

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO  
Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho

Nadine Daniele Magalhães

MUDANÇAS E CULTURAS ORGANIZACIONAIS DIANTE DE EMERGÊNCIAS EM  
SAÚDE: Impactos e aprendizados da pandemia de covid-19 sob a percepção de  
profissionais da Atenção Primária à Saúde

Belo Horizonte

2024

Nadine Daniele Magalhães

MUDANÇAS E CULTURAS ORGANIZACIONAIS DIANTE DE EMERGÊNCIAS EM  
SAÚDE: Impactos e aprendizados da pandemia de covid-19 sob a percepção de  
profissionais da Atenção Primária à Saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Administração Pública, da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, da Fundação João Pinheiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Administração Pública.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Cerqueira Batitucci

Belo Horizonte

2024

M188m Magalhães, Nadine Daniele.  
Mudanças e culturas organizacionais diante de emergências em saúde: impactos e aprendizados da pandemia de covid-19 sob a percepção de profissionais da Atenção Primária à Saúde / Nadine Daniele Magalhães. - Belo Horizonte, 2024.  
143 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Fundação João Pinheiro, Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, 2024.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Cerqueira Batitucci

Bibliografia: f. 121-132

1. Saúde pública - Belo Horizonte (MG). 2. Atenção Primária à Saúde (APS) - Belo Horizonte (MG). 3. Pandemia - COVID19 - Belo Horizonte (MG). 4. Mudança organizacional. 5. Cultura organizacional. I. Batitucci, Eduardo Cerqueira. II. Título.

CDU 614 (815.11)

## ATA DA DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ESTADO, INSTITUIÇÕES E GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS  
TURMA M-2022/2024

Aos três dias do mês de julho do ano de dois mil e vinte e quatro, foi realizada a defesa pública da dissertação intitulada “Mudanças e culturas organizacionais diante de emergências em saúde: Impactos e aprendizados da pandemia de Covid-19 sob a percepção de profissionais da Atenção Primária à Saúde”, elaborada por Nadine Daniele Magalhães, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre do Programa de Mestrado em Administração Pública, Área de Concentração: Estado, Instituições e Gestão de Políticas Públicas, da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho-EG, da Fundação João Pinheiro – FJP. Após a apresentação do trabalho, a mestranda foi arguida pelos membros da Comissão Examinadora composta pelos professores: Doutor Eduardo Cerqueira Batitucci (FJP) - Orientador, Doutor Marcus Vinicius Gonçalves da Cruz (FJP) – Coorientador, Doutora Andréa Maria Silveira (UFMG) – Avaliadora e Doutora Maria José Menezes Brito (UFMG) – Avaliadora. A Comissão Examinadora reuniu-se para deliberar e considerando que a dissertação atende aos requisitos técnicos e acadêmicos previstos na legislação do Programa, decidiu por unanimidade pela sua APROVAÇÃO.

Documento assinado digitalmente  
 EDUARDO CERQUEIRA BATITUCCI  
Data: 06/07/2024 13:58:07-0300  
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

**Doutor Eduardo Cerqueira Batitucci (FJP)**  
**Orientador**

Documento assinado digitalmente  
 ANDREA MARIA SILVEIRA  
Data: 06/07/2024 13:32:04-0300  
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

**Doutora Andréa Maria Silveira (UFMG)**  
**Avaliadora**

Documento assinado digitalmente  
 MARCUS VINICIUS GONCALVES DA CRUZ  
Data: 06/07/2024 13:52:28-0300  
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

**Doutor Marcus Vinicius Gonçalves da Cruz (FJP)**  
**Coorientador**

Documento assinado digitalmente  
 MARIA JOSE MENEZES BRITO  
Data: 06/07/2024 15:40:20-0300  
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

**Doutora Maria José Menezes Brito (UFMG)**  
**Avaliadora**

## **AGRADECIMENTOS**

Esta jornada não teria sido possível sem o apoio e amor da minha família e amigos, que sempre me impulsionaram para essa conquista e tornaram a caminhada mais leve.

Agradeço, especialmente, ao meu marido, Diogo, meu parceiro em tantas aventuras, meu motivador e acalento em todos os momentos. Aos meus pais, por tudo, e por estarem sempre ao meu lado, concedendo-me força e amparo em todos os desafios. À minha irmã, Natalie, por ser minha inspiração na caminhada acadêmica e pelo carinho e conselhos de irmã e amiga. Ao meu sobrinho e afilhado, que preencheu meu último ano com novas alegrias e que recarrega minhas energias.

Ao meu orientador, professor Eduardo, por me guiar diante das dúvidas, acolher minhas inseguranças e ser calma quando eu era um turbilhão de emoções. Nossas trocas, sua experiência e condução clarearam e motivaram muitas ideias desta pesquisa.

Aos colegas do mestrado, por compartilharem os desafios em sala de aula e fora dela, além de alegrias, dicas, angústias e motivação para fechar esse ciclo. Aos professores da Fundação João Pinheiro e aos integrantes da banca examinadora, pelos conhecimentos e contribuições para esta pesquisa e que levarei para sempre comigo.

Aos meus colegas e equipe de trabalho, agradeço a compreensão e suporte neste período. Aos participantes da pesquisa e à gestão do SUS-BH, gratidão por contribuírem para este momento e por serem inspiração ao meu trabalho diário.

## RESUMO

A pandemia de covid-19, iniciada em 2020, foi a propulsora de inúmeras mudanças sociais, econômicas, políticas e culturais no cotidiano de populações de todo o mundo. Com milhões de casos acumulados ao longo do período pandêmico, retratando uma das mais desafiadoras emergências em saúde do século XXI, no Brasil, a crise sanitária exigiu ações rápidas e eficientes para evitar o colapso do Sistema Único de Saúde (SUS). A gestão da saúde pública, já complexa, enfrentou um súbito processo de alteração dos protocolos de trabalho e das demandas estratégicas, exacerbando a pressão sobre os profissionais e gestores de saúde. Nesse contexto, a rede de Atenção Primária à Saúde (APS) se destacou como crucial para a prevenção de agravos e a redução de danos, sendo a principal porta de entrada para o sistema de saúde nos municípios, coordenando a integralidade do cuidado e articulando com outros níveis de atenção para atender às necessidades de saúde da população, além de ajudar a evitar a ocupação desnecessária de leitos hospitalares. Diante desse cenário de significativas mudanças, a capacidade de adaptação das organizações é influenciada por pressupostos culturais compartilhados por seus membros, determinando situações de resistência ou flexibilidade às transformações. Esse panorama também evidencia processos de aprendizagem organizacional ao demonstrar a ocorrência de ciclos de leitura e interpretação do ambiente, tomada de decisões e avaliação de erros e acertos, até a incorporação destes últimos à rotina organizacional, relacionando-se à mudança e construção de aspectos culturais. Destarte, a dissertação investiga os impactos da pandemia de covid-19 na gestão da saúde pública de Belo Horizonte, focando nas transformações organizacionais na rede de Atenção Primária à Saúde. A pesquisa se concentra na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH), buscando compreender como as mudanças provocadas pela pandemia foram assimiladas e incorporadas às práticas organizacionais sob a perspectiva dos profissionais da APS, em especial os que integram os grupos de burocratas de nível de rua e burocratas de médio escalão. Os objetivos do estudo contemplam a identificação dos efeitos da pandemia na rotina dos membros da organização, as mudanças nas práticas organizacionais, os elementos culturais que influenciaram essas transformações e os aprendizados consolidados e aplicados em uma nova emergência em saúde no município. Buscou-se, ainda, a identificação de similaridades e diferenças culturais entre os dois grupos abordados na pesquisa, no intuito de analisar as possíveis subculturas presentes na organização. A metodologia adotada se baseia em um estudo de caso qualitativo e exploratório, utilizando dados coletados por meio de revisão de literatura, levantamento documental, questionários e entrevistas semiestruturadas, utilizando-se da análise de conteúdo para interpretar as percepções dos diferentes grupos dentro da instituição. Constatou-se reflexos das mudanças, especialmente, no nível de sobrecarga e estresse dos profissionais, na informatização e gestão de processos de trabalho, nas dinâmicas de atendimento dos usuários na Atenção Primária à Saúde e nas formas de comunicação e integração entre as equipes e níveis de atuação. Apesar de uma identidade cultural coletiva compartilhada entre os grupos da pesquisa voltada para a missão organizacional de salvar vidas, verificou-se a distinção de percepções e interpretações, influenciadas por elementos culturais que se relacionam com as

características particulares dos níveis de burocracia em que cada grupo se encontra. Concluiu-se, ainda, pela ocorrência de processos de aprendizagem na organização durante e após a pandemia, potencializados por maior diálogo, reflexão crítica e pensamento sistêmico dos profissionais, resultando na consolidação de práticas que deram certo. Foi possível constatar a aplicação dos aprendizados da pandemia em função do acontecimento de uma nova emergência em saúde durante a realização da pesquisa, dessa vez de arboviroses, sendo resgatadas as práticas que se mostraram eficientes na emergência anterior. Entre as limitações da pesquisa, destaca-se a falta de aprofundamento nas percepções dos burocratas de nível de rua devido ao instrumento de coleta de dados e ao tempo limitado para entrevistas mais detalhadas. O tempo decorrido desde o início e fim da pandemia e a coincidência com a epidemia de arboviroses também podem ter influenciado as percepções dos profissionais. Sugere-se que novos estudos explorem as relações entre mudança, cultura e aprendizagem organizacional em outros contextos, para verificar a aplicabilidade dos resultados encontrados e possibilitar comparações que enriqueçam o entendimento desses fenômenos em diferentes organizações de saúde.

**Palavras-chave:** Covid-19. Atenção Primária à Saúde. Gestão da saúde pública. Mudanças. Subculturas. Aprendizagem organizacional. Burocratas de nível de rua. Burocratas de médio escalão.

## ABSTRACT

The covid-19 pandemic, which began in 2020, was the driver of countless social, economic, political and cultural changes in the daily lives of populations around the world. With millions of cases accumulated throughout the pandemic period, portraying one of the most challenging health emergencies of the 21st century, in Brazil, the health crisis required quick and efficient actions to avoid the collapse of the Unified Health System (SUS). Public health management, already complex, faced a sudden process of changing work protocols and strategic demands, exacerbating the pressure on health professionals and managers. In this context, the Primary Health Care (APS) network stood out as crucial for preventing injuries and reducing harm, being the main gateway to the health system in municipalities, coordinating comprehensive care and articulating with other levels of care to meet the population's health needs, in addition to helping to avoid unnecessary occupancy of hospital beds. Faced with this scenario of significant changes, the adaptation capacity of organizations is influenced by cultural assumptions shared by their members, determining situations of resistance or resilience to transformations. This panorama also highlights organizational learning processes by demonstrating the occurrence of cycles of reading and interpreting the environment, making decisions and evaluating mistakes and successes, until the incorporation of the latter into the organizational routine, relating to the change and construction of cultural aspects. Thus, the dissertation investigates the impacts of the covid-19 pandemic on public health management in Belo Horizonte, focusing on organizational transformations in the Primary Health Care network. The research focuses on the Belo Horizonte Municipal Health Secretariat (SMSA-BH), seeking to understand how the changes caused by the pandemic were assimilated and incorporated into organizational practices from the perspective of APS professionals, especially those who are part of groups of street-level bureaucrats and mid-level bureaucrats. The objectives of the study include identifying the effects of the pandemic on the routine of the organization's members, changes in organizational practices, the cultural elements that influenced these transformations and the learning consolidated and applied in a new health emergency in the municipality. It also sought to identify cultural similarities and differences between the two groups covered in the research, in order to analyze the possible subcultures present in the organization. The methodology adopted is based on a qualitative and exploratory case study, using data collected through literature review, documentary survey, questionnaires and semi-structured interviews, using content analysis to interpret the perceptions of different groups within the institution. Reflections of changes were observed, especially in the level of overload and stress of professionals, in the informatization and management of work processes, in the dynamics of user care in Primary Care and in the forms of communication and integration between teams and levels of activity. Despite a collective cultural identity shared between the research groups focused on the organizational mission of saving lives, there was a distinction in perceptions and interpretations, influenced by cultural elements that relate to the particular characteristics of the levels of bureaucracy in which each group is found. It was also concluded that learning processes occurred in the organization during and after the pandemic, enhanced by greater dialogue, critical reflection and systemic thinking by

professionals, resulting in the consolidation of practices that worked. It was possible to verify the application of learning from the pandemic due to the occurrence of a new health emergency during the research, this time concerning arboviruses, with the practices that proved to be efficient in the previous emergency being rescued. Among the limitations of the research, the lack of depth in the perceptions of street-level bureaucrats stands out due to the data collection instrument and the limited time for more detailed interviews. The time that has passed since the beginning and end of the pandemic and the coincidence with the arbovirus epidemic may also have influenced the professionals' perceptions. It is suggested that new studies explore the relationships between change, culture and organizational learning in other contexts, to verify the applicability of the results found and enable comparisons that enrich the understanding of these phenomena in different health organizations.

**Keywords:** Covid-19. Primary Health Care. Public health management. Changes. Subcultures. Organizational learning. Street-level bureaucrats. Mid-level bureaucrats.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|   |    |
|---|----|
| Tabela 1 - Tipologias de Mudança Organizacional .....   | 21 |
| Tabela 2 - Dimensões culturais .....  | 27 |
| Tabela 3 - Resumo dos critérios de seleção dos participantes da pesquisa .....                    | 49 |
| Tabela 4 - Codificação e perfil dos participantes da pesquisa - Burocratas de nível de rua .....  | 50 |
| Tabela 5 - Codificação e perfil dos participantes da pesquisa - Burocratas de médio escalão ..... | 51 |
| Figura 1 - Regionais de saúde de Belo Horizonte .....   | 73 |
| Tabela 6 - Categorias de mudanças listadas em questões abertas .....                              | 77 |
| Tabela 7 - Categorias de mudanças mencionadas nas entrevistas .....                               | 82 |
| Tabela 8 - Outras mudanças categorizadas a partir das citações das entrevistas....                | 83 |
| Tabela 9 - Interpretações e manifestações por grupos e categorias de análise .....                | 98 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - agentes comunitários de saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BID - Banco Interamericano de Desenvolvimento

BME - burocratas de médio escalão

CECOVID - Centros Especializados para Atendimento a Pacientes com Suspeita de Coronavírus

CEP - Comitês de Ética em Pesquisa

CFM - Conselho Federal de Medicina

CRM - Conselho Regional de Medicina

DANTs - Doenças e Agravos não Transmissíveis

DAPS - Diretoria de Atenção Primária à Saúde e Integração do Cuidado

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

EaD - Educação à distância

EPIs - Equipamentos de Proteção Individual

eSF - equipes de Saúde da Família

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

OMS - Organização Mundial de Saúde

PBH - Prefeitura de Belo Horizonte

Portal PBH - Portal da Prefeitura de Belo Horizonte

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SMSA-BH - Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

SMASAC - Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TEPT - transtorno de estresse pós-traumático

TIC - tecnologias da informação e comunicação

UPAs - Unidades de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

|          |   |            |
|----------|---|------------|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO</b> .....   | <b>13</b>  |
| <b>2</b> | <b>ASPECTOS TEÓRICOS</b> .....  | <b>19</b>  |
| 2.1      | Mudança organizacional .....  | 19         |
| 2.2      | Cultura organizacional .....  | 25         |
| 2.2.1    | A cultura em organizações públicas .....                                  | 31         |
| 2.2.2    | A cultura em organizações de saúde .....                                  | 33         |
| 2.3      | Aprendizagem organizacional .....   | 35         |
| 2.4      | Níveis de Burocracia .....  | 39         |
| <b>3</b> | <b>METODOLOGIA DA PESQUISA</b> .....                                      | <b>43</b>  |
| 3.1      | Percurso metodológico .....   | 45         |
| 3.2      | Público participante .....  | 47         |
| <b>4</b> | <b>A PANDEMIA E SUAS TRANSFORMAÇÕES</b> .....                             | <b>53</b>  |
| 4.1      | Mudanças sociais e organizacionais .....                                  | 53         |
| 4.2      | Estratégias e mudanças na gestão da saúde pública de Belo Horizonte ..... | 65         |
| <b>5</b> | <b>APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DAS PERCEPÇÕES</b> .....                        | <b>71</b>  |
| 5.1      | A Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte .....                        | 71         |
| 5.2      | Principais mudanças e impactos .....                                      | 75         |
| 5.2.1    | Percepções dos burocratas de nível de rua .....                           | 75         |
| 5.2.2    | Percepções dos burocratas de médio escalão .....                          | 81         |
| 5.3      | Homogeneidades e heterogeneidades .....                                   | 98         |
| 5.4      | Legados e aprendizados .....  | 106        |
| 5.4.1    | E diante de uma nova emergência em saúde? .....                           | 112        |
| <b>6</b> | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....   | <b>115</b> |
|          | <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....                                   | <b>122</b> |
|          | <b>APÊNDICE A – Questionário</b> .....                                    | <b>134</b> |
|          | <b>APÊNDICE B – Roteiro de entrevistas</b> .....                          | <b>144</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

A pandemia de covid-19, desencadeada pela disseminação do novo coronavírus, emergiu como um dos desafios mais significativos enfrentados pela humanidade no século XXI. Desde o seu surgimento, em dezembro de 2019, e devido a sua rápida propagação, o vírus provocou não apenas uma emergência em saúde e crise sanitária, mas também social, econômica, política e cultural. Reconhecida oficialmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 11 de março de 2020, a pandemia motivou inúmeras mudanças sociais e organizacionais, alterando de forma inesperada os modos usuais da população de exercer atividades rotineiras, seja no ambiente doméstico, casual ou profissional (ALMEIDA et al, 2021). Ressalta-se, aqui, que essas mudanças foram acompanhadas por incertezas e inseguranças em função do desconhecimento sobre o vírus, refletindo em formas diversas de reações e comportamentos sobre as ações e respostas delineadas para o enfrentamento deste cenário.

Com milhões de casos confirmados no Brasil a cada ano, a partir de 2020 (BRASIL, 2023), provocando uma elevada pressão sobre o sistema de saúde em função da demanda adicional por esses atendimentos, a crise sanitária demandou uma atuação célere e eficiente para evitar o colapso do SUS. Esse cenário revelou ainda mais a complexidade da gestão da saúde, submetida a um processo repentino de alterações de protocolos de trabalho e das demandas estratégicas (VIDAL, 2020). Assim, a pandemia de covid-19 representou um enorme desafio para a sociedade como um todo, mas que cobrou respostas rápidas e diversas, especialmente dos sistemas de saúde, que precisaram reorganizar todos os seus componentes organizacionais para o enfrentamento da crise. Os profissionais de saúde são um desses importantes componentes que sofreram com as mudanças, com maior exposição ao contágio, elevada pressão e estresse pelos atendimentos e intensificação das jornadas de trabalho, além de condições de trabalho inadequadas, em muitos casos (DAL PAI et al, 2021).

Sendo os principais gestores da atenção básica e do principal acesso da população aos serviços de saúde, os municípios possuem um papel primordial na qualidade dos serviços prestados, bem como na qualidade de vida de seus cidadãos. Nesse contexto, destaca-se a rede de Atenção Primária à Saúde (APS), enquanto componente do SUS que visa, essencialmente, a prevenção de agravos e redução de

danos, por meio de ações de promoção e proteção da saúde. Cabe a esta rede de atenção, ainda, a centralidade do cuidado e a coordenação da integralidade, com a articulação com os demais níveis de atenção, para atendimento das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2011). Orientada pelos princípios da acessibilidade, da universalidade, do vínculo e da equidade (BRASIL, 2011), a APS se baseia na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na territorialização como estratégias centrais para organização dos processos de trabalho e aproximação dos profissionais de saúde com os usuários, permitindo maior compreensão das condições de vida, situação de saúde, sobre os problemas e necessidades dos lugares e, conseqüentemente, dos indivíduos que ali habitam, bem como das desigualdades sociais e iniquidades em saúde (GONDIM; MONKEN, 2012).

Observa-se, assim, as potencialidades e importância do papel da APS na missão de enfrentamento à pandemia, no sentido de promover a prevenção e o acompanhamento de saúde a cada usuário, auxiliando nas inseguranças, com informação e acolhimento, e evitando a ocupação de leitos de urgência e hospitalares. O contato físico, no entanto, foi comprometido, tendo o distanciamento como uma das principais estratégias de redução da transmissibilidade durante esse período, o que demandou novas práticas para continuidade da assistência.

A capacidade de fornecer respostas tempestivas e de adaptação a esse contexto esbarra na cultura das organizações públicas de saúde e dos grupos que as compõem, determinando um campo e objeto de estudo relevante. Soma-se a isso, que os impactos da crise podem ter promovido mudanças nessas instituições e alterado práticas organizacionais e símbolos compartilhados pelos profissionais que as integram, sendo aspectos importantes para a prestação dos serviços à população e manutenção das atividades e rituais da respectiva organização.

Mudanças não planejadas, contudo, têm maior potencial de gerar resistência organizacional, em função da interrupção e modificação abrupta de rotinas e práticas continuamente desempenhadas pelos profissionais, promovendo um cenário de maior ansiedade, estresse e insatisfação com as mudanças ou com a própria organização. Considerando o cenário de organizações públicas, e de saúde, com uma cultura de apego a normas e rotinas, de maior formalismo (CARVALHO et al, 2013), e sendo a inércia estrutural e grupal, os hábitos enraizados e a percepção de ameaça alguns fatores propulsores de resistência (ROBBINS, 1999), pergunta-se

como as mudanças decorrentes da pandemia foram percebidas pelos profissionais de saúde?

Nesse sentido, destaca-se o elemento da cultura organizacional diante de cenários de mudança. Os dois fenômenos se interconectam em um processo quase que cíclico ao se vincular a cultura aos valores e comportamentos compartilhados pelos indivíduos e como elemento impulsionador do desempenho e eficácia organizacionais (FREITAS, 2007) e a mudança enquanto processo necessário para a sobrevivência da organização frente às transformações do ambiente e que envolve alterações significativas no comportamento humano, nos padrões de trabalho e nos valores da organização (HERZOG, 1991; MORGAN, 1986). Assim posto, a cultura se apresenta como um fator crucial para a mudança, pois influencia a forma como as mudanças são percebidas, adotadas e implementadas pelos membros da organização, representando um elemento que pode determinar o sucesso ou fracasso de ações organizacionais.

Dentre as diferentes teorias sobre cultura, destaca-se a discussão sobre a sua homogeneidade *versus* heterogeneidade, ou seja, a constituição de uma cultura única compartilhada por todos os indivíduos que integram uma mesma organização ou a existência de múltiplas culturas que variam em função dos diferentes grupos dentro da instituição. Esta última perspectiva ganha força na medida em que se reconhece a pluralidade cultural e os múltiplos significados e interpretações das ações sociais pelos indivíduos, ainda que dentro de um mesmo contexto organizacional (VAN MAANEN; BARLEY, 1985). Tal como Morgan (1986) utiliza da metáfora de organizações como minissociedades, esta pesquisa apoia a ideia de subculturas que integram uma mais ampla, mas não uniforme, como resultado de interações sociais e identificações coletivas e parciais, promovendo manifestações culturais multifacetadas. Na perspectiva da mudança, a compreensão das diferentes culturas e interpretações dentro de uma mesma organização ganha relevância para a condução dos processos e análise da sua aderência à rotina organizacional.

Ainda, essas análises e interpretações perpassam por outro fenômeno, conhecido como aprendizagem organizacional, e que se relaciona intimamente com a definição de cultura. Isso porque, através de processos heurísticos de tentativa e erro, a organização identifica e solidifica práticas consideradas eficazes que se tornam normas comportamentais. Essas normas são então disseminadas e adotadas por todos os membros da organização, moldando uma cultura baseada em soluções

comprovadas e aceitas. Este contínuo ciclo de ação, avaliação e codificação de práticas não apenas resolve problemas imediatos, mas também constrói um conjunto de conhecimentos que guia o comportamento organizacional de forma adaptativa e responsiva às mudanças no ambiente (DAFT; WEICK, 1984; DE GEUS, 1988).

A aprendizagem organizacional é, portanto, o motor que impulsiona a evolução da cultura dentro da organização. Cada experiência bem-sucedida se traduz em novos conhecimentos e *insights*, que são integrados ao arcabouço cultural existente e transmitidos aos novos membros. Assim, a cultura organizacional se torna um reflexo das lições aprendidas e das práticas que demonstraram sucesso, garantindo que a organização permaneça ágil e preparada para enfrentar futuros desafios (SILVA, 2001). Nesse sentido, é interessante analisar e compreender como a pandemia de covid-19 pode ter promovido processos de aprendizagem nas organizações e de que forma eles foram incorporados à cultura ou atuação de seus membros.

Para abordagem dessas perspectivas, a pesquisa adota como unidade de estudo a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH), considerando seu papel de órgão gestor da saúde pública do município e pela proximidade da pesquisadora com a instituição, possibilitando maior acesso aos dados necessários para sua realização. Optou-se por contemplar alguns grupos que compõem a organização, especialmente os burocratas de nível de rua e os burocratas de médio escalão (BME) que integram áreas da Atenção Primária à Saúde, tendo em vista a relevância da sua atuação durante o período em análise, conforme abordado anteriormente. Os primeiros, por estarem na linha de frente nos atendimentos à população e mais expostos aos reflexos sociais da pandemia, além dos organizacionais; os de médio escalão, para compreensão dos reflexos dentro da organização, do seu papel de intermediador entre os formuladores e implementadores das políticas públicas e para identificação de características que se assemelham ou diferem do outro grupo, ainda que integrantes da mesma instituição.

Em resumo, a principal questão que a pesquisa objetiva responder é a seguinte: “De que maneira as mudanças provocadas pela pandemia de covid-19 foram assimiladas e incorporadas às práticas organizacionais da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, sob a perspectiva dos profissionais da Atenção Primária?”. O objetivo geral da pesquisa, portanto, é de analisar as mudanças geradas pela pandemia de covid-19 nas práticas e estruturas de uma organização pública de

saúde, representada pela SMSA-BH, sob a perspectiva de burocratas de médio escalão e de nível de rua que integram a Atenção Primária à Saúde. Nesse sentido, a realização dessa pesquisa se baseia nas hipóteses de que: (i) em função da crise provocada pela pandemia, ocorreram mudanças no contexto organizacional analisado; (ii) a reação e aderência a estas mudanças no cotidiano organizacional sofreu a influência de elementos culturais subjacentes à instituição analisada; (iii) há diferenças entre as percepções dos grupos analisados sobre as mudanças e práticas da organização.

A pesquisa busca não apenas compreender os reflexos das mudanças na organização, mas também como aspectos da cultura organizacional podem influenciar essas transformações, bem como contribuir com a identificação de características particulares dos grupos contemplados na pesquisa, jogando luz às diferenças e similaridades de subculturas existentes. Para tanto, destaca-se os seguintes objetivos específicos:

1. Identificar efeitos da pandemia de covid-19 sobre a rotina dos membros da organização, a partir das percepções dos burocratas de nível de rua e de médio escalão;
2. Identificar mudanças nas práticas organizacionais durante o período pandêmico;
3. Identificar elementos culturais e organizacionais que influenciaram nas transformações, adaptação e resistências deste período, a partir das percepções dos burocratas de nível de rua e de médio escalão;
4. Identificar as possíveis semelhanças e diferenças nas reações e interpretações dos grupos que compõem a amostra da pesquisa;
5. Identificar legados e aprendizados da pandemia de covid-19 para a Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte, na percepção dos grupos abordados.

Ao investigar os efeitos da pandemia na administração municipal de Belo Horizonte, este estudo soma-se aos esforços de outras pesquisas já realizadas sobre o assunto, buscando contribuir com a análise sobre questões que perduraram após o ápice da crise pandêmica, se são frutos de aprendizados organizacionais ou de impactos que permanecem, além do delineamento de características culturais de organizações públicas de saúde.

É importante ressaltar que não se buscou avaliar o desempenho das práticas implementadas e modificadas nem atribuir resultados às mudanças realizadas. O intuito da investigação é de identificar os elementos que permitam traçar um panorama das transformações e dos desafios enfrentados em âmbito local, padrões de aceitabilidade e resistência e a atual aderência das práticas e inovações implementadas, levando em conta elementos culturais e de aprendizagem da organização.

A pesquisa está organizada em seis capítulos, a iniciar por esta introdução, seguido de capítulo que se refere aos aspectos teóricos que embasam as principais categorias analíticas do estudo. Em seguida, é apresentada a metodologia de pesquisa, baseada em dados qualitativos, de cunho exploratório, com a estratégia de um estudo de caso. O quarto capítulo objetiva apresentar as bases sobre as quais serão discutidas e analisadas as alterações e percepções de mudanças e práticas na organização em estudo. Para isso serão analisados resultados de estudos anteriores sobre as mudanças e impactos diversos já identificados pela crise provocada pela pandemia de covid-19, incluindo a descrição das principais estratégias e adaptações implementadas pela Secretaria Municipal de Saúde. No quinto capítulo serão apresentados e discutidos os dados coletados, buscando o atingimento dos objetivos elencados para esta pesquisa. Por fim, no último capítulo, serão expostas as considerações finais da pesquisa, com destaque dos principais achados e limitações.

## 2 ASPECTOS TEÓRICOS

Neste capítulo serão apresentados os arcabouços teóricos sobre as categorias analíticas desta dissertação, a saber: mudança, cultura e níveis de burocracia. Pretende-se, aqui, realizar um levantamento dos principais estudos e abordagens sobre os temas, de forma a suprir as reflexões e análises da pesquisa.

Assim, na primeira seção, propõe-se a apresentação de uma breve revisão bibliográfica de mudança organizacional, com análise dos elementos a ela relacionados e relevantes para este estudo. A seção seguinte se refere à cultura, a partir do resgate antropológico do termo, incluindo a análise do constructo sobre o âmbito das organizações, avançando para a esfera das organizações públicas e findando a análise da temática na perspectiva das organizações de saúde. Tendo em vista os inúmeros estudos e teorias que circundam o tema, considera-se relevante tal aprofundamento nos tipos das organizações para melhor compreensão dos cenários a serem explorados neste estudo. Finaliza-se este capítulo com a abordagem dos níveis de burocracia, dos quais serão destacados os de nível de rua e de médio escalão, relacionando-se com o público a compor a amostra da pesquisa desta dissertação.

### 2.1 Mudança organizacional

A ideia de mudança está rotineiramente presente na vida dos tempos modernos, sendo frequentemente atribuída às evoluções industriais e sociais. No campo acadêmico, abordar o tema se torna um desafio diante da variedade de enfoques, tratados em diferentes níveis de profundidade, evidenciando um campo teórico e prático multifacetado e complexo (WOOD JR, 2009). Serão apresentados, aqui, alguns desses enfoques e discussões sobre o tema, não pretendendo a sua exaustão, mas o levantamento de *inputs* para a compreensão de reflexos do fenômeno de uma crise, como a pandemia da covid-19, sob a perspectiva de mudanças organizacionais.

Para Schein (1992), a mudança ocorre em um ciclo de adaptação que começa a partir de uma modificação em algum elemento do ambiente organizacional, levando a uma nova situação de equilíbrio após a ação de adaptação. Esse processo

seria dinâmico e constante, gerando aprendizado e reavaliação frequente da organização em relação a seu ambiente.

Morgan (1986) utiliza de analogias para representar imagens possíveis para se interpretar as organizações, considerando diferentes perspectivas. Uma dessas imagens é como um sistema de fluxo e transformação, atribuindo à organização a característica de sistema em contínuo processo de mudança em função do ambiente que integra. Nesse sentido, as mudanças fazem parte das organizações, que mantêm um fluxo dinâmico de interação com o ambiente externo para se adaptar e evoluir. A falta de adaptação às transformações pode levar a organização à ineficácia e, conseqüentemente, à sua extinção.

Em uma visão simplista e direta, Chiavenato (1996) define mudança como a transição de uma situação para outra diferente, representando, ainda, episódios de interrupção ou transformação. Herzog (1991) entende que mudança organizacional envolve transformações significativas no comportamento humano, nos padrões de trabalho e nos valores da organização, como resposta a modificações no ambiente interno ou externo, ou ainda, antecipando alterações estratégicas, tecnológicas ou de recursos.

De forma similar, Araújo (1982) caracteriza o fenômeno como qualquer transformação significativa, planejada e implementada por profissionais internos ou externos à organização, com o apoio e supervisão da administração superior, que afeta de forma integrada os aspectos comportamentais, estruturais, tecnológicos e estratégicos da empresa. O autor enfatiza, aqui, a necessidade de se entender a mudança como uma transformação significativa no intuito de distingui-la de pequenas alterações da rotina, devendo, assim, a mudança ter caráter de maior abrangência e profundidade. Já Wood Jr (2009, p. 287) utiliza de definição mais ampla, na qual considera mudança organizacional como “qualquer transformação de natureza estrutural, estratégica, cultural, tecnológica, humana ou de qualquer outro componente, capaz de gerar impacto em partes ou no conjunto da organização”.

Essas definições apresentam alguns elementos comuns ao conceito de mudança nas organizações, especialmente quanto à ideia de resposta frente às demandas do meio interno ou externo e da sua abrangência a diferentes elementos organizacionais. Um dos pontos de discussão sobre o tema, também, é sobre a mudança ser ou não um fenômeno planejado e linear. Dessa questão nasceram as

tipologias de mudança organizacional, tais como algumas apresentadas no quadro abaixo.

Tabela 1 - Tipologias de Mudança Organizacional

| Autores  | Tipos de mudança   |
|--|--|
| Weick e Quinn (1999)                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contínua: mudança constante, cumulativa e evolutiva. Pequenos avanços frequentes que podem propiciar uma mudança significativa na organização.</li> <li>- Episódica: Uma mudança infrequente, descontínua e intencional, que ocorre durante períodos de divergência, quando as organizações saem de sua condição de equilíbrio.</li> </ul>  |
| Kurt Lewin (1952)                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planejada: mudança organizacional que é cuidadosamente planejada, implementada e monitorada.</li> <li>- De Transição: ocorre durante o período de transição entre o estado atual da organização e o estado futuro desejado.</li> <li>- Emergente: mudança não planejada que surge de forma espontânea.</li> <li>- De Reconstrução: envolve a reformulação completa da estrutura da organização, incluindo sua cultura, sistemas, processos e relações de poder. Ocorre quando a organização enfrenta desafios significativos e requer uma mudança completa para sobreviver.</li> </ul>  |
| John Kotter (1997)                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incremental: mudanças pequenas e graduais na organização, que ocorrem ao longo do tempo e visam melhorar a eficiência e a eficácia das operações da organização.</li> <li>- Transformacional: mudança significativa e radical na organização, que envolve uma revisão completa dos processos, sistemas, cultura e estratégias da empresa.</li> <li>- Evolucionária: mudança planejada, que acontece ao longo do tempo, com o objetivo de melhorar a capacidade da organização de se adaptar às mudanças ambientais.</li> <li>- Revolucionária: é uma mudança radical e abrupta na organização, que ocorre em resposta a uma crise ou ameaça externa.</li> </ul> |
| Nadler et al. (1995)                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incremental/Contínua: Continuação do padrão existente, podem ter dimensões diferentes, mas são realizadas dentro do contexto atual da empresa.</li> <li>- Descontínua: Mudança do padrão existente, que ocorre em períodos de desequilíbrio e envolve uma ou várias reestruturações de características da empresa.</li> </ul>   |
| Coram e Burnes (2001) e Mintzberg e Westley (1992) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planejada/Deliberada: processo deliberado e dedutivo para a mudança.</li> <li>- Não planejada/Emergente: processo contínuo de adaptação, considerando o ambiente incerto e suas transformações.</li> </ul>  |

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos autores mencionados.

Percebe-se, assim, o reconhecimento da existência de mudanças planejadas e não planejadas. As que ocorrem com planejamento costumam advir em momentos de equilíbrio, buscando a melhoria de eficiência e desempenho da organização. Já as não planejadas são motivadas, majoritariamente, como resposta a eventos disruptivos e em momentos de desequilíbrio acentuado na trajetória da organização. Nesse contexto de mudança, ao invés de se concentrar em melhorias incrementais, a empresa busca uma reconfiguração mais ampla, envolvendo novas estratégias, atividades, missão, organização de processos, estrutura e pessoal (WEICK; QUINN, 1999; NADLER et al, 1995).

As teorias sobre mudança organizacional buscam, ainda, compreender o processo de mudança no intuito de entender, também, a como gerenciá-lo. Nesse sentido, Kurt Lewin (1952) propõe um modelo de três etapas para a mudança organizacional, que envolve o processo de descongelamento, mudança e recongelamento, utilizando-se da analogia da organização como um bloco de gelo. Segundo esse modelo, para que a mudança seja efetiva, é necessário que a organização passe por um processo de descongelamento das práticas e valores antigos, seguido pela implementação da mudança propriamente dita e, por fim, a consolidação da nova forma de fazer as coisas, ou seja, o recongelamento. Junto a isso, o autor descreve a mudança como o resultado de um equilíbrio de forças entre aquelas impulsionadoras/propulsoras (que promovem a mudança) e as forças restritivas (que resistem à mudança). Dessa forma, na primeira fase do processo de mudança, a de descongelamento, as forças propulsoras são estimuladas, enquanto as forças restritivas são desestimuladas. Após esta primeira etapa, a mudança é implementada (etapa do movimento), e, finalmente, para garantir que ela seja concretizada, ocorre o recongelamento do novo *status quo*, de modo a garantir a permanência do novo estado a longo prazo.

Já Kotter (1997), a partir da análise de variados resultados de processos de mudança empreendidos em diferentes organizações, propõe a sequência de oito fases para realização de transformações, quais sejam: (1) Infusão do senso de urgência; (2) Formação de uma poderosa coalizão orientadora; (3) Criação de visão; (4) Divulgação da visão; (5) Capacitação de outras pessoas para atuar conforme a visão; (6) Planejamento e promoção de vitórias de curto prazo; (7) Consolidação das melhorias e desenvolvimento de novas; (8) Institucionalização das novas abordagens. Segundo o autor, a observância a essas etapas, além da atenção a erros críticos

comumente observados em cada passo, promoveria maior chance de sucesso nos objetivos esperados pela organização com o processo de mudança.

A ideia de gerenciamento desse processo, no entanto, promove divergência entre os estudiosos sobre o tema, a exemplo de Cançado e Badham (2019) que criticam e definem como limitada a perspectiva racional de controle e dominação burocrática sobre os processos de mudança que definem regras, etapas sequenciais e intervenções planejadas para gerenciar as mudanças. Os autores defendem uma abordagem do gerenciamento para a mudança, ao invés do gerenciamento da mudança, sustentando o entendimento desse fenômeno como um processo caótico e emergente, além de destacar o papel dos atores e gestores nas performances sociais, a partir das interações humanas.

A análise da participação social no processo de mudança permeia outro ponto de relevância nos estudos, sendo este o elemento da resistência à mudança, interpretado como a principal força restritiva definida por Lewin (1952), enquanto tendência de um ou mais indivíduos de se opor às demais forças que conduzem a organização a um novo patamar de equilíbrio. De maneira análoga, Watson (1971) define a resistência como um conjunto de forças que atuam na preservação dos sistemas de personalidade ou sociais. Em essência, esses autores concordam que a resistência às mudanças é uma reação natural de indivíduos ou grupos quando confrontados com o novo. Esse fenômeno é apontado pela literatura como uma das principais barreiras para processos de mudança bem-sucedidos (HERNANDEZ; CALDAS, 2001).

Robbins (1999) apresenta como fontes de resistência à mudança diferentes fatores dos âmbitos individuais e organizacionais. As fontes de resistência individual estão ligadas às características pessoais e subjetivas dos indivíduos, incluindo hábitos, necessidades, traços de personalidade, inseguranças, nível de conhecimento e questões financeiras. Já as fontes de resistência organizacional dizem respeito a aspectos globais, relacionados à inércia estrutural e grupal, à focalização limitada da mudança (como mudanças em apenas um setor) e às percepções de ameaças decorrentes da mudança.

Hernandez e Caldas (2001) criticam os métodos propostos pelas principais teorias tradicionais relacionadas à resistência à mudança nas organizações, que se propõem a identificar fórmulas de como vencer as barreiras da resistência, interpretada, nesses casos, como um fenômeno coletivo e massificado. Ao contrário

dessa ideia, os autores justificam a resistência a partir da psicologia da percepção, a qual sustenta a ideia de que cada indivíduo percebe a realidade de uma forma distinta, sendo resultado de uma construção cognitiva influenciada por diversos fatores. Assim, o processo de percepção da mudança sofre a influência de variáveis individuais (ex: motivação, valores, aversão ao risco) e situacionais (ex: cultura e estrutura organizacionais, conflitos ou solidariedade grupais, canais de comunicação), e que resultam nos comportamentos e decisões dos indivíduos frente a esse cenário, seja a adesão à mudança, a indecisão ou a adoção da resistência. Nesse sentido, a resistência é vista como um fenômeno natural e esperado, e a compreensão das suas causas e as formas de lidar com elas são vistas como elementos fundamentais para o sucesso de processos de mudança organizacional.

Araújo (1982, p. 25) enfatiza a relação do componente comportamental com a mudança organizacional.

[...] o comportamento é um componente do mais expressivo significado no mapeamento das prioridades organizacionais. Haja vista sua presença em todas as conceituações e observações feitas pelos estudiosos das organizações, principalmente, nas recomendações que buscam o sucesso de um programa de mudança. [...] Em outras palavras, o objetivo da mudança pode não manter nenhuma relação com comportamentos individuais ou grupais, mas sem a sensibilização das pessoas condutoras e/ou objeto do processo, pouco ou muito pouco se conseguirá e que justifique o esforço dispendido.

Relevante destacar que as organizações públicas são caracterizadas como detentoras de baixa capacidade para a mudança, apesar da necessidade de se tornarem mais eficientes e eficazes, sendo limitadas por fatores como excesso de burocracia, de formalização, de padronização dos processos e de repetição de práticas rotineiras. Em termos de resistência de seus membros, constata-se que as atitudes dos indivíduos em relação à mudança costumam ser de aceitação, ainda que temerosas (DOMINGOS; NEIVA, 2014; NEIVA; PAZ, 2007 apud FEITOSA; COSTA, 2016).

Toda mudança, contudo, independentemente de ser positiva ou negativa, causa impactos variados nos indivíduos, sobretudo de cunho psicológico. Por isso, não é possível estabelecer padrões de comportamento ou reação que se apliquem a todas as pessoas e organizações. Morgan (1986) destaca, ainda, que a mudança organizacional não é um processo neutro e técnico, mas sim um processo político que envolve lutas pelo poder e a negociação de interesses. O autor também enfatiza a importância da cultura organizacional na mudança e como ela influencia a resistência

à mudança e a adoção de novas práticas. Nesse sentido, inclui-se a seção seguinte sobre cultura e seu aprofundamento na perspectiva do nível cultural das organizações.

## **2.2 Cultura organizacional**

No âmbito organizacional, o interesse pelo elemento cultural foi percebido com maior ênfase a partir da década de 1980, justificado pelos argumentos de que o conhecimento da cultura nas organizações possibilitaria uma atuação mais estratégica e eficiente (ZAVAREZE, 2008). De acordo com Freitas (2007), o cenário econômico e político da época, com a crescente globalização e a intensificação da competição no mercado, foi impulsionador do movimento de busca por novas formas das empresas se diferenciarem e se adaptarem às mudanças, atribuindo à cultura o elemento estratégico para o sucesso, uma vez que ela influencia a maneira como as pessoas trabalham, se comunicam, tomam decisões e lidam com os desafios cotidianos. Outro fator que contribuiu para o aumento do interesse no assunto foi o desenvolvimento das teorias da administração, que passaram a enfatizar a importância do comportamento humano nas organizações.

Pettigrew (1979) foi um dos responsáveis por esse despertar acadêmico sobre a cultura em uma nova perspectiva, com a inclusão do termo cultura organizacional ou corporativa, que, segundo o autor, se traduz em “um sistema de significados pública e coletivamente aceitos para um dado grupo, em um certo período de tempo. Este sistema de termos, formas, categorias e imagens interpretam para as pessoas as suas próprias situações” (Pettigrew, 1979, p. 574, tradução nossa). A cultura organizacional passa, então, a ser reconhecida como um dos principais elementos que moldam o comportamento nas organizações, influenciando a motivação, a satisfação e o comprometimento dos funcionários (FREITAS, 2007).

Diferentemente das perspectivas antropológicas, no campo da administração as conceituações sobre cultura apresentam maior consenso entre os estudiosos - pelo menos em linhas gerais - que adotam de maneira mais uniforme o entendimento de cultura vinculada ao condicionamento dos indivíduos quanto às ações e comportamentos aceitos na organização a qual integram (CAVEDON, 2003). Assim, de uma maneira geral, pode-se adotar o conceito de cultura organizacional tal qual resumido por Robbins, Judge e Sobral (2010, p. 501) como “um sistema de valores compartilhados pelos membros de uma organização que a diferencia das

demais”. Dessa forma, cada organização é dotada de manifestações culturais próprias, o que a caracteriza como única tendo em vista suas relações com os atores internos e externos.

Segundo Alvesson (1993), a cultura representa uma maneira de perceber e interpretar a realidade social que não pode ser associada diretamente a nenhum objeto empírico específico. Para o autor, a cultura organizacional abrange “as experiências, significados, valores e compreensões associados ao meio ambiente, que são aprendidos e compartilhados, e que se expressam, se reproduzem e são comunicados, pelo menos parcialmente, de forma simbólica” (ALVESSON, 1993, p.3, tradução nossa). Dentre os autores mais citados nessa linha, destaca-se Edgar Schein (1992, p. 12, tradução nossa), para o qual:

A cultura organizacional é o conjunto de pressupostos básicos que um determinado grupo inventou, descobriu ou desenvolveu ao aprender a lidar com os problemas de adaptação externa e de integração interna, e que funcionou bem o bastante para serem considerados válidos e ensinados aos novos membros como a forma correta de perceber, pensar e sentir em relação a esses problemas.

Schein (1992) define a existência de três níveis da cultura organizacional, que se diferem pelos graus de visibilidade, tangibilidade e profundidade. São eles:

- O nível dos artefatos: o mais superficial, relacionado aos elementos visíveis ou perceptíveis, como estrutura do ambiente, linguagem, rituais, comportamentos e processos. Os artefatos podem ser ambíguos, difíceis de decifrar, mas possuem significados especiais para o grupo que os criou.
- O nível dos valores compartilhados: o intermediário, se refere às manifestações em estratégias e metas, que refletem os valores predominantes, e geralmente os da liderança, fundamentando a distinção do que é certo ou errado e orientando o comportamento dos membros do grupo, mas somente em situações nas quais esses valores estão presentes e influentes. Os valores espousados não estão necessariamente alinhados aos valores individuais e estão sujeitos a questionamentos e debates.
- O nível dos pressupostos básicos: o mais profundo da cultura organizacional, remete a crenças inquestionáveis, pensamentos e sentimentos inconscientes, que, de fato, definem os comportamentos e tem o poder de prevê-los corretamente.

Schein (1992) também destaca que a cultura organizacional é moldada e influenciada pelos fundadores e lideranças da organização. Segundo o autor, estes

atores exercem um papel central na definição e transmissão da cultura, na medida em que gerem diretamente uma série de mecanismos que impactam na estrutura e composição das instituições, tais como formas de controle e recompensas, distribuição de papéis e responsabilidades, definição de estratégias, entre tantos outros. Esses traços pessoais imprimem ao negócio os valores e visão de mundo dos seus líderes, refletindo em padrões culturais a serem seguidos pelos demais membros (TAVARES, 1991).

Hofstede (1980) é outro autor reconhecido por suas contribuições à perspectiva cultural nas organizações. Seus estudos buscaram compreender, especialmente, as diferenças culturais entre os países e como elas se refletem nas organizações. Considerando sua definição de cultura como uma programação mental coletiva que pessoas em um mesmo meio têm em comum, Hofstede (1980, 1990, 2010) propôs uma tipologia de cultura, definindo seis dimensões culturais, a saber: distância do poder, individualismo *versus* coletivismo, masculinidade *versus* feminilidade, aversão à incerteza, orientação de curto ou longo prazo e indulgência *versus* repressão. As características de cada dimensão estão descritas no quadro abaixo:

Tabela 2 - Dimensões culturais

| Dimensão                                 | Características  |
|--|--|
| Distância do poder                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Reflete a distribuição de autoridade e centralização/descentralização da tomada de decisões.</li> <li>● Proximidade ou distância entre subordinados em relação aos superiores, não apenas em termos hierárquicos, mas de relacionamento interpessoal e valores do sistema.</li> <li>● Quanto maior a distância de poder, maior a desigualdade entre as posições.</li> </ul> |
| Individualismo <i>versus</i> coletivismo | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Nas culturas individualistas, há predominância de decisões individuais, vínculos mais restritos e ênfase no líder.</li> <li>● Nas culturas coletivas, valoriza-se os grupos, as relações e condições de trabalho e as conquistas coletivas.</li> </ul>  |
| Masculinidade <i>versus</i> feminilidade | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Associação ao masculino quando valorizado o desempenho, competição, resultados materiais e autoridade.</li> <li>● Associação ao feminino quando valorizada a qualidade de vida, contatos sociais, direitos iguais e flexibilidade.</li> </ul>   |
| Aversão à incerteza                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Reflete a capacidade com que os indivíduos lidam com situações inesperadas ou incertas.</li> <li>● Quanto maior o sentimento de ameaça, estresse e insegurança em situações incertas, maior a necessidade desses grupos de ter regras claras e ordem sobre seus trabalhos.</li> </ul>   |

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| Orientação de curto ou longo prazo  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientação de longo prazo reflete valores orientados para o futuro, como persistência e estabilidade.</li> <li>• Orientação de curto prazo envolve valores orientados para o passado e o presente, como o respeito às tradições e os resultados imediatos.</li> </ul>  |
| Indulgência <i>versus</i> repressão | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflete o grau de controle sobre as pessoas.</li> <li>• Em culturas com maior grau de indulgência, as pessoas se sentem mais livres para buscar o atendimento a suas necessidades e desejos pessoais, valorizando o bem-estar e as relações interpessoais.</li> <li>• Em culturas com maior grau de repressão, as pessoas se sentem mais reguladas por normas sociais restritivas, valorizando o status e bens materiais.</li> </ul> |

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Hofstede (1980), Hofstede *et al* (1990) e Hofstede, Hofstede e Minkov (2010).

Através de tais escalas, portanto, seria possível comparar os países, sociedades ou organizações em termos de suas dimensões culturais. Isso ajuda as organizações a entenderem as diferenças culturais no meio em que se encontram e a adaptarem suas práticas de gestão de acordo com o que seria mais aceito.

Pugh e Hickson (2004) observam, ainda, que os resultados dos estudos de Hofstede não determinam o posicionamento das culturas em extremos das dimensões apresentadas, sendo possível posicioná-las ao longo dessas escalas. Destacam, também, que ao identificar o nível de uma dimensão de determinada cultura não significa dizer que todas as pessoas que a integram terão as mesmas características. Haverá, naturalmente, variações individuais.

Segundo Hofstede *et al* (1990), pode-se, ainda, distinguir as manifestações culturais a partir de quatro elementos, a saber: os símbolos, identificados nas palavras e gestos, especialmente; os heróis, referentes aos modelos de comportamento ideais a serem seguidos e ensinados aos membros do grupo; os rituais, marcados pelas atividades coletivas indispensáveis; e os valores, que representam o núcleo central da cultura e expressos pelas atitudes e comportamentos dos indivíduos. Os três primeiros elementos seriam denominados como “práticas”, influenciadas pelos valores da instituição, moldadas pelos eventos diários e transmitidas por socialização entre os membros de um mesmo grupo funcional. As práticas são manifestações visíveis, aspectos observáveis e que podem fornecer pistas sobre a cultura de um país ou organização. A essência da cultura, no entanto, é determinada pelos valores, enquanto aspectos profundos e, frequentemente, inconscientes, que não podem ser diretamente observados, mas podem ser inferidos por meio das ações e comportamentos das pessoas.

Ainda que os estudos de Hofstede tenham se tornado um clássico na esfera acadêmica e administrativa, apresentando análises importantes para a relação entre culturas locais e organizacionais, críticas à proposta de tipificar a cultura e à metodologia empregada foram apresentadas por outros autores. Dentre eles, Motta e Vasconcelos (2002) ressaltam a limitação metodológica em função da amostra pouco representativa em cada país contemplado nas pesquisas, não sendo possível, segundo os autores, os resultados representarem as culturas locais. Já Alcadipani e Crubellate (2003) problematizam a busca por interpretações generalizáveis e a imposição da visão de mundo do autor, dotada de juízo de valor, sobre as dimensões consideradas importantes por ele, levando a uma simplificação da realidade e exclusão de pluralidades e peculiaridades individuais.

As críticas expostas por Alcadipani e Crubellate (2003) caracterizam a perspectiva pós-moderna dos estudos de cultura organizacional, que veem a cultura como uma fragmentação, resultado de conexões fracas e cambiantes entre indivíduos em função do assunto e circunstância em que estão inseridos. Assim, o contexto influencia a cultura e a ambiguidade é determinada como um dos traços fundamentais da cultura organizacional. Nessa perspectiva, portanto, entende-se que a cultura de um lugar não definirá o indivíduo, nem suas ações ou comportamentos, sendo as manifestações culturais multifacetadas e abertas a múltiplas interpretações e significados (MARTIN, 1992; ALVESSON, 1993; HATCH, 1997 apud ALCADIPANI; CRUBELLATE, 2003).

Neste embate entre cultura organizacional homogênea ou heterogênea, Martin (1992) propõe o estudo e análise da cultura organizacional a partir de três perspectivas: a da integração, da diferenciação e da fragmentação. A perspectiva da integração segue a linha dos estudos clássicos, que pressupõem a mesma cultura para todo um grupo ou organização, caracterizando a cultura como um consenso de manifestações culturais e que pode ser criada e manipulada pelos seus líderes e fundadores. Essa perspectiva se fundamenta, portanto, na homogeneidade de significados, bem como harmonia dos valores, ritos e crenças compartilhados na organização (MARTIN, 1992; MARTIN; FROST, 2001).

Já a perspectiva da diferenciação tem como enfoque as diferenças entre os grupos que compõem a mesma instituição, evidenciando as subculturas e se distanciando da visão homogênea de cultura. O consenso, agora, existe apenas

dentro de subgrupos, não mais se aplica a toda a organização. Ganham destaque os conflitos, disputas de poder e ambiguidades entre esses grupos.

Nesse sentido, de acordo com Morgan (1986), as organizações são como minissociedades que desenvolvem padrões únicos e distintos de cultura e subcultura. Dentro das organizações, portanto, diversos sistemas de valores competem entre si, resultando em realidades organizacionais diversas que se inserem em uma cultura mais ampla, porém não uniforme. Vale mencionar, ainda, a definição de Van Maanen e Barley (1985, p. 38, tradução nossa) para subcultura organizacional, a qual entendem como:

[...] um subconjunto de membros de uma organização que interagem regularmente uns com os outros, identificam-se como um grupo distinto dentro da organização, compartilham um conjunto de problemas comumente definidos como o problema de todos e rotineiramente agem com base em entendimentos coletivos exclusivos para o grupo.

Percebe-se, assim, a identificação da subcultura a partir de um contexto comum e do relacionamento entre seus integrantes, mas com diferenças em relação ao restante da organização. Dentro desta abordagem, é ressaltada a pluralidade cultural dentro das instituições, podendo, ainda, uma ou mais subculturas serem proeminentes em relação às demais, fenômeno este motivado por uma série de fatores, resultando na distribuição de poder entre os grupos e suas possíveis disputas (VAN MAANEN; BARLEY, 1985; GOMES, 1991).

Por fim, a terceira perspectiva, da fragmentação, consiste na ideia de cultura como um conjunto dinâmico de valores e crenças que estão em constante evolução e adaptação, compreendida, assim, como uma construção histórica. Tem-se como foco, ainda, as ambiguidades e múltiplas interpretações sobre os fenômenos e manifestações culturais que ocorrem, especialmente, em função de adversidades internas ou externas à organização. As tensões podem surgir quando as subculturas têm prioridades conflitantes ou quando mudanças ameaçam as identidades e interesses de grupos específicos dentro da organização (MARTIN, 1992; MARTIN; FROST, 2001).

Apesar de aparentemente divergentes e conflitantes, as perspectivas de integração, diferenciação e fragmentação possibilitam uma análise de elementos complementares sobre o estudo da cultura. Portanto, de acordo com Martin (2002, p. 120), a cultura organizacional “deve ser vista pelas três perspectivas, não sequencialmente, mas sim simultaneamente”, utilizando-se, ainda, de interpretações

subjetivas profundas sobre as manifestações culturais, necessárias para compreender os múltiplos significados das ações sociais dentro de dado contexto da organização.

Considerando a complexidade da temática da cultura no âmbito organizacional, faz-se importante avançar nos estudos sobre cultura com maior especificidade das organizações para aprimoramento da análise desta matéria. Como o enfoque deste trabalho está voltado à realidade de uma organização pública, é necessário adentrar nessa perspectiva, de modo a viabilizar uma compreensão mais elaborada das expressões culturais a partir de um contexto específico.

### 2.2.1 A cultura em organizações públicas

Para que seja possível delinear características culturais de organizações, aqui especificamente as de administração pública, torna-se necessário compreender, também, os traços culturais do país ao qual pertencem, tendo em vista que a cultura nacional exerce influência sobre a organizacional, conforme explanado pelos estudos de Hofstede (1980, 1991, 2010). O autor, inclusive, foi um dos que apresentou caracterizações da cultura do Brasil, identificando sua posição nas seis dimensões culturais<sup>1</sup> por ele propostas. A partir dos seus expostos, foram identificados os seguintes traços:

1. Distância de poder: o Brasil é uma sociedade que aceita e valoriza as hierarquias sociais e a desigualdade de poder. Os líderes são frequentemente vistos como autoritários e se espera que exerçam autoridade.

2. Individualismo *versus* coletivismo: o Brasil é uma sociedade coletivista, onde a lealdade e a interdependência entre as pessoas são valorizadas. A família e a comunidade são consideradas mais importantes do que o indivíduo.

3. Masculinidade *versus* feminilidade: o Brasil é uma sociedade moderadamente masculina, onde a competição, a assertividade e a busca pelo sucesso são valorizadas. No entanto, o país também valoriza a cooperação e o cuidado com os outros.

---

<sup>1</sup> O resultado da sexta dimensão foi verificado no site Hofstede Insights (<https://www.hofstede-insights.com/country-comparison/brazil/>)

4. Aversão à incerteza: o Brasil é uma sociedade com elevada necessidade de evitar a incerteza, onde as pessoas tendem a se sentir desconfortáveis com a ambiguidade e a falta de clareza. Por isso, as normas, regras e procedimentos são valorizados.

5. Orientação de longo prazo *versus* orientação de curto prazo: o Brasil é uma sociedade com orientação de curto prazo, onde a tradição, o respeito aos costumes e a busca pelo prazer imediato são valorizados. As mudanças podem ser vistas com desconfiança e resistência.

6. Indulgência *versus* restrição: O Brasil é uma sociedade indulgente, em que as pessoas, geralmente, buscam realizar seus impulsos e desejos no que diz respeito a aproveitar a vida e se divertir; possuem uma atitude positiva e tendem ao otimismo.

Diversos outros autores investigaram a formação da cultura brasileira, considerando, especialmente, sua construção histórica, e levantaram alguns traços culturais como mais evidentes na maioria dos brasileiros, tais como: a hierarquia, o formalismo, o paternalismo, o personalismo e a flexibilidade (MOTTA, 1997; PRATES; BARROS, 2007; FREITAS, 1997).

Apesar de identificações em comum, Motta (1997) sustenta que o país é marcado por contrastes sociais, com uma cultura reconhecidamente heterogênea, complexa e multifacetada. Dessa forma, deve-se utilizar o termo cultura brasileira de forma genérica, considerando que a pluralidade de valores se faz presente em diferentes situações sociais, tendo em vista se tratar de um país com dimensões continentais e diversas diferenças regionais (PIRES; MACÊDO, 2006).

Carbone (2000, p. 2), no entanto, reconhece a relação íntima entre a cultura nacional e a das organizações públicas ao afirmar que “a administração pública reflete o Brasil, reflete o país, reflete o ‘nosso’ comportamento. O Estado não é diferente da nação, de seu povo”. Contribuindo para essa perspectiva, Vaitsman (2000, p. 849) afirma:

Se, por cultura organizacional, entendemos o sistema de significados compartilhados pelos membros de uma organização, que lhes dá algum tipo de identidade coletiva, a cultura das organizações públicas é marcada pelo modo como se instituíram as relações entre estado e sociedade, bem como as relações do sujeito com a coisa pública.

Na visão de Bergue (2010), os elementos culturais, os valores organizacionais, aspectos constitucionais e legais, todos contribuem para a

complexidade da gestão organizacional nas instituições públicas brasileiras. O autor também destaca algumas características marcantes desses ambientes, como a estabilidade do vínculo laboral, baixa variação das dinâmicas de trabalho e a valorização de padrões formais, juntamente com o corporativismo e a condescendência. Há, ainda, as relações de poder presentes nessas instituições, tanto entre as unidades internas que as compõem (âmbito administrativo) quanto com os atores políticos que estão presentes na atuação governamental (BERGUE, 2010). Essa configuração institucional define as organizações públicas “como um ambiente complexo onde interagem pessoas e grupos em constante disputa por espaços” (BERGUE, 2010, p. 98).

Nesse sentido, torna-se evidente a coexistência de diferentes interesses e objetivos que influenciam a cultura de organizações públicas, destacando-se as incontáveis subculturas dentro dessas instituições. Ainda que, na maioria das organizações, haja uma cultura dominante que representa os valores fundamentais compartilhados pela maioria de seus membros, as demais subculturas não podem ser ignoradas, pois refletem situações, problemas ou experiências diversas de indivíduos ou setores da organização (ROBBINS, 2005), sendo essencial compreendê-las para gerir os conflitos, incoerências e potencialidades.

Indo além da contextualização das organizações públicas, avança-se, aqui, para a análise de organizações de saúde e suas particularidades, considerando ser este o objeto de estudo desta dissertação.

### **2.2.2 A cultura em organizações de saúde**

Nas pesquisas acadêmicas, quando o objetivo é analisar fenômenos no âmbito particular de organizações de saúde, verifica-se a prevalência de unidades hospitalares como objeto de estudo. Apesar de não ser esse tipo de unidade de saúde a ser abordado nesta pesquisa, será utilizado esse exemplo de organização pela similaridade da sua missão organizacional quanto a prestação de serviços de saúde e para demonstrar a especificidade e complexidade das organizações de saúde a partir da tipologia de organizações proposta por Mintzberg (1989). O autor define os hospitais como organizações profissionais, evidenciando a necessidade e a dependência de profissionais especialistas para desempenho dos trabalhos complexos exigidos por essas instituições. Esses profissionais, ainda, possuem maior

autonomia na execução dos seus trabalhos, especialmente pela alta demanda por seus serviços e pelo desempenho das atividades majoritariamente finalísticas da organização. Assim, ainda que o trabalho administrativo seja realizado por outros profissionais, também dotados de capacidade técnica, é na mão dos especialistas que o poder se concentra nessas organizações (MINTZBERG, 1989).

Tal visão é reforçada por Vaitsman (2000) ao afirmar que, independentemente das lógicas institucionais de cada organização de saúde, todas compartilham como características a autonomia dos profissionais médicos e sua centralidade na hierarquia organizacional. A autora, ainda, atribui a ideia de uma identidade coletiva nessas organizações em função de todas as atividades de seus integrantes estarem, de alguma forma, relacionadas ao “enfrentamento de fenômenos de vida e morte” (VAITSMAN, 2000, p. 849). Isso, no entanto, não configura a existência de um único elemento de identidade.

Um dos critérios de diferenciação interna é o fato das pessoas fazerem parte de distintas categorias ou grupos profissionais, bem como de setores e departamentos voltados para determinados tipos de atividades. As habilidades aprendidas, os conhecimentos, práticas e valores próprios das profissões e/ou ocupações que convivem no local de trabalho, envolvem a existência de vários sistemas de significados e hierarquias de poder que operam simultaneamente, articulando-se ou não, estabelecendo vários tipos de conflito – e produzindo uma certa *gestalt* organizacional (VAITSMAN, 2000, p. 849).

Malik (1992) também reconhece a presença de subculturas em organizações da área da saúde, destacando a perceptível disparidade nas relações entre áreas-fim e áreas-meio. Os perfis dos profissionais que ocupam esses diferentes setores são diversos, bem como a compreensão que eles possuem dos objetivos do seu trabalho e papel na organização. Os administrativos, de áreas-meio, por vezes não consideram as especificidades das atividades finalísticas, enquanto os profissionais que as executam atribuem à administração uma forma de empecilho para a sua missão de salvar vidas (MALIK, 1992). Essa dupla estrutura e seus conflitos produzem empasses e dificuldades frente à necessidade de maior colaboração entre os profissionais para atendimento às demandas e expectativas dos usuários dos serviços de saúde (DUSSAULT, 1992).

A exemplo disso, a partir do seu estudo em um hospital público, Carvalho et al (2013) identificou que a cultura organizacional possui fortes vínculos com o modelo de gestão do trabalho e a estrutura adotados, demonstrando que, em organizações orientadas para o processo, como nas organizações em estudo, há o predomínio de traços de centralização de poder, maior competição entre os

trabalhadores, individualismo, apego por normas e rotinas e formalização nas relações interpessoais. Os autores relacionam tais características, inclusive, aos traços culturais das instituições públicas brasileiras, quanto à centralização, formalismo e paternalismo, tal como analisado na seção anterior.

Assim como Carbone (2000) já apontava para a dificuldade que os traços culturais brasileiros produziam para a mudança das culturas nas instituições públicas, as características peculiares das organizações de saúde também produzem limitações para esses movimentos. A maior autonomia do profissional voltado ao atendimento assistencial, os constantes conflitos por distribuição de recursos e poder, bem como a segmentação dos grupos com interesses diversos, justificam a maior complexidade em lidar com a cultura e processos de mudanças nessas organizações de forma homogênea e coordenada (DUSSAULT, 1992).

Ainda, destaca-se que, a cultura organizacional, sendo um fenômeno dinâmico que se desenvolve ao longo do tempo, está intrinsecamente ligada ao aprendizado dentro das organizações. Os pressupostos que formam a base da cultura são moldados através de processos heurísticos de tentativa e erro, onde ações que demonstram eficácia na resolução de problemas são repetidas, solidificadas e, eventualmente, codificadas como normas comportamentais. Este conjunto de conhecimentos e práticas, uma vez consolidado, é compartilhado entre os membros da organização, que o adotam como a maneira correta de agir. Assim, a cultura dentro de uma organização não é estática, mas um arcabouço de saberes que evolui e se perpetua através das experiências bem-sucedidas, sendo transmitido aos novos integrantes como a forma adequada de se relacionar e operar no ambiente organizacional (DOS REIS; ANTONELLO, 2006). Nesse sentido, abre-se uma nova seção teórica sobre aprendizagem dentro das organizações, de modo a contribuir para as análises dos achados da pesquisa.

### **2.3 Aprendizagem organizacional**

O fenômeno da aprendizagem organizacional é, também, um fenômeno complexo e multifacetado. A começar pela dificuldade da sua conceituação por se tratar de um tema de estudo em disciplinas diversas e sob perspectivas distintas, resultando em diferentes posições teóricas e na inexistência de uma teoria que sirva de base para todas as pesquisas (NOGUEIRA; ODELIUS, 2015).

Há, contudo, algumas teorias que se destacam por contemplar as perspectivas mais influentes dos trabalhos contemporâneos nesse campo, a exemplo de Argyris e Schön (1978; 1996), que definem a aprendizagem como um processo pelo qual as organizações desenvolvem a capacidade de detectar e corrigir erros, adaptando-se e melhorando continuamente. Segundo esses autores, a aprendizagem organizacional ocorre em dois níveis: a aprendizagem de ciclo simples e a aprendizagem de ciclo duplo. Na primeira, a organização responde a mudanças no ambiente ajustando suas ações, mas sem alterar as normas subjacentes. Já na aprendizagem de ciclo duplo, a organização não só ajusta suas ações, mas também examina e modifica as normas, políticas e objetivos que fundamentam suas práticas. Esse segundo nível propicia um ambiente de inovação e de transformação organizacional, pois permite questionar e alterar as premissas básicas e modelos mentais que orientam o comportamento organizacional. Argyris e Schön destacam, ainda, a importância de criar uma cultura que promova a reflexão crítica e a abertura para questionar as rotinas estabelecidas, facilitando assim uma aprendizagem mais profunda e eficaz.

Já Daft e Weick (1984), trazem a ideia de interpretação dos ambientes pelas organizações como uma etapa que precede a aprendizagem. Segundo esses autores, portanto, a aprendizagem organizacional é um processo no qual as organizações desenvolvem e modificam seu conhecimento e comportamento a partir da experiência e interação com o ambiente. Em resumo, a aprendizagem consiste em um fluxo de coleta de informações a partir da interação com o ambiente; seguido da interpretação, com atribuição de sentido a esses dados e experiências; e no processamento final, com a tomada de decisões e aplicação do conhecimento processado, resultando na adaptação organizacional. Para Daft e Weick (1984) a interpretação é diferenciada pelo compartilhamento entre os membros, o que promove a preservação de conhecimentos, normas e valores por muito tempo dentro da organização, independente da rotatividade das pessoas.

Fiol e Lyles (1985) também defendem a aprendizagem organizacional como a responsável pela transferência do conhecimento ao longo do tempo, resultando em mudanças duradouras no comportamento organizacional. O conceito desses autores envolve a avaliação de ações passadas e suas efetividades para a decisão de sua aplicação em ações futuras. Há uma correlação, também, entre processos de mudança comportamental e cognitiva e a distinção entre adaptação e

aprendizagem organizacionais. Para Fiol e Lyles (1985), a adaptação organizacional se refere às mudanças comportamentais decorrentes da necessidade de ajustes incrementais para adequação a um ambiente ou objetivos. Já a aprendizagem organizacional em essência envolve ambas as mudanças, especialmente uma profunda transformação cognitiva, em que as organizações reavaliam e ajustam suas teorias, estratégias e ações com base em experiências passadas e novos entendimentos.

Quanto à teoria de Levitt e March (1988), defende-se que as organizações aprendem ao registrar e armazenar as experiências de seus membros, transformando essas experiências em rotinas e procedimentos que guiam comportamentos futuros. Segundo eles, a aprendizagem organizacional se fundamenta em rotinas, possui dependência histórica e é orientada pelos resultados e objetivos da organização. Os autores destacam, ainda, que a aprendizagem organizacional não ocorre de forma automática ou linear; ela é influenciada por fatores como a interpretação subjetiva das experiências e as pressões ambientais que moldam as respostas organizacionais. Assim, o conhecimento acumulado pode ser tanto uma fonte de inovação quanto um obstáculo à mudança, dependendo de como as organizações gerenciam e aplicam esse conhecimento acumulado.

As organizações serão mais prósperas à medida que constituírem sistemas de aprendizagem eficientes que promovam a capacidade de antecipar as mudanças dos seus ambientes e aprender de forma mais rápida, gerando vantagens em um ambiente cada vez mais competitivo e mutável (DE GEUS, 1988). De acordo com Senge et al. (1999, p. 38), "todas as organizações aprendem no sentido de se adaptarem à medida que o mundo à sua volta vai mudando. Porém, algumas organizações aprendem mais rápido e eficazmente que outras". A diferença entre a rapidez e a lentidão na adaptação de estruturas e processos organizacionais para formas mais eficazes está relacionada à existência ou não de barreiras que dificultam a aprendizagem. Em sua teoria da quinta disciplina, Senge (1992) destaca cinco habilidades, as quais ele chama de disciplinas, essenciais para uma organização que aprende: domínio pessoal, modelos mentais, visão compartilhada, aprendizagem em equipe e pensamento sistêmico. Uma das principais deficiências ocorre quando essas disciplinas não são plenamente integradas. Por exemplo, a falta de pensamento sistêmico pode levar a soluções fragmentadas que não resolvem problemas subjacentes, enquanto a ausência de uma visão compartilhada pode resultar em falta

de coesão e alinhamento entre os membros da organização. Sem essas disciplinas, a capacidade da organização de aprender e se adaptar de maneira eficiente é significativamente reduzida.

Outra deficiência significativa na aprendizagem organizacional é descrita por Argyris (1992) através do conceito de rotinas defensivas. O autor argumenta que indivíduos e grupos desenvolvem mecanismos defensivos inconscientes para evitar desconforto e ameaças ao seu *status quo*, que incluem comportamentos como evitar conflitos, desviar a responsabilidade e esconder erros, o que impede a reflexão crítica, o amadurecimento e o aprendizado. Quando essas rotinas prevalecem, a organização se torna incapaz de questionar suas suposições e corrigir seus erros, limitando a inovação e a melhoria contínua. As rotinas defensivas criam uma cultura de conformidade e silêncio, onde problemas persistem sem serem adequadamente abordados.

A integração das teorias acima revela que a superação das deficiências na aprendizagem organizacional requer tanto o desenvolvimento de disciplinas que promovam o aprendizado contínuo quanto a superação de barreiras defensivas que bloqueiam esse processo. A aprendizagem também precisa de uma base cultural aliada que contribua para o desenvolvimento e manutenção dos sistemas de aprendizagem nas organizações, ao mesmo tempo em que estes moldam e solidificam progressivamente a cultura, construindo sua identidade, padrões e valores.

Neste sentido, dentro de uma ótica essencialmente dinâmica, o processo de aprendizagem se apresenta inicialmente como força propulsora de formação da cultura e posteriormente de sua consolidação, oportunidade em que o mapa cultural, já delineado, é ensinado às futuras gerações. Ou seja, ao mesmo tempo em que a cultura gera a aprendizagem, esta por sua vez, se encontra na essência da formação histórica da cultura de uma organização. Dessa maneira, os modos eleitos de lidar com os problemas encontrados no processo de formação grupal em momentos considerados críticos, são antes de tudo, momentos típicos de aprendizagem, que uma vez tendo surtido efeito, com o grupo obtendo êxito em suas pretensões, são ensinados às futuras gerações que os vivenciam como um novo momento de aprendizagem. Em síntese, os momentos de aprendizagem são inerentes ao processo de formação cultural nas organizações (SILVA, 2001, p. 58:59)

Percebe-se, assim, a relação indissociável entre cultura e aprendizagem. Na visão de Cook e Yanow (1993), inclusive, a aprendizagem organizacional é melhor assimilada quando entendida como uma expressão da cultura da organização, tendo em vista a definição de valores e formas de agir de seus membros, caracterizando, assim, a maneira que atuam diante de problemas, erros, situações críticas ou

ameaçadoras. “Desta maneira, a base cultural sugere o que, de que modo e por que a organização aprende determinadas coisas, ao mesmo tempo em que nega a aprendizagem de outras” (SILVA, 2001, p.61).

Considerando o contexto de crise social e sanitária, tal qual foi a pandemia de covid-19, entende-se que mudanças radicais e não planejadas foram necessárias nos âmbitos organizacionais para adaptação às novas necessidades, o que também motiva a ocorrência de aprendizados organizacionais. Nesse cenário, pode-se encontrar elementos culturais que influenciaram ou foram impactados por essas mudanças? Para tanto, é importante também compreender como elas atingem a organização em seus diferentes níveis e subculturas, a começar pelas distinções e semelhanças nas características e atuações dos atores organizacionais.

## **2.4 Níveis de Burocracia**

Os estudos contemporâneos sobre políticas públicas buscam compreender a atuação do Estado, sua interação com outros atores e instituições, e como isso se reflete na produção de políticas públicas, a partir de um olhar minucioso sobre a atuação dos diferentes atores burocráticos que o compõe (PIRES; LOTTA; OLIVEIRA, 2018). Essa perspectiva analítica possibilita agregar conhecimentos acerca dos grupos que integram as organizações públicas e que serão analisados neste estudo, contribuindo com a identificação de traços característicos que podem refletir na cultura e nas reações às mudanças de cada um deles.

Desenvolvido pelo sociólogo alemão Max Weber, que preconizava que a burocracia era a forma mais eficiente e racional de organizar as atividades humanas, o conceito de burocracia é frequentemente associado à necessidade de racionalização e profissionalização das organizações no mundo contemporâneo, especialmente para as organizações públicas, relacionando-se ao saber técnico e sua utilização para melhor desempenho organizacional (ABRUCIO; LOUREIRO, 2018). Os estudos que buscam destrinchar o corpo funcional da administração pública burocrática identificam três níveis de atuação dos atores organizacionais: os burocratas de alto escalão, os de médio escalão e os de nível de rua (PIRES; LOTTA; OLIVEIRA, 2018).

A burocracia de alto escalão está relacionada aos cargos dos níveis mais altos da hierarquia organizacional, aos quais são destinados a maioria dos cargos de

livre nomeação ou comissionados nas instituições públicas. Nesse sentido, atribui-se a esse nível burocrático maior carácter político, bem como a característica do personalismo relacionada à cultura de organizações públicas brasileiras. Há, ainda, características de alta rotatividade e amplo espaço de decisão no processo de formulação de políticas públicas (LOPEZ; PRAÇA; 2018). Resumidamente, os profissionais desse segmento exercem sua influência por meio da protagonização de processos decisórios relacionados às normas, estruturas administrativas e ações governamentais, além de desempenharem papéis importantes na representação e articulação política.

Quanto aos burocratas do médio escalão, Pires (2018) os diferencia daqueles que se encontram no topo (alto escalão) e na base (nível de rua) em função do espaço laboral e social diferenciado que ocupam. Esses agentes vivenciam as atribuições e preocupações no interior dos governos, enquanto os demais atuam orientados para o ambiente externo, seja voltado para as relações políticas ou para o cidadão. Pires (2018) enfatiza a gestão de conexões realizada pelos burocratas de médio escalão ao articularem as interações entre os múltiplos atores na ação governamental e interferirem em fluxos de informação, definição e distribuição de recursos críticos para a elaboração e implantação de políticas públicas.

Combinada com múltiplas atuações, a capacidade de articular conexões é um diferencial decisivo em comparação com os burocratas de alto escalão e os de nível da rua. Os BME são responsáveis por conectar diferentes fases das políticas, principalmente formulação e implementação, e desempenham um papel importante, muitas vezes invisível, na obtenção de resultados. Nesse sentido, esses burocratas são fundamentais para ajudar na compreensão de como a administração pública funciona (CAVALCANTE; LOTTA; YAMADA, 2018).

Já os burocratas de nível de rua são reconhecidos como “os trabalhadores do serviço público que interagem diretamente com os cidadãos no decurso dos seus trabalhos e que têm poder substancial na execução de seu trabalho” (LIPSKY, 2019, p. 37). São descritos, ainda, como o segmento que apresenta maior influência sobre os processos de implementação e execução de políticas, por atuarem diretamente nas atividades que as definem. Essa influência deriva da capacidade desses agentes em adaptar normas e objetivos formais às situações cotidianas, utilizando a discricionariedade inerente às suas condições de trabalho (CAVALCANTI; LOTTA; PIRES, 2018).

Esta pesquisa contempla os grupos de burocratas de médio escalão e de nível de rua, considerando suas particularidades e possíveis impactos sobre suas atuações, decorrentes do cenário de crise pandêmica que dimensiona o estudo.

Segundo Lipsky (2019), o estudo sobre burocratas de nível de rua se faz importante tendo em vista que representam um contingente significativo de profissionais no setor público, responsáveis por gerenciar orçamentos, tomar decisões alocativas e garantir o acesso a serviços para as pessoas de baixa renda, especialmente. Além disso, também acabam por personificar e materializar a imagem do Estado perante os usuários, considerando que o acesso a direitos e benefícios governamentais pela população ocorre majoritariamente por meio desses agentes.

Além de tomarem decisões que impactam na vida das pessoas, os burocratas de nível de rua também têm que lidar diretamente com as reações pessoais dos cidadãos frente a essas decisões, sejam elas interpretadas de forma positiva ou negativa (LIPSKY, 2019). Diante disso, ainda que o ideal burocrático enseje o distanciamento impessoal na tomada de decisões dos atores organizacionais, a realidade de trabalho desses agentes apresenta um forte conflito entre o interesse público e a resposta individual demandada por cada indivíduo. Cavalcanti, Lotta e Pires (2018, p. 230) resumem esse cenário da seguinte forma:

Assim, a burocracia de nível de rua encontra-se muitas vezes em uma situação paradoxal: de um lado, suas funções são frequentemente “programadas”, no sentido de serem realizadas para atingir os resultados desejados de seus órgãos públicos ou das políticas públicas; de outro lado, seu trabalho requer um alto grau de adaptação e responsividade a casos individuais complexos. [...] É neste sentido que os burocratas de nível de rua vivenciam a controvérsia política, na medida em que são duplamente pressionados: pelas demandas de serviços para cumprirem metas; e pelos cidadãos para aumentarem seu acesso.

Sobre os burocratas de médio escalão, ainda há poucos estudos que investigam esse grupo, criando um “limbo teórico” sobre esses atores, o que contribui para permanecer pouco claros os conceitos sobre seu perfil, atuação e influências (NOVATO; NAJBERG; LOTTA, 2020). Segundo Pires (2018), a diversidade de atividades desempenhadas pelos burocratas de médio escalão, além de integrarem posições relativamente efêmeras, dificulta a construção de uma identidade de grupo ou a estabilização de uma expertise e conhecimento específico na organização.

Ainda assim, esse grupo possui atuação relevante e imprescindível, com a função primordial de traduzir as decisões em ações, garantindo a implementação das

políticas elaboradas. Percebe-se, portanto, que eles ocupam uma posição estratégica frente ao funcionamento e desempenho organizacional, destacando-se como agentes de integração e interlocução nas diversas áreas de atuação da gestão pública, sendo, também, uma importante fonte de estudo.

Destarte, optou-se por contemplar as percepções dos burocratas de médio escalão e de nível de rua nesta pesquisa, focando, no primeiro caso, nos agentes públicos que ocupam cargos de nível intermediário na gestão central e com o importante papel de interlocução entre os níveis estratégicos e operacionais da instituição pública em estudo; e quanto ao segundo grupo, nos agentes que atuam diretamente na prestação dos serviços públicos à população. A descrição destes grupos consta na próxima seção, sobre a metodologia do trabalho, com maiores informações sobre a organização e participantes da pesquisa.

### 3 METODOLOGIA DA PESQUISA

Para o alcance dos objetivos propostos neste trabalho, foi realizada uma pesquisa qualitativa e exploratória, com o desenvolvimento de um estudo de caso. O enfoque qualitativo demonstra ser mais adequado considerando o cunho exploratório da pesquisa e seu objetivo de compreender as relações sociais e culturais dentro das organizações. Trata-se da metodologia indicada para a análise do fenômeno a partir da perspectiva dos participantes, sendo o próprio pesquisador um instrumento de observação, seleção e interpretação dos dados (GODOY, 1995a). Segundo Godoy (1995a, p. 58),

[...] a pesquisa qualitativa não procura enumerar e/ ou medir os eventos estudados, nem emprega instrumental estatístico na análise dos dados. Parte de questões ou focos de interesses amplos, que vão se definindo à medida que o estudo se desenvolve. Envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo.

A pesquisa, ainda, é exploratória ao buscar provocar maior familiaridade com o problema em análise, tornando-o mais explícito e estimulando a sua compreensão. Nas pesquisas exploratórias o pesquisador possui interesse no aprimoramento das ideias, contribuindo com novas visões sobre o problema e se utilizando de um planejamento mais flexível (GIL, 2002). Na pesquisa em evidência, buscou-se explorar as percepções dos indivíduos diante de um cenário de ruptura dos seus padrões e rotinas de trabalho, jogando luz às possíveis influências de aspectos organizacionais, culturais e circunstanciais na análise da adaptação no ambiente laboral.

Ainda, considerando que a análise se deu dentro de um contexto histórico e de uma organização específica, utilizou-se da estratégia de estudo de caso, cujo objetivo remete ao aprofundamento do conhecimento sobre um fenômeno em uma realidade delimitada (TRIVIÑOS, 1987). Segundo Yin (2015), o estudo de caso é uma estratégia usada para responder questões que se referem ao “como” e ao “porquê” e quando o pesquisador tem pouco controle sobre os fatos. O autor indica a aplicação desse método, ainda, quando se trata de uma pesquisa empírica que objetiva investigar um fenômeno contemporâneo ou pouco explorado, ou como estudo-piloto que oriente estudos posteriores. Nesse sentido, a escolha pelo estudo de caso para esta pesquisa se justifica pelo objetivo de se compreender as particularidades dos

contextos organizacionais e culturais de organizações públicas de saúde, considerando um período pandêmico e os grandes impactos nessas organizações e em seus profissionais. Ainda que já tenham sido realizados diversos estudos nesses últimos anos sobre as consequências da pandemia, ainda são poucos aqueles que se propõem a analisar as mudanças internas no campo institucional da saúde pública, ou seja, olhar para as práticas organizacionais e suas transformações em instituições do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente em uma perspectiva além da hospitalar.

Tendo em vista o exame de um contexto particular, os estudos de caso não apresentam resultados facilmente generalizáveis por não se tornarem replicáveis em outros contextos. Isso não significa, entretanto, menor qualidade ou validade da pesquisa. Para Stake (2000 apud ALVES-MAZZOTTI, 2006), a generalização não deveria ser a prioridade do pesquisador, sendo mais importante a descrição densa e compreensão do caso em particular, fornecendo informações detalhadas sobre as relações, situações e evidências, permitindo, assim, interpretações e *insights* de quem o lê, levando à sua aplicação em outros contextos, caso o leitor entenda como possível. De fato, não há a pretensão de se promover a generalização dos resultados desta pesquisa, mas sim de adentrar nas realidades e experiências vivenciadas pelos indivíduos em um dado ambiente e período para identificação de relações pouco evidenciadas, até então. A possibilidade de replicação ou não desse estudo, portanto, dar-se-á pelo grau de particularidade de cada resultado, não deixando de gerar, contudo, insumos para novas pesquisas, seja para replicação, aprofundamento ou comparação.

Ainda que o estudo de caso seja comumente realizado com o enfoque em apenas uma unidade de estudo – seja um indivíduo, um pequeno grupo, uma instituição, programa ou evento – há, também, a realização de estudos de casos múltiplos, com vários estudos simultâneos, considerando vários indivíduos ou instituições (ALVES-MAZZOTTI, 2006).

O estudo de caso realizado para essa pesquisa objetiva a abordagem de diferentes indivíduos que integram dois grupos de burocracia diferentes, mas que compõem a mesma organização. O intuito dessa abordagem é de coletar percepções de atores organizacionais com atuações distintas sobre um mesmo fenômeno, qual seja os reflexos das mudanças decorrentes da crise provocada pela pandemia de covid-19 sobre as práticas da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

A escolha por uma Secretaria Municipal de Saúde como unidade de análise para este estudo se justifica pela posição de órgão gestor da saúde pública de um município. Considerando a gestão descentralizada do SUS, cabe aos municípios a responsabilidade de gerir a Atenção Básica, sendo a principal porta de acesso da população aos serviços de saúde pública, além da oferta de ações e políticas diversas de saúde, assumindo um papel primordial na qualidade de vida de seus cidadãos e demandando um olhar cauteloso e frequente sobre as mudanças e desafios da gestão local. Já a definição pelo município de Belo Horizonte se deu pela atuação profissional da pesquisadora na Secretaria Municipal de Saúde da referida cidade, facilitando a compreensão sobre a instituição e o acesso às pessoas e dados necessários para realização da pesquisa.

### **3.1 Percorso metodológico**

Considerando a complexidade e abrangência da problemática, foi utilizada a técnica de triangulação na coleta de dados para “máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo” (TRIVIÑOS, 1987, p. 138). Tal técnica sustenta a necessidade de se utilizar métodos de coleta que permitam três perspectivas de análise: (1) processos elaborados pelo pesquisador ou pelo próprio sujeito do estudo, para averiguar as percepções, comportamentos e ações deste (entrevistas, questionários ou observação); (2) elementos produzidos pelo meio (documentos, instrumentos legais, oficiais e estatísticos); e (3) processos e produtos originados pela estrutura socioeconômica e cultural do macroorganismo social no qual está inserido o sujeito (TRIVIÑOS, 1987). Esta última perspectiva joga luz às possíveis influências de uma macro realidade social que promove a construção de significados históricos e culturais e que impossibilita a ideia de fenômenos sociais isolados, enfatizando a importância da abordagem de elementos culturais e temporais nos estudos qualitativos.

Inicialmente, para compreensão dos elementos presentes no estudo, foi necessário explorar um panorama teórico sobre cultura, mudanças e níveis de burocracia, a partir de uma revisão de literatura, apresentada no capítulo anterior. Da mesma forma, para a compreensão das mudanças provenientes da crise, foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre trabalhos e pesquisas anteriores que já evidenciavam e analisavam essas mudanças, em suas diferentes perspectivas. A

pesquisa bibliográfica permite ao pesquisador abranger uma ampla gama de fenômenos que seria impraticável investigar diretamente (GIL, 2002), possibilitando a identificação de mais elementos pertinentes ao estudo.

Após esse levantamento, foi realizada uma pesquisa documental para coleta de dados secundários e que permitam compreender as mudanças no contexto específico da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, a partir de registros e documentos que demonstram alterações de práticas da organização. Buscou-se apurar e identificar as mudanças das ações desenvolvidas pela Secretaria a partir dos registros encontrados em relatórios gerenciais de acesso público, tais como os Relatórios Anuais de Gestão da Saúde e outros documentos publicizados e relacionados ao período pandêmico, possibilitando coletar evidências de alterações ocorridas naquela temporalidade. Não foram abordados dados sigilosos, pessoais, nem mesmo de processos ou protocolos técnicos da saúde, considerando que o interesse desta pesquisa está direcionado para as transformações decorrentes da emergência em saúde e nas possíveis oportunidades de gestão pública, com enfoque nas ações e práticas organizacionais. A pesquisa documental se constitui de uma fonte rica e estável de dados, apresentando a vantagem de os documentos retratarem e fornecerem informações sobre um determinado período e contexto anterior ao da pesquisa (GODOY, 1995b; GIL, 2002). Os dados secundários coletados não serão objetos de categorização para os dados primários, mas sim de contextualização das grandes mudanças registradas pela instituição.

Já para a coleta dos dados primários, foram elaborados questionários e roteiro para entrevista semiestruturada (Apêndice A e B). Realizou-se, primeiramente, a aplicação de questionários online (*Google Forms*) à amostra do grupo de burocratas de nível de rua, detalhados na próxima seção. A seleção deste subgrupo foi aleatória, de acordo com a disponibilidade e interesse dos profissionais. Em seguida, foram realizadas as entrevistas semiestruturadas com os servidores públicos que integram a amostra do grupo de médio escalão. As entrevistas foram realizadas apenas pela pesquisadora, por meio de abordagens individuais aos participantes, fora do seu horário de trabalho. Todas as entrevistas foram registradas por meio de gravação de áudio, após aprovação do participante, e posteriormente transcritas.

Assim como os questionários, as entrevistas têm o objetivo de identificar os diferentes pontos de vista sobre os fatos, permitindo compreender os elementos que os motivam a partir das realidades dos atores entrevistados (GASKELL, 2002).

Buscava-se, assim, realizar a coleta de percepções dos servidores de cargos de médio escalão e de nível de rua em relação às mudanças originadas durante a crise da pandemia, com enfoque nas práticas organizacionais.

Para análise dos dados primários, foi utilizada a metodologia de análise de conteúdo. A técnica possibilita a análise das diferentes fontes de informação, exigindo disciplina, paciência e tempo do pesquisador para refinar as informações e extrair significado dos dados coletados (SILVA; FOSSÁ, 2015). Segundo Bardin (2011), o processo envolve interpretação e seleção do material que irá definir o *corpus* de análise, seguido da identificação de palavras-chaves e classificação das informações, concluindo na inferência e interpretação dos dados, permitindo uma análise comparativa entre as categorias e de acordo com o referencial teórico da pesquisa. Nesta etapa, utilizou-se do software online ATLAS.ti, no intuito de agilizar o processo de consolidação dos dados coletados, bem como facilitar a busca e categorização das informações registradas, constituindo em uma base de dados sólida para a análise e interpretação dos dados da pesquisa.

Por meio das metodologias de coleta e análise mencionadas, buscou-se comprovar as seguintes hipóteses: (i) em função da crise provocada pela pandemia, ocorreram mudanças no contexto organizacional analisado; (ii) a reação e aderência a estas mudanças no cotidiano organizacional sofreu a influência de elementos culturais subjacentes à instituição analisada; (iii) há diferenças entre as percepções dos grupos analisados sobre as mudanças e práticas da organização.

Antes da realização da pesquisa, considerando o envolvimento de seres humanos, o projeto foi registrado na Plataforma Brasil e submetido à avaliação dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) das instituições envolvidas: a Fundação João Pinheiro, via CEP da FHEMIG, enquanto instituição coordenadora; e a SMSA-BH, como instituição participante. Aprovada pelos dois comitês, a pesquisa recebeu o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 74800923.2.0000.5119 (FHEMIG) e nº 74800923.2.3001.5140 (SMSA-BH).

### **3.2 Público participante**

Posto que será dado ênfase à atuação e percepção dos profissionais da Atenção Básica, o estudo contemplou integrantes das equipes de Saúde da Família

(eSF), nos Centros de Saúde, enquanto representantes do grupo de burocratas de nível de rua, e na Diretoria de Atenção Primária à Saúde e Integração do Cuidado (DAPS), considerando a lotação dos profissionais de médio escalão. As equipes da Atenção Básica são multiprofissionais, a exemplo das equipes de Saúde da Família, compostas por, no mínimo, um médico, generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade; um enfermeiro, generalista ou especialista em saúde da família; além de auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Admite-se, ainda, equipes com profissionais de saúde bucal, como cirurgião-dentista, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2017). Já na DAPS, não há normativa que defina ou restrinja sua composição, podendo haver categorias profissionais diversas, mas, sendo uma área voltada para a gestão administrativa da assistência, presume-se a presença, majoritariamente, de profissionais com formação em saúde, como médicos e enfermeiros, e em ciências sociais aplicadas, como administradores, e outras.

Considerando a temporalidade e o fenômeno da mudança em evidência nesta pesquisa, o que demanda a vivência e atuação dos participantes no período pré, durante e pós pandemia, e, ainda, o tamanho da estrutura da rede de Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte, com 152 Centros de Saúde e 596 equipes de Saúde da Família (BELO HORIZONTE, 2023), optou-se pela seleção intencional (SAUNDERS; TOWNSEND, 2019) de participantes que integram tanto as posições de médio escalão quanto de nível de rua, com a observação de atendimento a alguns critérios essenciais para o estudo.

Para o grupo de profissionais de nível de rua, foram contemplados os participantes com as formações de médico e enfermeiro de equipes da Atenção Básica, nos Centros de Saúde, e que estejam em atuação na saúde pública de Belo Horizonte há, pelo menos, três anos. Nesse caso, a restrição da categoria profissional se justifica pela intenção de evitar heterogeneidades dentro do mesmo grupo de pesquisa, tendo em vista as possíveis distinções culturais de cada profissão, que constituem subculturas particulares. O objetivo é identificar as influências e percepções no nível de equipe atuante no Centro de Saúde, sem distinguir grupos ainda menores. Ainda, para que a territorialidade seja contemplada na pesquisa, buscou-se a participação de, pelo menos, um profissional médico e um profissional enfermeiro de cada regional da cidade, escolhidos de forma aleatória, totalizando, no mínimo, 18 (dezoito) participantes para o grupo de burocratas de nível de rua. Esse

mesmo critério foi adotado para a definição da amostra mínima de questionários, ou seja, foi realizada a coleta de dados por este método até que fossem identificados, pelo menos, dois respondentes de cada regional, sendo um médico e um enfermeiro, conforme definido como públicos dessa pesquisa no grupo de burocratas de nível de rua.

Considerando a distribuição heterogênea desses profissionais entre os 152 Centros de Saúde de Belo Horizonte, a pesquisadora contou com o apoio dos Núcleos de Educação Permanente de cada regional, que realizaram o direcionamento do questionário online para os gerentes dos Centros de Saúde, que, então, encaminharam aos profissionais médicos e enfermeiros das suas respectivas unidades. Em função do período de aplicação dos questionários coincidir com o início de um período de alta incidência de casos de dengue e arboviroses no município e ao observar baixa frequência nos retornos dos formulários, a pesquisadora também solicitou o apoio de alguns Diretores Regionais de Saúde para intensificar a divulgação da pesquisa e a solicitação do preenchimento pelos profissionais. Ao final de dois meses, foi alcançada a amostra mínima pretendida, com o recebimento de 45 (quarenta e cinco) questionários preenchidos, dos quais 23 (vinte e três) cumpriam os critérios de seleção.

Quanto ao grupo de profissionais de médio escalão, buscou-se cinco participantes, também selecionados aleatoriamente, com o mesmo tempo de atuação do grupo anterior. Não houve distinção de formação profissional ou cargo. O recrutamento desses profissionais ocorreu por meio da abordagem direta, considerando o acesso próximo da pesquisadora a esse grupo, permitindo a identificação e seleção daqueles que atendem ao critério do tempo de atuação almejado para a pesquisa.

Assim, apresenta-se, abaixo, um quadro resumo dos critérios de seleção para cada nível de burocracia contemplado na pesquisa.

Tabela 3 - Resumo dos critérios de seleção dos participantes da pesquisa

| <b>Especificações</b>                | <b>Burocratas de nível de rua</b> | <b>Burocratas de médio escalão</b> |
|--------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <b>Formação profissional</b>         | Médico e enfermeiro               | Sem distinção                      |
| <b>Gênero</b>                        | Sem distinção                     | Sem distinção                      |
| <b>Quantitativo de profissionais</b> | 18 (dezoito) pessoas, no mínimo   | 5 (cinco) pessoas                  |

|                         |   |                                       |
|-------------------------|---|---------------------------------------|
| <b>Local de lotação</b> | Centro de Saúde                         | Diretoria de Atenção Primária da SMSA |
| <b>Tempo de atuação</b> | Mínimo de 3 anos de atuação no SUS-BH   | Mínimo de 3 anos de atuação no SUS-BH |
| <b>Recrutamento</b>     | Envio de questionário online por e-mail | Abordagem direta                      |

Fonte: Elaborado pela autora.

Os participantes desta pesquisa não serão identificados nominalmente, em cumprimento à confidencialidade garantida no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A fim de referenciar cada indivíduo e suas citações, adotou-se a codificação relacionada nos quadros abaixo, de modo a possibilitar a identificação de apenas algumas das especificações mais relevantes da seleção, especialmente para os burocratas de nível de rua. Para esses participantes foram consideradas as regionais as quais eles se encontram vinculados e a formação profissional, simbolizadas com as primeiras letras de cada no código criado. Tais especificações podem representar diferenças nas percepções dos participantes.

Tabela 4 - Codificação e perfil dos participantes da pesquisa - Burocratas de nível de rua

| <b>Código</b> | <b>Regional</b> | <b>Formação profissional</b> | <b>Tempo de atuação no Centro de Saúde</b> |
|---------------|-----------------|------------------------------|--|
| B-E01         | Barreiro        | Enfermeiro(a)                | Mais de 4 anos                             |
| B-M01         |                 | Médico(a)                    | Mais de 4 anos                             |
| CS-M01        | Centro Sul      | Médico(a)                    | Mais de 4 anos                             |
| CS-E01        |                 | Enfermeiro(a)                | Entre 3 e 4 anos                           |
| CS-M02        |                 | Médico(a)                    | Mais de 4 anos                             |
| L-M01         | Leste           | Médico(a)                    | Mais de 4 anos                             |
| L-E01         |                 | Enfermeiro(a)                | Mais de 4 anos                             |
| NE-M01        | Nordeste        | Médico(a)                    | Mais de 4 anos                             |
| NE-E01        |                 | Enfermeiro(a)                | Mais de 4 anos                             |
| NO-E01        | Noroeste        | Enfermeiro(a)                | Mais de 4 anos                             |

|        |               |               |                  |
|--------|---------------|---------------|------------------|
| NO-M01 |               | Médico(a)     | Mais de 4 anos   |
| N-E01  | Norte         | Enfermeiro(a) | Mais de 4 anos   |
| N-E02  |               | Enfermeiro(a) | Mais de 4 anos   |
| N-M01  |               | Médico(a)     | Mais de 4 anos   |
| N-M02  |               | Médico(a)     | Entre 3 e 4 anos |
| O-M01  |               | Oeste         | Médico(a)        |
| O-M02  | Médico(a)     |               | Entre 3 e 4 anos |
| O-E01  | Enfermeiro(a) |               | Mais de 4 anos   |
| P-M01  | Pampulha      | Médico(a)     | Mais de 4 anos   |
| P-E01  |               | Enfermeiro(a) | Mais de 4 anos   |
| VN-E01 | Venda Nova    | Enfermeiro(a) | Mais de 4 anos   |
| VN-M01 |               | Médico(a)     | Mais de 4 anos   |
| VN-E02 |               | Enfermeiro(a) | Mais de 4 anos   |

Fonte: Elaborado pela autora.

Observa-se que foi possível alcançar um equilíbrio na composição de participantes com as formações de medicina e enfermagem, sendo doze médicos(as) participantes e onze enfermeiros(as). Já na composição do grupo de burocratas de médio escalão, apesar da ausência do critério de formação profissional para a seleção, verificou-se que todos os participantes deste grupo eram formados na área da saúde, com predominância de enfermeiros(as), conforme o quadro de codificação e perfil abaixo.

Tabela 5 - Codificação e perfil dos participantes da pesquisa - Burocratas de médio escalão

| <b>Código</b> | <b>Lotação</b> | <b>Formação profissional</b> | <b>Tempo de atuação na gestão da APS</b> |
|---------------|----------------|------------------------------|--|
| E01           | DAPS           | Nutricionista                | Mais de 4 anos                           |
| E02           | DAPS           | Médico(a)                    | Mais de 4 anos                           |
| E03           | DAPS           | Enfermeiro(a)                | Mais de 4 anos                           |
| E04           | DAPS           | Enfermeiro(a)                | Mais de 4 anos                           |
| E05           | DAPS           | Enfermeiro(a)                | Mais de 4 anos                           |

Fonte: Elaborado pela autora.

Considerando a totalidade do público participante da pesquisa, por meio dos questionários e entrevistas, há a identificação de um grupo maduro, com 96% dos indivíduos com idade mínima de 31 anos, sendo, ainda, 32% acima de 51 anos. Destaca-se, também, o perfil majoritário de profissionais do gênero feminino (71%), e com maioria atuante há mais de 10 anos no SUS em Belo Horizonte (86%).

## **4 A PANDEMIA E SUAS TRANSFORMAÇÕES**

A partir da declaração, em 11 de março de 2020, de que a covid-19 era considerada uma pandemia pela Organização Mundial de Saúde, governos, organizações, pesquisadores e comunidades foram desafiados a oferecer soluções eficazes para conter a propagação da nova doença e reduzir impactos, especialmente em perdas de vidas humanas. Tal pretexto promoveu a implementação de uma série de mudanças e que desencadeou efeitos diversos, de níveis individuais a globais.

Assim, pretende-se abordar, neste capítulo, algumas das transformações mais significativas desse período e seus reflexos na sociedade e nas organizações, com um destaque para as mudanças e reflexos na gestão da saúde pública de Belo Horizonte, de modo a contribuir, mais à frente, para a análise das percepções coletadas dos participantes da pesquisa.

### **4.1 Mudanças sociais e organizacionais**

Pode-se dizer que a primeira grande mudança desse período foi a adoção do distanciamento e isolamento social enquanto as melhores formas encontradas para a prevenção de contágio e de transmissão da covid-19, tendo em vista o aumento do número de casos de contaminação e mortes registrados no primeiro trimestre de 2020. Apoiadas pela OMS, as medidas de distanciamento e isolamento social presumem o controle de circulação da população, com a suspensão de atividades diversas, sendo mantido apenas os serviços considerados essenciais à saúde e à vida, tais como supermercados, farmácias e hospitais, de modo a incentivar a redução das interações físicas (DIAS et al, 2020). A aceitação dessas práticas, especialmente o isolamento, não foram unânimes, sendo inicialmente ignoradas em muitos governos que se preocupavam mais com o impacto das medidas na situação econômica do território. Mas, apesar das polêmicas e discordâncias envolvidas, o isolamento social foi universalmente incentivado e adotado por até um terço da população mundial, ainda que em momentos e intensidades diferentes (DIAS et al, 2020; BEZERRA et al, 2020; FARIAS, 2020).

Apesar de necessário, contudo, o isolamento social promoveu consequências diversas. O emprego e renda da população foram os elementos mais diretamente impactados por essa prática, tendo em vista a redução das atividades,

especialmente de comércio e serviços, promovendo a falência e fechamento de empresas, além da redução da renda de profissionais autônomos e dos informais, que atuam, em sua maioria, com a realização de vendas ou atendimentos presenciais (DIAS et al, 2020; BEZERRA et al, 2020).

Dito isto, considerando a estrutura do mercado de trabalho brasileiro, marcado pela alta taxa de informalidade e de vulnerabilidade social (MELLO et al, 2020), a pandemia e o isolamento evidenciaram - ainda mais - a desigualdade socioespacial no país. Isso porque a informalidade reside, majoritariamente, nas periferias, em áreas precárias, sem ou com baixo acesso à água potável, saneamento e saúde. Concentra-se no cenário das periferias, portanto, a maior contradição do isolamento social, pois, enquanto a falta de estabilidade econômica de grande parte desses cidadãos impede que se mantenham por muito tempo em casa, obrigados a sair em busca do sustento próprio e de suas famílias, aqueles que se mantêm em suas moradias o fazem precariamente e sob um risco maior de contaminação, dada a carente situação de infraestrutura sanitária e de circulação, desfavorecendo o cumprimento das medidas de higiene e de distanciamento (COSTA, 2020; CARLOS et al, 2020). Para se ter uma ideia desse impacto, no final de 2019, pouco antes do início oficial da pandemia, a informalidade no Brasil atingiu 40,7% da população ocupada, representando cerca de 38 milhões de trabalhadores informais, vulneráveis à redução da atividade econômica e ao aumento da desocupação e da pobreza (COSTA, 2020; MELLO, 2020).

Diante das consequências sociais e econômicas acima enfatizadas, a intervenção estatal se tornou mais que necessária para a garantia de direitos básicos, bem como para amenizar as dificuldades do mercado de trabalho e estimular a manutenção da atividade econômica, sendo realizadas, então, a concessão de crédito para empresas, transferência de renda e ampliação de políticas sociais para a população vulnerável e mais atingida (MELLO, 2020; DE LIMA; FREITAS, 2020). A atuação do Estado, ainda, é importante para o reconhecimento e estímulo das novas possibilidades e dinâmicas sociais, tais como os novos formatos de realização dos trabalhos laborais e da prestação de serviços (DA SILVA; DA SILVA, 2020), que precisaram se adaptar e adotar o ambiente online para manutenção das suas atividades.

Apresenta-se, assim, outro grande impacto do isolamento social e da pandemia: a informatização. O acesso à internet e o manuseio de tecnologias da

informação e comunicação (TIC) se tornaram condições fundamentais para a existência nessa nova realidade de interações não presenciais, impulsionando as tecnologias digitais e suas diversas utilidades nos ambientes organizacionais e sociais. O Painel TIC COVID-19, pesquisa realizada pelo Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação (Cetic.br) do Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR (NIC.br), permitiu a comparação dos hábitos e práticas online verificados antes e durante a pandemia, indicando o aumento significativo de usuários e de atividades na rede. O levantamento estima o crescimento dos hábitos online em diferentes áreas, como cultura, comércio, trabalho, educação, saúde e serviços públicos, demonstrando a amplitude do impacto da pandemia e do distanciamento na informatização da população, empresas e governos (NIC.BR, 2021).

O acesso à Internet tornou-se essencial para a viabilidade das medidas de distanciamento social, tomadas para reduzir o risco de contágio da COVID-19. As TIC também foram cruciais para garantir que governos e empresas pudessem criar estratégias de continuidade da prestação de serviços em um cenário de restrições ao movimento de pessoas e ao funcionamento tradicional das organizações. Nesse contexto, milhões de brasileiros passaram a depender das tecnologias digitais para realizar atividades de trabalho, ensino e aprendizagem, comércio, cultura e até mesmo para acessar programas de auxílio emergencial ou buscar informações sobre saúde. (NIC.BR, 2021, p.95)

Esse cenário intensificou o processo de transformação digital no Brasil, antecipando em meses os avanços esperados para o período de um a quatro anos (MEIRELLES, 2022). Alguns desses avanços se refletem na rápida adoção de práticas durante a pandemia que ainda engatinhavam ou que encontravam resistências nas áreas em que se aplicavam no período anterior, a exemplo do teletrabalho, do ensino remoto e da telemedicina. Apesar de não se tratar de práticas novas, estas certamente ganharam destaque e novos significados em função do isolamento social e da informatização durante a pandemia da covid-19.

A exemplo do teletrabalho, a literatura aponta para publicações sobre a prática que datam da década de 1970 em outros países, sendo identificado no Brasil o primeiro trabalho sobre o tema apenas em 1995, tendo a pauta intensificado na medida da evolução tecnológica. A partir de 2020, no entanto, há um aumento exponencial na publicação de estudos sobre a prática do trabalho remoto, especialmente relacionados ao contexto pandêmico e com o objetivo de compreender seus efeitos sobre os indivíduos e as organizações (MALHEIROS; TOMEI, 2022; CÂMARA, 2022; VASCONCELLOS et al, 2023).

Dentre os benefícios identificados pelas pesquisas e estudos sobre esse arranjo produtivo, são destacados, majoritariamente, a maior autonomia na realização das atividades laborais e aumento de produtividade dos trabalhadores, a melhoria de qualidade de vida, proporcionada por elementos como o ambiente familiar, a redução de custos, tempo e estresse com deslocamento, alimentação e vestuário, além de maior equilíbrio do tempo dedicado ao trabalho e família (VASCONCELLOS et al, 2023; HAU; TODESCAT, 2018; DA COSTA E SILVA et al, 2022). Ainda, para os gestores e as organizações, são verificadas vantagens como a redução de gastos com energia, água, materiais de escritório, além da possibilidade de redução do espaço físico necessário para a realização dos trabalhos presenciais (HAU; TODESCAT, 2018; DA COSTA E SILVA et al, 2022).

Desvantagens também são percebidas no trabalho remoto, sendo discutidas, especialmente, as situações de infraestrutura física, tecnológica e ergonômica inadequada ou insuficiente, a baixa regulamentação sobre esse modelo de trabalho, casos de jornadas de trabalho extensas e distanciamento entre os membros da organização, dificultando a comunicação e interação social (VASCONCELLOS et al, 2023; DA COSTA E SILVA et al, 2022). É interessante notar que, em pesquisas antes da pandemia, além das desvantagens já apontadas, eram destacadas a visão preconceituosa sobre a produtividade do trabalhador ausente do ambiente profissional, a maior dificuldade de reconhecimento e ascensão profissional, a ausência de legislação específica e a vulnerabilidade de dados e recursos. Importante mencionar que a reforma trabalhista de 2017 regulamentou e passou a reconhecer o regime de teletrabalho na Consolidação das Leis Trabalhistas (2017). Dentre os desafios para a adoção do teletrabalho, enfatiza-se, ainda, a adaptação cultural, a comunicação interna e a necessidade de clareza sobre metas e exigência do trabalho exercido nessa modalidade (HAU; TODESCAT, 2018; OLIVEIRA; PANJOTA, 2020).

Ainda, considerando a pesquisa bibliométrica realizada por Vasconcellos et al (2023), é válido mencionar alguns efeitos relevantes da adoção do teletrabalho, especialmente durante o período pandêmico, dentre os quais se destaca a relação deste modelo de trabalho com o aumento de doenças não relacionadas à covid-19, mas à piora da saúde física e mental dos trabalhadores, como problemas musculares, alcoolismo, estresse, ansiedade e depressão. Verificou-se, também, que, em muitos casos, fatores aparentemente positivos do teletrabalho podem, na verdade, promover

consequências negativas, tais como a presença de familiares no mesmo ambiente, flexibilidade da jornada laboral e das relações de trabalho (VASCONCELLOS et al, 2023). Ou seja, a depender de como o regime de trabalho não presencial for organizado e implementado, um mesmo elemento pode impactar de forma tanto positiva quanto negativa nos diferentes indivíduos.

Um exemplo pode ser retirado da pesquisa realizada com mais de 32 mil servidores vinculados ao Executivo de Minas Gerais - especialmente profissionais que trabalham na Cidade Administrativa de Minas Gerais, de diferentes áreas de atuação, e servidores lotados na Secretaria de Estado de Educação - com o objetivo de compreender as percepções desses profissionais em relação à experiência de trabalho remoto no contexto de isolamento social imposto pela pandemia de covid-19 (FJP, 2021). Em resumo, percebeu-se que os servidores que atuavam com atividades basicamente administrativas e burocráticas se adaptaram rapidamente ao regime de trabalho remoto, enquanto os educadores demonstraram avaliações mais desfavoráveis, com expressiva diferença sobre seus níveis de motivação profissional e satisfação com a produtividade laboral. A pesquisa identificou elementos que parecem estar mais profundamente ligados à formação dessas percepções, sendo o principal ponto a ser enfatizado a maneira como as atividades executadas se alinham (ou não) com o formato de trabalho remoto. Nesse sentido, o desempenho de atividades educacionais demonstrou maior incompatibilidade com o regime de teletrabalho, especialmente em um momento de mudança abrupta, com a necessidade de adequações urgentes e com soluções pouco utilizadas, até então, na educação pública, além do impacto do distanciamento e da falta de interação presencial para o cotidiano acadêmico e as atividades docentes.

Verifica-se, assim, que aspectos individuais, estruturais e culturais terão influência nessa percepção, o que demonstra a necessidade de compreender mais sobre essa prática em diferentes realidades organizacionais e culturais, especialmente no cenário de mudanças provocadas pela pandemia de covid-19.

Outra prática que ganhou destaque nesse período foi a do ensino remoto, em virtude da recomendação e aplicação de restrições de mobilidade e aglomerações, com a conseqüente suspensão das aulas presenciais, exigindo que instituições de ensino públicas e privadas se reinventassem. A substituição das aulas presenciais por aulas realizadas por meios digitais enquanto perdurasse a situação de pandemia de covid-19 foi, inclusive, determinada em normativa federal (BRASIL, 2020),

incentivando, assim, o uso das tecnologias para a mediação do processo de aprendizagem remota no cenário de incerteza vivenciado, de modo a promover a continuidade das ações educacionais e reduzir os riscos de interrupção e abandono escolar (DOS SANTOS JUNIOR; DA SILVA MONTEIRO, 2020; SANTANA et al, 2020).

Ainda que já se tenha adotado a prática da educação à distância (EaD) por algumas instituições educacionais anteriormente ao período pandêmico, foi na pandemia que o conceito de ensino remoto se renovou, ganhando maior repercussão e visibilidade. Apesar de não abarcado como uma tipologia ou modalidade de ensino pela legislação vigente, e que, segundo alguns autores, não se trata de educação à distância na sua essência, o ensino remoto foi adotado como uma alternativa emergencial e pontual diante das novas exigências e regulamentações para a continuidade do ensino em tempos de pandemia (SANTO; DIAS-TRINDADE, 2020; SANTANA et al, 2020).

Ainda que ambas as modalidades utilizem de ferramentas digitais para o processo educativo, identifica-se o receio pela tempestividade em que o ensino remoto emergencial foi implantado, exigindo que docentes usualmente acostumados com o ensino presencial transferissem suas práticas educativas repentinamente para os ambientes virtuais de aprendizagem (SANTO; DIAS-TRINDADE, 2020).

[...] a mera transposição para o disruptivo espaço virtual de práticas pedagógicas exitosas no ensino presencial não se configura como educação a distância, pois esta demanda especificidades que não podem ser desconsideradas, que vão desde o planejamento do design instrucional/educacional e modelagem pedagógica até a sua implementação, especialmente quando se deseja uma educação com qualidade (SANTO; DIAS-TRINDADE, 2020, p. 163).

Apesar das distinções apresentadas e das limitações iniciais pela ausência ou baixo planejamento de transição, o ensino remoto foi de grande valia para a continuidade da oferta educacional em tempos de isolamento social, evitando impactos ainda maiores na educação. Salienta-se, ainda, que a disseminação da educação remota durante a pandemia impulsionou a aceitação e popularidade da modalidade de educação à distância sua expansão, especialmente nos cursos de ensino superior, treinamentos corporativos e de atualização profissional. Desafios para o avanço da EaD com maior qualidade ainda residem na necessidade de desenvolvimento de metodologias de ensino mais interativas e inclusivas e da formação de docentes aptos para a prática pedagógica com a adoção de tecnologias

contemporâneas, mas sua tendência de ampliação já é uma realidade no cenário educacional brasileiro (DE SOUSA OLIVEIRA et al, 2020; RYBALKO et al, 2023).

O novo panorama que está surgindo traz consigo diversos desafios, mas também inúmeras oportunidades, dentre elas, a possibilidade de os alunos não precisarem se deslocar para as universidades, rompendo com as barreiras geográficas. Para Oliveira et al., (2020), não se pode mais falar em educação sem citar a modalidade EaD, haja vista que diante de todas as modalidades de educação, esta é a que consegue ter uma abrangência maior e já é vista como um grande divisor de águas em termos de educação no Brasil. (DE SOUSA OLIVEIRA et al, 2020, p. 52866)

No âmbito da saúde e das mudanças necessárias para continuidade da prestação dos serviços no contexto da pandemia, ganha destaque o fortalecimento da telemedicina, enquanto forma de serviços médicos mediados por tecnologias. Antes desse período, a prática enfrentava resistência, atribuída às dificuldades na identificação de sintomas, na segurança das informações e do acesso à tecnologia (DE ARAÚJO; QUEIROZ; EL AOUAR, 2023). Ainda, o Conselho Federal de Medicina e os conselhos regionais (CRM) também relutavam em adotar a telemedicina, argumentando que essa abordagem poderia violar o Artigo 37 do Código de Ética Médica, que define a vedação de “prescrever tratamento e outros procedimentos sem exame direto do paciente” (CAETANO et al, 2020).

A influência do período pandêmico sobre o estímulo e maior aceitação dessa prática pode ser evidenciada a partir das autorizações excepcionais de conselhos profissionais da área da saúde para atuação em serviços remotos enquanto durasse a situação de pandemia, resultando, finalmente, na ocorrência da sua regulamentação em 2022 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2022), ainda que houvesse uma Resolução do CFM reconhecendo e definindo a telemedicina desde 2002. Ou seja, a adoção em maior escala da prática intensificou a discussão sobre questões éticas e técnicas envolvidas, tornando prioritário o estabelecimento de regras, limites e responsabilidades, no intuito de promover maior segurança a médicos e pacientes, especialmente em termos de privacidade de dados e confidencialidade do atendimento.

Sendo inicialmente adotada com o intuito de definir as relações tradicionais entre médicos e entre médico e paciente realizadas por meio de recursos tecnológicos, a telemedicina tem ampliado seu espectro e dado lugar ao conceito de telessaúde, abrangendo atividades de educação, comunicação e promoção em saúde, por meio das tecnologias de informação e comunicação (CAETANO et al,

2020; MACIEL; MACIEL; CORRADI, 2022). É interessante notar a existência de uma política nacional voltada para o incentivo do desenvolvimento da telessaúde no Brasil desde 2007, com a criação do Telessaúde Brasil Redes, que tem como objetivo fortalecer e aprimorar a qualidade do atendimento e cuidado na atenção básica do Sistema Único de Saúde, integrando educação e prática por meio de recursos e tecnologias de comunicação e informação e com a oferta de serviços de teleconsultoria, telediagnóstico, segunda opinião formativa e teleducação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Mas também foi na pandemia de covid que a telessaúde ganhou mais espaço e notoriedade, sendo regulamentada oficialmente pela Lei nº 14.510/2022, que autoriza e disciplina a prática da telessaúde no território nacional (BRASIL, 2022). Considerando a amplitude da telessaúde e suas múltiplas e diversificadas aplicações no âmbito da promoção à saúde, assistência e educação, ela tem demonstrado ser uma ferramenta de grande potencial para o campo da saúde.

Os autores destacam a potencialidade dessa ferramenta na redução da presença de pessoas em estabelecimentos de saúde, diminuindo riscos de contaminação e propagação de doenças, redução do tempo de espera para atendimento, alcance de áreas de difícil acesso ou com infraestrutura limitada, além da liberação de leitos hospitalares para pacientes com condição clínica mais grave e do monitoramento a pacientes à distância, portadores de doenças diversas mas que não carecem de hospitalização (CAETANO et al, 2020; DE ARAÚJO; QUEIROZ; EL AOUAR, 2023). A telessaúde também se configura como uma ferramenta de educação e comunicação em saúde, propiciando a disseminação de conhecimento em saúde a toda população, bem como a qualificação de profissionais em diretrizes e protocolos assistenciais (DOS SANTOS ANDREZA et al, 2023).

Em atenção a esses e outros benefícios, portanto, a telessaúde ganhou protagonismo na pandemia de covid-19 por se apresentar como uma abordagem tecnológica abrangente, oferecendo educação, aconselhamento, diagnóstico e gerenciamento de saúde, o que foi crucial para garantir que as pessoas continuassem tendo acesso aos serviços de saúde e para melhorar a qualidade da assistência, com um compromisso com a excelência profissional, para resposta às necessidades imediatas da população e redução dos tempos de espera causados pelas restrições impostas naquele momento no país (LOPES; CALDEIRA, 2022).

Além disso, trata-se de um recurso voltado para maior qualificação, expansão e resolubilidade da assistência à saúde, com ênfase, em especial, para a

Atenção Primária à Saúde, tendo em vista seu papel de ordenadora dos demais níveis das Redes de Atenção à Saúde que compõe o Sistema Único de Saúde e o desafio na promoção de um cuidado de saúde mais efetivo, seguro, equitativo e centrado no paciente (PALOSKI et al, 2020; SARTI; ALMEIDA, 2022). É importante evidenciar os potenciais resultados para esse nível de atenção, considerando que fortalecer e integrar a Atenção Primária à Saúde com a rede de serviços de saúde implica na melhora da eficácia e eficiência do SUS, promovendo maior segurança e satisfação dos usuários, além de resultados de saúde mais positivos, especialmente para as comunidades mais vulneráveis (SARTI; ALMEIDA, 2022). A vulnerabilidade também está associada a distâncias geográficas ou falta de acesso, sendo a estratégia da telemedicina ou telessaúde de grande valia para cenários como esse.

A telemedicina é uma das possibilidades no fornecimento de assistência médica a pacientes que estão geograficamente afastados do médico. Ademais, é uma maneira de disseminar cuidados na área da saúde para locais desprovidos destes serviços ou, ainda, deficitários de certos tipos de procedimentos. A finalidade é conceder igualdade de acesso aos serviços médicos, independentemente da localização geográfica da pessoa. Um país de dimensões continentais, como o Brasil, pode desfrutar da tecnologia para comunicar-se de um extremo a outro. A atribuição da tecnologia em saúde assegura maior alcance e acesso, em áreas mais distantes, à saúde, educação e prevenção, fazendo com que os direitos da população de ser atendida sejam exercidos (LISBOA et al, 2023, p. 8).

Ainda há desafios e resistências à efetiva implementação da prática, especialmente no contexto brasileiro, com questões que permeiam a necessidade de mais investimentos em serviços, recursos humanos e infraestrutura, de modo a garantir padrões e a interoperabilidade de sistemas. “Esses investimentos, que não se limitam ou são resolvidos apenas com recursos financeiros, implicam tempo para a sua constituição, particularmente em contextos tão diversos como o brasileiro, o que pode ser um limite para o atendimento do seu pleno potencial” (CAETANO et al, 2020, p. 11).

Outro importante desafio reside na mudança da visão tradicional da prática da medicina, com a transição do contato presencial para o virtual, alterando consideravelmente a dinâmica da relação médico-paciente. Esse processo enseja questionamentos e incômodos frente às expectativas sobre os serviços de saúde, a exemplo do receio pela perda da qualidade do atendimento e da humanização do cuidado (LOPES; CALDEIRA, 2022; LISBOA et al, 2023). “Exceder barreiras culturais, institucionais e profissionais é uma fase importante no processo de difusão e consolidação da telemedicina” (LISBOA et al, 2023, p. 6). Em função dessas

resistências, nota-se que os serviços de telessaúde têm sido utilizados como uma oferta suplementar, não sendo incorporados efetivamente pelas instituições de saúde para a prestação rotineira da assistência, e ganhando maior destaque somente quando na ocorrência de desastres ou emergências em saúde, como a pandemia de covid-19 (PALOSKI et al, 2020). Ainda que esses desafios se apresentem como possíveis barreiras à plena implementação da telemedicina e telessaúde, especialmente no âmbito da saúde pública, é indiscutível que essas práticas ganharam muito mais evidência nos últimos anos e permanecerão repercutindo.

Para além das novas práticas e tendências advindas durante a pandemia, toda essa mudança abrupta na vida e rotina das pessoas trouxe consigo, também, uma série de desafios e questões emocionais diversas. Isso inclui o luto pela perda ou interrupção de planos, o impacto emocional pela restrição da liberdade e as novas preocupações resultantes de uma realidade desconhecida que estava se manifestando (CUPOLILLO, 2020). Em situações como essa, estima-se que entre um terço e metade da população possa experimentar algum tipo de transtorno mental, a considerar a gravidade dos eventos, do nível de vulnerabilidade social, da duração da crise e da eficácia das medidas governamentais adotadas durante a pandemia (FIOCRUZ, 2020).

Para entender as repercussões psicológicas e psiquiátricas de uma pandemia, as emoções envolvidas, como medo e raiva, devem ser consideradas e observadas. O medo é um mecanismo de defesa animal adaptável que é fundamental para a sobrevivência e envolve vários processos biológicos de preparação para uma resposta a eventos potencialmente ameaçadores. No entanto, quando é crônico ou desproporcional, torna-se prejudicial e pode ser um componente essencial no desenvolvimento de vários transtornos psiquiátricos. Em uma pandemia, o medo aumenta os níveis de ansiedade e estresse em indivíduos saudáveis e intensifica os sintomas daqueles com transtornos psiquiátricos pré-existentes (ORNELL et al, 2020, p.12).

Ainda, é relevante observar que, diferentemente de outros episódios históricos de pandemia, a de covid-19 foi marcada pela maior influência das mídias sociais. A tecnologia trouxe benefícios ao proporcionar a oportunidade de maior proximidade entre as pessoas, mesmo separadas geograficamente, em meio à obrigatoriedade de um isolamento social, além de tornar possível um maior acesso às informações sobre a covid-19 e seus desdobramentos. Este último aspecto, contudo, ocasionou um misto de emoções, especialmente motivados pelo excesso de informações incertas, e muitas vezes sensacionalistas e falsas, gerando reações como medo, raiva, insônia, aumento do consumo de álcool e drogas, além de

transtornos de estresse, ansiedade e depressão. No entanto, quando satisfeitas pelas informações de saúde recebidas pelos meios midiáticos, as pessoas tendem a apresentar um menor impacto psicológico. Esse contexto demonstra a necessidade de disseminação de informações precisas pelas autoridades de saúde e a importância do seu papel para além dos atendimentos assistenciais (LADEIA et al, 2020).

Evidenciando as múltiplas pressões pelas quais os profissionais de saúde foram submetidos durante esse período, é compreensível que eles também tiveram sua saúde mental comprometida face aos diversos impactos psicológicos. Durante a pandemia, essa parcela da população foi exposta a fatores estressantes adicionais, como a convivência próxima aos casos elevados de óbitos, longas e extensas jornadas de trabalho, falta de protocolos específicos, escassez de equipamentos de proteção individual (EPIs), falta de respiradores e outros suprimentos cruciais para a saúde, além do maior risco de contaminação pelo covid-19 durante as suas atividades profissionais e do medo de levar o vírus para outras pessoas, especialmente seus familiares (LADEIA et al, 2020; PRADO et al, 2020; DA COSTA et al, 2022). Por estes motivos, especialmente durante o período pandêmico, os profissionais de saúde manifestaram uma série de sentimentos com mais intensidade como angústia, medo, tristeza, insônia, irritabilidade e estresse, até sintomas de burnout, caracterizado por um esgotamento físico e emocional, manifestando-se de várias maneiras, tais como fadiga extrema, dores de cabeça frequentes e dificuldade de concentração, sentimentos de depressão e ansiedade, juntamente com o uso indevido de substâncias (LADEIA et al, 2020; DA COSTA et al, 2022). E apesar das taxas mais elevadas de problemas de saúde e outros distúrbios psicológicos, a maioria desses profissionais não recebeu orientações ou treinamentos relacionados à saúde mental, seja para prestar assistência aos pacientes ou para seu próprio acolhimento, especialmente no início da pandemia (LADEIA et al, 2020; ORNELL et al, 2020).

É interessante notar, ainda, que há diferenças no nível de percepção e impacto entre os grupos de profissionais da saúde. Estudos puderam identificar alguns elementos que influenciavam o grau dos sintomas negativos de saúde mental, a exemplo do fator de maior exposição a pessoas infectadas que gera mais sintomas de ansiedade e depressão, além do maior risco de desenvolver transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Isso pôde ser comprovado ao se analisar os profissionais que atuavam na linha de frente e compará-los com outros que estavam em unidades com poucos ou sem casos de vírus. Profissionais do sexo feminino,

especialmente enfermeiras, também apresentaram maior vulnerabilidade ao TEPT e a sintomas mais graves de ansiedade e depressão (PRADO et al, 2020; BEZERRA et al, 2020). Esse perfil de risco se justifica pela enfermagem constituir a maior força de trabalho em saúde e estar mais atuante na linha de frente, além das mulheres também ainda terem que lidar com a maior carga do trabalho doméstico e cuidado com os filhos, sendo afetadas por uma maior sobrecarga mental e suas consequências (BEZERRA et al, 2020; DA COSTA et al, 2022).

O alerta ao sofrimento mental dos profissionais de saúde é intensificado à medida que a pandemia se estende ao longo dos anos, colocando em risco a capacidade de resposta e desempenho laboral desses trabalhadores em função do cansaço e demais sintomas acumulados. Afinal, ainda que as restrições fossem reduzidas ao longo desse período, com a vida sendo retomada e trazendo esperança e impactos positivos para a saúde mental dos indivíduos em geral, os profissionais da linha da frente continuavam com sobrecarga de tarefas e com uma sensação menos nítida sobre a melhora da pandemia em relação aos demais cidadãos (QUEIRÓS, 2023).

Assim, tendo em vista as repercussões da pandemia na saúde mental desses indivíduos, percebeu-se a importância da oferta de acolhimento psicológico, além de tratamentos psicológicos e psiquiátricos, atentando-se, ainda, ao fato de que a saúde mental favorece uma melhor atuação desses profissionais, reduzindo os afastamentos e aumentando o potencial de cuidado ofertado à população (PRADO et al, 2020). A manutenção das intervenções psicológicas no período pós-pandemia também se faz relevante, considerando a necessidade das pessoas se readaptarem e ainda terem que lidar com as perdas e transformações sociais, emocionais e econômicas provocadas pela pandemia (PRADO et al, 2020).

A vivência desta pandemia demandou mudanças significativas na forma como as pessoas interagem socialmente, considerando o distanciamento, as restrições em ambientes laborais e a preocupação exacerbada nas práticas de higiene. Refletir sobre esse momento de caos ajuda na compreensão dos impactos dessas transformações, além de oferecer uma oportunidade para os governos reformularem suas estratégias e atuação. Assim, diante da maior emergência em saúde pública dos últimos anos, como a saúde de Belo Horizonte se organizou?

## 4.2 Estratégias e mudanças na gestão da saúde pública de Belo Horizonte

O primeiro caso de covid-19 foi detectado na capital mineira em 16 de março de 2020, sendo outros casos identificados no dia seguinte e registrada a transmissão comunitária no município, ou seja, quando não há histórico de deslocamento da pessoa para outra localidade com casos registrados ou quando não é possível definir a origem da transmissão, sinalizando que a transmissão tem ocorrido dentro do mesmo território. Em 17 de março de 2020, Belo Horizonte decretou situação de emergência em saúde pública, por meio do Decreto Municipal nº 17.297 (BELO HORIZONTE, 2020a), em razão da necessidade de ações para conter a propagação do vírus e preservar a saúde da população, determinando, também, medidas temporárias de prevenção ao contágio, de enfrentamento e contingenciamento da covid-19, por meio do Decreto Municipal nº 17.298 (BELO HORIZONTE, 2020b).

Este Decreto instituiu o comitê de enfrentamento à epidemia do covid-19, de caráter deliberativo, com o papel de acompanhar a evolução do quadro epidemiológico do novo Coronavírus, além de adotar e fixar medidas de saúde pública necessárias para a prevenção, o controle do contágio e o tratamento das pessoas afetadas (BELO HORIZONTE, 2020b), auxiliando, assim, a Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) na tomada de decisões no cenário pandêmico. O comitê foi encerrado em março de 2022, após dois anos de atuação, sob a coordenação do Secretário Municipal de Saúde e outros médicos convidados, sendo mantidas as discussões e análises por um grupo técnico multiprofissional da Secretaria (VELOSO, 2022).

O Decreto nº 17.298/2020 instituiu, ainda, o regime de teletrabalho no âmbito da Prefeitura de Belo Horizonte, a suspensão de algumas atividades e serviços municipais, bem como a suspensão de férias dos servidores lotados nas Secretarias Municipais de Saúde e de Segurança e Prevenção, até data a ser definida por cada Secretaria, em função do envolvimento direto nas principais medidas de enfrentamento da epidemia da covid-19.

Já a publicação do Decreto nº 17.304 (BELO HORIZONTE, 2020c), em 20 de março de 2020, intensifica as restrições de funcionamento aos serviços não essenciais e a orientação por distanciamento social mínimo de um metro. Ao longo do período pandêmico, ocorreram diversos momentos de flexibilização e retomada das

restrições de distanciamento e funcionamento do comércio, a depender da incidência de casos confirmados no município. A situação epidemiológica, que orientou a definição de ações de restrição e a necessidade ou não de novos serviços assistenciais, era acompanhada e divulgada frequentemente por meio dos Boletins Epidemiológicos, publicados no Portal da Prefeitura (Portal PBH). Desde sua primeira publicação, em 20 de abril de 2020, até o final de 2023, foram publicados 614 boletins, que continuam sendo publicados no ano de 2024, com periodicidade semanal.

Para a presença em ambientes fechados, foi decretado o uso obrigatório de máscaras por toda a população, a partir da publicação do Decreto nº 17.894, de 3 de março de 2022 (BELO HORIZONTE, 2022a). Essa obrigatoriedade também sofreu períodos de flexibilidade e restrição, aplicando-se, em alguns momentos, apenas em equipamentos e serviços de saúde, além do transporte coletivo, escolar e outras situações específicas, até o último Decreto sobre o assunto perder a vigência em 03 de janeiro de 2023 (BELO HORIZONTE, 2022b).

Para além das políticas de contenção normatizadas pela PBH, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte iniciou, no primeiro quadrimestre de 2020, o Plano de Enfrentamento a covid-19 no município de Belo Horizonte, voltado para as ações assistenciais, tendo em vista a situação epidemiológica na capital e com o objetivo de otimizar os recursos disponíveis para atendimentos dos casos suspeitos (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2022). Nesse sentido, foi instituído um grupo de trabalho com a participação de gestores das áreas de Assistência à Saúde e de Promoção e Vigilância à Saúde, com o objetivo de fortalecer a integração entre essas áreas, com discussões e definição de ações de forma conjunta. O grupo de trabalho apoiou a produção das diversas notas técnicas, fluxos e protocolos do período pandêmico, além do alinhamento sobre as capacitações necessárias para as equipes (GUIMARÃES et al, 2020).

A SMSA passou a adotar o formato virtual para a realização de alinhamentos e repasse de orientações técnicas para toda a rede de saúde, seja por meio das publicações no Portal PBH ou pelas reuniões técnicas virtuais e web conferências (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2022). O formato virtual se estendeu também à população, com a implementação da teleconsulta para atendimento de casos suspeitos de síndrome gripal, especialmente covid-19. O número de vagas, de profissionais e a frequência da oferta variou durante o período pandêmico, sendo ativado, especialmente, no início da pandemia, em 2020, e nos

períodos de maior transmissibilidade do vírus e de aumento de pressão assistencial (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2022). Além da teleconsulta, foi adotado o telemonitoramento via telefone como uma importante forma de acompanhamento dos usuários após as consultas na Rede, especialmente os casos classificados como leves (GUIMARÃES et al, 2020).

Uma relevante mudança implementada no período se deu pela reorganização do fluxo de atendimento na Atenção Primária à Saúde, especialmente nos Centros de Saúde, em que se instituiu uma pré-recepção com o objetivo de identificar e separar os pacientes com sintomas respiratórios daqueles não-sintomáticos (GUIMARÃES et al, 2020). Havia, então, o encaminhamento de pacientes por duas portas de entrada ao serviço assistencial, sendo criado um setor específico para o atendimento dos usuários suspeitos de covid-19, no intuito de reduzir os riscos de transmissão e promover uma assistência mais adequada, de acordo com os protocolos para tratamento da doença (GUIMARÃES et al, 2020).

Relevante destacar a instrução inicial aos usuários que pertenciam aos grupos de risco, especialmente portadores de doenças crônicas, para que ficassem em casa, com o máximo de isolamento, e que procurassem os serviços de saúde apenas por algum motivo grave. Isso refletiu em uma queda significativa nos atendimentos desse público nos Centros de Saúde e nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e com possível consequência de descontrole das doenças crônicas, com aumento de complicações e óbitos desses pacientes (GUIMARÃES et al, 2020).

Já a população em situação de rua era acompanhada pelas equipes dos Consultórios na Rua, que mantiveram as ações e abordagem de campo, com identificação dos casos de sintomáticos respiratórios e realização dos encaminhamentos assistenciais necessários, seja para unidades de saúde ou para o serviço de acolhimento provisório e emergencial para população em situação de rua, implementado em parceria com a Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania (SMASAC), para realização de isolamento social desse público que apresentava quadros leves da doença. As equipes de Consultório na Rua também realizavam a distribuição de kits de higiene e máscaras artesanais, com vistas a ampliar o cuidado a essas pessoas (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2022; GUIMARÃES et al, 2020).

O trabalho dos agentes de combate a endemias, agentes sanitários e agentes comunitários de saúde contribuiu na ação de entrega de milhares de máscaras de tecido para a população de áreas mais vulneráveis da cidade. Ainda, na Atenção Primária à Saúde, houve a disponibilização da testagem rápida de antígeno para covid-19 nos Centros de Saúde com o objetivo de ampliar a testagem da população sintomática e consequente melhoria no controle da propagação da doença. (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2022).

Para ampliação da testagem na cidade, uma importante estratégia implementada, ainda em 2020, foi a criação do setor de Biologia Molecular no Laboratório Municipal de Referência (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2022). Com o processamento dos exames em laboratório próprio, foi possível ganho de agilidade no resultado e oferta dos testes aos diversos trabalhadores nas unidades assistenciais, qualificando a assistência à saúde da população (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2020). Outra estratégia de impacto foi a implementação de centrais de testagem covid-19, com oferta dos testes e diagnósticos para casos sem necessidade de atendimento médico imediato, auxiliando na redução da demanda nas unidades assistenciais. Em 2022, onze centrais de testagem estiveram em funcionamento, sendo nove unidades atuando em parceria com universidades e duas exclusivas da PBH (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2022). Atualmente, ainda se encontra ativa uma unidade de testagem, em parceria com a Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais.

Ao longo do período pandêmico, em função do aumento dos casos e da maior procura por atendimentos nas unidades de saúde, especialmente Centros de Saúde e Unidades de Pronto Atendimento, foi adotada a estratégia de ampliação do acesso à assistência, sendo realizadas ações de abertura de alguns Centros de Saúde aos finais de semana e ampliação dos horários de atendimento, chegando ao cenário de algumas dessas unidades prestarem assistência 24 horas por dia. Ainda, dentro da estratégia de ampliação da capacidade de atendimento à população com sintomas de doenças respiratórias, entre eles os da covid-19, foram abertos três Centros Especializados para Atendimento a Pacientes com Suspeita de Coronavírus (CECOVID), com funcionamento 24 horas, todos os dias. Essas unidades funcionaram entre 2020 e abril de 2022 (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2022).

Nas UPAs foi realizada a readequação das estruturas físicas, por meio da utilização de tendas e contêineres, e dos fluxos de atendimento, no intuito de reduzir os riscos de contaminação. A organização do espaço e fluxos dessas unidades também variava de acordo com o monitoramento epidemiológico e a demanda assistencial. Ainda, para desafogar as UPAs, foi temporariamente ampliado o número de ambulâncias do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e do Transporte em Saúde, de modo a reduzir o tempo de resposta para as transferências dos pacientes graves aos hospitais (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2022).

No nível da atenção hospitalar, houve, de início, uma significativa redução da agenda de consultas e cirurgias eletivas, no intuito de reduzir a aglomeração de pessoas nas instituições, sendo priorizados apenas os casos de pacientes que já se encontravam com exames prontos e de acordo com seu quadro clínico (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2020). Havia, também, uma avaliação constante da estratégia de gestão dos leitos, junto aos hospitais conveniados da rede SUS em Belo Horizonte, para definição adequada da necessidade e tempo de abertura de leitos dedicados ao enfrentamento da pandemia. Belo Horizonte optou por não realizar a abertura de hospitais de campanha, em consideração ao seu elevado valor de investimento para estruturação sem que resulte em um legado assistencial para a cidade, sendo preferível o investimento nos hospitais já existentes, refletindo-se em benefícios mais duradouros (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2020).

Durante a pandemia, a Secretaria ofertou acolhimento e acompanhamento psicológico virtual aos profissionais com suspeita ou confirmação de covid-19, ou que estivessem em sofrimento emocional. Após o período pandêmico, esse serviço passou a ser permanente (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2022), contudo não foram encontradas maiores informações sobre o funcionamento do serviço ou números de atendimentos.

Em janeiro de 2021 foi iniciada a campanha nacional de vacinação contra a covid-19 e foi necessário definir diretrizes e prioridades, considerando a baixa disponibilidade de vacinas no mercado mundial. Sob as diretrizes nacionais, foram definidos grupos prioritários de forma escalonada e diversas estratégias foram adotadas para descentralizar as ações de vacinação dos centros de saúde, como equipes volantes de vacinação, pontos de *drive thru* pela cidade, parcerias com hospitais, salas de vacina e shoppings, entre outros (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2022).

A imunização contra o coronavírus teve um efeito significativo na diminuição dos casos graves e mortes relacionadas à doença, prevenindo um grande número de óbitos e hospitalizações no Brasil. Apesar da comprovada eficácia das vacinas, observou-se a redução da proteção imunológica alguns meses após a vacinação, sendo recomendada a administração de doses de reforço periódicas, especialmente para os grupos com maior risco de infecção e de evolução para formas graves da doença, como gestantes e puérperas, trabalhadores da saúde, imunocomprometidos e idosos (60 anos ou mais), além de grupos com maior vulnerabilidade na realidade brasileira, como indígenas, quilombolas, pessoas privadas de liberdade, pessoas em situação de rua, entre outros. Decidiu-se, ainda, pela inclusão do imunizante no calendário nacional de vacinação infantil, dado o elevado risco de infecção respiratória grave e morte em crianças menores de 5 anos, principalmente entre os menores de 1 ano de idade (BRASIL, 2023).

Com o avanço da vacinação e a redução dos indicadores de alerta da pandemia, apresentando uma tendência de queda dos casos e dos riscos assistenciais, Belo Horizonte encerrou a situação de calamidade pública em razão dos efeitos decorrentes da pandemia de covid-19, declarada pelo Decreto nº 17.334, de 20 de abril de 2020, e não mais prorrogado a partir de 31 de março de 2022. Nessa mesma data, o comitê de enfrentamento à covid-19 encerrou suas atividades na capital, passando as análises para um grupo técnico multiprofissional (FERRAZ, 2022).

Estudos demonstram que a atuação de Belo Horizonte no enfrentamento à pandemia de covid-19 foi notável, contando com uma gestão robusta do sistema municipal de saúde, que atuou com planejamento e articulação estratégica com diferentes atores e entes e se destacou frente a outras capitais brasileiras em relação às taxas de mortalidade da doença (ANDRADE et al, 2020; BRIZZI, 2021). Dentre os possíveis elementos que refletiram nesse desempenho, Andrade et al (2020) destaca a presença e a organização do SUS na capital, com instrumentos de planejamento consolidados e uma eficiente organização da oferta, caracterizada por uma forte atuação da Atenção Primária à Saúde e das demais redes de atenção.

O próximo capítulo buscará analisar como as mudanças aqui relatadas e ocorridas durante o período pandêmico foram percebidas por alguns profissionais da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte, buscando, ainda, compreender os legados e aprendizados deste período único.

## 5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DAS PERCEPÇÕES

Este capítulo objetiva apresentar as análises e os achados da pesquisa, iniciando com a contextualização sobre a organização da Atenção Primária à Saúde no município de Belo Horizonte, considerando que o estudo de caso realizado se concentra neste nível de atenção à saúde. Em seguida, são apresentadas as principais mudanças e seus impactos na gestão municipal de saúde decorrentes da pandemia de covid-19, apurados a partir das percepções dos profissionais da Atenção Primária à Saúde participantes da pesquisa. Na sequência, utilizando-se dos dados e percepções coletadas, são delineados alguns elementos homogêneos e heterogêneos da cultura dos dois níveis de burocracia abordados: o nível de rua e de médio escalão. A última seção, por fim, evidencia os aprendizados que o período pandêmico agregou para a gestão da saúde pública de Belo Horizonte.

### 5.1 A Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte

O sistema de gerenciamento da saúde em Belo Horizonte é fundamentado na coordenação do cuidado através de uma rede, na qual a Atenção Primária à Saúde é designada como porta de entrada principal para os usuários no sistema de saúde, por ser o meio que atende e resolve a maioria das necessidades apresentadas pela população, organizando-se como o núcleo ordenador das ações e fluxos dos usuários entre os diferentes pontos de atenção da rede de atenção à saúde (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2018a).

A gestão do cuidado em rede pode ser definida como um conjunto de arranjos institucionais necessários para a garantia da produção, coordenação e gestão do cuidado. Com esse olhar, a gestão do cuidado em rede atua com os seguintes propósitos: a prática da equidade; o foco na Atenção Primária à Saúde (APS); a atenção voltada à pessoa; a integralidade das práticas e ações; e a coordenação do cuidado pela APS. (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2018a, p.34)

A Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte é organizada de acordo com a Estratégia de Saúde da Família, implantada em 2002, com o propósito de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde e pautada na gestão do cuidado em cada território, ou seja, os serviços e equipes de Saúde da Família da APS são organizados de acordo com as necessidades de uma população adscrita, seus fatores

de risco e condições de saúde, proporcionando maior conhecimento da realidade local. Esse modelo permite maior acompanhamento das condições de cada usuário, com impacto positivo na redução de agravamentos e mortalidade precoces (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2018b; PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2016). A proximidade das equipes e profissionais de saúde com os usuários também promove a corresponsabilização de todos pela resolução dos problemas de saúde dos territórios, fomentando a participação efetiva da população na definição de ações prioritárias e no fortalecimento do controle social, caracterizando a gestão compartilhada da APS (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2018a; PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2016).

Essa organização potencializa o fortalecimento das redes de atenção que atuam no atendimento aos diferentes ciclos de vida e temáticas, especialmente nas áreas e populações mais vulneráveis, no intuito de garantir a longitudinalidade do cuidado. A APS contempla inúmeras atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças, além de ações que visam a reabilitação, com o objetivo de proporcionar a integralidade do cuidado (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2018a). Em resumo,

No Município de Belo Horizonte, a atenção básica é reconhecida como a rede de centros de saúde que se configuram como a porta de entrada preferencial da população aos serviços de saúde e realizam diversas ações na busca de atenção integral aos indivíduos e comunidade. Esta rede, organizada a partir da definição de territórios, ou áreas de abrangência, sobre os quais os centros de saúde têm responsabilidade sanitária, utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em cada território, bem como levar em conta as necessidades da população (TURCI, 2008, p. 46).

Atualmente, a rede de Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte é composta por 596 equipes de Saúde da Família responsáveis pela cobertura de aproximadamente 88,8% dos habitantes da capital e distribuídas em 152 Centros de Saúde que contam, ainda, com diversos outros profissionais e equipes atuando articuladamente com as equipes de Saúde da Família, tais como equipes de Saúde Bucal, equipes de Atenção Primária Prisional e Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2023).

Belo Horizonte se organiza em nove áreas administrativas (Figura 1) para gestão e planejamento da cidade, sendo essa divisão adotada, também, como referência para a territorialização da saúde (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2018a). Dentro de cada regional (ou distrito sanitário) há áreas de abrangência

delimitadas e relacionadas a cada Centro de Saúde para referência à população adscrita. Essas áreas são definidas a partir da avaliação de fatores como a demanda local, o perfil epidemiológico da região, o acesso à unidade de saúde, a existência de barreiras geográficas, o tamanho populacional, o fluxo de transporte, dentre outros. Ainda, é importante destacar que todas as pessoas e instituições sociais que se localizam na área de abrangência são de responsabilidade sanitária da eSF daquele território (TURCI, 2008; PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2018b).

Figura 1 - Regionais de saúde de Belo Horizonte



Fonte: PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2018a.

Em atenção às equipes de Saúde da Família, observa-se a composição mínima de um médico, preferencialmente da especialidade de medicina de família e comunidade; um enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; um auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. A definição do número de ACS por equipe deve considerar a base populacional, critérios

demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, com ênfase no aumento da cobertura em áreas de risco e vulnerabilidade social (BRASIL, 2017).

O acesso ao Centro de Saúde é orientado pela atenção às necessidades dos usuários, independentemente da natureza de suas demandas, e requer que a equipe esteja constantemente atenta às necessidades de saúde da comunidade. Os principais objetivos incluem a diminuição ou eliminação das esperas, a organização do atendimento com foco na identificação e priorização dos casos de maior risco, e a otimização da capacidade para resolver os problemas de saúde apresentados (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2018b).

A dinâmica de atendimento nessas unidades utiliza da prática do “acolhimento”, assim denominada a “postura capaz de acolher, de escutar e de dar resposta mais adequada a cada usuário, responsabilizando-se e criando ou fortalecendo o vínculo” (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2014, p. 9). O acolhimento na Atenção Primária à Saúde deve ocorrer de modo universal e indiscriminado, sem restrição a determinados grupos populacionais, ciclo de vida ou agravos de saúde, orientando a forma como as ações e serviços são organizados de modo a responder às necessidades da população (BRASIL, 2017).

Ainda, todos os integrantes das equipes da Atenção Primária à Saúde têm o compromisso de garantir que a população registrada receba o cuidado integral. Isso implica na realização de atividades de saúde adaptadas às necessidades locais, abrangendo a promoção, proteção, recuperação e prevenção de doenças, além de assegurar o atendimento da demanda espontânea, a implementação das ações programáticas e de vigilância em saúde (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2018b).

Percebe-se, portanto, que a APS abriga uma variedade de atividades e serviços voltados para as demandas da comunidade. Contudo, a complexidade e os desafios desse nível de atenção têm sido crescentes, exigindo esforços contínuos de capacitação e gestão para superar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais, que incluem a falta de familiaridade com alguns métodos, a baixa disponibilidade de tempo para acessar informações cruciais sobre o território e os processos de trabalho locais, bem como a dificuldade em realizar diagnósticos, planejar e acompanhar as ações e suas consequências na realidade local (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2016).

Considerando um cenário de emergência em saúde, esses desafios se somam a outros tantos, especialmente em um contexto de doença desconhecida e sem protocolos específicos, como foi o caso da covid-19. Sendo a Atenção Primária à Saúde a principal porta de entrada para os usuários no SUS, os profissionais desse nível de atenção tiveram que lidar com adaptações e impactos diversos, possivelmente nunca antes vivenciados por eles. No intuito de dar voz a esses profissionais e compreender os efeitos que a pandemia de covid-19 provocou na gestão da saúde pública de Belo Horizonte, apresenta-se, na seção a seguir, as principais mudanças nesse período.

## **5.2 Principais mudanças e impactos**

Conforme descrito no capítulo metodológico, a coleta de percepções foi realizada em duas etapas, de acordo com os grupos participantes da pesquisa. Para análise das percepções de cada grupo, as informações serão apresentadas em seções separadas, a iniciar pelos profissionais dos Centros de Saúde.

### **5.2.1 Percepções dos burocratas de nível de rua**

Relembra-se que este grupo contempla 23 (vinte e três) profissionais, sendo 12 (doze) médicos(as) e 11 (onze) enfermeiros(as), atuantes nas ações da Atenção Primária à Saúde e distribuídos nos Centros de Saúde das nove regionais do município de Belo Horizonte. As percepções desse público foram coletadas por meio de questionário online semiestruturado, com perguntas fechadas e abertas, com enfoque na identificação de alterações e impactos do período da pandemia de covid-19 na atuação desses profissionais.

Considerando o levantamento apresentado no capítulo 4 deste trabalho, referente a algumas práticas (novas e alteradas) identificadas no período de pandemia, o formulário inicia com o questionamento sobre o acesso a algumas dessas práticas, sendo mencionadas, majoritariamente, a realização de reuniões online (78%), treinamentos e capacitações à distância (70%) e protocolos intensivos de higiene e manejo do paciente (52%). Já as práticas de teleconsulta e teletrabalho, apenas 5 e 3 pessoas, respectivamente, informaram conhecimento da prática na APS.

Em relação ao teletrabalho, previa-se a menor adoção por parte dos profissionais na ponta, a considerar as exceções contidas no Decreto Municipal nº 17.298/2020 para as Secretarias de Saúde e de Segurança e Prevenção, em função do envolvimento direto nas principais medidas de enfrentamento da pandemia da covid-19. Devido à execução de atividades essenciais e necessariamente presenciais por parte dos profissionais da APS que atuam nos Centros de Saúde e, portanto, com a prestação de atendimentos aos usuários, conclui-se que as atividades executadas não se alinham ao formato do trabalho remoto. Inclusive, a Portaria Conjunta SMPOG/SMSA nº 003/2021 (BELO HORIZONTE, 2021) veda a realização do teletrabalho nas unidades que ofertam assistência direta à saúde para usuários do SUS. A pesquisadora atribui os casos em que isso foi possível para as situações de profissionais que se enquadram em grupos de risco, previstos na Portaria SMPOG nº 030/2020 (BELO HORIZONTE, 2020d).

Além dessas práticas, o grupo foi questionado sobre as mudanças e impactos mais significativos na rotina de trabalho durante a pandemia em Belo Horizonte, nos anos de 2020 a 2023, os quais foram destacados o aumento do volume de trabalho (83%), a descontinuidade ou alteração de atividades realizadas anteriormente de forma rotineira (78%), a adoção de novas práticas, protocolos e ferramentas de trabalho (57%) e a avaliação de que decisões e prioridades passaram a ser definidas com maior frequência pelos profissionais e gestores do Centro de Saúde (48%). Destaca-se, ainda, a percepção de menor flexibilidade na agenda e disponibilidade dos profissionais, relatada por oito participantes (35%).

Em relação à receptividade dessas mudanças pelos colegas de trabalho, a percepção majoritária era de incerteza sobre a resolutividade diante do cenário da pandemia (83%) e de confusão sobre protocolos novos e as orientações recebidas (57%). Apesar desses sentimentos adversos, mais de um terço do grupo percebeu abertura e aceitação das adaptações que se mostraram necessárias naquele momento (39%).

A confusão e a incerteza relatadas são esperadas ao considerar o episódio de mudança não planejada. A sensação de turbulências no ambiente organizacional, contudo, pode gerar resistências decorrentes da retirada do indivíduo de uma situação conhecida para uma situação desconhecida. Trata-se de uma reação natural quando indivíduos ou grupos são confrontados com o novo e por tentarem atuar de forma a preservar seus *status quo* (FEITOSA; COSTA, 2016; LEWIN, 1952). Todavia,

conforme demonstrado nas respostas do grupo, é observada a aceitação dos profissionais frente às mudanças necessárias para enfrentamento da pandemia, caminhando de encontro ao comportamento constatado em membros de organizações públicas em situações que ensejam adaptações (DOMINGOS; NEIVA, 2014; NEIVA; PAZ, 2007 apud FEITOSA; COSTA, 2016). Isso não significa a ausência de receios, questionamentos e discordâncias ao longo do processo da mudança.

Utilizando-se das questões abertas que indagavam sobre as principais mudanças implementadas na rotina de trabalho da APS durante a pandemia, foi possível identificar sete categorias que resumem os principais objetos que sofreram alterações ou impactos nesse período, de acordo com as citações dos participantes do grupo em análise. Algumas citações foram categorizadas em mais de um objeto por suas correlações.

Tabela 6 - Categorias de mudanças listadas em questões abertas

| <b>Categoria</b>                                       | <b>Quantidade de citações</b> |
|--|-------------------------------|
| Alteração de fluxos na APS                             | 27                            |
| Intensificação de uso de EPIs e do cuidado com higiene | 11                            |
| Sobrecarga e estresse dos profissionais                | 9                             |
| Integração das equipes                                 | 4                             |
| Informatização de processos                            | 3                             |
| Comunicação institucional                              | 3                             |
| Maior cuidado com a população                          | 2                             |

Fonte: Elaborado pela autora.

Verifica-se, assim, que os profissionais do nível de rua consideram a alteração de fluxos na Atenção Primária à Saúde a principal ocorrência no período. Dentro desta categoria está contida a mudança do fluxo de atendimento da demanda espontânea não aguda, demanda programada, além das atividades de prevenção e promoção à saúde e controle dos pacientes portadores de doenças crônicas, passando-se à prioridade para os atendimentos dos casos agudos. Abaixo, algumas dessas citações:

Atendimento prioritário para casos agudos respiratórios em detrimento dos atendimentos de controle, rotina e acompanhamento de casos crônicos e situações de risco e vulnerabilidade, transformando a lógica da ESF em pronto atendimento. (O-M01)

Mobilização de equipe direcionada ao atendimento de casos agudos covid, com afastamento das funções de acompanhamento saúde da família, prevenção, controle de comorbidades. (O-M02)

Mudança no foco dos atendimentos, priorizando ações curativistas e deixando de realizar ações de promoção e prevenção a saúde. (L-E01)

Redução de tempo para demandas programadas com prejuízos em controle de doenças crônicas da população. (NE-M01)

Redução da atuação com Médico de Família e Comunidade na prevenção, promoção e organização do cuidado. (N-M01)

Atendimento apenas de casos agudos e dos crônicos mais graves e outros como gestantes bem delimitados, na UBS. (VN-E02)

Percebe-se, aqui, a indicação de um impacto significativo no contexto de atuação da APS a partir da necessidade de reorganização do fluxo de atendimento nas unidades básicas de saúde em função da demanda crescente de usuários com sintomas de covid-19, se refletindo em redução do tempo dedicado às atividades essenciais desse nível de atenção, em especial as ações de prevenção e promoção à saúde (OLIVEIRA et al, 2021). Dentre as alterações, também houveram menções à incorporação dos testes de covid-19 na rotina dos Centros de Saúde e da vacina de covid-19 no calendário vacinal, exemplificando algumas das novas demandas ocasionadas pelo novo coronavírus e incorporadas na APS.

Em segundo lugar, é mencionado o uso mais intenso de equipamentos de proteção individual e de cuidados para prevenção ao contágio da doença. Exemplificando, são elencadas abaixo algumas das citações que se enquadram nessa categoria.

Paramentação para atendimento (B-E01)

Cuidados com a prevenção da infecção (CS-M01)

Uso obrigatório de EPIs, como máscara e capote, com necessidade de descontaminação ao sair da unidade de saúde. (O-M01)

Uso de EPIs como por exemplo máscara N95, todo o tempo! (VC-E02)

A implementação de medidas de segurança sanitária, como a utilização de equipamentos de proteção individual, foram recursos necessários para permitir o funcionamento e acesso à APS durante a pandemia (OLIVEIRA et al, 2023). Dessa forma, destacam-se como mudanças percebidas pelos profissionais da ponta por se tratar de novos processos que passaram a fazer parte das suas rotinas de forma muito intensa.

A categoria de sobrecarga e estresse dos profissionais também aparece com um número considerável de citações, determinadas, especialmente, em função do aumento do volume de atendimentos e demandas nas unidades de saúde.

Aumento do volume de atendimentos, especialmente de casos agudos, aumento da hostilidade dos usuários, falta de capacitações de qualidade, com fechamento de agenda, adoecimento dos colegas de trabalho. (L-M01)

Maior estresse físico e psicológico e desânimo por parte dos profissionais. (NE-M01)

O aumento dos casos agudos sobrecarregou a categoria de enfermagem que nunca tem limite de atendimento. Não havia vaga para atendimento médico e a enfermagem que se virou atendendo os pacientes e sem protocolo de respaldo. (O-E01)

Atendimento fora da capacidade operacional do serviço de saúde, não havia limite mesmo quando não havia possibilidade de absorver a demanda. (P-E01)

Seguramente, a sobrecarga de trabalho é indicada na literatura como uma das principais fontes de estresse, especialmente dos profissionais de saúde. Com o advento da pandemia, esse e outros fatores estressores foram intensificados, bem como os sentimentos e reações decorrentes destes, comprometendo a saúde mental desses profissionais e a forma como atuam (LADEIA et al, 2020; DA COSTA et al, 2022; QUEIRÓS, 2023). As citações destacadas confirmam a importância de se oferecer e manter o acompanhamento psicológico a esses profissionais, tendo em vista a elevada carga de pressão emocional nas suas rotinas de trabalho, especialmente durante e após a pandemia (PRADO et al, 2020).

As percepções sobre os impactos na integração das equipes variam, considerando os relatos de estímulo à maior proximidade dos colaboradores, mesmo à distância, e a percepção de um aumento de integração, no intuito de se apoiarem, ao mesmo tempo em que, na pergunta fechada que buscou apurar as interações e relacionamento dos profissionais das unidades de trabalho antes, durante e após a pandemia, a resposta majoritária foi de que “a pandemia gerou afastamento e situações de estresse, cenário que se mantém nos dias de hoje” (43%). Quanto às percepções de maior integração, destaca-se a do participante B-M01 que descreve algumas ações que envolvem essa proximidade e apoio.

Como os colegas estavam mais sobrecarregados, lia e estudava os protocolos e ia passando resumidamente as principais mudanças pelo whatsapp, nos dois centros de saúde que trabalho foi criado um grupo só com os médicos, e isto persiste até hoje. [...] Ficamos mais unidos ainda.

Contudo, tendo sido percebida a manutenção de cenários de estresse e reflexos em distanciamento, faz-se importante a oferta e manutenção do acompanhamento psicológico a esses profissionais, tendo em vista a elevada carga de pressão emocional nas suas rotinas de trabalho, especialmente durante e após a pandemia (PRADO et al, 2020).

A informatização dos processos foi identificada nas menções ao uso do *Whatsapp* para intensificar o alinhamento das equipes e de compromissos que passaram a ser realizados no formato online, com referência a reuniões e capacitações online. O uso de tecnologias digitais foi mais um recurso adotado para reduzir as barreiras de acesso à APS durante a pandemia (OLIVEIRA et al, 2023), permitindo otimizar a atuação dos profissionais com os usuários e entre eles mesmos, dada a contínua necessidade de monitoramento dos pacientes e de alinhamento de processos e informações entre as equipes.

Quanto à comunicação institucional, as citações resumem dificuldades encontradas no período, por meio dos relatos de um aparente “abismo entre níveis superiores e ponta” (P-M01), além do aumento da burocracia e das informações enviadas e cobradas dos profissionais. A este último, atribui-se a citação abaixo.

Burocracia exigida que dificultava muito a prática (protocolos e notas técnicas atualizadas e enviadas com alta frequência, com difícil acompanhamento diante da sobrecarga de atendimentos agudos; mudanças frequentes no processo de notificação dos casos (ora manual, ora diferentes fichas, ora sistema online do governo com lentidão...). (O-M02)

O maior cuidado com a população enfatizou o acompanhamento à população vulnerável, especialmente as pessoas em situação de rua, além da percepção de aumento da humanização e da integralidade da assistência diante do sofrimento dos usuários com sintomas de covid-19.

Sobre a durabilidade de todas as mudanças elencadas, a maioria dos participantes considera que elas se mantiveram por um ou dois anos, entre 2020 e 2022. Há, contudo, a identificação de algumas que se mantêm até hoje, sendo especialmente enfatizadas a alteração de fluxos na APS, a integração das equipes e a intensificação de uso de EPIs e do cuidado com higiene. Destaca-se, abaixo, a citação que caracteriza a manutenção da demanda e prioridade de atendimento sobre os casos agudos nos Centros de Saúde mesmo após o período pandêmico.

Mudança do perfil de atendimentos em unidades básicas de saúde, que deveriam ser com maior enfoque em acompanhamento longitudinal dos crônicos e ações preventivas. Após período de pandemia, estabeleceu-se uma rotina de altas demandas espontâneas nas unidades, com atendimentos agudos e de urgência, caracterizando semelhança com UPAs. Usuários mudaram seu perfil de queixas e o atendimento tem sido muito voltado para essas demandas agudas. (O-M02)

Esta mudança, especificamente, denota preocupação quanto às consequências para o quadro de pacientes crônicos, antes monitorados pelos profissionais da APS com maior regularidade. No cenário acima mencionado, é indicada uma tendência de maior demanda por atendimentos de casos de urgência nos Centros de Saúde, reduzindo a potencialidade do acolhimento e integralidade do cuidado, por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos.

Questionados sobre a quais elementos se pode atribuir essa manutenção de mudanças que ocorreram durante a pandemia, a maioria sinalizou que seria por “decisão do nível central da Secretaria Municipal de Saúde ou da Prefeitura” (48%), assim como por “aceitação e incorporação pelos profissionais da unidade de saúde” (39%). Interessante notar que as respostas sinalizadas como “decisão do nível central” aparecem em conjunto com as opções de “decisão do gerente do centro de saúde ou da Diretoria Regional de Saúde” e/ou da “pressão da mídia ou sociedade”. Já a “aceitação e incorporação pelos profissionais da unidade de saúde” apresenta maior correlação com “resultados percebidos pelos profissionais”.

Verifica-se, portanto, situações consideradas de baixo controle pelos profissionais, em que as mudanças ocorreram e foram mantidas por decisão de níveis superiores ou por pressões externas. No sentido oposto, a aceitação e incorporação de mudanças e processos na rotina da APS foram motivadas pela percepção de resultados positivos pelos profissionais.

### **5.2.2** Percepções dos burocratas de médio escalão

Quanto ao grupo de burocratas de médio escalão, relembra-se que este agrupamento é composto por cinco profissionais, lotados na Diretoria de Atenção Primária à Saúde e Integração do Cuidado. As percepções desse público foram coletadas exclusivamente por meio de entrevistas semiestruturadas.

Importante esclarecer que, considerando a rotatividade dos profissionais no nível central, considerou-se o tempo de atuação dos participantes em cargos de gestão ou referência técnica em unidades administrativas voltadas para a Atenção Primária à Saúde, além da DAPS e suas gerências. Isso significa que, em algum momento do período em análise, alguns profissionais atuaram em outras lotações, tais como gerências das Diretorias Regionais de Saúde, mas sempre voltados para atividades gerenciais da Atenção Primária à Saúde. A pesquisadora entendeu como relevante não excluir os participantes com essas experiências, considerando o potencial que a visão descentralizada dos diferentes níveis gerenciais da APS poderia contribuir para a pesquisa. Ainda, no intuito de evitar a identificação dos participantes em função dos seus particulares trajetos profissionais, informações sobre as unidades - além da DAPS - foram suprimidas das citações, compreendendo que a percepção do profissional sobre o fato mencionado está relacionada à sua posição de médio escalão na APS.

Utilizando-se da categorização dos dados coletados, da mesma forma que foi realizado com as respostas das questões abertas dos questionários aplicados aos burocratas de nível de rua e considerando as mesmas categorias identificadas neste grupo (Quadro 4), apresenta-se abaixo a quantidade de citações por categoria das mudanças no período da pandemia de covid-19 mencionadas pelos burocratas de médio escalão.

Tabela 7 - Categorias de mudanças mencionadas nas entrevistas

| <b>Categoria</b>                                       | <b>Quantidade de citações</b> |
|--|-------------------------------|
| Informatização de processos                            | 25                            |
| Sobrecarga e estresse dos profissionais                | 16                            |
| Alteração de fluxos na APS                             | 13                            |
| Integração das equipes                                 | 9                             |
| Comunicação institucional                              | 7                             |
| Intensificação de uso de EPIs e do cuidado com higiene | 4                             |

Fonte: Elaborado pela autora.

Apesar do grupo de médio escalão representar cerca de 20% do grupo anterior, em termos de número de participantes, o número de citações foi maior, atribuindo-se esta constatação à diferença do instrumento de coleta utilizado entre os grupos. Observa-se que a entrevista qualitativa promove uma maior amplitude e profundidade das informações do assunto em investigação, permitindo que os entrevistados reflitam e falem longamente, além do entrevistador poder questionar no decurso da entrevista para obter esclarecimentos e complementos que julgar importantes, diferentemente do questionário (GASKELL, 2002).

Ainda, além das categorias do quadro anterior, também foram identificadas mudanças que contemplam outras sete categorias de análise, conforme quadro abaixo. Ressalta-se, contudo, que três dessas categorias estavam presentes na identificação de mudanças apontadas por meio das questões fechadas no questionário aplicado aos burocratas de nível de rua, a saber: Teletrabalho, Telemedicina e Protocolos e notas técnicas. Lembra-se que algumas citações possuem correlações e estão contabilizadas em mais de uma categoria.

Tabela 8 - Outras mudanças categorizadas a partir das citações das entrevistas

| <b>Categoria</b>                  | <b>Quantidade de citações</b> |
|-----------------------------------|-------------------------------|
| Gestão de processos de trabalho   | 14                            |
| Teletrabalho                      | 8                             |
| Telemedicina                      | 6                             |
| Educação em saúde                 | 6                             |
| Protocolos e notas técnicas       | 5                             |
| Limitação de recursos financeiros | 3                             |
| Participação e controle social    | 3                             |

Fonte: Elaborado pela autora.

Contemplando todas as categorias de análise identificadas no grupo de burocratas de médio escalão, pode-se perceber que o maior volume de citações se concentra nas categorias de informatização de processos, sobrecarga e estresse dos profissionais, gestão de processos de trabalho e alteração de fluxos na APS. A seguir, serão apresentadas as perspectivas frente a essas quatro categorias, não sendo dada ênfase às demais para este grupo, à vista do volume de citações e com o objetivo de

se aprofundar nas mudanças e reflexões mais relevantes. Outras categorias, contudo, também são apresentadas à medida que se correlacionam com as mesmas citações das que seguiram para análise.

As mudanças reportadas dentro da categoria de informatização de processos contemplam diversas práticas que passaram para o formato online, como as capacitações de profissionais, a realização de reuniões e alinhamentos de equipe, a própria prática da telemedicina, com as teleconsultas e telemonitoramento na APS, além da intensificação da utilização de aplicativos de mensagens e ferramentas online para gestão de dados e informações de forma mais rápida e eficiente. Exemplifica-se essas percepções com algumas das citações abaixo.

Eu vejo que, com a pandemia, a gente teve que se reinventar. Eu entendo como uma oportunidade para a saúde, até porque eu acho que a saúde ainda é um campo que é um pouco fechado em algumas práticas. Então, por exemplo, a oportunidade de fazer teleconsultas, telemonitoramentos. Eu acho que **o uso da tecnologia a favor da saúde ficou mais evidente** como uma necessidade na pandemia. [...] Então acho que a pandemia vem com esse olhar, das pessoas repensarem suas práticas e tentarem qualificar o serviço, pensando na melhoria da assistência para a população. (E01, grifo nosso)

Eu acho que **uma das práticas que mais impactou para todo mundo foi o uso dos recursos tecnológicos**. A gente ainda pôde perceber no início da pandemia **o tanto que as tecnologias de saúde são pouco utilizadas**, o tanto que a gente despendia de tempo, de deslocamento para ir para um ponto, para ir para o outro... O ideal é que nós tivéssemos sistema de informações que fossem 100% fidedignos, que pudesse trazer todas as informações. Mas a gente sabe que isso ainda exige um caminho muito longo. [...] Mas o que mais impactou foi essa mudança de cenário, as reuniões online, a explosão do [Google] Drive, porque, até então, a gente não usava tanto. Sabia-se, mas ninguém usava o Drive com tanta força, como se usou para monitoramento das vacinas, para acompanhamento das barreiras sanitárias, esse aspecto todo. Então eu acho que isso trouxe um novo paradigma para a gente. (E04, grifo nosso)

Um dos exemplos que a gente trouxe na pandemia e que a gente tem até hoje, de fato, é a utilização dos canais virtuais mesmo, de reuniões, alinhamentos, treinamentos. Outro aspecto são ferramentas de gestão mais ágeis, painéis mais ágeis. **A gente tinha que ser ágil**. Não adiantava você construir um negócio de todo tamanho, de difícil análise. Então eram ferramentas ágeis e visualização rápida, que a gente está utilizando até hoje, que também ficou. (E05, grifo nosso)

Foram várias equipes de Saúde da Família que usaram a ferramenta de WhatsApp para comunicar com os pacientes. Foram feitos grupos operativos de gestantes, por exemplo, por WhatsApp, para trocas, dúvida, porque não podia fazer mais no centro de saúde, então foram feitos online. [...] E um outro ganho que eu achei muito importante foram as reuniões online, Google Meet, as outras ferramentas de reuniões online. (E02)

Destaca-se, nesta última citação, a utilização do recurso do *Whatsapp* para a realização do telemonitoramento na APS, não apenas como forma de comunicação e interação entre as equipes. Segundo Bousquat et al (2021), o acompanhamento

remoto de usuários com covid-19 foi uma prática adotada mundialmente pela APS durante a pandemia e marca uma mudança substantiva na forma de atuação dessa rede de atenção daqui para frente.

Interessante mencionar, ainda, que os recursos informatizados, além de serem viabilizados com o intuito de ampliar o acesso ou de garantir a continuidade da prestação dos serviços de saúde para a população, bem como de serem meios de alinhamento e comunicação entre as equipes, também foram adotados como alternativas para a manutenção da participação e do controle social, enquanto instâncias colegiadas e essenciais para a gestão participativa do SUS.

Me recordo que, na época, as reuniões com o conselho municipal de saúde, com o conselho distrital e as comissões locais, também aconteceram de forma remota, com o intuito de preservar essa característica de aproximação com a população, reforçando a importância do controle social, para que a gente pudesse falar também nesse espaço sobre as ações que estavam acontecendo e, principalmente, exercendo uma das nossas funções, que era de esclarecer dúvidas e fornecer informações para ampliar o nível de consciência dessas pessoas e a responsabilidade delas também no enfrentamento da pandemia. (E03)

Interrelaciona-se com essa categoria a adoção do teletrabalho pelas equipes do nível central, apesar desse processo ter sido reportado com algumas ressalvas e uma aparente resistência. Em função do papel de gestão assistencial e a necessidade de retaguarda e apoio aos profissionais e ações da linha de frente, o teletrabalho não foi adotado de modo integral, mas em conjunto com outras alternativas para reduzir a aglomeração dos ambientes de trabalho, tais como escalas de revezamento, utilização de outros espaços e ampliação do horário de funcionamento das unidades. O teletrabalho integral foi garantido aos profissionais que apresentavam o perfil de risco, determinado em Portaria Municipal (BELO HORIZONTE, 2020d), sendo estes os agentes públicos com idade igual ou superior a 60 anos, gestantes, os comprovadamente imunossuprimidos e os que apresentavam doenças crônicas.

Na verdade, o teletrabalho, ele foi de acordo com as diretrizes em relação às comorbidades mais sensíveis, a questão da idade e para responder ao afastamento dos postos de trabalho. E aí a gente fazia rodízio. Quem não tinha que ficar afastado, não tinha nenhuma comorbidade, imunossuprimido e idoso, eu tinha que ter aqueles profissionais. E para manter o distanciamento a gente fazia rodízio. A minha área nunca ficou em teletrabalho, todo mundo. **Era o mínimo possível.** (E05, grifo nosso)

A resistência reside no menor controle que os gestores tinham sobre a produtividade dos profissionais em teletrabalho, além dos casos de reclamações da

ausência de infraestrutura domiciliar para a realização do trabalho remoto, levando à sensação de que os profissionais queriam estar afastados, não em teletrabalho.

Percebe-se, portanto, que, apesar da massiva defesa e menções dos ganhos que a informatização promoveu à gestão da saúde neste período, também ocorreram focos de resistência para essas mudanças. Algumas delas também são percebidas em função da dificuldade dos profissionais no manuseio dos novos instrumentos, assim como na disponibilidade e interesse para o aprendizado e adaptação.

Eu acho que tem muito do profissional em si, tanto da **questão de interesse em aprofundar, aprender coisas novas**, como dificuldade com ferramentas, como a própria mudança de sistema. [...] Alguns profissionais falam: “nossa, mas isso é muito difícil. Como que é essa tela?” Então, assim, **qualquer mudança, alguns profissionais já colocam muita barreira, muita dificuldade que nem sempre é real**. Alguma mudança traz alguns desafios mesmo, mas eu acho que é a questão do interesse também do profissional, de explorar uma ferramenta, de ver o que tem de possibilidade, o que tem de benefícios. [...] E no centro de saúde isso também aconteceu um pouco. [...] Porque eu acho que alguns ainda têm uma dificuldade sim. Então, uma reunião online, aí você manda um Meet e às vezes a pessoa nem sabe como entrar, às vezes ainda fica um pouco perdido. Mas eu acho que se a gente não continuar insistindo nessa forma, as pessoas não vão se apropriar, não vão tentar entender e aprender essa nova rotina. (E01, grifo nosso)

[...] eu tinha projetado, junto com as meninas das salas de vacina, um local para a gente fazer uma planilha, no [Google] Drive, para a gente poder registrar o nome de todo mundo. Eu levei para a gente colegiar isso, se elas preferiam algo manual ou se algo no Drive. E aí vi o pânico delas: “Não, mas eu acho que o manual, porque a gente vai saber onde que é isso, onde pôr aquilo”. Por mais que o instrumento fosse infinitamente mais simples para elas. “Gente, vocês nem vão ter que parar para escrever, vocês só vão escrever o nome. Tudo está em lista suspensa: vacina, dose, horário, tudo programado para isso”. Para elas ainda causava uma estranheza. (E04)

Percebe-se, aqui, algumas questões de resistência atribuídas a fatores no âmbito do indivíduo, não da organização. Segundo Robbins (1999), as fontes de resistência individual estão ligadas às características pessoais e subjetivas dos indivíduos, incluindo hábitos, necessidades, traços de personalidade, inseguranças, nível de conhecimento e, até mesmo, a fatores econômicos. Pelos relatos destacados, pode-se destacar questões especialmente relacionadas ao apego a hábitos e rotinas dos profissionais da ponta, além das inseguranças geradas por tudo o que é novo.

Tal qual apontado pelos burocratas de nível de rua, a sobrecarga e estresse dos profissionais foram elementos muito relevantes nesse cenário de pandemia. Dentre os fatores geradores desse estado emocional, são destacados o maior volume de atendimentos no período e a ausência de conhecimento, experiências e protocolos sobre como lidar com a nova doença. Segundo os relatos coletados, essa situação

gerou o estresse dos profissionais de saúde, influenciando, ainda, os relacionamentos interpessoais.

Eu acho que houve um estresse muito grande dos profissionais durante a pandemia, e até um pouco após, no sentido de que alguns profissionais se sentem mais sobrecarregados. Porque **o setor da saúde foi um setor muito afetado pela pandemia**, tanto em volume de atendimento, mais usuários buscando a unidade, e pensando que a covid é uma doença nova, que ainda estava descobrindo como tratar, como diagnosticar. Acho que tudo isso também influencia e o profissional de saúde fica com uma certa insegurança. [...] Então, acho que isso no início afetou muito os profissionais e esse estresse acaba gerando problemas interpessoais (E01, grifo nosso)

Uma observação do entrevistado E02 relaciona o aumento do volume de atendimentos ao aumento de usuários SUS dependentes, ou seja, de pessoas que dependem, exclusivamente, dos serviços públicos para qualquer atendimento de saúde. O participante, ainda, atribui essa constatação aos impactos econômicos e sociais da pandemia, que geraram aumento de desemprego e empobrecimento da população, motivando a redução de beneficiários da saúde suplementar, que deixaram de pagar planos de saúde e utilizaram apenas os serviços públicos de saúde. Conforme analisado no capítulo 4, a pandemia gerou impactos no emprego e renda da população em decorrência da redução das atividades comerciais, em especial no início desse período. Essas consequências econômicas, portanto, também se refletem nas demandas e capacidades do sistema público de saúde.

A outra coisa que eu percebo também, **a covid trouxe consequências econômicas**, de desemprego, de fechamento de comércio, de muitos estabelecimentos. Então a covid trouxe um empobrecimento para a população e trouxe um **aumento de usuários SUS dependentes**, que antes tinham convênios e perderam seus convênios. Tinha convênio do trabalho ou pagava convênio porque tinha um emprego bom e ficaram dependendo do SUS. (E02, grifo nosso)

As percepções sobre o estresse dos profissionais também remetem aos medos e receios desses indivíduos diante do risco maior de contágio e da proximidade com os casos de agravamento da doença e de mortes. Enquanto gestores, as percepções dos impactos desse cenário perpassam, ainda, a responsabilidade pela motivação dos trabalhadores e pelo acolhimento diante da evidente fragilidade emocional, considerando, também, a disponibilidade para execução dos serviços e o comportamento dessas pessoas frente aos demais profissionais.

Pude perceber uma maior instabilidade emocional em todos os profissionais, em função da sensação de medo pelo contágio, do receio por seus familiares, pelo contato maior com os relatos de perdas nos atendimentos da Saúde. Essa situação demandava mais momentos de conversas com as pessoas para entender o momento emocional de cada um e tentar auxiliar a equipe a lidar com o processo, além do próprio trabalho. Em uma posição de gestor essa situação foi realmente desafiadora. [...] Esse medo pela contaminação

provocou inúmeras mudanças no comportamento das pessoas e no comportamento das relações, os comportamentos individuais consigo mesmo... Foi algo que afetou a rotina das pessoas como um todo, tanto as relações profissionais, quanto as pessoais. (E03)

O participante E04 destaca o desafio em ter que cobrar a organização dos colaboradores para continuidade do trabalho, mesmo ciente do medo que estes sentiam naquele momento, além do mesmo sentimento ser compartilhado pelo próprio gestor.

A gente percebeu em algumas pessoas, um medo, um pânico expressivo. Isso afetou um pouco os serviços. A pessoa não queria ir trabalhar, ela tinha medo de adoecer. [...] Então esse foi um desafio, lidar com o medo das pessoas. [...] A gente não sabia nada e você tem que estar ali, linda todos os dias, na frente da câmera, da equipe, para dizer “gente, ó, se organizem”. (E04)

A percepção coletada do entrevistado E02 demonstra que o estresse dos profissionais estava presente tanto no nível central quanto na ponta, sendo enfatizado, contudo, que os profissionais que prestavam atendimentos aos usuários estavam mais expostos a fatores estressores diversos. Já no nível gerencial, esses fatores se concentravam na sobrecarga de atividades e no medo do contágio, apesar da menor exposição ao risco em comparação àqueles em atuação em unidades de atendimento ao público. Tal percepção vai de encontro aos achados de estudos que atribuíam mais sintomas negativos de saúde mental aos profissionais que atuavam na linha de frente em relação a outros que estavam em unidades com poucos ou sem casos de vírus (PRADO et al, 2020; BEZERRA et al, 2020).

[...] muitos profissionais de saúde adoecidos tanto pela covid quanto com adoecimento mental por causa do estresse, de estar atendendo, de vendo tanto caso grave, correndo o risco de se infectar e levar covid pra dentro da sua casa. [...] Foi um momento muito difícil. A gente teve também, aqui no nível central, muitas pessoas doentes. Então a gente trabalhou sobrecarregado muitas vezes, fazendo trabalho de mais de 2, 3 referências, com muitas pessoas de licença. (E02)

Dentre as citações relacionadas ao estresse do período, também foi destacada a oferta de acolhimento e acompanhamento psicológico aos profissionais da SMSA, conforme identificado no capítulo anterior com o levantamento das mudanças na Secretaria. É observado que o serviço foi disponibilizado para profissionais de toda a organização. O acompanhamento psicológico durante e após o período pandêmico é de grande importância para esses profissionais, tendo em vista a necessidade de manter a atenção e cuidado com outras pessoas, mesmo sendo submetidos a inúmeras transformações e pressões (PRADO et al, 2020).

Houve um investimento da Secretaria Municipal de Saúde que incluiu o movimento de profissionais para poder fazer um acampamento psicológico. Pelo desgaste físico, mas principalmente pelo emocional. Era um serviço aberto tanto para profissionais da assistência, quanto da gestão. Houve sim essa oferta, o que demonstra esse compromisso da Secretaria municipal de saúde com os seus, que estavam ali também buscando cuidar das pessoas. Um progresso que se estendeu durante um período, mas que, inclusive, foi um dos legados que ficaram também. (E03)

A terceira categoria de análise com mais citações quanto às mudanças no período pandêmico se refere a impactos e modificações de processos de trabalho na SMSA. Na percepção dos burocratas de médio escalão da APS, o distanciamento social, a atuação essencial dos profissionais de saúde, o cenário de urgência e o ineditismo de toda a situação foram alguns fatores que exigiram olhar para os processos já instituídos e repensar suas formas, prazos e eficiência.

A primeira questão foi a necessidade do afastamento em relação às pessoas, no processo de trabalho mesmo. Então, no início, a gente cancelava muitas reuniões, encontros presenciais, treinamentos, qualificação dos profissionais. Então, isso foi algo que impactou muito. Algo que a gente, aqui, no meu processo de trabalho, disparava muito como uma agenda de um planejamento em saúde. Então, essa agenda foi totalmente prejudicada. Muito em virtude disso, do afastamento, do distanciamento necessário e também porque a Atenção Primária, ela ficou totalmente sobrecarregada, e a gente precisava desses profissionais na linha de frente. Então, a gente não podia tirar esses profissionais para manter uma agenda de planejamento; e a temática que era colocada e necessária para aquele momento era a temática mesmo do enfrentamento dessa pandemia, que no início a gente não conhecia muito, a gente não sabia como enfrentar, o que viria. Então, isso impactou muito todo o processo de gestão, de planejamento e dos projetos que a gente estava desenvolvendo na época. (E05)

A citação acima enfatiza a interrupção de processos de planejamento em saúde em função da pandemia, considerando que, naquele momento, a prioridade passou a ser o enfrentamento da nova doença. Todos os demais projetos e temáticas que se encontravam em desenvolvimento ou em discussão foram suspensos para que a gestão pudesse dar atenção e orientação aos profissionais em atuação, especialmente os da linha de frente, nas unidades de saúde com atendimento aos usuários. Essa orientação demandava análise constante dos serviços e mudanças no ambiente interno e externo e que era repassada aos profissionais por meio de protocolos e notas técnicas, principalmente.

Eu entendo que a pandemia também trouxe uma necessidade de reorganizar os serviços. [...] Então a cada mudança tinha revisão de nota técnica, ver qual vai ser a orientação, como que a ponta vai trabalhar a partir dessa mudança, o que é que vai ser readequado de serviço, o que é que a gente vai ter que fechar, orientar a população, o que a gente precisa manter que é essencial... Então, acho que isso tudo contribui tanto nessa organização do processo, nessa estruturação, da forma da gente repensar algumas atividades na Atenção Primária. (E01)

Relevante mencionar, aqui, o papel das notas técnicas para o serviço de saúde e na visão do nível gerencial da APS. Para estes, trata-se de um mecanismo essencial de orientação e comunicação para todos os profissionais, com o intuito, ainda, de promover alinhamento e padronização de serviços. Pelas citações, percebe-se que a publicação de notas técnicas, protocolos e outros meios similares, foi realizada com uma frequência acima do padrão e para a qual foram atribuídos resultados positivos durante o período em análise. Seguem alguns trechos abaixo.

Todas as notas técnicas orientativas em relação ao distanciamento, ao uso de máscara, que a pandemia trouxe, isso para nós foi muito importante para diminuir a transmissão, para garantir que os profissionais também diminuíssem o adoecimento, para que eles pudessem ficar no curso de trabalho na linha de frente. Então, foram mecanismos que apoiaram a manutenção dos serviços e o atendimento da população. (E05)

Nós tivemos uma publicação intensa de inúmeros documentos, tanto de guias, manuais, notas técnicas e com uma velocidade muito grande de alterações frente às descobertas que vinham sendo identificadas, sobre a forma de contágio, o período de afastamento dos profissionais do trabalho, como que se daria a questão da testagem, pontos centralizados, pontos descentralizados, uma forma de conseguir também responder a essa crescente necessidade [de informações] que afetava o serviço como um todo. (E03)

Ainda, em termos de avaliação das mudanças de processos de trabalho, é interessante destacar uma das falas do entrevistado E04 ao mencionar que a pandemia “escancarou para a gente o quão desorganizados eram os nossos processos”. Nesse contexto, foram levantados alguns questionamentos pelos entrevistados, especialmente quanto aos processos de compra, de gestão de recursos humanos e de gestão de informação. Foi destacada a diferença do tempo de execução das compras públicas, que passaram a ser realizadas com menos burocracia para que fossem agilizadas, dado o cenário de emergência em saúde pública e necessidade dos materiais. Menciona-se, ainda, as falhas na previsão e provisão de insumos e de pessoal para a execução adequada do trabalho da assistência, antes da pandemia, e que passou a ganhar maior evidência e importância, fazendo os gestores pararem para pensar no planejamento de reposições, por exemplo. São identificados, ainda, riscos na desorganização de alguns processos, principalmente quando relacionados à informação, a exemplo do vínculo de processos a pessoas específicas e no risco de interrupção e perda de conhecimento quando da saída desses indivíduos da instituição. A pandemia, portanto, evidenciou algumas dessas fragilidades, mas, também, potencializou questionamentos e soluções, a serem pensadas para o aprimoramento da gestão e assistência em saúde.

A gente muda com uma velocidade muito grande, só que a gente não consegue se planejar e fazer diferente para a mudança. E aí a gente não consegue sair do lugar. E a pandemia deixa o legado de que a gente tem que mudar a forma como a gente faz serviço de saúde [...], que a gente precisa rever, a nível de gestão, a forma como a gente faz gestão e como a gente orienta o centro de saúde. E os centros de saúde precisam rever a forma como eles se organizam em lugar de sempre pautar tudo na queixa e na falta. Às vezes não há falta, mas às vezes é a forma como eu me organizo. (E04)

Além dos processos de rotina, que demandaram momentos de reavaliação e ajustes, a equipe gerencial também se deparou com a necessidade de pensar a gestão do contingenciamento em saúde. Ações estratégicas e de rotina da saúde tiveram que ser reduzidas, ou mesmo suspensas, por serem relacionadas a um aumento do risco de contágio dos pacientes, e em atendimento, também, às diretrizes de distanciamento social. Portanto, especialmente no início da pandemia, a SMSA teve que reavaliar seus processos de atendimento e prioridades nas unidades de saúde.

É que a grande parte do nosso atendimento em 2020, 2021 foi voltado pra criar novas técnicas, planos de contingenciamento, voltados para o centro de saúde para respaldar o atendimento para a covid-19. Por exemplo, a saúde bucal, ela foi toda contingenciada, porque você não podia fazer nenhum procedimento que gerasse aerossol. Quase todos os procedimentos na saúde bucal geram aerossol. Então a saúde bucal teve os atendimentos praticamente suspensos. Eles atendiam só casos agudos e, mesmo assim, tinha toda uma restrição de atendimento. [...] Então, aqui no nível central, nas gerências da DAPS, a gente ficou com essas ações de respaldo ao contingenciamento. (E02)

Além de ter que avaliar, repensar e orientar sobre os novos procedimentos e prioridades para os atendimentos na ponta, os profissionais de médio escalão também se preocupavam com os reflexos desse contingenciamento de ações no financiamento em saúde. Isso porque grande parte do financiamento da Atenção Primária à Saúde, principalmente o federal, está relacionado aos registros de produção e indicadores da APS, voltados ao monitoramento do número de pessoas acompanhadas nos serviços de saúde, em especial as de maior vulnerabilidade socioeconômica, além da melhoria das condições de saúde da população, com ênfase nos portadores de doenças crônicas. Contudo, esses perfis populacionais foram os mais impactados nas ações e atendimentos contingenciados nos centros de saúde, gerando receio sobre como esses resultados podem afetar o financiamento e outras frentes da gestão em saúde.

E a gente presta contas em vários mecanismos, como para o BID, Ministério da saúde, pro Estado, para os financiamentos. Então vários indicadores que, teoricamente, não poderiam ter sido contingenciados, mas que, na prática, eu acredito que houve uma perda muito grande. (E02)

Esse contingenciamento se relaciona, também, com a categoria de “alteração de fluxos na APS”, pois esta retrata justamente a mudança de priorização dos atendimentos nos centros de saúde, que reduziram drasticamente sua atenção para a demanda programada e passaram a funcionar majoritariamente sob demanda espontânea, com ênfase nos casos de covid-19 e sintomáticos respiratórios. Atribui-se, também, a redução da demanda programada ao comportamento da população, que evitava visitar as unidades de saúde no período pandêmico com medo da maior transmissibilidade nesses ambientes.

Com o aumento de atendimentos da demanda respiratória de covid, a Atenção Primária teve que fazer priorização de atendimentos, dando uma ênfase muito grande a essas necessidades mais urgentes e deixando muito as ações de promoção, de prevenção, de acompanhamento longitudinal, de seguimento dos casos das condições crônicas, e isso ficou muito prejudicado. De fato, eu sempre falo que centros de saúde viraram UPAs e as UPAs viraram hospitais. Chegou um momento que não tinha leito. [...] Então, essas estratégias de prevenção, promoção, ficaram muito prejudicadas, muito. [...] A gente viu o tanto que aumentou de infarto na pandemia, porque as pessoas não procuravam...Então, isso foi muito impactante pra Atenção Primária. (E05)

E aí isso trouxe para o centro de saúde uma alteração completa da lógica da Atenção Primária à Saúde, da estratégia saúde da família, que é uma lógica de promoção, de prevenção, de população adscrita. Você trabalha com grupos operativos, com visitas domiciliares, com prevenção de todas as DANTs [Doenças e Agravos não Transmissíveis], para prevenção dos cânceres evitáveis, cânceres de mama, câncer de colo, prevenção das doenças cardiovasculares, infarto, AVCs, que você precisa controlar o diabético, o hipertenso, prevenção das doenças mais comuns na primeira infância... Então ela [pandemia] trouxe toda uma quebra dessa lógica do centro da saúde, que teve toda a sua assistência voltada para a demanda do agudo, do acolhimento do sintomático respiratório. E aí, na minha visão, os centros de saúde praticamente se tornaram mini UPAs. Então, perdeu-se toda a lógica de prevenção, de promoção, de acompanhamento das agendas dos crônicos, dos pacientes agendados. [...] E aí o que não foi contingenciado foi só pré-natal, puericultura, e os hipertensos mais graves, diabéticos mais graves. Mas na verdade, na prática, o que eu observei é que o controle desses pacientes crônicos ficava restrito aos pacientes deixarem as suas receitas - e aí entra os pacientes portadores de sofrimento mental, que usavam antidepressivo, ansiolítico - medicamentos de se renovar a cada 60 dias. Tiveram Portarias que prorrogaram esses medicamentos para 4, 6 meses. Mas os pacientes vinham, deixavam as receitas com a equipe de Saúde da Família, depois voltavam para buscar as receitas. [...] E não só por causa do contingenciamento, os próprios pacientes também tinham muito medo de aglomerar, de sair de casa, de ir para dentro de um centro de saúde, que era um lugar que ia estar cheio de doentes, tossindo, com risco de pegar covid no centro de saúde. Então a gente soube de muitos casos de gestantes, de mãe com recém-nascido, de hipertenso e diabético que tinha que ir fazer o controle, tinha consulta agendada, mas eles não iam. Porque eles tinham medo de pegar covid dentro do centro de saúde. (E02)

Percebe-se, assim, uma modificação significativa na dinâmica de funcionamento da Atenção Primária à Saúde e os impactos nos seus princípios e diretrizes de fazer saúde. Primeiramente, com a brusca redução das ações de

promoção e prevenção, especialmente do acompanhamento dos pacientes crônicos, prejudicando a integralidade do cuidado. Essa mudança não ocorreu apenas no processo de trabalho da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte, mas se trata de uma ocorrência global, que contempla o adiamento da assistência a usuários com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), da puericultura e a redução da administração de vacinas, constatadas em diversas outras cidades e continentes durante o período pandêmico, considerando as recomendações das autoridades de saúde, especialmente da OMS, para o isolamento social e para a procura dos serviços de saúde somente em casos de sintomas de covid-19 (SILVA; CORRÊA; UEHARA, 2022)

Por outro lado, o direcionamento da assistência prioritariamente aos casos de covid-19 e as demais barreiras que dificultaram o acesso aos serviços de saúde durante a pandemia podem levar a um aumento da mortalidade e morbidade da parcela da população que teve seu acompanhamento suspenso ou adiado (SILVA; CORRÊA; UEHARA, 2022; OLIVEIRA et al, 2023). O participante E02 demonstra preocupação com alguns resultados desse processo que já começam a aparecer.

Caiu muito mamografia de rastreamento, caiu muito exame citopatológico do colo do útero em 2020, 2021... E aqui, para o nível central, a gente vai colher ainda o impacto negativo da pandemia, que eu entendo que vai ser o aumento de câncer de mama, aumento de câncer de colo e casos diagnosticados mais avançados. E aí a gente já viu isso em 2023, a gente já viu casos de câncer de mama avançado, câncer de colo avançado, que não fazia mamografia há 5, 6 anos, preventivo há 5, 6 anos. Já estava atrasado na pandemia e na pandemia ninguém fez. E aí nós estamos colhendo impactos negativos até hoje. (E02)

Esse cenário suscita, inclusive, a proposição de uma potencial nova onda de sobrecarga dos sistemas de saúde em decorrência do agravamento das condições de saúde dos usuários portadores de doenças agudas que não procuraram os serviços de saúde e de doenças crônicas com cuidado descontinuado (SAVASSI et al, 2020).

Após a identificação das principais mudanças desse período pandêmico, quando questionados sobre as que se mantêm na gestão da saúde até os dias de hoje, após decretado o fim da pandemia, foram destacados elementos que contemplam as categorias de informatização de processos e de alteração de fluxos na APS. Segundo o grupo de profissionais de médio escalão, essas mudanças ainda exercem impactos positivos e negativos para a gestão e funcionamento dos serviços de saúde. Especialmente quanto à informatização de processos, infere-se que as

novas práticas e mecanismos foram mantidos tendo em vista a percepção de resultados favoráveis às rotinas de trabalho dos profissionais.

**As ações criadas em função do distanciamento foram, aos poucos, revertidas**, assim como alguns protocolos de higiene, como o uso de máscaras. Mas permanecem algumas que estão voltadas para melhor comunicação e eficiência de tempo, como as reuniões online, os painéis de dados e a gestão da informação. **A demanda por mais recursos de tecnologia permanece** para lidar de forma mais integrada e eficiente com todas as redes de atenção do SUS. (E03 - grifos nossos)

A epidemia trouxe um impacto grande, mas trouxe coisas benéficas que a gente incorporou para a prática do dia a dia, como as reuniões online, como teleatendimento, telemonitoramento, que **não tem mais volta**. A grande maioria a gente manteve. A gente faz, excepcionalmente, algumas reuniões presenciais. Mas a gente manteve, aqui no nível central, reunião de GAERE [gerência regional], reunião de gerentes, de diretores, reunião com referências técnicas, treinamentos, matriciamentos, discussões, fórum das maternidades, fórum do perinatal. Tudo continua online. E a gente abrange muito mais pessoas de forma muito mais efetiva com soluções mais rápidas, abrangentes e divulgando a informação de uma maneira mais rápida. Então isso realmente foi um impacto grande que a pandemia trouxe e que foi positivo, que **a gente manteve e incorporou para a prática da gestão**. (E02 - grifos nossos)

Ainda há desafios quanto à infraestrutura tecnológica, sendo destacada a necessidade de se intervir nessa melhoria, especialmente nos Centros de Saúde. Conforme E04, “Acho que o investimento ainda é pequeno. A gente deve pensar em ter um aparelho multimídia, uma câmera, um microfone, um som para cada equipe de saúde da família [...]”. Percebe-se, portanto, a existência de limitações ainda básicas para o avanço dessa informatização nas unidades da ponta.

Já em relação às alterações de fluxos na APS, não há intenção de que sejam mantidas por mais tempo, mas ainda são identificadas dificuldades para essa reversão. A herança, na verdade, não é interpretada como benéfica para a saúde, considerando-se os potenciais riscos e consequências para a população que teve seu cuidado comprometido em função da priorização dos atendimentos dos casos agudos e em detrimento das agendas para ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde.

Agora, questões que ficaram da pandemia que eu acho que a gente precisava desfazer: o **excesso de atendimento de demanda espontânea**, a gente trabalhar sempre em atender só pela demanda; eu acho que a gente tem que atender o usuário, mas acho que a gente tem que acolher. Acolher pressupõe que eu atenda, que eu escute, que eu tente resolver o problema. Não necessariamente precisa estar traduzido em uma consulta médica, uma receita, uma consulta de enfermagem, e a pandemia acabou deixando isso ainda muito muito presente. As equipes não conseguiram se reintegrar para serem equipes de Saúde da Família, repensar a Estratégia de Saúde da Família e como sair desse período de epidemia. (E04 - grifo nosso)

Dentre as justificativas para essa reversão ainda não ter ocorrido em muitos Centros de Saúde, inclui-se o afastamento dos próprios usuários em relação às suas equipes e unidades de referência. Durante a pandemia esse distanciamento era previsto e orientado, mas que, agora, torna-se prejudicial para a retomada do acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. Além disso, a redução ou falta de monitoramento de condições clínicas de usuários com comorbidades ou com condições especiais que demandam acompanhamento médico, pode resultar no surgimento e agravamento de doenças, levando a uma procura por atendimento, mas, nesses casos, para ações curativas, não mais preventivas, mantendo a alta da demanda espontânea nas unidades de saúde da Atenção Primária à Saúde.

No final de 2021, com o avanço da vacinação, as notas de contingenciamento foram todas revogadas e foi dada a orientação de que o centro de saúde voltasse a funcionar de maneira como sempre funcionou, com a Estratégia de Saúde da Família de forma ampla e completa. Voltar os grupos operativos, voltar as visitas domiciliares. [...] Eu ainda acho que nós **estamos vivendo reflexos da pandemia até hoje** no centro de saúde de Belo Horizonte; reflexos negativos da pandemia, justamente por uma dificuldade de várias equipes, de vários centros de saúde, de conseguir retomar toda a lógica de promoção, de prevenção, para os crônicos prioritários, hipertensos, diabéticos, gestantes, o planejamento sexual reprodutivo... **Muitas agendas ainda voltadas para o atendimento do agudo**. E isso entra em um **ciclo vicioso**. Porque se você não controla o seu crônico, não faz a sua atividade de prevenção e de promoção, você aumenta na sua população os hipertensos controlados, os fumantes, os diabéticos controlados, as gravidezes não planejadas... E aí esses pacientes, eles infartam, eles tem crise hipertensiva, crises de hiperglicemia, as gestantes tem infecção urinária, tem pré-eclâmpsia, ela não faz pré-natal porque ela não planejou gravidez, aí ela não quer fazer pré-natal, ela esconde até a barriga parecer... Aí entrou o ciclo vicioso, porque esse paciente que não foi controlado ele vem sempre no agudo, passando mal. Aí enche o seu acolhimento, porque o acolhimento é por demanda espontânea com queixa clínica e **a equipe fica apagando incêndio**. A equipe atende 30, 40, 50 pacientes agudos por dia. E nunca tem tempo para ampliar a agenda dos crônicos e das atividades de promoção e prevenção. (E02 - grifos nossos)

Tendo em vista todas as transformações relatadas, confirma-se a ocorrência de um significativo processo de mudança da organização em análise, tal qual Chiavenato (1996, p. 24) define como a “passagem de um estado para outro” e que envolve modificações do comportamento humano, de padrões de trabalho e dos valores da organização em resposta ao ambiente externo também modificado (HERZOG, 1991). As mudanças nos comportamentos foram constatadas especialmente pelos fatores de estresse e sobrecarga dos profissionais, além das novas formas de interação entre as equipes e indivíduos em decorrência do distanciamento social e encontros prioritariamente online, reduzindo momentos de festividade e socialização, predominando o medo e o isolamento. Apesar dessas

características terem se destacado mais no início da pandemia, pelos burocratas de nível de rua é relatada a manutenção da situação de afastamento e situações de estresse nas interações e relacionamento dos profissionais.

Em termos de padrões de trabalho, diversas mudanças também foram percebidas, tanto nas atividades gerenciais quanto assistenciais, bem como nos recursos e adaptações tecnológicas para continuação dos trabalhos diante das limitações impostas pelo novo ambiente. Quanto aos valores da organização, considerando o recorte da Atenção Primária à Saúde e os princípios e diretrizes norteadores a ela relacionados (BRASIL, 2017), são constatadas interferências sobre a integralidade e a longitudinalidade do cuidado, que devem garantir a atenção individualizada e focada no usuário, bem como a construção de vínculos e sentimentos de acolhida e confiança entre a comunidade e os profissionais de saúde. Esses princípios são praticados e fortalecidos principalmente nas ações de promoção e prevenção, sendo a essência da APS (OLIVEIRA et al, 2021), mas que foram prejudicadas durante a pandemia e que ainda se mantém pela dificuldade de retomada dessas ações na agenda da rede, conforme relatado pelos participantes.

Em referência ao modelo de três etapas para a mudança organizacional de Kurt Lewin (1952), o qual envolve o processo de descongelamento, mudança e recongelamento, tem-se a identificação das duas primeiras etapas, conforme as descrições acima. Apesar de Schein (2002) considerar o processo de descongelamento o mais importante e de maior dificuldade, no caso em análise, esse processo foi acelerado e forçado pelos riscos de vida associados caso não ocorresse mudanças. Entende-se, também, que algumas das transformações decorrentes da pandemia ainda se encontram no processo da mudança, ao considerar que não houve o atingimento de um patamar de estabilidade e padronização do “novo normal”. Fluxos e processos nos níveis de rua e gerencial da APS se encontram em avaliação pelos seus executores no contexto pós-pandemia, no qual ainda residem resquícios de demandas assistenciais características do período pandêmico, mas que se somam às reivindicações pela retomada do cuidado a toda população.

No que diz respeito à tipologia da mudança, não há dúvidas quanto ao caráter não planejado resultante do surgimento da covid-19, sua rápida transmissão e nível de gravidade em todo o mundo, provocando um cenário de adaptações necessárias das organizações, em busca de sustentabilidade e sobrevivência, caracterizando o tipo de mudança episódica e descontínua (WEICK; QUINN, 1999;

NADLER et al, 1995). Essas tipologias contemplam as alterações pouco frequentes, que ocorrem em reação a eventos perturbadores e que geram maior instabilidade nas organizações, levando a uma nova reconfiguração.

Os relatos demonstram a amplitude das transformações deste período e que ocorreram de forma abrupta, dada a emergência e evolução dos casos. Levando em conta, ainda, que a pandemia foi provocada por um novo vírus, com desconhecimento de protocolos para a saúde, o gerenciamento do processo da mudança na organização em análise foi um grande desafio, especialmente nos primeiros dias e meses após o primeiro caso da doença na cidade. Nesse período inicial, apesar da sensação de caos social, insegurança e medo generalizado, a Prefeitura de Belo Horizonte instituiu ações voltadas para o controle e prevenção ao contágio, para enfrentamento e contingenciamento da covid-19, com a institucionalização de um comitê deliberativo para acompanhamento e análise do cenário epidemiológico, para subsídio à tomada de decisões. Esta organização auxiliou a gestão da saúde para que as adaptações e mudanças ocorressem na rapidez exigida pelo novo contexto. Não se tratou, contudo, de um processo racional, burocrático e planejado, mas sim rodeado de sentimentos e emoções dos indivíduos envolvidos.

Conforme posto por Cançado e Badham (2019, p. 439), dada a complexidade dos elementos que envolvem a mudança organizacional, é impossível “ver a mudança como uma implementação planejada de objetivos estratégicos, enxergando a transição como um movimento simples de um estado histórico desordenado e irracional para um novo estado dinâmico e racional”. Para a condução e compreensão de um processo de mudança de forma efetiva, é preciso incluir a análise das performances sociais e interações humanas. A pesquisa possibilitou clarear as perspectivas dos atores e gestores da mudança na Atenção Primária à Saúde, jogando luz a elementos e variáveis que possam ter influenciado nas suas atuações e percepções sobre este período, bem como na identificação de possíveis resistências às mudanças implementadas. A descrição desses elementos e resistências, incluindo as semelhanças e diferenças entre os públicos da pesquisa, é apresentada na seção a seguir, em continuidade às citações aqui já contempladas.

### 5.3 Homogeneidades e heterogeneidades

Tratar sobre fatores que influenciam as percepções dos indivíduos envolve, essencialmente, falar sobre elementos culturais. Contudo, características peculiares de organizações públicas de saúde denotam maior complexidade em lidar com a cultura e processos de mudanças nessas organizações (DUSSAULT, 1992). A coexistência de múltiplas subculturas é uma realidade, influenciada pelas diversas categorias ou grupos profissionais, que refletem diferentes sistemas de significados e hierarquias de poder que operam simultaneamente, resultando em uma configuração complexa e fragmentada (VAITSMAN, 2000). A constatação de percepções e vivências distintas dentro do recorte de áreas apenas da Atenção Primária à Saúde ilustra quão diverso é o mosaico cultural que integra a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

No intuito de compreender possíveis interrelações entre os fenômenos da mudança, cultura e níveis de burocracia, esta seção pretende elencar e analisar as interpretações e manifestações dos profissionais dos dois grupos escolhidos na organização, tendo em vista as categorias de análise das mudanças mais destacadas na pesquisa. Busca-se, ainda, a identificação dos principais pontos interpretados de forma homogênea (ou similar) e heterogênea, bem como as ambiguidades e incertezas presentes nas diferentes significações que integram as rotinas e contexto de atuação dos participantes. Assim, apresenta-se, no quadro abaixo, um breve resumo das principais interpretações e manifestações dos grupos em estudo, de modo a anteceder e consolidar as análises que se seguem.

Tabela 9 - Interpretações e manifestações por grupos e categorias de análise

| <b>Categorias de análise</b> | <b>Burocratas de nível de rua</b>   | <b>Burocratas de médio escalão</b>   |
|------------------------------|---|--|
| Alteração de fluxos na APS   | Mudança na priorização das demandas dos usuários;<br>Redução da atuação nas agendas de promoção e prevenção da saúde;<br>Preocupação com prejuízos no acompanhamento e quadro dos pacientes crônicos;<br>Dificuldades para a reversão da mudança. | Identificação da mudança da dinâmica de atendimento nos Centros de Saúde;<br>Preocupação com os reflexos no acompanhamento longitudinal e agravos de saúde;<br>Análises mais amplas dos novos comportamentos de usuários e consequências para a APS.<br>Dificuldades para a reversão da mudança. |

|  |   |   |
|--|---|---|
| Sobrecarga e estresse dos profissionais                | Aumento do volume de atendimentos e das demandas urgentes;<br>Pressão para dar conta de todas as demandas;<br>Contato direto com a doença;<br>Maior estresse físico e psicológico.                        | Aumento do volume de trabalho;<br>Menor exposição ao contágio;<br>Preocupação dos gestores com a motivação e acolhimento emocional dos profissionais.   |
| Integração das equipes                                 | Apoio entre as equipes e colegas para distribuição das demandas;<br>Comportamentos influenciados pelo estresse.   | Redução do contato físico e dos momentos de socialização por causa do distanciamento social;<br>Integração com outras áreas para análise dos cenários epidemiológicos e tomadas de decisão.                                 |
| Informatização de processos                            | Adoção de recursos simples (whatsapp) para alinhamento interno e externo;<br>Resistências às adaptações tecnológicas consideradas mais amplas ou complexas.<br>Apego às rotinas e insegurança com o novo. | Mais recursos adotados para adaptação à necessidade de distanciamento social;<br>Ênfase nas ferramentas para gestão de dados, reuniões e treinamentos online;<br>Percepção positiva sobre a contribuição para os processos. |
| Teletrabalho   | Impedimento de aplicação ao grupo devido ao seu papel assistencial direto.  | Aplicado em forma de revezamento;<br>Preocupação em garantir o apoio e retaguarda às ações da linha de frente;<br>Resistência dos gestores pela perda de controle do trabalho e produtividade das equipes.                  |
| Comunicação institucional                              | Aumento da burocracia e cobranças;<br>Distanciamento entre os níveis gerenciais e operacionais;<br>Sensação de imposição e baixa participação nas decisões.   | Visão mais ampla sobre as necessidades e relações da rede;<br>Centralização das decisões para respostas mais rápidas;   |
| Protocolos e notas técnicas                            | Atualizações mais frequentes;<br>Confusão sobre as orientações vigentes.  | Meio mais eficiente de comunicação com a ponta;<br>Orientação sobre as mudanças e adequações dos serviços.  |
| Gestão de processos de trabalho                        | Não mencionado pelo grupo.  | Adaptação de processos de gestão para ganhos de agilidade e eficiência;<br>Foco na gestão do contingenciamento e seus reflexos;<br>Preocupação com os impactos no financiamento da APS.                                     |
| Intensificação de uso de EPIs e do cuidado com higiene | Recursos necessários para a prevenção ao contágio pelos profissionais.  | Baixa relevância para as atividades desse grupo.  |
| Maior cuidado com a população                          | Humanização dos atendimentos;<br>Preocupação com a população mais vulnerável.   | Não mencionado pelo grupo.  |

Fonte: Elaborado pela autora.

No que diz respeito às percepções homogêneas entre os grupos, apesar dos seus distintos escopos profissionais e níveis de atuação, a constatação da redução do papel da APS no controle e prevenção de doenças crônicas e os possíveis prejuízos para a população é unânime, bem como a identificação de que ela se mantém até os dias de hoje na rotina de trabalho desses profissionais, atribuindo dificuldades para a sua reversão. Destaca-se a menção, em ambos os grupos, de que os Centros de Saúde passaram a funcionar como UPAs, considerando a modificação do perfil dos usuários e de atendimento aos agudos. Ainda, não houve citação que reportasse benefícios sobre a manutenção dessa nova dinâmica de atendimento dos Centros de Saúde, sendo mencionado, inclusive, a necessidade de uma reestruturação da APS.

A despeito da concordância de que o modelo de dinâmica da APS anterior à pandemia era mais efetivo, verifica-se uma perda de referência desta estrutura focada nas ações preventivas por um conjunto de pressões externas, o que resultou em uma reorientação cultural, alterando tanto as ações dos profissionais atuantes na APS quanto o comportamento dos próprios usuários que reduziram a procura pelos serviços desse nível de atenção. Há, aqui, portanto, um fenômeno de fragmentação (MARTIN, 1992), de percepções concordantes sobre a importância e perda com a mudança de funcionamento da APS, mas, apesar disso, há dificuldades na retomada dessa estrutura anterior, sinalizando impactos mais profundos, a nível de pressupostos culturais da organização e da população.

Quanto à sobrecarga e estresse dos profissionais, há concordância sobre o aumento do volume de trabalho no período e às diferentes pressões exercidas sobre eles, refletindo-se em sintomas negativos de saúde mental. Sabe-se que a pandemia elevou a frequência e intensidade dos sintomas psicossomáticos na sociedade em geral, mas sobretudo, entre os profissionais de saúde, expostos direta ou indiretamente ao contágio (OLIVEIRA et al, 2021). O medo da doença e da transmissão para seus familiares está especialmente presente para os profissionais que não interromperam suas atividades presenciais, o que denota maior temor dos burocratas de nível de rua, que tinham maior contato com pacientes com sintomas e com casos graves da doença, além das mortes. O medo, portanto, também era unânime, mas é reconhecida a exposição a mais fatores estressores pelos profissionais da linha de frente. Nesse sentido, pode-se destacar as justificativas elencadas por alguns desses profissionais para a impressão de que as unidades que

atendem aos usuários sentiram mais as mudanças em comparação com o nível central da Secretaria, sendo mencionadas a maior exposição ao contágio da doença pelos profissionais da ponta e que estes receberam mais exigências e pressões, além de que as rotinas dessas unidades mudaram de forma mais abrupta em comparação às demais. No nível gerencial, havia uma preocupação por garantir o acolhimento emocional e a motivação das suas equipes, de modo a reduzir os impactos psicológicos para continuação dos trabalhos, tendo em vista que os afastamentos levariam ao aumento da sobrecarga aos demais profissionais, gerando uma “bola de neve”.

Na categoria de integração das equipes, observa-se que o medo e estresse do período influenciaram os comportamentos individuais e os relacionamentos interpessoais, com a manifestação de reações mais agressivas pela sobrecarga mental, bem como o distanciamento pelo receio da transmissão e contágio. Para os profissionais atuantes na ponta, o estresse e suas reações eram predominantes, mas, ao mesmo tempo, relatos de proximidade entre os colegas para apoio nas atividades também foram apurados. No nível gerencial, a diretriz do distanciamento social se refletiu na redução dos momentos presenciais, de festividades e de socialização. Os momentos de trocas de amenidades deram lugar, no entanto, ao compartilhamento de dados e informações analíticas, o que permitia o embasamento e tomada de decisões colegiadas. Não há, portanto, qualquer homogeneidade nas formas de interação percebidas nos grupos.

Já em relação à informatização de processos, apesar de haver o reconhecimento dos seus benefícios pelos dois grupos de participantes da pesquisa, algumas ressalvas são observadas. As menções pelos burocratas de nível de rua são menos diversificadas, resumindo-se às reuniões online e à ferramenta *Whatsapp* para comunicação entre as equipes. Os profissionais de médio escalão mencionam outras ferramentas, especialmente de gestão de dados e de informação, demonstrando atribuições e visões diferentes em relação às potencialidades da informatização dos processos de trabalho. Painéis de dados para análises mais ágeis, utilização de sistema online de armazenamento de documentos, canais virtuais para alinhamentos e treinamentos foram mais destacados e utilizados por esses profissionais.

Infere-se que, por atuarem com demandas administrativas e de gestão, diferentemente dos profissionais da ponta, que atuam de forma mais direta com pacientes e observações clínicas, a gestão busca e está mais aberta às

transformações tecnológicas. A essa avaliação, soma-se a constatação de maior dificuldade de adaptação à informatização pelos profissionais nos Centros de Saúde, especialmente em função das suas atribuições e dinâmica de trabalho.

O nível central consegue usar com perfeição, até porque o objeto e escopo de trabalho ele demanda isso, acho que o regional também. Centros de saúde, eu acho que ainda tem algo de dificuldade com a parte tecnológica. E aí eu acho que, até mesmo por causa da dinâmica, de ter que atender. Aqui [nível central], por exemplo, às vezes tem um chamando, um conversando, mas você ainda consegue fazer [reuniões online]. No centro de saúde é um usuário, é o cuidado, então não dá para você falar com o paciente “Eu estou reunião. Espera aí”. [...] Então eu acho que, para os centros de saúde, essas adaptações da pandemia para o online, o sistema, as planilhas, elas foram mais difíceis de incorporar. (E04)

Apesar da relação com a informatização de processos, o teletrabalho foi classificado em categoria separada por sua relevância para a análise das percepções e distinções culturais. Na avaliação da implementação dessa prática, identifica-se que o perfil e atuação dos burocratas de nível de rua não são compatíveis com a adoção do teletrabalho, tendo em vista a maior demanda por atendimentos presenciais nos Centros de Saúde, unidades em que esses profissionais estão lotados. Além disso, a própria Secretaria Municipal de Saúde determinou a vedação desse regime de trabalho para as unidades que ofertam assistência direta à saúde para usuários do SUS (BELO HORIZONTE, 2021). A mesma restrição não foi imposta aos profissionais de médio escalão, atribuindo aos gestores a avaliação e definição do melhor formato de execução das atividades - remoto ou presencial. Essa diferenciação gerou desconfortos e, direta ou indiretamente, pode estar relacionada à resistência dos gestores do nível central em adotar o teletrabalho integralmente junto a suas equipes. Abaixo, uma citação que exemplifica algumas das percepções destacadas.

Além da mudança também do teletrabalho, que é algo bom, mas que é algo também desafiador no escopo da saúde; porque você vê desde aqueles profissionais que têm essa possibilidade, nós que estamos na gestão, até aquele que tem que ser assistência pura e que não cabe para ele essa possibilidade. Então, como fazer essa baliza? Isso, na época, gerou alguns atritos, algumas controvérsias institucionais. Para quem estava lá no centro de saúde e na assistência, ele tinha que atender, trabalhar e com férias suspensas e tudo. Em contrapartida, no nível gerencial, você tinha que fazer escalas porque você não tinha distanciamento de um metro entre uma mesa e outra de ninguém, não existia. (E04)

Infere-se que, apesar dos benefícios percebidos de outros recursos tecnológicos adotados e consolidados durante a pandemia, o teletrabalho não foi assimilado da mesma forma. Atribui-se a isso a sensação de perda de controle sobre o trabalho e as equipes pelos gestores, por gerar maior distanciamento entre o nível

gerencial e a ponta, além de produzir privilégios a apenas um dos grupos ao não conceder o mesmo benefício à outra parte. A esta última percepção pode ser relacionada a concepção de controvérsias institucionais, mencionada na citação acima, além da sensação de que a presença física dos profissionais do nível central nos seus locais de trabalho também auxilia no combate ao vírus de forma mais efetiva, estando todos atuando em prol da manutenção do sistema de saúde.

Contudo, o distanciamento entre os níveis não é percebido apenas por esta prática. No quesito da comunicação institucional, citações dos profissionais de nível de rua demonstraram dificuldades nessa relação, com relatos de baixo apoio e sensação de imposição de decisões do nível gerencial em relação à ponta.

O sentimento dos profissionais de saúde da ponta é de abandono pela gestão, que toma decisões unilateralmente sem acolher as questões apresentadas pela ponta. Não há sequer uma via de diálogo. (L-M01)

A pandemia afetou a todos pessoalmente e profissionalmente. No caso da saúde com novas demandas elevadas junto das demais que já existiam. Sofrimento maior pelas perdas de vidas, até de colegas, mas também pelo suporte baixo dos gestores ao adoecimento dos trabalhadores da ponta. (NE-M01)

Adicionalmente, quando questionados quanto às características dos grupos e da organização que estejam relacionadas às percepções quanto aos impactos da pandemia, os profissionais em atuação nos Centros de Saúde destacaram a dependência da presença física para o desempenho das atividades pelos profissionais da ponta (61%), o maior comprometimento dos profissionais de saúde durante uma crise sanitária considerando sua missão de salvar vidas (61%), a distância das decisões e rotinas entre área meio e área finalística (52%) e a maior flexibilidade no nível central em função das atividades administrativas (43%). Percebe-se, assim, questões relacionadas às diferenças nas formas de atuação de cada grupo, bem como às responsabilidades e impactos diversos sofridos em função disso.

Na visão dos burocratas de médio escalão, também há distinções nas percepções entre os grupos que são influenciadas pelos diferentes níveis de atuação e perspectivas.

Quem está na linha de frente na guerra, muitas vezes, não consegue perceber. Ela consegue perceber, muitas vezes, a sobrecarga do trabalho. Muitas vezes as informações, essas ferramentas, não chegam até o profissional da saúde, infelizmente. Ou então, quando chega, ele não tem tempo para utilizar. Então, eu acho que a análise que a gestão faz é diferente dos profissionais da ponta. (E05)

Identifico que houve diferenças, em função das especificidades de cada grupo. No nível mais próximo da ponta, há uma visão mais específica da visão

assistencial e daquele nível de atenção. Já no nível central a visão é mais ampla, em que é possível compreender as demandas de forma integrada, não somente da Atenção Primária, mas da Urgência, da Hospitalar e Especializada. Essa diferença também reflete na forma como os profissionais enxergam suas atuações e demandas, sentindo, em alguns casos, que o nível central impõe certas decisões, mas sem enxergar o todo pelo qual a gestão atua. (E03)

Identificado um ponto de conflito no que diz respeito à comunicação institucional, o “abismo entre níveis superiores e ponta” (P-M01), conforme mencionado pelos profissionais de nível de rua, e a insatisfação sobre decisões unilaterais ou ausência de via de diálogo são justificadas pelo médio escalão em função da urgência que certas ações exigiam, considerando o cenário da pandemia.

Havia uma fala também sobre uma postura mais impositiva, vertical, por parte da gestão. Mas abre-se também um parêntese, entendendo que algumas coisas que aconteceram na pandemia, muitas vezes não havia uma oportunidade de tempo para grandes discussões. Então as decisões precisavam acontecer de uma forma mais rápida e nem sempre havia esse tempo adequado ou oportuno para que envolvesse mais pessoas nesse espaço de discussão. Essa foi uma característica que foi predominante nesse período, pela necessidade de respostas rápidas e missões que não eram simples, principalmente porque envolvia uma série de aspectos. (E03)

A despeito da necessidade de maior agilidade na tomada de decisões, as citações quanto à forma de comunicação instituída se assemelham às características de organizações públicas, voltadas para maior hierarquização e centralização das decisões, além da valorização do formalismo (HOFSTEDE, 1991; BERGUE, 2010).

Similar à temática da comunicação, vale a pena observar, também, os diferentes pontos de vista quanto às notas técnicas. É inquestionável que elas exerciam o importante papel de prestar orientação a todos os profissionais e da maior frequência com que eram atualizadas durante o período pandêmico. Contudo, enquanto o nível gerencial demonstra satisfação pela agilidade e utilidade deste meio de comunicação com a rede, os profissionais da linha de frente apontaram como um processo burocrático e que dificultava a prática da assistência, tendo em vista a confusão provocada pelas mudanças frequentes dessas orientações e procedimentos relacionados. O incômodo se justifica, ainda, pelo tempo e atenção desses profissionais sendo empregados nos atendimentos, com sobrecarga de demandas.

Considerando as diferenças identificadas em decorrência do escopo de atuação desses grupos, percebe-se que os burocratas de médio escalão estiveram atentos às modificações mais internas da organização, relativas aos processos de gestão da saúde, tais como os contemplados na categoria de gestão de processos de

trabalho. Essa preocupação voltada para dentro da instituição se justifica pela posição desse grupo burocrático, responsável por articular as informações e ações de múltiplos atores e promover a integração entre a estratégia organizacional, delineada pelos burocratas de alto escalão, e a operação, realizada pelos burocratas de nível de rua (PIRES, 2018).

Já os profissionais em atividade nos Centros de Saúde deram ênfase à intensificação de uso de EPIs e do cuidado com higiene, bem como ao maior cuidado com a população nas suas rotinas de trabalho, expressando uma visão mais finalística e assistencial. Esse olhar diferenciado para o externo é condicionado pela atuação dos burocratas de nível de rua que possuem a interação direta com os cidadãos como um atributo intrínseco ao seu escopo de trabalho (LIPSKY, 2019). Cabe a esses profissionais, ainda, traduzir as normas e orientações do nível gerencial para as situações cotidianas, tendo que lidar com as reações dos usuários das políticas públicas, sejam elas positivas ou negativas (CAVALCANTI; LOTTA; PIRES, 2018; LIPSKY, 2019), o que justifica as percepções desse grupo quanto ao nível de sobrecarga e estresse e o incômodo pelas alterações frequentes das orientações em notas técnicas, ainda que o contexto demande isso dado o desconhecimento anterior sobre a doença e seu adequado tratamento.

Por estas comparações e interpretações, percebe-se que os níveis de burocracia delineiam subculturas dentro da organização ao diferenciar atividades, objetivos, responsabilidades, a composição de categorias profissionais e o nível de exposição às pressões externas. Esses elementos influenciam a construção do sistema de significados coletivos aceitos por cada grupo, que se refletem na forma com que interpretam as situações, moldando, ainda, como se comportam, o que os motivam, os satisfazem e o que gera o comprometimento desses indivíduos na organização (PETTIGREW, 1979; FREITAS, 2007).

Verifica-se, assim, que as heterogeneidades entre os grupos da pesquisa se apresentam com forte vinculação às características e formas de trabalho de cada um, relacionando-se às características dos níveis de burocracia. Essas diferenças delineiam, ainda, a percepção dos impactos que a pandemia teve para cada um desses grupos e seus profissionais.

Com a intenção de delimitar a cultura da organização segundo as perspectivas de integração, da diferenciação e da fragmentação de Martin (1992), este estudo encontra dificuldades frente às diversas manifestações e interpretações dos

atores envolvidos diante do contexto da mudança, sendo este cenário marcado por muito mais heterogeneidades e ambiguidades culturais. Dessa forma, as perspectivas não são capazes de resumir ou interpretar a realidade aqui posta, considerando as complexidades dos sujeitos e suas manifestações. É justificável, contudo, que as diferenças e incertezas se destaquem por se tratar de um período de transição e que ainda se encontra em processo de reavaliação e ajustes, ou recongelamento (LEWIN, 1952), após as diversas mudanças evidenciadas.

Relevante nesse processo de mudança, interpretações e manifestações, encontra-se a temática do aprendizado organizacional, com ínfima relação com as mudanças das significações, símbolos e ações adotados como certos pelos indivíduos, ou seja, com a consolidação de elementos que se traduzem na cultura organizacional. Pois, apesar da constatação de pequenas resistências, há indicação de transformações que permaneceram na realidade da organização, enquanto legados do período da pandemia, e que serão mais bem compreendidas sob a ótica da aprendizagem organizacional, em complemento às análises de pressupostos culturais aqui apresentados.

#### **5.4 Legados e aprendizados**

A pandemia pegou a todos de surpresa, e mesmo para uma organização mais suscetível e habituada a variações do ambiente externo, o cenário exigiu pensamento rápido e adaptações tempestivas para não sucumbir aos riscos e danos da nova doença. Em pouco tempo, viu-se que as soluções usualmente praticadas para emergências em saúde não seriam suficientes neste inédito contexto e novas ideias e ações seriam necessárias. Essa leitura e interpretação do ambiente, à medida que ações eram tomadas e suas consequências analisadas, condiz com o processo de aprendizagem organizacional, segundo Daft e Weick (1984), e que esteve a todo tempo relacionado com as mudanças vivenciadas pelos profissionais de saúde durante a pandemia.

Em termos de legados e aprendizados desse período para a gestão da saúde pública de Belo Horizonte, os participantes da pesquisa elencaram, de maneira geral, pontos positivos com a experiência. Destaca-se a percepção de organização e atuação assertiva da Prefeitura de Belo Horizonte e da SMSA frente ao cenário pandêmico. Nesse sentido, nota-se uma “[...] gestão atenta, que agiu com

competência e seriedade nos momentos críticos, com decisões assertivas junto à rede de saúde do município” (NO-E01). Mesmo se tratando de uma mudança abrupta, com baixo controle inicial pelos atores em evidência, o aprendizado com o processo da mudança e a resposta frente ao novo contexto foram relatados como rápidos e positivos, apesar das inúmeras limitações internas e externas apresentadas ao longo desse caminho e até o relativo controle e estabilização da pandemia.

Eu acredito que o ponto mais importante foi justamente a **capacidade de resposta rápida em um cenário tão desafiador** como foi aqui. [...] Existiam muito mais perguntas do que respostas. Algumas coisas foram sendo desenhadas ao longo do caminho, então **a gente foi experimentando e aprendendo**. E o objetivo não era de otimizar a situação de aprendizado, mas aquilo que estava posto exigiu da gente uma resposta. Então eu ressalto essa capacidade de resposta rápida para o que estava acontecendo e com os recursos que nós tínhamos. Apesar das limitações financeiras e estruturais, considero que foi uma resposta oportuna, principalmente comparando os dados que nós tivemos com relação a outros municípios, estados e até com referências internacionais. (E03, grifos nossos)

O ganho de conhecimento e do saber agir a partir dessa experiência se relaciona com a perspectiva de aprendizagem organizacional de Fiol e Lyles (1985) que, para eles, se difere da adaptação organizacional ao resultar de profundas transformações comportamentais e cognitivas, promovendo novos conhecimentos e *insights* que influenciam nos comportamentos e nas respostas às ações futuras. Pode-se traduzir esse aprendizado, portanto, como o ganho de expertise e o amadurecimento dos profissionais, tendo em vista que a vivência da pandemia ampliou o rol de soluções para os problemas experienciados e o *know how* com novas formas de atuar ou gerir.

Como a pandemia foi uma emergência pública mundial, eu acho que o maior legado foi a Secretaria ganhar muita expertise em resposta para a emergência de tragédias em saúde pública. Mais expertise em planos de contingenciamento, de gerenciar riscos, de conseguir prevenir através de monitoramento de indicadores, de gerenciamento de risco e prevenir novas situações semelhantes. [...] Então, eu acho que a Secretaria saiu muito fortalecida da covid. Apesar de tudo que a gente vivenciou, os profissionais de saúde saíram muito mais amadurecidos, porque precisaram estudar para dar conta de responder. E agora a gente já tem uma expertise muito maior. (E01)

No processo de aprendizado e condução da mudança, destaca-se a organização da PBH e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte com a implementação de um comitê para acompanhamento e análise do contexto da saúde do município e para tomada de decisões quanto às principais diretrizes e ações para enfrentamento da covid-19. Diante disso, observa-se “como os protocolos são importantes e como a PBH se manteve firme nas evidências científicas, não se

deixando levar por políticas de saúde baseadas em achismos” (B-M01). As evidências foram sustentadas, essencialmente, a partir do monitoramento de dados epidemiológicos e das demandas assistenciais nas unidades de saúde, traduzidos, ainda, nos boletins epidemiológicos e assistenciais, publicados frequentemente no Portal PBH. O contexto, portanto, demandou ainda mais aproximação das áreas assistenciais e de vigilância em saúde para melhor alinhamento e embasamento das próximas ações a serem tomadas para o enfrentamento da covid-19. Após esse período, essa aproximação e valorização dos dados se manteve em foco, especialmente para o nível gerencial.

O fortalecimento das ações de vigilância em saúde, porque eu acho que a gente nunca tinha feito um casamento tão perfeito de vigilância em saúde com a gestão assistencial. [...] Chegou vacina, beleza, vacina é epidemia. Mas quem aplica a vacina é meu profissional assistencial. Então como é que a gente vai reorganizar a sala de vacina? Então eu acho que foram questões positivas, essa integração dos serviços, essa conversa e essa aproximação. (E04)

Na citação acima, constata-se a presença de questionamentos sobre processos anteriores no intuito de promover melhorias e dar novos sentidos ou resultados às ações de saúde. A reflexão e indagação a comportamentos ou rotinas, até então “inquestionáveis”, caracteriza habilidades que contribuem para um nível de aprendizagem organizacional mais profundo, ao ir além da mera resolução de problemas. A reflexão crítica demonstra, ainda, uma cultura aberta a inovações e transformações organizacionais, que vai de encontro ao conceito de aprendizado de circuito duplo proposto por Argyris e Schön (1978; 1996). Ainda, essa habilidade contempla uma das disciplinas de Senge (1992), enquanto comportamento reformulador e propício para a aprendizagem, que envolve desafiar e rever os modelos mentais arraigados na organização.

Contudo, dificuldades também foram relatadas para a realização dessas reflexões e análises posteriores aos acontecimentos, em função, especialmente, do volume de trabalho atribuídos aos profissionais de saúde e pelas constantes variações do cenário epidemiológico e de demandas da população, prejudicando o tempo e atenção investidos nesse processo analítico.

[...] a saúde, ela não para, né? Então, veio a pandemia e, logo depois, você já tem essa sazonalidade, você já tem dengue, você já tem chikungunya. Então, a ponta não tem muito tempo, ela não para. Nem para fazer uma pós-análise do que avançou, do que não avançou, do que foi feito, o que ficou. Então, isso, até para gestão mesmo, a gente tem que avançar. Quais que foram os aprendizados da pandemia? O que deu certo, o que não deu no plano de enfrentamento? A gente tem que fazer isso, né? Muitas vezes a gente não faz. (E05)

Dentre elementos positivos observados, os profissionais de saúde ganharam ênfase, com sua capacidade de adaptação, em especial os profissionais da ponta, com a execução do trabalho em equipe e o envolvimento e cuidado com os usuários. “Profissionais sensibilizados, humanizados, engajados, capacitados, que deram as suas vidas para salvar a vida da população” (NO-E01). Apesar das consequências de aumento do volume de trabalho, de pressões e de estresse entre os profissionais, há uma identificação coletiva com a missão de salvar vidas, evidenciando uma das principais identidades culturais dos profissionais que integram organizações de saúde (VAITSMAN, 2000), que direta ou indiretamente, se relacionam com essas atividades e estavam envolvidos com o objetivo de reduzir os casos de contaminação e mortes. Novamente citando Senge (1992), identifica-se, aqui, mais uma disciplina para a aprendizagem, sendo a de uma visão fortemente compartilhada entre os profissionais da APS, no sentido de estarem todos voltados para o objetivo principal da organização, de promover saúde e, literalmente, salvar vidas. Destaca-se, ainda, a percepção sobre o papel da Atenção Primária à Saúde nesse objetivo e nos resultados alcançados por esta coordenação de esforços conjuntos.

Esse legado é o fortalecimento da rede assistencial. Porque, nesse momento, a Atenção Primária foi a linha de frente, da mesma forma que o serviço de urgência. E todo mundo foi para o atendimento. Acho que o legado é dizer que todos entenderam que a missão era salvar vidas, indiferente de qual ponto de atenção que a gente estava. Então, por exemplo, nível central, quem era médico, enfermeiro, se colocou para atender na ponta. Então o legado foi, de fato, a missão de salvar vidas colocada em prática. (E05)

Mais um ponto muito positivo, que nós conseguimos perceber ao longo desse período, foi a forma de organização do sistema. Na Itália, ela tem uma característica predominante que é de um sistema voltado para a atenção hospitalar. Aqui, pelo fato desse movimento de descentralização, com fortalecimento da Atenção Primária e essa vinculação com o projeto de território, foi algo positivo e que influenciou na resposta que o município conseguiu dar e nesse acompanhamento mais próximo também. (E03)

A gente foi uma das capitais que teve melhor resposta. Eu já acho que é justamente por causa de uma APS muito forte, que sempre foi muito forte, que teve uma tradição de anos em Belo Horizonte, de vínculo, de cuidado. E as gerências aqui da DAPS, também com muitos profissionais comprometidos, e aí eu acho que a resposta dada foi adequada, dentro do que a gente conseguia fazer. (E02)

Em que pese o elevado número de afetados com a pandemia, a capital mineira, de fato, se destacou no quesito contenção de danos, tendo em vista o menor número de óbitos em comparação com outras capitais brasileiras. Estudo realizado pelo Imperial College London indica que se todas as capitais avaliadas tivessem

adotado a mesma conduta que Belo Horizonte, cerca de 328 mil mortes teriam sido evitadas no país (BRIZZI, 2021).

Em contraponto, o cenário de mudança da dinâmica da APS, ocasionado pelas adaptações necessárias durante a pandemia e que ainda se mantêm, certamente é o mais preocupante relatado por praticamente todos os participantes desta pesquisa. Conforme já descrito nas seções anteriores, houve uma “redução de fazer Atenção Básica e maior enfoque em agudos” (N-M02), o que “prejudicou o controle e atendimento dos casos crônicos e ações de prevenção” (O-E01). Considerando o potencial de prejuízos para uma parcela da população assistida pelas equipes de Saúde da Família, relata-se a necessidade de reestruturação da Atenção Primária à Saúde para a retomada do vínculo com o território e o cuidado integral aos usuários, de modo a reduzir agravamentos e acompanhar as novas demandas de saúde das comunidades. Um aprendizado nesse contexto, contudo, está relacionado ao envolvimento de todos os atores para reintegrar e repensar esse nível de atenção, mas envolvendo, também, os processos e comunicação de toda a rede de atenção à saúde.

Eu acho que o aprendizado é que a gente precisa pensar novas formas de serviço, de atendimento, de planejamento em saúde, de organização de processos. Eu acho que ela [pandemia] deixa o **aprendizado de que a gente precisa trabalhar de maneira mais conjunta**, mais célere para as coisas, que a gente precisa aprender a sair de algumas caixinhas, de alguns discursos, que a gente precisa estar mudando na rede. (E04, grifo nosso)

Passado esse período, a pergunta que a gente se fazia era **como retomar essa Atenção Primária** que Belo Horizonte há 10, 12 anos atrás era vista como referência? Referência nacional e muitas vezes até internacional, pelo trabalho que era desenvolvido. E aí a gente vê uma oportunidade de fazer uma discussão mais ampla, incluindo não só esse espaço da gestão, mas contando com as regionais e com o nível local, conseqüentemente os profissionais que atuam na assistência para que pudessem participar desse espaço de discussão. [...] E nós vimos uma oportunidade de fazer um movimento mais amplo, **envolvendo a rede como um todo** e outros serviços também, como as unidades da RAPS, a rede de atenção psicossocial, outros equipamentos do território que são integrantes da rede de atenção à saúde e que podiam e que precisavam fazer parte desse movimento, tendo em vista que a gente falava de movimento único para essa reorganização e para que a gente conseguisse colocar esse trem nos trilhos novamente. Então, [o projeto] Saúde em Rede vem com essa característica de **reaproximação entre o nível central, nível regional, nível local**, incluindo também os questionamentos da assistência. (E03, grifos nossos)

Verifica-se, novamente, a reflexão crítica sobre os processos de mudança e seus legados, tanto no intuito de avançar em algumas transformações quanto no de retomar processos ao se constatar prejuízos resultantes de modificação anterior. Com especial atenção aos processos e fluxos de atendimento da APS, a preocupação e

questionamentos dos profissionais em relação aos efeitos das transformações nesse nível de atenção se aproximam da ideia da disciplina do pensamento sistêmico sendo praticada na organização (SENGE, 1992). Ainda, os relatos demonstram que há clareza sobre os novos problemas que têm sido apresentados na APS e que estes são consequências das soluções encontradas e praticadas para o tratamento do problema anterior, no caso da pandemia. Há, portanto, a compreensão sobre o funcionamento do sistema que ampara os serviços e resultados da APS e que, ao longo do tempo, foi se consolidando como o mais adequado para os objetivos do SUS em Belo Horizonte. Nesse sentido, pode-se falar que o conjunto de ações, rotinas e fundamentos que estruturavam a Atenção Primária à Saúde antes da pandemia ainda se encontram alojados nos pressupostos culturais da organização em estudo, haja vista que as modificações implementadas não se consolidaram como novos modos corretos de sentir, pensar e agir pelos profissionais.

Quanto às menções sobre a aproximação e comunicação entre a rede, inclui-se a observação sobre a importância do diálogo para o processo de aprendizagem. Segundo Schein (1993 apud SILVA, 2001), a aprendizagem efetiva dentro das organizações requer um ambiente onde os membros possam compartilhar seus pensamentos, ideias e percepções. Ainda, Senge (1992) define o diálogo como a base para a disciplina da aprendizagem em equipe, com o potencial de permitir o reconhecimento e superação de padrões de resistência que dificultam a aprendizagem em grupo. Através do diálogo, os indivíduos podem explorar diferentes perspectivas, desafiar suposições pré-existentes e criar novas formas de entendimento e ação, construindo um conjunto compartilhado de significados, valores e crenças que orientam as ações e práticas cotidianas na organização. Nesse sentido, o diálogo facilita a troca de conhecimentos tácitos e explícitos, permitindo que as lições aprendidas sejam disseminadas e integradas na cultura organizacional. Assim, considerando o relato da realização de espaços de conversas e alinhamentos conjuntos, contando com a participação de profissionais de diferentes níveis de atuação, pode-se verificar aproximação com a prática da disciplina da aprendizagem em equipe, contribuindo, potencialmente, para a redução do abismo constatado entre os níveis de gestão e operação, descritos na seção anterior.

Tendo em vista que a aprendizagem organizacional pode subsidiar a decisão da aplicação de determinadas ações ou práticas em novas experiências ao considerar suas efetividades em ações passadas (FIOL; LYLES, 1985), faz-se

relevante compreender quais aprendizados permaneceram e foram novamente utilizados pela SMSA-BH na ocorrência de novas emergências em saúde pública. Esta oportunidade de avaliação foi encontrada no decorrer da pesquisa e seus achados contribuem com as análises que se seguem.

#### **5.4.1 E diante de uma nova emergência em saúde?**

O período de aplicação dos questionários online e da realização das entrevistas desta pesquisa coincidiu com um período de alta incidência de casos de arboviroses no município, que atingiu um cenário de emergência em saúde pública, declarado por meio do Decreto municipal nº 18.632, de 16 de fevereiro de 2024, em razão da necessidade de ações para preservar a saúde da população por meio da contenção à propagação de arboviroses, em especial da dengue, chikungunya e zika (BELO HORIZONTE, 2024). O Decreto considera, ainda, a caracterização de um estado de epidemia estabelecida, segundo os parâmetros do Ministério da Saúde.

Na identificação da oportunidade de se contemplar perspectivas sob um novo contexto de emergência em saúde em Belo Horizonte na pesquisa que se encontrava em andamento, a pesquisadora decidiu por incluir questões relacionadas à nova epidemia nos instrumentos de coleta de dados. Contudo, como o questionário online já havia sido enviado para o grupo dos burocratas de nível de rua, foi possível alterar apenas o roteiro das entrevistas com os burocratas de médio escalão. As entrevistas foram realizadas no mês de abril do corrente ano, após o período de pico da nova epidemia e da ocorrência de diversas adaptações nos serviços em resposta ao cenário epidemiológico e assistencial preocupante para a saúde da capital. As percepções consideradas nesta seção, portanto, contemplam apenas o nível gerencial da Atenção Primária à Saúde, mas possuem considerável relevância ao permitir a atualização sobre alguns processos e práticas destacados durante a pandemia e suas usabilidades em novos contextos de emergência em saúde pública, avaliando efetivamente os aprendizados organizacionais decorrentes desse período.

Assim, quando questionados sobre os aprendizados e legados que a gestão teve na pandemia de covid-19 e que se mostraram importantes para a epidemia de arboviroses no município, novamente a informatização dos processos se destaca, demonstrando ganho de maturidade com a utilização dos recursos tecnológicos pelos profissionais.

O investimento que a gente precisa fazer em reuniões online, teletrabalhos, treinamento. Agora na epidemia de dengue, a gente percebe que esse legado foi um legado importante. Porque a gente conseguiu treinar os profissionais, o manejo clínico de dengue via online, isso é importante. (E04)

**A gente aprendeu a trabalhar virtualmente**, porque isso diminui tempo de deslocamento, são reuniões mais objetivas, são encaminhamentos que você consegue o maior número de pessoas que você precisa ao mesmo tempo. Esse recurso foi o aprendizado. A própria teleconsulta pra Dengue, a gente nunca tinha feito, estamos fazendo. É possível. Então, algumas coisas que a gente nunca imaginou que ia conseguir fazer em tão pouco tempo que a gente fez, a gente tá implantando hoje para as outras situações de emergência pública. (E05, grifo nosso)

A partir dos relatos, percebe-se que o amadurecimento da gestão engloba, também, o controle do saber agir frente às mudanças do cenário em saúde, sustentados pelo monitoramento de dados e evidências.

Eu acho que o aprendizado é a forma de se trabalhar, organização mesmo do serviço. De ter esse monitoramento dos dados, da evolução da doença, de quais serviços, a partir desses dados, que eu preciso abrir a mais, o que eu preciso mais de oferta, o que é que eu preciso de ter uma compra maior de um insumo. Acho que **essa forma de organização foi um aprendizado da covid** e que vem surtindo um impacto positivo nos atendimentos de dengue. (E01, grifo nosso)

Pode-se verificar, ainda, a continuidade da aproximação entre as áreas assistenciais e epidemiológicas, no nível gerencial, o que se refletiu na melhoria desse monitoramento e resposta da Secretaria. Aparecem, também, o aprendizado com as ações e serviços de saúde que deram certo frente ao aumento do volume de atendimentos, bem como o aprendizado com o potencial do planejamento em saúde e discussões colegiadas, a partir da instauração de um comitê de enfrentamento, tal qual o instituído na pandemia, e que permitiu a avaliação e tomada de decisões conjuntas e tempestivas para contenção e tratamento dos casos.

Eu te falo que a resposta que a Secretaria Municipal está dando para a epidemia de arboviroses, agora de 2024, é extremamente oportuna. O comitê de organização de emergência para arbovirose, ele foi estartado lá em novembro, em outubro, quando os indicadores monitorados do plano de contingenciamento já começaram a mostrar que a gente ia ter uma epidemia muito grande em 2024, então já foi estartada toda uma ação para resposta. **E muito do que a gente usou para a resposta da covid, a gente está usando agora na resposta para a pandemia de arbovirose:** a abertura do centro de saúde no final de semana, de outras portas de entrada, de monitoramento de indicador de risco. Então acho que o que ela trouxe foi o **amadurecimento para a Secretaria**, para melhorar a importância da gestão trabalhar com indicadores, com indicadores de risco, com planos de contingenciamento, de monitoramento de indicadores estratégicos. (E02, grifos nossos)

A gente aprendeu que o olhar epidemiológico faz diferença e a junção [com outras áreas]. Em dezembro, quando começou a ter um aumento do número de casos e a circular a dengue 3, a epidemia sentou e já falou assim, “ó, precisamos juntar todo mundo: assistência, compra, RH, urgência, APS, rede complementar. Porque a gente espera ter epidemia, os dados mostram isso.

Eu tenho um vírus que não circulava há 10 anos atrás. Vamos sentar todo mundo e conversar?”. Então **a gente aprendeu a sentar, a conversar com antecedência e a pensar**. E é tanto que as ações, quando você pega essa linha histórica, você começa a ver que o protocolo já estava começando a mudar lá desde dezembro, novembro. Então acho que **a gente aprendeu muito com a pandemia**. Uma diferença foi essa: aprender a reunir com todo mundo para conversar com antecedência. (E04, grifos nossos)

Diante dos relatos destacados acima, torna-se evidente os aprendizados da pandemia sendo colocados em prática em um novo contexto emergencial de saúde pública. As doenças causadoras de cada cenário de epidemia são diferentes, bem como os comportamentos propulsores às ações de enfrentamento. Ainda assim, alguns desses comportamentos e ações se mantiveram desde a pandemia de covid-19, sendo gradativamente incorporados à rotina e cultura da organização, mudando a forma de pensar e agir dos indivíduos por identificarem benefícios nessas novas práticas.

Destaca-se a questão da informatização dos processos, adotada na pandemia como uma solução para a continuação dos trabalhos em decorrência das limitações impostas pelo distanciamento social. Já no cenário da epidemia de arboviroses, em especial a dengue, não há o mesmo risco de transmissão da doença por via oral, não sendo necessário, portanto, adotar o distanciamento. Mesmo assim, as práticas virtuais se mantiveram, não mais com o objetivo de viabilizar os trabalhos, mas de qualificá-los. Os profissionais agora buscam mais recursos tecnológicos após compreenderem que esse caminho otimiza tempo e outros recursos. Percebe-se, assim, a mudança em comportamentos, preferências e rotinas antigas em virtude da percepção de resultados positivos para atuação dos indivíduos, levando a uma potencial aprendizagem do grupo, processo fundamental para a transmissão e consolidação da aprendizagem na organização (SENIGE, 1992).

Revela-se, ainda, a presença do diálogo, promovendo o aprendizado em equipe e o pensamento sistêmico ao permitir que os indivíduos compartilhem suas experiências e conhecimentos, construindo uma compreensão coletiva dos problemas e das soluções possíveis. Muitas dessas soluções, inclusive, se basearam naquelas adotadas durante a pandemia, o que confirma a ocorrência de processos de reflexão sobre os aprendizados da experiência passada, utilizando-se deles para enfrentar um novo episódio de mudança de forma mais eficiente.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema Único de Saúde sempre enfrentou grandes desafios na busca pela sua plena consolidação e eficiência, mas ele é verdadeiramente posto à prova em situações de emergências em saúde, como evidenciado durante a pandemia de covid-19. Apesar da estruturação do SUS em três níveis de atenção à saúde (atenção primária, secundária e terciária), e cada um deles desempenhar papéis cruciais na prestação de cuidados integrados e contínuos à população, é na Atenção Primária à Saúde que esta pesquisa buscou adentrar e descortinar os fenômenos e transformações provocadas pela pandemia.

Tratando-se da principal porta de entrada dos serviços de saúde no âmbito do SUS, sendo responsável pela oferta de inúmeras linhas de cuidado e organizada de forma a abranger ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação, pode-se dizer que a APS foi a área mais suscetível aos impactos da crise pandêmica. Isso porque sua organização se estrutura na ideia de resolutividade da maioria dos problemas de saúde da população, tornando-se a principal referência para a maioria dos usuários do sistema como o primeiro local a se buscar assistência no território. Dessa forma, considerando que grande parte das pessoas infectadas desenvolveram a forma leve da doença, a Atenção Primária à Saúde serviu como a primeira linha de defesa no combate ao vírus, realizando o acolhimento, triagem, diagnóstico, tratamento, encaminhamentos, quando necessários, acompanhamento e orientação, ajudando, ainda, a aliviar a sobrecarga nos hospitais e unidades de cuidados intensivos. Por todo esse contexto, a APS merece atenção para identificação e compreensão de como suas práticas e profissionais foram impactados durante e após esse período histórico de emergência em saúde.

Com a participação de profissionais que atuam diretamente na prestação de serviços de saúde aos usuários e de integrantes do nível gerencial da APS, contemplando os níveis de burocracia de nível de rua e de médio escalão, respectivamente, foi possível identificar as principais mudanças que impactaram nas atividades, na rotina e nas relações desses profissionais no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Primeiramente, é válido enfatizar o cenário de mudança não planejada do ambiente externo decorrente do surgimento da nova doença e dos riscos

a ela inerentes, que se apresentaram de forma abrupta, desencadeando uma série de ações e adaptações, resultando no contexto de transformações o qual avaliamos.

Olhando para dentro da organização em estudo, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, pôde-se identificar reflexos significativos da pandemia, especialmente, nas dinâmicas de atendimento dos usuários na APS, no nível de sobrecarga e estresse dos profissionais, na informatização e gestão de processos de trabalho e na maneira com que os indivíduos interagem e se comunicam. A apuração e análise dos dados, coletados por meio de entrevistas e questionários, configuram um processo permeado pela subjetividade de percepções e interpretações dos participantes, influenciados por fatores individuais, coletivos e, essencialmente, culturais.

Considerando que os pontos de vista sobre os acontecimentos são sustentados pelas experiências anteriores de cada indivíduo, bem como seus valores, crenças, significados e simbologias próprias, há percepções que manifestam aspectos individuais e preferências estritamente pessoais. Contudo, majoritariamente, é possível constatar a presença de pressupostos culturais de cada grupo da pesquisa que demarcam características particulares dos níveis de burocracia.

Observa-se, por exemplo, que a atuação direta com os usuários nos centros de saúde expôs os burocratas de nível de rua, com maior frequência e intensidade, a situações de risco de contágio e de cobranças por atendimento e resultados assistenciais, elevando as percepções de sobrecarga e estresse neste nível de atuação. Por esse motivo, percebeu-se mudanças de comportamento de alguns colegas em decorrência do estresse, ao mesmo tempo em que ocorreram momentos de aproximação para apoio diante das dificuldades e sobrecargas compartilhadas naquele grupo. Em comparação aos profissionais que trabalham no nível gerencial, afastados fisicamente dos “cenários de guerra” que muitas unidades de saúde se tornaram, a linha de frente não teve escolha sobre adotar ou não o distanciamento social, tendo em vista não ser compatível com suas atividades essencialmente presenciais. Para tanto, o uso mais intenso de EPIs se tornou parte das suas realidades, sendo uma das categorias de mudanças mais destacadas pelo grupo dada sua necessidade para proteção própria e para manutenção das ofertas de atendimento à população.

Já para os burocratas de médio escalão, foi possível delinear medidas para o cumprimento do distanciamento, mas que também não deixaram de surtir outros

efeitos além da redução dos riscos de transmissão de covid-19. A necessidade do afastamento físico elevou substancialmente o contato e valorização de recursos tecnológicos e digitais por esses profissionais. A condição de interações majoritariamente online reduziu bloqueios e resistências anteriores tendo em vista o contexto de restrições impostas pela pandemia. Esse certamente foi um momento de quebra de barreiras antigas para organizações de saúde, a exemplo das ocorrências relatadas na SMSA-BH. Reuniões e treinamentos virtuais, painéis e gestão de dados online, telemedicina e teletrabalho nunca foram tão discutidos e utilizados no âmbito da saúde como foram na pandemia e têm sido desde então. Dentre estes, é relevante notar, contudo, a manifestação de resistência dos gestores da APS no nível central em relação à adoção do trabalho remoto.

Mencionado como uma controvérsia institucional, pode-se relacionar a discordância pela aplicação da prática a uma conexão que todos os profissionais que atuam em organizações de saúde compartilham, relacionada ao compromisso por salvar vidas, independente das atividades que desempenham, tal qual identificado por Vaitsman (2000). Nesse sentido, esse elemento de identidade cultural coletiva da organização se sobrepôs aos demais que diferenciam os grupos existentes, aproximando-os em termos de valores e missão organizacional. Dessa forma, com a sensação da necessidade de se manter presente para garantir o funcionamento do sistema de saúde, o enfrentamento à crise e prestar apoio aos profissionais que não deixaram a linha de frente, o teletrabalho não foi integralmente incorporado à rotina dos profissionais atuantes na APS.

A comunicação institucional é outra perspectiva por meio da qual foi possível constatar a influência de elementos ou pressupostos culturais nas percepções dos participantes da pesquisa frente às mudanças do período. De antemão, é válido compreender que a forma como a comunicação é construída dentro da instituição representa fortemente traços da sua cultura. Pelos relatos, constata-se o funcionamento de uma comunicação *top down*, que se baseia na transmissão de informações de cima para baixo, enfatizando uma estrutura hierárquica e centralizada. A mudança, exigindo respostas rápidas e estratégicas, acentuou esse padrão institucional, gerando percepções de baixa atenção e de imposição de decisões aos burocratas de nível de rua, ainda que manifestações de gestores tenham ocorrido no intuito de reduzir essas distâncias.

As notas técnicas foram um desses mecanismos adotados para aproximar gestão e operação, mas as interpretações em relação a essa prática só enfatizaram as ambiguidades presentes nesse contexto. Ao passo que esse instrumento é visto como resolutivo e eficiente para transmitir as informações e decisões do nível gerencial para a ponta, nas unidades de saúde as notas técnicas foram percebidas como mais uma burocracia para o serviço. Entende-se que essa interpretação pode ser temporária, considerando o cenário de sobrecarga dos profissionais da linha de frente durante a pandemia, gerando desgastes ao ter que lidar com adaptações do trabalho a cada nova nota técnica e orientação enviada pelo nível central naquele período.

Já no nível central, houve a percepção de fortalecimento da comunicação e aproximação com outras áreas, como a vigilância em saúde, à medida que esse nível gerencial passou a realizar o monitoramento e avaliação de dados para decisões estratégicas conjuntas sobre as próximas ações necessárias para o enfrentamento da situação de emergência. Apesar da manutenção da tendência de centralização da informação nesse nível de gestão, a aproximação entre áreas diferentes foi relatada e percebida como um relevante avanço para a comunicação institucional.

Dentre os achados da pesquisa, a mudança de fluxos e de organização da Atenção Primária à Saúde foi o que gerou mais reflexões sobre a análise das temáticas abordadas no estudo. Isso porque, nesse elemento de análise, foi possível identificar mudanças não apenas de processos e práticas em resposta ao cenário da pandemia, mas também a ocorrência de mudanças culturais, refletidas em novos comportamentos da população e, de algum modo, na forma como os profissionais nos centros de saúde organizam e oferecem os serviços nessas unidades. A mudança comportamental dos usuários se reflete na redução da procura por assistência de pacientes portadores de doenças crônicas ou de quadros que demandam acompanhamento longitudinal, a exemplo de gestantes e crianças. Ainda, a profundidade da transformação provocada no funcionamento da APS é evidenciada pela dificuldade de reversão à dinâmica anteriormente construída, apesar da unanimidade quanto à necessidade de reestruturação do sistema e de potenciais prejuízos atrelados a essas modificações. Adicionalmente, atribui-se ao entendimento dos profissionais da APS pela retomada de estrutura pregressa, a consolidação de um conjunto de ações, rotinas e fundamentos que configuram o funcionamento da

Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte, percebendo alguns pressupostos culturais da organização para essa política de saúde.

As práticas discutidas permitem analisar a forma como os indivíduos constroem os processos e políticas, assim como agem dentro das organizações, sendo o palco para as manifestações de seus anseios, valores e percepções. Apesar da identificação de uma identidade cultural coletiva relacionada com a missão da organização de saúde, as manifestações dos participantes demonstraram uma predominância de elementos culturais mais heterogêneos do que homogêneos, com uma variedade de significações e perspectivas que retratam o espaço cultural complexo e multifacetado encontrado na pesquisa. Verificou-se que as diferenças nas percepções dos profissionais elucidam características de subculturas desenvolvidas a partir das ações, composições, práticas, expressões e sentidos compartilhados dentro de cada grupo, relacionando-se, assim, aos perfis particulares de cada nível de burocracia. Em especial, os burocratas de nível de rua denotam maior atenção às ações e práticas nas quais exercem sua discricionariedade, enquanto os burocratas de médio escalão dão mais enfoque aos problemas institucionais e sob uma perspectiva sistemática para as adversidades e suas soluções.

Ainda, a despeito dos danos e consequências negativas da pandemia para a sociedade, esse período também produziu diversos aprendizados para a gestão da saúde pública, exposta intensamente ao processo de leitura, interpretação do ambiente, decisão e aplicação de ações, em um ciclo de tentativa e erro, do qual os resultados interpretados como acertos foram se consolidando como novas normas, hábitos ou práticas. Para aquelas que permaneceram na rotina da organização, atribuem-se as motivações de resultados positivos percebidos pelos profissionais, a exemplo da informatização de processos e da integração das áreas assistenciais e de vigilância epidemiológica, fortalecidas no monitoramento conjunto de dados e evidências científicas.

Apesar da literatura relacionar grandes dificuldades à aprendizagem em organizações públicas, a pesquisa revelou a presença de algumas das disciplinas de Senge (1992) que sugerem maior potencial para os fenômenos da aprendizagem nas organizações, dentre elas a construção de uma visão compartilhada, a aprendizagem em equipe e o pensamento sistêmico. A visão compartilhada se fundamenta na missão de salvar vidas, relacionada aos objetivos de toda a organização, assim como a orientação para os valores e princípios da política da Atenção Primária à Saúde,

sendo direcionadores comuns das ações e decisões assistenciais. A disciplina da aprendizagem em equipe condiz com a abertura ao diálogo e cooperação entre os grupos e áreas, tal qual as discussões colegiadas, com o compartilhamento de ideias, interpretações e propostas. O diálogo e integração, inclusive, foram apresentados como focos de um projeto atual de reaproximação entre o nível central, regional e local, sendo um possível caminho para reduzir as distâncias percebidas e flexibilizar o padrão institucional da comunicação entre a gestão e a ponta. Já o pensamento sistêmico está presente em diversos momentos de questionamento e reflexão crítica dos profissionais em relação aos processos, resultados e suas interrelações, ampliando as análises para além dos eventos e ações imediatas.

No contexto da pandemia, permitiu-se verificar que os aprendizados assimilados do período, a exemplo da informatização dos processos e a criação de um comitê de enfrentamento, se mostraram cruciais em contextos semelhantes subsequentes, como na resposta à epidemia de arboviroses. As práticas adotadas durante a pandemia, incluindo reuniões virtuais, teleconsultas e planejamento antecipado com base em indicadores, foram reaplicadas e aprimoradas, evidenciando uma aprendizagem organizacional contínua. Ainda, a integração e o diálogo entre diferentes níveis e áreas da saúde permitiram uma abordagem mais coordenada e eficaz, refletindo uma cultura organizacional adaptativa e resiliente.

É importante destacar que a organização ainda se encontra sob reflexos da pandemia, a considerar processos e práticas sendo questionados e avaliados pelos profissionais, seja para o avanço ou qualificação de algumas mudanças ou para a reversão a um modelo anterior. É difícil vislumbrar a possibilidade de uma estabilização de mudanças na organização em estudo, dado o ambiente turbulento no âmbito da saúde pública, o que gera um ciclo potencial e constante de aprendizagem e de mudanças em pressupostos culturais dos grupos e indivíduos da instituição.

Em termos de limitações da pesquisa, é importante demonstrar que não houve um maior aprofundamento nas percepções dos burocratas de nível de rua em função do instrumento utilizado para a coleta de dados desse grupo e a limitação de tempo para a realização de entrevistas que possibilitasse o complemento e detalhamento de algumas interpretações desse público. O tempo já decorrido desde o início e fim da pandemia também pode ser interpretado como uma limitação do estudo, considerando que as percepções podem sofrer influência de situações mais recentes. Do mesmo modo, o período de epidemia de arboviroses que se iniciou

durante a realização da pesquisa, apesar de ter sido contemplado como uma oportunidade de novo contexto para o objeto da pesquisa, pode ter influenciado algumas das percepções dos profissionais por se configurar um novo cenário de emergência em saúde e com semelhanças em algumas atuações da organização, amenizando algumas práticas ou enfatizando possíveis dificuldades.

Ressalta-se, contudo, que a pesquisa contribui para o campo dos estudos organizacionais ao realçar as interrelações existentes entre as temáticas de mudança, cultura e aprendizagem organizacionais. Percebe-se que os elementos culturais exercem influência e sofrem reflexos diante de episódios de mudanças, bem como durante o fenômeno da aprendizagem, fortalecendo ainda mais a crítica de alguns autores sobre o conceito de culturas estáticas. Estando sempre expostos a ambientes cada vez mais voláteis e dinâmicos, as mudanças organizacionais se tornam frequentes e, nessa lógica, também provocam contínuas mudanças culturais por meio dos processos de aprendizagem.

Por se tratar de um estudo de caso, considerando um contexto particular e uma organização específica, os resultados apresentados não podem ser generalizados, mas eles evidenciam situações e interpretações pertinentes para outros contextos organizacionais. Nesse sentido, nota-se a relevância de estudos que joguem luz às dimensões e relações aqui analisadas para investigação, comparação ou mesmo qualificação dos fenômenos observados sob outros contextos.

Para além da relevância acadêmica, a pesquisa também contribui para o conhecimento e aprofundamento de práticas e valores possivelmente comuns a organizações públicas de saúde, assim como o nível dos impactos e os resquícios da pandemia para a gestão dessas unidades e serviços. Em especial à organização estudada, tal conhecimento pode auxiliar na identificação de possíveis dificuldades que se mantém, a exemplo da comunicação institucional e dinâmicas da APS, possibilitando outras análises ou ações que atuem em divergências percebidas. Ressalta-se que o estudo não possui o intuito de identificar, avaliar ou comparar o desempenho das práticas abordadas, nem de atribuir valor ou resultados às mudanças realizadas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, F. L.; LOUREIRO, M. R. Burocracia e Ordem Democrática: desafios contemporâneos e experiência brasileira. In: PIRES, R.; LOTTA, G.; OLIVEIRA, V. E. (org.). **Burocracia e políticas públicas no Brasil**: interseções analíticas. Brasília: Ipea: Enap, 2018. cap. 1.

ALCADIPANI, R.; CRUBELLATE, J. M. Cultura organizacional: generalizações improváveis e conceituações imprecisas. **Revista de administração de empresas**, v. 43, p. 64-77, 2003.

ALMEIDA, W. de et al. Mudanças nas condições socioeconômicas e de saúde dos brasileiros durante a pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, 2021.

ALVES-MAZZOTTI, A. J. Uso e abusos dos estudos de caso. **Cadernos de Pesquisa**, v.36, n.129, p.637-651, set./dez., 2006.

ALVESSON, M. **Cultural perspectives on organizations**. Cambridge: Cambridge University Press, 1993.

ANDRADE, M. V. et al. Os primeiros 80 dias da pandemia da COVID-19 em Belo Horizonte: da contenção à flexibilização. **Nova Economia**, [S. l.], v. 30, n. 2, p. 701–737, 2020.

ARAÚJO, L. C. G. de. **Mudança organizacional na administração pública federal brasileira**. Tese de Doutorado. São Paulo: EAESP/FGV, 1982.

ARGYRIS, C.; SCHÖN, D. A. **Organizational learning: a theory of action perspective**. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley, 1978.

ARGYRIS, C. **Enfrentando defesas empresariais: facilitando o aprendizado organizacional**. Campus, 1992.

ARGYRIS, C.; SCHÖN, D. A. **On organizational learning: theory, method, and practice**. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley, v. 2, 1996.

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

BELO HORIZONTE (MG). **Decreto Municipal nº 17.297, de 17 de março de 2020**. Declara situação anormal, caracterizada como Situação de Emergência em Saúde Pública, no Município de Belo Horizonte em razão da necessidade de ações para conter a propagação de infecção viral, bem como de preservar a saúde da população contra o Coronavírus – COVID-19. Belo Horizonte, MG: Diário Oficial do Município, 2020a. Disponível em: <http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1226967>. Acesso em: 06 abr 2024.

BELO HORIZONTE (MG). **Decreto Municipal nº 17.298, de 17 de março de 2020**. Dispõe sobre medidas temporárias de prevenção ao contágio e de enfrentamento e contingenciamento, no âmbito do Poder Executivo, da epidemia de doença infecciosa viral respiratória causada pelo agente Coronavírus - COVID-19. Belo Horizonte, MG: Diário Oficial do Município, 2020b. Disponível em:

<http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1226966>.

Acesso em: 06 abr 2024.

BELO HORIZONTE (MG). **Decreto Municipal nº 17.304, de 20 de março de 2020**. Determina a suspensão temporária dos Alvarás de Localização e Funcionamento e autorizações emitidos para realização de atividades com potencial de aglomeração de pessoas para enfrentamento da Situação de Emergência Pública causada pelo agente Coronavírus – COVID-19. Belo Horizonte, MG: Diário Oficial do Município, 2020c. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/fundacao-municipal-de-cultura/2020/3decreto173042ed18032020suspensaotemporariaalvaracovid19.pdf>.

Acesso em: 06 abr 2024.

BELO HORIZONTE (MG). **Portaria SMPOG nº 030/2020, de 25 de agosto de 2020**. Regulamenta prestação de serviços na modalidade de teletrabalho e presenciais no âmbito da administração direta, autárquica e fundacional, observado o disposto no Decreto nº 17.298, de 17 de março de 2020, e dá outras providências. Belo Horizonte, MG: Diário Oficial do Município, 2020d. Disponível em: <https://dom-web.pbh.gov.br/visualizacao/ato/400292>. Acesso em: 26 mai 2024.

BELO HORIZONTE (MG). **Portaria Conjunta SMPOG/SMSA nº 003/2021, de 30 de dezembro de 2021**. Regulamenta a prestação de serviços no regime de teletrabalho e no regime de trabalho híbrido no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde - SMSA. Belo Horizonte, MG: Diário Oficial do Município, 2021. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/planejamento/portaria-conjunta-smpog-smsa-no-003-2021.pdf>. Acesso em: 26 mai 2024.

BELO HORIZONTE (MG). **Decreto nº 17.894, de 3 de março de 2022**. Dispensa a obrigatoriedade de utilização de máscara ou cobertura facial sobre o nariz e a boca em ambientes abertos. Belo Horizonte, MG: Diário Oficial do Município, 2022a. Disponível em: <https://dom-web.pbh.gov.br/visualizacao/ato/11092#>. Acesso em: 06 abr 2024.

BELO HORIZONTE (MG). **Decreto nº 18.177, de 2 de dezembro de 2022**. Altera o Decreto nº 17.943, de 27 de abril de 2022, que dispõe sobre a utilização obrigatória de máscara ou cobertura facial sobre o nariz e a boca nos locais que especifica, e dá outras providências. Belo Horizonte, MG: Diário Oficial do Município, 2022b. Disponível em: <https://dom-web.pbh.gov.br/visualizacao/ato/27270>. Acesso em: 06 abr 2024.

BELO HORIZONTE (MG). **Decreto Municipal nº 18.632, de 16 de fevereiro de 2024**. Declara situação de Emergência em Saúde Pública em razão da necessidade de ações para preservar a saúde da população por meio da contenção à propagação de arboviroses, em especial da dengue, chikungunya e zika. Belo Horizonte, MG: Diário Oficial do Município, 2024. Disponível em: <https://dom-web.pbh.gov.br/visualizacao/ato/434528>. Acesso em: 30 mai 2024.

BERGUE, S. T. **Comportamento organizacional**. Florianópolis: CAPES, UAB, 2010.

BEZERRA, A. C. V. et al. Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2411-2421, 2020.

BEZERRA, G. D. et al. O impacto da pandemia por COVID-19 na saúde mental dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Revista Enfermagem atual in derme**, v. 93, 2020.

BOUSQUAT, A. et al. **Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS**. Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. 2021.

BRASIL. **Decreto- lei nº 5.452 de 1º de maio de 1943**. Consolidação das Leis do Trabalho. Rio de Janeiro, 1943. 122º da Independência e 55º da República. Disponível em: <https://bit.ly/3f9QM1K>. Acesso em: 11 ago 2023.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº GM/MS 02, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <https://bit.ly/3iXTcTB>. Acesso em: 30 abr 2024.

BRASIL. **PORTARIA Nº 544, DE 16 DE JUNHO DE 2020**. Dispõe sobre a substituição das aulas presenciais por aulas em meios digitais, enquanto durar a situação de pandemia do novo coronavírus - Covid-19, e revoga as Portarias MEC nº 343, de 17 de março de 2020, nº 345, de 19 de março de 2020, e nº 473, de 12 de maio de 2020. Diário Oficial da União. Brasília. Disponível em: <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Portaria-mec-544-2020-06-16.pdf>. Acesso em: 15 set 2023.

BRASIL. **LEI Nº 14.510, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2022**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para autorizar e disciplinar a prática da tele saúde em todo o território nacional, e a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015; e revoga a Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Publicada no D.O.U. de 28 de dezembro de 2022. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2019-2022/2022/lei/L14510.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2022/lei/L14510.htm). Acesso em: 12 nov 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel Coronavírus** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 08 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis. **Estratégia de vacinação contra a covid-19 – 2024**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/publicacoes/estrategia-de-vacinacao-contr-a-covid-19-2024#:~:text=A%20idade%20recomendada%20para%20a,\(frasco%20de%20tampa%20vinho\)](https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/publicacoes/estrategia-de-vacinacao-contr-a-covid-19-2024#:~:text=A%20idade%20recomendada%20para%20a,(frasco%20de%20tampa%20vinho)). Acesso em: 22 abr 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Esclarecimento sobre o novo modelo de financiamento à Atenção Primária**, [s.d]. Portal do Fundo Nacional de Saúde (FNS). Disponível em: <https://portalfns.saude.gov.br/esclarecimento-sobre-o-novo-modelo-de-financiamento-a-atencao-primaria/#:~:text=Este%20novo%20padr%C3%A3o%20tem%20como,e%20redu%C3%A7%C3%A3o%20de%20mortes%20de>. Acesso em: 25 mai 2024.

BRIZZI, A. et al. **Report 46: Factors driving extensive spatial and temporal fluctuations in COVID-19 fatality rates in Brazilian hospitals.** London: Imperial College COVID-19 Response Team, 2021. Disponível em: <https://spiral.imperial.ac.uk/handle/10044/1/91875>. Acesso em: 24 abr. 2024.

CAETANO, R. et al. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cadernos de saúde pública**, v. 36, p. e00088920, 2020.

CÂMARA, A. F. **O Teletrabalho na Educação à Distância do Instituto Federal do Norte de Minas: Uma Análise Crítica.** Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Social) - Universidade Estadual de Montes Claros, UNIMONTES. Montes Claros. 2022.

CANÇADO, V.; BADHAM, R. Discutindo o Gerenciamento para a Mudança: O 'Framework' 5M. **Organizações & Sociedade**, v. 26, n. 90, p. 435-456, 2019.

CARBONE, P. P. Cultura organizacional do setor público brasileiro: desenvolvendo uma metodologia de gerenciamento da cultura. **Revista de Administração Pública**, v. 34, n. 2, 2000.

CARLOS, A. F. A et al. **COVID-19 e a Crise Urbana.** São Paulo: FFLCH/USP. 2020.

CARVALHO, M. C. et al. Valores e práticas de trabalho que caracterizam a cultura organizacional de um hospital público. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 22, p. 746-753, 2013.

CASTRO, Janete Lima de et al. Teletrabalho em saúde: para onde vamos?. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, p. 7s, 2023.

CAVALCANTE, P.; LOTTA, G. S.; OLIVEIRA, V. E. de. Do insulamento burocrático à governança democrática: as transformações institucionais e a burocracia no Brasil. In: PIRES, R.; LOTTA, G.; OLIVEIRA, V. E. (org.). **Burocracia e políticas públicas no Brasil: interseções analíticas.** Brasília: Ipea: Enap, 2018. cap. 2.

CAVALCANTE, P.; LOTTA, G. S.; YAMADA, E. M. K. O desempenho dos burocratas de médio escalão: determinantes do relacionamento e das suas atividades. **Cadernos Ebape.BR**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 14–34, jan./mar. 2018.

CAVALCANTI, S.; LOTTA, G. S.; PIRES, R. R. Contribuições dos estudos sobre burocracia de nível de rua. In: PIRES, R.; LOTTA, G.; OLIVEIRA, V. E. **Burocracia e políticas públicas no Brasil: interseções analíticas.** Brasília: Ipea, 2018. cap. 9.

CAVEDON, N. R. **Antropologia para administradores.** Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2003.

CERIBELI, H. B.; MERLO, E. M. Mudança organizacional: um estudo multicase. **Revista Pensamento contemporâneo em administração**, v. 7, n. 2, p. 134-154, 2013.

CHIAVENATO, I. **Os novos paradigmas: Como as mudanças estão mexendo com as empresas.** 1. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **RESOLUÇÃO CFM nº 2.314/2022.** Define e regulamenta a telemedicina, como forma de serviços médicos mediados por

tecnologias de comunicação. Publicada no D.O.U. de 05 de maio de 2022, Seção I, p. 227. Disponível em: [https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2022/2314\\_2022.pdf](https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2022/2314_2022.pdf). Acesso em: 10 out 2023.

COOK, S. DN; YANOW, D. Culture and organizational learning. **Journal of management inquiry**, v. 2, n. 4, p. 373-390, 1993.

CORAM, R.; BURNES, B. Managing organizational change in the public sector: lessons from privatization of the Property Service Agency. **The International Journal of Public Sector Management**, v. 14, n. 2, p. 94-110, 2001.

COSTA, S. da S. Pandemia e desemprego no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 54, p. 969-978, 2020.

CUPOLILLO, F. **De volta para casa**: reflexões sobre o isolamento social no Brasil durante a pandemia. 2020. Disponível em: <https://www.uff.br/?q=noticias/03-06-2020/de-volta-para-casa-reflexoes-sobre-o-isolamento-social-no-brasil-durante>. Acesso em: 24 de mar. 2024

DA COSTA, M. R. B. S. et al. Impactos da covid-19 na saúde mental dos profissionais de enfermagem. **Cadernos ESP**, v. 16, n. 4, p. 104-118, 2022.

DA COSTA E SILVA, T. F. et al. Teletrabalho na Pandemia de Covid-19: quais as contribuições da pesquisa brasileira em Administração?. **Revista de Administração da UNIMEP**, v. 19, 2022.

DA SILVA, M. L.; DA SILVA, R. A. **Economia brasileira pré, durante e pós-pandemia do covid-19**: impactos e reflexões. Observatório Socioeconômico da Covid-FAPERGS, 2020.

DAFT, R. L.; WEICK, K. E. Toward a model of organizations as interpretation systems. **Academy of Management Review**, v. 9, n. 2, p. 284-295, 1984.

DAL PAI, D. et al. Repercussões da pandemia pela COVID-19 no serviço pré-hospitalar de urgência e a saúde do trabalhador. **Escola Anna Nery**, v. 25, 2021.

DE ARAÚJO, F. N. M.; QUEIROZ, Marcelo Victor Alves Bila; EL AOUIAR, Walid Abbas. Telemedicina, telessaúde e digitalização: revisão sistemática utilizando o protocolo prisma (2020-2022). **Revista de Administração em Saúde**, v. 23, n. 91, 2023.

DE GEUS, A. P. **Planning as learning**. March/April: Harvard Business Review, 1988.

DE LIMA, A. V.; FREITAS, E. de A. A pandemia e os impactos na economia brasileira. **Boletim Economia Empírica**, v. 1, n. 4, 2020.

DE SOUSA OLIVEIRA, E. et al. A educação a distância (EaD) e os novos caminhos da educação após a pandemia ocasionada pela Covid-19. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 7, p. 52860-52867, 2020.

DIAS, J. A. A. et al. Reflexões sobre distanciamento, isolamento social e quarentena como medidas preventivas da COVID-19. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 10, 2020.

DONATO, J. V. A influência da cultura organizacional no planejamento estratégico. **Políticas Públicas e Sociedade**, v. 1, n. 2, p. 37-54, 2001.

DOS REIS, D.; ANTONELLO, C. S. Ambiente de mudanças e aprendizagem nas organizações: contribuições da análise da narrativa. **Gestão. org**, v. 4, n. 2, p. 176-193, 2006.

DOS SANTOS ANDREZA, M. N. et al. Desafios e oportunidades da telessaúde em tempos de pandemia COVID-19. **Brazilian Journal of Development**, v. 9, n. 3, p. 12262-12276, 2023.

DOS SANTOS JUNIOR, V. B.; DA SILVA MONTEIRO, J. C. Educação e covid-19: as tecnologias digitais mediando a aprendizagem em tempos de pandemia. **Revista Encantar**, v. 2, p. 01-15, 2020.

DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública**, v. 26, n. 2, p. 8 a 19-8 a 19, 1992.

FARIAS, H. S. de. O avanço da Covid-19 e o isolamento social como estratégia para redução da vulnerabilidade. Espaço e Economia. **Revista brasileira de geografia econômica**, n. 17, 2020.

FEITOSA, L. V. dos S.; COSTA, C. E. S. da. Inovações no setor público: A resistência à mudança e o impacto causado no comportamento do indivíduo. **Anais do V SINGEP**. São Paulo, 2016.

FERRAZ, B. Comitê de Enfrentamento à Covid-19 é encerrado em BH. **Estado de Minas**, Belo Horizonte, 31 mar. 2022. Disponível em: [https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2022/03/31/interna\\_gerais,1356779/comite-de-enfrentamento-a-covid-19-e-encerrado-em-bh.shtml](https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2022/03/31/interna_gerais,1356779/comite-de-enfrentamento-a-covid-19-e-encerrado-em-bh.shtml). Acesso em: 22 abr 2024.

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. **Cartilha Saúde Mental e Atenção Psicossocial - Informações Gerais**. 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/cartilha-saude-mental-e-atencao-psicossocial-na-pandemia-covid-19>. Acesso em: 24 de mar. 2024.

FIOL, C. M.; LYLES, M. A. Organizational learning. **Academy of Management Review**, v. 10, n. 4, p. 803-813, 1985.

FJP. Fundação João Pinheiro. **Pesquisa Teletrabalho no Serviço Público de Minas Gerais**. Disponível em: <https://fjp.mg.gov.br/pesquisa-teletrabalho-no-servico-publico-de-minas-gerais/>. Acesso em: 05 ago 2023.

FREITAS, M. E. **Cultura organizacional: evolução e crítica**. [S.l.]: Thomson Learning, 2007.

FREITAS, A. B. Traços Brasileiros para uma análise Organizacional. In: MOTTA, F. P.; CALDAS, M. P (Org). **Cultura organizacional e cultura brasileira**. 1. ed., 7. Reimpr. São Paulo: Atlas, 1997.

FREITAS, M. E. de. Cultura organizacional grandes temas em debate. **Revista de Administração de empresas**, v. 31, p. 73-82, 1991.

- GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. e GASKELL, G. **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som**. 2002.
- GIL, A. C. Como classificar as pesquisas. **Como elaborar projetos de pesquisa**, v. 4, n. 1, p. 44-45, 2002.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- GODOY, A. S. Introdução à Pesquisa Qualitativa e suas Possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995a.
- GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de empresas**, v. 35, p. 20-29, 1995b.
- GOMES, A. D. Cultura organizacional: estratégias de integração e de diferenciação. **Psychologica**, v. 6, p. 33-51, 1991.
- GUIMARÃES, F. G. et al. A organização da atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte no enfrentamento da Pandemia Covid 19: relato de experiência. **APS em Revista**, v. 2, n. 2, p. 74-82, 2020.
- HAU, F.; TODESCAT, M. O teletrabalho na percepção dos teletrabalhadores e seus gestores: vantagens e desvantagens em um estudo de caso. **Navus-Revista de Gestão e Tecnologia**, v. 8, n. 3, p. 37-52, 2018
- HERNANDEZ, J. M. da C.; CALDAS, M. P. Resistência à mudança: uma revisão crítica. **Revista de Administração de Empresas**, v.41, n.2, p.31-45, abr./jun. 2001.
- HERZOG, J. P. People: the critical factor in managing change. **Journal of Systems Management**, Cleveland, v. 42, n. 3, p. 6-11, Mar. 1991.
- HOFSTEDE, G. **Culture's Consequences**: International differences in work related values. Beverly Hills: Sage, 1980.
- HOFSTEDE, G. et al. **Measuring Organizational Cultures**: a qualitative and quantitative study across twenty cases. *Administrative Science Quarterly*, Nº 35, p. 286-316, 1990.
- HOFSTEDE, G. **Cultures and Organizations**: Software of the Mind. London, UK: McGraw-Hill. 1991.
- HOFSTEDE, G.; HOFSTEDE, G. J.; MINKOV, M. **Cultures and Organizations**: Software of the Mind. 3. ed. New York: McGraw-Hill. 2010.
- KOTTER, J. P. **Liderando mudanças**. 6. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997.
- LADEIA, D. N. et al. Análise da saúde mental na população geral durante a pandemia de Covid-19. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 46, p. e3925-e3925, 2020.
- LEVITT, B.; MARCH, J. G. Organizational learning. **Annual Review of Sociology**, v. 14, p. 319-340, 1988.
- LEWIN, K. Field theory in social science: Selected theoretical papers. London: **Tavistock Publications**, 1952.

LISBOA, K. O. et al. A história da telemedicina no Brasil: desafios e vantagens. **Saúde e Sociedade**, v. 32, 2023.

LOPES, A. I.; CALDEIRA, S. Oportunidades e desafios da era digital no cuidado especializado. In: VELUDO, Filipa; SOUSA, Patrícia Pontífice; MARQUES, Rita. **Enfermagem especializada: um valor em saúde**. 2022. p.35.

LOPEZ, F. G.; PRAÇA, S. Cargos de confiança e políticas públicas no Executivo federal. In: PIRES, R.; LOTTA, G.; OLIVEIRA, V. E. (org.). **Burocracia e políticas públicas no Brasil: interseções analíticas**. Brasília: Ipea: Enap, 2018. cap. 5.

LIPSKY, M. **Burocracia em nível de rua: dilemas do indivíduo nos serviços públicos**. Brasília: Enap, 2019.

MACIEL, C.; MACIEL, M.; CORRADI, A. TELESSAÚDE COMO VEÍCULO DE INFORMAÇÃO E EDUCAÇÃO EM CENÁRIO DE PANDEMIA. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 8, n. 3, p. 2027-2035, 2022.

MALHEIROS, B. T.; TOMEI, P. A. A intensificação do teletrabalho pela covid-19: um estudo bibliométrico no contexto da pandemia. **ENCONTRO DA ANPAD, XLVI**, 2022.

MALIK, A. M. Desenvolvimento de recursos humanos, gerência de qualidade e cultura das organizações de saúde. **Revista de Administração de Empresas**, v. 32, p. 32-41, 1992.

MARTIN, J. **Cultures in organizations: three perspectives**. Oxford: Oxford University Press, 1992.

MARTIN, J. e FROST, P. Jogos de guerra da cultura organizacional: a luta pelo domínio intelectual. In: CLEGG, S.; HARDY, C. e NORD, W. **Handbook de estudos organizacionais**. São Paulo : Atlas, 2001.

MEIRELLES, F. S. **Panorama do Uso de TI no Brasil – 2022**. Portal FGV. 2022. Disponível em: <<https://portal.fgv.br/artigos/panorama-uso-ti-brasil-2022>>. Acesso em: 15 set 2023.

MELLO, G. et al. **A Coronacrise: natureza, impactos e medidas de enfrentamento no Brasil e no mundo**. Centro de Estudos de Conjuntura e Política Econômica - IE/UNICAMP, Nota do Cecon, n. 9, mar. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cartilha do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes**. Brasília - DF. 2015. Disponível em: <[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/programa\\_nacional\\_telessaude\\_bbrasil\\_redes\\_2015.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/programa_nacional_telessaude_bbrasil_redes_2015.pdf)>. Acesso em: 10 out 2023.

MINTZBERG, H. **Mintzberg on Management: Inside our Strange World of Organizations**. New York: The Free Press. 1989.

MINZTBERG, H.; WESTLEY, F. Cycles of organization change. **Strategic Management Journal**, v. 13, n. 8, p. 39-59, 1992.

MORGAN, G. **Imagens da organização**. São Paulo, SP: Atlas. 1986.

MOTTA, F. C. P. Cultura e organizações no Brasil. In: MOTTA, F. C. P.; CALDAS, M. P. **Cultura organizacional e cultura brasileira**. São Paulo: Atlas, 1997.

MOTTA, F. C. P.; VASCONCELOS, I. F. G. Teoria geral da administração. São Paulo: **Pioneira Thomson Learnig**, 2002.

NADLER, D. A. et al. **Discontinuous change: Leading organizational transformation**. Jossey-Bass, Inc. Publishers, 350 Sansome Street, San Francisco, CA 94104., 1995.

NIC.BR. NÚCLEO DE INFORMAÇÃO E COORDENAÇÃO DO PONTO BR. **Pesquisa web sobre o uso da Internet no Brasil durante a pandemia do novo coronavírus: Painel TIC COVID-19. 2021. Disponível em: <[https://cetic.br/media/docs/publicacoes/2/20210426095323/painel\\_tic\\_covid19\\_livro\\_eletronico.pdf](https://cetic.br/media/docs/publicacoes/2/20210426095323/painel_tic_covid19_livro_eletronico.pdf)>**. Acesso em: 10 set 2023.

NOGUEIRA, R. A.; ODELIUS, C. C. Desafios da pesquisa em aprendizagem organizacional. **Cadernos Ebape**. BR, v. 13, p. 83-102, 2015.

NOVATO, V.; NAJBERG, E.; LOTTA, G. S. O burocrata de médio escalão na implementação de políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 3, p. 416–432, 2020.

OLIVEIRA, B. V. S. et al. Impacto da pandemia do COVID-19 sob o cuidado na atenção primária à saúde: percepção de enfermeiros. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 11, n. COVID, p. 7057-7072, 2021.

OLIVEIRA, L. G. F. et al. O impacto da pandemia de covid-19 no acesso à atenção primária à saúde no Brasil. **Acesso à saúde: desafios, perspectivas, soluções e oportunidades na atenção primária à saúde**, 2023.

OLIVEIRA, M. A. M.; PANTOJA, M. J. Desafios e perspectivas do teletrabalho nas organizações: Cenário da produção nacional e agenda de pesquisa. **Revista Ciências Administrativas**, v. 26, n. 3, p. 9538, 2020.

ORNELL, F. et al. Pandemia de medo e Covid-19: impacto na saúde mental e possíveis estratégias. **Debates em psiquiatria**, v. 10, n. 2, p. 12-16, 2020.

PALOSKI, G. do R. et al. **Contribuição do telessaúde para o enfrentamento da COVID-19**. Escola Anna Nery, v. 24, 2020.

PETTIGREW, A. M. On Studying Organizational Cultures. **Administrative Science Quarterly**, 2(4), 570-581. 1979.

PIRES, J. C. de S.; MACÊDO, K. B. Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil. **Revista de administração pública**, v. 40, p. 81-104, 2006.

PRADO, A. D. et al. A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 46, p. e4128-e4128, 2020.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Demanda Espontânea na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte: Recomendações para organização do processo de trabalho no nível local**. Belo Horizonte, MG. 2014.

Disponível em: [https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/gestao\\_cuidado\\_territorio.pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/gestao_cuidado_territorio.pdf). Acesso em: 30 abr 2024.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Gestão do Cuidado no Território**. Belo Horizonte, MG. 2016. Disponível em: [https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/gestao\\_cuidado\\_territorio.pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/gestao_cuidado_territorio.pdf). Acesso em: 29 abr 2024.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018 a 2021**. Belo Horizonte, MG. 2018a. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/PMS%202018-2021%20aprovado.pdf>. Acesso em: 29 abr 2024.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Carteira Orientadora de Serviços do SUS-BH: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde**. Belo Horizonte, MG. 2018b. Disponível em: [https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2021/carteira-orientadora\\_servicos-sus-bh-07-11-2018-1.pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2021/carteira-orientadora_servicos-sus-bh-07-11-2018-1.pdf). Acesso em: 29 abr 2024.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. PBH começa a realizar testes PCR para detecção da Covid em laboratório próprio. **Portal PBH**, Belo Horizonte, 17 jun. 2020. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/noticias/pbh-comeca-realizar-testes-pcr-para-deteccao-da-covid-em-laboratorio-proprio>. Acesso em: 14 abr 2024.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2022**. Belo Horizonte, MG. 2022. Disponível em: [https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2022/rag-2022-consolidado\\_formatado.pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2022/rag-2022-consolidado_formatado.pdf). Acesso em: 09 abr 2024.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2023**. Belo Horizonte, MG. 2023. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2024/rag-2023.pdf>. Acesso em: 30 abr 2024.

PUGH, D.; HICKSON, D. **Os teóricos das organizações**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2004.

QUEIRÓS, C. Saúde mental nas pandemias e catástrofes: o risco de adoecer psicológico. **territorium** nº 30 (I), p. 61-75, 2023.

ROBBINS, S. P. **Mudança Organizacional e Administração do Estresse. Comportamento Organizacional**. Rio de Janeiro: LTC, p.394-423, 1999.

ROBBINS, S. P.; JUDGE, T. A.; SOBRAL, F. **Comportamento organizacional**. 14. ed. São Paulo: Ed. Pearson, 2010.

RYBALKO, A. et al. Ensino a distância 2023: Tendências, desafios, problemas. **Revista on line de Política e Gestão Educacional**, p. e023044-e023044, 2023.

SANTANA, C. L. et al. AULA EM CASA: EDUCAÇÃO, TECNOLOGIAS DIGITAIS E PANDEMIA COVID-19. **Educação**, v. 10, n. 1, p. 75-92, 2020.

SANTO, E. E.; DIAS-TRINDADE, S. Educação a distância e educação remota emergencial: convergências e divergências. In: MACHADO, Dinamara P. **Educação em tempos de COVID-19: reflexões e narrativas de pais e professores**. Curitiba: Editora Dialética e Realidade, 2020.

SARTI, T. D.; ALMEIDA, A. P. S. C. Incorporação de telessaúde na atenção primária à saúde no Brasil e fatores associados. **Cadernos de saúde publica**, v. 38, 2022.

SAUNDERS, M.; TOWNSEND, K. Choosing participants. In: CASSELL, C; CUNLIFFE, A.; GRANDY, G. **The SAGE Handbook of Qualitative Business and Management Research Methods: History and Traditions**. Londres: SAGE Publications Ltd, 2019. p. 480-492.

SAVASSI, L. C. M. et al. Ensaio acerca das curvas de sobrecarga da COVID-19 sobre a atenção primária. **JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care**. ISSN 2179-6750, 12, 1–13. 2020.

SCHEIN, E. H. **Organizational culture and leadership**. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1992.

SENGE, P. **A quinta disciplina**. São Paulo: Best Seller, 1992.

SENGE, P. **A dança das mudanças: os desafios de manter o crescimento e o sucesso em organizações que aprendem**. Campus, 1999.

SILVA, A. H.; FOSSÁ, M. I. Tn. Análise de Conteúdo: exemplos de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualit@s Revista Eletrônica**, vol. 17, nº 1, 2015.

SILVA, B. R. G. da; CORRÊA, A. P. de V.; UEHARA, S. C. da S. A. Organização da atenção primária à saúde na pandemia de covid-19: revisão de escopo. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, p. 94, 2022.

SILVA, L. P.; FADUL, É. M. A produção científica sobre cultura organizacional em organizações públicas no período de 1997 a 2007: um convite à reflexão. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 14, p. 651-669, 2010.

SILVA, L. P.; FADUL, É. M.; PINHEIRO, T. V. A mudança cultural em organizações públicas: a luta pelo domínio cultural nos discursos do sindicato. **Gestão & Planejamento-G&P**, v. 14, n. 3, 2013.

SILVA, N. As interseções entre cultura e aprendizagem organizacional. **Convergencia. Revista de Ciências Sociais**, v. 8, n. 26, 2001.

TAVARES, M. G. P. **Cultura organizacional: uma abordagem antropológica da mudança**. Rio de Janeiro: Quality Mark. 1991.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a Pesquisa Qualitativa em Educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TURCI, M. A. **Avanços e desafios na organização da atenção básica à saúde em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, HMP Comunicação, 2008.

VAITSMAN, J. Cultura de organizações públicas de saúde: notas sobre a construção de um objeto. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, p. 847-850, 2000.

VAN MAANEN, J.; BARLEY, S. Cultural organization: Fragments of a theory. In FROST, P. *et al* (Eds.). **Organizational Culture**, Beverly Hills, Sage Publications, Inc, 1985.

VASCONCELLOS, C. A. et al. Impactos do teletrabalho durante a pandemia da Covid-19: principais achados e lacunas de pesquisa: Impacts of telework during the Covid-19 pandemic: Main findings and research gaps. **Revista Visão: Gestão Organizacional**, Caçador (SC), Brasil, v. 12, n. 1, p. 53-73, 2023.

VELOSO, V. Comitê de Enfrentamento à Covid de BH termina depois de dois anos de pandemia. **Globo**, Belo Horizonte, 30 mar. 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/mg/minas-gerais/noticia/2022/03/30/comite-de-enfrentamento-a-covid-de-bh-termina-depois-de-dois-anos-de-pandemia.ghtml>. Acesso em: 14 abr 2024.

VIDAL, J. Gobernanza de la pandemia del Covid-19 y modelos de gestión: ¿hacia un nuevo tipo de vínculo Sociedad-Estado?. **Revista do Serviço Público**, v. 71, n. Edição Especial A, p. 235-265, 2020.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos**. 5ª Ed. Porto Alegre: Editora Bookman, 2015.

WATSON, G. Resistance to change. **American Behavioral Scientist**, v.14, p. 745-766, 1971.

WEICK, K. E.; QUINN, Robert E. Organizational change and development. **Annual review of psychology**, v. 50, n. 1, p. 361-386, 1999.

WOOD JR, T. **Mudança organizacional**. Atlas, 2009.

ZAVAREZE, T. E. Cultura Organizacional: uma revisão de literatura. **O portal dos psicólogos**, p. 1-7, 2008.

## APÊNDICE A – Questionário

# Pesquisa - Práticas organizacionais diante da pandemia

Prezado(a),

Me chamo Nadine Magalhães e estou realizando uma pesquisa para minha dissertação no Programa de Mestrado em Administração Pública, da Fundação João Pinheiro, e sua participação será muito importante!

A pesquisa possui o objetivo de analisar as transformações nas práticas organizacionais de uma instituição pública de saúde frente às mudanças nesses últimos anos, especialmente em função da pandemia de Covid-19, a partir das percepções de profissionais da Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Sua participação, portanto, é essencial para o desenvolvimento e resultado dessa pesquisa!

Coloco-me à inteira disposição para esclarecer eventuais dúvidas.

O meu e-mail para contato é [nadinedmag@gmail.com](mailto:nadinedmag@gmail.com).

Informo, ainda, que as informações aqui compartilhadas são confidenciais e serão utilizadas exclusivamente para a finalidade desta pesquisa.

O questionário é curtinho e você levará menos de 15 minutos para o preenchimento.  
Prazo de recebimento de respostas até 15/03/2024.

Obrigada por seu tempo e contribuição!

*\* Indica uma pergunta obrigatória*

---

1. E-mail \*

---

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

N.º Registro CEP: CAAE 74800923.2.0000.5119 e CAAE 74800923.2.3001.5140

Título do Projeto: PRÁTICAS

ORGANIZACIONAIS DIANTE DE UMA CRISE: mudanças e percepções dos diferentes atores em uma organização pública de saúde.

Pesquisadora responsável: Nadine Daniele Magalhães - [nadinedmag@gmail.com](mailto:nadinedmag@gmail.com).

Prezado Sr(a),

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que estudará as mudanças nas práticas organizacionais da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA), considerando o período pandêmico e seus efeitos nas rotinas e protocolos da saúde pública municipal. O intuito é de contemplar percepções e práticas da organização em estudo e entender suas mudanças nesses últimos anos, especialmente em função da pandemia de Covid-19.

Os riscos envolvidos nesse estudo se referem a possíveis desconfortos dos profissionais em fornecer informações das suas rotinas de trabalho, caso entendam que isso poderá prejudicá-los internamente. A pesquisa, no entanto, não busca identificar pontos de conflito, atribuir juízo de valor às opiniões coletadas ou avaliar o desempenho das práticas analisadas. **Dados pessoais não serão divulgados em hipótese alguma, bem como os participantes não serão nomeados no material da pesquisa.**

Sua participação é muito importante e voluntária e, conseqüentemente, não haverá pagamento por participar desse estudo. Em contrapartida, você também não terá nenhum gasto, considerando que não haverá necessidade de deslocamentos.

As informações obtidas nesse estudo serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas as fases da pesquisa, e quando da apresentação dos resultados em publicação científica ou educativa, uma vez que os resultados serão sempre apresentados como retrato de um grupo e não de uma pessoa. Você poderá se recusar a participar ou a responder as questões a qualquer momento, em qualquer fase da pesquisa não havendo nenhum prejuízo pessoal se esta for a sua decisão.

Todo material coletado durante a pesquisa ficará sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora responsável pelo período de 5 (cinco) anos e, após esse período, será destruído. Os resultados dessa pesquisa servirão para investigar os efeitos da pandemia na administração municipal de Belo Horizonte, somando-se aos esforços de outras pesquisas já realizadas sobre o assunto, buscando contribuir com a análise sobre questões que perduraram após o ápice da crise pandêmica, além do delineamento de características da cultura de organizações públicas de saúde. Os resultados poderão ser compartilhados com os participantes da pesquisa, caso assim desejem, com o envio, por e-mail, da redação final da dissertação de mestrado da pesquisadora.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (CEP FHEMIG) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CEP SMSA), que poderão ser contatados em caso de questões éticas, a partir dos contatos abaixo:

CEP FHEMIG: Rodovia Papa João Paulo II, nº 4001, 13º andar do Edifício Gerais - Cidade Administrativa, B. Serra Verde - Belo Horizonte - CEP 31630-901. Tel.: (031) 3915-9343. E-mail: cep@fhemig.mg.gov.br.

CEP SMSA: Rua Frederico Bracher Júnior nº 103, 3º andar, sala 302, Padre Eustáquio - Belo Horizonte - CEP 30720-000. Telefone (31) 3277 5903, das 13h30 às 17h30. E-mail coep@pbh.gov.br.

### Dados do voluntário da pesquisa

O fornecimento dos dados abaixo são necessários para validação do seu consentimento em participação na pesquisa, mas não serão utilizados nem divulgados em nenhuma hipótese.

2. Nome completo \*

---

3. Identidade (RG) \*

---

4. Telefone de contato \*

---

5. O(a) Senhor(a) concorda em participar da pesquisa de acordo com as informações registradas neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Declaro que li e concordo em participar desta pesquisa.
- Não concordo em participar. *Pular para a seção 8 (Obrigada!)*

6. Qual seu sexo? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Feminino
- Masculino
- Prefiro não dizer

7. Qual sua faixa etária?

*Marcar apenas uma oval.*

- Menos de 25 anos
- De 25 a 30 anos
- De 31 a 40 anos
- De 41 a 50 anos
- Acima de 51 anos

8. Desde quando você atua na área da saúde pública em Belo Horizonte? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Até 4 anos
- Entre 4 e 6 anos
- Entre 6 e 10 anos
- Há mais de 10 anos

9. Qual a sua atual regional de atuação? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Pampulha
- Venda Nova
- Norte
- Nordeste
- Noroeste
- Centro Sul
- Oeste
- Leste
- Barreiro

10. Qual o seu cargo? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Médico(a)
- Enfermeiro(a)
- Outro: \_\_\_\_\_

11. Você atua em um Centro de Saúde? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não *Pular para a seção 8 (Obrigada!)*

12. Qual sua atual posição? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Integrante de equipe de Saúde da Família
- Coordenação
- Gerência
- Outro: \_\_\_\_\_

13. Há quanto tempo você atua nesta posição e lotação? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Menos de 1 ano
- Entre 1 e 2 anos
- Entre 2 e 3 anos
- Entre 3 e 4 anos
- Mais de 4 anos

14. Atualmente você está atuando na mesma posição e lotação em que estava no início da pandemia? \*

Favor considerar:

° Início da pandemia conforme declaração da OMS em março/2020.

° Posição = grupo de atividades e responsabilidades.

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não, mudei de posição, porém continuo na mesma lotação.
- Não, mudei de lotação, porém na mesma posição de trabalho.
- Não, mudei de posição e lotação.

15. Você teve acesso a alguma das práticas abaixo durante o período da pandemia (2020 a 2023) ou teve conhecimento de colegas da sua mesma posição/lotação que tiveram? Se sim, marcar quais abaixo. \*

*Marque todas que se aplicam.*

- Teletrabalho / trabalho remoto
- Reuniões online
- Teleconsulta / teleatendimento
- Treinamentos e capacitações à distância
- Protocolos intensivos de higiene e manejo do paciente

16. Na sua percepção, ocorreram mudanças e impactos significativos na sua rotina de trabalho durante a pandemia em Belo Horizonte (2020 a 2023)? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não, a pandemia não provocou alterações na rotina da unidade em que atuo.  
*Pular para a pergunta 31*

17. Quais mudanças e impactos foram mais significativos na sua rotina de trabalho durante a pandemia em Belo Horizonte (2020 a 2023)? Selecione até 4 opções. \*

*Marque todas que se aplicam.*

- Novas práticas, protocolos e ferramentas de trabalho.
- Aumento do volume de trabalho.
- Diminuição do volume de trabalho.
- Alteração no relacionamento entre os profissionais das equipes.
- Alteração no relacionamento com os usuários.
- Descontinuidade ou alteração de atividades realizadas anteriormente de forma rotineira.
- Decisões e priorizações passaram a ser definidas com maior frequência pelos profissionais e gestores do Centro de Saúde
- Decisões tomadas e comunicadas majoritariamente por outras instâncias.
- Maior flexibilidade na agenda e disponibilidade dos profissionais.
- Menor flexibilidade na agenda e disponibilidade dos profissionais.
- Outro: \_\_\_\_\_

18. Na sua visão, como essas mudanças foram recebidas pelos seus colegas de trabalho? Marque todas as opções que você concorda. \*

*Marque todas que se aplicam.*

- Sensação de incerteza sobre a resolutividade diante do cenário da pandemia.
- Resistência sobre as mudanças nos processos de trabalho.
- Confusão sobre protocolos novos e as orientações recebidas.
- Abertura e aceitação das adaptações que se mostraram necessárias.
- Confiança sobre as novas medidas adotadas no período.
- Outro: \_\_\_\_\_

19. Na sua percepção, essas mudanças se refletiram em toda a Secretaria Municipal de Saúde? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim, de certa forma, essas mudanças foram percebidas em toda a organização.
- Não, o impacto dessas mudanças ocorreram apenas em unidades que atendiam diretamente ao usuário.
- Não, o impacto dessas mudanças ocorreram apenas em Centros de Saúde.

20. Se você respondeu "não" à pergunta anterior, identifique os motivos conforme opções abaixo. Se respondeu sim, pule essa questão.

*Marque todas que se aplicam.*

- Unidades que atendem ao usuário sentiram mais as mudanças em comparação com o nível central da Secretaria.
- Os profissionais da ponta estavam mais expostos ao contágio.
- Os profissionais da ponta receberam mais exigências e pressões.
- O nível central não sofreu muitos impactos nas suas rotinas de trabalho.
- As rotinas dessas unidades mudaram de forma mais abrupta em comparação às demais.
- Outro: \_\_\_\_\_

21. Quais características do grupo ou da organização podem ter influenciado nessas percepções? Marque todas as opções que você concorda. \*

*Marque todas que se aplicam.*

- As atividades desempenhadas pelos profissionais da ponta dependem mais da presença física.
- Há uma maior flexibilidade no nível central em função das atividades administrativas.
- Os profissionais da ponta possuem melhor integração de pessoal para ajustes de agenda e processos.
- Os profissionais da ponta possuem maior resiliência às adversidades e mudanças.
- Os profissionais do nível central possuem maior resiliência às adversidades e mudanças.
- Os profissionais da Secretaria de Saúde possuem boa resiliência para adaptação dos seus processos às adversidades e mudanças.
- Há um maior comprometimento dos profissionais de saúde durante uma crise sanitária considerando sua missão de salvar vidas.
- Distância das decisões e rotinas entre área meio e área finalística.
- Proximidade das decisões e rotinas entre área meio e área finalística.
- Outro: \_\_\_\_\_

22. Espaço caso queira abordar mais características da questão anterior.

---

---

---

---

---

23. Liste a principal mudança implementada na sua rotina de trabalho durante a pandemia, especialmente no seu ápice, em 2020. \*

---

---

---

---

---

24. Liste a segunda principal mudança implementada na sua rotina de trabalho durante a pandemia, especialmente no seu ápice, em 2020. \*

---

---

---

---

---

25. Quanto tempo duraram essas mudanças? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Menos de 1 ano (2020)
- De 1 a 2 anos (até 2021 ou 2022)
- Foram revertidas/finalizadas esse ano (2023)
- A maioria se mantém até hoje.

26. Caso tenha identificado mudanças que se mantêm na sua rotina ou da Secretaria, por favor a(s) identifique abaixo.

---

---

---

---

---

## APÊNDICE B – Roteiro de entrevistas

### Dados do entrevistado

1. Nome. Idade. Naturalidade. Estado civil.
2. Cargo. Data de início de atuação na SMSA e na atual lotação.
3. Descrição da trajetória profissional na SMSA.

### Percepções das mudanças

4. Quais foram as principais mudanças na sua rotina, na unidade e na Secretaria a partir do reconhecimento da pandemia em Belo Horizonte?
5. Quais os principais reflexos que você percebeu na APS?
6. Como essas mudanças eram comunicadas e recebidas?
7. Qual mudança durou menos; qual durou mais, mas já foi revertida; e qual(is) perdura(m) até hoje?
8. Há percepção sobre diferenças na implementação ou adoção dessas práticas nos diferentes grupos? Alas diferiram em função de alguma característica específica desses grupos?
9. Qual sua percepção sobre a adaptação do seu grupo/unidade a essas mudanças e a esse período pandêmico?
10. Como você avalia as interações e relacionamento dos profissionais da sua unidade de trabalho antes, durante e após a pandemia?
11. Na sua avaliação, em que parcela as mudanças foram incorporadas à rotina organizacional até os dias de hoje?

### Aprendizados

12. O que você considera o maior legado da pandemia para a gestão da saúde pública de Belo Horizonte?
13. Considerando o novo cenário de emergência em saúde, qual a sua percepção sobre as similaridades e diferenças entre a atuação da SMSA-BH durante a pandemia de covid e a epidemia de arboviroses?
14. Quais as práticas e aprendizados do período pandêmico podem ter auxiliado na atuação nesta nova emergência em saúde?