

Estratégias de enfrentamento da COVID-19 na atenção primária: estudo de método misto

Coping strategies for COVID-19 primary care: a mixed method study

Janaina Barbieri (<http://orcid.org/0000-0001-8441-3993>)¹
Andrielli da Silveira Recalcati (<http://orcid.org/0000-0001-8628-7134>)¹
Adriana Roes Ramos (<http://orcid.org/0000-0003-1349-9560>)¹
Adriano Maia dos Santos (<http://orcid.org/0000-0001-9718-1562>)²
Ana Maria Muller de Magalhães (<http://orcid.org/0000-0003-0691-7306>)¹
Deise Lisboa Riquinho (<http://orcid.org/0000-0002-6604-8985>)¹

Abstract *This article aims to analyse the COVID-19 coping strategies adopted by municipal health managers in two regions. A mixed method study of the sequential explanatory type was carried out with municipal health managers and primary care coordinators. The quantitative stage was developed with the application of an instrument to 42 managers to identify coping actions and associations with demographic and epidemiological data of COVID-19 in the municipalities. The results aimed at the definition of 15 participants and the collection of data in the qualitative stage, enabling approximation of the meta inferences of the study. Of the actions implemented, there were immediate actions to monitor cases, organize new care flows and encourage the population to adopt nonpharmacological measures. Regional articulation was the device that allowed for expansion and municipal autonomy for testing, reducing contamination and deaths among citizens. Municipal coping strategies that focused on the surveillance of cases and expansion of testing showed positive outcomes in terms of the number of infections and deaths from COVID-19.*

Key words COVID-19, Regional health planning, Primary health care, Health manager

Resumo *O objetivo deste artigo é analisar as estratégias de enfrentamento da COVID-19 adotadas por gestores municipais de saúde em duas regiões. Estudo de método misto do tipo explicatório sequencial, realizado com gestores municipais de saúde e coordenadores da atenção primária. A etapa quantitativa foi desenvolvida com a aplicação de instrumento a 42 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 à coleta de dados na etapa qualitativa, possibilitando aproximação das metainferências do estudo. Das ações implantadas, foram unânimes as ações de monitoramento dos casos, organização de novos fluxos de atendimento e estímulo à adoção de medidas não farmacológicas pela população. A articulação regional foi o dispositivo que permitiu ampliação e autonomia municipal para a testagem, com redução de contaminação e óbitos nos municípios. As estratégias municipais de enfrentamento que tiveram foco na vigilância dos casos e na ampliação da testagem apresentaram desfechos positivos no que se refere a número de óbitos por COVID-19.*

Palavras-chave COVID-19, Regionalização da saúde, Atenção primária à saúde, Gestor de saúde

¹ Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. R. São Manoel 963, Rio Branco. 90620-110 Porto Alegre RS Brasil.

janaina.2609@hotmail.com

² Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia. Vitória da Conquista BA Brasil.

Introdução

Após dois anos de enfrentamento da pandemia da doença causada pelo coronavírus (COVID-19), observou-se um desastre em número de casos e óbitos em alguns países do mundo, a exemplo do Brasil, devido à falta de tratamento no primeiro ano e a desigualdades de acesso aos imunobiológicos no segundo¹. Estudo divulgado pela Organização Pan-Americana da Saúde apontou excesso de mortes associado direta e indiretamente à COVID-19 (cerca de 14,9 milhões) nos anos de 2020 e 2021².

O subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS), agravado em 2016 pela Emenda Constitucional nº 95 (EC95), seguido pela implantação do novo modelo de financiamento da atenção primária à saúde (APS) em 2019, incidiu na conta de estados e municípios no montante das despesas em saúde³. Nem mesmo em decorrência da pandemia os custos nessa pasta foram ajustados, continuando escassos, o que ocasionou a insuficiência de insumos⁴.

O descompasso do governo federal na condução da pandemia delegou aos estados e municípios a iniciativa de instituir medidas que garantissem ações coordenadas e mais efetivas⁵. Porém, as possibilidades para a obtenção de sucesso nesse cenário surgem por meio de sistemas de saúde preparados, governados e financiados em todos os níveis de forma integrada^{6,7}.

Diante da ausência de coordenação nacional nas ações de enfrentamento da pandemia e na judicialização do tema, algumas experiências de consórcios em nível estadual e entre estados na região Nordeste do país foram relatadas⁵. A APS, no contexto pandêmico, enfrentou dificuldades, como mudanças no modelo de trabalho e revolução da saúde digital, e precisou planejar ações para diferentes momentos, de acordo com o cenário epidemiológico⁸. Além disso, reduziu as atividades inerentes aos processos para a contenção da COVID-19, mostrou a necessidade de os sistemas públicos de saúde serem repensados e a importância da APS com ações vinculadas à vigilância em saúde^{9,10}.

Com base no exposto, este estudo objetiva analisar as estratégias de enfrentamento da COVID-19 adotadas por gestores municipais de saúde em duas regiões.

Método

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo de método misto, do tipo explanatório sequencial, no qual elementos quantitativos são implementados, e a etapa qualitativa é norteada com base na análise dos resultados obtidos¹¹. A integração dos dados é apresentada em três níveis¹²: 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 mediante narrativa e exibição visual – *joint display*.

A Figura 1 apresenta o modelo visual¹³ para detalhar a integração dos dados no desenho do estudo, com a seguinte questão global orientadora: quais foram as estratégias de enfrentamento da COVID-19 adotadas pelo gestor municipal de saúde?

Seguindo os preceitos do método misto¹¹, por meio de uma conexão, os dados e os resultados da coleta da fase quantitativa foram utilizados para implementar critérios de inclusão dos participantes e construção das questões orientadoras da fase qualitativa.

Cenário

O estudo foi desenvolvido nos municípios que compõem as regiões 15 e 20 de saúde, localizados na macrorregião norte do estado do Rio Grande do Sul (RS). Ambas as regiões são compostas por 26 municípios, totalizando 52. Os municípios têm populações que variam de 1.886 a 34.328 habitantes, com presença de população indígena em 12 deles (23,07%). Além disso, 50 municípios (96,15%) contam com total cobertura de equipes de saúde da família.

População

Participaram do estudo gestores municipais de saúde ou gerentes da APS dos 52 municípios das duas regiões de saúde. A escolha desses municípios ocorreu em decorrência do vínculo do pesquisador principal neste cenário de gestão e de arenas decisórias regionais.

Critérios de seleção

Como critério de inclusão, considerou-se: estar ocupando o cargo de gestor municipal de saúde ou ser gerente da APS há mais um ano. Dessa forma, os participantes teriam perpassado

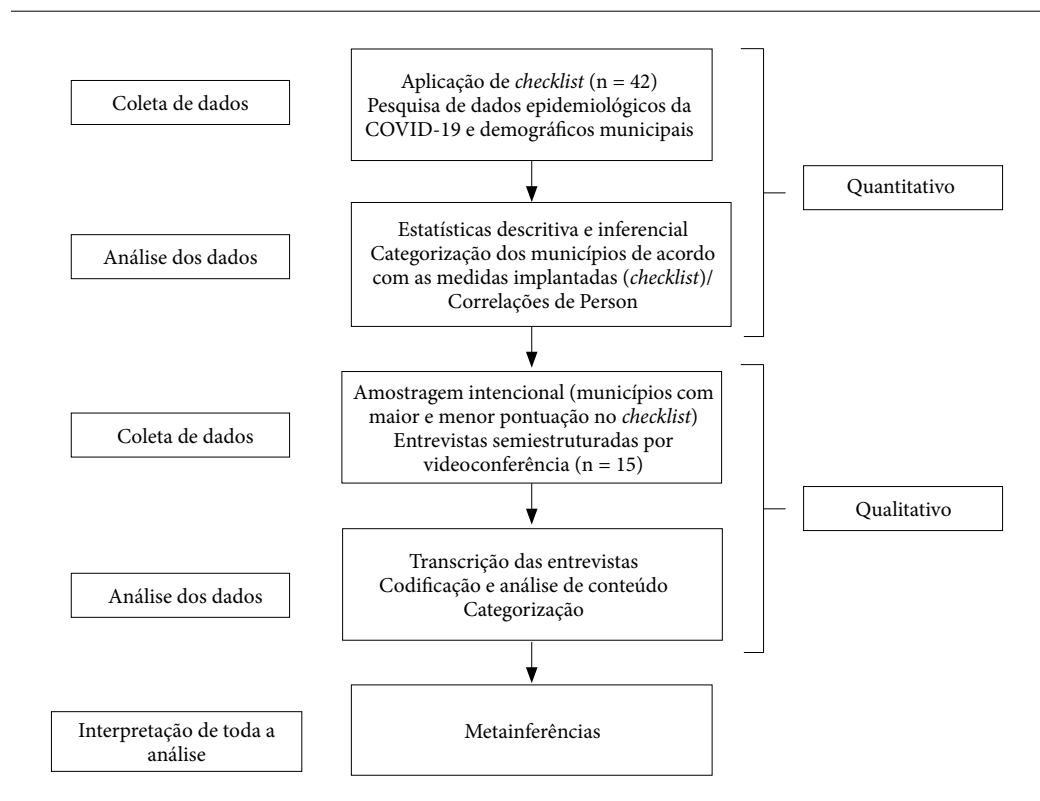


Figura 1. Modelo visual da integração em nível de desenho do estudo sequencial explicativo.

Fonte: Adaptado de McCrudden e McTigue¹³.

o período inicial da pandemia da COVID-19, de-frentando-se com os desafios que esta acarretou à gestão na saúde, o que contribuiria para os objetivos propostos pela pesquisa.

Definição da amostra

Na fase quantitativa, utilizou-se amostragem por conveniência, sendo convidado um representante de cada um dos 52 municípios que atendiam ao critério de inclusão. Desses, 42 aceitaram participar e compor a amostragem. Já na fase qualitativa, a amostra foi intencional¹⁴, com gestores ou gerentes da APS de 15 municípios que apresentaram maiores e menores desempenhos nos resultados obtidos na fase quantitativa e aceitaram participar na segunda fase.

Instrumentos utilizados para a coleta de informações

Na fase quantitativa, foram utilizados os seguintes instrumentos: formulário sociodemográ-

fico para caracterização da população do município, formulário para dados epidemiológicos da COVID-19 e um *checklist* elaborado para a coleta de dados relacionados às ações de enfrentamento da COVID-19 pelos gestores municipais de saúde.

O *checklist* estava relacionado às medidas de mitigação da COVID-19, com propostas orientadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁵, pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)¹⁶ e por pesquisadores brasileiros¹⁷. Era composto por 20 variáveis com escala categórica nominal dicotômica de respostas “sim” ou “não” para identificar o nível de implementação das medidas na amostra.

Na fase qualitativa, foram feitas entrevistas por videoconferência, de maneira a garantir as medidas de isolamento e distanciamento social, sendo gravadas com a permissão do participante. As perguntas semiestruturadas foram elaboradas a partir dos resultados quantitativos, com a finalidade de ilustrar as situações e aprofundar lacunas oriundas da primeira etapa da pesquisa mista.

Coleta de dados

A coleta de dados quantitativos aconteceu no período de julho e agosto de 2020, com aplicação do *checklist* por ligação telefônica, e em março de 2021, por meio de pesquisa de dados epidemiológicos em *sites* oficiais de domínio público das secretarias municipais de saúde e da Secretaria Estadual de Saúde do estado do RS, além de dados sociodemográficos no *site* do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A coleta de dados qualitativos ocorreu nos meses de junho e julho de 2021, por videoconferências previamente agendadas com os participantes via contato telefônico. A duração das entrevistas variou de 30 a 90 minutos. As coletas de dados das duas fases da pesquisa foram realizadas pelo pesquisador principal.

Tratamento e análise dos dados

Os dados obtidos na fase quantitativa foram tabulados em planilha do programa Microsoft Excel, sendo efetuado 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. As correlações foram calculadas pelo coeficiente de correlação de Pearson, tendo sido consideradas significativas todas as análises com o valor $p < 0,05$.

Os dados resultantes da fase qualitativa foram inicialmente transcritos na íntegra. Posteriormente, adotando-se a técnica de análise de conteúdo¹⁴, foram efetivadas as três etapas preconizadas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, com 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 com 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.

Aspectos éticos

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. Para garantir o anonimato

dos participantes, as falas foram codificadas com a letra E (entrevistado/a) e numeradas conforme a ordem cronológica das entrevistas.

Resultados

Os resultados estão apresentados sequencialmente, com a integração das fases quantitativa e qualitativa por meio da exibição visual em *joint display* com as metainferências obtidas, seguindo-se as recomendações e o rigor dos estudos de métodos mistos¹³⁻¹⁸.

Fase quantitativa

Nos municípios em estudo, a densidade demográfica é de 30,65/Km², e em média, 55,6% da população reside no meio rural. Das características dos gestores, houve paridade com 50% de ambos os sexos, sendo que 38% (n = 16) estavam na função havia menos de dois anos. Quanto à escolaridade, 62% (n = 26) tinham curso superior; destes, 50% (n = 13) tinham formação na área da saúde.

Os resultados da primeira fase, oriundos da aplicação do *checklist*, revelaram que todos os 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; e (4) indução de ações de intervenção não farmacológica para a população. Por sua vez, as estratégias implementadas em 90% dos municípios foram: (1) articulação com outros órgãos e criação do Comitê de Crise para tratar do enfrentamento da pandemia; (2) ações para evitar o desabastecimento de equipamentos de proteção individual (EPI); (3) criação de novos fluxos de atendimento na APS para demandas habituais e síndromes gripais; (4) e estratégia de atendimento odontológico. As implementadas em menos de 50% dos municípios foram a entrega de medicamentos em domicílio e o trabalho em *home office* das equipes. Na avaliação das 20 estratégias de mitigação sugeridas no *checklist*, um município implementou apenas 11, enquanto os quatro municípios que mais implementaram elencaram 19 estratégias. A média foi de 17 estratégias na amostragem de municípios.

O Quadro 1 apresenta os resultados da análise da correlação de Pearson, bem como as lacunas que direcionaram a elaboração das perguntas norteadoras para a fase qualitativa.

Fase qualitativa

Na amostra, dos 15 gestores municipais de saúde, ou profissionais que atuaram na linha de frente da gestão do município, 10 eram mulheres; 11 tinham nível superior especificamente na área da saúde; seis eram da área de enfermagem.

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 2, assim como as metainferências.

Discussão

Conforme os dados encontrados, novos fluxos foram necessários e implementados de acordo com a realidade de cada município. Para tanto, foram indispensáveis a criação e a organização de locais específicos para atendimentos de pessoas com sintomas gripais, chamados de Centros COVID. Utilizando-se financiamento federal, foi possível a continuidade das demandas inerentes da APS, mesmo que de maneira tímida, conforme o curso “natural” da pandemia. Essa estratégia dos centros de atendimento à COVID-19 (implementada e relatada por 22 municípios na

fase quantitativa do estudo que se enquadraram nos critérios previstos na Portaria do Ministério da Saúde nº 1.445, de maio de 2020), a partir de experiências de países como Portugal e China¹⁹, foi de grande importância.

É pertinente lembrar que, em 2020, medidas estratégicas para a organização da saúde no país foram recomendadas, como: 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 que visassem à obtenção de um modelo assistencial estruturado, iniciando pela APS e atenção especializada²⁰. No depoimento de dois gestores, tais iniciativas estiveram presentes.

Estudo¹⁹ 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 APS territorial. No entanto, foram identificadas iniciativas da APS que focaram o território, embora requerendo o engajamento comunitário, a ação dos movimentos sociais e da sociedade civil para o enfrentamento de emergências em saúde, para mitigar iniquidades e proteger os mais vulneráveis, tendo em vista a ausência de uma liderança sanitária nacional²¹. 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 a partir do e para o território.

Quadro 1. Resultados da fase quantitativa e integração com a fase qualitativa, por meio da delimitação da pergunta norteadora na entrevista.

Resultados quantitativos	Perguntas da entrevista	Justificativa da pergunta
Correlação significativa entre as estratégias de mitigação e o percentual de testes confirmados para COVID-19 ($p = 0,029$; $r = 0,34$).	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? Como a gestão municipal gerenciou o cenário diante dos desafios?	Compreender como foi gerenciado o cenário pandêmico no município, influenciando os 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: Autores.

Quadro 2. Metainferências a partir da integração dos resultados das fases quantitativa e qualitativa.

Resultados quantitativos	Resultados qualitativos	Metainferências
Correlação significativa entre as estratégias de mitigação e o percentual de testes confirmados para COVID-19 ($p = 0,029$; $r = 0,34$).	<p>Organização da rede de serviços na esfera municipal</p> <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). 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). [...] na construção do plano de contingência, o nosso comitê envolvia vários segmentos do município, da Polícia Civil ao Ministério Público (E5, E14). [...] estratégia de ir até ao domicílio do paciente fazer a testagem, o monitoramento, incluindo as áreas indígenas (E3, E5, E7, E13, E14).</p>	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 protocolos de atendimento dos pacientes
Correlação significativa entre a taxa de casos confirmados e a de óbitos ($p = 0,002$; $r = 0,47$)	<p>Desafios da gestão municipal no enfrentamento da pandemia</p> <p>A gente não conseguiu segurar as pessoas no período eleitoral (E1, E5, E8). 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). 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 considerar economia e saúde na pandemia (E4). 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). 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). 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>	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
Correlação inversa e significativa entre a taxa de testagem e letalidade ($p = 0,038$; $r = -0,32$)	<p>Articulação regional e ampliação da testagem da COVID-19</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). 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). 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>	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

Fonte: Autores.

Ao analisar as estratégias de promoção em saúde utilizadas na APS, observou-se a importância de práticas integradas com a vigilância dos casos, da abordagem ordenadora no cuidado aos pacientes com COVID-19, do suporte aos grupos vulneráveis e de risco, além de estratégias para possibilitar a continuidade das atividades inerentes à atenção básica²². Neste estudo, alguns relatos destacaram a dedicação da equipe ao trabalho realizado mediante monitoramento diário dos casos em domicílios, evitando agravamentos ou internações. Dessa forma, as ações implementadas pelos municípios, voltadas ao rastreamento, ao monitoramento e à vigilância de casos, possibilitaram uma melhor avaliação do cenário²³.

Durante a pandemia, o estado do Rio Grande do Sul instituiu, por meio do Gabinete de Crise, ações de enfrentamento que regulamentaram as medidas de contingência, analisando-se o panorama regional conforme sua capacidade instalada²⁴. Mesmo com a regionalização apresentando fragmentações no processo de estruturação, em especial pela proatividade de alguns atores regionais concomitantemente com a apatia de outros, configura-se como um espaço potente na indução de oferta de serviços para a superação de desigualdades²⁵.

Nesse cenário, é pertinente destacar que, em 2020, ocorreram as eleições municipais, que fragilizaram os processos de gestão, tendo em vista que alguns gestores de saúde se licenciaram para o pleito eleitoral. Isso repercutiu na continuidade das ações, corroborando análises prévias que apontaram o impacto contraproducente que constantes trocas de gestores podem acarretar na qualidade dos serviços em saúde²⁶. Para além dessas considerações, ressalta-se que a eleição também fragilizou a indução e a manutenção de ações de distanciamento, considerando-se a dinâmica do processo eleitoral, o que posteriormente culminou no aumento de casos no estado e no país.

As dificuldades de manter as regras de fechamento do comércio e as medidas de distanciamento nos municípios, conforme relatadas por nove gestores, foram fortalecidas por discursos que minimizavam os efeitos e as consequências da pandemia, induzidos pelo presidente da República. Porém, por intermédio do alinhamento político regional e estadual obtido por decretos estaduais²⁷ e do modelo de distanciamento controlado, os gestores municipais mobilizaram em seus territórios a permanência das medidas recomendadas, mesmo que confrontados por embates desses dois entes (estadual e municipal) em

razão do dilema saúde *versus* impacto econômico²¹. Não obstante, em outros países, as medidas de restrições sanitárias não estiveram imunes às críticas e polêmicas decisões políticas²⁸.

Nas duas regiões de saúde deste estudo estão presentes frigoríficos que apresentaram surtos de COVID-19 em seu ambiente, especialmente devido a falhas nas medidas de segurança dos trabalhadores e à fragilidade nas práticas inerentes ao processo de trabalho e de transporte até a empresa²⁹. À medida que surgiam os primeiros casos da doença em trabalhadores, aumentava a preocupação do município em frear a cadeia de contágio, emergindo a necessidade de se estreitarem laços em tais locais e de manter os casos positivos em isolamento, evitando o aumento dos surtos. No entanto, questões econômicas gravavam entraves na manutenção de medidas de distanciamento, sendo necessária a atuação de órgãos responsáveis, como o Ministério Público do Trabalho.

O termo *necropolítica*, ou política da morte, 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 economia²¹. Esta última deveria ser priorizada em detrimento de perdas de vidas, sobretudo de uma parcela da população que é pouco valorizada pela sociedade, como pessoas pobres, idosas, negras, indígenas e/ou do sexo feminino³⁰. Por sua vez, o fenômeno denominado *infodemia*, resultante da propagação de notícias de cunho falso e criado estrategicamente por grupos com ideologias negacionistas das informações da sociedade científica, agravou as tensões no sistema público de saúde³¹ e tornou-se mais um desafio às equipes e aos gestores de saúde.

Também a divulgação de *fake news* e a falta de transparência quanto aos números de óbitos em certo período da pandemia alimentaram informações distorcidas sobre a indução de recursos pela ocorrência de óbitos nos municípios³². Na região das Américas, a heterogeneidade das ações e as características inerentes a seus sistemas de saúde acarretaram desfechos diversificados e iniquidades, segundo a prevalência de contágios e mortes³³.

Contudo, por meio de representações, como a do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e do 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 crise⁵ foram direcionadas aos municípios com a finalidade de

mitigar as informações negacionistas, por meio da dispersão de documentos orientadores produzidos por cientistas brasileiros.

Nesse cenário de dificuldades para a efetividade do distanciamento social, a testagem, de forma mais abrangente, foi indicada internacionalmente como estratégia para evitar a disseminação do vírus^{34,35}. Contudo, no Brasil, devido aos atrasos na entrega dos testes, a uma política de testagem com barreiras funcionais e a sistemas de gerenciamento de dados pouco céleres, não foi possível alcançar resultados satisfatórios para impedir o contágio e os óbitos³⁶.

Outra preocupação a ser citada se refere aos dados de notificação que evidenciavam 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 notificados³⁷.

É pertinente reconhecer que, no enfrentamento da pandemia, ações como testagem, rastreamento de contactantes, isolamento (ou quarentena) e monitoramento dos casos são indispensáveis para interromper a cadeia de contágio. É imperativa a construção de uma rede coordenada e articulada, envolvendo atores da saúde pública e prestadores de serviço para atender à demanda⁶. 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 para atender à demanda de testagem.

A descentralização da testagem ocorreu em vários países, com a finalidade de se obter uma testagem mais ativa, dada a importância dessa estratégia para reduzir a cadeia de transmissão do vírus⁶. Em alguns países como o Brasil e outros com piores condições econômicas, a testagem foi seletiva e insuficiente desde o início, resultando na incapacidade de controle da pandemia³⁸.

Ao comparar os países mais populosos em cada continente, em março de 2021 foi identificado que o Brasil teve mais óbitos e menos testes por milhão de habitantes. Na mesma pesquisa, o estado do RS, comparado aos demais estados 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 habitantes³⁹.

No que se refere às contribuições do estudo, por meio de métodos mistos, buscou-se trazer uma análise original e criativa, especialmente por se debruçar sobre um tema emergente na pers-

pectiva regional. Assim, os achados desta investigação podem contribuir para acúmulo e avanço de conhecimento científico, principalmente ao corroborar outras pesquisas em regiões de saúde. As regiões estudadas apresentam similaridades com outros territórios nacionais e permitem que gestores e profissionais tenham evidências para reflexão e tomada de decisão. Reforçam, ainda, a adoção de princípios de precaução em um cenário pouco conhecido como foi o início da pandemia por COVID-19, por meio da adoção de estratégias recomendadas por órgãos competentes, como OMS e OPAS.

Por fim, com base na experiência de profissionais e gestores, este artigo procurou analisar a complexidade dos desafios para controle da COVID-19. Tem-se aqui o principal limite do artigo, em decorrência de a temática ser complexa e requerer outras visões complementares e avaliações permanentes para monitoramento dos avanços e retrocessos inerentes às políticas públicas, em especial diante de uma pandemia. Além disso, a amostragem intencional, restrita a duas regiões de saúde, pode não refletir a realidade de outros locais. Outras limitações que podem ser apontadas se referem ao período de condução do estudo, ou seja, durante uma pandemia, com os profissionais e gestores de saúde tendo que lidar com o desconhecido, além da escassez de literatura referente ao contexto na APS. No entanto, o estudo apresenta uma consistência teórico-metodológica que sustenta a transferibilidade dos resultados⁴⁰.

Conclusão

Neste estudo, observou-se que as estratégias adotadas por todos os gestores municipais de saúde entrevistados no enfrentamento da COVID-19 se referiam ao monitoramento dos casos, ao fluxo de atendimento pela equipe multiprofissional e à atuação dos agentes comunitários de saúde em atividades de prevenção junto à população. Ressalta-se que a realização dos testes, inicialmente escassos, foi predominante 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 maior eficácia na chegada dos resultados, o que propiciou a redução na cadeia de transmissão e óbitos.

A manutenção do isolamento social, com o fechamento do comércio, os cultos religiosos e o

movimento no período eleitoral foram as dificuldades mais relatadas. Somam-se a esses obstáculos a falta de coordenação nacional, assim como as pressões econômicas e a disseminação de notícias integracionistas e falsas, constituindo as principais dificuldades relatadas pela gestão dos municípios. Nota-se que os municípios deste estudo criaram mecanismos de acordo com as suas

possibilidades organizacionais de infraestrutura e recursos humanos. Além disso, apropriaram-se de mecanismos de ajuda mútua para superar dificuldades e vazios assistenciais, a exemplo da parceria entre municípios, que, por meio do consórcio intermunicipal e de parceria com universidade da região, possibilitou a ampliação da testagem.

Colaboradores

J Barbieri, DL Riquinho, AR Ramos e AS Recalcati: contribuíram substancialmente para a concepção e planejamento, análise e interpretação dos dados; elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. AM Santos e AMM Magalhães: colaboraram na revisão crítica do conteúdo.

Financiamento

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul – 20/2551-0000281-0.

Referências

- Bastos AT, Rei F. A governança global no controle de situações pandêmicas: aprendizagens recentes sobre COVID-19. *Leopoldianum* 2021; 47(133):7-17.
- Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Excesso de mortalidade associado à pandemia de COVID-19 foi de 14,9 milhões em 2020 e 2021 [Internet]. [acessado 2022 maio 15]. 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%205%20de%20maio%20de,%20aproximadamente%2014%2C9%20mil%C3%B5es%2>
- Menezes AP, Moretti B, Reis AA. The future of the SUS: impacts of neoliberal reforms on public health – austerity versus universality. *Saude Debate* 2019; 43(Esp. 5):58-70.
- Mendes A, Melo MA, Carnut L. A critical analysis of the implementation of the new model for allocating federal resources to primary healthcare: operationalism and improvisation. *Cad Saude Publica*; 2022; 38(2):e00164621.
- 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. *Saude Debate* 2021; 45(131):945-957.
- Haldane V, De Foo C, Abdalla SM, Jung AS, Tan M, Wu S, Chua A, Verma M, Shrestha P, Singh S, Perez T, Tan SM, Bartos M, Mabuchi S, Bonk M, McNab C, Werner GK, Panjabi R, Nordström A, Legido-Quigley H. Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries. *Nat Med* 2021; 27(6):964-980.
- Padhan R, Prabheesh KP. The economics of COVID-19 pandemic: a survey. *Econo Anal Policy* 2021; 70:220-237.
- 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.
- Giovanella L, Martufi D, Mendoza DCR, Mendonça MHM, Bousquat AEM, Pereira RAG, Medina MG. The contribution of Primary Health Care in the SUS network to face COVID-19. *Saude Debate* 2020; 44(4):161-176.
- Patiño-Escarcina JH, Medina, MG. Health Surveillance within the Primary Healthcare scope to face the COVID-19 pandemics: a document review. *Saude Debate* 2022, 46(1):119-130.
- Creswell, JW. *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Porto Alegre: Penso; 2021.
- Caffery LJ, Martin-Khan M, Wade V. Mixed methods for telehealth research. *J Telemed Telecare* 2017; 23(9):764-769.
- McCrudden MT, McTigue EM. Implementing integration in an explanatory sequential mixed methods study of belief bias about climate change with high school students. *J Mixed Methods Res* 2019;13(3):381-400.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2015.
- World Health Organization (WHO). Overview of public health and social measures in the context of COVID-19: interim guidance, 18 may 2020 [Internet]. 2020. [cited 2020 ago 5]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/overview-of-public-health-and-social-measures-in-the-context-of-covid-19>.
- Pan American Health Organization (PAHO). Strengthening the health systems response to COVID-19 [Internet]. 2020. [cited 2020 ago 28]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332783/WHO-EURO-2020-727-40462-54321-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Engstrom E, Giovanella L, Mendes A, Graboio V, Mendonça MHM. Linha de cuidado COVID-19 na Rede de Atenção à Saúde, apresentando recomendações para a organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no SUS [Internet]. *Observatório COVID-19* 2020. [acessado 2020 ago 20]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/recomendacoes-para-organizacao-da-aps-no-sus-no-enfrentamento-da-covid-19>.
- Ivankova NV. Implementing Quality criteria in designing and conducting a sequential QUAN – QUAL mixed methods study of student engagement with learning applied research methods online. *J Mixed Methods Res* 2014; 8(1):25-51.
- Giovanella L, Vega R, Silva HT, Ramirez NA, Lezcano MP, Ríos G, Iturrieta D, Almeida PF, Feo O. Is comprehensive primary health care part of the response to the COVID-19 pandemic in Latin America? *Trab Educ Saude* 2021; 19:e00310142.
- Aquino EML, Silveira IH, Pescarini JM, Aquino R, Souza-Filho JA, Rocha AS, Ferreira A, Victor A, Teixeira C, Machado DB, Paixão E, Alves FJO, Pilecco F, Menezes G, Gabrielli L, Leite L, Almeida MCC, Ortelan N, Fernandes QHRE, Ortiz RJF, Palmeira RN, Junior EPP, Aragão E, Souza LEPE, Netto MB, Teixeira MG, Barreto ML, Ichihara MY, Lima RTRS. Social distance measures to control the COVID-19 pandemic: potential impacts and challenges in Brazil. *Cien Saude Colet* 2020; 25(1):2423-2446.
- Santos HLPD, Maciel FBM, Santos KR, Conceição CDVSD, Oliveira RS, Silva NFRD, Prado NMBL. Necropolitics and the impact of COVID-19 on the Black community in Brazil: a literature review and a document analysis. *Cien Saude Colet* 2020; 25(2):4211-4224.
- Nascimento DR, Costa MM, Matos LF, Souza JT, Mendes LI, Leite CF, Santos GP, Sanabria JJS, Souza TMC, Magalhães LMM. COVID-19 coping strategies for primary care. *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. 2021; 13(10):e9002.
- Prado NMBL, Rossi TRA, Chaves SCL, Barros SG, Magno L, Santos HLPD, Santos AMD. The international response of primary health care to COVID-19: document analysis in selected countries. *Cad Saude Publica* 2020; 36(12):e00183820.

24. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Modelo de distanciamento controlado [Internet]. 2020. [acessado 2020 ago 18]. Disponível em: <https://distanciamentocontrolado.rs.gov.br/>
25. Aleluia ÍRS, Medina MG, Vilasboas ALQ, Viana ALD. SUS management in interstate health regions: assessment of the government's capacity. *Cien Saude Colet* 2022; 27(5):1883-1894.
26. Sanine PR, Dias A, Machado DF, Zarili TFT, Carrapato JFL, Placideli N, Nunes LO, Mendonça CS, Castanheira ERL. Influence of municipal management on the organization of children's healthcare in primary care services in the interior of the State of São Paulo, Brazil. *Cad Saude Publica* 2021; 37(1):e00242219.
27. Maffini R. COVID-19: a critical analysis of the constitutional division of powers. *Rev Direito Práxis* 2021; 12(1):353-378.
28. Wood R, Reinhardt GY, Daryakenari BR, Windsor LC. Resisting lockdown: the influence of COVID-19 restrictions on social unrest. *Int Studies Quarterly* 2022; 66(2):sqac015.
29. Bonotti M, Zech ST. The human, economic, social, and political costs of COVID-19. In: *Recovering civility during COVID-19*. Palgrave Macmillan; 2021. DOI: 10.1007/978-981-33-6706-7_1.
30. Nascimento E, Hermes TL, Ripplinger F. The spatialization of COVID-19 in Southern Brazil: the interiorization of the disease and the case of the Great Frontier of the Mercosur Mesoregion. *Fimisterra* 2021; 55(115):27-35.
31. Morel AP. Negationism of the COVID-19 and popular health education: to beyond the necropolitics. *Trab Educ Saude* 2021; 19:e00315147.
32. Atehortua NA, Patino S. COVID-19, a tale of two pandemics: novel coronavirus and fake news messaging. *Health Promot Int* 2021; 36(2):524-534.
33. Medina Hernández EJ, Muñoz Olite JL, Barco Llerena E. Multidimensional analysis of the evolution of the COVID-19 pandemic in countries of the Americas. *Rev Panam Salud Publica* 2022; 46:e49.
34. Jeon S. Measuring the impact of social-distancing, testing, and undetected asymptomatic cases on the diffusion of COVID-19. *PLoS One* 2022; 17(8):e0273469.
35. Kucharski AJ, Russell TW, Diamond C, Liu Y, Edmunds J, Funk S, Eggo RM, Centre for Mathematical Modelling of Infectious Diseases COVID-19 working group. Early dynamics of transmission and control of COVID-19: a mathematical modelling study. *Lancet Infect Dis* 2020; 20(5):553-558.
36. 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 Glob Health* 2021; 87(1):44.
37. Schneider APH, Gaedke MA, Koepp J, Reuter ÉM, Darsie C, Possuelo LG, de Moura Valim AR, Carneiro M, Grupo Covid-Vrp. Social distancing as protection factor against COVID-19 in a non-metropolitan area in the State of Rio Grande do Sul, Brazil. *Rev Panam Salud Publica* 2021; 45:e145.
38. El Bcheraoui C, Weishaar H, Martin FP, Hanefeld J. Assessing COVID-19 through the lens of health systems' preparedness: time for a change. *Glob Health* 2020; 16(1):112.
39. Cerqueira-Silva T, Oliveira VA, Boaventura VS, Pescarini JM, Júnior JB, Machado TM, Flores-Ortiz R, Penna GO, Ichihara MY, de Barros JV, Barreto ML, Werneck GL, Barral-Netto M. 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.
40. Martínez-Salgado C. Amostra e transferibilidade: como escolher os participantes em pesquisas qualitativas em saúde? In: Bosi MLM, Gastaldo D, organizadores. *Tópicos avançados em pesquisa qualitativa em saúde: fundamentos teórico-metodológicos*. Petrópolis: Vozes; 2021. p.170-201.

Artigo apresentado em 31/10/2022

Aprovado em 31/01/2023

Versão final apresentada em 02/02/2023

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva

