ou recusa dos textos, com base nas avaliações realizadas pelos consultores e pelo Editor Associado.

## **2.9. Custos de publicação**

### **2.9.1. Taxa de processamento**

A submissão do texto à RLAE não representa custo para os autores. Caso o texto seja aprovado na fase de pré-análise, os autores deverão pagar a taxa de processamento para prosseguir no processo de avaliação por pares. O comprovante de pagamento deverá ser anexado e encaminhado via sistema *ScholarOne*, em formato PDF, com data de pagamento atual e informações legíveis.

Forma de pagamento: depósito ou transferência bancária

Dados bancários: Banco: Banco do Brasil

Favorecido: Receita Própria EERP

CNPJ: 63.025.530/0027-43

Agência: 0028-0

Conta Corrente: 130.151-9

Mais informações sobre a taxa de processamento poderão ser obtidas em: <http://rlae.eerp.usp.br/section/7/taxa-de-processamento-e-br-traducoes>

### **2.9.2 Custos com revisão e traduções**

Os autores deverão se responsabilizar pelos custos da revisão gramatical do artigo em seu idioma de submissão e das traduções para os demais idiomas de publicação indicados pela revista, conforme orientações a seguir:

#### **2.9.2.1 Revisão gramatical**

A revisão gramatical é solicitada aos autores antes da aprovação final do artigo e deve ser realizada por empresa credenciada pela Revista. O custo da revisão é de responsabilidade dos autores. É obrigatório o envio, junto ao texto revisado, da certificação emitida pela empresa credenciada. Este certificado deve ser anexado ao sistema *ScholarOne*, em campo específico (*Proofreading certificate*).

É obrigatória a conferência do texto, feita pelos autores, antes do envio da versão revisada à Revista. Se houver inadequações, será permitida apenas uma oportunidade para correção.

### 2.9.2.2. Traduções

As traduções são solicitadas aos autores após a aprovação final do texto científico, o qual deve ser traduzido para mais dois idiomas, diferentes daquele da submissão. Para garantir a qualidade das traduções, somente serão aceitas aquelas acompanhadas do(s) certificado(s) de tradução emitido(s) por uma das empresas credenciadas pela RLAE.

Exige-se dos autores que confirmem cuidadosamente as versões de seu artigo antes de encaminharem-nas à RLAE para publicação, especificando em uma declaração que fizeram tal conferência e não encontraram divergências entre elas (incluindo-se palavras faltantes, ausência de parágrafos, idiomas misturados nas traduções, entre outros).

Mais informações sobre os custos de revisão e traduções, acesse: <http://rlae.eerp.usp.br/section/7/taxa-de-processamento-e-br-traducoes>

## 3. Preparação do texto científico (manuscrito)

### 3.1. Guias para apresentação do texto

Para melhorar a qualidade e a transparência das investigações em saúde, os textos devem seguir as orientações dos guias da Rede [Equator](#), conforme o tipo de estudo:

- Para todos os tipos de estudos de melhoria de qualidade, consultar o guia *Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence* (SQUIRE 2.0 - [checklist](#));
- Para ensaio clínico randomizado, utilizar o guia CONSORT ([checklist e fluxograma](#));
- Para as revisões sistemáticas e de metanálise, utilizar o guia PRISMA ([checklist e fluxograma](#));

- Para os demais tipos de revisão (metassíntese, *scoping review*, *mapping review*, *overview*, revisão integrativa, entre outros), utilizar as extensões do guia PRISMA, disponíveis em <http://www.prisma-statement.org/Extensions/>;
- Para estudos observacionais em epidemiologia, consultar o guia STROBE ([checklist](#));
- Para estudos qualitativos, recomenda-se o guia COREQ ([checklist](#)).

**Observação:** em relação ao Guia CONSORT, informa-se que é obrigatório o registro **prospectivo** dos ensaios clínicos em uma das entidades mencionadas no tópico 2.1.

### 3.2. Estrutura

O texto deve conter a seguinte estrutura: título, resumo, descritores em português, *descriptors* em inglês, *descriptores* em espanhol, introdução, método, resultados, discussão, conclusão e referências. Os nomes das seções **Introdução, Método, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências** deverão ser apresentados em negrito, com caixa alta somente na primeira letra (Exemplo: Resultados).

Os agradecimentos deverão constar apenas na *Title Page* ([download](#)).

### 3.3. Formatação

Os Artigos Originais e de Revisão deverão conter até 5000 palavras; as Cartas ao Editor até 500 palavras e no máximo cinco referências. Na contagem das palavras, não serão considerados o resumo, as tabelas, as figuras e as referências.

O texto científico deverá ser enviado de acordo com as seguintes instruções:

- Arquivo no formato .doc ou .docx (Microsoft Word).
- Tamanho A4 (21 cm x 29,7 cm ou 8,27” x 11,7”), com margens superiores, inferiores e laterais de 2,5 cm (1”).
- Fonte *Times New Roman* tamanho 12 (em todo o texto, inclusive nas tabelas).
- Espaçamento duplo entre as linhas desde o título até as referências, com exceção das tabelas, que devem ter espaçamento simples.
- Para destacar termos no texto, utilizar *itálico*.

Não são permitidas no texto: palavras em negrito, sublinhado, caixa alta ou marcadores do Microsoft Word.

### 3.4. Título

O título deve ser conciso e informativo, no idioma em que o texto científico for submetido, com até 15 palavras e em negrito. A utilização de caixa alta, siglas, abreviações e localização geográfica da pesquisa não será permitida.

### 3.5. Resumo

O resumo deve ser estruturado em: **Objetivo**, **Método**, **Resultados** e **Conclusão**. Deverá ser redigido em parágrafo único, com até 200 palavras, no idioma em que o texto for submetido, em espaçamento duplo entre as linhas e com a fonte *Times New Roman* tamanho 12. Citações de autores, local e ano da coleta de dados e siglas, não devem ser apresentadas. O **Objetivo** deve ser claro, conciso e descrito no tempo verbal infinitivo. O **Método** deve conter o tipo de estudo, amostra, variáveis, instrumentos utilizados na pesquisa e o tipo de análise. Os **Resultados** devem ser concisos, informativos e apresentar os principais resultados descritos e quantificados, inclusive as características dos participantes e análise final dos dados. A **Conclusão** deve responder estritamente ao objetivo, expressar as considerações sobre as implicações teóricas ou práticas do estudo e as suas principais contribuições para o avanço do conhecimento científico.

Os **Ensaio Clínico** devem apresentar o número do registro de ensaio clínico ao final do resumo. O número desse registro não será computado no número de palavras do resumo.

### 3.6. Descritores

Os descritores em português, inglês e espanhol deverão ser selecionados da lista do *Medical Subject Headings* ([MeSH](#)) ou [vocabulário dos Descritores em Ciências da Saúde \(DeCS\)](#). Devem ser incluídos **seis** descritores, separados entre si por ponto e vírgula. A primeira letra de cada palavra do descritor deve estar em caixa alta, exceto artigos e preposições.

### **3.7. Introdução**

Deve ser breve, definir claramente o problema estudado, justificando sua importância e as lacunas do conhecimento. Incluir referências atualizadas (dos últimos três anos) e de abrangência nacional e internacional. Descrever as hipóteses do estudo, quando aplicável, e o objetivo no final dessa seção. O objetivo deve ser idêntico no resumo e ao final da introdução.

As siglas deverão ser descritas por extenso na primeira vez em que aparecerem no texto e acompanhadas de sua abreviatura.

### **3.8. Método**

Subdividir a seção nos tópicos: Tipo ou delineamento do estudo; Local ou Cenário em que aconteceu a coleta de dados (cidade, sigla do estado e país); Período; População; Critérios de seleção; Definição da amostra, se for o caso, ou Participantes; Variáveis do estudo; Instrumentos utilizados para a coleta das informações; Coleta de dados; Tratamento e Análise dos dados e Aspectos éticos. Todos os subtítulos devem ser destacados em negrito. Os estudos de abordagem qualitativa devem explicitar o referencial ou quadro conceitual no corpo do texto científico.

### **3.9. Resultados**

Descrever os resultados encontrados, sem incluir interpretações, comentários ou comparações. O texto não deverá repetir o que está descrito nas tabelas e nas figuras.

### **3.10. Discussão**

Deve se restringir aos resultados obtidos e alcançados. Enfatizar aspectos novos e importantes do estudo. Discutir as concordâncias e as divergências com outras pesquisas com evidências científicas atualizadas, publicadas em periódicos nacionais e internacionais. Apresentar, ao final deste tópico, as limitações do estudo e as implicações para o avanço do conhecimento científico para a área de saúde e enfermagem.

### **3.11. Conclusão**

Responder aos objetivos do estudo, de forma clara, direta e objetiva, restringindo-se aos dados encontrados, sem a citação de referências.

#### **4. Tabelas e figuras**

O texto científico deve conter, no máximo, cinco tabelas e/ou figuras.

As tabelas devem conter título informativo, claro e completo, localizado acima do seu conteúdo, indicando o que se pretende mostrar. O título deve conter as informações: participantes do estudo, variáveis, local (cidade, sigla do estado, país) e ano da coleta de dados. O ponto final após a descrição do título da tabela não deve ser incluído. O “n” deverá ser incluído logo após os participantes do estudo.

##### **4.1. Formatação das tabelas**

As tabelas deverão ser elaboradas com a ferramenta de tabelas do Microsoft Word, em fonte *Times New Roman* tamanho 12, com espaçamento simples entre as linhas. Os dados deverão ser separados por linhas e colunas, de forma que cada dado esteja em uma célula. As tabelas não devem conter células vazias e cada coluna deve ser identificada. Os traços internos deverão ser inseridos somente abaixo e acima do cabeçalho e na última linha das tabelas.

##### **4.2. Menção e inserção das tabelas no texto**

Todas as tabelas e figuras deverão ser mencionadas no texto científico e inseridas logo após a sua primeira menção. Exemplo: “...conforme a Tabela 1...”.

##### **4.3. Cabeçalho e fonte de informação das tabelas para dados secundários**

O cabeçalho deverá estar em negrito. A fonte de informação para dados secundários deverá ser mencionada em nota de rodapé, nas próprias tabelas.

##### **4.4. Notas de rodapé das tabelas**

As notas de rodapé das tabelas devem ser restritas ao mínimo necessário. Essas notas deverão ser indicadas pelos símbolos sequenciais \*, †, ‡, §, || e ¶, os quais deverão ser apresentados tanto no interior da tabela quanto em sua nota de rodapé.

#### 4.5. Siglas

A utilização de siglas deve ser restrita ao mínimo necessário.

As siglas presentes nas tabelas e/ou figuras deverão ser apresentadas por extenso em nota de rodapé das, utilizando os símbolos sequenciais: \*, †, ‡, §, || e ¶, sem a utilização de ponto final.

Exemplo: \*GC = Grupo controle; †GI = Grupo intervenção

Os símbolos sequenciais devem ser reiniciados para cada tabela e/ou figura, sendo apresentados desde o título/cabeçalho, corpo da tabela/figura e nota de rodapé, em sistema de leitura ziguezague (da esquerda para a direita, de cima para baixo).

Quando houver necessidade de utilizar mais de seis indicações na mesma tabela e/ou figura, símbolos sequenciais duplicados deverão ser utilizados após os seis símbolos iniciais. Se houver necessidade de utilizar mais símbolos, obedecer à mesma lógica, ou seja, utilizar símbolos triplicados, quadruplicados, etc., conforme exemplo a seguir: \*, †, ‡, §, ||, ¶, \*\*, ††, ‡‡, §§, |||, ¶¶, \*\*\*, †††, ‡‡‡, §§§, ||||, ¶¶¶, ...

#### 4.6. Valores monetários

Deverão ser apresentados em dólares dos Estados Unidos (USD) ou em salários mínimos no país da pesquisa na época da coleta de dados.

Se apresentados em dólares (USD), a cotação do dólar e a data da cotação devem ser informadas em nota de rodapé.

Exemplo: \*Cotação do Dólar EUA = R\$ 4,6693, em 10/03/2020

Se apresentados em salários mínimos, o valor, ano e país da pesquisa referentes ao salário mínimo devem ser informados em nota de rodapé.

Exemplo: \*Salário mínimo vigente = R\$ 1.045,00, Brasil, 2020

#### **4.7. Formatação não permitida**

Quebras de linhas utilizando a tecla *ENTER*, recuos utilizando a tecla *TAB*, espaços para separar os dados, caixa alta, sublinhado, marcadores do Microsoft Word, cores nas células e tabelas com mais de uma página não serão permitidos. As tabelas de apenas uma ou duas linhas deverão ser convertidas em texto.

### **5. Figuras**

São consideradas figuras: quadros, gráficos, desenhos, esquemas, fluxogramas e fotos. Todos estes itens devem ser denominados apenas como “figura” no texto científico (Exemplo: Figura 1, Figura 2, etc.).

O título da figura deve estar localizado logo abaixo da mesma. Se houver nota de rodapé, o título virá imediatamente abaixo.

As figuras devem estar em alta resolução, com um mínimo de 900 DPI (*Dots Per Inch* ou Pontos por Polegada, em português), sendo, sempre que possível, editáveis.

#### **5.1. Figuras: Quadros**

Os quadros deverão conter dados textuais e não numéricos, serem fechados nas laterais e com linhas internas. Quadros, quando construídos com a ferramenta de tabelas do Microsoft Word, poderão ter o tamanho máximo de uma página e não, somente, 16x10 cm como as demais figuras. A inserção de quadros, quando extraídos de outras publicações, exige a indicação da fonte em nota de rodapé.

#### **5.2. Figuras: Gráficos**

Os gráficos deverão estar legíveis e nítidos, com o tamanho máximo de 16x10 cm. Se optar por utilizar cores, elas devem ser de tons claros. Vários gráficos em uma única

figura somente serão aceitos se a apresentação conjunta for indispensável à interpretação da figura.

### **5.3. Figuras: Desenhos, esquemas e fluxogramas**

Os desenhos, esquemas e fluxogramas deverão ser construídos com ferramentas adequadas, de preferência com a intervenção de um profissional de artes gráficas. Eles deverão ser de fácil compreensão, legíveis, nítidos e no tamanho máximo de 16x10 cm.

Desenhos, esquemas e fluxogramas inseridos, quando extraídos de outras publicações, exigem a indicação da fonte em nota de rodapé da figura.

### **5.4. Figuras: Fotos**

As fotos deverão estar nítidas, em alta resolução e de tamanho máximo de 16x10 cm. Caso contenham imagens de pessoas deverão ser tratadas, para que não haja possibilidades de identificação das que foram retratadas.

### **5.5. Notas de rodapé das figuras**

As notas de rodapé das figuras devem ser restritas ao mínimo necessário; deverão ser indicadas pelos símbolos sequenciais \*, †, ‡, §, || e ¶, os quais deverão ser apresentados tanto no interior da figura quanto na nota de rodapé.

## **6. Depoimentos de participantes dos estudos**

Os depoimentos devem ser apresentados em itálico, na fonte *Times New Roman* tamanho 10, sem aspas e na sequência do texto. É obrigatória a identificação por código de cada depoimento citado no manuscrito, entre parênteses, sem itálico e ao final do depoimento.

## **7. Notas de rodapé no texto**

As notas de rodapé deverão ser indicadas pelo sinal gráfico asterisco, iniciadas a cada página e restritas a um máximo de três por página.

Utilizar a sequência \*, \*\*, \*\*\*.

## 8. Formatação das citações

### 8.1. Citações de referências no texto

Enumeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, sobrescritos e entre parênteses, sem menção do nome dos autores (exceto os que constituem referencial teórico ou de método). Quando forem sequenciais, indicar o primeiro e o último número, separados por hífen. Ex.: (1-4); quando intercaladas, deverão ser separados por vírgula. Ex.: (1-2,4).

Entre a citação numérica e a palavra que a antecede, não deve existir espaço. Exemplo: ...Cândida albicans<sup>(3-6,16,21)</sup>.

A indicação da página consultada da referência citada no artigo não deve ser mencionada.

### 8.2. Citações de referências "ipsis literes"

Essas citações deverão ser apresentadas entre aspas, sem itálico, com fonte *Times New Roman* tamanho 12 e na sequência do texto.

## 9. Referências

A RLAE adota as referências em conformidade com o [Estilo Vancouver](#).

Inexiste limite máximo do número de referências, desde que pertinentes ao texto e com *link* de acesso para sua averiguação. Os autores devem seguir a proporcionalidade de, no mínimo, 80% de artigos de periódicos indexados em bases de dados internacionais

e dos últimos três anos. Os links para a averiguação devem estar com datas de acesso atualizadas.

As referências citadas deverão estar no idioma inglês sempre que disponível. O *DOI* (*Digital Object Identifier*) ou o *link* de acesso devem ser inseridos ao final de todas as referências citadas no artigo.

Para se ter exemplos de como citar artigos publicados na RLAE, recomenda-se a consulta ao *site* <http://rlae.eerp.usp.br/section/9/como-citar-artigos-da-rlae>.

## **10. Modelo de Carta de Apresentação (*Cover Letter*)**

### **Carta de Apresentação (*Cover Letter*)**

Cidade, dia, mês e ano.

Prezado(a) Editor(a) da Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)

[Informar como os achados e as conclusões do texto científico contribuem para o avanço do conhecimento para a área de saúde e enfermagem]

[Informar a(s) inovação(ões) do estudo]

Assim, submetemos à sua apreciação o texto científico intitulado “[título do texto]”, o qual se adequa às áreas de interesse da RLAE. A revista foi escolhida por [colocar justificativa da escolha da revista para a publicação do texto científico]. Somente se aplicável: O texto é um *Preprint*, encontra-se publicado no repositório (nome do repositório/servidor), com o DOI (*Digital Object Identifier*) (número).

Todos os autores declaram ter ciência de que o estudo, após submetido,

não poderá ter a ordem nem o número de autores alterados, sem informação e justificativa prévias à RLAE e ainda, que contribuíram no desenvolvimento desta pesquisa e em sua redação, bem como aprovaram o seu conteúdo antes de sua submissão. Os autores certificam que o presente texto científico não se caracteriza como multipartes e/ou resultados parciais de um mesmo estudo e representa uma pesquisa original. Os autores declaram, ainda, não haver conflitos de interesse em relação ao presente texto científico (Se houver conflito, os mesmos devem especificar quais são).

---

Nome completo do autor 1 + assinatura + ORCID

**Observação:** seguir o procedimento anterior (inserir nome completo, assinatura e número do registro ORCID) para todos os autores do texto.