

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA

**FERNANDA TAVARES COSTA DE SOUSA ARAÚJO**

**ANÁLISE DA GESTÃO DO CONHECIMENTO NO ENFRENTAMENTO À  
PANDEMIA DA COVID-19 NA PERSPECTIVA DA GESTÃO DO  
TRABALHO EM SAÚDE: O CASO DA SECRETARIA  
ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO**

Recife  
2020

FERNANDA TAVARES COSTA DE SOUSA ARAÚJO

**ANÁLISE DA GESTÃO DO CONHECIMENTO NO ENFRENTAMENTO  
À PANDEMIA DA COVID-19 NA PERSPECTIVA DA GESTÃO DO  
TRABALHO EM SAÚDE: O CASO DA SECRETARIA  
ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: Dr. Pedro Miguel dos Santos Neto

Coorientadora: Ms. Vanessa Gabriele Diniz Santana

Recife

2020

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães**

---

A663a Araújo, Fernanda Tavares Costa de Sousa.

Análise da gestão do conhecimento no enfrentamento à pandemia da COVID-19 na perspectiva da gestão do trabalho em saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco / Fernanda Tavares Costa de Sousa Araújo. — Recife: [s. n.], 2020.  
111 p.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: Pedro Miguel dos Santos Neto.

Coorientadora: Vanessa Gabriele Diniz Santana.

1. Gestão em Saúde. 2. Administração de Serviços de Saúde. 3. Gestão do Conhecimento. 4. COVID-19. I. Santos Neto, Pedro Miguel dos. II. Santana, Vanessa Gabriele Diniz. III. Título.

---

CDU 658:614

FERNANDA TAVARES COSTA DE SOUSA ARAÚJO

**ANÁLISE DA GESTÃO DO CONHECIMENTO NO ENFRENTAMENTO À  
PANDEMIA DA COVID-19 NA PERSPECTIVA DA GESTÃO DO TRABALHO EM  
SAÚDE: O CASO DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Aprovada em: 15/12/2020

BANCA EXAMINADORA

---

Dr. Pedro Miguel dos Santos Neto  
Instituto Aggeu Magalhães / Fundação Oswaldo Cruz

---

Dra. Cinthia Kalyne de Almeida Alves  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Dr. Petrônio José de Lima Martelli  
Universidade Federal de Pernambuco

*Dedico este trabalho ao meu pai, meu grande incentivador e admirador.  
Exemplo de integridade, bondade e dedicação à família e ao próximo.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado forças para superar as dores de 2020.

À minha mãe, esse exemplo de fortaleza, que diante de todas as perdas acredita que a fé em Deus nos fortalece.

Às minhas filhas, por compreenderem, dentro das suas possibilidades, os momentos de ausência.

Ao meu marido, por me ajudar na reta final do mestrado.

À minha família, por me incentivar.

Ao meu orientador, professor Pedro Miguel, que nunca desistiu de mim e sempre acreditou que me tornaria mestre, por toda sabedoria, ajuda, orientação, trocas e conhecimentos transmitidos.

À minha coorientadora, Vanessa Diniz, que me incentivou a fazer o mestrado profissional, pelas discussões e trocas de conhecimento.

A todos que fazem a Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SEGTES-PE), em especial a Dra. Ricarda Samara e a todos os amigos que conquistei.

À nossa equipe da Gerência de Políticas e Regulação do Trabalho (GPRT), que me deu a oportunidade de acreditar que a união faz a força e que “ninguém solta à mão de ninguém”. Agradeço a todos pela disponibilidade de sempre contribuir no enfrentamento à pandemia da COVID-19.

Aos funcionários do Instituto Aggeu Magalhães, especialmente Franklim Semente, pela disponibilidade de sempre ajudar nos processos do Mestrado Profissional.

À minha Banca Examinadora, Dra. Cinthia Kalyne de Almeida Alves e Dr. Petrônio José de Lima Martelli, pela colaboração e disponibilidade em contribuir com esta pesquisa.

A todas e a todos os companheiros da turma de mestrado, que me proporcionaram momentos muito significativos, os quais ficarão sempre guardados em mim.

A todas as pessoas que participaram da pesquisa, pela troca, disponibilidade e colaboração.

*“Resiliência...Um dia de cada vez...” (A autora)*

ARAÚJO, Fernanda Tavares Costa de Sousa. **Análise da gestão do conhecimento no enfrentamento à pandemia da COVID-19 na perspectiva da gestão do trabalho em saúde: o caso da Secretaria Estadual de saúde de Pernambuco.** 2020. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.

## RESUMO

A gestão do conhecimento pode ser vista como um conjunto de processos que orientam a aquisição, armazenamento, disseminação e utilização do conhecimento para atingir os objetivos de uma organização. A pandemia da COVID-19 e seus impactos nas populações é o assunto dominante no mundo desde janeiro de 2020, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) sinalizou a emergência de um surto de um novo coronavírus na China, sendo declarada como pandemia em março do mesmo ano. Diante do escasso conhecimento científico sobre o novo coronavírus, da sua alta velocidade de disseminação e capacidade de provocar mortes em populações suscetíveis, entendendo que os trabalhadores dos serviços de saúde são parte indispensável e de grande relevância na prática do cuidado em saúde e que uma gestão de recursos humanos adequada é fundamental para obtenção de melhores resultados em momentos de crise, este trabalho propôs analisar a gestão do conhecimento, enquanto ferramenta da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE), no enfrentamento à pandemia da COVID-19, na perspectiva da Política de Gestão do Trabalho em Saúde. A metodologia utilizada para o alcance dos resultados foi a análise documental e a análise do conteúdo das entrevistas semiestruturadas, realizadas com gestores do estado de Pernambuco. A gestão do conhecimento foi reconhecida como fundamental para o enfrentamento da pandemia da COVID-19 e a política de gestão do trabalho em saúde na SES-PE foi executada nos eixos de suprimento, aplicação, manutenção, desenvolvimento e avaliação, tendo recrutado um total de 7.145 profissionais; investido em capacitações, cursos e material didático; dentre outras ações que foram descritas ao longo deste trabalho.

**Palavras-chave:** Gestão do trabalho. Gestão do conhecimento. COVID-19.



ARAÚJO, Fernanda Tavares Costa de Sousa. **Analysis of knowledge management coping with the COVID-19 pandemic from the perspective of health work management: the case of the State Health Secretariat of Pernambuco**. 2020. Dissertation (Professional Master in Public Health) – Aggeu Magalhães Institute, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2020.

## **ABSTRACT**

Knowledge management can be seen as a set of processes that guide the acquisition, storage, dissemination and use of knowledge to achieve an organization's goals. The COVID-19 pandemic and its impacts on populations has been the dominant issue in the world since January 2020, when the World Health Organization (WHO) signaled the emergence of an outbreak of a new coronavirus in China, being declared a pandemic in March the same year. In view of the scarce scientific knowledge about the new coronavirus, its high speed of dissemination and the capacity to cause deaths in susceptible populations and understanding that health service workers are an indispensable and highly relevant part in the practice of health care and that health management Adequate human resources are essential to obtain better results in times of crisis. This work proposed to analyze knowledge management as a tool of the State Health Secretariat of Pernambuco (SES-PE) to face the COVID-19 pandemic from the perspective of the Health Work Management Policy. The methodology used to achieve the results was document analysis and content analysis of semi-structured interviews with managers in the state of Pernambuco. Knowledge management was recognized as fundamental for facing the COVID-19 pandemic and the health work management policy at SES-PE was implemented in the areas of supply, application, maintenance, development and evaluation, having recruited a total of 7,145 professionals; invested in training, courses, teaching material; among other actions that have been described throughout this work.

**Keywords:** Work management. Knowledge management. COVID-19.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Número e percentual de profissionais nomeados e convocados pela Secretaria.....	47
<b>Tabela 2</b> – Distribuição dos exames realizados no estado de Pernambuco, por tipo de exame, Pernambuco, 2020.....	66

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APEVISA	Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária
CEASA	Centro de Abastecimento e Logística
CEFOSPE	Centro de Formação dos Servidores e Empregados Públicos do Estado de Pernambuco
COE COVID-19	Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública para o novo coronavírus
DEGERTS	Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DGES	Diretoria Geral de Educação na Saúde
DGGT	Diretoria Geral de Gestão do Trabalho
DOE	Diário Oficial do Estado
EPI	Equipamentos de proteção individual
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
ESPIN	Emergência em Saúde Pública de importância Nacional
ESPPE	Diretoria da Escola de Governo em Saúde Pública
GC	Gestão do Conhecimento
HEMOPE	Fundação Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco
HUOC	Hospital Universitário Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LACEN	Laboratório Central de Pernambuco
LAFEPE	Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco Governador Miguel Arraes
LIKA	Laboratório de Imunopatologia Keizo Asami
NF	Nasofaringe
NOB	Norma Operacional Básica
OF	Orofaringe
OKBR	Open Knowledge Brasil
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PE	Pernambuco
PCCS	Plano de cargos, carreiras e salaries
PCCV	Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos

PNI	Programa Nacional de Imunização
RH	Recursos Humanos
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
RT-PCR	Reverse Transcription - Polymerase Chain Reaction
SAD	Secretaria de Administração
SARS-CoV-2	Síndrome respiratória aguda grave 2
SEDUC	Secretaria de Educação
SEGTES	Secretária Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
SES- PE	Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
SUS	Sistema Único de Saúde
SVO	Serviço de Verificação de Óbito
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UFPE	Universidade Federal Pernambuco
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPAE	Unidade de Pronto atendimento especializado
UPE	Universidade Pernambuco

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	19
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	21
3.1	OBJETIVO GERAL .....	21
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
<b>4</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	22
4.1	GESTÃO DO CONHECIMENTO NA TOMADA DE DECISÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE .....	22
4.2	TRABALHO E TRABALHO EM SAÚDE .....	25
4.3	GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE.....	27
4.4	POLÍTICA DE GESTÃO DO TRABALHO NA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO.....	30
4.5	PANDEMIA DA COVID-19.....	32
<b>4.5.1</b>	<b>Pandemia da COVID-19 em Pernambuco</b> .....	35
<b>5</b>	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	38
5.1	DESENHO DO ESTUDO .....	38
5.2	LOCAL DE ESTUDO .....	39
5.3	AMOSTRA DO ESTUDO .....	41
5.4	PERÍODO DE ESTUDO .....	41
5.5	ANÁLISE DOS DADOS .....	41
5.6	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	42
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES ÉTICAS</b> .....	44
<b>7</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	45
7.1	POLÍTICA DE GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO E O ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DA COVID-19.....	45
<b>7.1.1</b>	<b>Suprimento</b> .....	45
<b>7.1.2</b>	<b>Aplicação</b> .....	49
<b>7.1.3</b>	<b>Manutenção</b> .....	52
<b>7.1.4</b>	<b>Desenvolvimento</b> .....	53
<b>7.1.5</b>	<b>Avaliação</b> .....	57

7.2	ALÉM DA POLÍTICA DE GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE: ATIVIDADES INCORPORADAS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19....	59
7.2.1	<b>Atende em Casa</b> .....	60
7.2.2	<b>Saúde mental dos trabalhadores em saúde e Pandemia da COVID-19: “Acolhe–SES” e “Teleacolhimento”</b> .....	62
7.2.3	<b>Centros de Testagem Volante para COVID-19</b> .....	65
7.3	GESTÃO DO CONHECIMENTO NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DA COVID-19 .....	68
7.3.1	<b>Pandemia da COVID-19: primeiro contato e desafios</b> .....	68
7.3.2	<b>Gestão do Conhecimento na tomada de decisão na pandemia da COVID-19 em Pernambuco</b> .....	71
7.3.3	<b>Gabinete de Crise</b> .....	77
8	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	80
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	82
	<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	96
	<b>APÊNDICE B –ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GESTORES DO ESTADO DE PERNAMBUCO</b> .....	98
	<b>APÊNDICE C – PROPOSTA DE PROJETO DE INTERVENÇÃO</b> .....	99
	<b>ANEXO A –PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b> .....	107
	<b>ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA</b> .....	111

## 1 INTRODUÇÃO

Gestão do Conhecimento (GC) é o processo sistemático de identificação, criação, renovação e aplicação dos conhecimentos que são estratégicos na vida de uma organização. É a administração de conhecimento das organizações. A gestão do conhecimento leva as organizações a mensurar com mais segurança a sua eficiência e tomar decisões acertadas com relação a melhor estratégia a ser adotada em diversas situações. Gerir conhecimento é saber identificar as fontes de informações, saber administrar dados e informações e saber gerenciar seus conhecimentos. Trata-se da prática de agregar valor à informação e de distribuí-la (SANTOS et al., 2001).

A primeira vez que se ouviu falar de maneira significativa sobre gestão do conhecimento, na sua forma atual, foi, provavelmente, na década de 90, momento em que as principais empresas do setor privado desenvolveram procedimentos para garantir a efetiva geração, captação e divulgação de informações, *know-how* e a promoção do conhecimento (BECKMAN,1998).

No Brasil, a discussão sobre o tema torna-se mais intensa nos últimos trinta anos. Apesar da Gestão do Conhecimento (GC) ter sido introduzida nas organizações nacionais mais tardiamente do que o que ocorria nos demais países do mundo, sua concretização acontece a partir do momento em que essas organizações colocam a pauta da GC como objetivo estratégico e delineiam estratégias, que se refletem na prática valorizando o conhecimento científico, a remuneração por competência, a participação em resultados e remunerações variáveis (COSTA, 2009).

A GC tem uma finalidade ampla na administração pública, sendo uma ferramenta importante para aumentar a efetividade da ação pública na condução de temas e demandas relevantes para a sociedade. As organizações públicas podem utilizar a GC para tratar de maneira adequada e ágil as demandas e desafios inesperados, construindo referências e procedimentos para que os cidadãos, organizações não governamentais e outros atores sociais possam atuar como parceiro do Estado na elaboração e na implantação de políticas públicas, promovendo uma melhor qualidade de vida para a sociedade (COSTA, 2009).

A pandemia da doença do coronavírus de 2019 (*coronavirus disease of 2019*, COVID-19) e seus impactos nas populações é o assunto dominante no mundo

desde janeiro de 2020, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) sinalizou a emergência de um surto de um novo coronavírus na China. Em março do mesmo ano, após muitos debates, declarou-se a Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional (ESPII) e, com a proliferação mundial da doença denominada COVID-19, ela é declarada como pandemia (CASTRO et al., 2020).

No Brasil, o Ministério da Saúde, através da Portaria GM/MS nº 188, de 3 de fevereiro de 2020, declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV) (BRASIL, 2020a). O primeiro caso confirmado de infecção pelo novo coronavírus no país foi notificado no dia 26 de fevereiro de 2020, encontrando uma população brasileira em situação de extrema vulnerabilidade, com altas taxas de desemprego e cortes profundos nas políticas sociais. Ao longo dos últimos anos, especialmente após a aprovação da Emenda Constitucional nº 95 (BRASIL, 2016), que impõe radical teto de gastos públicos, e com as políticas econômicas implantadas pelo atual governo, há um crescente e intenso estrangulamento dos investimentos em saúde e pesquisa no Brasil. É justamente nesses momentos de crise que a sociedade percebe a importância de um sistema forte de ciência e tecnologia e de um sistema único de saúde, que garanta o direito universal à saúde (WERNECK; CARVALHO, 2020).

O estado de Pernambuco lançou, em fevereiro de 2020, seu primeiro plano de contingência para infecção pelo novo Coronavírus, com o objetivo de descrever as ações e as estratégias de prevenção, vigilância e respostas a serem executadas pela Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as Secretarias Municipais de Saúde, em resposta a detecção local de casos suspeitos de Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV) (PERNAMBUCO, 2020a). Em 12 de março de 2020, a Secretaria de Saúde de Pernambuco (SES-PE) confirmou os dois primeiros casos importados do novo coronavírus no estado de Pernambuco. Tratava-se de homem de 71 anos e mulher de 66 anos, residentes no Recife e com histórico de viagem recente para a Itália. Naquele mesmo dia, Pernambuco possuía 39 notificações, com 2 confirmações e 22 descartes (BOLETIM, 2020a).

Os países e as instituições de saúde devem ser capazes de responder com recursos humanos em quantidade suficiente e que tenham habilidades e capacidades indispensáveis para atender as necessidades da população, de



maneira apropriada, relevante, eficiente e efetiva para o enfrentamento à pandemia da COVID-19. Para tanto, é necessária uma gestão efetiva dos recursos humanos, que permita que os sistemas de saúde respondam a tempo, melhorem os desfechos em saúde, racionalizem o uso de recursos e reduzam o estresse das equipes (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2020a).

A definição de trabalho em saúde é, até certo ponto, subjetiva. O trabalho em saúde deve pautar-se pelo “referente simbólico”: ato de cuidar da vida, em geral, e do outro, como se isso fosse, de fato, a alma da produção da saúde. Não há produção de produtos e bens, mas, sim, de maneira empírica, há a produção do ato de cuidar e, assim, toma-se como objeto central o mundo das necessidades de saúde dos usuários individuais e coletivos, expressos como demandas pelas ações de cuidado. A produção na saúde realiza-se, sobretudo, por meio do “trabalho vivo em ato”, isto é, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado (MERHY; FRANCO, 2008).

Gestão do Trabalho em Saúde é o termo atualmente utilizado para se discutir a gestão dos trabalhadores. Trata-se da área anteriormente denominada de Recursos Humanos (RH), que passou por revisão de conceito, tendo incorporado conhecimentos da sociologia e política econômica, diante de necessidades de adequação às modificações do trabalho em saúde. A Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SEGTES) foi criada pelo Ministério da Saúde, em 2003, com o objetivo de induzir a criação de uma política para os trabalhadores do SUS. Sendo assim, a Gestão do Trabalho em Saúde e a Educação Permanente em Saúde (EPS) constituiriam áreas conexas e fariam parte de uma mesma política, visando promover o desenvolvimento de políticas para formação profissional e processos de educação permanente para os trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) (ALVES; ASSIS, 2011).

Visando estabelecer uma adequada política para seus trabalhadores, estruturando carreiras profissionais, implementando políticas de gestão do trabalho, estabelecendo programas de educação permanente e implantando mesas de negociação permanente, entre outras ações, o Ministério da Saúde cria, em 2003, em sua estrutura central, a Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SEGTES), constituída por dois departamentos: o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) (MACHADO et al., 2011).

No estado de Pernambuco, a Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SEGTES) foi criada através do Decreto nº 32.823, de 9 de dezembro de 2008, o qual foi revogado pelo Decreto nº 36.622, de 8 de junho de 2011, que aprova a nova estrutura da Secretaria de Saúde de Pernambuco (PERNAMBUCO, 2008, 2011a). A SEGTES-PE possui, atualmente, três diretorias ligadas a ela: a Diretoria Geral de Gestão do Trabalho (DGGT), a Diretoria Geral de Educação na Saúde (DGES) e a Diretoria da Escola de Governo em Saúde Pública (ESPPE). É, ainda, responsável pelo planejamento e gerenciamento das atividades relacionadas ao trabalho e educação na área de saúde e tem o papel constitucional de promover a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde (PERNAMBUCO, 2020b).

O tipo de gestão que reconhece o papel central dos profissionais e que busca mecanismos para evitar efeitos indesejados da prática profissional e do corporativismo é o que parece mais adequado para as organizações públicas de serviços de saúde, uma vez que a gestão é mais consensual, colegiada, do que autoritária. Essa gestão enfatiza a definição de mecanismos de tomada de decisão que envolvem os profissionais, tanto no âmbito da formulação dos objetivos e das orientações gerais quanto da avaliação dos resultados, e aceita que os profissionais trabalhem não por obedecer a ordens, mas por responsabilidade. O desafio da gestão das organizações de saúde consiste em responsabilizar os prestadores pela criação de um ambiente propício ao trabalho multiprofissional e pela integração da participação dos usuários no processo de produção dos serviços (DUSSAULT, 1992).

O processo de utilização do conhecimento científico para formulação e implantação de estratégias no SUS, visando a resolução de problemas específicos, depende especialmente, dentre outros fatores, da sensibilização do gestor (GURGEL, 2007). A ciência não é questionada enquanto forma objetiva e positiva de construção do conhecimento, gerando dados e tecnologia, e sendo vista como essencial na geração de subsídios e na fundamentação para as disputas que ocorrem no processo de formulação de políticas (CARNEIRO; SANDRONI, 2018).

Entendendo que os trabalhadores dos serviços de saúde são parte indispensável e de grande relevância na prática do cuidado em saúde, que uma condução adequada da gestão de recursos humanos é fundamental para obtenção de melhores resultados em momentos de crise e que o escasso conhecimento

científico sobre o novo coronavírus, sua alta velocidade de disseminação e capacidade de provocar mortes em populações suscetíveis geram inseguranças sobre quais seriam as melhores estratégias a serem utilizadas para o enfrentamento da pandemia da COVID-19 em diferentes partes do mundo, este trabalho propôs analisar a gestão do conhecimento enquanto ferramenta da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) para o enfrentamento da pandemia da COVID-19, na perspectiva da Política de Gestão do Trabalho em Saúde.

## 2 JUSTIFICATIVA

O conhecimento científico gera, na área das ciências da saúde, descobertas importantes para melhoria de vida das pessoas, porém o processo de utilização desses resultados para as políticas de saúde é lento e não sistemático. Muitas vezes, as descobertas ficam ultrapassadas e não chegam a ser analisadas e/ou utilizadas pelos gestores da saúde (OELKE; LIMA; ACOSTA, 2015).

A aplicação do conhecimento científico reforçando políticas de saúde é um tema pouco estudado, com a literatura ainda bem reduzida. Os principais estudos relacionados ao tema são conduzidos em países considerados desenvolvidos. Países em desenvolvimento, como o Brasil, precisam explorar muito esse campo (CREWE; YOUNG, 2002).

A COVID-19 é uma doença altamente contagiosa provocada pelo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2). Em 2020, devido ao surto, foi caracterizada, pela OMS, como pandemia, tendo levado quase todo o planeta a uma crise sanitária e humanitária, testando a espécie humana em várias dimensões (XAVIER et al., 2020).

Em diversos campos da atuação, vêm sendo debatidas medidas no contexto global, além da definição e implementação de instrumentos de políticas públicas, que podem ser entendidos como a materialização da ação governamental no enfrentamento à pandemia da COVID-19. Para tanto, o tempo de resposta às medidas adotadas é considerado uma variável central, em particular em um contexto tão desafiador como o da crise atual (KOGA et al., 2020).

Outro aspecto a ser considerado é a escassez de recursos humanos de saúde em todo o mundo, sendo uma questão importante e de impacto global. A OMS revelou a existência de um déficit expressivo de profissionais das diferentes áreas da saúde. Os recursos humanos, no setor da saúde, constituem a base para a viabilização e implementação dos projetos, das ações e serviços de saúde disponíveis para a população. A utilização dos avanços tecnológicos e da alta tecnologia não substituirá a atuação de um profissional de saúde na função essencial de atendimento àqueles que necessitam de atenção (SOUZA; ROSSIT, 2020).

A gestão da força de trabalho é importante para o cumprimento dos princípios da universalidade e equidade nas ações do Sistema Único de Saúde. O trabalho em

saúde exige um contato multiprofissional, bem como entre profissionais e usuários, tendo os trabalhadores um papel estratégico na implementação dos princípios e diretrizes do SUS. A gestão do trabalho no SUS é, portanto, de extrema relevância e complexidade, demandando atenção nas discussões políticas, reconhecendo a importância da força de trabalho em saúde (SANTINI et. al., 2017).

Pensar em gestão do trabalho como política estratégica significa implementar requisitos básicos para a valorização do profissional da saúde e do seu trabalho. Investir na carreira, nos salários, nas formas e vínculos de trabalho com proteção social, na negociação constante das relações de trabalho em saúde, em educação permanente dos trabalhadores, em adequadas condições de trabalho e ética profissional, entre outros, é de fundamental importância para o trabalhador e para o usuário (BAPTISTA; AZEVEDO; MACHADO, 2015).

Na esfera das políticas públicas de saúde, a tomada de decisão não é exclusiva de um indivíduo, mas está dispersa e é compartilhada por diversos atores, em diferentes níveis hierárquicos, seção, divisões e departamentos (WEISS; BUCUVALAS, 1980). Sendo assim, a GC deve passar a fazer parte da cultura da organização e todos os trabalhadores devem entender a sua importância, já que o sucesso e os benefícios da sua implementação, em qualquer tipo de organização, só são possíveis se a cultura organizacional for positiva em relação a geração, compartilhamento, socialização e transferência de conhecimento (COSTA, 2009; ROCHA et al., 2012).

As tomadas de decisões, relacionadas com a força de trabalho em saúde em situações de crise sanitária, são difíceis, uma vez que interferem na rede de assistência à saúde, seja a médio ou logo prazo, influenciando diretamente no cuidado prestado à população no enfrentamento de doenças como a COVID-19.

Sendo assim, justifica-se o estudo para que se compreenda como a gestão do conhecimento pode ser utilizada enquanto ferramenta em práticas inovadoras de gestão do trabalho em saúde e no enfrentamento de situações de crise sanitária, além de fortalecer a temática da gestão do conhecimento para qualificação da assistência prestada na rede estadual de saúde no enfrentamento da pandemia da COVID-19.

### 3 OBJETIVOS

Descreveremos, nesta seção, os objetivos a serem alcançados com esta pesquisa.

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a Gestão do Conhecimento enquanto ferramenta da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) no enfrentamento à pandemia da COVID-19, na perspectiva da Política de Gestão do Trabalho em Saúde.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever a estrutura e base legal da política de gestão do trabalho em saúde da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco antes da pandemia da COVID-19 e o que foi incorporado para o seu enfrentamento;
- b) Discutir as ações adotadas pela gestão do trabalho em saúde para o enfrentamento à pandemia da COVID-19 e as consequências dessas respostas para o novo cenário da gestão do trabalho em saúde em situações de crise sanitária;
- c) Descrever como e quais conhecimentos orientaram os gestores de Pernambuco nas tomadas de decisões no enfrentamento à pandemia da COVID-19, na perspectiva da política de gestão do Trabalho em saúde;
- d) Propor medidas de padronização e avaliação da resposta da gestão do trabalho em saúde às situações de crise sanitária.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

Diante do objetivo deste estudo, o referencial teórico será pautado nos temas: Gestão do Conhecimento na tomada de decisão de políticas de saúde, trabalho e trabalho em Saúde; gestão do trabalho em saúde; Política de Gestão do Trabalho na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco; pandemia da COVID-19; e pandemia da COVID-19 em Pernambuco.

### 4.1 GESTÃO DO CONHECIMENTO NA TOMADA DE DECISÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE

Para iniciarmos a discussão sobre Gestão do Conhecimento (GC), faz-se necessário definir conhecimento e conhecimento organizacional. Ao longo do tempo, o conhecimento sempre foi visto sobre várias perspectivas: abstrato, filosófico, religioso e prático, dentre outros (BECKMAN, 1998).

Para Scarbrough, Swan e Preston (1999), é quase impossível ter uma única definição que abranja todos os aspectos do conhecimento, considerando que a incorporação do conhecimento muda em diferentes contextos, tais como individual, organizacional e social. Muitos autores sentem essa dificuldade para definir de maneira sucinta o conceito de conhecimento, sugerindo, dessa forma, que seria apropriado, para evitar a imposição de uma definição limitada, relacionar o conhecimento a “um conceito de multicamadas, multifacetado”, ou seja, podendo impactar diversas organizações de diferentes maneiras (KELLEHER; LEVENE, 2001).

O conhecimento é resultado de uma ação, um movimento dinâmico, que se reinicia no momento de apropriação da informação e que ocorre pela interação da pessoa com a informação. O que diferencia a informação do conhecimento é que o fator humano interage sobre a informação, potencializa e gera o conhecimento, por meio da interpretação e do desenvolvimento de habilidades e competências humanas, pois o conhecimento é uma produção, uma interpretação elaborada da informação recebida, que acrescenta e agrega um novo valor à informação. O conhecimento depende do que o sujeito faz com a informação recebida (BRAUN; MUELLER, 2014).

Já o conhecimento organizacional é o conhecimento que os indivíduos, membros de uma organização, reúnem e aproveitam, com a finalidade de produzir novos conhecimentos e vantagens para utilizar na organização, estejam esses conhecimentos e vantagens na forma de produtos, processos ou sistemas (BARBOSA JÚNIOR,1997).

De acordo com Ziviani (2019), o conhecimento organizacional consiste na junção de conhecimentos individuais e coletivos que a organização pode utilizar para realizar suas tarefas, bem como nos dados e informações sobre os quais constrói tal conhecimento, promovendo o desenvolvimento organizacional.

Para Nonaka e Takeuchi (1999), a proposta da gestão do conhecimento envolve questões de criação, compartilhamento e uso do conhecimento no contexto das organizações. Apresentam, ainda, um modelo de conversão do conhecimento e os conceitos de conhecimento tácito e explícito. A gestão do conhecimento poderia ser uma abordagem “guarda-chuva”, incluindo, também, a gestão da informação, gestão de documentos e aspectos relacionados à codificação e classificação de material registrado.

Collins (2001) define o conhecimento científico explícito como toda a forma de conhecimento codificado, facilmente estruturável, e que pode ser comunicado por sistemas estruturados ou meios formais de comunicação. O conhecimento científico tácito, por sua vez, refere-se ao que pode ser entendido como o conhecimento ou habilidade que pode ser passada entre cientistas por contatos pessoais, mas não pode ser exposto ou passado em fórmulas, diagramas, descrições verbais ou instruções para ação.

Como qualquer outra forma clássica de gestão, gerir conhecimento significa planejar, organizar, coordenar e orientar o conhecimento dentro das organizações. Bukowitz e Williams (2002) descrevem como um campo amplo e em rápida evolução, que pode alcançar áreas como Recursos Humanos, comunicação, Tecnologia da Informação, Gestão Documental, entre outras.

Segundo Smoliar (2003) e Theunissen (2004 *apud* LEITE; COSTA, 2007), a gestão do conhecimento é um processo complexo e está diretamente relacionado com o processo de comunicação nas organizações.

Gestão do conhecimento e processos de comunicação possuem fundamentos compatíveis e objetivos semelhantes em diversos momentos, principalmente durante a fase de compartilhamento ou disseminação de conhecimento. A gestão do



conhecimento, de forma ampla, refere-se ao planejamento e controle de ações (políticas, mecanismos, ferramentas, estratégias e outros) que conduzem o fluxo do conhecimento (LEITE; COSTA, 2007).

Segundo Leite e Costa (2007) é importante destacar o entendimento sobre a relação entre a gestão do conhecimento e a gestão da informação. Entende-se que a gestão do conhecimento engloba as práticas e metodologias de gestão da informação quando diz respeito, principalmente, aos processos relacionados com a captura, armazenamento e recuperação de uma parcela do conhecimento tácito, que, nesse momento, é reduzido a estruturas de informação. Porém, a gestão do conhecimento não pode ser reduzida à gestão da informação, nem tampouco confundida, mesmo que ela se aproprie desta (LEITE; COSTA, 2007).

A gestão do conhecimento pode ser vista como um conjunto de processos que orientam a criação, disseminação e utilização do conhecimento para atingir os objetivos da organização (DAVENPORT; PRUSAK, 1998).

O processo de GC é constituído de quatro etapas: aquisição, armazenamento, distribuição e utilização do conhecimento. Na fase de aquisição, as temáticas estudadas são aprendizagem organizacional, absorção de conhecimento, processo criativo e transformação do conhecimento. Na fase de armazenamento, as contribuições tratam do indivíduo, organização e tecnologia da informação, enquanto na fase de distribuição os estudos concentram-se nas temáticas contato social, comunidade de prática e compartilhamento via tecnologia de informação. E, por fim, na fase de utilização, são abordados os temas forma de utilização, capacidade dinâmica e recuperação e transformação do conhecimento (GONZALEZ; MARTINS, 2017, p.248).

O debate em torno da GC foi motivado, em grande parte, pelo reconhecimento, tanto nas organizações privadas como nas públicas, da importância da revisão dos modelos de gestão. No setor público, tal motivação se originou do seu propósito existencial de refletir o interesse da coletividade de forma eficiente e assegurando a oferta de serviços de qualidade (COSTA, 2009).

O Estado é um ente representativo da sociedade civil para os interesses comuns, visando garantir e regular a forma de julgar e executar para reconhecer e legislar para o bem maior, delimitando direitos em prol de um interesse coletivo (BOBBIO; BOVERO, 1994).

Waldo (1971, p. 6) reforça que a finalidade do Estado é o desenvolvimento de políticas públicas para o bem comum, acrescentando que também “é a organização e a gerência de homens e materiais para a consecução dos propósitos de um

governo”. Portanto, a administração pública é a gestão de serviços e de bens entregues à comunidade, de forma qualitativa, para o bem comum, segundo a orientação da moral, do direito, leis, normas e outros.

A administração pública tem o papel de atuar como eixo transmissor entre o Estado e a sociedade, seguindo princípios de racionalidade e eficiência, contribuindo para o fortalecimento da instituição e a modernização administrativa desses serviços, focado em responsabilidades, desde a formulação de políticas públicas até sua implantação, implementação e execução administrativa (WILSON, 2005).

No Brasil, persiste um distanciamento importante no uso do conhecimento científico para a formulação e implantação de políticas de saúde. Os resultados alcançados pelas políticas de saúde são fortemente influenciados pelo grau em que os gestores usam as evidências científicas para tomar decisões, podendo se explicar alguns sucessos e fracassos na implementação de políticas nos sistemas de saúde (ONGOLO-ZOGO et al., 2015).

A tomada de decisão, no âmbito das políticas públicas de saúde, não é responsabilidade exclusiva de um indivíduo, está distribuída e é compartilhada por diversos técnicos, em diferentes níveis hierárquicos, seção, setores e departamentos (WEISS; BUCUVALAS, 1980). Portanto, aperfeiçoar o uso de conhecimentos científicos na formulação e implementação de políticas de saúde inclui, a princípio, considerar os contextos institucionais relacionados a tomada de decisão.

Diante disso, estudar a gestão do conhecimento na área de saúde é fundamental para possibilitar a identificação das principais dificuldades das organizações e as percepções dos gestores em saúde do processo, de forma a relacioná-las com o que traz a literatura científica.

## 4.2 TRABALHO E TRABALHO EM SAÚDE

O trabalho tem sido visto, além de uma forma de obter renda, como atividade que proporciona realização pessoal, *status* social, possibilidade de estabelecer e manter contatos interpessoais e, dessa forma, uma vida mais significativa (SOARES, 1992).

O trabalho passou por diversas transformações. Diante do fenômeno da industrialização e da urbanização, iniciado com a Revolução Industrial do século XVIII, na Inglaterra, os processos de trabalho assumiram novas formatações

(GUIRALDELLI, 2014). Na década de 1950, com o surgimento das análises sobre formação médica, estimuladas pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), começa a surgir a noção de recursos humanos em saúde (RHS). Apenas nos anos 1960 se iniciam os estudos que buscam identificar a força de trabalho inserida no setor e que abordam a falta, a distribuição inadequada de trabalhadores de saúde e a necessidade de medidas voltadas para a sua capacitação (VIEIRA, 2011).

O trabalho assistencial em saúde é um trabalho essencial para a vida humana. O produto é indissociável do processo que o produz, é a própria realização da atividade. A prestação do serviço – assistência de saúde – pode assumir formas diversas, como a realização de uma consulta, uma cirurgia, um exame-diagnóstico, a aplicação de medicações, uma orientação nutricional etc. Envolve, basicamente, a realização de uma avaliação da situação de saúde, seguida da indicação e/ou realização de uma conduta terapêutica/assistencial (PIRES, 2000).

O trabalho em saúde constitui-se de um mundo complexo, dinâmico e criativo, no qual o trabalho prescrito e o trabalho real se confrontam cotidianamente. A diferença entre trabalho prescrito e trabalho real refere-se a uma série de manobras, desvios de regras, flexibilização de normas, acertos e habilidades próprias que cada operador coloca em ação, para que a tarefa possa acontecer e o trabalho possa ser realizado a contento. Desse modo, trabalho prescrito refere-se a normas, tempo gasto na operação e modo de utilizar ferramentas; enquanto o trabalho real é aquele que acontece efetivamente no cotidiano, longe das condições ideais e idealizadas pelos administradores. Além da imprevisibilidade, característica do trabalho em saúde, que o torna imune à prescrição de tarefas padrão, nessa área a produção se corporifica em um encontro entre pessoas. Dessa forma, o processo de trabalho em saúde é condicionado à relação entre sujeitos, uma vez que um trabalhador isolado é incapaz de executar as ações em saúde, cujo produto se "materializa" no espaço partilhado com o usuário (FARIA; ARAÚJO, 2010).

A força de trabalho é um dos componentes centrais de qualquer sistema de saúde. Definida como recursos humanos de saúde, capital humano, trata-se do conjunto de trabalhadores envolvidos no cuidado, promoção, prevenção, reabilitação e investigação na saúde que deve ser conhecido, gerido e planejado para proteger e manter profissionais, cuja preparação é extremamente valiosa para a sociedade (PIERANTONI; MAGNAGO, 2015).

Os profissionais, no setor saúde, podem ser tratados de duas formas: enquanto força de trabalho e enquanto recursos humanos. O termo “força de trabalho” é usado pela economia política, da escola clássica de Smith, Ricardo e Marx, de abrangência descritiva e analítica, empregado em vários campos científicos para referir-se a processos demográficos e macroeconômicos envolvendo trabalhadores. Enquanto que “recursos humanos” é uma expressão da ciência da Administração, dada para se referir àqueles que estão submetidos a algum tipo de função gerencial ou de planejamento, seja em órgão público ou empresa privada (microinstitucional), ou no planejamento estratégico nacional (macroinstitucional). A expressão é usualmente empregada para aludir à capacitação, seleção, plano de cargos e salários e planejamento (NOGUEIRA,1983).

#### 4.3 GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

Frequentemente, o termo “recursos humanos” é utilizado para designar e especificar os trabalhadores, em relação a outros recursos necessários ao desenvolvimento de uma ação, um projeto ou um serviço. Podem ser comparados aos recursos físicos, recursos materiais, recursos financeiros, dentre outros. A Gestão do Trabalho no SUS é considerada a gestão de toda e qualquer relação de trabalho necessária ao funcionamento do sistema, desde a assistência direta aos usuários, até as atividades-meio, necessárias ao seu desenvolvimento (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2005).

Segundo Vieira (2009), durante a Reforma Sanitária – movimento social pela democratização da saúde no Brasil – as discussões e formulações sobre Recursos Humanos em Saúde (RHS) estavam restritas à formação de pessoal. Análises do planejamento da força de trabalho, do mercado de trabalho e da regulação do exercício profissional eram pontuais. A partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, a área de RHS começou a ganhar visibilidade, iniciando um processo particular de análise de temas, sendo um marco importante para a reformulação das políticas de saúde de forma geral no país.

Foi a partir de 2003, na 12ª Conferência Nacional de Saúde, após críticas ao termo Gestão de Recursos Humanos em Saúde e novas sugestões, passou-se a utilizar mais o termo Gestão do Trabalho em Saúde. Mesmo com a mudança de nome, pode-se ponderar que, apesar do termo ter sido substituído, não ocorreram,

de fato, mudanças na realidade do trabalho e seus processos de gestão. A criação da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), no Ministério da Saúde, em 2003, serviu para fortalecer o uso do termo Gestão do Trabalho (VIANA, 2012).

Segundo Pierantoni et al. (2012), a SGTES foi criada objetivando instituir as diretrizes nacionais da política de recursos humanos em saúde. A partir de então, vem adotando estratégias para a qualificação da gestão em saúde, por meio de investimentos técnicos, políticos e financeiros.

A gestão do trabalho em saúde é um tema relevante em todas as instituições que buscam a apropriada adequação entre as necessidades da população usuária e os seus objetivos institucionais (ARIAS, 2006). A gestão do trabalho, como eixo da estrutura organizacional dos serviços de saúde, deve ser pensada de maneira estratégica, uma vez que a produtividade e a qualidade do serviço oferecido à sociedade serão, em boa parte, reflexos da forma e das condições com que são tratados os profissionais que atuam na organização (MACHADO, 2000).

Pensar em gestão do trabalho como política estratégica significa implementar requisitos básicos para a valorização do profissional da saúde e do seu trabalho. Investir na carreira, nos salários, nas formas e vínculos de trabalho, com proteção social; na negociação constante das relações de trabalho em saúde e educação permanente dos trabalhadores; em adequadas condições de trabalho e ética profissional, entre outros, é de fundamental importância para o trabalhador e para o usuário (BAPTISTA; AZEVEDO; MACHADO, 2015).

Temas como plano de cargos, carreiras e salários (PCCS) da saúde; Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS; Mesas de Negociação Permanente do SUS; qualificação da gestão do trabalho e da educação no SUS, dentre outros, foram incorporados na construção da agenda positiva da Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, cuja criação foi um marco importante para área de Recursos Humanos em Saúde das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (MAGNAGO et al., 2017).

Malik (1998) aborda o tema de recursos humanos através do Ciclo do Subsistema da Administração de Recursos Humanos, que é dividido nas seguintes atividades: “suprimento”, “aplicação”, “manutenção”, “desenvolvimento” e “avaliação”. A autora destaca que o importante é ter em mente que essas atividades

devem ser realizadas, sabendo que o momento da sua realização é indicado pela própria vida organizacional.

Para o “suprimento” de trabalhadores, a organização possui duas funções tradicionalmente concebidas: recrutamento e seleção. Recrutamento significa, teoricamente, buscar o trabalhador ideal, esteja ele onde estiver, interessá-lo em tornar-se um membro da organização e pode ser dividido em recrutamento interno e externo (MALIK, 1998).

A “aplicação” visa basicamente colocar o trabalhador, novo ou antigo, no lugar em que sua contribuição para a ação organizacional seja a mais substantiva, respeitando interesses das pessoas e da organização, visando eficiência, eficácia e efetividade. Uma maneira de desencadear esse subsistema é a socialização do indivíduo na organização, com a análise de suas reações ao conhecê-la como um todo e cada área em particular (MALIK, 1998).

A atividade de “manutenção” pode ser definida como a necessidade de manter o indivíduo na organização, ou seja, após o indivíduo ser recrutado, selecionado, socializado, aceito e ter começado a trabalhar na organização, por uma série de motivos, passa a ser necessário mantê-lo dentro dela. Na verdade, a manutenção do trabalhador em qualquer organização depende de uma equação, em que um dos lados corresponde àquilo que o trabalhador acredita estar oferecendo para a organização (a); e o outro, àquilo que ele percebe estar recebendo dela (b). Entre as condições que a organização oferece para o trabalhador há aquilo que os teóricos da motivação chamam de fatores higiênicos do trabalho. Entre esses fatores encontram-se os aspectos salários e benefícios, mas há uma série de outras variáveis a considerar: tipo de tarefa, tipo de chefia e/ou condições físicas de acesso e até de trabalho (como calor ou frio excessivo, nível de ruído etc.). Por vezes, as pessoas procuram trabalho no setor público não para servir ao público, mas em busca de benefícios considerados como importantes (MALIK, 1998).

Tendo descrito as atividades de “suprimento”, “aplicação” e “manutenção”, ou seja, a contratação dos melhores profissionais e que satisfazem as necessidades, os desejos da organização e colocados para trabalhar nas unidades de maior carência, desempenhando a contento suas atividades, de maneira que se sintam satisfeitos com suas condições de trabalho, é o momento de se pensar em aprimorar as suas possibilidades de atuação. Para isso, entram em questão as atividades de

“desenvolvimento”, que pode ter caráter de desenvolvimento pessoal e profissional do indivíduo e até de desenvolvimento organizacional (MALIK, 1998).

O desenvolvimento profissional é definido por meio das atividades de treinamento técnico e de reciclagem. A ideia subjacente ao treinamento é oferecer ao profissional mais uma habilidade, seja devido às inovações tecnológicas em suas áreas de atuação, seja pela necessidade de incorporar uma nova atividade entre aquelas desenvolvidas na organização, seja, ainda, pela constatação de um desempenho insatisfatório do técnico. O sistema de desenvolvimento deve estar atento ao que ocorre na sua organização, pois deve tomar conhecimento da avaliação do desempenho dos trabalhadores e das inovações introduzidas. É somente dessa maneira que os recursos humanos de uma organização podem trabalhar com um conceito mais contemporâneo: a administração de desempenho (MALIK, 1998).

A “avaliação” deve ocorrer desde as primeiras decisões tomadas a respeito dos recursos humanos da organização. As avaliações devem ser feitas em conjunto, sem que o órgão de RH possa se colocar como o praticante de qualquer dessas atividades de maneira independente, promovendo uma apreciação mais global. Existe um desempenho de conteúdo técnico, de responsabilidade dos supervisores imediatos, supondo que estes tenham conhecimento técnico suficiente para fazê-lo e contato com as normas mais atualizadas, externas à organização e internas a ela. Ao mesmo tempo, o órgão de Recursos Humanos pode oferecer ajuda por meio de instrumentos que eventualmente formalizem a avaliação, bem como mediante a compilação dos diversos resultados de avaliação técnica de cada funcionário no tempo e a respeito de uma dada atividade pela organização como um todo (MALIK, 1998).

#### 4.4 POLÍTICA DE GESTÃO DO TRABALHO NA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

A implantação da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, integrando as ações das duas áreas estratégicas para regulação, formação e desenvolvimento dos trabalhadores no SUS, veio superar a estrutura de gestão de recursos humanos nas secretarias estaduais de saúde, antes denominados de departamentos de pessoal.

A Política de Gestão do Trabalho em Saúde na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco está amparada pelo estatuto do Servidor, Lei nº 6.123 de 20 de julho de 1968, e a Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SEGTES) foi criada através do Decreto nº 32.823, de 9 de dezembro de 2008, o qual foi revogado pelo Decreto nº 36.622, de 8 de junho de 2011, que aprova a nova estrutura da Secretaria de Saúde de Pernambuco (PERNAMBUCO, 1968, 2008, 2011a).

Segundo o Decreto nº 36.622, de 8 de junho de 2011 do Estado de Pernambuco, em seu Art. 4º, compete, em especial, à Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde: formular, coordenar, desenvolver e acompanhar a política de formação e desenvolvimento profissional à área da saúde, consonante com a política nacional definida para o Sistema Único de Saúde; planejar, coordenar e executar as atividades relacionadas ao trabalho e a educação na área da Saúde; propor a formulação de critérios para as negociações e o estabelecimento de parcerias entre os gestores do SUS/PE; estabelecer parcerias com os órgãos educacionais, entidades sindicais e de fiscalização do exercício profissional, movimentos sociais e entidades representativas de educação permanente e continuada; estabelecer convênios, intercâmbio e cooperação técnica com órgãos e entidades da União, Estados, Municípios, entidades que atuam no Sistema Único de Saúde e outras organizações científicas, educacionais, técnicas e culturais; planejar e promover a participação dos trabalhadores de saúde na gestão dos serviços; coordenar e desenvolver a política de gestão e regulação do quadro de pessoal; promover a valorização dos recursos humanos; identificar as necessidades de capacitação; acompanhar e realizar o controle da gestão da administração de pessoal no âmbito da Secretaria de Saúde (PERNAMBUCO, 2011a).

Ainda segundo o mesmo decreto, em seu Art. 4º, inciso XVII, compete, em especial à Diretoria Geral de Gestão do Trabalho: promover estudos que identifiquem as necessidades quantitativas e qualitativas de profissionais com perfil adequado à saúde da população; promover e participar da articulação de pactos entre os governos federal, estadual e municipais do SUS, no que se refere aos planos de produção, qualificação e distribuição dos profissionais de saúde; desenvolver articulações para a construção de plano de cargos e carreiras para o pessoal da Secretaria; promover avaliações de desempenho e das contribuições individuais dos profissionais, indicando ações de melhoria dos resultados do trabalho



e da satisfação das pessoas; desenvolver ações que promovam a qualidade de vida, a segurança e a saúde do trabalhador; planejar, coordenar e apoiar o desenvolvimento de política de carreira profissional própria do SUS/PE; planejar, coordenar e supervisionar as ações de regulação profissional para novas profissões e ocupações, e aquelas já estabelecidas no mercado de trabalho; propor e acompanhar sistemas de certificação de competências profissionais; participar do processo de planejamento das relações de trabalho as esferas federal, estadual e municipal e as representações dos trabalhadores; planejar, coordenar e supervisionar, no âmbito da Secretaria, a execução de atividades relacionadas com os sistemas de administração, movimentação, remuneração e benefícios dos servidores; controlar e fazer gestões de cumprimento dos contratos firmados entre a Secretaria com profissionais que atuam na Saúde; participar das instâncias de negociação com os trabalhadores da Saúde, promovendo a disponibilidade de informações; efetuar gestão dos processos administrativos, aplicando as medidas que resultarem das decisões com base jurídico-legal(PERNAMBUCO, 2011a).

Integrar o conhecimento técnico-científico às políticas públicas não é uma tarefa fácil. A utilização do conhecimento científico, pelos gestores públicos, no processo de formulação de políticas públicas possui uma função “iluminadora” para a política (WEISS, 1979). As organizações que executam as políticas públicas, para atender as demandas da sociedade, devem considerar algumas dimensões no que diz respeito à GC: a gestão de pessoas, de estratégias e de planos; a gestão de recursos financeiros; a gestão de processos de apoio; e a gestão de processos finalísticos (COSTA, 2009).

#### 4.5 PANDEMIA DA COVID-19

A COVID-19 é uma doença causada pelo coronavírus denominado SARS-CoV-2, podendo causar de infecções assintomáticas a quadros graves. Os coronavírus são uma grande família de vírus, comuns em muitas espécies diferentes de animais, incluindo camelos, gado, gatos e morcegos. Raramente, os coronavírus que infectam animais podem infectar pessoas, como exemplo do MERS-CoV e SARS-CoV (BRASIL, 2020a).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) foi notificada, em 31 de dezembro de 2019, da ocorrência de um surto de pneumonia na cidade de Wuhan, província

de Hubei, República Popular da China. Rapidamente, identificou-se o agente etiológico, um novo coronavírus: SARS-COV-2. O surto teve início em um mercado de frutos do mar e animais vivos.

Em 30 de janeiro de 2020, durante reunião do Comitê de Emergência convocada pela OMS de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) de 2005, o surto do novo coronavírus na China foi declarado como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), o que significa, nos termos do RSI, “um evento extraordinário que pode constituir um risco de saúde pública para outros países devido a disseminação internacional de doenças; e potencialmente requer uma resposta internacional coordenada e imediata”, havendo, naquele momento, casos registrados em 19 países, com transmissão entre humanos na China, Alemanha, Japão, Vietnã e Estados Unidos da América (CRODA; GARCIA, 2020; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2020b).

De acordo com as melhores práticas da OMS para nomear novas doenças infecciosas humanas, a doença causada pelo novo coronavírus recebeu, em fevereiro de 2020, a denominação de COVID-19, em referência ao tipo de vírus e ao ano de início da epidemia: Coronavirus disease – 2019. Até o final do mês de fevereiro de 2020, já eram quase 80 mil casos confirmados e 2.838 óbitos por COVID-19 na China e mais, aproximadamente, 6 mil casos confirmados e 86 óbitos em outros 53 países (CRODA; GARCIA, 2020).

No Brasil, em 22 de janeiro de 2020, foi ativado o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública para o novo coronavírus (COE COVID-19), estratégia prevista no Plano Nacional de Resposta às Emergências em Saúde Pública do Ministério da Saúde. Em fevereiro do mesmo ano, foi publicada a Portaria GM/MS nº 188, de 3 de fevereiro de 2020, declarando Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV); em março, foi publicada a Portaria GM/MS n.º 454, de 20 de março de 2020, que declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do novo coronavírus (COVID-19), recomendando-se que todos os estabelecimentos de saúde estabelecessem diagnóstico sindrômico para o atendimento de casos suspeitos de COVID-19, independentemente do fator etiológico da doença (BRASIL, 2020b, 2020c).

Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia, em decorrência da distribuição geográfica da doença e não da sua

gravidade, existindo, naquele momento, surtos de COVID-19 em vários países e regiões do mundo (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2020c).

O coronavírus é um vírus zoonótico, um RNA vírus da ordem Nidovirales, os quais foram isolados pela primeira vez em 1937 e descritos como tal em 1965, em decorrência do seu perfil na microscopia, parecendo uma coroa. Pertencem a família Coronaviridae, causadora de infecções respiratórias. São conhecidos, até o momento, os seguintes tipos de coronavírus: alfa coronavírus HCoV-229E e alfa coronavírus HCoV-NL63; beta coronavírus HCoV-OC43 e beta coronavírus HCoV-HKU1; SARS-CoV (causador da síndrome respiratória aguda grave ou SARS); MERS-CoV (causador da síndrome respiratória do Oriente Médio ou MERS); e SARSCoV-2, um novo coronavírus descrito no final de 2019, após os casos registrados na China, e que provoca a doença chamada de COVID-19 (LIMA, 2020).

O período médio de incubação da infecção por SARS-CoV-2 é estimado em cinco a seis dias, com intervalos que podem variar de zero a 14 dias e os principais sinais e sintomas relatados são: febre ( $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$ ), tosse, fadiga, dispneia, mal estar e mialgia, sintomas respiratórios do trato superior e sintomas gastrointestinais (mais raros). Além desses sintomas, as alterações mais comuns observadas em exames complementares são: infiltrados bilaterais em exames de imagem do tórax, aumento da proteína C-reativa e linfopenia evidenciada em hemograma (BRASIL, 2020b).

O vírus pode ser detectado a partir de 48 horas antes do início dos sintomas (casos pré-sintomáticos); até 12-14 dias (no mínimo seis a sete dias) após, em amostras do trato respiratório superior (swabs NF/OF); e até 20 dias (ou mais), em amostras do trato respiratório inferior, incluindo escarro, aspirado traqueal, lavado bronco alveolar etc. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2020d).

Para confirmação etiológica da infecção pelo vírus SARS-CoV-2, devem ser realizados testes laboratoriais. Os testes atualmente disponíveis para COVID-19 podem ser classificados em dois grupos. O primeiro grupo (testes virológicos) inclui testes que podem detectar a presença de componentes do vírus (material genético ou antígenos). Esses testes podem confirmar o diagnóstico de pacientes com sintomas compatíveis com a COVID-19, detectar infecções em populações de alto risco, como profissionais de saúde, e avaliar se um indivíduo recuperado da COVID-19 ainda pode ser agente transmissor da doença. O segundo grupo de testes (sorológico) detecta anticorpos (IgM ou IgG) gerados como parte da resposta imune

do indivíduo contra o vírus SARS-CoV-2, ou seja, indicam contato prévio ou em andamento (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2020e).

Segundo o documento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), os testes para COVID-19 são realizados a partir da coleta de uma amostra do paciente, podendo ser de secreções nasais e de garganta ou de amostra de sangue. Os Testes rápidos (IgM/IgG), geralmente, utilizam sangue, soro ou plasma e demoram alguns minutos para liberar o resultado, a depender do fabricante do teste. Já os testes RT-PCR, geralmente, utilizam secreções respiratórias, coletadas por meio de swabs de orofaringe (garganta) ou nasofaringe (nariz). O RT-PCR, do inglês *Reverse Transcription - Polymerase Chain Reaction*, é um teste de reação em cadeia da polimerase com transcrição reversa em tempo real que verifica a presença de material genético do vírus, confirmando que a pessoa se encontra com Covid-19. Os testes de RT-PCR, considerados padrão ouro, e de antígenos têm função diagnóstica, sendo o RT-PCR o teste definitivo, segundo a OMS (BRASIL, 2020d).

A transmissão do SARS-CoV-2 é entre humanos, ocorrendo principalmente por meio do contato com pessoas sintomáticas, especialmente através das mãos não higienizadas e pelo contato com gotículas respiratórias oriundas de pacientes. Diante disso, os especialistas abordaram e discutiram temas como vigilância, rastreamento exaustivo de contatos, restrições de contato social, educação em saúde preventiva, como etiqueta social em saúde e a higiene das mãos, adiamento de cirurgias eletivas, a esperada sobrecarga de trabalho nas unidades de saúde e toda a rede do SUS, bem como outras estratégias para evitar propagação da infecção (BRASIL, 2020b).

#### **4.5.1 Pandemia da COVID-19 em Pernambuco**

Em 12 de março de 2020, Pernambuco confirma os dois primeiros casos importados do novo coronavírus (COVID-19) e, em 17 de março de 2020, a primeira ocorrência de transmissão comunitária, aquela cuja origem da contaminação não é identificada, entrando, dessa forma, na fase de mitigação, cujo objetivo é diminuir ao máximo o avanço da pandemia, buscando, a partir de então, notificar e identificar a ocorrência da enfermidade nos casos internados, assim como já é realizado para a influenza nos pacientes com síndrome respiratória aguda grave (SRAG) (BOLETIM, 2020b; PERNAMBUCO, 2020b).

Ainda em março de 2020, Pernambuco lança o Protocolo Clínico Epidemiológico e a segunda versão do Plano de Contingência para Infecção pelo Coronavírus (COVID-19). O primeiro, com o objetivo de orientar a vigilância em saúde e a Rede de Serviços de Atenção à Saúde de Pernambuco para atuar na identificação, notificação e manejo oportuno de casos suspeitos de infecção humana pelo novo coronavírus, de modo a mitigar os riscos de transmissão sustentada e prestar a assistência adequada em tempo oportuno; e o segundo, respectivamente, para detalhar as ações em andamento e as ações a serem executadas por nível de resposta e de atenção, considerando a análise da situação epidemiológica (PERNAMBUCO, 2020c).

O Governo de Pernambuco lançou mão de uma série de medidas para o enfrentamento da pandemia da COVID-19. Desde medidas de isolamento vertical e horizontal, suspensão de aulas escolares, fechamento de serviços considerados não essenciais e, nos estabelecimentos de saúde, suspensão de alguns atendimentos, além da abertura de novos leitos, contratualização de serviços de saúde e outros.

Dentre as medidas temporárias adotadas pelo governo de Pernambuco, para o enfrentamento à pandemia da COVID-19, está a criação do Comitê Estadual Socioeconômico de Enfrentamento ao Coronavírus (“Gabinete de Crise”), instituído através do Decreto nº48.810, de 16 de março de 2020, que estabelece:

Fica criado o Comitê Estadual Socioeconômico de Enfrentamento ao Coronavírus, sob a coordenação da Secretaria de Planejamento e Gestão, para acompanhamento e proposição de medidas de enfrentamento ao coronavírus. Parágrafo único. Representantes de outros órgãos, entidades e poderes, bem como de entidades da sociedade civil, poderão integrar, na condição de convidados, o Comitê a que se refere o caput, cuja estrutura e funcionamento serão disciplinados pelo Secretário de Planejamento e Gestão (PERNAMBUCO, 2020d, art. 11-B).

A Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, através da Portaria SES nº 090, de 10 de março de 2020, estabeleceu a ativação do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COES) como mecanismo de gestão estadual para coordenação da resposta ao COVID-19 em Pernambuco (PERNAMBUCO, 2020e).

Ainda na mesma Portaria:

A gestão operacional do COE-PE\_COVID-19 estará sob responsabilidade da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde de Pernambuco (SEVS/SES-PE) (PERNAMBUCO, 2020e, Parágrafo único).

Compete ao COE-PE\_COVID-19: I- planejar, organizar, coordenar e controlar as medidas a serem empregadas, nos termos das diretrizes fixadas pelo Ministério de Estado da Saúde e/ou pela Secretaria de Saúde do estado de Pernambuco; II- articular-se com os gestores dos níveis federal, regional e municipal do SUS, e com outras instituições/setores envolvidos na resposta ao COVID-19; III- subsidiar os gestores na tomada de decisão, a partir dos encaminhamentos dados pelos seus integrantes; IV – subsidiar a Comunicação institucional com informações claras e transparentes relativas ao COVID-19 para divulgação à população; V - propor, de forma justificada, ao Secretário Estadual de Saúde: o acionamento de equipes de resposta rápida de saúde, incluindo: a concessão de diárias, de acordo com o decreto estadual nº 25.845 de 11 de setembro de 2003 e suas alterações; a contratação temporária de profissionais de saúde e aquisição de bens e a contratação de serviços necessários, de acordo com a legislação nacional e/ou estadual vigente. (PERNAMBUCO, 2020e, art. 2).

No dia 25 de março de 2020, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) confirma a primeira morte pelo novo coronavírus no estado. A vítima, um idoso de 85 anos que estava internado no Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), referência para COVID-19 na rede estadual de saúde (BOLETIM, 2020c).

Desde o início da pandemia da COVID-19 até o dia 18 de novembro de 2020, Pernambuco notificou 172.716 casos confirmados, 8.873 Óbitos e 153.344 casos recuperados do novo coronavírus (BOLETIM, 2020d).

Diante disso, de que maneira a gestão do conhecimento foi utilizada enquanto ferramenta da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) no enfrentamento à pandemia da COVID-19, na perspectiva da Política de Gestão do Trabalho em Saúde?

## 5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Nesta seção, será apresentado o caminho metodológico utilizado para alcance dos objetivos desta pesquisa.

### 5.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de caso, de caráter descritivo, exploratório, quantitativo e qualitativo, onde foram realizadas pesquisa e análise documental, além de entrevistas semiestruturadas.

Segundo Yin (2005), o uso do estudo de caso é adequado quando se pretende investigar o como e o porquê de um conjunto de eventos contemporâneos. O autor afirma que o estudo de caso é uma investigação empírica que permite o estudo de um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos.

Para Yin (2005), o estudo de caso pode ser empregado como estratégia de pesquisa em diversas situações, nas quais se incluem: política, ciência política e pesquisa em administração pública; sociologia e psicologia comunitária; estudos organizacionais, gerenciais e outros.

Gil (2009) ressalta que o conceito de caso se ampliou, a ponto de poder ser entendido como uma família ou qualquer outro grupo social, um pequeno grupo, uma organização, um conjunto de relações, um papel social, um processo social, uma comunidade, uma nação ou mesmo toda uma cultura.

A pesquisa descritiva exige do investigador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar. Esse tipo de estudo objetiva descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade (TRIVIÑOS, 1987).

Segundo Selltiz et al. (1965), a pesquisa descritiva busca descrever um fenômeno ou situação em detalhe, especialmente o que está ocorrendo, permitindo abranger, com exatidão, as características de um indivíduo, uma situação ou um grupo, bem como desvendar a relação entre os eventos.

A pesquisa exploratória permite maior aproximação do pesquisador com o objeto investigado. Possibilita a coleta de informações sobre determinado tema, contribuindo para aprofundar conceitos ainda preliminares. Permite construir as

respostas ou refutar as hipóteses levantadas inicialmente pelo investigador. Seu principal objetivo é o aprimoramento das ideias e o seu planejamento flexível, permitindo que se considere a variedade de aspectos identificados em relação ao fato estudado (GIL, 2008).

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalizações de variáveis. É o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade (MINAYO, 2002).

Ramos, Ramos e Busnello (2005) classificam uma pesquisa quanto a abordagem do problema como quantitativa: tudo que pode ser mensurado em números, classificados e analisados. Utiliza-se de técnicas estatísticas.

Para Triviños (1987), a entrevista semiestruturada tem como característica questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa. Os questionamentos dariam frutos a novas hipóteses apontadas a partir das respostas dos informantes. O foco principal seria colocado pelo investigador-entrevistador. O autor acrescenta, ainda, que a entrevista semiestruturada favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade, mantendo a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações.

## 5.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no estado de Pernambuco, um dos 27 estados brasileiros, com 98.067,881 km<sup>2</sup>, uma população de 8.796.448 habitantes, segundo dados do Censo 2010, e com população estimada, em 2019, de 9.557.071 habitantes. Dividido em 185 municípios, está localizado no centro leste da Região Nordeste, sua costa é banhada pelo Oceano Atlântico e tem a cidade do Recife como sua capital. O arquipélago de Fernando de Noronha, a 545 km da costa, também faz parte do território pernambucano. O estado faz limite com outros estados do Nordeste, como Paraíba, Ceará, Alagoas, Bahia e Piauí (IBGE, 2010).



A Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco foi instituída em 1949 com o nome de Secretaria de Saúde e Assistência Social, é o órgão gestor do Sistema Único de Saúde no estado de Pernambuco. Em sua estrutura, essa secretaria administra diretamente 57 centros de atendimento médico, entre hospitais, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Unidade de Pronto Atendimento Especializado (UPAE), além de 29 unidades da Farmácia de Pernambuco. A rede ainda conta com o Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco Governador Miguel Arraes (Lafepe), Laboratório Central de Pernambuco (Lacen), Fundação Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco (Hemope), Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (Apevisa), Central de Transplantes, Programa Nacional de Imunização e Serviço de Verificação de Óbito (SVO) (PERNAMBUCO, 2020f).

A Lei nº 16.520, de 27 de dezembro de 2018, em seu Art. 1º, inciso VII, define a Secretaria de Saúde como órgão integrante da estrutura administrativa do Poder Executivo Estadual e apresenta as seguintes competências: planejar, desenvolver e executar a política sanitária do Estado; orientar e controlar as ações que visem ao atendimento integral e equânime das necessidades de saúde da população; desenvolver políticas de fortalecimento ao sistema de atendimento e à complementação da rede hospitalar e ambulatorial do estado; exercer as atividades de fortalecimento da rede de atenção básica e psicossocial; exercer a fiscalização e poder de polícia de vigilância sanitária; e coordenar e acompanhar o processo de municipalização do Sistema Único de Saúde (PERNAMBUCO, 2018).

A SES-PE conta, ao todo, com mais de 30 mil trabalhadores, dos quais 25 mil são efetivos. As unidades e órgãos vinculados à SES estão distribuídos em 12 Gerências Regionais de Saúde e beneficiam, com seus serviços, 7,5 milhões de pernambucanos – aproximadamente 88% da população do Estado – que utilizam exclusivamente o SUS como forma de acesso aos serviços de saúde (PERNAMBUCO, 2020f).

A Secretaria Estadual de Saúde está dividida em seis Secretarias Executivas, dentre as quais se destaca, para este trabalho, a Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SEGTES), que possui três diretorias: Diretoria Geral de Gestão do Trabalho, Diretoria Geral de Educação na Saúde e Diretoria da Escola de Saúde Pública de Pernambuco.

**Figura 1**– Estrutura Organizacional da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco (SES/PE)



Fonte: Pernambuco (2019).

### 5.3 AMOSTRA DO ESTUDO

Foi estudada a Política de Gestão do Trabalho em Saúde da Secretária Estadual de Saúde e suas ações no enfrentamento à pandemia da COVID-19.

No recorte qualitativo do estudo, foram entrevistados quatro gestores da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE), com intuito de analisar a Gestão do Conhecimento como ferramenta no enfrentamento à pandemia da COVID-19, na perspectiva da Política de Gestão do Trabalho em Saúde. Todos os sujeitos convidados a participar da pesquisa aceitaram, livremente, participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### 5.4 PERÍODO DE ESTUDO

O período de estudo foi de dezembro de 2019 a novembro de 2020.

### 5.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para o alcance dos objetivos do projeto, foi necessário lançar mão de duas formas de análise de dados: análise documental e análise do conteúdo narrativo das entrevistas.

A partir do ciclo do subsistema da Administração de Recursos Humanos, proposto por Malik (1998), a análise documental buscou identificar, nas fontes utilizadas, informações relevantes para descrever a estrutura e a base legal da política de gestão do trabalho em saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e o que foi incorporado para o enfrentamento à pandemia da COVID-19, discutindo as ações adotadas pela gestão do trabalho em saúde e as consequências dessas respostas para o novo cenário da gestão do trabalho em saúde em situações de crise sanitária, levando-se em consideração as atividades de “suprimento”, “aplicação”, “manutenção”, “desenvolvimento” e “avaliação”, além dos boletins epidemiológicos da SES-PE, no período de março (início das publicações) até 18 de novembro 2020, e publicações de atos administrativos relacionados à Secretaria Estadual de Saúde durante o mesmo período.

Para este trabalho, na análise das entrevistas semiestruturadas, aplicadas aos gestores selecionados em uma amostra intencional, utilizou-se o método de análise do conteúdo. Bardin (2011) conceitua entrevista como um método de investigação específico e a classifica como diretivas ou não diretivas, ou seja, fechadas e abertas. A autora apresenta os critérios de organização de uma análise: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados. O tratamento dos resultados compreende a codificação e a conclusão.

Levando-se em consideração os critérios de organização propostos por Bardin (2011), foram feitas as transcrições das entrevistas, passando pelos processos de pré-análise (leitura flutuante do material final transcrito, validação e elaboração de indicadores iniciais), exploração do material (definição de categorias), tratamento dos resultados, dedução e interpretação (condensação e definição das informações para análise, análise reflexiva, crítica dos resultados e conclusão).

## 5.6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Identificou-se como limitação deste estudo ter entrevistado apenas gestores do estado de Pernambuco. Recomenda-se, para estudos futuros, que a amostra seja ampliada a trabalhadores da saúde, representantes do controle social e outros atores que possam contribuir e contrabalancear a discussão do tema.

Além disso, pode-se observar que faltou à SES espaços legitimados de discussão e de gestão do conhecimento com os trabalhadores da saúde ligados

diretamente ao enfrentamento à pandemia da COVID-19, através da criação de comitês nas unidades e serviços da Rede Estadual de Saúde de Pernambuco, pensando-se na valorização do conhecimento tácito e explícito de cada indivíduo envolvido na assistência à população.

Como forma de fomentar o protagonismo dos trabalhadores em saúde, sugere-se à SES-PE a criação de espaços de discussão e apresentação de experiências exitosas, dentro da Rede Estadual de Saúde de Pernambuco, no enfrentamento à pandemia da COVID-19, na perspectiva do reconhecimento e do desenvolvimento pessoal e da propagação da gestão do conhecimento dentro do âmbito institucional.

## **6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

Esta dissertação faz parte da pesquisa “Análise da Gestão do Conhecimento aplicada às políticas públicas de saúde”, que se encontra aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Aggeu Magalhães, através do CAAE nº86325818.2.0000.519 (ANEXO A).

Dessa forma, a pesquisa já vem sendo desenvolvida dentro dos padrões de ética científica, seguindo as recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, expressos nas Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

A autorização institucional se deu através de carta de anuência para realizarmos nossa pesquisa junto à Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (ANEXO B), bem como disponibilizamos para todos os participantes da pesquisa o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

## 7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para analisar como a gestão do conhecimento foi utilizada pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco no enfrentamento à pandemia da COVID-19, na perspectiva da Política de Gestão do Trabalho em Saúde, os resultados serão apresentados de maneira a atender aos objetivos específicos da pesquisa, com base na análise documental e análise do conteúdo das entrevistas.

### 7.1 POLÍTICA DE GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO E O ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DA COVID-19

Os resultados e a discussão referentes à descrição da Política de Gestão do Trabalho da Secretária Estadual de Saúde de Pernambuco, a discussão das ações adotadas pela gestão do trabalho em saúde para o enfrentamento da pandemia da COVID-19 e as consequências dessas respostas para o novo cenário da gestão do trabalho em saúde em situações de crise sanitária, presentes neste trabalho, foram distribuídos levando-se em consideração os indicadores do ciclo do subsistema da Administração de Recursos Humanos, destacado por Malik (1998), baseados nas atividades de “suprimento”, “aplicação”, “manutenção”, “desenvolvimento” e “avaliação”. Também foram descritas outras atividades destacadas como incorporadas à gestão do trabalho em saúde durante o período de enfrentamento à pandemia.

#### 7.1.1 Suprimento

Para obter o “suprimento” de trabalhadores, a organização possui duas funções tradicionalmente concebidas: recrutamento e seleção. Recrutamento significa, teoricamente, buscar o trabalhador ideal, esteja ele onde estiver, e interessá-lo em tornar-se um membro da organização. Já a seleção de pessoal, por sua vez, viria, idealmente, após o recrutamento e teria por finalidade descobrir as pessoas que “interessam” à organização, quais sejam, aquelas mais adequadas ao trabalho. A seleção em geral ocorre quando há excesso de oferta de candidatos, de modo que quase sempre os melhores ingressam na organização (MALIK, 1998).

Malik (1998) cita dois casos extremos de tipos de mecanismos de seleção: o concurso público, em que a lógica prevalente é oferecer a toda a população, desde que se encaixe no perfil exigido, o direito de se candidatar a um dado cargo; e a indicação, segundo a qual o responsável consulta as pessoas em quem confia (ou de quem depende) a respeito do indivíduo ideal para exercer determinadas funções. O critério, nesse caso, pode ser técnico – a pessoa mais competente para realizar aquela função – e/ou político – a pessoa mais conveniente para realizar aquela função.

A Política de Gestão do Trabalho em Saúde da SES-PE, no que se refere ao “suprimento” de trabalhadores, está amparada pela Lei nº 14.538, de 14 de dezembro de 2011, que institui regras para a realização dos concursos públicos destinados a selecionar candidatos para o ingresso nos cargos e empregos públicos da administração direta, autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista do Estado de Pernambuco, e pela Lei nº 14.547, de 21 de dezembro de 2011, que dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender às necessidades de excepcional interesse público (PERNAMBUCO, 2011b, 2011c).

Chiavenato (2006) define recrutamento como sendo a pesquisa e a intervenção sobre as fontes capazes de fornecer para a organização um número suficiente de pessoas necessárias à consecução dos seus objetivos imediatos de atrair candidatos, dentre os quais serão selecionados os futuros participantes da organização. Segundo o mesmo autor, pessoas são a base de uma empresa e têm um papel fundamental para sobrevivência da organização, uma vez que se faz necessário ter a pessoa certa, no lugar certo, com um perfil antecipadamente estabelecido pela organização. A responsabilidade de alinhar as competências e habilidades dos indivíduos com os interesses da organização é da área de Recursos Humanos, durante processo de recrutamento e seleção, o qual tem o papel de contribuir e influenciar nos resultados organizacionais. Nesse sentido, a aplicabilidade do processo de recrutamento deve ser feita de forma eficaz, no intuito de contribuir para o alcance dos objetivos organizacionais, proporcionando condições para que os colaboradores se desenvolvam.

Já para Pontes (2010), recrutar é divulgar uma oportunidade de emprego em determinada empresa, com o objetivo de atrair mão de obra. Enquanto para Klöckner e Campos (2011), o recrutamento de pessoal não pode ser entendido e realizado como uma estratégia isolada de outros processos organizacionais, porque

ele também deverá estar inserido como ferramenta estratégica, na medida em que tentará captar os melhores profissionais.

A Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, como uma das estratégias para o enfrentamento e buscando atender as necessidades e demandas geradas pela pandemia da COVID-19, no que se refere a “suprimento” de trabalhadores nas unidades de saúde e na gestão dos serviços públicos de saúde, ampliou o quadro de servidores da secretaria, através de nomeações de concurso público, realizado em 2018, e da realização de seleções públicas simplificadas. Dessa forma, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, através da política de gestão do trabalho em saúde, reforçou a rede de saúde, ofertando, no período de 22 de fevereiro a 17 de novembro de 2020, 7.145 vagas, entre concurso público e seleções simplificadas, para profissionais de saúde, conforme apresentado na tabela 1 (BOLETIM, 2020e).

**Tabela 1** – Número e percentual de profissionais nomeados e convocados pela Secretaria

TIPO DE INGRESSO	N	EM EXERCÍCIO	
		SIM	%
Concurso público (nomeações)	2.914	2.140	73,4
Seleção pública (convocações)	4.231	3.051	72,1
<b>TOTAL</b>	<b>7.145</b>	<b>5.191</b>	<b>72,7</b>

Fonte: Boletim (2020e).

Para a Organização Pan-Americana da Saúde (2020a), o planejamento de recursos humanos para o enfrentamento à pandemia da COVID-19 tem sido essencial para:

- a) garantir a disponibilidade de trabalhadores da saúde, em áreas de maior necessidade, com capacidade técnica para responder de forma adequada ao aumento da demanda e expansão dos serviços, bem como a possível redução no pessoal disponível, devido a, entre outras coisas, adoecimento, enquadramento em grupo de risco e questões pessoais ou familiares;
- b) garantir uma quantidade suficiente de trabalhadores da saúde que sejam mais eficientes e produtivos, fornecendo a eles treinamento, proteção, direitos, reconhecimento e ferramentas necessárias para desempenhar suas funções.



A importância do planejamento de recursos humanos para o enfrentamento à pandemia da COVID-19 também foi explicitada nas falas de todos os gestores entrevistados, quando questionados “como avalia que a Política de Gestão do Trabalho em Saúde contribuiu para o enfrentamento da pandemia da COVID-19?”

[...] A gestão do trabalho e educação na saúde foi crucial nesse enfrentamento porque... rapidamente a gente viu o quanto a gente precisava de gente para fazer isso senão, não ia dar conta, se não tivessem as pessoas adequadas para isso...Então, a cada diagnóstico que a gente fazia, se traçava a estratégia e se contratava mais pessoas, enfim...” (G2).

[...] É muito significativo, porque a questão que se teve a integração da assistência com a gestão do trabalho. Principalmente no que diz respeito que a gente não consegue trabalhar expansão de redes se a gente não tiver pessoas para trabalhar nessas unidades, pessoas que precisam estar dentro de sua expertise e dentro de suas atribuições profissionais, num dimensionamento adequado, para que a gente pudesse realmente ter o resultado de ampliação de redes...Houve uma parceria muito boa e bastante significativa no que diz respeito a uma condição *sine qua non* para a ampliação da rede(G3).

[...]a gente fez estudo de modelo de predição de necessidade de leito, modelo de predição de necessidade de recursos humanos... então, quando nós calculamos, fizemos um cálculo da área de recursos humanos pelo que a gente tinha de conhecimento, de que quase 20% das pessoas podiam se afastar do trabalho por conta de adoecimento na pandemia. E esse foi um cálculo que eu me lembro que a gente fez... quantos médicos a gente tem nas urgências? Lá tem 20.000, então vamos contratar quatro, cinco mil médicos além daquilo que a gente queria expandir. Não só médicos, profissionais de saúde. Vamos calcular nessa proporção e eu acho que nunca se contratou tanto profissional de saúde em tão pouco, em tão curto espaço de tempo (G4).

Apesar da COVID-19 ser ainda uma doença nova e com poucos parâmetros conhecidos, as comunidades médica e científica rapidamente chegaram a consensos sobre medidas práticas para reduzir sua transmissão e como reagir ao surto. Dentre essas medidas está a mobilização de recursos humanos e materiais de saúde, uma vez que a rápida propagação da doença acarreta muitas internações e um subsequente colapso do sistema de saúde (REMUZZI; REMUZZI, 2020).

[...] A gestão do trabalho, a política de gestão ela foi fundamental, né? E eu acho que Pernambuco ele tem uma particularidade em relação a todos os outros estados que o Governador, assim...por ser um administrador na sua essência...ele tomou decisões que impactariam positivamente para o estado como um saldo positivo da Covid, tá certo? E não medidas apenas temporárias, né?. Então, porque quando na gestão do trabalho a gente apresenta as necessidades, apresenta as falhas de escala, apresenta o que a gente precisa para abrir novos...novos leitos, ele decide fazer chamadas do concurso, então ele está dizendo que ele tá preparando o estado para o

pós Covid, ele não tá preparando só para aquilo. Nenhum estado teve uma chamada de efetivos como a gente [...] (G1).

Importante ressaltar que esse recrutamento foi fundamental para a abertura de novos leitos e ampliação da assistência para o enfrentamento à pandemia da COVID-19, bem como para prover os serviços de profissionais, suplantando os afastamentos dos profissionais de saúde acometidos pela COVID-19 ou enquadrados como grupo de risco.

### **7.1.2 Aplicação**

A “aplicação” visa, basicamente, colocar o trabalhador, novo ou antigo, no lugar em que sua contribuição para a ação organizacional seja a mais substantiva, respeitando interesses das pessoas e da organização, visando eficiência, eficácia e efetividade. Uma maneira de desencadear esse subsistema é a socialização do indivíduo na organização, com a análise de suas reações ao conhecê-la como um todo e cada área em particular (MALIK, 1998).

A Lei nº 6.123, de 20 de julho de 1968, é a que rege a Política de Gestão do Trabalho em Saúde da SES-PE, no que diz respeito ao exercício, remoção e remanejamento de servidores (PERNAMBUCO, 1968).

Durante a pandemia da COVID-19 e diante das necessidades dos serviços, servidores e gestão, foram publicados atos normativos, tanto de realocação de servidores de seus postos de trabalho para outros serviços criados quanto na expectativa de proteger os servidores considerados grupos de risco.

Em 16 de março de 2020, o Decreto nº 48.810 altera o Decreto nº 48.809, de 14 de março de 2020, e, em seu Art. 5º, inciso 3º, autoriza os secretários e dirigentes máximos das entidades da administração pública estadual a deferir aos servidores públicos com mais de 60 (sessenta) anos e aqueles portadores de doenças crônicas, que compõem parcela da população mais vulnerável ao COVID-19, o trabalho remoto para aquelas atividades cuja presença física não seja imprescindível, a critério da respectiva chefia do órgão ou entidade, com exceção das áreas de saúde, defesa social e serviços de abastecimento de água (PERNAMBUCO, 2020d).

Em 18 de março de 2020, o Decreto nº 48.830 altera o Decreto nº 48.809, de 14 de março de 2020, e, em seu Art. 2º-Bdetermina, a partir do dia 20 de março de

2020, a suspensão de realização de cirurgias eletivas na rede hospitalar pública e privada em todo o estado de Pernambuco. Estabelece, ainda, que o secretário de saúde poderá editar ato para disciplinar medidas e/ou situações decorrentes dessa restrição (PERNAMBUCO, 2020g).

O secretário de saúde de Pernambuco publicou, no Diário Oficial do Estado (DOE) de 3 de abril de 2020, a Portaria SES/PE nº 133/2020 (PERNAMBUCO, 2020h), regulamentando, no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde, medidas de proteção ao trabalhador, dentre elas a adoção de regime de jornada em:

- a) turnos alternados de revezamento;
- b) trabalho remoto, que abranja a totalidade ou percentual das atividades desenvolvidas pelos servidores ou empregados públicos do órgão ou entidade.

Determinou, ainda, que, na impossibilidade de afastamento de atividades de atendimento ao público externo, os servidores e colaboradores dos grupos de risco deveriam ser preferencialmente mantidos em atividades de gestão, suporte e assistência em áreas não diretamente relacionadas à assistência a pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19, sendo considerados enquadrados nos grupos de risco (PERNAMBUCO, 2020h):

- c) maiores de 60 (sessenta) anos;
- d) cardiopatas graves ou descompensadas (insuficiência cardíaca, infartados, revascularizados, portadores de arritmias);
- e) pneumopatas graves ou descompensadas (dependentes de oxigênio, portadores de asma moderada/grave, DPOC);
- f) imunodeprimidos;
- g) diabéticos conforme juízo clínico;
- h) gestantes de alto risco.

Posteriormente, a Portaria SES/PE nº166, de 22 de abril de 2020, enquadrou grávidas em qualquer idade gestacional, puérpera até duas semanas após o parto (incluindo as que tiveram aborto ou perda fetal) como grupo de risco (PERNAMBUCO, 2020h), em sintonia com o protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde.

O Ministério da Saúde classifica como condições e fatores de risco a serem considerados para possíveis complicações da síndrome gripal: Grávidas em qualquer idade gestacional, puérperas até duas semanas após o parto

(incluindo as que tiveram aborto ou perda fetal). Adultos  $\geq 60$  anos. Crianças  $< 5$  anos (sendo que o maior risco de hospitalização é em menores de 2 anos, especialmente as menores de 6 meses com maior taxa de mortalidade). População indígena aldeada ou com dificuldade de acesso. Indivíduos menores de 19 anos de idade em uso prolongado de ácido acetilsalicílico (risco de síndrome de Reye). Indivíduos que apresentem: pneumopatias (incluindo asma). Pacientes com tuberculose de todas as formas (há evidências de maior complicação e possibilidade de reativação). 8. Cardiovasculopatias (incluindo hipertensão arterial sistêmica – à luz dos atuais conhecimentos existentes sobre Covid-19). Nefropatias. 10. Hepatopatias. Doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme). Distúrbios metabólicos (incluindo diabetes mellitus). Transtornos neurológicos e do desenvolvimento que podem comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração (disfunção cognitiva, lesão medular, epilepsia, paralisia cerebral, síndrome de Down, acidente vascular encefálico – AVE ou doenças neuromusculares). Imunossupressão associada a medicamentos (corticoide, quimioterápicos, inibidores de TNF-alfa), neoplasias, HIV/aids ou outros. Obesidade (especialmente aqueles com índice de massa corporal (IMC)  $\geq 40$  em adultos) (BRASIL, 2020b, p.9-10).

A Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco publicou a Portaria SES/PE nº107, de 24 de março de 2020, que, em seu Art.1º, determinou, a partir do dia 20 de março de 2020, a suspensão da realização de cirurgias eletivas, consultas e procedimentos diagnósticos ambulatoriais, em todas as unidades da rede assistencial pública e privada de todo o estado de Pernambuco. Ainda na mesma portaria, ficou determinado que os servidores públicos que tiverem as atividades suspensas em razão dos serviços descritos no Art. 1º, poderão ser convocados para outras atividades no âmbito da assistência hospitalar ou teletrabalho (PERNAMBUCO, 2020i).

Visando a estruturação e implementação da Rede Estadual de Saúde para o enfrentamento à pandemia da COVID-19, o secretário de saúde publicou a Portaria SES/PE nº164, de 17 de abril de 2020, que aprovava normas para movimentação provisória dos servidores da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, durante período de enfrentamento da emergência em saúde pública decorrente do novo coronavírus (SARS-COV-2), agente causador da COVID-19, ficando determinado, em seu Art. 3º, que todos os servidores, inclusive os lotados em serviços suspensos ou reduzidos, poderão ser convocados, a atuarem no atendimento hospitalar em unidades de internação clínica, emergência, maternidades, unidades de terapia intensiva, semi-intensiva, unidades de internamento com assistência ventilatória e programa atende em casa, caso exista a necessidade de serviço, durante o enfrentamento à pandemia e enquanto durar o Estado de emergência e de calamidade pública (PERNAMBUCO, 2020j).

Ainda na mesma portaria (PERNAMBUCO, 2020j, art. 3º):

§1º - Os servidores das carreiras de médicos e analistas em saúde afastados em decorrência do cumprimento da Portaria SES nº 133/2020 da assistência direta ao paciente, e ainda gestantes, puérperas, pós-aborto ou perda fetal de acordo com o Protocolo de Manejo Clínico para o Novo Coronavírus (2019 – nCoV) do Ministério da Saúde, estarão automaticamente convocados a atuarem nas orientações a distância do Programa Atende em Casa – COVID 19.

§ 2º - Os servidores das carreiras de médicos deverão ser convocados e lotados provisoriamente, levando em consideração a antiguidade de exercício profissional na Secretaria Estadual de Saúde e sua especialidade de admissão no Estado.

Levando-se em consideração o princípio da aplicação de Malik (1998), já descrito anteriormente, podemos observar que a SES-PE, em conjunto com o governo de Pernambuco, além traçar estratégias de proteção para a classe trabalhadora considerada de risco, ainda possibilitou o remanejamento dessa força de trabalho para outras atividades importantes para o enfrentamento à pandemia da COVID-19.

### **7.1.3 Manutenção**

Para Malik (1998), a atividade de “manutenção” pode ser definida como a necessidade de manter o indivíduo na organização, ou seja, após o indivíduo ser recrutado, selecionado, socializado, aceito e ter começado a trabalhar na organização, por uma série de motivos, passa a ser necessário mantê-lo dentro dela.

Para a Organização Mundial da Saúde (2007), as estratégias relativas à força de trabalho devem focar três desafios principais: melhorar o recrutamento, ajudar a força de trabalho a melhorar seu desempenho e diminuir a rotatividade dos trabalhadores.

A instituição do concurso público para provimento de cargos no aparelho do Estado Brasileiro tem se constituído num forte atrator de recursos humanos, desde meados do século passado. Essa atração pode ser explicada por alguns fatores. Um deles é o fato de o setor público atrelar benefícios indiretos, tais como plano de saúde, duração das férias e previdência diferenciada. Outra explicação para essa

atração é a de que a alocação no setor público proporciona maior grau de segurança quanto à permanência no emprego (CASTELAR et al., 2010).

Em Pernambuco, o concurso público é amparado pela Constituição Federal de 1988, em seu Art. 37º, pela Lei nº 14.538, de 14 de dezembro de 2011, e também pelo Estatuto dos Funcionários Públicos do Estado de Pernambuco, Lei nº 6.123, de 20 de julho de 1968, que institui o regime jurídico dos funcionários públicos civis do Estado de Pernambuco, onde constam toda a normatização, desde o ingresso do servidor através de concurso público, permeando os direitos e deveres, gratificações, concessões, dentre outros assuntos de interesse e responsabilidade do servidor público do Estado de Pernambuco (BRASIL,2003; PERNAMBUCO, 1968, 2011a).

Pensando na desprecarização de vínculos e na manutenção dos trabalhadores da Rede Estadual de Saúde, o Governo de Pernambuco nomeou desde 2015, quase 10 mil concursados, dos quais 2.914 foram nomeados durante a pandemia da COVID-19 para fortalecimento e manutenção da assistência à saúde (PERNAMBUCO, 2020k).

Pernambuco também lançou mão de seleções públicas simplificadas e contratos temporários, ponderando-se um cenário hipotético da força de trabalho em saúde no “pós- pandemia” da COVID-19.

O alto grau de incerteza transforma a tarefa da projeção de cenários em um exercício complexo: a alternância entre pouca informação e informação em excesso, ou a dificuldade de separar constatações e desejos, pode gerar um cenário muito confuso para indivíduos e instituições (MATTEDI et al., 2020).

Ressalta-se que as nomeações para provimento de cargo efetivo são importantes, pensando-se na rede de saúde no “pós-pandemia” da COVID-19. Não se sabe ainda ao certo os impactos causados pela pandemia da COVID-19 na força do trabalho em saúde do Estado de Pernambuco, sejam pelos óbitos dos profissionais de saúde, sejam pelas incapacitações, físicas ou mentais, deixadas pela doença.

#### **7.1.4 Desenvolvimento**

Para Malik (1998), o “desenvolvimento” é o momento de se pensar em aprimorar as possibilidades de atuação do trabalhador. Para isso, entram em

questão as atividades que podem ter caráter de desenvolvimento pessoal e profissional do indivíduo e até de desenvolvimento organizacional. O desenvolvimento profissional é definido por meio das atividades de treinamento técnico e de reciclagem, podendo ser oferecida a esse profissional mais uma habilidade, seja em decorrência das inovações tecnológicas em suas áreas de atuação, seja pela necessidade de incorporar uma nova atividade entre aquelas desenvolvidas na organização.

O tema da melhoria da qualificação profissional esteve vinculado, desde os anos 90, à noção de desenvolvimento profissional, numa tendência de pensamento contrário às visões de capacitações e aperfeiçoamento, largamente utilizadas nas décadas anteriores. Recomenda-se que a formação profissional não cesse nunca, estando implicada na contínua aquisição de conhecimentos, atitudes e competências ao longo da carreira. Pressupõe-se que o desenvolvimento profissional esteja relacionado ao engajamento pleno do profissional em seu próprio processo de aprendizagem. Sendo assim, compreender mais profundamente o desenvolvimento do profissional é fundamental para a formulação de programas de formação e propostas de análise da atuação profissional (PIMENTEL, 2007).

Na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, a gestão da educação na saúde tem a missão de planejar e regular a formação de profissionais para o SUS, em articulação com as instituições formadoras, e promover a educação permanente em saúde, considerando as necessidades de saúde da população, referenciada no fortalecimento da regionalização e apoio aos municípios. A Escola de Governo de Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE) foi criada em 1989, dentro de um contexto social e político importante do país, com o processo de redemocratização e a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Desde então, tem uma vasta trajetória na área da educação profissional em Saúde e em cursos de qualificação dos trabalhadores e gestores do SUS de Pernambuco. Destaca-se no cenário pernambucano como protagonista na Política Estadual de Educação Permanente em Saúde, visando atender as demandas de formação e qualificação dos trabalhadores do SUS (PERNAMBUCO, 2020I).

Com o objetivo de apoiar os profissionais de saúde no enfrentamento à pandemia de COVID-19, a Escola de Governo em Saúde Pública do Estado de Pernambuco (ESPPE) e a Diretoria Geral de Educação na Saúde (DGES)

desenvolveram e/ou articularam, de março a novembro de 2020, ações educacionais para os profissionais de saúde (Quadro 1) (BOLETIM, 2020e).

**Quadro 1** – Ações de Educação na Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco (SES/PE)

<b>AÇÃO</b>	<b>PÚBLICO ATINGIDO</b>
ESPAÇO VIRTUAL PARA PUBLICAÇÃO E DIVULGAÇÃO DE MATERIAIS TÉCNICOS E INFORMATIVOS QUANTO AO NOVO CORONAVÍRUS	69.669 ACESSOS
CURSO INTRODUTÓRIO SOBRE COVID-19 PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES	1.023 PARTICIPANTES
FORMAÇÃO EM MANEJO DE VIAS AÉREAS E VENTILAÇÃO MECÂNICA EM CASOS DE COVID-19	247 PARTICIPANTES
CURSO COVID-19: PREVENÇÃO, MANEJO CLÍNICO E CUIDADOS PÓS-MORTE	1.924 PARTICIPANTES
CURSO ASSISTÊNCIA VENTILATÓRIA MECÂNICA	2.106 PARTICIPANTES
CURSO CUIDADOS CLÍNICOS NA SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (COVID-19)	663 PARTICIPANTES
CURSO DE VALIDAÇÃO DO POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS	288 PARTICIPANTES
CURSO DE ATUALIZAÇÃO PARA AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: POTENCIALIDADES E INSPIRAÇÕES PARA O TRABALHO NO TERRITÓRIO EM TEMPOS DE COVID-19	2.419 PARTICIPANTES
ESPPE DEBATE VIRTUAL	1.664 PARTICIPANTES AO VIVO 7.396 VISUALIZAÇÕES
ESPAÇO AULAS VIRTUAIS	12.849 VIZUALIZAÇÕES
<b>PÚBLICO TOTAL</b>	<b>100.248</b>

Fonte: A autora a partir de dados de Boletim (2020e).

Considerando-se acessos, visualizações e participantes como sendo pessoas atingidas por conteúdo sobre a pandemia da COVID-19, pode-se dizer que 100.248 pessoas tiveram acesso a conteúdo sobre o novo coronavírus, através de ações de educação em Pernambuco.

Destaca-se como atividades de “desenvolvimento”: o incentivo às iniciativas de capacitação, promovidas pelas próprias instituições, mediante o aproveitamento de habilidades e de conhecimentos de servidores do quadro de pessoal; o apoio ao servidor público em iniciativas de capacitação, voltadas para o desenvolvimento das competências institucionais e individuais; a garantia de acesso dos servidores a eventos de capacitação interna ou externa ao seu local de trabalho; o incentivo à inclusão das atividades de capacitação como requisito para a promoção do servidor na carreira; e a complementaridade entre o resultado das ações de capacitação e a mensuração do desempenho, as quais constituem diretrizes que reforçam um novo olhar para o desenvolvimento (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2009).



As atividades consideradas como de desenvolvimento profissional realizadas pela Secretaria Estadual de Saúde, na perspectiva da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, puderam ser sentidas e explicitadas nas falas dos gestores entrevistados:

[...] E com relação à educação permanente, ao treinamento em serviço das pessoas, que era uma coisa nova, um manejo clínico como era, então... divulgar isso, disseminar isso na nossa rede foi muito importante para que todos mais ou menos falassem a mesma língua. E hoje a gente vê isso reverberar na prática dos serviços. No início era muita dúvida, então a gente tinha muitos casos graves, teve muitos óbitos. Que hoje a gente vê que os profissionais estão mais tranquilos nesse manejo pela própria experiência com a doença e pelo que vem se descobrindo dela. Então foi crucial o papel da gestão do trabalho na pandemia (G2).

[...] E fora isso as grandes parcerias de capacitações, porque não só nomear pessoas, mas tornar essas pessoas com conhecimento que se tinha receberem o conhecimento que se tinha na época. A discussão sobre o uso de EPI foi um grande marco, né? Era como se a gente precisasse voltar a ensinar as pessoas como se calçar uma luva, como colocar uma máscara, que o uso de máscara em um ambiente de emergência é uma proteção individual que não é negociável, não só para doenças respiratórias, mas para pessoas que a gente não sabe que são acometidas por doenças infecciosas(G3).

Para Batista e Gonçalves (2011), formar profissionais para atuar no sistema de saúde sempre foi um desafio. Trazer o campo do real, da prática do dia a dia de profissionais, usuários e gestores, é fundamental para a resolução dos problemas encontrados na assistência à saúde e para a qualificação do cuidado prestado aos sujeitos. Todo investimento em treinamento e qualificação de pessoal, quando bem planejado e desenvolvido, é capaz de produzir mudanças positivas no desempenho das pessoas.

A qualificação de RH na saúde pode ser entendida como a efetivação de estratégias e ações para o aproveitamento do potencial dos profissionais, no sentido de enfrentar as mudanças e os desafios gerados no desempenho do trabalho diário, nos diferentes espaços do SUS (MACHADO, 2003).

A educação permanente em saúde é uma ferramenta significativa para transformação das práticas de trabalho, bem como é uma estratégia inclusiva, por considerar os mais diversos atores como protagonistas de seu cotidiano. Além do que promove a interação entre educação, saúde e processo de trabalho, produzindo habilidades técnicas e de conhecimento do SUS (KODJAOGLANIAN; MAGALHÃES, 2019)

### 7.1.5 Avaliação

Malik (1998) descreve que a “avaliação” deve ocorrer desde as primeiras decisões tomadas a respeito dos recursos humanos da organização. As avaliações devem ser feitas em conjunto, sem que o órgão de Recursos Humanos possa se colocar como o praticante de qualquer dessas atividades de maneira independente, promovendo uma apreciação mais global.

O processo de avaliação de desempenho (AD) necessita estar articulado à política de recursos humanos da organização, para assim poder dar encaminhamentos relacionados com a capacitação das pessoas, a compreensão do processo e a consecução dos objetivos (MCKENNA; RICHARDSON; MANROOP, 2011). Especialmente na área da saúde, as avaliações de desempenho necessitam ir além do exercício metodológico e estabelecer critérios e marcos referenciais, visando a melhoria contínua (MUNHOZ; RAMOS; CUNHA, 2008).

O processo de avaliação de desempenho, em âmbito nacional, está regulamentado através dos Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH-SUS), na qual a elaboração dos planos de carreiras, cargos e salários (PCCSs) e a evolução do servidor na carreira deverão ser definidas considerando-se a formação profissional, a capacitação, a titulação e a avaliação de desempenho, com indicadores e critérios objetivos (quantitativos e qualitativos), pactuados entre os trabalhadores e os gestores de saúde, em mesas de negociação. Deve ser estimulada e incentivada a aplicação desses princípios e diretrizes aos trabalhadores de saúde contratados pelos prestadores de serviços de saúde privados (filantrópicos e lucrativos), contratados e conveniados pelo SUS (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2005).

A Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE), em parceria com a Secretaria de Administração (SAD), vem implantando o Programa de Avaliação de Desempenho. Dentro da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, o Programa de Avaliação de Desempenho está vinculado à política de valorização do trabalho, por meio de três eixos: avaliação do período de estágio probatório, onde afere-se o cumprimento individual de requisitos de aptidão na função; avaliação para recebimento da gratificação de desempenho; avaliação para a progressão no Plano de Cargos,

Carreiras e Vencimentos (PCCV). Esses eixos também fazem parte da política de valorização profissional (PERNAMBUCO, 2020m).

A avaliação de desempenho em estágio probatório é realizada apenas por servidores estatutários efetivos, nos três primeiros anos de efetivo exercício, período durante o qual serão verificadas, através de avaliação específica, a capacidade e a aptidão para o desempenho de suas atribuições. As avaliações são divididas em três etapas e o resultado de cada etapa considerará o servidor apto ou inapto para alcançar a estabilidade. Essa Avaliação é regida pelo Decreto nº 44.226, de 15 de março de 2017 (PERNAMBUCO, 2017).

A avaliação de desempenho para a progressão no Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos também é realizada apenas para servidores estatutários efetivos e está amparada pela Lei nº 84, de 30 de março de 2006 (PERNAMBUCO, 2006). Essa avaliação foi iniciada na SES em 2012, apenas para os profissionais médicos, e a partir de 2016 foi ampliada para os demais cargos de servidores efetivos da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, através da Lei Complementar nº324, de 11 de maio de 2016 (PERNAMBUCO, 2016).

A gratificação de desempenho é amparada pela Lei Complementar nº 194, de 9 de dezembro de 2011, é realizada mensalmente e gratifica os profissionais de saúde com vínculo estatutário, temporários ou cedidos de outros órgãos, em efetivo exercício nas unidades da rede pública estadual de saúde, da administração direta e indireta, detentoras de crédito por prestação de serviços no âmbito do SUS, em razão do seu desempenho na melhoria dos serviços de saúde (PERNAMBUCO, 2011d).

Considerando-se os três eixos da avaliação de desempenho utilizados dentro da política de gestão do trabalho na SES-PE e a pandemia da COVID-19, passamos a descrever os achados de ações, por parte do Governo de Pernambuco, no que se refere a beneficiar e reconhecer os esforços e o trabalho desenvolvido pelos trabalhadores da saúde no enfrentamento à pandemia.

No que diz respeito a avaliação de desempenho especial em estágio probatório, não houve nenhuma alteração durante o período de enfrentamento à pandemia. As avaliações continuaram ocorrendo normalmente, obedecendo a rotina estabelecida pela SES-PE.

No eixo gratificação de desempenho, os servidores acometidos pela COVID-19 não deixaram de perceber a referida gratificação no período que estivessem

afastados pela doença, com base na Lei Complementar nº 427, de 17 de abril de 2020. Além do que, através da Lei Complementar nº 433, de 18 de setembro de 2020, foi autorizado o pagamento da gratificação com base na média das produções dos serviços dos meses de janeiro, fevereiro e março, uma vez que, com a pandemia, houve o fechamento de ambulatórios e a suspensão de procedimentos/cirurgias eletivos, o que ocasionou uma queda na produtividade dos servidores, sendo sanado através dessa autorização de ressarcimento (PERNAMBUCO, 2020n, 2020o).

Para o eixo avaliação de desempenho para o Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV), através do Decreto nº 49.181, de 8 de julho de 2020, todos os servidores do grupo ocupacional da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco foram contemplados com a progressão automática na carreira, como forma de reconhecimento de todos os servidores no enfrentamento à pandemia da COVID-19 (PERNAMBUCO, 2020p).

A avaliação de desempenho profissional é uma ferramenta que busca conhecer e medir o desempenho dos profissionais dentro dos serviços. Na área da saúde, avaliar o desempenho, além de uma necessidade para gestão, tem se tornado uma estratégia de valorização dos servidores para as instituições públicas e privadas.

Segundo Mckenna, Richardson e Maroop (2011), as pessoas precisam ser avaliadas levando em consideração o contexto social e situacional relevante, reconhecendo o ambiente ou o meio social em que operam, bem como as experiências de cada trabalhador enquanto membro de um grupo social mais amplo e como indivíduo único. Em contrapartida, o desenvolvimento organizacional só pode ser melhorado quando os trabalhadores se apropriam do processo de avaliação de desempenho e elaboram relatórios sobre o seu desempenho em conjunto com outros membros da organização.

## 7.2 ALÉM DA POLÍTICA DE GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE: ATIVIDADES INCORPORADAS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

Dando continuidade à exposição dos resultados encontrados durante a pesquisa documental e análise das entrevistas, serão descritas outras ações das quais a SES-PE lançou mão para o enfrentamento da pandemia da COVID-19.

Diante disso, destaca-se o aplicativo “Atende em Casa”, o “Acolhe-SES”, o “Teleacolhimento” e os Centros de Testagem Volante.

### **7.2.1 Atende em Casa**

A telessaúde é considerada um recurso fundamental, dada a sua capacidade de diminuir a circulação de indivíduos em estabelecimentos de saúde, reduzir o risco de contaminação de pessoas e a propagação da doença. Permite, ainda, garantir o atendimento a pacientes portadores de doenças e comorbidades preexistentes que, embora não infectados, não podem comparecer a consultas médicas, em vista das orientações de redução de convívio social. Por fim, pode otimizar a coordenação de recursos presentes em locais separados, facilitando o acesso às diretrizes de tratamento necessárias para gerenciar os casos graves causados pela COVID-19 (CAETANO et al., 2020).

O aplicativo “Atende em Casa” disponibiliza orientação à população com sintomas gripais. A ferramenta possibilita a classificação de risco do paciente e, caso seja necessário, nos casos considerados mais graves, permite uma chamada de vídeo para um teleatendimento feito por enfermeiros, médicos ou residentes médicos. Foi implantado em 26 de março de 2020, a partir da parceria entre as Secretarias de Saúde do Recife e do Estado de Pernambuco. É ofertado o serviço de teleassistência para a população de 178 municípios, com ênfase nas síndromes gripais e COVID-19. Pode ser acessado a partir de uma aplicação web ([atendeemcasa.pe.gov.br](http://atendeemcasa.pe.gov.br)), através de qualquer smartphone, tablet ou computador com internet, ou ainda instalado por meio das lojas de aplicativos Android (*Google Play Store*). A implantação do serviço em Pernambuco se deu de forma gradual e por adesão dos municípios. Atualmente, 96,22% dos municípios de Pernambuco são assistidos pela plataforma, com cobertura de mais de 9,4 milhões de pernambucanos (98,59% da população total do Estado) (BOLETIM, 2020e).

Mais de 100 profissionais de saúde foram treinados pela Secretaria Estadual de Saúde (SES-PE), responsável por coordenar os atendimentos fora do Recife, para atuação no “Atende em Casa”. Dentre esses profissionais estão aqueles que foram remanejados dos serviços, seja por se enquadrarem no grupo de risco, seja por seus serviços estarem temporariamente fechados ou suspensos por conta da pandemia. Os profissionais recebem orientações quanto ao uso do aplicativo,

protocolos clínicos da Covid-19 e fluxo de atendimento nas unidades de saúde (BOLETIM, 2020e).

Até 17 de novembro de 2020, a ferramenta contava com quase 150,6 mil usuários cadastrados, em todas as regiões de saúde do estado. Ao todo, após teleorientação, mais de 15,3 mil pessoas foram orientadas a procurar uma unidade de saúde mais próxima da sua residência, e mais de 30,1 mil a permanecer em isolamento domiciliar. Além da oferta de teleorientação, com ênfase nas síndromes gripais e COVID-19, as atividades foram se expandindo para: telemonitoramento, ou seja, busca ativa e acompanhamento dos usuários confirmados, casos suspeitos ou de risco elevado para COVID-19; agendamento dos testes para COVID-19, com o objetivo de facilitar o acesso e apoiar os gestores municipais que desejarem aderir a essa funcionalidade. Até o dia 15 de novembro de 2020, foram marcados 13.881 testes pelo “Atende em Casa”, sendo 9.700 RT-PCR e 4.181 testes rápidos. Ao todo, a população de 146 municípios pôde realizar a marcação do exame por meio do “Atende em Casa” (BOLETIM, 2020e).

Costa et al. (2020) afirma que, no controle da pandemia da COVID-19, a telemedicina torna-se uma ferramenta útil, especialmente para os pacientes de alto risco, diminuindo a exposição a contaminações pelo SARS-CoV-2 e auxiliando no controle das comorbidades. Em 19 de março de 2020, frente a essa pandemia, o Conselho Federal de Medicina, de acordo com o Ministério de Saúde, reconhece a possibilidade e a eticidade da telemedicina, nos termos da teleorientação, teleconsulta e telemonitoramento.

[...]o atende em casa ele teve a grandiosidade de unir o cultural ao necessário na covid, porque aí você colocou vários trabalhadores, né? Vários profissionais de saúde, né? para atender...aí já não era atender trabalhadores e familiares, aí era pra atender toda a população e aí você teve...toda uma...um crescimento, né? Município a município, região metropolitana e você vai...vai...vai avançando para o sertão e que esse atende em casa ficou com a gente, ele ficou com... ficou é... com, no caso ficou com a SEGTES, ficou com a diretoria geral de educação em saúde (G1).

[...] Os programas: “Atende em Casa”, “Acolhe-SES”, os centros de testagem que foram se expandindo, porque começou para o servidor se expandiu para o não servidor. Que foram e são ações bem significativas. E a própria gestão dos aplicativos que hoje estão em funcionamento, agregados ao atende em casa. Para a população é algo bastante significativo (G3).

Para Caetano et al. (2020), a telessaúde pode ser uma ferramenta decisiva para aumentar a capacidade de combater o coronavírus e, ao mesmo tempo, manter os serviços de saúde funcionando e mais seguros. Vislumbra-se, ainda, como alternativa eficaz para preservar os serviços para aqueles que mais necessitam de cuidados pessoais. O uso imediato e a aplicação bem-sucedida da telessaúde para enfrentar este desafio global de saúde pública, provavelmente, aumentarão a aceitação pública e governamental de tais tecnologias para outras áreas da saúde no futuro, incluindo doenças crônicas, em todo o mundo e, também, no Brasil.

A possibilidade de ter acesso a um profissional de saúde, mesmo que por meio virtual, torna o acesso à informação, aos cuidados com a prevenção, testagem e acolhimento mais rápidos para o enfrentamento à pandemia. Além de possibilitar o ordenamento da rede de atenção à saúde, diante do caos da crise sanitária instalada pela pandemia da covid-19.

### **7.2.2 Saúde mental dos trabalhadores em saúde e Pandemia da COVID-19: “Acolhe–SES” e “Teleacolhimento”**

O surgimento da pandemia do COVID-19 evidenciou diversas fragilidades dos países atingidos, no que diz respeito também ao cuidado em saúde mental dos profissionais de saúde em tempos de crise. Os gestores precisam estar atentos as mudanças de comportamento dos profissionais que estão na linha de frente, a fim de favorecer que as intervenções específicas sejam tomadas precocemente, para a manutenção da saúde mental e cuidado aos profissionais atingidos por sintomas psíquicos, colaborando para a diminuição do adoecimento mental e na prevenção de complicações de transtornos mentais existentes (SAIDEL et al., 2020).

A Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco implantou o “Acolhe-SES”, que é mais uma estratégia de enfrentamento à pandemia da COVID-19, por meio da Unidade de Apoio Psicossocial (UNIAPS), em parceria com a Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco e a Gerência de Saúde Mental, que tem como objetivo oferecer suporte psicossocial e orientações sobre a rede de serviços de saúde aos profissionais que vivem o estresse diário na linha de frente do combate à COVID-19, assim como para seus familiares. Os profissionais de saúde poderiam acessar o serviço, através de uma ligação gratuita, de segunda a sábado, no horário de 7h às 19h (BOLETIM, 2020e).

No período de 30 de abril a 18 de novembro de 2020, foram registrados 897 atendimentos no “Acolhe-SES”, sendo 93,3% (837) de profissionais da SES, 2,8% (25) dos atendimentos para o público em geral, seguido de 1,9% (17) para familiares de profissional da SES, vítimas da COVID-19, e 1,3% (12) de atendimentos a profissionais de outras secretarias estaduais (BOLETIM, 2020e).

No programa “Acolhe-SES”, a equipe de retaguarda realiza os atendimentos de escuta psicoterápica e de psiquiatria. Durante o atendimento, foi identificado que, no período de 30 de abril de 2020 até 18 de novembro de 2020, 47% das queixas se referiam a conflitos emocionais/ansiedade, sendo dadas as devidas orientações, conforme as queixas referidas (BOLETIM, 2020e).

O gerenciamento do estresse e a prevenção nos profissionais são necessários, independente do estado epidemiológico instalado. A existência de atenção plena às necessidades dos trabalhadores em saúde promove a redução considerável do estresse percebido e, conseqüentemente, leva ao aumento da autocompaixão, maior satisfação com a vida, menos exaustão no trabalho e menos angústia (SOUSA JÚNIOR et al., 2020).

A compreensão, pelos gestores, das necessidades dos profissionais de saúde, no que diz respeito aos impactos causados na saúde mental desses trabalhadores, foi enfatizada nas falas da maioria dos gestores, quando três dos quatro gestores entrevistados citaram a importância do “Acolhe-SES” como sendo uma ação importante no enfrentamento à pandemia da COVID-19.

[...] bom, eu queria ressaltar só, não é só né? Porque foi uma coisa bastante grandiosa. Foi o “Acolhe-SES”, esse nome do acolher assim... era seguido de um sentimento muito grande. Então para mim, nós somos uma massa adoecida e essa perspectiva desse desconforto emocional, não só dos profissionais como também dos trabalhadores, do familiar do trabalhador que perdia seu ente querido, né? E que foi um programa que eu considero extremamente exitoso, né? As pessoas, né? As pessoas que estavam na ponta realmente fizeram uso dele, né? A gente pode não ter tido um número enorme de acessos, mas o número de pessoas, certamente, para aquela pessoa que ligou, naquele momento e que teve acesso, o “Acolhe-SES...é aquela coisa...foi decisivo...(G1).

[...]Os programas: “Atende em Casa”, “Acolhe-SES”, os centros de testagem que foram se expandindo, porque começou para o servidor se expandiu para o não servidor. Que foram e são ações bem significativas (G3).

[...] me lembro do programa que a gente criou para a questão psicológica também, tem até um nome...o “Acolhe-SES. Foram muitas iniciativas positivas no campo do trabalho para minimizar o impacto, que foi fortíssimo, sobre os profissionais de saúde. Então, acho que a gestão do



trabalho foi exitosa no manejo de uma série de ferramentas e reconhecendo também as fragilidades dos profissionais... (G4).

A proteção da saúde dos profissionais de saúde é fundamental para evitar a transmissão da COVID-19 nos estabelecimentos de saúde e nos domicílios desses profissionais. Além de adotar protocolos de controle de infecções (padrão, contato, via aérea) e disponibilizar equipamentos de proteção individual (EPI), deve-se proteger a saúde mental dos profissionais e trabalhadores de saúde, por conta do estresse a que estão submetidos nesse contexto. Pode-se pensar em ações que incluem o acolhimento e o atendimento à crise, com intervenção psicossocial rápida, mas também a garantia de um conjunto de ações de caráter preventivo, no sentido de diminuir a probabilidade dos profissionais sofrerem danos psicossociais no médio prazo e, especialmente, ações que promovam ambientes protegidos e favoráveis à saúde mental dos trabalhadores da saúde (TEIXEIRA et al., 2020).

A Secretaria Estadual de Saúde implantou o serviço de “Teleacolhimento” no dia 29 de junho de 2020, em parceria com o programa “Acolhe-SES”. Pensando em ampliar os atendimentos na perspectiva do acolhimento emocional não só a profissionais de saúde, passou a ofertar, através do aplicativo “Atende em Casa”, apoio emocional a todos os seus usuários, a fim de apoiá-los no enfrentamento dos impactos da pandemia do Covid-19 em sua saúde mental, a partir do serviço de “Teleacolhimento” (BOLETIM, 2020e).

O aplicativo registrou, até o dia 18 de novembro de 2020, 1.853 teleacolhimentos, para os quais os seguintes desfechos foram registrados: 1.172 (63,2%) realizaram a escuta sem necessidade de encaminhamentos; 653 (35,2%) foram encaminhados para a Equipe de Referência Diária, para a Escuta Psicoterápica e o Atendimento Psiquiátrico; 27 (1,5%) foram orientados a procurar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); e 1 (0,1%) foi orientado para rede de proteção às pessoas vítimas de violência. Há municípios contemplados pelo serviço do “Teleacolhimento” em todas as Regionais de Saúde do estado de Pernambuco (BOLETIM, 2020e).

Os efeitos da pandemia vêm atingindo, direta e indiretamente, a saúde mental das pessoas nos mais diversos aspectos, o que implica numa condição preocupante de saúde pública. É preciso pensar, planejar e, acima de tudo, implementar ações de suporte à saúde mental. Nesse sentido, uma epidemia de grande magnitude implica em uma perturbação psicossocial que pode ultrapassar a capacidade de

enfrentamento da população afetada. Pode-se considerar, inclusive, que toda a população sofre tensões e angústias, em maior ou menor grau. Dessa forma é preciso que haja uma construção corresponsabilizada de enfrentamento entre os diversos atores sociais incluídos nesse processo, ou seja, a população, os dispositivos e autoridades sanitárias e o poder público (SILVA; SANTOS; OLIVEIRA, 2020).

Segundo Saidel et al. (2020), em diversos pontos do Brasil há inúmeras iniciativas com a finalidade de cuidar do sofrimento psíquico dos profissionais de saúde, predominantemente na lógica digital ou telessaúde. É preciso avaliar e refletir como essas novas abordagens estão se constituindo e como poderiam ser estendidas a um número maior de pessoas.

### **7.2.3 Centros de Testagem Volante para COVID-19**

O diagnóstico da COVID-19 é um desafio em todo mundo, pois geralmente há um descompasso entre o início da sintomatologia e o diagnóstico laboratorial preciso. Além disso, cerca de 80% dos casos de COVID-19 são assintomáticos ou oligossintomáticos, e, na maioria das vezes, não são diagnosticados. A ampliação da testagem e do diagnóstico da COVID-19 é um desafio que se impõe à sociedade brasileira e ao SUS (MAGNO et al., 2020).

A testagem foi elencada como um grande desafio para o enfrentamento à pandemia da COVID-19:

[...]o grande desafio foi o diagnóstico laboratorial. Então o diagnóstico laboratorial foi um grande desafio e continua sendo, embora o LACEN hoje, se você for olhar o LACEN lá no início da pandemia e hoje. Hoje a gente tem condições de processar 3mil amostras por dia. Lá no início a gente, eu acho que a gente, por semana, a gente processava 30 amostras (G2).

Segundo Helioterio et al. (2020), de um modo geral, há consenso de que os trabalhadores são os mais afetados, contudo a ausência de dados e análises mais específicas impedem que se ultrapasse a mera constatação do problema. Trata-se, portanto, de assumir o trabalho como um determinante da infecção, reconhecendo a existência de grupos ocupacionais vulneráveis, com riscos à saúde, que demandam intervenções específicas sobre os ambientes e processos de trabalho e que devem integrar o conjunto de medidas de contenção da doença. Dentre as medidas

direcionadas ao momento atual, uma das estratégias de contenção da infecção pelo novo coronavírus em profissionais de saúde recomendada é a testagem de todos os trabalhadores, independente da presença de sintomas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020).

A Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, para viabilizar a coleta de exames dos profissionais de saúde, dos profissionais da segurança pública e de seus familiares, estruturou, inicialmente, três centros de coleta para exames de detecção da COVID-19. Além dos profissionais da área da saúde, a partir de 29 de junho de 2020, os centros de coletas passaram a atender também os outros profissionais dos serviços essenciais do estado de Pernambuco.

No momento, existem em funcionamento cinco centros de testagem volantes para COVID-19, sendo eles localizados: no Centro de Formação dos Servidores e Empregados Públicos do Estado de Pernambuco (CEFOSPE); no Centro de Abastecimento e Logística de Pernambuco (CEASA-PE); na Secretaria Estadual de Educação (SEDUC); no Centro de Convenções; e no Ginásio de Esportes Geraldo Magalhães (Geraldão), todos atendendo a população geral. Assim como os centros, os hospitais e as unidades de pronto atendimento (UPA) também realizam testagens dos profissionais lotados nas respectivas unidades de saúde. No período de abril a novembro de 2020, nos centros de testagem volantes, foram realizados 82.715 exames, sendo 37.101 swabs e 45.614 testes rápidos (Tabela 2).

**Tabela 2**– Distribuição dos exames realizados no estado de Pernambuco, por tipo de exame, Pernambuco, 2020.

CENTRO DE TESTAGEM	TIPO DE EXAME		TOTAL
	SWAB	TESTE RÁPIDO	
BONGI <sup>3</sup>	1.041	2.516	3.557
CEFOSPE <sup>1</sup>	5.952	6.761	12.713
CENTRO DE CONVENÇÕES <sup>2</sup>	15.549	13.951	29.500
CEASA <sup>4</sup>	10.533	19.389	29.922
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO <sup>5</sup>	1.572	2.197	3.769
GERALDÃO <sup>6</sup>	2.454	800	3.254
<b>TOTAL</b>	<b>37.101</b>	<b>45.614</b>	<b>82.715</b>

Fonte: Boletim (2020e).

Notas:<sup>1</sup>Atividades iniciadas dia 18/04/2020; <sup>2</sup>Atividades iniciadas em 25/04/2020; <sup>3</sup>Atividades iniciadas em 29/04/2020 e desativado em 18/09/2020; <sup>4</sup>Atividades iniciadas em 06/07/2020; <sup>5</sup>Atividades iniciadas em 06/10/2020;<sup>6</sup>Atividades iniciadas em 11/11/2020; \*Nº total de coletas realizadas até 09/11/2020.

A testagem para detecção da COVID-19, tanto de oro e nasofaringe quanto sorológicas, configura-se como uma estratégia que possibilita planejar o controle e reduzir a exposição entre profissionais e pacientes. Segundo estudos analisados, a testagem dos profissionais de saúde pode contribuir para otimizar a força de trabalho, subsidiar afastamentos dos que estão contaminados e oferecer segurança aos que testarem negativo. Além dos profissionais de saúde, a testagem dos familiares desses trabalhadores pode auxiliar a reduzir o absenteísmo decorrente do contato ou da necessidade de prestação de cuidados à família (RIBEIRO et al., 2020).

Todos os gestores entrevistados citaram a importância dos centros de testagem e o trabalho desenvolvido pela gestão do trabalho na condução dos testes, quando perguntados se “poderia elencar quais ações foram agregadas à política de gestão do trabalho em saúde no enfrentamento a pandemia?”, bem como ao longo da entrevista como um todo.

[...] Pernambuco foi o primeiro estado a testar profissionais, certo? Então o que que acontece? Foi quando a gente decidiu que nós abriríamos os centros de coleta para testagem de profissionais como uma forma que a gente tinha de dar resposta a eles, de tranquilizar ou de afastar quando necessário, de não afastar ...bom... os centros de coleta, eles foram criados pra isso, então, não seria uma ação, não seria uma ação da SEGTES, poderia ser uma ação de qualquer outra secretaria, menos nossa, mas a gente assumiu, né? (G1).

[...] Mas eu acho que um papel importante que a SEGTES desempenhou e que não era o papel da SEGTES foi a coordenação dos pontos de coleta de exames para COVID. A SEGTES abraçou essa causa, tomou conta dessa causa, que não é do escopo da SEGTES, mas que tem feito de forma muito majestosa. Eu acho que tem feito muito bem esse papel, embora não seja o papel da SEGTES(G2).

[...]Os programas: “Atende em Casa”, “Acolhe-SES”, os centros de testagem que foram se expandindo, porque começou para o servidor se expandiu para o não servidor. Que foram e são ações bem significativas”(G3).

Para Helioterio et al. (2020), ampliar a testagem para a COVID-19 em profissionais expostos ao risco de contaminação na assistência a pacientes contaminados, independentemente da presença de sintomas, é um passo importante e deve ser seguido por protocolos de ação que estabeleçam o que deve ser feito em cada resultado específico da testagem. Procedimentos padronizados, previamente definidos, reduzirão a incerteza e insegurança entre os trabalhadores e

racionalizarão as medidas seguintes. O Gestor 4 (G4) corrobora, em sua fala, com o que foi explicitado pelos autores:

[...]a gestão do trabalho em saúde...os profissionais de saúde foram fundamentais nesse processo. Eu acho que a gente tem um papel muito importante na área. Logo, logo a gente sabia, desde o início, que os profissionais eram fortemente afetados pelo vírus, por estarem na linha de frente, por estarem mais expostos. E a gente precisou, e acho que a gente foi muito feliz e isso foi reconhecido inclusive pelo ministério, montando o primeiro protocolo de afastamento e testagem para os profissionais de saúde. Pernambuco foi primeiro nisso, a partir dos esforços de todos aqui da área da SEGTES... a portaria e o protocolo de afastamento e testagem. A partir daí a gente deu a importância e a dimensão que o profissional de saúde tinha no enfrentamento, quando a gente colocou que era prioritário testá-lo e era prioritário afastá-lo(G4).

Para Medeiros (2020), os grandes desafios para os hospitais, especialmente os universitários, são: reorganizar o atendimento, ampliar leitos de unidade de terapia intensiva, abastecer-se com equipamentos de proteção individual, sobretudo máscaras e aventais de proteção, em escassez no mercado, e ter testes suficientes para o diagnóstico.

### 7.3 GESTÃO DO CONHECIMENTO NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DA COVID-19

Os resultados e discussão referentes ao objetivo específico de descrever como e quais conhecimentos orientaram os gestores de Pernambuco nas tomadas de decisões no enfrentamento à pandemia da COVID-19, na perspectiva da política de gestão do Trabalho em saúde, e o objetivo de propor medidas de padronização e avaliação da resposta da gestão do trabalho em saúde às situações de crise sanitária serão expostos com base na análise de conteúdo das entrevistas semiestruturadas, realizadas com os gestores de Pernambuco e divididas em três categorias: pandemia da COVID-19: primeiro contato e desafios; gestão do conhecimento na tomada de decisão na pandemia da COVID-19; medidas de padronização e avaliação da resposta da gestão do trabalho em saúde às situações de crise sanitária.

#### 7.3.1 Pandemia da COVID-19: primeiro contato e desafios

A pandemia de COVID-19 é um desafio sem precedentes para a ciência e para a sociedade, cobrando respostas rápidas e diversas dos sistemas de saúde, que precisaram ser reorganizados, em todos os seus componentes, para o seu enfrentamento (MEDINA et al.,2020).

Quando perguntados, durante a entrevista semiestruturada, “como gestor, como você tomou conhecimento da pandemia da COVID-19 e como foi o início das suas atividades voltadas para o enfrentamento?”, os gestores de Pernambuco relataram que as primeiras informações recebidas a respeito da pandemia foram através da imprensa, dos veículos de comunicação, mesmo alguns citando que o Ministério da Saúde já monitorava um evento desconhecido desde dezembro de 2019 e que as atividades para o enfrentamento começaram entre janeiro e fevereiro de 2020, como se segue abaixo:

[...] O conhecimento, ele foi via imprensa, né? A imprensa mais qualificada, ministério, com dados do ministério da saúde, mas muito mais com dados da internet mesmo, assim, com dados de pesquisa, que se ficava vendo em relação ao Google, ao conhecimento, as notícias do que acontecia no mundo (G1).

[...] Meu conhecimento da pandemia foi a partir do relato na China, ainda no final do ano de 2019 e início de 2020... então desde o início a gente tinha a preocupação com essa perspectiva de chegar no Brasil. Já em fevereiro, na situação pré-carnavalesca e das novidades e notícias em relação aos países da Europa afetados, a gente começou a se preocupar com um plano de contingência de como a gente iria enfrentar, não só do ponto de vista da vigilância, que tem sido uma área técnica para isso, mas do ponto de vista da assistência, porque a maior rede assistencial aqui é uma rede pública de gestão direta e uma rede pública de gestão por Organização Social, mas as duas vinculadas à Secretaria Estadual de Saúde (G3).

[...] No começo de janeiro começaram a ter rumores de um evento desconhecido na Ásia, mais precisamente na China e isso começou a despertar interesse, tanto das autoridades sanitárias locais e autoridades internacionais. Isso passou a ser tema, desde o começo de janeiro, nos noticiários também, mais precisamente tomamos conhecimento pelo noticiário. Depois tivemos a informação que o Ministério da Saúde monitorava essa situação desde o final de dezembro, mas as primeiras reuniões sobre a pandemia se deram na segunda quinzena de janeiro, aqui na SES. Nós montamos um comitê de enfrentamento, um comitê de operações de emergências, o COE, junto com a secretaria de vigilância e saúde e a partir daí fizemos o planejamento e a montagem do plano de contingência. Primeira quinzena de janeiro os primeiros sinais, nos noticiários e propriamente, se apropriar mais na segunda quinzena de janeiro. Acho que a primeira reunião aqui na secretaria foi em 30 de janeiro (G4).

Para Iseret al. (2020), a COVID-19 é uma realidade mundial e é imprescindível que seja enfrentada com base nas melhores evidências disponíveis.

Diante da análise das entrevistas, ficou explícito que as primeiras informações e evidências de um evento desconhecido na China foram repassadas pela imprensa e meios de comunicação, mesmo que em alguns relatos o Ministério da Saúde já tivesse conhecimento e estivesse inclusive investigando tal evento, ficando os demais órgãos de saúde estaduais e municipais recebendo as primeiras informações de um evento inusitado, de maneira não coordenada por parte do ente federal.

Para Vieira e Servo (2020), a crise sanitária acelerou o processo de distanciamento do Ministério da Saúde do seu papel de dirigente nacional do SUS e explicitou a decisão do governo federal pela inatividade, relegando ao órgão papel secundário nos esforços de enfrentamento à pandemia, com graves consequências para o acesso da população aos cuidados de saúde, especialmente os intensivos, e para a efetividade das ações no campo da vigilância em saúde.

A pandemia da COVID-19 representa um dos maiores desafios sanitários, em escala mundial, desse século. O insuficiente conhecimento científico sobre o novo coronavírus, sua alta velocidade de disseminação e capacidade de provocar mortes em populações vulneráveis geram incertezas quanto à escolha das melhores estratégias a serem utilizadas para o enfrentamento da epidemia em diferentes partes do mundo. No Brasil, os desafios que se apresentam são ainda maiores, pois pouco se sabe sobre as características de transmissão da COVID-19 num contexto de grande desigualdade social e demográfica, com populações vivendo em condições precárias de habitação e saneamento, sem acesso constante à água, em situação de aglomeração e com alta prevalência de doenças crônicas (BARRETO et al., 2020).

Quando falado em desafios no enfrentamento à pandemia da COVID-19, unanimemente os gestores de Pernambuco relataram que o maior desafio foi “o medo do desconhecido”. Nas falas transcritas abaixo podemos evidenciar:

[...] Os principais desafios, primeiro foi entender, né? O que estava acontecendo né? Assim... sair do turbilhão do que estava acontecendo, meio que pra olhar de fora, né? O inimigo ele está em todos os lugares. Você tinha que administrar o seu medo, você primeiro, para depois administrar as pessoas (G1).

[...] Foram muitos desafios desde o início. A começar que era um evento inusitado que se sabia muito pouco a respeito dele. A gente via os casos na China e se disseminando por todo o mundo, mas que se sabia muito pouco do que era, de como era a transmissão, de como era que se dava, qual a

melhor forma de diagnosticar, qual era o melhor tratamento, então até hoje a gente ainda não tem questões fechadas com relação a muitas coisas (G2).

[...] Acho que o principal desafio era ter que se tomar medidas sem ter o conhecimento adequado, principalmente no que diz respeito à doença em si, o diagnóstico da doença, evolução, história natural da doença, quais os medicamentos que poderiam ser utilizados, em qual momento (G3).

[...] Bom, o que não falta é desafio. mas, o primeiro e maior deles é o de lidar com o desconhecido, com a falta de informações. a pandemia surge num país que não é fácil, do ponto de vista da informação em saúde. não tem a tradição de ser um país que facilite a informação, por se tratar de um país muito fechado. isso dificultou muito porque nem todas as informações iniciais chegaram de forma mais precisa (G4).

As incertezas sobre a COVID-19 eram grandes, dado o desconhecimento sobre o novo coronavírus, e a guerra de versões entre as autoridades políticas e a comunidade científica ajudou a amplificá-las, tecendo um enredo cuja característica mais marcante tem sido o elevado grau de desorientação e perda de referências por parte da sociedade, colocando-a em situação de risco (HENRIQUES; VASCONCELOS, 2020).

Para Wernek e Carvalho (2020), o insuficiente conhecimento científico sobre o novo coronavírus, sua alta velocidade de disseminação e capacidade de provocar mortes em populações vulneráveis, geram incertezas sobre quais seriam as melhores estratégias a serem utilizadas para o enfrentamento da epidemia em diferentes partes do mundo. No Brasil, os desafios são ainda maiores, pois pouco se sabe sobre as características de transmissão da COVID-19 num contexto de grande desigualdade social, com populações vivendo em condições precárias de habitação e saneamento, sem acesso sistemático à água e em situação de aglomeração.

Diante do exposto, é possível afirmar que o maior desafio diante da pandemia da COVID-19 foi lidar com o desconhecido. Sabendo-se de início apenas que se tratava de uma doença de rápido contágio, alta letalidade e que não se tinha um tratamento específico e que a sobrecarga do sistema de saúde teria que ser impedida para o melhor atendimento à população.

### **7.3.2 Gestão do Conhecimento na tomada de decisão na pandemia da COVID-19 em Pernambuco**



Diante de um “desconhecido”, como fazer a gestão do conhecimento de maneira a enfrentar a pandemia da covid-19? Quando perguntado aos gestores de Pernambuco “quais as fontes de conhecimento e os fatores que orientaram o gestor para as tomadas de decisão quanto à Pandemia da COVID-19 na perspectiva da Gestão do Trabalho em Saúde? Considera a Gestão do Conhecimento como importante?”, foram apresentadas as seguintes respostas:

[...] Sem conhecimento as ações são baseadas em informações superficiais, sem nenhum tipo de profundidade e sustentabilidade e tende a não ter sustentabilidade e nem ter eficiência(G3).

[...] eu já falei da dificuldade que a gente tinha de fonte de informação segura. Óbvio que todo mundo estava tateando. então assim, essa pandemia pelo fator desconhecido, pelo fator do ineditismo, vamos dizer assim, da situação. Ela fez com que muitas das decisões fossem, de certa forma, empíricas, né?...mas eu acho que é preciso reconhecer que houve, no primeiro momento, um certo grau de empirismo, de sensibilidade mesmo do momento para alguma tomada de decisão (G4).

Para Robredo (2003), a informação é determinante para a existência do conhecimento, sendo considerada a base do conhecimento. Vale então considerar um aspecto importante: a definição da informação ocorre dentro de um dado contexto, ou seja, o conceito da informação assume características do sistema em que ela está inserida. Saito et al. (2020) relatam que, no contexto da pandemia da COVID-19, as informações disponíveis eram insuficientes para definir como seria o amanhã e a incerteza aumentava, à medida que os eventos locais, nacionais e globais se desenrolavam. Com isso, a complexidade das ações cresce e a tomada de decisão fica mais difícil.

A informação se constitui como parte indissociável do conhecimento, sendo a responsável pela sua geração. Pode-se afirmar que a informação é um fluxo de mensagens, enquanto o conhecimento é criado por esse próprio fluxo de informação, fundamentado nas crenças e compromissos de seu detentor. A construção do conhecimento acontece dentro de uma comunicação cujo fluxo se caracteriza pela troca de informação, ou seja, pela troca de conteúdos significativos entre um emissor e um receptor (JANNUZZI; FALSARELLA; SUGAHARA, 2016).

É fundamental reunirmos orientações, de fontes confiáveis, para dar mais segurança sobre como e por que agir nesse momento. Mas é preciso estarmos atentos, porque o conhecimento está sendo produzido e revisto, e devemos acompanhar as atualizações (ALVIM,2020, p.1).

Após a análise do conteúdo das entrevistas, foram citadas, pelos gestores de Pernambuco, algumas fontes de conhecimento que contribuíram para o enfrentamento à pandemia da COVID-19. Dentre as fontes citadas destaca-se as pesquisas e produções científicas produzidas por instituições acadêmicas, dentre as quais foram citadas O Instituto Aggeu Magalhães, Laboratório de Imunopatologia Keizo Asami (LIKA), Universidade Federal Pernambuco (UFPE) e a Universidade de Pernambuco (UPE), além das discussões com especialistas e com o conhecimento epidemiológico dos números adquiridos na prática da assistência e da vigilância em saúde, sempre com o cuidado de correlacionar com o que estava acontecendo na rede de atenção à saúde.

[...]Então, na verdade eram basicamente duas fontes de conhecimento: o conhecimento produzido pela Secretaria Estadual de Saúde, tanto do conhecimento epidemiológico, dos números, que primeiro começou caso grave, então a gente só conhecia caso grave, depois a gente teve também que ver caso leve, contabiliza um, contabiliza outro, quando é que é um, quando é outro. Quais são os sintomas. Então teve todo um conhecimento gerado na prática, na rotina do serviço, né... tanto da assistência quanto da vigilância. E também a fonte de conhecimento era o conhecimento científico produzido em tempo recorde pela academia, pelas instituições de pesquisa, é para que subsidiasse as ações da Secretaria Estadual de Saúde (G2).

[...] Então, assim, há o conhecimento a partir dos especialistas e de pesquisas que foram feitas por técnicos, publicações científicas, sempre com o cuidado de ouvir o que estava acontecendo na ponta, por que não existia nenhuma literatura brasileira sobre o assunto, então a gente teve que importar ações e tentar adaptar aqui no Brasil e especificamente aqui em Pernambuco... tentou fazer a gestão do conhecimento e a aplicação do que se tinha na época e era possível desenvolver aqui na rede. Então, tinha a gestão do conhecimento sobre a doença, mas também tinha a gestão do que precisava ser feito para operacionalizar essas medidas de gestão do que precisava ser feito, no que diz respeito principalmente a questão da operacionalização da rede (G3).

[...] eu já falei da dificuldade que a gente tinha de fonte de informação segura. Nós procuramos ouvir muito os especialistas, nós nos reunimos. no próprio comitê, tinham muitos especialistas. nós fizemos muitas reuniões e aí toda a comunidade científica. O Aggeu Magalhães, LIKA, UFPE, UPE e todos esses atores foram de alguma forma fontes de informação na busca de ter conhecimento mais adequado sobre isso. Óbvio que todo mundo estava tateando, então, assim, essa pandemia pelo fator desconhecido, pelo fator do ineditismo, vamos dizer assim, da situação. Ela fez com que muitas das decisões fossem, de certa forma, empíricas, né? (G4).

Para Carvalho, Lima e Coeli (2020), as revistas científicas têm papel fundamental no conjunto de estratégias e ações voltadas para o controle da pandemia da COVID-19. Além de possibilitar a divulgação do desenvolvimento científico sobre os mais variados aspectos relacionados ao tema, os estudos científicos são fundamentais para orientar decisões imediatas e a ciência tem impacto significativo no futuro das sociedades. A produção do conhecimento científico exige investimento, de médio e longo prazo, do poder público e da sociedade. A esperança de diminuir o impacto da pandemia no Brasil vem do que se acumulou de conhecimento.

Embora estejamos acostumados com o conceito de evidência científica, que se baseia, preferencialmente, em grandes ensaios clínicos que levam anos para serem concluídos, considerando a urgência apresentada pela pandemia da COVID-19, devemos confiar em estudos de caso, estudos de coorte única e até mesmo nas opiniões de especialistas. Porém, sabemos que não podemos perder de vista os critérios da medicina baseada em evidências e devemos lembrar de avaliar todos os vieses potenciais existentes nesse tipo de informação científica, sem limitar sua divulgação. Cada informação tem sempre algum valor, ao propor novas hipóteses, ampliar o debate e evoluir para novas pesquisas científicas de qualidade (MOREIRA, 2020).

Nesse contexto de alto grau de incerteza, a gestão do conhecimento pode ajudar a organização a reunir informações, interpretar sinais e analisar cenários, buscar e identificar fontes relevantes, avaliar a qualidade da informação disponível, contribuindo para clarear o cenário. Reunir pessoas com diferentes especialidades e facilitar discussões contribui para uma análise mais abrangente, possibilitando articular decisões e ações mais sólidas, baseadas em uma compreensão abrangente e profunda do momento (SAITO et al., 2020).

Ainda nesse contexto de incertezas, foi relatado pelos gestores de Pernambuco a conjuntura política, em âmbito nacional, que fragilizou de maneira importante a condução das informações no que se referia a pandemia da COVID-19.

[...] Enquanto isso, o presidente ia pra televisão dizer que aquilo ali não existia, que o COVID não existia..., mas ele ia com uma massa de pessoas, né? Que a gente sabe que o Brasil tem um contingente importante de pessoas que assistem televisão e é aqui que passa na televisão é a verdade e na verdade tinha um presidente dizendo que não ia usar

máscara, que era tudo mentira, que se...que se pudesse era para tomar cloroquina... (G1).

[...] Houve um momento muito difícil em relação à questão política por falta de um comando central no Ministério da Saúde, e isso foi observado, pelo menos no meu tempo de experiência em gestão, a gente sempre teve uma liderança central que reproduzia conhecimento, ainda que pelo Brasil ser muito grande havia conhecimentos que não eram aplicáveis, mas que pelo menos tinha um norte. Se senti muito isso na prática. A gente ficou sem uma liderança central, de informações, a falta de uma orientação do nível central, inclusive de orientações de quais as medidas de viriam do Ministério para o Estado e do Estado para os municípios(G2).

[...] Algumas produções que eram trazidas pelo Ministério da Saúde, que até um determinado momento preservou um pouco dos seus técnicos, dos melhores técnicos. depois isso foi achado...que, assim houve uma nítida perda de tecnicidade em geração de informação de qualidade e conhecimento no decorrer da pandemia, a partir do Ministério também. Chega um determinado momento que você perdeu completamente a linha técnica, né? A partir do momento que começou a misturar a política com questão de medicamento. Medicamento virou uma ideologia trazida para o campo técnico e isso prejudica qualquer tipo de gestão que se possa ter do melhor resultado (G4).

Ao mesmo tempo em que o SUS se preparava para a doença, o presidente Jair Messias Bolsonaro, já no dia 26 de janeiro, minimizava o problema, dizendo estar preocupado com o assunto, mas sem ver razão para alarme. Tal postura foi repetida, com pequenas variações de teor e tom ao longo de todo o primeiro semestre de 2020. A polarização, nesse caso, não se traduz apenas no debate público, mas tem consequências nas ações do poder público e da sociedade ante a expansão da COVID-19 (HENRIQUES; VASCONCELOS, 2020).

Sem que medidas obrigatórias de restrição a atividades fossem tomadas pelo governo federal, governadores agiram isoladamente. Medidas como suspensão de atividades escolares, a suspensão de eventos e presença de torcedores em jogos, fechamento de cinemas, teatros e casas de espetáculos foram tomadas pelos governadores. Inicialmente pelo Distrito Federal, seguido pelo governador de Goiás. O gesto levou a polêmicas com representantes da sociedade, que não foi ouvida, e com o próprio ministro da saúde à época, que declarou não haver qualquer orientação da pasta para suspensão de aulas ou suspensão de eventos. Naquela primeira metade de março, já tinha se tornado pública a tensão entre o Palácio do Planalto e o MS, o que veio à tona quando o MS foi obrigado a revogar medida que suspendia a saída de novos cruzeiros marítimos no país, enquanto durasse a situação de emergência pelo novo coronavírus. A diminuição da autoridade do MS também ficou clara quando a coordenação de atividades foi transferida para o

Centro de Coordenação das Operações do Comitê de Crise da COVID-19, subordinado diretamente à Casa Civil (HENRIQUES; VASCONCELOS, 2020).

A partir de abril de 2020, no entanto, as dificuldades de coordenação no âmbito do governo federal se acentuaram - entre áreas da política e entre a Presidência e o Ministério da Saúde - culminando em duas trocas do titular do Ministério da Saúde, com repercussões sobre a composição das equipes técnicas federais. Da mesma forma, foram intensificadas as diferenças de posições entre os governos federal, estaduais e municipais em torno das medidas de enfrentamento, bem como entre governos e grupos da sociedade (comunidade científica, movimentos sociais), o que dificultou a coordenação de esforços no enfrentamento da pandemia (LIMA; PEREIRA; MACHADO, 2020, p.3).

Para Costa, Rizzotto e Lobato (2020b), a ação deliberada de desmonte do Ministério da Saúde, com demissão de quadros técnicos, troca de três ministros, desde o início da pandemia, e a ausência de liderança que conduza o Brasil no enfrentamento da pandemia, uma vez que o próprio presidente opta por gerar crises políticas com os poderes da República, em que adota posição de negação, minimizando a gravidade da doença e a extensão da pandemia, orientando a população em sentido contrário ao indicado pela ciência, por organismos nacionais e internacionais de saúde e pela experiência acumulada por outros países, contribui para a ampliação e para o agravamento da tragédia sanitária gerada pela pandemia da COVID-19.

É possível afirmar que a crise política, no âmbito do governo federal no Brasil, evidenciada por uma condução de enfrentamento à pandemia guiada por extremos ideológicos, dissociada de evidências científicas, dificultou a reprodução de informações e a gestão do conhecimento, por parte dos outros entes da federação.

Mesmo diante do desconhecido e da crise política, vivenciada em âmbito nacional no enfrentamento à pandemia, os gestores de Pernambuco consideraram a gestão do conhecimento importante. Tanto na rotina da Secretaria Estadual de Saúde quanto para o enfrentamento da doença ela foi considerada fundamental.

[...] A gestão do conhecimento ela foi fundamental, né? (G1).

[...]A gestão do conhecimento é muito importante na rotina da Secretaria de Saúde e numa Pandemia é que se faz necessário mesmo né. E aí gestão do conhecimento entendida não apenas como a aplicação da informação, mas todas as etapas que a gente pode pensar da gestão do conhecimento. Desde a produção ou captação do dado, até o compartilhamento dessa informação que vira conhecimento e a aplicação desse conhecimento na prática (G2).

[...]bom. começando de trás pra frente. é óbvio que é fundamental (G4).

### 7.3.3 Gabinete de Crise

Sem que medidas obrigatórias de restrição a atividades fossem tomadas pelo governo federal, governadores agiram isoladamente.

Dentre as medidas temporárias adotadas pelo governo de Pernambuco, para o enfrentamento à pandemia da COVID-19, está a criação do Comitê Estadual Socioeconômico de Enfrentamento ao Coronavírus (“Gabinete de Crise”), instituído através do Decreto nº 48.810, de 16 de março de 2020:

Fica criado o Comitê Estadual Socioeconômico de Enfrentamento ao Coronavírus, sob a coordenação da Secretaria de Planejamento e Gestão, para acompanhamento e proposição de medidas de enfrentamento ao coronavírus. Parágrafo único. Representantes de outros órgãos, entidades e poderes, bem como de entidades da sociedade civil, poderão integrar, na condição de convidados, o Comitê a que se refere o caput, cuja estrutura e funcionamento serão disciplinados pelo Secretário de Planejamento e Gestão” (PERNAMBUCO, 2020f, art.11-B).

De maneira emblemática, o “Gabinete de Crise” foi citado como fator determinante para as tomadas de decisão no enfrentamento à pandemia da COVID-19 pelos gestores de Pernambuco entrevistados.

[...] E a gente tem que falar no gabinete de crise também, que foi instalado no palácio e que a gente tinha, em tempo real, né? Por uma decisão do governador que ele próprio participava, né, do gabinete de crise, todos os secretários também foram convocados, cada um recebia uma missão pra apoiar a gente em alguma situação, apoiar a Secretaria de Saúde em alguma situação e aí, né? Então, assim, as discussões elas iam desde o tratamento até se a gente não conseguisse tratar, como era a forma que a gente ia, né? Ia se portar. E assim, as decisões foram tomadas (G1).

[...] eu acho, foi necessário de fato envolver todas as secretarias, acho que foi muito importante e esse foi um diferencial aqui do estado de Pernambuco, foi o governador ter tido esse *insight* de envolver todos. Então todos estavam envolvidos e lá no Palácio. Foi muito simbólico isso. E o envolvimento de todos foi necessário de fato. Toda aquela força de trabalho, pensando junto, atuando junto foi muito importante (G2).

[...] Do pronto de vista de ampliação do gabinete de crise, foi fundamental a gente ter essa informação na mão, da quantidade e a distribuição dos casos e todos os outros dados que vem por trás dessa notificação de diagnóstico e de número de casos, como letalidade e a própria ocupação de leitos (G3).

[...] a partir daí nós montamos um comitê de enfrentamento, mais amplo até que o COES (Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública), com

a liderança do governador e com a participação de praticamente todos os secretários de governo. notadamente o maior destaque para o secretário de planejamento quem assumiu uma posição de coordenador junto com o governador. Mas eu posso citar praticamente todas as secretarias. A pandemia, a partir do momento que a gente dimensionou ela de forma adequada, ela foi logo diagnosticada com um problema muito além da saúde. É um problema de saúde pública um pouco mais grave dos últimos 100 anos, mais indiscutivelmente tinha reflexos socioeconômicos que necessitavam de um esforço conjugado de todo o governo. isso foi diagnosticado e assim foi feito nosso plano de enfrentamento que envolvia diversas secretarias, diversos secretários e ações foram assumidas pelos secretários como agentes públicos no enfrentamento [...] (G4).

Meneses (2020), no tocante à gestão estratégica, relata que a criação antecipada de um comitê de crise para agregar integrantes multiprofissionais é essencial para fortalecer a gestão baseada em evidências e articular o planejamento e tomada de decisão no enfrentamento à pandemia da COVID-19.

Para Périssé et al. (2020), a sinergia de políticas entre diferentes setores da gestão pública na construção de ações intersetoriais de base local tem demonstrado ser estratégia potente em políticas públicas, em especial em situações desfavoráveis em termos sociais, econômicos e de emergências sanitárias.

Pernambuco foi o único Estado brasileiro a apresentar um resultado considerado “de alto nível de transparência” pela Open Knowledge Brasil (OKBR), organização não-governamental, presente hoje em 66 países, com atuação nas áreas de transparência das gestões e abertura de dados públicos. Foram analisados os portais oficiais dos estados brasileiros e do governo federal, para estabelecer um ranking de transparência na divulgação das informações para a população sobre a pandemia da Covid-19. De acordo com o levantamento, 90% dos governos estaduais não publicam dados suficientes para que a população acompanhe, com detalhes, a disseminação do novo coronavírus. Em primeiro lugar no ranking, Pernambuco recebeu 81, de um total de 100 pontos, adotados como critério de avaliação. A avaliação levou em conta três questões essenciais: o conteúdo dos dados repassados, como idade, sexo e hospitalização de pacientes confirmados e informações sobre a infraestrutura de saúde; a granularidade, que leva em conta se os casos confirmados foram divulgados publicamente, respeitando a individualidade e o anonimato dos pacientes; e o formato da divulgação, com painéis analíticos, planilhas e séries históricas de casos (PERNAMBUCO, 2020q).

De acordo com Saito et al. (2020), um dos grandes potenciais de contribuição da gestão do conhecimento está em facilitar o acesso a conhecimento disponível na

organização, para que aqueles que estão na linha de frente ajam de forma ágil e efetiva. A gestão do conhecimento facilita a busca de informação na forma de guias e roteiros, dúvidas frequentes, boas práticas e soluções, além de ajudar a estruturar o que está sendo feito e a garantir que o aprendizado com a crise seja absorvido pela organização, através da sistematização e institucionalização dos conhecimentos, oferecendo métodos e meios para que isso seja feito de forma sustentável.



## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia da COVID-19 e seus impactos na população foi o assunto dominante no ano de 2020. A falta de informações seguras no início da pandemia foi um fator que dificultou o planejamento de ações no enfrentamento à doença.

A princípio, só se sabia que se tratava de uma doença de rápido contágio, alta letalidade, para a qual não se tinha um tratamento específico e que a sobrecarga do sistema de saúde era uma preocupação para os gestores da saúde.

Com o avanço da pandemia e as informações produzidas pelas ciências e pela área assistencial da saúde, em tempo recorde, os gestores da saúde precisaram rapidamente fazer a gestão do conhecimento dessas informações, para tomar as decisões e traçar estratégias para atender a população da melhor maneira possível, naquele momento.

Nesse cenário, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco conseguiu executar apolítica de gestão do trabalho em saúde nos eixos de “suprimento”, “aplicação”, “manutenção”, “desenvolvimento” e “avaliação”, tendo recrutado um total de 7.145 profissionais, dentre seleções e concursos; remanejou profissionais mediante as necessidades de servidores e dos serviços de saúde; investiu em capacitações, cursos, material didático, debates, todos de maneira virtual; garantiu o pagamento de incentivos, como a gratificação de desempenho e a progressão automática na carreira de todos os profissionais de saúde; e ainda implementou outras atividades, como o “Atende em Casa”, o “Acolhe-SES”, o “Teleacolhimento” e os centros de testagem para covid-19, consideradas como ações significativas e executadas de maneira majestosa pela SEGTES da SES-PE.

Pode-se afirmar que o maior desafio para o enfrentamento da pandemia da COVID-19 foi o “desconhecido”, como relatado por todos os gestores entrevistados neste trabalho.

A partir das falas dos gestores, identificou-se as fontes de conhecimento utilizadas para o enfrentamento à pandemia da COVID-19: pesquisas e produções científicas produzidas por instituições acadêmicas, dentre as quais foram citadas o Instituto Aggeu Magalhães, LIKA, UFPE e UPE, além das discussões com especialistas e com o conhecimento epidemiológico dos números adquiridos na prática da assistência e da vigilância em saúde, sempre com o cuidado de correlacionar com o que estava acontecendo na rede de atenção à saúde.

De maneira emblemática, o “Gabinete de Crise” instituído pelo governo de Pernambuco foi fator determinante para condução da gestão do conhecimento e planejamento das ações no enfrentamento à pandemia da COVID-19.

Pode-se, então, afirmar que a gestão do conhecimento foi reconhecida como muito importante na rotina da SES-PE e, durante a pandemia da COVID-19, ela foi considerada fundamental, entendendo a gestão do conhecimento não apenas como a aplicação da informação, mas todas as etapas da gestão do conhecimento, desde a produção ou captação do dado até o compartilhamento dessa informação, que vira conhecimento, e a aplicação desse conhecimento na tomada de decisão na prática.

Considerando o momento de crise sanitária ainda instalada e visando o período pós-pandemia para Gestão do Trabalho em Saúde, torna-se importante realizar estudos e refletir sobre estratégias para as consequências deixadas pela pandemia da COVID-19 nos trabalhadores da saúde, desde implicações de sofrimento mental, até limitações físicas desses profissionais acometidos pelo coronavírus.

Como projeto de intervenção para Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e outros serviços, encontra-se no Apêndice C desta dissertação, o “Roteiro de medidas de padronização e avaliação da resposta da gestão do trabalho em saúde às situações de crise sanitária”, que pode ser utilizado por gestores como ferramenta no processo de trabalho em situações de crises sanitárias futuras.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Josenildo S.; ASSIS, Marluce Maria A. Gestão do trabalho: abordagens teóricas e políticas no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). **Rev. baiana saúde pública**, Salvador, v. 35, p. 55-67, jun. 2011. Supl. 1. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2011.v35.n0.a147>.

ALVIM, Cristina. **Informação de fontes seguras é fundamental para enfrentar a pandemia**. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, UFMG, 25 mar. 2020. Disponível em: <https://www.medicina.ufmg.br/informacao-de-fontes-seguras-e-fundamental-para-enfrentar-a-pandemia/>. Acesso em: 4 nov. 2020.

ARIAS, Eluiza Helena L. *et al.* Gestão do Trabalho no SUS. **Cad. RH Saúde**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 112-117, mar. 2006.

BAPTISTA, Tatiana W. F.; AZEVEDO, Creuza S.; MACHADO, Cristiani V. (org.). **Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde**: abordagens e métodos de pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

BARBOSA JÚNIOR, Nayron B. Conhecimento organizacional: um novo paradigma. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 2., 1997, São Paulo. **Anais** [...]. São Paulo: Abepro, 1997. Disponível em: [http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGERP1997\\_T6111.PDF](http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGERP1997_T6111.PDF). Acesso em: 22 nov. 2020.

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

BARRETO, Maurício L. *et al.* O que é urgente e necessário para subsidiar as políticas de enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Brasil? **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 23, e200032, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200032>.

BATISTA, Karina B. C.; GONÇALVES, Otilia S. J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400007>

BECKMAN T. **Knowledge management**: a technical review. Washington: GWU Working Paper, 1998. Disponível em: <http://workspace.unpan.org/sites/Internet/Documents/UNPAN93042.pdf>. Acesso em: 20 set. 2020.

BOBBIO, Norberto; BOVERO, Michelangelo. **Sociedade e Estado na filosofia política moderna**. 4. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

BOLETIM COVID SES-PE. Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 12 mar. 2020a. Disponível em: [https://drive.google.com/file/d/1Q05y4zyE1eYgbn5ScCk4CPZ\\_D5i5qbX2/view](https://drive.google.com/file/d/1Q05y4zyE1eYgbn5ScCk4CPZ_D5i5qbX2/view). Acesso em: 15 set. 2020.

BOLETIM COVID SES-PE. Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 17 mar. 2020b. Disponível em:

<https://drive.google.com/file/d/1YF0jDnWyu0qtZ2ONNVyvegHulPZeRKxh/view>. Acesso em: 15 set. 2020.

BOLETIM COVID SES-PE. Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 18 nov. 2020d. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1TI6PAcYmulfzKsSVPzCmy2KPnows8WIk/view>. Acesso em: 20 out. 2020.

BOLETIM COVID SES-PE. Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 25 mar. 2020c. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1JyG2HmDUZBNdpqLKd6iCOnOyUxQdd2Z-/view>. Acesso em: 20 out. 2020.

BOLETIM COVID-19 SEGTES nº 48. Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 18 nov. 2020e.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Da Saúde. *In*: BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1998. 32. ed. São Paulo: Saraiva, 2003. Tít. 8, cap. 2, seção 2.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. **Perguntas & Respostas**. Brasília: Anvisa, 14 abr. 2020d. 26 p. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/219201/4340788/Perguntas+e+Respostas+GGTES.pdf/7fce6e91-cf99-4ec2-9d20-1fb84b5a6c38>. Acesso em: 21 ago. 2020.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 153, n. 241, p. 2-3, 16 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sobre a doença**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#o-que-e-covid>. Acesso em: 21 ago. 2020.

BRASIL. Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 158, n. 24-A, p. 1, 4 fev. 2020c.

BRASIL. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. 48 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo\\_clinico\\_covid-19\\_atencao\\_especializada.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo_clinico_covid-19_atencao_especializada.pdf). Acesso em: 21 ago. 2020.

BRAUN, Carla C.; MUELLER, Rafael R. A gestão do conhecimento na administração pública municipal em Curitiba com a aplicação do método OKA – Organizational Knowledge Assessment. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 4, p. 983-1006, jul. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-76121620>.

BUKOWITZ, Wendi R.; WILLIAMS, Ruth L. **Manual de gestão do Conhecimento**. Porto Alegre: Bookman, 2002.

CAETANO, Rosângela *et al.* Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos de pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, p. e00088920, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00088920>

CARNEIRO, Maria José T.; SANDRONI, Laila T. Ciência e política pública na perspectiva dos gestores: clivagens e confluências. **Soc. estado**, Brasília, v. 33, n. 1, p. 39-59, abr. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0102-699220183301002>.

CARVALHO, Marília S.; LIMA, Luciana D.; COELI, Cláudia M. Ciência em tempos de pandemia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. e00055520. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00055520>.

CASTELAR, Ivan *et al.* Uma análise dos determinantes de desempenho em concurso público. **Econ. Aplic.**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 81-98, mar. 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-80502010000100006>.

CASTRO, Beatriz L. G. *et al.* COVID-19 e organizações: estratégias de enfrentamento para redução de impactos. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, Brasília, v.20, n. 3, p. 1059-1063, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.17652/rpot/2020.3.20821>.

CHIAVENATO, Idalberto. **Recursos Humanos**: capital humano das organizações. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

COLLINS, Harry M. Tacit knowledge, trust and the Q of sapphire. **Soc. Stud. Sci.**, v. 31, n. 1, p. 71-85, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1177/030631201031001004>.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (Brasil). **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_az\\_garantindo\\_saude\\_municipios\\_3\\_ed\\_p1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3_ed_p1.pdf). Acesso em: 10 nov. 2020.

COSTA, Ana M.; RIZZOTTO, Maria Lúcia F.; LOBATO, Lenaura V. C. Na pandemia da Covid-19, o Brasil enxerga o SUS. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 125, p. 289-296, jun. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012500>.

COSTA, Isabela B. S. S. *et al.* O Coração e a COVID-19: O que o cardiologista precisa saber. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 114, n. 5, p. 805-816, 2020. DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20200279>.

COSTA, Sely Maria S. Fundamentação Teórica sobre Gestão do Conhecimento e Ciência da Informação. *In*: MOYA, José; SANTOS, Eliane P.; MENDONÇA, Ana Valéria M. (org.). **Gestão do Conhecimento em Saúde no Brasil**: avanços e perspectivas. Brasília: OPAS, 2009. p. 26-32.

CREWE, Emma; YOUNG, John. **Bridging Research and Policy: Context, Evidence and Links**. London: Overseas Development Institute, 2002. Working Paper 173. Disponível em: <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/184.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2020.

CRODA, Júlio H. R.; GARCIA, Leila P. Resposta imediata da Vigilância em Saúde à epidemia da COVID-19. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 29, n. 1, p. e2020002, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000100021>.

DAVENPORT, Thomas H.; PRUSAK, Laurence. **Conhecimento empresarial: como as organizações gerenciam o seu capital intelectual**. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

DUSSAULT, Gilles. A Gestão dos serviços dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 8-19, 1992. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/8792/7531>. Acessado em: 23 dez. 2018.

FARIA, Helayne X.; ARAUJO, Maristela D. Uma Perspectiva de Análise sobre o Processo de Trabalho em Saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 429-439, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000200018>.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONZALEZ, Rodrigo V. D.; MARTINS, Manoel F. O Processo de Gestão do Conhecimento: uma pesquisa teórico-conceitual. **Gest. Prod.**, São Carlos, v. 24, n. 2, p. 248-265, jun. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-530x0893-15>.

GUIRALDELLI, Reginaldo. Trabalho, trabalhadores e questão social na sociabilidade capitalista. **Cad. psicol. soc. trab.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 101-115, 2014. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-.0490.v17n1p101-115>.

GURGEL, Idê G. D. **A pesquisa científica na condução de políticas de controle de doenças transmitidas por vetores**. 2007. 311 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

HELIOTERIO, Margarete C. *et al.* COVID-19: por que a proteção da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia? **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, e00289121, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00289>.

HENRIQUES, Cláudio M. P.; VASCONCELOS, Wagner. Crises dentro da crise: respostas, incertezas e desencontros no combate à pandemia da Covid-19 no Brasil. **Estud. av.**, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 25-44, ago. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.003>.

IBGE. **Censo demográfico, 2010**. Disponível em:

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/panorama>. Acesso em: 10 out. 2020.

ISER, Betine P. M. *et al.* Definição de caso suspeito da COVID-19: uma revisão narrativa dos sinais e sintomas mais frequentes entre os casos confirmados. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 29, n. 3, e2020233, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000300018>.

JANNUZZI, Celeste S. C.; FALSARELLA, Orandi M.; SUGAHARA, Cibele R. Gestão do conhecimento: um estudo de modelos e sua relação com a inovação nas organizações. **Perspect. ciênc. inf.**, Belo Horizonte, v. 21, n. 1, p. 97-118, mar. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5344/2462>.

KELLEHER, Dominic; LEVENE, Simon. **Knowledge Management: a guide to good practice**. London: British Standards Institute, 2001.

KLÖCKNER, Wagner J.; CAMPOS, Dinael C. Atuando no subsistema recrutamento de pessoal. *In*: CAMPOS, Dinael C. **Atuando em psicologia do trabalho, psicologia organizacional e recursos humanos**. Rio de Janeiro: LTC, 2011. p. 113-118.

KODJAOGLANIAN, Vera Lúcia; MAGALHAES, Patrícia Marques. Reflexões: a construção do plano de Educação Permanente em Saúde em Mato Grosso do Sul. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, p. 127-133, ago. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s111>.

KOGA, Natália M. *et al.* **Instrumentos de políticas públicas para o enfrentamento do vírus da covid-19: uma análise dos normativos produzidos pelo executivo federal**. Brasília: Ipea, 2020. (Nota Técnica, n. 31).

LEITE, Fernando C. L.; COSTA, Sely Maria S. Gestão do conhecimento científico: proposta de um modelo conceitual com base em processos de comunicação científica. **Ci. Inf.**, v. 36, n. 1, 92-107, dez. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-19652007000100007>.

LIM, Luciana D.; PEREIRA, Adelyne M. M.; MACHADO, Cristiani V. Crise, condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da COVID-19. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 7, jul. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00185220>.

LIMA, Cláudio M. A. O. Informações sobre o novo coronavírus (COVID-19). **Radiol. Bras.**, São Paulo, v. 53, n. 2, p. 5-6, abr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0100-3984.2020.53.2e1>.

MACHADO, Maria Helena *et al.* (org.). **Manual Instrucional do Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2011.

MACHADO, Maria Helena. Gestão do trabalho em saúde no contexto de mudanças. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 133-46, ago. 2000.

MACHADO, Maria Helena. Mercado de trabalho em saúde. *In*: FALCÃO, André F. R. *et al.* (org.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil**: estudos e análises. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 227-248.

MAGNAGO, Carinne *et al.* Política de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde: a experiência do ProgeSUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1521-1530, maio 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.32962016>.

MAGNO, Laio *et al.* Desafios e propostas para ampliação da testagem e diagnóstico para COVID-19 no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3355-3364, set. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.17812020>.

MALIK, Ana Maria (org.). **Gestão de Recursos Humanos**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, USP, 1998. (Série Saúde & Cidadania, v. 9).

MATTEDI, Marcos A. *et al.* Epidemia e contenção: cenários emergentes do pós-Covid-19. **Estud. av.**, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 283-302, ago. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.017>.

MCKENNA, Steve; RICHARDSON, Julia; MANROOP, Laxmikant. Alternative paradigms and the study and practice of performance management and evaluation. **Hum. Resour. Manag. Rev.**, London, v. 21, no. 2, p. 148-157, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.hrmmr.2010.09.002>.

MEDEIROS, Eduardo A. S. Desafios para o enfrentamento da pandemia covid-19 em hospitais universitários. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 38, e2020086, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2020086>.

MEDINA, Maria G. *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cad. Saúde Pública**, Brasília, v. 36, n. 8, e00149720, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00149720>.

MENESES, Abel S. **Gerenciamento Emergencial de Recursos da Atenção Primária à Saúde no Enfrentamento à Pandemia da Covid-19**. São Paulo: SciELO Preprints, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.557>.

MERHY, Emerson E.; FRANCO, Túlio B. Trabalho em Saúde. *In*: PEREIRA, Isabel B.; LIMA, Júlio César F. (org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 427-432.

MINAYO, Maria Cecília S. (org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MOREIRA, Luiz Felipe P. The Importance of Scientific Publications in Times of Pandemic Crisis. **Clinics**, v. 75, e1895, abr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.6061/clinics/2020/e1895>.

MUNHOZ, Sarah; RAMOS, Laís H.; CUNHA, Isabel C. K. O. Eficiência e eficácia do desempenho da enfermagem em procedimentos técnicos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 66-70, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000100010>.



NOGUEIRA, Roberto P. A Força de Trabalho Em Saúde. Trabalho apresentado ao I Curso Internacional em Política e Administração de Saúde para a América Latina e o Caribe. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 61-70, 1983.

NONAKA, Ikujiro; TAKEUCHI, Hirotaka. **Criação de conhecimento na empresa**: como as empresas japonesas geram a dinâmica da inovação. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

OELKE, Nelly D.; LIMA, Maria Alice D. S.; ACOSTA, Aline M. Translação do conhecimento: traduzindo pesquisa para uso na prática e na formulação de políticas. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 113-117, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.03.55036>.

ONGOLO-ZOGO, Pierre *et al.* Climate for evidence informed health system policymaking in Cameroon and Uganda before and after the introduction of knowledge translation platforms: a structured review of governmental policy documents. **Health Res. Policy Syst.**, London, v. 13, n. 1, p. 2, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1186/1478-4505-13-2>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Coronavirus disease (COVID-19) outbreak**: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health. Genebra: OMS, 2020. Disponível em: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-rights-roles-respon-hw-covid-19.pdf?sfvrsn=bcabd401\\_0](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-rights-roles-respon-hw-covid-19.pdf?sfvrsn=bcabd401_0). Acesso em: 10 nov. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Trabalhando juntos pela saúde**: Relatório Mundial de Saúde 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Checklist para a Gestão dos Recursos Humanos em Saúde em Resposta à COVID-19**. Washington, DC: OPAS, 2020a. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52158/OPASBRAHSSHRCOVID19200011\\_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52158/OPASBRAHSSHRCOVID19200011_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 21 ago. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Diretrizes laboratoriais para detecção e diagnóstico de infecção pelo vírus da COVID-19**. Washington, DC: OPAS, 2020d. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52523/OPASIMSPHECOVID19200038\\_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52523/OPASIMSPHECOVID19200038_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 22 ago. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Folha informativa COVID-19**: Escritório da OPAS e da OMS no Brasil. Brasília: OPAS, 2020c. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875)). Acesso em: 21 ago. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Interpretação dos resultados laboratoriais para o diagnóstico da COVID-19**. Washington, DC: OPAS, 6 maio 2020e. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52385/OPASBRAPHECOVID-19200015\\_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52385/OPASBRAPHECOVID-19200015_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 21 ago. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus.**

Brasília: OPAS, 30 jan. 2020b. Disponível em:

[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6100:oms-declara-emergencia-de-saude-publica-de-importancia-internacional-em-relacao-a-novo-coronavirus&Itemid=812](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6100:oms-declara-emergencia-de-saude-publica-de-importancia-internacional-em-relacao-a-novo-coronavirus&Itemid=812). Acesso em: 21 ago. 2020.

PÉRISSÉ, André *et al.* **Covid-19 e vulnerabilidades**: considerações sobre proteção social nas favelas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. (Nota técnica). Disponível em:

[https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/nota\\_tecnica\\_-\\_enfrentar\\_covid-19\\_com\\_protecao\\_social\\_28-05-20.pdf](https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/nota_tecnica_-_enfrentar_covid-19_com_protecao_social_28-05-20.pdf). Acesso em: 30 out. 2020.

PERNAMBUCO. **Decreto nº 49.181, de 8 de julho de 2020.** Estabelece normas complementares de avaliação periódica de desempenho dos servidores públicos estaduais que especifica relativas ao ciclo avaliativo de 2020, aplicáveis no período de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus. Recife: Alepe Legis, 2020p. Disponível em: <https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?id=51042&tipo=TEXTTOORIGINAL>. Acesso em: 22 out. 2020.

PERNAMBUCO. **Decreto nº 32.823, de 9 de dezembro de 2008.** Aprova o Regulamento da Secretaria de Saúde, e dá outras providências. Recife: Alepe Legis, 2008. Disponível em:

<https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?id=19093&tipo=TEXTTOORIGINAL>. Acesso em: 20 out. 2020.

PERNAMBUCO. **Decreto nº 36.622, de 8 de junho de 2011.** Aprova o Regulamento da Secretaria de Saúde, e dá outras providências. Recife: Alepe Legis, 2011a.

Disponível em <https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?id=9849&tipo=>. Acesso em: 20 out. 2020.

PERNAMBUCO. **Decreto nº 44.226, de 15 de março de 2017.** Define critérios e procedimentos para a Avaliação Especial de Desempenho em Estágio Probatório. Recife: Alepe Legis, 2017. Disponível em:

<https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?id=27102&tipo=TEXTTOATUALIZADO>. Acesso em: 22 out. 2020.

PERNAMBUCO. **Decreto nº 48.810, de 16 de março de 2020.** Altera o Decreto nº 48.809, de 14 de março de 2020, que regulamenta, no Estado de Pernambuco, medidas temporárias para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019, conforme previsto na Lei Federal nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Recife: Alepe Legis, 2020d. Disponível em

<https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?id=49423&tipo=TEXTTOORIGINAL>. Acesso em 20 out. 2020.

PERNAMBUCO. **Decreto nº 48.830, de 18 de março de 2020.** Altera o Decreto nº 48.809, de 14 de março de 2020, que regulamenta, no Estado de Pernambuco, medidas temporárias para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019,

conforme previsto na Lei Federal nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Recife: Alepe Legis, 2020g. Disponível em:  
<https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?id=49453&tipo=TEXTTOORIGINAL>. Acesso em: 20 out. 2020.

PERNAMBUCO. **Lei Complementar Estadual nº 194, de 9 de dezembro de 2011.** Reajusta o vencimento base dos cargos públicos que indica. Recife: Alepe Legis, 2011d. Disponível em:  
<https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?tiponorma=2&numero=194&complemento=0&ano=2011&tipo=&url=>. Acesso em: 22 out. 2020.

PERNAMBUCO. **Lei Complementar nº 84, de 30 de março de 2006.** Institui Planos de Cargos, Carreiras e Vencimentos - PCCV's para o pessoal da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco - SES; do Departamento Estadual de Trânsito de Pernambuco - DETRAN/PE; e da Fundação Universidade de Pernambuco - UPE, e dá outras providências. Recife: Alepe Legis, 2006. Disponível em:  
<https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?id=2886&tipo=TEXTTOATUALIZADO>. Acesso em: 20 de out. 2020.

PERNAMBUCO. **Lei Complementar nº 324, de 11 de maio de 2016.** Define o início do processo de avaliação de desempenho, para fins de progressão na carreira, dos servidores ocupantes dos cargos públicos que indica. Recife: Alepe Legis, 2016. Disponível em:  
<https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?id=22618&tipo=TEXTTOORIGINAL>. Acesso em: 22 out. 2020.

PERNAMBUCO. **Lei Complementar nº 427, de 17 de abril de 2020.** Dispõe sobre a concessão de pensão especial complementar aos dependentes dos servidores que indica. Recife: Alepe Legis, 2020n. Disponível em:  
<https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?id=50210&tipo=TEXTTOORIGINAL>. Acesso em: 22 out. 2020.

PERNAMBUCO. **Lei Complementar nº 433, de 18 de setembro de 2020.** Altera o art. 3º da Lei Complementar nº 194, de 9 de dezembro de 2011, que reajusta o vencimento base dos cargos públicos que indica. Recife: Alepe Legis, 2020o. Disponível em:  
<https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?id=51888&tipo=TEXTTOORIGINAL>. Acesso em: 22 out. 2020.

PERNAMBUCO. **Lei Estadual nº 16.520, de 27 de dezembro de 2018.** Define a Secretaria de Saúde como órgão integrante da estrutura administrativa do Poder Executivo Estadual. Recife: Alepe Legis, 2018. Disponível em:  
<https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?tiponorma=1&numero=16520&complemento=0&ano=2018&tipo=&url=>. Acesso em: 22 out. 2020.

PERNAMBUCO. **Lei nº 14.538, de 14 de dezembro de 2011.** Institui regras para a realização dos concursos públicos destinados a selecionar candidatos ao ingresso nos cargos e empregos públicos da Administração Direta, Autarquias, Fundações, Empresas Públicas e Sociedades de Economia Mista do Estado de Pernambuco. Recife: Alepe Legis, 2011b. Disponível em:

<https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?id=735&tipo=TEXTTOATUALIZADO>. 2011. Acesso em: 22 out. 2020.

PERNAMBUCO. **Lei nº 14.547, de 21 de dezembro de 2011**. Dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender às necessidades de excepcional interesse público de que trata o inciso VII do art. 97 da Constituição Estadual. Recife: Alepe Legis, 2011c. Disponível em: <https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?id=1012&tipo=TEXTTOATUALIZADO>. 2011. Acesso em: 22 out. 2020.

PERNAMBUCO. **Lei nº 6.123, de 20 de julho de 1968**. Institui o regime jurídico dos funcionários públicos civis do Estado de Pernambuco. Recife: Alepe Legis, 1968. Disponível em: <https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?id=10727&tipo=TEXTTOATUALIZADO>. 1968. Acesso em: 20 out. 2020.

PERNAMBUCO. Portaria SES/PE nº 90, de 10 de março de 2020. Estabelece a ativação do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COES) como mecanismo de gestão Estadual para coordenação da resposta ao COVID-19 em Pernambuco. **Diário Oficial do Estado de Pernambuco**, Recife, ano 97, n. 45, p. 15-16, 11 mar. 2020e.

PERNAMBUCO. Portaria SES/PE nº 107, de 24 de março de 2020. Determina a suspensão da realização de cirurgias eletivas, consultas e procedimentos diagnósticos ambulatoriais em todas as unidades da rede assistencial pública e privada em todo o Estado de Pernambuco. **Diário Oficial do Estado de Pernambuco**, Recife, ano 97, n. 55, p. 8, 25 mar. 2020i.

PERNAMBUCO. Portaria SES/PE nº 133, de 2 de abril de 2020. Regulamenta, no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde, o parágrafo único do art. 3º do Decreto 48.835/2020, que estabelece normas complementares às medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, relativamente aos órgãos e entidades da Administração Pública Estadual. **Diário Oficial do Estado de Pernambuco**, Recife, ano 97, n. 62, p. 10, 3 abr. 2020h.

PERNAMBUCO. Portaria SES/PE nº 164, de 17 de abril de 2020. Aprova normas para movimentação provisória dos servidores da Secretaria de Estado de Saúde de Pernambuco durante período de enfrentamento da emergência em saúde pública decorrente do novo coronavírus (SARS-COV-2), agente causador da COVID-19. **Diário Oficial do Estado de Pernambuco**, Recife, ano 97, n. 72, p. 12, 18 abr. 2020j.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. **Plano de Contingência para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV)**. Recife: SES, 2020a. 28 p.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **A Secretaria**. Recife: SES/PE, 2020f. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/secretaria>. Acesso em: 15 set. 2020.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Avaliação de desempenho**. Recife: SES/PE, 2020m. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/programa/secretaria-executiva-de-gestao-do-trabalho-e-educacao-em-saude/avaliacao-de-desempenho>. Acesso em: 22 out. 2020.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Covid-19: PE é destaque na transparência**. Recife: SES/PE, 10 jun. 2020q. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/secretaria/covid-19-pe-e-destaque-na-transparencia>. Acesso em: 22 out. 2020.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Diretoria Geral de Educação em Saúde**. Recife: SES/PE, 2020l. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/secretarias-executivas/secretaria-executiva-de-gestao-do-trabalho-e-educacao-em-saude>. Acesso em: 21 out. 2020.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Estrutura Organizacional**. Recife: Portal da Lei de Acesso à Informação, 2019. Disponível em: <https://www.lai.pe.gov.br/ses/estrutura-organizacional/>. 2019. Acesso em: 22 out. 2020.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Governo nomeia 1.982 profissionais concursados**. Recife: SES/PE, 2020k. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/selecoes-e-concursos/governo-nomeia-1982-profissionais-concursados>. Acesso em: 21 out. 2020.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Protocolo clínico epidemiológico coronavírus (COVID-19)**. Recife: SES/PE, 2020c. Disponível em: [https://12ad4c92-89c7-4218-9e11-0ee136fa4b92.filesusr.com/ugd/3293a8\\_a2cfe6867f424655a6bfba676908cc35.pdf](https://12ad4c92-89c7-4218-9e11-0ee136fa4b92.filesusr.com/ugd/3293a8_a2cfe6867f424655a6bfba676908cc35.pdf). Acesso em: 15 set. 2020.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Secretaria Executiva de gestão do trabalho e educação na saúde**. Recife: SES/PE, 2020b. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/secretaria-executiva/secretaria-executiva-de-gestao-do-trabalho-e-educacao-em-saude>. Acesso em: 15 set. 2020.

PIERANTONI, Célia R. *et. al.* **Gestão do Trabalho e da educação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ/Observa RH, 2012.

PIERANTONI, Célia R.; MAGNAGO, Carinne. **Oferta e Necessidades de Recursos Humanos em Saúde**. Montevideo: Observatório Mercosur de Sistemas de Salud, 2015.

PIMENTEL, Alessandra. A teoria da aprendizagem experiencial como alicerce de estudos sobre desenvolvimento profissional. **Estud. psicol.**, Natal, v. 12, n. 2, p. 159-168, ago. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2007000200008>.

PIRES, Denise. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 53, n. 2, p.251-263, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672000000200010>.

PONTES, Benedito R. **Planejamento, recrutamento e seleção de pessoal**. 6. ed. São Paulo: LTr, 2010.

RAMOS, Pamela; RAMOS, Magda M.; BUSNELLO, Saul J. **Manual prático de metodologia da pesquisa**: artigo, resenha, projeto, TCC, monografia, dissertação e tese. São Paulo: Prentice, 2005.

REMUZZI, Andrea; REMUZZI, Giuseppe. COVID-19 and Italy: what next? **The Lancet**, Londres, v. 395, n. 10231, p. 1225-1228, 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30627-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30627-9).

RIBEIRO, Adalgisa P. *et al.* Saúde e segurança de profissionais de saúde no atendimento a pacientes no contexto da pandemia de Covid-19: revisão de literatura. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 45, e25, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000013920>.

ROBREDO, Jaime. **Da ciência da informação**: revisitada aos sistemas humanos de informação. Brasília: Thesaurus, 2003.

ROCHA, Elyrose S. B. *et al.* Gestão do conhecimento na saúde: revisão sistemática de literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 2, p. 392-400, abr. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000200024>.

SAIDEL, Maria Giovana B. *et al.* Intervenções em saúde mental para profissionais de saúde frente a pandemia de Coronavírus. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 28, e49923, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.49923>.

SAITO, André *et al.* **O papel da gestão do conhecimento na crise**. São Paulo: SBGC, 13 abr. 2020. Blog da SBGC. Disponível em: <http://www.sbgc.org.br/blog/o-papel-da-gestao-do-conhecimento-na-crise>. Acesso em: 12 set. 2020.

SANTINI, Stela M. L. *et al.* Dos 'Recursos Humanos' à Gestão do Trabalho: Uma análise da literatura sobre o trabalho no SUS. **Trab. educ. saúde**, v. 15, n. 2, p. 537-559, ago. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00065>.

SANTOS, Antônio R. *et al.* (org.). **Gestão do conhecimento**: uma experiência para o sucesso empresarial. Curitiba: Champagnat, 2001.

SCARBROUGH, Harry; SWAN, Jacky; PRESTON, John. **Knowledge Management: A Literature Review**, Issues in People Management Series. London: Institute of Personnel and Development, 1999.

SELLTIZ, Claire *et al.* **Métodos de pesquisa das relações sociais**. São Paulo: Herder, 1965.

SILVA, Hengrid Graciely N.; SANTOS, Luís Eduardo S.; OLIVEIRA, Ana Karla S. Efeitos da pandemia no novo Coronavírus na saúde mental de indivíduos e coletividades. **J. nurs. health**, v.10, n. 4, e20104007, 2020.

SMOLIAR, Stephen W. Interaction management: the next (and necessary) step beyond knowledge management. **Bus. Process. Manag. J.**, Bringley, UK, v. 9, n. 3, p. 337-353, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1108/14637150310477920>.

SOARES, Célia Regina V. **Significado do trabalho: um estudo comparativo de categorias ocupacionais**. 1992. Dissertação (Mestrado em Psicologia) –Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 1992.

SOUSA JÚNIOR, Belarmino S. *et al.* Pandemia do coronavírus: estratégias amenizadoras do estresse ocupacional em trabalhadores da saúde. **Enferm. foco**, Brasília, v. 11, p. 148-154, 2020. Número especial 1. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.ESP.3644>.

SOUZA, Sanay V.; ROSSIT, Rosana A. S. Dilemas e perspectivas dos Recursos Humanos em Saúde no contexto da pandemia. **Enferm. foco**, Brasília, v. 11, p. 68-73, 2020. Número especial 1. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.ESP.3624>.

TEIXEIRA, Carmen F. S. *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n.9, p. 3465- 3474, set. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VIANA, Dirce L. **Gestão do Trabalho em Saúde: revisão da literatura por meio de scopingreview**. 2012. 170 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

VIEIRA, Fabíola S.; SERVO, Luciana M. S. Covid-19 e coordenação federativa no Brasil: consequências da dissonância federal para a resposta à pandemia. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 44, 2020. Número especial 4, Scielo Preprint. DOI: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.1370>.

VIEIRA, Mônica. O trabalho e a educação na saúde: a “questão dos recursos humanos”. *In*: VIEIRA, Mônica; DURÃO, Anna V.; LOPES, Márcia R. (org.). **Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011. p. 79-117. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/I182.pdf>. Acesso em: 29 out. 2018.

VIEIRA, Mônica. **Recursos Humanos em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/rechumsau.html>. Acesso em: 23 nov. 2020.

WALDO, Dwight. **O estudo da administração pública**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1971.

WEISS, Carol H. The Many Meanings of Research Utilization. **Public Adm. Rev.**, Washington, v. 39, n. 5, p. 426-431, 1979. DOI: <https://doi.org/10.2307/3109916>.

WEISS, Carol H.; BUCUVALAS, Michael J. **Social Science Research and Decision-Making**. New York: Columbia University, 1980.

WERNECK, Guilherme L.; CARVALHO, Marília S. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de

Janeiro, v. 36, n. 5, e00068820, 2020. Editorial. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00068820>.

WILSON, Woodrow. O estudo da administração. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 3, n. 56, p. 349-366, set. 2005. DOI: <https://doi.org/10.21874/rsp.v56i3.236>.

XAVIER, Analucia R. *et al.* COVID-19: manifestações clínicas e laboratoriais na infecção pelo novo coronavírus. **J. Bras. Patol. Med. Lab.**, Rio de Janeiro, v. 56, e3232020, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5935/1676-2444.20200049>.

YIN, Robert K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZIVIANI, Fabricio *et al.* O impacto das práticas de gestão do conhecimento no desempenho organizacional: um estudo em empresas de base tecnológica. **Perspect. ciênc. inf.**, Belo Horizonte, v. 24, n. 1, p. 61-83, mar. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5344/3468>.



## **APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ENTREVISTA COM GESTORES DE PERNAMBUCO**

Termo de consentimento livre e esclarecido de participação na pesquisa “**ANÁLISE DA GESTÃO DO CONHECIMENTO APLICADA ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE**”

### **GESTORES DO ESTADO DE PERNAMBUCO**

Prezado(a) Participante,

Você está sendo convidado para participar da pesquisa – “**ANÁLISE DA GESTÃO DO CONHECIMENTO APLICADA ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE**”, cujo objetivo é analisar na perspectiva da gestão e tradução do conhecimento, capacidade de gestão e regulação às políticas de saúde.

Você foi selecionado (a), pois representa um dos Gestores do Estado de Pernambuco.

A pesquisa tem como objetivos: descrever a estrutura e base legal da política de gestão do trabalho em saúde da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco antes da pandemia da COVID-19 e o que foi incorporado para o enfrentamento à pandemia da COVID-19; discutir as ações adotadas pela gestão do trabalho em saúde para o enfrentamento à pandemia da COVID-19 e as consequências dessas respostas para o novo cenário da gestão do trabalho em saúde em situações de crise sanitária; descrever como e quais conhecimentos orientaram os gestores de Pernambuco nas tomadas de decisões no enfrentamento à pandemia da COVID-19 na perspectiva da Política de gestão do trabalho em saúde; propor medidas de padronização e avaliação da resposta da gestão do trabalho em saúde às situações de crise sanitária

Sua participação consiste em responder ao Roteiro de Entrevista para os Gestores do Estado de Pernambuco, onde serão discutidos aspectos da gestão do conhecimento e Gestão do Trabalho em Saúde.

\_\_\_\_\_ RUBRICA

Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode declinar desta participação; As gravações da entrevista poderão ser solicitadas ao pesquisador em qualquer tempo; A entrevista e/ou formulário podem representar algum risco de constrangimento em respostas às questões formuladas; Ao risco de constrangimento com alguma pergunta formulada é de livre escolha por parte do entrevistado a negativa da resposta à mesma ou mesmo da entrevista, em parte ou na sua totalidade; Sua eventual recusa não trará prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição do mesmo; Ao solicitar sua participação nesta pesquisa, não se pretende criar qualquer risco no sentido de prejudicar o seu trabalho; As informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais e

asseguramos o sigilo sobre sua participação; Você receberá cópia deste termo onde consta o contato do pesquisador, para eventuais esclarecimentos ou desistência da mesma.

Você receberá uma cópia deste termo e poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento, entrando em contato com o pesquisador Prof. Pedro Miguel dos Santos Neto, através do endereço: Departamento de Saúde Coletiva-NESC, Instituto Aggeu Magalhães, Campus da UFPE - Av. Prof. Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária; telefone: (81) 21012500 ou através do e-mail: [pedromiguel@cpqam.fiocruz.br](mailto:pedromiguel@cpqam.fiocruz.br)/ <http://www.cpqam.fiocruz.br>. Case necessite, você também poderá entrar em contato diretamente com o Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães, através do telefone (81) 21012639.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

---

Pesquisador responsável

### **DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO**

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação nessa pesquisa e concordo em participar.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

---

Participante da pesquisa

## **APÊNDICE B –ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GESTORES DO ESTADO DE PERNAMBUCO**

### **ANÁLISE DA GESTÃO DO CONHECIMENTO APLICADA ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE**

1. Como Gestor, como você tomou conhecimento da Pandemia da COVID-19 e como foi o início das suas atividades voltadas para o enfrentamento?
2. Quais foram os principais desafios como Gestor Público no enfrentamento à Pandemia da COVID-19?
3. Quais os setores que foram fundamentais para o enfrentamento à Pandemia da COVID-19?
4. Quais as fontes de conhecimento e os fatores que orientaram o Gestor para as tomadas de decisão quanto à Pandemia da COVID-19 na perspectiva da Gestão do Trabalho em Saúde? Considera a Gestão do conhecimento como importante?
5. Como a Gestão do Conhecimento contribuiu para as tomadas de decisão no Gabinete de Crise?
6. Como avalia que a Política de Gestão do Trabalho em Saúde contribuiu para o enfrentamento da Pandemia da COVID-19?
7. Poderia elencar quais ações foram agregadas à Política de Gestão do Trabalho em Saúde no enfrentamento à Pandemia da COVID-19?
8. Que condições foram criadas em apoio à equipe de gestão do trabalho para enfrentamento à Pandemia da COVID-19?
9. Como foi pensada a Política para proteção da força de trabalho em saúde permanente da Secretaria Estadual de Saúde (grupo de risco e não grupo de risco)?
10. Para finalizar, quais ações devem ser sistematizadas para o enfrentamento a qualquer Pandemia?

## APÊNDICE C – PROPOSTA DE PROJETO DE INTERVENÇÃO

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA

Fernanda Tavares Costa de Sousa Araujo

PROJETO DE INTERVENÇÃO  
ROTEIRO DE MEDIDAS DE PADRONIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DA RESPOSTA DA  
GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE ÀS SITUAÇÕES DE CRISE SANITÁRIA

RECIFE

2020

Fernanda Tavares Costa de Sousa Araujo

PROJETO DE INTERVENÇÃO  
ROTEIRO DE MEDIDAS DE PADRONIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DA RESPOSTA DA  
GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE ÀS SITUAÇÕES DE CRISE SANITÁRIA

Projeto de intervenção, como contribuição à Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, oriundo dos resultados da dissertação de mestrado profissional a ser apresentado ao curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública, do Instituto de Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: **Dr. Pedro Miguel dos Santos Neto**

Coorientadora: **Ms. Vanessa Gabriele Diniz Santana**

RECIFE

2020

## 1 INTRODUÇÃO

Para enfrentar situações de crise sanitária as instituições de saúde devem ser capazes de responder com recursos humanos em quantidade suficiente para atender às necessidades da população de maneira oportuna, relevante, eficiente e efetiva.

O planejamento de recursos humanos é essencial para garantir a preparação para a resposta, ampliar a capacidade para demanda em momento de pico, e garantir uma quantidade suficiente de trabalhadores da saúde que sejam mais eficientes e produtivos, fornecendo a eles treinamento, proteções, direitos, reconhecimento e ferramentas necessárias para desempenhar suas funções. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2020c, p.1).

Para Wanzeler et al. (2010), a padronização de processos é um fator crítico de sucesso, o qual influencia diretamente na qualidade dos processos e produto final, direcionando melhor a utilização dos recursos produtivos e, conseqüentemente, reduzindo os custos, perdas e desperdícios, através da redução de variabilidades e desconformidades ao longo do processo. Para a implantação da padronização de processos são utilizadas várias ferramentas como fluxogramas, formulários e manuais administrativos, os quais definem de maneira clara e objetiva as atividades que realmente agregam valor aos processos e, conseqüentemente, ao produto final.

Com a realização dessa dissertação pode-se perceber a necessidade de estabelecer uma padronização das ações a serem executadas pela gestão do trabalho em saúde no enfrentamento às situações de crise sanitária.

Diante disto e para atender ao objetivo específico “d” desta dissertação: “propor medidas de padronização e avaliação da resposta da gestão do trabalho em saúde às situações de crise sanitária”. E baseado nos resultados encontrados após análise documental e análise de conteúdo das entrevistas foi possível estruturar o “**modelo de roteiro de medidas de padronização e avaliação da resposta da gestão do trabalho em saúde às situações de crise sanitária**” para que o mesmo possa orientar gestores da gestão do trabalho em saúde na condução de suas ações em situações de enfrentamento às situações de emergência em saúde pública, ficando o mesmo como “**Projeto de Intervenção**” proposto para SES-PE e outros serviços.

## **2 OBJETIVO**

### **2.1 Objetivo Geral**

Propor medidas de padronização e avaliação da resposta da gestão do trabalho em saúde às situações de crise sanitária

### **2.2 Objetivos Específicos**

- a. Criar instrumento de padronização das ações da gestão do trabalho em saúde para as situações de crise sanitária
- b. Estabelecer orientações quanto ao preenchimento do instrumento

### 3 MÉTODO

A partir da análise documental, da análise do conteúdo das entrevistas realizadas com os gestores de Pernambuco e tomando como base o subsistema de Malik (1998) e o documento proposto pela OPAS (2020c) foi possível construir o modelo de roteiro de medidas de padronização e avaliação da resposta da gestão do trabalho em saúde às situações de crise sanitária abaixo descrito.

<b>ROTEIRO DE MEDIDAS DE PADRONIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DA RESPOSTA DA GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE ÀS SITUAÇÕES DE CRISE SANITÁRIA</b>		
<b>EIXO RECRUTAMENTO DE PESSOAL</b>		
<b>OBJETIVO</b>	<b>AÇÃO</b>	<b>STATUS</b>
ESTABELECE UM PROCESSO PARA PREVISÃO DAS NECESSIDADES DE PESSOAL E POSSÍVEL MOBILIZAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS	IDENTIFICAR PERFIL DAS ESPECIALIDADES/CATEGORIAS NECESSÁRIAS À PANDEMIA	
	REALIZAR MAPEAMENTO DO PERFIL DA FORÇA DE TRABALHO POR ESPECIALIDADE/CATEGORIA DAS UNIDADES SOB GESTÃO DIRETA	
	REALIZAR MAPEAMENTO DOS GRUPOS CONSIDERADOS DE RISCO	
	REALIZAR PROJEÇÃO QUANTITATIVO DE PROFISSIONAIS POSSIVELMENTE AFASTADOS POR CONTAMINAÇÃO	
	FAZER LEVANTAMENTO DAS SELEÇÕES VIGENTES POR ESPECIALIDADE/FUNÇÃO/BANCO RESERVA	
	FAZER LEVANTAMENTO DAS CONCURSOS VIGENTES POR ESPECIALIDADE/FUNÇÃO/BANCO RESERVA	
	COMPARAR O QUE SE TEM COM O QUE SE PRECISA	
	DEFINIR ESTRATÉGIA PARA RECRUTAMENTO (SELEÇÃO PÚBLICA SIMPLIFICADA/CREDENCIAMENTO)	
	ESTABELECE PLANO DE AÇÃO, RESPOSÁVEIS E CALENDÁRIO DE EXECUÇÃO	
BUSCAR PROFISSIONAIS DA SAÚDE APOSENTADOS E/OU PROFISSIONAIS DA SAÚDE QUE TRABALHAM FORA DO SETOR DA SAÚDE		
<b>EIXO APLICAÇÃO</b>		
<b>OBJETIVO</b>	<b>AÇÃO</b>	<b>STATUS</b>
ESTABELECE UM PROCESSO PARA PREVISÃO DAS NECESSIDADES DE PESSOAL E POSSÍVEL MOBILIZAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS	REMANEJAR PESSOAL PARA OUTRAS ÁREAS OU FUNÇÕES ONDE SEJAM MAIS NECESSÁRIOS ( Ex.: diaristas para plantonistas; generalistas para atender outras doenças; serviços remotos de teleconsulta)	
<b>EIXO MANUTENÇÃO</b>		
<b>OBJETIVO</b>	<b>AÇÃO</b>	<b>STATUS</b>



ESTABELECER UM PROCESSO PARA PREVISÃO DAS NECESSIDADES DE PESSOAL E POSSÍVEL MOBILIZAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS	REALIZAR NOMEAÇÕES DE PROFISSIONAIS PARA PROVIMENTO DE CARGO EFETIVO QUANDO POSSÍVEL	
<b>EIXO DESENVOLVIMENTO</b>		
<b>OBJETIVO</b>	<b>AÇÃO</b>	<b>STATUS</b>
OFERECER TREINAMENTO APROPRIADO E ATUALIZADO E MANTER COMUNICAÇÃO COM TRABALHADORES DA SAÚDE	DESENVOLVER MATERIAL EDUCATIVO PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA DIVERSOS NÍVEIS DE FORMAÇÃO E PROFISSÕES	
	PROMOVER CURSOS PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA DIVERSOS NÍVEIS DE FORMAÇÃO E PROFISSÕES	
	PROMOVER DEBATES PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA DIVERSOS NÍVEIS DE FORMAÇÃO E PROFISSÕES	
<b>EIXO AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO</b>		
<b>OBJETIVO</b>	<b>AÇÃO</b>	<b>STATUS</b>
GARANTIR OS PROCESSOS DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO	REALIZAR O PROCESSO DE AVALIAÇÃO EM ESTÁGIO PROBATÓRIO	
	MANTER O PAGAMENTO DA GRATIFICAÇÃO DE DESEMPENHO INCLUSIVE AOS PROFISSIONAIS ACOMETIDOS PELA PANDEMIA	
	MANTER OS VALORES PAGOS DA GRATIFICAÇÃO DE DESEMPENHO INCLUSIVE COM A SUSPENSÃO DE SERVIÇOS/ATENDIMENTOS E PROCEDIMENTOS ELETIVOS	
	REALIAZAR A PROGRESSÃO AUTOMÁTICA NA CARREIRA AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	
<b>EIXO PROTEÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO PERMANENTE</b>		
<b>OBJETIVO</b>	<b>AÇÃO</b>	<b>STATUS</b>
PROTEGER A FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE PERMANENTE	ESTABELECER TRABALHO REMOTO AO GRUPO DE TRABALHADORES CONSIDERADO DE RISCO	
	GARANTIR EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL AOS PROFISSIONAIS NÃO ENQUADRADOS COMO GRUPO DE RISCO	
	REALIZAR TURNOS ALTERNADOS DE TRABALHO/ REVEZAMENTO PARA PROFISSIONAIS NÃO ENQUADRADOS COMO GRUPO DE RISCO	
	GARANTIR A TESTAGEM DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	
	OFERECER SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO AS NECESSIDADES DE SOFRIMENTO PSICOSSOCIAL	

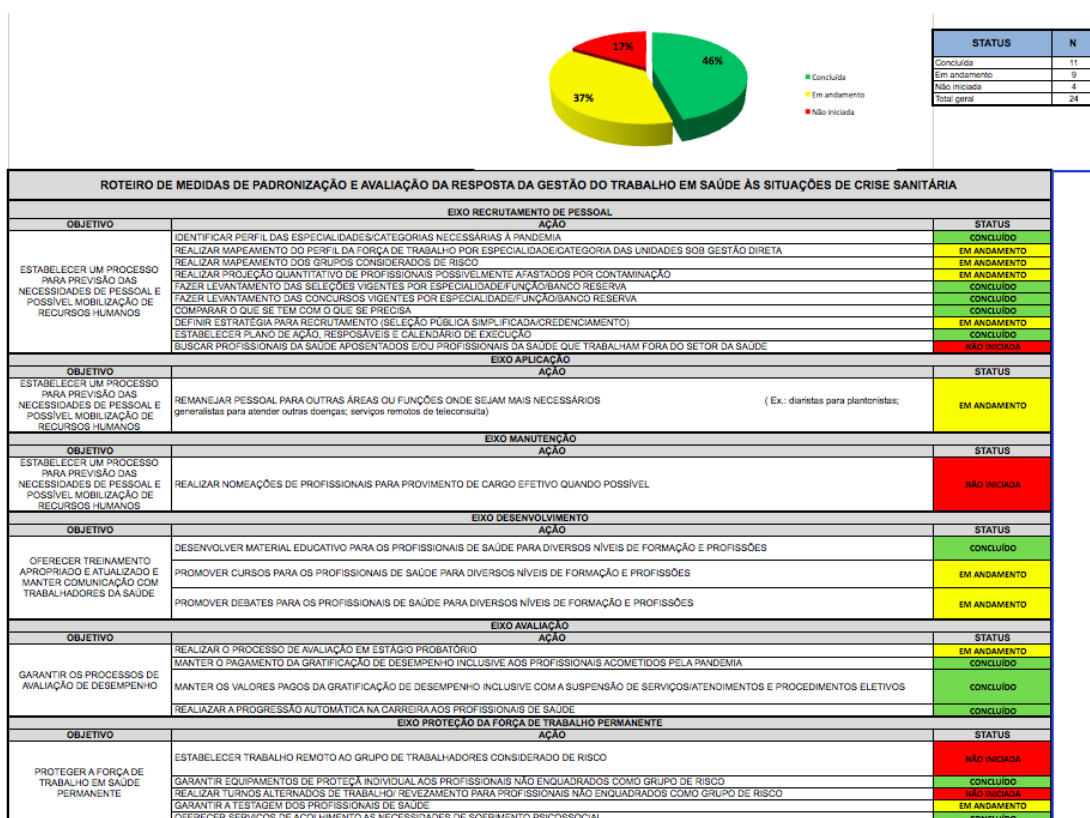
Fonte: Elaborado pela autora/orientador/coorientadora a partir da análise documental e análise das entrevistas

## ORIENTAÇÕES PARA UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO

Os gestores que optarem pela utilização do roteiro deverão preencher em formato Excel e marcar umas das alternativas para cada ação: não iniciada, em andamento ou concluída.

Após a identificação da ação em qual status se encontra, a planilha de Excel dará em gráfico o status geral das ações da seguinte maneira: verde, para ação concluída; amarelo para ação em andamento; e vermelho, para ação não iniciada.

Desta forma, o gestor poderá ter uma visão geral de quais ações precisa investir para que possa tornar o status como concluída e conduzir da melhor maneira estratégias para o enfrentamento às situações de crise sanitária.

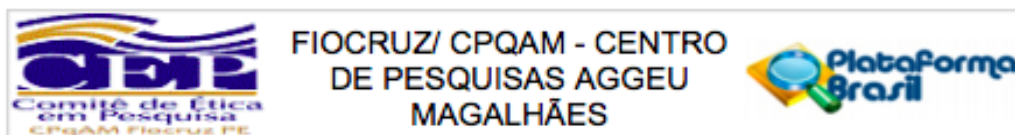


#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Chiavenato (2000) reforça o que foi discutido ao longo do trabalho que prover as organizações de pessoas necessárias (provisão), aplicar elas aos seus cargos e funções (aplicação), manter as pessoas trabalhando (manutenção), desenvolver as pessoas quanto as suas atribuições e funções (desenvolvimento) e controlá-las (monitoração), esses cinco processos estão interligados e são independentes na área de gestão de pessoas.

Diante disto, conclui-se ser fundamental estabelecer medidas de padronização para as ações da gestão do trabalho em saúde para o enfrentamento as situações de crise sanitária.

## ANEXO A –PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ANÁLISE DA GESTÃO DO CONHECIMENTO APLICADO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

**Pesquisador:** PEDRO MIGUEL DOS SANTOS NETO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 86325818.2.0000.5190

**Instituição Proponente:** FUNDACAO OSWALDO CRUZ

**Patrocinador Principal:** ORGANIZACAO PAN-AMERICANA DA SAUDE/ORGANIZACAO MUNDIAL DA SAUDE - OPAS/OMS

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.630.785

#### Apresentação do Projeto:

Projeto apresentado pelo pesquisador PEDRO MIGUEL DOS SANTOS NETO, do grupo de pesquisa da ESTAÇÃO OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE. Segundo o autor, justifica-se o estudo para que se compreenda a gestão do conhecimento para enfrentar os desafios na implantação de práticas inovadoras de gestão do trabalho em saúde, na inserção de políticas voltadas ao Terceiro Setor e na melhoria da qualidade dos serviços ofertados aos usuários do SUS.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Analisar, na perspectiva da gestão e tradução do conhecimento, capacidade de gestão e regulação as políticas de saúde.

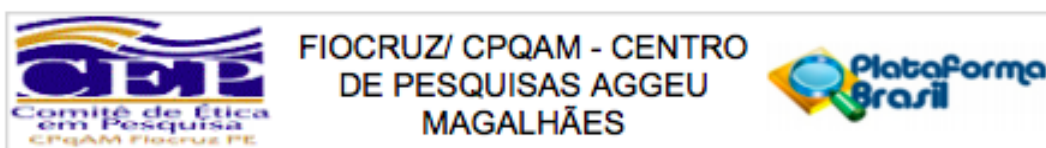
**Objetivo Secundário:**

I. Analisar a produção internacional e brasileira quanto à informação científica e técnica em saúde em relação à gestão do conhecimento na área de saúde;

II. Caracterizar o estágio atual de desenvolvimento das instituições que compõem a Rede Observatório de políticas de saúde e suas condições de apoiar as iniciativas da gestão em saúde.

III. Analisar as condições atuais e a capacidade das Secretarias de Saúde em desenvolver

**Endereço:** Av. Prof. Moraes Rego, s/nº  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.670-420  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2101-2639 **Fax:** (81)2101-2639 **E-mail:** comiteetica@cpqam.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 2.630.785

políticas voltadas à gestão do conhecimento, nas três esferas de governo.

IV. Descrever, segundo a literatura, as ferramentas e/ou instrumentos existentes que avaliam a capacidade das organizações em saúde e gestores em saúde de usar evidências científicas para tomada de decisão.

V. Avaliar o ambiente organizacional para uso de evidências científicas nas instâncias decisórias das políticas de saúde em municípios, estados e governo federal.

VI. Analisar a Gestão do Conhecimento como resultado da implantação de uma política pública de saúde.

VII. Analisar a gestão do

conhecimento como resultado da implantação do terceiro setor nas políticas públicas de Saúde

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

A pesquisa utilizará técnicas que utilizarão questionários, entrevistas, análise documental e Delphi. Segundo o autor, não há risco de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual para as pessoas que estarão envolvidas no projeto. O TCLE descreve os riscos e a forma de minimizá-los.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa considerada relevante visto que deverá contribuir para debater sobre questões fundamentais e desafiadoras da Gestão do Conhecimento, com o potencial de melhorar o uso de evidências na formulação e implementação de políticas de saúde nos espaços decisórios do SUS, identificando os principais obstáculos das organizações e as percepções dos gestores em saúde o processo e as experiências implementadas nesse campo do conhecimento.

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

Foram apresentadas todas as declarações e demais documentações exigidas pelo sistema CEP/CONEP.

#### **Recomendações:**

Não há.

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

O referido projeto, nesta versão, apresenta todas as informações necessárias para compreensão do estudo, foram apresentadas todas as documentações exigidas pelo sistema CEP/CONEP em atendimento à RES. CNS 466/12, portanto aprovado para sua execução.

<b>Endereço:</b> Av. Prof. Moraes Rego, s/nº	<b>CEP:</b> 50.670-420
<b>Bairro:</b> Cidade Universitária	
<b>UF:</b> PE	<b>Município:</b> RECIFE
<b>Telefone:</b> (81)2101-2639	<b>Fax:</b> (81)2101-2639
	<b>E-mail:</b> comiteetica@cpqam.fiocruz.br



**FIOCRUZ/ CPQAM - CENTRO  
DE PESQUISAS AGGEU  
MAGALHÃES**



Continuação do Parecer: 2.630.785

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP.

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	DECLARACAO_COMPROMISSO.pdf	02/05/2018 11:04:58	Janaina Campos de Miranda	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_AJUSTADO.pdf	02/05/2018 10:59:27	Janaina Campos de Miranda	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1096753.pdf	20/03/2018 13:15:04		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEs.pdf	20/03/2018 13:14:08	PEDRO MIGUEL DOS SANTOS NETO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCEP.pdf	20/03/2018 13:13:50	PEDRO MIGUEL DOS SANTOS NETO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	VANESSA.pdf	20/03/2018 13:12:40	PEDRO MIGUEL DOS SANTOS NETO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	STELLA.pdf	20/03/2018 13:12:26	PEDRO MIGUEL DOS SANTOS NETO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	PAULINE.pdf	20/03/2018 13:12:12	PEDRO MIGUEL DOS SANTOS NETO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	NANCY.pdf	20/03/2018 13:12:00	PEDRO MIGUEL DOS SANTOS NETO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	ELIANE.pdf	20/03/2018 13:11:45	PEDRO MIGUEL DOS SANTOS NETO	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	20/03/2018 13:09:59	PEDRO MIGUEL DOS SANTOS NETO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº  
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420  
 UF: PE Município: RECIFE  
 Telefone: (81)2101-2639 Fax: (81)2101-2639 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br



**FIOCRUZ/ CPQAM - CENTRO  
DE PESQUISAS AGGEU  
MAGALHÃES**



Continuação do Parecer: 2.630.785

**Necessita Apreciação da CONEP:**  
Não

RECIFE, 02 de Maio de 2018

---

**Assinado por:**  
**Janaina Campos de Miranda**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Prof. Moraes Rego, s/nº  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.670-420  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2101-2639 **Fax:** (81)2101-2639 **E-mail:** comiteetica@cpqam.fiocruz.br

## ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA



SECRETARIA EXECUTIVA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE  
DIRETORIA GERAL DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE

### DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Recife, 04 de fevereiro de 2020

Declaro estar ciente da realização da Pesquisa com o tema: **“Análise da Gestão do Conhecimento aplicada às Políticas Públicas de Saúde”**, do pesquisador responsável Pedro Miguel dos Santos Neto, nas Organizações Sociais contratadas pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, tendo ainda as pesquisadoras envolvidas: Eliane Maria Medeiros Leal; Fernanda Tavares Costa de Sousa Araújo; Nancy Maria Silva Janssen; Pauline Cristine da Silva Cavalcanti Stella Maria de Wit; Vanessa Gabrielle Diniz Santana.

A mesma deverá cumprir os requisitos da Resolução CNS 466/2012 e suas complementares e Resolução Nº 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde, comprometendo-se a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins de pesquisa.

Luciana Camêlo  
Gerente de Desenvolvimento na Educação na Saúde  
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco

Luciana Camêlo  
Gerente de Des.  
Educ. na Saúde  
Mat. 397.385-9