



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

WELLINGTON PEREIRA LOPES

**Repercussões do contexto sócio-político, sanitário e normativo
para a oferta e organização de serviços da Atenção Básica na
Macrorregião Norte do Paraná**

WELLINGTON PEREIRA LOPES

**Repercussões do contexto sócio-político, sanitário e normativo
para a oferta e organização de serviços da Atenção Básica na
Macrorregião Norte do Paraná**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Dra Brigida Gimenez Carvalho

Londrina PR

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

L864 Lopes, Wellington.
Repercussões do contexto sócio-político, sanitário e normativo para a oferta e organização de serviços da Atenção Básica na Macrorregião Norte do Paraná / Wellington Lopes. - Londrina, 2022.
121 f.

Orientador: Brigida Carvalho.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2022.
Inclui bibliografia.

1. Força de Trabalho na Atenção Básica - Tese. 2. Políticas Indutoras da Atenção Básica - Tese. 3. Federalismo brasileiro e o contexto da pandemia da Covid-19 - Tese. I. Carvalho, Brigida. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614

WELLINGTON PEREIRA LOPES

**Repercussões do contexto sócio-político, sanitário e normativo
para a oferta e organização de serviços da Atenção Básica na
Macrorregião Norte do Paraná**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva..

BANCA EXAMINADORA TITULAR

Orientadora: Prof^a. Dr^a Brigida Gimenez Carvalho
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof^a. Dr^a Elisabete de Fátima Polo de Almeida
Nunes
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Dr^a Stela Maris Lopes Santini
Secretaria de Estado de Saúde - SESA

Prof^a. Dr^a Fernanda de Freitas Mendonça
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof. Dr Pablo Guilherme Caldarelli
Universidade Positivo

Londrina, 17 de março de 2022

Agradecimentos

À Universidade Estadual de Londrina, pela oportunidade de realizar o mestrado.

À minha querida orientadora, Professora Brígida Gimenez Carvalho, por sua paciência, sabedoria, apoio e motivação.

Ào grupo Gest-SUS, por toda sabedoria compartilhada nos momentos de debates, pesquisa e aprendizado.

À minha mãe Lindalva, pelo incentivo, apoio e compreensão.

Em especial agradeço a minha amiga Maria Nilda, que sempre me motivou, que acreditou no meu potencial, que esteve mesmo que de longe desejando boas vibrações, mas que infelizmente não está mais entre nós neste momento.

A minha gratidão a todos que puderam contribuir com a minha formação, pois é através do conhecimento que podemos quebrar as barreiras que estão a nossa volta.

Grato a todos!

Eu acredito
que às vezes
são as
pessoas que
ninguém
espera nada,
que fazem as
coisas que
ninguém
consegue
imaginar.

Alan Turing

Resumo

Introdução: A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) se deu em um contexto político de redemocratização do país, quando se encerrava um ciclo ditatorial e se iniciava o período democrático, marcado por manifestações, reivindicações e participação popular em busca de melhorias em diversos aspectos. O contexto de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi marcado por políticas normativas seguindo a lógica federativa do país por meio da descentralização e participação de todos os entes federados. Apesar dos diversos avanços nos últimos anos, questões relacionadas a crise política, avanço do neoliberalismo e crises sanitárias têm influenciado diretamente as mudanças ocorridas no SUS. Esse trabalho teve como **objetivo:** Analisar as possíveis repercussões do contexto sócio-político, sanitário e normativo para a oferta e organização de serviços da AB na macrorregião norte do Estado do Paraná. **Metodologia:** Estudo de caráter compreensivo, realizado em dois movimentos distintos. O primeiro, de caráter quantitativo descritivo, por meio de dados secundários, disponibilizados pelo Ministério da Saúde (MS) no sistema Espaço para Informação e Acesso para o Sistema de Atenção Básica (e-gestor), sobre número e cobertura de equipes estratégicas da Atenção Básica (AB), referente ao período 2011 a 2019. O segundo movimento, de caráter qualitativo, foi realizado em 16 municípios da macrorregião norte do Paraná. Os sujeitos da pesquisa foram coordenadores municipais da Atenção Básica (AB) e secretários municipais de saúde entrevistados por meio de roteiro semiestruturado, que continha questões que versavam sobre a organização da atenção básica e gestão do trabalho e foram realizadas no período de julho a outubro de 2021. Para análise e interpretação dos dados, foi utilizado o método de análise de discurso. **Resultados:** Houve aumento no quantitativo e na cobertura, tanto da Estratégia Saúde da Família (eSF), quanto das demais equipes estratégicas entre os anos de 2011 a 2019, porém os resultados apontam estagnação e até mesmo redução para algumas estratégias nos anos subsequentes. O crescimento das ideias neoliberais, a reforma trabalhista e contextos políticos, econômicos e sociais no período da formulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, refletiram em flexibilização da forma de contratação e na estrutura das composições das equipes, afetando principalmente os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que sofreram redução do quantitativo de profissionais e da cobertura populacional. Na macrorregião norte do Paraná, a maioria dos municípios estudados manteve a organização da AB por meio das eSF, e em apenas três municípios verificou-se a existência de Equipes de Atenção Primária (eAP). Em relação às formas de contratação nesses municípios, notou-se aumento dos vínculos precários. Quanto a percepção dos gestores sobre o desempenho e tipo de vínculo contratual, observou-se que alguns gestores não identificam diferença entre a atuação de profissionais com vínculos distintos, entretanto houve ênfase por parte de alguns gestores que profissionais terceirizados e com vínculo de trabalho mais frágil tem melhor desempenho do que profissionais com estabilidade no trabalho. Observou-se que a crise sanitária da Covid-19 interferiu diretamente na organização e oferta de serviços da AB, além disso, a crise do federalismo brasileiro marcada por conflitos intergovernamentais provocou atraso na organização da AB para atuar frente a pandemia por Covid-19. Apesar disso houve organização por meio de unidades sentinelas de atendimento a pessoas sintomáticas respiratórias, unidades de coleta de exames e unidades de atendimento regular aos pacientes. Os serviços ofertados foram: tele-atendimento, rastreamento de casos suspeitos e casos confirmados, atendimento de pacientes com sintomas respiratórios nas unidades de referência, atendimento de rotina nas demais unidades,

coleta de exames, educação em saúde visando o combate às fakenews com a população do território, entrega ou envio por e-mail de receitas médicas de uso contínuo aos pacientes crônicos para minimizar aglomerações, incentivo ao programa de imunização e atendimento psicológico. **Conclusão:** Os resultados permitem inferir que a PNAB 2017 não possibilitou o fortalecimento da AB com foco na eSF; que o cenário político, sanitário, econômico e social vivenciado pelos municípios nos últimos anos, interferiu diretamente na forma de contratação dos profissionais, na percepção dos gestores em relação ao desempenho e vínculo de trabalho e que a crise entre os entes federativos, especialmente a descoordenação, refletiu de forma negativa na organização da AB para o combate da Covid-19..

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Força de trabalho, Gestão em Saúde; Pandemia.

Abstract

Introduction: The creation of the Unified Health System (SUS) took place in a political context of redemocratization of the country, when a dictatorial cycle ended and the democratic period began, marked by demonstrations, demands and popular participation in search of improvements in several aspects. The context of implementation of the Unified Health System (SUS) was marked by normative policies following the country's federative logic through decentralization and participation of all federated entities. Despite the various advances in recent years, issues related to the political crisis, the advance of neoliberalism and health crises have directly influenced the changes that have taken place in the SUS. The objective of this work was: To analyze the possible repercussions of the socio-political, sanitary and normative context for the offer and organization of AB services in the northern macro-region of the State of Paraná. **Methodology:** Comprehensive study, carried out in two different movements. The first, of a descriptive quantitative character, through secondary data, made available by the Ministry of Health (MS) in the Space for Information and Access system for the Primary Care System (e-manager), on the number and coverage of strategic teams of Care Basic (AB), referring to the period 2011 to 2019. The second movement, of a qualitative nature, was carried out in 16 municipalities in the northern macro-region of Paraná. The research subjects were municipal coordinators of Primary Care (AB) and municipal health secretaries interviewed through a semi-structured script, which contained questions about the organization of primary care and work management and were carried out from July to October of 2021. For data analysis and interpretation, the discourse analysis method was used. **Results:** There was an increase in the quantity and coverage of both the Family Health Strategy (eSF) and other strategic teams between 2011 and 2019, but the results point to stagnation and even reduction for some strategies in subsequent years. The growth of neoliberal ideas, labor reform and political, economic and social contexts in the period of formulation of the National Primary Care Policy (PNAB) of 2017, reflected in flexibilization of the form of hiring and in the structure of the composition of the teams, mainly affecting the Community Health Agents (CHA) who suffered a reduction in the

number of professionals and population coverage. In the northern macro-region of Paraná, most of the cities studied maintained the AB organization through the eSF, and in only three cities there was the existence of Primary Care Teams (eAP). Regarding the forms of contracting in these municipalities, an increase in precarious ties was noted. According to some managers, outsourced professionals with a weaker employment relationship perform better than professionals with job stability. It was observed that the health crisis of Covid-19 directly interfered in the organization and offer of AB services, in addition, the crisis of Brazilian federalism marked by intergovernmental conflicts caused delay in the organization of AB to act in the face of the Covid-19 pandemic. Despite this, there was organization through sentinel care units for people with respiratory symptoms, test collection units and regular patient care units. The services offered were: tele-attendance, tracking of suspected and confirmed cases, care for patients with respiratory symptoms in the reference units, routine care in the other units, collection of exams, health education aimed at combating fakenews with the population. of the territory, delivery or sending by e-mail of medical prescriptions for continuous use to chronic patients to minimize crowds, incentive to the immunization program and psychological care. Conclusion: The results allow us to infer that the 2017 PNAB did not make it possible to strengthen AB with a focus on the eSF; that the political, health, economic and social scenario experienced by the municipalities in recent years, directly interfered in the form of hiring professionals, in the perception of managers in relation to performance and work relationship and that the crisis between federative entities, especially the lack of coordination , reflected negatively on AB's organization to combat Covid-19. Keywords: Primary Health Care, Family Health Strategy, Community Health Agents, Workforce, Health Management; Pandemic.

Keywords: Primary Health Care, Family Health Strategy, Community Health Agents, Workforce, Health Management; Pandemic.

Lista de figuras

Manuscrito 1

Figura 1 - Cobertura de equipes estratégicas da AB no Brasil, de 2011 á 2019.....	
.....	43
Figura 2 – Cobertura de equipes estratégicas na AB entre os anos de 2011 à 2019 na região Macronorte do Paraná.....	46

Lista de tabelas

Manuscrito 1

Tabela 1: Distribuição do número de ACS, eSF, SB e de NASF no Brasil, de 2011 a 2019.....	42
---	----

Lista de quadros:

Manuscrito 1

Quadro 1: Distribuição do número de ACS, eSF, ESB e NASF nas macrorregiões do Brasil, de 2011 a 2019.....44

Quadro 2: Distribuição do número de ACS, eSF, ESB e NASF no estado do Paraná e na macrorregião Norte do Paraná, 2011 a 2019.....45

Lista de abreviações e siglas

AB.....	Atenção Básica
ACE.....	Agente de Combate a endemias
ACS.....	Agente Comunitário de Saúde
CONASS.....	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
EAP.....	Equipe de Atenção Primária
EC.....	Emenda Constitucional
ESB.....	Equipe de Saúde Bucal
eSF.....	Estratégia Saúde da Família
FT.....	Força de Trabalho em Saúde
OAB.....	Ordem dos Advogados do Brasil
MS.....	Ministério da Saúde
NASF-AB....	Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica
NASF.....	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS.....	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB.....	Norma Operacional Básica
OMS.....	Organização Mundial da Saúde
PAB.....	Piso de Atenção Básica
PNAB.....	Política Nacional da Atenção Básica
PPB.....	Programa Previne Brasil
PROVAB....	Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica
PSF.....	Programa Saúde da Família
PR.....	Paraná
SUS.....	Sistema Único de Saúde
SB.....	Saúde Bucal
STF.....	Supremo Tribunal Federal
TCLE.....	Termo de consentimento livre esclarecido
UBS.....	Unidade Básica de Saúde
UEL.....	Universidade Estadual de Londrina

Sumário

APRESENTAÇÃO	15
Introdução.....	17
Justificativa	21
Objetivo Geral.....	22
Objetivos Específicos.....	22
Bases conceituais do trabalho	22
Políticas Indutoras da AB.....	23
Força de Trabalho em Saúde na AB.....	25
Federalismo brasileiro e o contexto da pandemia da Covid-19	29
Metodologia	32
Resultados e Discussão	38
Manuscrito 1: Adesão e cobertura de programas estratégicos financiados por políticas indutoras no Brasil e regiões.....	38
Artigo 2: Influência do contexto sócio-político e normativo para a organização da força de trabalho e ofertas de serviços da AB	56
Manuscrito 3: Relações Inter federativas e seus reflexos na organização da AB com vistas ao combate à Covid-19.....	74
Considerações finais.....	87
Referências	88
APÊNDICE A.....	98
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	98
Apendice B	99
Roteiro de pesquisa.....	99
Anexos.....	101
Parece de aprovação no Comitê de ética	102

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação apresenta um trabalho que procurou compreender as possíveis repercussões do contexto sócio-político, sanitário e normativo para a oferta e organização de serviços da AB na Macrorregião Norte do Paraná, por meio de uma pesquisa desenvolvida em municípios desta macrorregião.

O desejo pelo tema do estudo partiu devido a minha trajetória profissional, visto que ao finalizar a minha graduação em enfermagem no ano de 2016, pude ingressar no ano de 2018 no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família na Universidade Estadual de Londrina (UEL). A partir desses espaços, percebi que alguns processos de trabalho sofriam interferências externas em diferentes aspectos, sejam esses ligados ao contexto político, econômico ou outros fatores.

Ao finalizar o programa de residência, ingressei no mestrado pelo Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UEL, e por consequência participei do projeto “Safety”, desenvolvendo algumas pesquisas a respeito da Covid-19. Nesse projeto, pude constatar mais uma vez interferências externas influenciando a organização dos serviços e o modelo de financiamento do SUS.

No final do ano de 2020, comecei a participar do grupo de pesquisa “GestSUS”, em que aprendi através de diversos debates mais sobre regionalização, gestão da AB, alterações no financiamento e sobre o federalismo brasileiro. Esse último tema ganhou uma disciplina no programa, ampliando meu olhar em relação ao funcionamento organizacional e político do Brasil, o que aumentou meu desejo de estudar a relação entre os contextos sócio-políticos e sanitário aos aspectos relacionados à AB.

Para o desenvolvimento da dissertação, intensifiquei meus estudos em relação ao contexto socio-político do Brasil nos últimos anos, organizei os dados relacionados à cobertura de programas estratégicos, força de trabalho na AB e a respeito da oferta e organização de serviço no contexto sanitário. Sendo assim, esse manuscrito foi organizado em sete tópicos.

O primeiro se refere a introdução, em que é realizado um resgate histórico a respeito da criação dos SUS, das políticas indutoras do sistema, da força de trabalho em saúde na AB e dos contextos sócio políticos que influenciaram o desenvolvimento

do sistema. No segundo passo apresenta-se os objetivos traçados para esse estudo. O terceiro apresenta as bases conceituais do trabalho que se dividem em três, sendo elas: Políticas indutoras da AB, força de trabalho em Saúde na AB e Federalismo brasileiro e o contexto da pandemia da Covid-19

O quarto passo se trata do percurso metodológico percorrido para elaboração desse trabalho, composto pelos tipos de estudo: quantitativo por meio de coleta de dados em base de dados governamentais e qualitativo por meio da definição dos locais e participantes, entrevista semiestruturada, procedimento de análise de dados, sigilo e aspectos éticos.

No quinto apresentou-se os resultados, por meio de três manuscritos. O primeiro, intitulado “Adesão a programa de coberturas estratégicas por políticas indutoras no Brasil e regiões”, que se refere ao estudo quantitativo e responde ao primeiro objetivo que é Analisar a adesão e cobertura de programas estratégicos financiados por políticas indutoras. Na sequência, apresentou-se o segundo, intitulado “Influência do contexto sócio-político e normativo para a organização da força de trabalho da AB e ofertas de serviços”, que responde ao segundo objetivo específico, que é Identificar as alterações nas modalidades de provimento da Força de Trabalho em Saúde no SUS e a percepção dos gestores entre o desempenho e a modalidade de vinculação dos trabalhadores nos serviços da macrorregião norte do Paraná. E por fim, o terceiro manuscrito, intitulado “Relações federativas e suas interferências na organização da AB no combate a Covid-19”, que responde ao terceiro objetivo específico do estudo, que é analisar as repercussões da pandemia da Covid-19 sobre a oferta e organização dos serviços na AB da macrorregião norte do Paraná.

O sexto passo conclui com as considerações finais, em que foram sintetizados os principais achados da dissertação, conclusões e limitações do estudo, bem como as lacunas que podem ser exploradas em novos estudos futuros.

Introdução

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) se deu em um contexto político de redemocratização do país, em que se encerrava um ciclo ditatorial e se iniciava o período democrático marcado por manifestações, reivindicações e participação popular em busca de melhorias em diversos aspectos. Nesse cenário, surgem novas ideias de cuidado ampliando o conceito de saúde, abordando elementos direcionados à prevenção, promoção, tratamento e reabilitação em saúde (PAIVA; TEIXEIRA, 2014)

Além disso, a constituição de 1988 resgatou as estruturas do federalismo brasileiro que foram modificadas durante a era Vargas e o regime militar, reafirmando a divisão de poderes e autonomia entre os entes federativos em diversos aspectos. Destaque-se que o federalismo brasileiro tem características próprias, organizado de forma trina por meio da União, Estados e Municípios, e cada ente tem autonomia nas esferas políticas, econômicas e administrativas (SOUZA, 2005).

Nesse sentido, o Brasil adotou um modelo de federalismo simétrico dentro de um país totalmente assimétrico fazendo com que esse modelo funcionasse com caráter cooperativo em alguns momentos e competitivo em outros (SOUZA, 2005).

Dando sequência a essas mudanças, iniciou-se o processo de descentralização em diversas áreas, incluindo a saúde pública por meio da lógica do federalismo cooperativo entre as três esferas de governo, ou seja, compreendendo a autonomia entre os entes federados em coexistência com o estado soberano representado por meio da União (DOURADO; ELIAS, 2011)

A descentralização no Brasil obedeceu a um amplo clamor da sociedade e dos governos subnacionais que lutavam por um sistema de saúde que desse visibilidade às diferentes realidades locais, dando também subsídios para que os próprios municípios pudessem trabalhar dentro da sua especificidade (ABRUCIO, 2020)

A ideia de cooperação trouxe responsabilidades para todos os entes federativos e quebrou a ideia de competência exclusiva e hegemônica de apenas um ente, tendo a União como o mediador e articulador da criação de políticas públicas de forma coordenada, levando em conta as especificidades de todos os entes representados (DOURADO; ELIAS, 2011).

Nesse sentido, a construção de um sistema regionalizado e descentralizado foi instituída pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8080/90 e da lei nº 8142/90 (BRASIL, 1990). Ambas as leis podem ser caracterizadas como base para o “federalismo sanitário brasileiro”, e classificam o dever de cada governo subnacional em prol da promoção, prevenção e reabilitação em saúde, porém garantindo a preservação da autonomia de cada ente federativo dentro do seu território (ABRUCIO et al, 2020)

O processo de descentralização, na década de 1990 e início dos anos 2000, se deu por meio das Normas Operacionais Básicas (NOB) e da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Essas normas estabeleceram critérios a serem observados pelos entes subnacionais para o recebimento de recursos federais, avançando assim no processo de municipalização (SOUZA; SANTOS, 2018). No ano de 1996 foi editada a NOB/96 organizando o repasse de recursos financeiros para Atenção Básica (AB) por meio do Piso de Atenção Básica (PAB), nas modalidades fixo e variável. Apesar desses recursos não terem sido suficientes para ampliação da Atenção Básica (AB) em todo território nacional, é inegável que tal política induziu seu crescimento em diversas regiões do Brasil nos anos subsequentes (ANDERSON, 2019).

Além disso, os anos 2000 foram marcados pela expansão da AB no Brasil, sendo criada em 2006 uma das mais importantes políticas indutoras por meio da Portaria MS/GM nº 648/2006 denominada Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). Essa política reconheceu a AB como a ordenadora do cuidado, ampliou o conceito de saúde e foi responsável pela grande ampliação das equipes de Estratégia de Saúde da Família (eSF) no país (MELO et al, 2018).

A revisão da PNAB 2006, publicada em 2011 também exerceu importante indução da AB, principalmente por ampliar o quadro de profissionais, flexibilizar a carga horária médica para fixação desses na AB, implementar quantidades mínimas de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para que fosse garantida cobertura total da eSF, além de mantê-la como estratégia prioritária para organização da AB no Brasil (VENDRUSCOLO; HERMES; CORREA, 2020)

Apesar das políticas indutoras mencionadas proporem estratégias para a fixação de profissionais, a rotatividade da Força de Trabalho em Saúde (FTS) da AB ainda é uma realidade. No ano de 2006, a Organização Mundial de Saúde (OMS)

trouxe um importante alerta em relação à FTS no mundo, chamando a atenção para uma possível crise global nesse aspecto. Por esse motivo, a mesma criou um relatório intitulado “Trabalhando juntos para a saúde”, apresentando propostas para os 10 anos subsequentes (OMS, 2007; PORTELA, et al, 2017).

Pode ser observado que na América, onde existe uma carga global média de doença por volta dos 10%, há uma média de 37% dos trabalhadores de saúde do mundo, enquanto na África, por exemplo, em que há 24% da carga global de doenças, detém apenas 3% dos trabalhadores de saúde, ou seja, essa diferença na distribuição da FTS se torna um dos principais obstáculos para melhorar o acesso à saúde de forma global (NUNES et al, 2017; PORTELA et al, 2017).

Além desses desafios, o contexto político e econômico caracterizado pelo crescimento do neoliberalismo, pelo *impeachment* da presidente Dilma e pela tomada de posse do então vice presidente Michel Temer no ano de 2016, viabilizou a aprovação da Emenda Constitucional (EC) nº. 95/2016). Esta EC que ficou famosa popularmente como a “Pec do Teto”, antes de ser aprovada e tornar-se uma EC, congelou por 20 anos o piso dos gastos primários, inclusive na área da saúde. Esse acontecimento reforçou os projetos neoliberais e também marcou o início da revisão da PNAB publicada posteriormente em 2017 (MELO et al, 2018). Esta política, lançada dentro desse contexto de contenção de gastos e reformas, diferente das anteriores, reconhece não apenas a eSF como estratégia, mas também outros formatos de AB, compostas apenas por médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, denominada como Equipe de Atenção Primária (EAP). Essa nova política deixa opcional a presença do ACS nas equipes, sendo obrigatório a cobertura de 100% apenas para territórios com alta vulnerabilidade social (GOMES, 2017).

Além disso, o avanço do neoliberalismo no governo Temer, a reforma trabalhista aprovada em 2017 e as políticas do governo que se seguiu, do governo de Jair Bolsonaro, promoveram diversas formas de flexibilização dos vínculos de trabalho. Essas mudanças foram propostas como estratégias para contenção de gastos, além de influenciar a concepção de muitos gestores do SUS mediante a valorização do mercado e inclusão da concorrência na área da saúde pública (ABRUCIO, et al, 2020)

O modelo de financiamento da AB também foi objeto de discussão, assim como tem sido posto em debate a dificuldade de cobertura integral e universal do sistema. Nesse sentido, em novembro de 2019 o Ministério da Saúde (MS) lançou uma nova política de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) por meio da Portaria nº 2979/2019 intitulada “Programa Previne Brasil (PPB)”. Esse programa substituiu o PAB, tanto o fixo como o variável, pelos componentes de capitação ponderada, desempenho e adesão a programas estratégicos e prioritários do MS (BRASIL, 2019; HARZHEIM, 2020).

O PPB ainda retira o financiamento do governo federal direcionado ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (**NASF-AB**), deixando a cargo do gestor municipal a manutenção e ampliação dessas equipes. MASSUDA et al, (2020) destacam que o fim do financiamento do NASF também pode influenciar de forma negativa o atendimento integral do paciente, além de colaborar para a diminuição do número de equipes NASF nos próximos anos. Essa mudança pode diminuir ainda mais o índice de cobertura do mesmo que desde a sua criação já tem um quantitativo insuficiente para cumprir o seu papel de apoiador das eSF, além de provavelmente promover um retrocesso nas políticas indutoras da AB.

Recentemente o programa PPB sofreu algumas alterações por meio da Portaria MS/GM nº 2254/2021. Nesta nova proposta para além dos três eixos de financiamento volta a inserir um pagamento per capita, contudo com um valor muito menor do que o necessário para o fortalecimento da AB (BRASIL, 2021).

E por fim, o contexto sanitário da pandemia mobilizou a AB para o enfrentamento da Covid 19, além de escancarar novamente a crise do federalismo cooperativo brasileiro revelando a desarticulação entre os entes, disputas políticas e ideológicas, falta de coordenação e colaboração, principalmente por parte da união, frente às necessidades de medidas preventivas e de combate à doença.

Inclusive o aprofundamento dessa crise entre os entes federativos, levou a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) a entrar com ação no Supremo Tribunal Federal (STF) argumentando questões relacionadas às competências compartilhadas, conforme Artigo 23 da Constituição Federal (CF) de 88, decidindo que União, Estados e Municípios têm competência concorrente para atuar em questões

sanitárias e poderiam estabelecer medidas restritivas para combater a pandemia sem o aval do governo federal (ABRUCIO et al, 2020).

Justificativa

Nesse sentido, apesar das diversas políticas que induziram o crescimento da AB no Brasil nos últimos anos, contextos políticos, econômicos e sociais, sob o avanço do neoliberalismo, exerceram importante influência sobre a publicação dos documentos normativos que regem a AB. Observa-se, por exemplo, que a PNAB 2017 não trouxe grandes avanços para a eSF, pelo contrário, tanto esta como o novo programa de financiamento da AB, intitulado PPB (BRASIL, 2019) colocam em risco algumas conquistas relacionadas à cobertura, força de trabalho e ofertas de serviços, mesmo que algumas ações e programas sejam mantidos como ações estratégicas, como o consultório de rua e o programa de saúde bucal,(MASSUDA, 2020).

Em um contexto mais amplo, a reforma trabalhista de 2017, instituída por meio da lei Nº 13.467 de 2017 possibilitou a terceirização de atividades fins, inclusive na saúde, e expandiu o período de contratação temporária, aumentando os contratos precários e a contratação de trabalhadores por empresa jurídica, denominada de “pejotização” do trabalho. Este tipo de vínculo torna o contratado uma espécie de prestador de serviço sob o pretexto de melhores salários e baixos impostos, entretanto, essa modalidade burla os direitos da pessoa física afastando o mesmo das normas protetivas que garantem um trabalho digno (TEIXEIRA,2016).

A pandemia da covid-19 também mobilizou diversos serviços de saúde para o enfrentamento da doença, visto que no dia 20/03/2020 o Brasil declarou estado de calamidade pública, sendo necessário a reorganização dos serviços, a criação de novas estratégias, contratação de novos profissionais e inovação em diversos aspectos do cuidado (FONSECA; FORNARI; LOURENCO, 2020). Além de que impactou a FTS em saúde, com o afastamento, adoecimento e falecimento de trabalhadores.

Sendo assim, levando em consideração o contexto político, econômico, social e sanitário, pressupõe-se que houve influência desses aspectos na formulação das

políticas, nos arranjos de equipes, nas taxas de cobertura e nos serviços prestados pela AB.

Considerando esse contexto questiona-se:

- Em que medida os contextos: sócio-político, sanitário e normativo influenciaram na implantação de eSF/ESB/NASF no país no período de 2011 a 2019?
- Qual a repercussão desse contexto (sócio-político, sanitário e normativo) para oferta e organização dos serviços da AB na Macrorregião norte do Paraná?

Objetivo Geral

Analisar as possíveis repercussões do contexto sócio-político, sanitário e normativo para a oferta e organização de serviços da AB na macrorregião norte do Paraná.

Objetivos Específicos

- Analisar a adesão e a cobertura de programas estratégicos financiados por políticas indutoras;
- Identificar mudança na forma de contratação da força de trabalho e a percepção dos gestores entre o desempenho e vínculo dos trabalhadores da macrorregião norte do Paraná;
- Analisar as repercussões da pandemia da Covid-19 sobre a oferta e organização dos serviços da AB na macrorregião norte do Paraná.

Bases conceituais do trabalho

As bases conceituais do trabalho foram: Políticas indutoras da AB, Força de Trabalho em Saúde na AB e o Federalismo Brasileiro e o contexto da pandemia da Covid-19

Políticas Indutoras da AB

Na contramão de todo contexto neoliberal vigente no Brasil na década de 1980, é que foi promulgada a Constituição Federal em 1988, a qual responsabiliza o Estado como provedor da saúde com a criação do SUS, sendo regulamentado por meio da lei 8080/90 (PAIM, 2018).

Dessa maneira, para que fossem alcançados os princípios do SUS houve maior ênfase para a estruturação da AB em todo Brasil inicialmente com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com foco no modelo sanitário a princípio focado em prevenção de determinadas doenças. No entanto, houve progressão até a criação do PSF, propondo mudanças ao antigo modelo de cuidado hegemônico, fragmentado e curativista (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

A partir da criação do PSF e posteriormente da eSF, surge então um modelo alternativo com objetivo de ampliar o cuidado não apenas de forma individual, mas também coletivamente, com abordagem na população, comunidades e territórios. Esse modelo busca articular vigilância sanitária e epidemiológica além de ofertar atendimento clínico, ações eletivas, promoção de saúde e a reorganização do atendimento por meio de acolhimento com foco na equidade, integralidade e universalidade (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

Para que isso se tornasse viável foi necessária a criação de diversas estratégias e regulamentações. Como exemplo, pode ser citada a edição da Norma Operacional Básica em 1996 (NOB/96) que criou o Piso da Atenção Básica (PAB) nas modalidades fixo e variável, visando o crescimento, a manutenção e o fortalecimento da AB no Brasil (ANDERSON, 2019). O PAB fixo foi caracterizado inicialmente pelo repasse automático, fundo a fundo, no valor de, no mínimo, R\$10,00 habitante/ano aos municípios, independente de sua produção de atos de saúde e da rede de serviços implantada, o que, de fato, promoveu a descentralização dos recursos federais (CASTRO; MACHADO; LIMA et al, 2018).

O PAB variável, por sua vez, se referia ao repasse de recursos financeiros aos municípios, de acordo com a sua adesão a programas estratégicos, como o PSF, e as equipes de Saúde Bucal (eSB), entre outros. Posteriormente, o Pacto pela Saúde e a PNAB 2006 instituíram a eSF como estratégia prioritária para a reorganização da

AB. Inclusive a PNAB 2006 foi considerada como a principal política indutora da AB e responsável pela sua grande expansão na primeira década dos anos 2000 (SOUZA et al, 2019).

A criação do NASF, por meio da Portaria GM/MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008, também foi uma importante política indutora da AB na primeira década de 2000. Essa objetivou fortalecer a eSF com a inclusão de outros profissionais para garantir a integralidade no atendimento e gerar maior resolutividade. Segundo Melo *et al*, (2018) em 2010 já havia sido implantadas mais de 1370 equipes de NASF no Brasil com aumento crescente no decorrer dos anos. Esse aumento no quantitativo de equipes NASF se torna mais visível com sua inserção na PNAB 2011 e com a criação da Portaria MS/GM nº 3124/21012 que instituiu a modalidade 3 e redefiniu os parâmetros de vinculação do NASF 1 e 2 às equipes da eSF e Equipes de Atenção Básica (EAB) para populações específicas. Essa portaria visou alcançar a cobertura de pequenos municípios e populações ribeirinhas, favorecendo assim a expansão de forma mais intensa dessas equipes em todas as regiões do Brasil (VENDRUSCOLO; HERMES; CORREA, 2020).

A PNAB 2011 também trouxe a possibilidade de flexibilidade na carga horária dos profissionais médicos, com o propósito de atrair e diminuir a rotatividade destes, além de reforçar a eSF como principal estratégia para o fortalecimento da AB no Brasil. Essa PNAB manteve a necessidade de cobertura de ACS em todos os territórios e garantiu a manutenção das eSB (PINTO, 2018).

Outra estratégia indutora para a AB foi o Programa Mais Médicos (PMM), estabelecido pela Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. O PMM tinha como propósito fortalecer a AB e combater a escassez de médicos principalmente em áreas mais vulneráveis, com a abertura de novos cursos de medicina, vinda de médicos estrangeiros para o Brasil, flexibilidade na contratação de médicos brasileiros para a AB etc. Essa estratégia refletiu em uma maior implantação de equipes de eSF em todas as regiões do país e em diversos estados (MEDINA; ALMEIDA, 2018).

A PNAB 2017, diferente das demais políticas indutoras, reconhece não apenas a eSF como estratégia para o desenvolvimento da AB, mas também outros formatos de equipes na AB, compostas apenas por médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem. Essa nova política deixa opcional a presença do ACS nas equipes,

sendo obrigatório a cobertura de 100% apenas para territórios com alta vulnerabilidade social. Esse critério poderá acarretar a diminuição de profissionais dessa categoria, além de não ser uma política que trouxe grandes avanços para a eSF (MOROSINI et al, 2018)

Força de Trabalho em Saúde na AB

A década de 1980 foi sem dúvida marcada por conquistas populares em vários aspectos principalmente no âmbito da saúde. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi um marco muito importante para que posteriormente a saúde fosse considerada um direito de todos e dever do Estado pela CF de 1988 (BRASIL, 1993).

Um dos temas abordados nessa conferência, relacionou a necessidade de articulação entre as instituições de ensino na área de saúde e os gestores de serviço, tendo como objetivo, a formação de equipes multiprofissionais de saúde de acordo com as demanda da população. Também discutir questões de seleção, concurso, recrutamento, salários, direitos trabalhistas entre outros (CARVALHO; SANTOS; CAMPOS, 2013).

Nos anos de 1980 foi verificado que cerca de 60% a 70% dos postos de trabalho na área de saúde eram ocupados por médicos e atendentes de enfermagem. Ao final dessa década houve um grande aumento da contratação de diversos profissionais no país, entretanto não na mesma proporção, ou seja, pode ser observado que o número de enfermeiros cresceu em mais de 140%, o número de médicos em mais de 120%, mas em contrapartida, o número de farmacêuticos teve um modesto crescimento de menos de 40% (CARVALHO et al, 2018).

Em 1991 surgiu o PACS, dando início a operacionalização de uma estratégia ambulatorial e domiciliar, sendo uma das primeiras portas de entrada para força de trabalho (FT) na AB. O PACS é conhecido como um programa transitório para o PSF (BRASIL, 2001). Muito embora o PACS tenha surgido em 1991, foi apenas em 1997 que tal programa foi instituído e regulamentado, ou seja, antes disso, a contratação de agentes era feito por indicação da própria comunidade, passando a ser realizada por processo seletivo após a regulamentação. Nesse mesmo período, a contratação de médicos e enfermeiros de forma estatutária chegou a ser de 22% e 25%

respectivamente (BRASIL, 2001; GIRARDI; CARVALHO; 2003; VARELLA; PIERANTONI, 2008; PEREIRA, 2004).

Dando sequência a expansão da AB, no ano de 2001 foram aprovadas normas e diretrizes que inseriram os odontólogos no PSF, por meio da Portaria nº MS/GM nº267/200. Em 2003 foi criada a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), com o objetivo de garantir a integralidade aos usuários, ampliando ainda mais a FT dentro da AB no Brasil (SOUZA, 2013).

No ano de 2006 foi publicada a primeira PNAB, que transformou oficialmente o PSF em eSF tornando-a tal como estratégia prioritária. Esse documento padronizava as ações, serviços e funções de cada categoria de forma individual e coletiva e reuniu praticamente todos materiais que direcionavam o antigo programa PSF em um documento coordenador da AB (CARVALHO et al, 2016).

A PNAB 2006 padronizou a composição de equipes multiprofissionais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), orientando a composição mínima das equipes: médico generalista ou de família, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS. Posteriormente também foi inserido o odontólogo, Auxiliar de Consultório Dentário/Auxiliar de Saúde Bucal (ACD/ASB) ou Técnico de Higiene Buca/Técnico em Saúde Bucal (THD/TSB). Essa política também padronizou a carga horária de todos os profissionais da eSF em 40 horas semanais,, tendo como consequência um grande crescimento na assistência e acesso da população na AB (BRASIL, 2007; CARVALHO et al, 2016).

Outros avanços puderam ser observados, como a inclusão de diversas categorias profissionais nos espaços na AB/eSF. Dessa forma, em 2008, foi publicada a Portaria MS/GM nº 154/2008 que criou o NASF, com o objetivo de garantir atendimento integral a população, além de matriciar e dar suporte para as eSF, o que possibilitou a ampliação da contratação de novos profissionais na AB. Essa portaria admitia a contratação de profissionais de diversas categorias, como profissionais de educação física, nutricionistas, acupunturistas, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais, médicos de diversas especialidades entre outros profissionais de acordo com a necessidade local (BRASIL, 2008; TAVARES, 2008).

Mesmo com o desenvolvimento dessas políticas e portarias o problema de rotatividade de algumas categorias profissionais na AB, principalmente a categoria médica, ainda persistia, principalmente em municípios remotos, de difícil acesso e de grande vulnerabilidade. Para tentar modificar esse cenário, no ano de 2011 foi instituído o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB) por meio da Portaria MS/GM nº 2.087/2011 fornecendo bolsas para formação em Saúde da Família, além de garantir local apropriado e seguro aos profissionais de trabalho (OLIVEIRA et al, 2015).

Porém, apesar do papel claro do PROVAB, estudo realizado por Oliveira et al, 2014 constatou que o programa não foi difundido de forma homogênea no país, tendo sido implementado de acordo com urgência individual de atores políticos de cada município, dificultando assim a sua implementação de forma mais ampla em todo território nacional.

Posteriormente, foi criada a PNAB 2011 que manteve a essência da PNAB 2006, porém flexibilizando a carga horária do profissional médico, não sendo mais obrigatória a carga horária exclusiva de 40hs, mas também abrindo espaço para contratação de médicos com carga horária de 20hs e 30hs. Essas flexibilizações tinham como objetivo atrair esses profissionais para o programa e fixá-los, e dessa forma diminuir a rotatividade da categoria e potencializar ainda mais o programa com profissionais capacitados e focados na eSF (BRASIL, 2012).

No ano de 2017 houve a formulação da terceira PNAB que embora considerasse a eSF como estratégia prioritária para a AB, passou a considerar outras formas de equipes e de composição, podendo ser constituídas por profissional médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, deixando opcional a inserção de ACS, Agente de Combate a endemias (ACE) e profissionais de odontologia na sua formulação, dependendo da vulnerabilidade territorial (BRASIL, 2017).

Ao ser comparada com as PNABs de 2006 e 2011, que sempre enfatizaram a necessidade de cobertura de 100% da população pelos profissionais ACS, a PNAB (2017) prescreve tal percentual de ACS apenas para áreas de risco, ou seja, o que pode desencadear uma redução desses profissionais nas equipes ao longo dos anos (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Além disso, a reforma trabalhista aprovada em 2017 abriu brecha para novos tipos de vínculos de trabalho, ampliando para área da saúde novas categorias precárias de vinculação, visto que essa prática já é existente em diversas profissões, aliás, na saúde podemos observar que esse tipo de trabalho também existe por meio de bolsas, estágios e contratos temporários (FONTES, 2017).

Outra modalidade crescente no mercado de trabalho da saúde, impulsionada pelo neoliberalismo, é a “pejotização” que transforma a Pessoa Física (PF) em Pessoa Jurídica (PJ), alterando a forma de contratação e afastando o trabalhador dos direitos oferecidos pelas leis trabalhistas. Essa modalidade traz vantagens para a empresa visto que por meio dela é possível burlar impostos e encargos exigidos pelas leis trabalhistas brasileira (TEIXEIRA,2016).

Este tipo de vínculo torna o contratado uma espécie de prestador de serviço com promessas de melhores salários e baixos impostos, entretanto, essa modalidade burla os direitos da pessoa física afastando o mesmo das normas protetivas que garantem um trabalho digno (TEIXEIRA,2016; MARQUES; CARVALHO; SANITINI, 2020).

Em 2015 foi aprovada a EC 86/2015 modificando o parâmetro de investimento da União em saúde, adotando a Receita Corrente Líquida. Em seu artigo 2º, foi definido que a União deveria investir 13,2% da RLC em saúde a partir de 2016, aumentando o percentual anualmente até atingir 15% no ano de 2020. Todavia, em 2016 houve a aprovação da EC nº 95/2016, conhecida como a “Pec do Teto” ou “Pec da morte” antes de ser aprovada e tornar-se EC, que congelou por 20 anos o piso dos gastos primários com base nas despesas de 2016, fato que certamente prejudicará a captação de recursos anteriormente definidos (MELO et al, 2019).

Essa mudança no financiamento precariza e precarizará cada vez mais, de forma direta, a oferta e prestação de serviços de saúde nos municípios devido ao seu histórico de desfinanciamento e agora financiamento reduzido que não suprirá a demanda da população (SILVA et al, 2017), uma vez que que as necessidades da população tendem a aumentar no decorrer dos anos , além do próprio contingente populacional. Dessa forma, a pressão pela crescente necessidade de mais FT qualificada para o sistema de saúde também tende a se agravar.

Federalismo brasileiro e o contexto da pandemia da Covid-19

A pandemia da Covid-19 se tornou um grande desafio global, trazendo à tona diversas questões a respeito das políticas de saúde ao redor do mundo. Nesse sentido, para que resultados eficazes fossem alcançados no combate a pandemia, foram necessárias articulação política e governamental. Todavia as relações políticas em diversos países se mostraram fragilizadas e em constantes conflitos como o caso dos EUA e do Brasil (ABRUCIO et al, 2021).

Para melhor compreensão desse cenário no Brasil é necessário um resgate histórico sobre a organização política federativa do país e o contexto atual que desencadeou os conflitos durante a pandemia.

O federalismo brasileiro teve como inspiração o dualismo da federação norte-americana, ou seja, a base constitucional criada propôs o aumento da autonomia do estado com pouca intervenção da União e ausência de coordenação federativa. Esse modelo passou a ser transformado a partir da chegada de Vargas no poder, o qual aumentou o papel da União gradativamente, principalmente no período do Estado Novo iniciado em 1937 e finalizado em 1945 e posteriormente no Regime Militar entre os anos de 1964 a 1985 (ABRUCIO et a, 2021)

Essa nova centralização enfraqueceu o federalismo e não proporcionou cooperação entre os entes federativos, visto que os governos subnacionais foram afastados das decisões tanto relacionadas às políticas de modo geral, quanto das decisões a respeito da formulação de políticas públicas (LIMA, et al, 2021).

A década de 1980, principalmente a partir da CF de 88 trouxe a redemocratização, alterando o federalismo brasileiro e dando autonomia política, fiscal e administrativa aos estados e municípios. Entretanto, foi definido à União o importante papel coordenador para garantir o balanceamento das políticas nacionais em prol do avanço das políticas públicas e do combate à desigualdade (FERNANDES; PEREIRA, 2020).

Assim, o arranjo federativo pós 1988 teve como tentativa o equilíbrio dos objetivos trazidos pelo *welfare state* com sua implementação descentralizada e autônoma. Para tanto, a criação de sistemas de políticas públicas garantiu também a

participação dos governos subnacionais no processo decisório federativo (FERNANDES; PEREIRA, 2020)

A cooperação federativa originada da CF/88 avançou incrementalmente, mas não teve trajetórias nem resultados similares em todas as áreas. Neste processo, todos os governos dialogam entre si para fortalecer o pacto federativo e expandir políticas sociais. Um exemplo disso é o SUS, que se apoiou em diretrizes nacionais relacionadas à normatização e redistribuição de recursos, implementação descentralizada e espaços institucionalizados de participação social e negociação intergovernamental (ABRUCIO et al, 2021).

Apesar da cooperação em algumas áreas, observa-se que o federalismo brasileiro tem suas especificidades e não pode ser enquadrado nem dentro do modelo cooperativo nem do competitivo, sendo que há momentos em que ocorre maior cooperação e outros que ocorre maior competição entre os entes federativos (MEDINA, 2020).

Atualmente o Brasil tem passado por novas mudanças nas características do federalismo, principalmente após a posse do presidente Jair Bolsonaro e a chegada da pandemia, que evidenciaram disputas e conflitos que já existiam anteriormente. Desta forma, a pandemia da Covid-19 colocou em xeque todo o arcabouço de políticas econômicas neoliberais nos últimos 40 anos, desafiando respostas amplas do Estado e das políticas de proteção social (MEDINA, 2020).

No combate à pandemia da Covid-19, fatores de ordem sócio-histórico, político-institucional e biomédico afetaram o êxito das políticas de saúde pública no Brasil. Situação diferente foi verificada na Alemanha, onde houve boa relação entre os atores políticos e bom funcionamento institucional das políticas públicas, tendo como resultado melhor gerenciamento da crise sanitária (ABRUCIO et al, 2021). Os sistemas de saúde ao redor do mundo têm se mostrado fundamentais para uma eficaz resposta diante da pandemia que demanda mecanismos robustos de coordenação vertical e horizontal, estrutura que está inserida no modelo federativo.

No entanto, no governo Bolsonaro, o federalismo se mostrou distante dessa conformação e foi organizado em três pilares. O primeiro diz respeito à divisão inflexível de funções entre federação e demais entes. Nesse sentido, responsabilidades deveriam ser repassadas a estados e municípios concomitantemente à diminuição

drástica de participação da União no financiamento e apoio à redução das desigualdades territoriais. O segundo reforça o dualismo pelo lado da concentração autocrática nas mãos da União em decisões que afetam entes subnacionais. Por fim, o último suporte é o confronto intergovernamental e a luta constante contra adversários reais ou imaginários (ABRUCIO et al, 2021).

Essas características ficaram evidentes na pandemia, especialmente o confronto do bolsonarismo no SUS, quando o presidente intensificou a divisão entre os entes federativos de maneira autocrática por meio de diversos confrontos. Diferentemente, os governadores das federações adotaram a cooperação e a ativação do SUS como paradigma de governança sanitária (FERNANDES; PEREIRA, 2020).

No início da pandemia, governadores e prefeitos afirmaram que recursos não chegavam, algo anormal para o SUS, considerando a longa trajetória de funcionamento da transferência fundo a fundo (ABRUCIO et al, 2021). A desarticulação federativa piorou com a alta rotatividade de ministros no MS em um período curto de tempo .

O ápice desse processo ocorreu quando o MS acusou os estados de mentirem sobre o número de mortos pela pandemia, deixando de informar com a periodicidade anterior o número de vítimas e infectados, colocando sob suspeição todo o modelo cooperativo do SUS. Esse confronto e a descoordenação intergovernamental, geraram desperdício de recursos, sobreposição de ações, e prejuízos à garantia dos direitos sociais construída ao longo dos anos (LIMA et al, 2021).

Essa crise sanitária revelou a importância da colaboração entre os entes federativos, além de transformar essas disputas em contrapontos à ideologia federativa do presidente, principalmente pelo fato dos governadores aderirem ao isolamento social, enquanto o presidente se omitia em diversos momentos. Sendo assim, os governadores se organizaram e criaram diversas cartas de repúdio, documentos conjuntos e reclamações diante das decisões do governo federal, por exemplo quanto ao atraso anormal dos repasses federais para o combate a pandemia, considerando a longa trajetória da transferência de recursos a Fundo a Fundo no SUS (ABRUCIO et al, 2021).

O aprofundamento dessa crise entre os entes levou a ação no Supremo Tribunal Federal (STF) por meio da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), com base na

argumentação das competências compartilhadas do artigo 23 da CF de 88. A decisão do STF foi que União, Estados e Municípios têm competência concorrente para atuar em questões sanitárias e podem estabelecer medidas restritivas para combater a pandemia sem aval do governo federal (FERNANDES; PEREIRA, 2020).

A partir disso, houve a criação do Fórum de Governadores e o Consórcio do Nordeste e seu Comitê Científico de combate ao Coronavírus, como reação às ações do federalismo bolsonarista, com impacto no combate a pandemia. Os estados entraram fortemente no processo de coordenação da resposta à pandemia, fortalecendo seu papel no SUS e ampliando o espaço do Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS). Entretanto, houve grande dificuldade dos estados em assumir esse protagonismo, visto que os mesmos perderam espaço na coordenação regional ao longo dos anos. Entes subnacionais buscaram construir estratégias de maior cooperação horizontal para suprir as lacunas deixadas pela União (VIEIRA et al, 2021).

A falta de coordenação federal fez com que os estados utilizassem vários mecanismos para adquirir os equipamentos e, em alguns casos, houve 'guerra sanitária', com disputa entre os entes e, também, desses com o setor privado. Decisões do Consórcio Nordeste, de São Paulo e Maranhão geraram competição horizontal e vertical por escassos insumos para o combate à Covid 19 (MEDINA, 2020).

Portanto, a desconstrução da autoridade sanitária do SUS, com a intesificação da crise federativa, fragilização da sua institucionalidade e da capacidade técnica de resposta, expressam um problema da fundação da democracia brasileira e afetaram diretamente a organização do sistema em meio a pandemia, isso devido ao reflexo de interesses políticos, militares e neoliberais (ABRUCIO, et al, 2021).

Nesse sentido, constata-se que tanto as políticas indutoras, as formas de vínculos de trabalho dos profissionais da AB e a organização federativa do país têm influência direta no modelo de AB e no SUS que está sendo construído, por esse motivo esse estudo considera de extrema importância olhar para esses aspectos.

Metodologia

Estudo quantitativo e qualitativo, de caráter compreensivo, realizado em dois movimentos distintos. O primeiro movimento teve caráter quantitativo descritivo, realizado por meio de dados secundários, disponibilizados no sistema Espaço para Informação e Acesso para o Sistema da Atenção Básica (e-gestor), disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/>, de forma online pelo MS. Esse banco é uma plataforma de dados que centraliza os acessos e perfis da AB, o qual foi formulado e é gerenciado pelo Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI) do Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS (BRASIL, 2021).-Esse movimento teve como objeto, analisar a adesão e cobertura de programas estratégicos financiados por políticas indutoras da AB entre os anos de 2011 a 2019.

As informações extraídas foram: a quantidade de equipes da eSF (PSF, eSB e NASF) implantadas, assim como número de ACS e a cobertura populacional alcançada compreendendo o período de 2011 a 2019 e referentes ao Brasil, às macrorregiões do país, ao estado do Paraná e à macrorregião norte desse estado.. Os dados foram coletados entre os meses de fevereiro e agosto de 2021, sendo apresentados por meio de tabelas a distribuições das equipes de eSF, ACS, ESB e NASF no Brasil e nas macrorregiões do país, assim como por meio de gráficos com índice de cobertura dessas equipes no Brasil e na macrorregião norte do Paraná.

Justifica-se a importância de olhar para dados desconcentrados devido ao tamanho continental e as diferenças regionais do Brasil, visto que os dados nacionais não demonstram de forma clara as diferenças e desigualdades regionais.

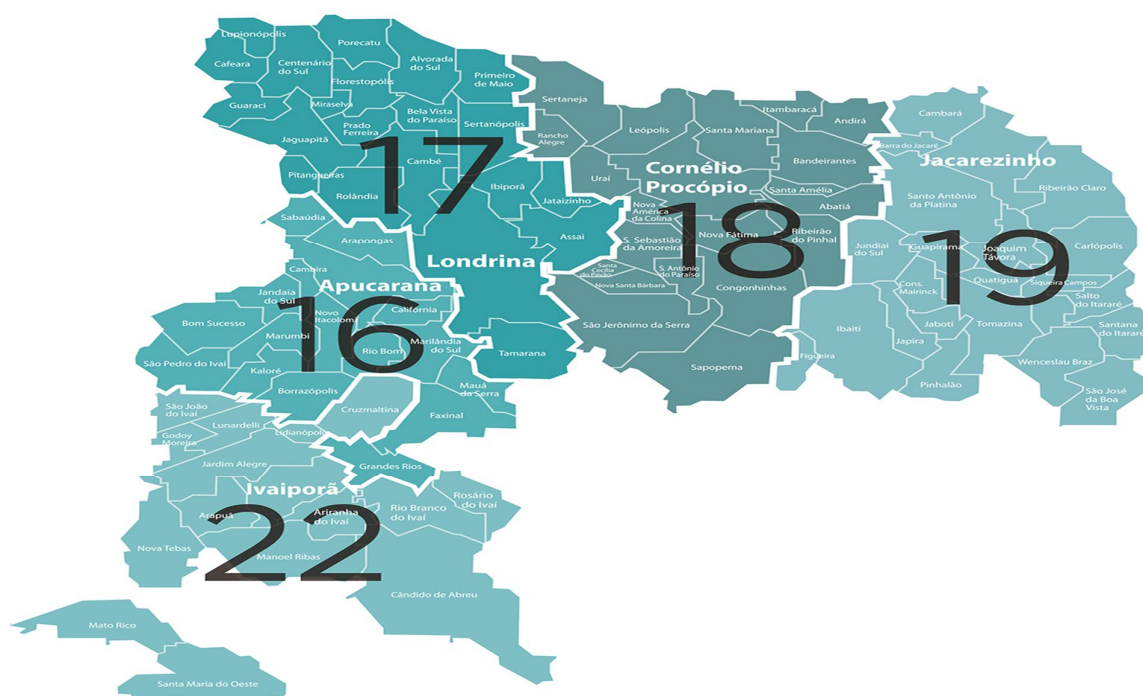
Neste primeiro movimento, os dados foram coletados entre os meses de fevereiro e agosto de 2021, apresentados por meio de tabelas a distribuições das equipes de eSF, ACS, ESB e NASF no Brasil e nas macrorregiões do país, assim como por meio de gráficos apresentando índice de cobertura dessa equipes no Brasil e na macrorregião norte do Paraná.

Esse movimento teve como objetivo, analisar a adesão e cobertura de programas estratégicos financiados por políticas indutoras da AB entre os anos de 2011 a 2019.

Por se tratar de uma pesquisa realizada em um sistema de informação público, dispensou-se a necessidade de avaliação e aprovação do Comitê de ética em Pesquisa.

O segundo movimento teve caráter qualitativo, sendo realizado a partir da seleção de amostragem de municípios da macrorregião norte do estado do Paraná, constituída pelas regiões apresentadas na figura 1:

Figura1: Distribuição macrorregião Norte do Paraná, 2022.



Fonte: (Sesa, 2022)

Ressalta-se que as regionais selecionadas compreendem a macrorregional norte do Paraná, a qual totaliza cerca de 2 milhões de habitantes, distribuídos em 97 municípios. Destes, 82 Municípios são de Pequeno Porte (menos de 20 mil habitantes), o que representa 83,5% dos municípios da região.

A definição dos municípios, campos de pesquisa no segundo movimento, foi realizada a partir de cinco eixos com variados indicadores, sendo eles:

EIXOS	INDICADORES	ESTRATO	PONTUAÇÃO
-------	-------------	---------	-----------

Investimento municipal em saúde	1. Proporção de investimento de fonte livre em relação ao total de investimentos em saúde	Até 50% 51 a 70% Mais de 70%	3 2 1
	2. Proporção de recursos de fonte livre investidos em saúde	Mais de 26% 21 a 26% 15 a 20%	3 2 1
Capacidade de uso de recursos de transferência	3. Capacidade de uso de recursos de transferência	Até 20% 21% a 40% Acima de 41%	3 2 1
Capacidade de adesão à programas estratégicos	4. Grau de adesão SB AB	Abaixo de 69% 70 a 89% 90% ou mais	3 2 1
	5. Grau de adesão ao Informatiza APS	Abaixo de 50% 51 a 79% 80% ou mais	3 2 1
	6. Adesão PSE	Sim Não	1 2
	7. Adesão Saúde na Hora	Sim Não	1 2
Capacidade de cadastramento	8. Cobertura de cadastramento	50 a 69% 70 a 99% 100% ou mais	3 2 1
Desempenho	9. Indicador sintético final (ISF)	4,83-7,25	1
		2,42-4,82 0- 2,41	2 3

Fonte: Elaborada pelo autor

Todos esses eixos foram classificados com score (baixo, intermediário ou alto) por regional e por tipologia municipal (rural, rural adjacente ou urbano). A partir da soma dos resultados dos scores obtidos, foram definidos os valores referenciais: entre 5 a 8,66 foi considerado score baixo, entre 8,67 a 12,33 intermediário e entre 12,34 a 16 score alto. Cabe destacar que quanto menor o score, melhores as condições do município (em termos de gestão financeira e orçamentária, cobertura de serviços e desempenho), e quanto maior o score, maiores são as dificuldades do município nesses quesitos.

Após a classificação, foram selecionados 10 municípios urbanos e sete rurais adjacentes, totalizando 17 municípios, dos quais seis tiveram score baixo, nove intermediário e três alto. Houve uma recusa por parte de um gestor municipal de município com tipologia urbana e com score alto. Desta forma a pesquisa foi realizada em 16 municípios.

Os sujeitos deste estudo foram os coordenadores da AB e secretários de saúde, os quais foram denominados como “gerentes”. Ao final, Foram entrevistados 27 gestores, dos quais 16 eram coordenadores da AB e 11 Secretários de Saúde. A formação acadêmica dos gestores eram variadas, sendo 17 enfermeiras, dois médicos, um farmacêutico, um pedagoga, duas odontólogas, duas advogadas, uma contadora e uma engenheira da computação. Em relação a formação na área gerencial, 13 gestores afirmaram ter pós graduação em gestão ou saúde coletiva e 14 relataram não terem realizado pós graduação na área.

A obtenção dos dados foi realizada por meio de entrevista guiada por um roteiro semiestruturado, contendo questões que versavam sobre a organização estrutural das equipes; formas de contratação dos profissionais da APS nos municípios (PJ, celetista, estatutário, etc) e a percepção dos gestores sobre a existência ou não de diferença entre o rendimento do profissional de acordo com o vínculo de contratação

Também foram realizadas questões que versavam sobre as mudanças ocorridas na organização da AB devido ao contexto sanitário da pandemia da Covid-19 por meio das questões: “Quais mudanças ocorreram na organização da AB durante a pandemia? E Quais as estratégias utilizadas pela AB no enfrentamento da pandemia?”

O método de pesquisa por meio da entrevista individual foi utilizado devido a flexibilidade de captar resultados subjetivos, seu baixo custo, além de facilitar a identificação de diferentes percepções dos sujeitos, pois através dos relatos é possível analisar seu tempo histórico, seu meio profissional, sua vivência e características, o que não é possível verificar por meios objetivos em censo ou páginas de dados fechados (BATISTA; MATOS; NASCIMENTO, 2017). Esse método também possibilita uma análise mais aprofundada dos resultados e de seus significados, podendo essas transcrições serem utilizadas futuramente na elaboração de referenciais teóricos (BATISTA; MATOS; NASCIMENTO, 2017).

Para a validação do roteiro, inicialmente foi realizado um teste piloto com secretário de saúde e um coordenador de AB de um município que não participou da pesquisa, para atestar a aplicabilidade do roteiro. Após ter sido verificado de forma satisfatória, foi dado início à pesquisa nos municípios selecionados. Esse processo ocorreu entre os meses de julho a outubro de 2021, as entrevistas foram realizadas

por integrantes do grupo de pesquisa no local de trabalho dos gerentes, em uma sala privativa em que estava presentes apenas o entrevistado e o pesquisador, o que garantiu privacidade. As entrevistas foram gravadas em gravador digital, e duraram em média de 60 minutos sendo transcritas na íntegra. Os arquivos de áudio foram deletados após a transcrição, conforme constava no termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Para a apresentação dos resultados as falas foram codificadas com a letra G, seguida de um número na ordem de realização das entrevistas, a saber: G1, G2...e G 27, visando preservar a identidade das participantes.

A análise das entrevistas foi realizada por meio do método análise de discurso proposto por Martins e Bicudo (2005) que compreendeu dois momentos: a análise ideográfica e a análise nomotética. No primeiro momento se procurou por unidades de significado e para isso foi realizada a leitura flutuante das transcrições de cada entrevista com o objetivo de se apropriar do fenômeno estudado, o que permitiu conhecer as ideias centrais dos atores sociais. Num segundo momento, fez-se a análise nomotética, em que, após nova leitura das entrevistas, foram realizadas aproximações e identificadas convergências e divergências das unidades de significado, o que permitiu construir categorias para a estruturação do fenômeno estudado

Sobre os aspectos éticos, foram respeitados todos os preceitos contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Foi solicitada a autorização dos responsáveis para a obtenção dos dados nos diferentes municípios. Os participantes do estudo participaram apenas após o conhecimento do objetivo da pesquisa e concordância em participar da mesma, mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Este trabalho encontra-se vinculado ao projeto de pesquisa intitulado: “Mudanças nas regras de transferência dos recursos federais no Sistema Único de Saúde: Implicações e desafios para o financiamento e a organização da organização da Atenção Primária de Saúde no Brasil”, aprovado pelo comitê de Ética em pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (CEP/ENSP), com o parecer nº 4.014.705, sob o número CAAE: 30675420.6.0000.5240.

Resultados e Discussão

Dentre os 27 gestores entrevistados, 16 eram coordenadores da AB e 11 Secretários de Saúde. A formação acadêmica deles eram variadas, sendo 17 enfermeiras, dois médicos, um farmacêutico, um pedagoga, duas odontólogas, duas advogadas, uma contadora e uma engenheira da computação. Em relação a formação na área gerencial, 13 gestores (48%) afirmaram ter pós graduação em gestão ou saúde coletiva.

A análise dos resultados e a discussão destes será apresentada por meio de três manuscritos:

- manuscrito 1: Adesão e cobertura de programas estratégicos financiados por políticas indutoras no Brasil e regiões
- manuscrito 2: Influência do contexto sócio-político e normativo para a organização da força de trabalho da AB e ofertas de serviços
- manuscrito 3: Relações Inter federativas e seus reflexos na organização da AB com vistas ao enfrentamento à Covid-19

Manuscrito 1: Adesão e cobertura de programas estratégicos financiados por políticas indutoras no Brasil e regiões

Este manuscrito responde ao primeiro objetivo específico desta pesquisa, que é analisar a adesão e cobertura de programas estratégicos financiados por políticas indutoras; e se refere a uma pesquisa quantitativa por meio de análise de dados secundários. A questão norteadora desse manuscrito foi: Em que medida as políticas nacionais promoveram a indução do modelo de atenção na AB, estruturado na proposta da eSF?

Por meio desse estudo foi possível analisar a adesão e o índice de cobertura de equipes de ACS, eSF, ESB e NASF incentivadas pelas políticas indutoras da AB na macrorregião norte do PR.

Adesão e cobertura de programas estratégicos financiados por políticas indutoras no Brasil e regiões

Wellington Pereira Lopes – Enfermeiro Especialista em Saúde da Família

Brigida Gimenez de Carvalho – Enfermeira, Doutora em Ciências

Elisabete de fátima Polo de Almeida Nunes - Enfermeira, Doutora em Saúde Coletiva

Fernanda de Freitas Mendonça - Enfermeira, Doutora em Saúde Coletiva

Resumo: A Atenção Básica (AB) alcançou grande espaço no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, sendo instituída como a porta de entrada preferencial do SUS. Para promover e ampliar o modelo pautado na Estratégia de Saúde da Família (eSF), foram criadas diversas políticas indutoras, entretanto as mesmas sofreram influências de diversos fatores. Este manuscrito objetiva analisar a influência exercida pelas políticas relacionadas à Atenção Básica, para a adesão dos municípios aos programas estratégicos do Ministério da Saúde (MS). Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, realizado por meio de dados secundários, disponibilizados no sistema Espaço para Informação e Acesso para o Sistema da Atenção Básica (E-gestor), de forma online, pelo MS. Houve aumento no quantitativo e na cobertura, tanto da eSF, quanto das demais equipes estratégicas entre os anos de 2011 a 2016, porém os resultados apontam estagnação e até mesmo redução para algumas estratégias nos anos subsequentes. O crescimento das ideias neoliberais, a reforma trabalhista e contextos políticos, econômicos e sociais no período da formulação da PNAB 2017, refletiram em flexibilização da forma de contratação e na estrutura das composições das equipes, afetando principalmente os ACS que sofreram redução do quantitativo de profissionais e da cobertura populacional. Diante disso, verifica-se que a PNAB 2017 não possibilitou o fortalecimento da atenção básica com foco na estratégia saúde da família.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Saúde Bucal,

Policies inducing Primary Care and their repercussions for municipal adhesion to strategic programs

Abstract: Primary Health Care has gained great space in the Brazilian Unified Health System, consolidating itself as the preferred gateway to the SUS. To promote and expand this model from the Family Health Strategy (eSF), several inducing policies were created, but influenced by several factors. Thus, the question is: to what extent

have national policies promoted the induction of the assistance model in AB, structured in the eSF proposal?. This manuscript aims to analyze the influence exerted by policies related to Primary Care, for the adherence of municipalities to strategic programs. This is a quantitative, descriptive study, carried out from secondary data, made available in the Information Space and Access to Primary Care (E-manager) system of the Ministry of Health online. quantitative and in scope, both of the eSF and of the other strategic teams between the years 2011 to 2016, but the results point to stagnation and even reduction for some strategies. The growth of neoliberal ideas, labor reform and the political, economic and social contexts in the period of formulation of the PNAB 2017, reflected in the flexibility of the form of hiring and in the structure of the composition of the teams, mainly affecting the CHAs who suffered a reduction in the workforce. employees and reduced population coverage. Therefore, it appears that the 2017 PNAB did not make it possible to strengthen primary care with a focus on the family health strategy.

Keywords: Primary Health Care, Family Health Strategy, Community Health Workers, Oral Health.

Políticas inductoras de Atención Primaria y sus repercusiones en la adhesión municipal a programas estratégicos

Resumen: La Atención Primaria (AP) ha alcanzado un gran espacio en el Sistema Único de Salud de Brasil, estableciéndose como la puerta de entrada preferente al SUS. Para impulsar y expandir el modelo basado en la Estrategia Salud de la Familia (eSF), se crearon varias políticas inductoras, las cuales fueron influenciadas por varios factores. Este manuscrito tiene como objetivo analizar la influencia que ejercen las políticas relacionadas con la AP, para la adhesión de los municipios a los programas estratégicos del Ministerio de Salud (MS). Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, realizado con datos secundarios, puesto a disposición en el sistema de Espacio de Información y Acceso del Sistema de Atención Primaria (E-gestor), online, por el MS. Hubo un aumento en la cantidad y cobertura, tanto del FSE como del resto de equipos estratégicos entre los años 2011 a 2016, pero los resultados apuntan a un estancamiento e incluso reducción de algunas estrategias en años posteriores. El crecimiento de las ideas neoliberales, la reforma laboral y los contextos político, económico y social en el período de la formulación del PNAB 2017, reflejado en la flexibilización de la forma de contratación y en la estructura de la composición de los equipos, afectando principalmente a la ACS que sufrió una reducción en el número de profesionales y cobertura poblacional. Por tanto, parece que el PNAB de 2017 no permitió fortalecer la atención primaria con foco en la estrategia de salud de la familia.

Resumen: Atención Primaria de Salud, Estrategia de Salud Familiar, Agentes Comunitarios de Salud, Salud Bucal.

INTRODUÇÃO

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) promoveu a ampliação da concepção de saúde, com integração de ações de promoção, prevenção e reabilitação em saúde, colocando a Atenção Básica (AB) como elemento central: ordenadora do cuidado e porta preferencial de entrada no SUS (ESCOREL, et al, 2007). Com a proposta de reorganizar seu modelo de atenção foi criada a Estratégia de Saúde da Família (eSF), que colaborou com a expansão da Atenção Básica (AB) para todas as regiões do Brasil (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) de 2006, criada por meio da PortariaMS/GM nº 648/2006, ampliou o escopo da AB, reconhecendo a eSF como substitutivo do antigo modelo e revisou as funcionalidades das Unidades Básicas de Saúde (UBS) (MELO et al, 2018). Após a criação dessa política, houve grande ampliação da AB no país, sendo inseridos posteriormente as equipes de Saúde Bucal (ESB) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Apesar do importante avanço da eSF nesse período, problemas de infraestrutura, subfinanciamento e de captação de profissionais médicos surgiram como nós críticos desse modelo, sendo necessária a implementação e revisão da PNAB, por meio da Portaria MS/GM nº 2.488/2011 (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020). A PNAB 2011 trouxe ao debate a flexibilização da carga horária médica, objetivando atrair com mais facilidade esses profissionais, inseriu a equipe NASF com as diversas modalidades ampliando o quadro de profissionais, implementou quantidade mínima e máxima de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por equipes e manteve a eSF como principal estratégia para a ampliação da AB no país (MELO et al, 2018).

No ano de 2017 houve a mais recente reformulação da PNAB, por meio da Portaria MS/GM nº 2436/2017. Embora esta portaria aponte a eSF como prioritária para a AB, apresentou a possibilidade de outras formas de organização dos serviços, permitindo a composição de equipes formadas apenas por profissional médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem. Também é opcional a inserção de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Agentes de Combate a Endemias (ACE) e profissionais da área de odontologia nas equipes, dependendo da vulnerabilidade

territorial, e o NASF passou a apoiar outras equipes da AB, além das eSF (ALMEIDA et al 2018).

Além da alteração na política, também houve mudanças relativas ao financiamento. O “ Programa Previne Brasil”, instuído por meio da Portaria MS/GM nº 2979/2019, substituiu a lógica de repasse de incentivos, antes realizada por meio do Piso da Atenção Básica (PAB) fixo e variável, pelos componentes de capitação ponderada, desempenho e adesão a programas estratégicos e prioritários estabelecidos pelo MS, além de alterar a lógica do trabalho territorial (MASSUDA, 2020).

Salienta-se que a AB, desde o início da sua formulação, sofreu influência direta de políticas indutoras para o seu crescimento, fortalecimento e para sua manutenção como estratégia prioritária do SUS. A coordenação política exercida pelo ente federal se dá, prioritariamente, por meio de programas e estratégias que se efetivam através da publicação de normativas e dos mecanismos de incentivos financeiros, para sua implantação e manutenção (LIMA, 2017).

A edição de regras e regulamentações sobre estes programas e estratégias sofre influência dos diferentes contextos sócio-políticos, do perfil dos dirigentes, bem como definem uma relação que se estabelece entre o MS e os entes subnacionais, especialmente com os municípios, com vistas a ordenar os serviços de saúde nos territórios para responder de forma adequada aos problemas e necessidades de saúde da população. Esse processo é marcado por continuidades e discontinuidades, avanços e retrocessos, e resulta na reconfiguração de um novo modelo de atenção em cada momento (LIMA, 2017).

Desta forma, é fundamental que as políticas indutoras sejam convergentes com os princípios da universalidade, equidade e integralidade, garantindo subsídios para manutenção das equipes e para ampliação da sua cobertura (DOMINGOS, 2017).

Diante disto, questiona-se: em que medida as políticas nacionais promoveram a indução do modelo de atenção na AB, estruturado na proposta da eSF? Com intuito de responder esta questão, este manuscrito tem o objetivo: Analisar a adesão e cobertura de programas estratégicos financiados por políticas indutoras.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, realizado por meio de dados secundários, disponibilizados no sistema Espaço para Informação e Acesso para o Sistema da Atenção Básica <https://egestorab.saude.gov.br/> de forma online pelo MS. Esse sistema constitui-se em uma plataforma que tem o objetivo de centralizar todos acessos e perfis da AB, desenvolvidos e gerenciados pelo Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI) do Departamento de Atenção Básica do MS, permitindo organização e agilidade no acesso aos mesmos (BRASIL, 2021).

As informações extraídas foram o quantitativo de eSF, ACS, de ESB e NASF implantadas, bem como a cobertura populacional alcançada por estas estratégias, referentes aos anos de 2011 a 2019 no Brasil, nas macrorregiões do país, no Paraná e da Macrorregião norte deste estado. Justifica-se a importância de olhar para dados desconcentrados, devido ao tamanho continental e as diferenças regionais do Brasil, visto que os dados nacionais não demonstram de forma clara as diferenças e desigualdades regionais.

Os dados foram coletados entre os meses de fevereiro e agosto de 2021, apresentados por meio de tabelas a distribuições das equipes de eSF, ACS, ESB e NASD no Brasil e nas macrorregiões do país, assim como por meio de gráficos apresentando índice de cobertura dessa equipes no Brasil e na macrorregião norte do Paraná.

Por se tratar de uma pesquisa realizada em um sistema de informação público, dispensa-se a necessidade de avaliação e aprovação do Comitê de ética em pesquisa.

RESULTADOS

O acesso aos dados disponibilizados no sistema E-gestor possibilitou o levantamento relacionado ao quantitativo de ACS; de equipes da eSF, SB e de NASF; assim como a cobertura dessas equipes na Macrorregião norte do Paraná, nas macrorregiões do Brasil e a nível nacional.

Quanto ao número de ACS no Brasil, verificou-se que entre os anos de 2011 e 2016 houve crescimento nesta categoria, alcançando em 2016 o maior número destes profissionais. Já a partir de 2017, e nos anos seguintes observa-se uma redução, com cerca de cinco mil profissionais a menos se comparados o quantitativo dessa

categoria nos anos 2019 com o ano de 2016. As equipes de eSF tiveram ampliação entre os anos de 2011 à 2018, porém, ao final do período de estudo também se percebe uma pequena redução (tabela 1).

Tabela 1: Distribuição do número de ACS, eSF, SB e de NASF no Brasil, de 2011 a 2019.

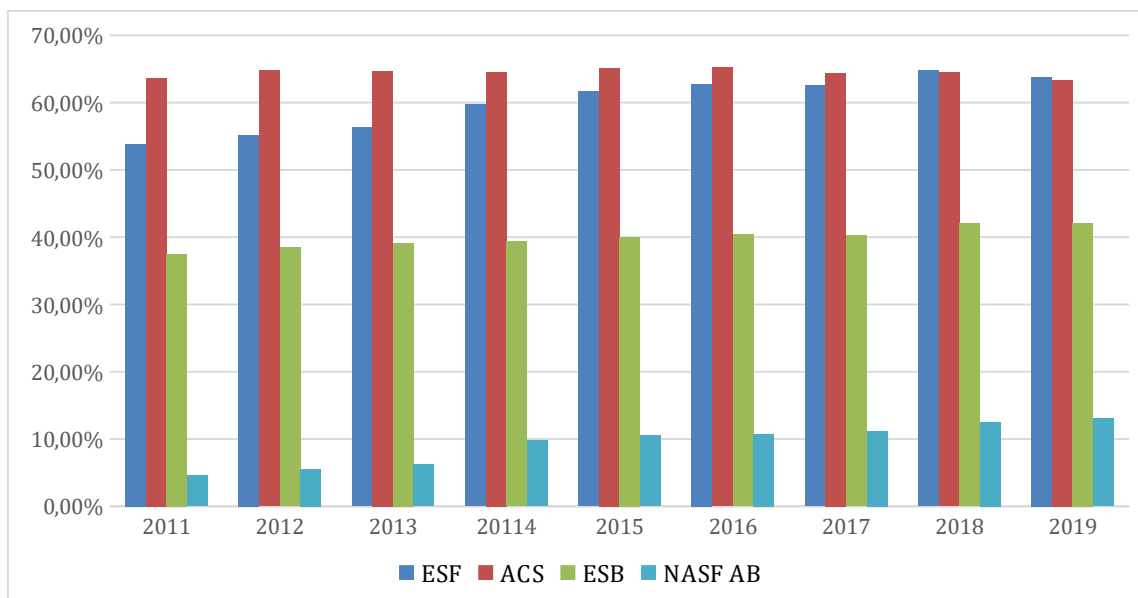
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
ACS	247.845	254.424	255.772	261.642	265.524	265.804	263.138	263.109	260.419
ESF	31.945	32.865	34.185	37.319	39.687	40.716	41.025	42.755	42.610
ESB	20.956	21.747	22.630	23.481	24.444	24.697	25.062	26.496	26.789
NASF	1.461	1.823	2.101	2.644	4.161	4.357	4.590	5.330	5.568

Fonte: e-gestor, MS, 2021, elaborado pelo autor

Em relação às ESB, verifica-se ampliação do número de equipes durante todo o período do estudo. O mesmo foi observado em relação às equipes NASF, que mantiveram crescimento constante entre o ano de 2011 à 2019, sendo o ano de 2015 marcado pela maior percentual no aumento do número de equipes comparado aos anos anteriores (Quadro 1).

Além do quantitativo de equipes, foi observado a cobertura populacional dessas estratégias, conforme demonstrado na figura 1.

Figura1: Cobertura de equipes estratégicas da AB no Brasil, de 2011 à 2019.



Fonte: e-gestor, MS, 2021.

Constata-se que a cobertura populacional pela eSF apresentou aumento entre os anos de 2011 a 2016, alcançando a partir de 2015 cobertura um pouco superior a 60%, com pequenas oscilações nos anos seguintes. Já a cobertura por ACS foi superior a 60% durante todo o período, alcançando a maior cobertura em 2016 (65,2%) e a menor em 2019 (63,3%). Verifica-se que a partir no ano de 2018 a cobertura por ACS se torna ligeiramente inferior à cobertura populacional alcançada pela eSF.

A cobertura pela ESB é bem inferior à eSF, sendo menos de 50% da população no período analisado. No entanto apresentou constante ampliação entre os anos de 2011 a 2019, atingindo no último ano cobertura superior 42%. Do mesmo modo, a cobertura pelas equipes NASF-AB, apresentou ampliação em todo período, passando de 4,5% em 2011 para 13% em 2019.

Ao analisar essa distribuição do quantitativo e da cobertura populacional, é possível constatar que essa tendência verificada para o país não é uniforme nas diferentes macrorregiões (quadro 2)

Quadro 1: Distribuição do número de ACS, eSF, ESB e NASF nas macrorregiões do Brasil, de 2011 a 2019

Região Centro Oeste									
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
ACS	18.201	18.321	18.317	18.895	18.564	18.476	18.479	18.686	18.486
ESF	2.278	2.337	2.443	2.626	2.762	2.804	2.859	3.053	3.119
ESB	1673	1774	1857	1878	1982	1972	2056	2232	2254
NASF	104	116	131	259	310	318	335	382	413
Nordeste									
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
ACS	100.10	101.262	101.864	102.817	103.091	102.866	102.500	102.636	101.60
ESF	12.667	12.707	13.267	14.335	14.813	15.083	15.126	15.632	15.533
ESB	9841	10023	10267	10706	10962	11104	11268	11920	12076
NASF	697	889	996	1636	1788	1784	1912	2140	2215
Região Sul									
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
ACS	29.373	30.402	31.127	31.549	32.938	33.365	32.926	31.907	30.977
ESF	4.386	4.550	4.824	5.274	5.790	5.944	5.989	6.185	6.197
ESB	2667	2795	3037	3040	3307	3362	3186	3226	3128
NASF	124	148	216	455	602	661	670	770	807
Norte									
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
ACS	29.368	29.940	29.907	30.717	31.234	30.925	30.496	30.306	30.555
ESF	2.500	2.510	2.608	2.911	3.270	3.307	3.335	3.511	3.516
ESB	15570	1599	1704	1727	1871	1865	1864	2069	2152
NASF	117	135	163	295	321	335	398	444	470
Sudeste									
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
ACS	70.713	74.499	74.557	77.664	79.697	80.172	78.737	79.574	78.799
ESF	10.114	10.761	11.043	12.173	13.052	13.578	13.716	14.374	14.245
ESB	5205	5556	5846	6130	6430	6536	6688	7049	7179
NASF	420	517	596	996	1140	1232	1379	1594	1663

Fonte: e-gestor, MS, 2021. Elaborado pelo autor

Os dados revelam que houve aumento no quantitativo de ACS em todas as regiões do país entre os anos de 2011 à 2015, especialmente nas regiões sul e sudeste, com aumento superior a 10% nestas duas regiões. Entretanto, a partir do ano de 2017, apresentou oscilação, finalizando o período de estudo com tendência de queda na maioria das regiões (quadro 2).

As eSF se mantiveram em crescimento na maioria das regiões, exceto nas regiões sudeste e nordeste, cujo número de equipes em 2019 foi inferior ao ano

anterior. A exemplo do que ocorre no país, a ESB teve crescimento em praticamente todas as regiões, com exceção da Sul. Nesta houve aumento do número de equipes até 2016, com redução nos anos subsequentes.

As equipes NASF-AB tiveram crescimento constante em todas as regiões do Brasil. Nota-se que esse crescimento se tornou mais intenso a partir do ano de 2014 e permaneceu de forma ascendente até o ano de 2019.

Ao examinar a região Sul, verifica-se que o estado do Paraná e a macrorregião norte do estado, apresentam a mesma tendência do país para os ACS, com crescimento contínuo até o ano de 2016 e decréscimo a partir de 2017. Quanto ao número de eSF no Paraná, diferente do apresentado pelo Brasil e região Sul, houve aumento contínuo do número de equipes até 2016, e após esse ano houve oscilação, terminando o período com número de equipes muito próximo ao apresentado em 2016. Na macrorregião Norte do Estado a tendência de aumento se manteve até 2016, com redução do número de eSF entre 2017 e 2019

Quadro 2: Distribuição do número de ACS, eSF, ESB e NASF no estado do Paraná e na macrorregião Norte do Paraná, 2011 a 2019.

Paraná									
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
ACS	11.837	12.289	12.197	12.369	12.520	12.683	12.431	11.785	11.537
ESF	1.793	1.825	1.929	2.114	2.249	2.275	2.254	2.293	2.278
ESB	1180	1207	1252	1290	1293	1303	1237	1237	1171
NASF	68	72	98	176	237	261	252	281	295
Macrorregião norte PR									
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
ACS	2.512	2.544	2.568	2.595	2.504	2.562	2.524	2.415	2.410
ESF	445	442	459	479	505	505	491	484	484
ESB	283	293	293	283	276	290	280	264	256
NASF	26	24	26	46	59	59	68	75	73

Fonte: e-gestor, MS, 2021. Elaborado pelo autor

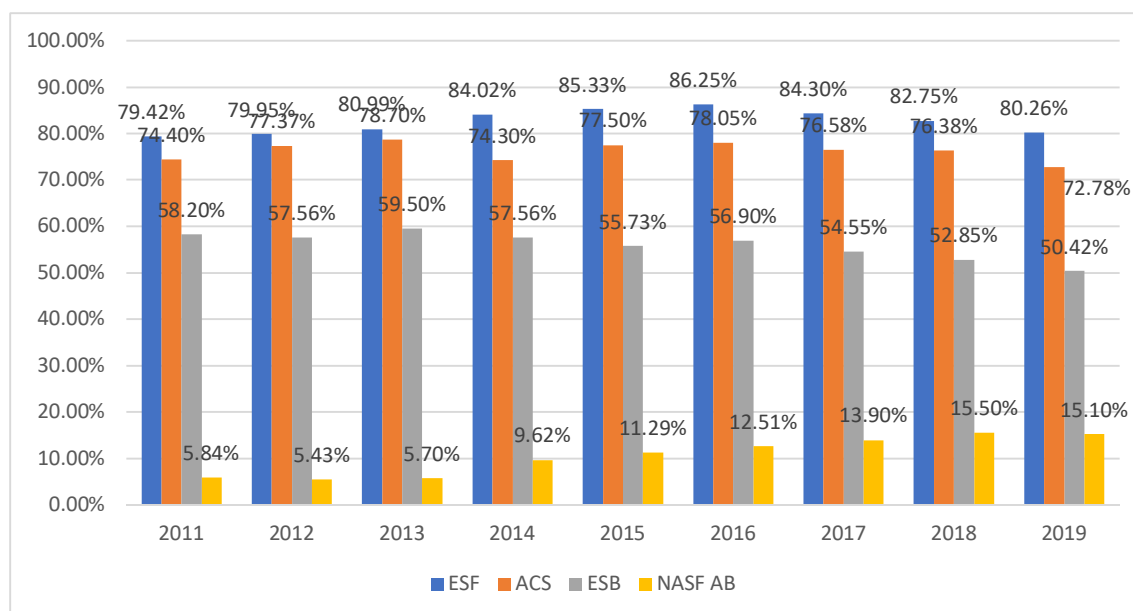
Em relação às ESB, diferente do Brasil e dos demais estados da região sul, no Paraná houve redução do número equipes a partir de 2017, chegando em 2019 com o menor número de equipes. Já o número de equipes NASF é muito inferior ao das

outras equipes, porém manteve crescimento contínuo de 2011 a 2018, com ligeiro decréscimo em 2019.

Em relação à cobertura da eSF, os dados dados da Macrorregião norte do Paraná revelam o crescimento constante entre os anos de 2011 a 2017 chegando a 84,3%, porém a partir desse ano houve redução, finalizando o ano de 2019 com cobertura populacional de 80,3% muito próximo à cobertura do ano de 2011 (Figura 2).

Diferente do Brasil, a cobertura pelo ACS nesta macrorregião Norte do Estado do Paraná é inferior à da eSF, não tendo alcançado 80% em nenhum ano do período analisado. Esta categoria apresentou, nesta região do estado, a mesma tendência da eSF, ou seja, aumentou de forma contínua entre 2011 a 2013, com constantes oscilações de cobertura após esse período, encerrando o ano de 2019 com cobertura inferior ao ano de 2011.

Figura 2: Cobertura de equipes estratégicas na AB entre os anos de 2011 à 2019 na região Macrorregião norte do Paraná:



Fonte: e-gestor, MS, 2021.

A figura 2 revela que as eSB tiveram o seu maior índice de cobertura no ano de 2013 na macrorregião norte do Paraná, porém abaixo de 60%, com redução

contínua nos anos subsequentes, finalizando o ano de 2019 com a menor cobertura (50%).

A cobertura de NASF-AB teve aumento constante desde a sua criação, porém pouco significativa se comparada às demais equipes estratégicas na macrorregião norte do Paraná.

DISCUSSÃO

Ao analisar os dados verificou-se que no período estudado (2011-2019), houve aumento no quantitativo e na cobertura, tanto da eSF, quanto das demais equipes estratégicas entre os anos de 2011 a 2017 em diversas regiões. Após esse ano os resultados apontam estagnação do crescimento e até mesmo redução para algumas estratégias.

A cobertura de eSF e o quantitativo de equipes permaneceram estáveis em algumas regiões e apresentaram quedas relativamente baixas em outras. Apesar disso, a ideia de instituir cestas de serviços, flexibilizar carga horária de profissionais como médicos e enfermeiros para que eles atuem em mais de uma equipe, a não fixação da quantidade mínima de ACS por equipe e o reconhecimento de novo modelos de AB trazido pela PNAB 2017, podem levar a descaracterização da eSF com base no modelo sanitário, comunitário e territorial (SETA; REIS; RAMOS, 2020).

Os resultados deste estudo apontam o aumento do número de equipes ESB entre 2011 e 2019 no país, provavelmente por sua incorporação na eSF. Entretanto, na região sul houve redução dessa estratégia a partir de 2018, corroborando o apontado por Lucena et al (2020), no sentido de que após apenas 21 meses de publicação da PNAB 2017, a região sul do país foi a que mais sofreu redução de equipes ESB totalizando 6,7%, o que pode ser porque tal política retira a obrigatoriedade da incorporação das ESB na eSF. Essa alteração desmembra a ESB do modelo alternativo de AB e favorece o retorno do modelo hegemônico tradicional.

Lucena et al, (2020), ainda destacam que o cenário econômico e político tende a aumentar a desigualdade de acesso à saúde, diminuir cobertura dos serviços e agravar os indicadores de cobertura, principalmente em cidades com mais 100.000 habitantes. Embora essas cidades tenham maior poder econômico, muitas delas

sempre apresentaram baixa cobertura em eSB tendo quatro vezes maior chance de diminuir o quantitativo de equipes nessas áreas (LUCENA et al, 2020).

A criação do NASF, por meio da portaria GM/MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008, também foi uma importante política indutora da AB na primeira década de 2000. Segundo Melo et al, (2018), em 2010 já havia sido implantadas mais de 1370 equipes NASF no Brasil com aumento crescente no decorrer dos anos, o que corrobora os dados apresentados no quadro 1. Esse aumento no quantitativo se torna mais visível após sua inclusão na PNAB 2011 e com a criação da portaria nº MS/GM nº 3124/2012 que cria a modalidade 3 e redefine os parâmetros de vinculação do NASF 1 e 2 às equipes eSF e Equipes de Atenção Básica (EAB) para populações específicas. Essa portaria visou alcançar a cobertura de pequenos municípios e populações ribeirinhas favorecendo assim a expansão de forma mais intensa dessas equipes em todas as regiões do Brasil (VENDRUSCOLO; HERMES; CORREA, 2020).

Esse avanço em relação à equipes NASF de fato ocorreu de forma geral, conforme demonstrado nos quadros 2 e 3, havendo ampliação dessas equipes tanto no Brasil como nas diferentes regiões. Também houve ampliação considerável do número de equipes NASF a partir do ano de 2014, como possível reflexo da criação da modalidade 3. Entretanto, apesar desse aumento do número de equipes, ainda é possível observar que a cobertura do NASF no Brasil e nas regiões é muito menor do que a das demais equipes, dificultando que os integrantes da equipe NASF exerçam o seu papel como apoiador das eSF, além de interferir diretamente em número insuficiente de oferta de serviços para população que requer alta demanda e conseqüentemente na sua resolutividade.

Em relação aos ACS, verificou-se estagnação e até mesmo redução na incorporação desses profissionais em algumas regiões. Essa mudança pode estar relacionada a diversos fatores, inclusive contextos políticos e econômicos.

No ano de 2015 iniciou-se o debate para a revisão da PNAB/2011, debate este marcado pelas divergências de ideias entre MS e instâncias que representavam as secretarias estaduais e municipais de saúde, como CONASS e CONASEMS. Outro fato a ser considerado ocorreu em maio de 2016: toda a crise envolvendo o governo federal que culminou com o impeachment da presidente Dilma e a substituição em diversos postos do MS (MELO et al, 2018).

Apesar dessas mudanças, outros fatores que podem estar relacionados a essa redução se referem ao avanço das propostas neoliberais, as quais abriram brechas para vinculação precária, flexibilizando a forma de contratação, proporcionada pela reforma trabalhista e pelas alterações da PNAB 2017. Essa política retira a obrigatoriedade da presença dos ACS em todas as eSF, assim como, apresenta novas formas de organização da AB através das EAP, sem a necessidade da presença desses profissionais nas equipes (SILVA et al, 2020).

Ao ser comparada com as PNAB de 2006 e 2011 que sempre enfatizaram a necessidade de cobertura de 100% da população pelos ACS, a PNAB 2017 priorizou a cobertura total apenas nas áreas de risco. Esta alteração da norma pode fazer com que a FT composta por ACS mais sofra redução ao longo dos anos (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Inicialmente o papel do ACS era centrado na educação em saúde e tinha como objetivo a criação de vínculo entre as equipes, articulação entre as ações em saúde, territorialização, entre outros. Porém, ao longo dos anos esse papel foi sendo redefinido, e a própria PNAB 2006 abriu brecha para o deslocamento deste profissional, do trabalho que desenvolvia com a população no território, para atividades dentro da instituição. Houve também mudanças no foco das ações a serem desenvolvidas junto a população, para realização de ações por meio de intervenções sanitárias fragmentadas, ofuscando, em certa medida, a perspectiva de práticas multidimensionais (SILVA et al, 2020).

Destaca-se que o problema não é o ACS auxiliar em atividades internas, pelo contrário, isso poderia até mesmo fortalecer o vínculo com os demais profissionais da equipe. O problema está na natureza dessas atividades, visto que muitas vezes o profissional é inserido em trabalhos para cobrir a falta de outro profissional e inclusive em atividades de apoio genérico (MOROSINI; FONSECA, 2018). Percebe-se que o papel do ACS tem se perdido ao longo da criação do Programa de Agentes Comunitários até a PNAB 2017, focando mais em ações imediatistas do que em estruturas de um novo modelo de saúde.

Após a posse de Michel Temer como presidente, ainda em 2016, houve a aprovação da Emenda Constitucional nº. 95/2016, que ficou conhecida como a “Pec do Teto” por ocasião da sua tramitação, que congelou por 20 anos o piso dos gastos

primários com base nas despesas de 2016, com o objetivo de contenção de gastos públicos, inclusive na área da saúde. Esses acontecimentos apontam para o fortalecimento dos projetos neoliberais em curso, e também marcam o início do debate sobre a revisão da PNAB publicada em 2017 (MELO et al, 2018)

A PNAB 2017, diferente das demais, reconhece não apenas a eSF como estratégia, mas também outros formatos de AB, compostas apenas por médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem. Essa nova política deixa opcional a presença do ACS nas equipes, sendo obrigatório a cobertura de 100% apenas para territórios com alta vulnerabilidade social (GOMES, 2017).

Além da PNAB 2017, a portaria nº 83/2018, do MS que se trata da formação técnica em enfermagem dos ACS e a Lei nº 11.350/2006 que passa a reger o trabalho do ACS e dos ACE, convergem com o pensamento de alguns gestores de que o ACS não é necessário em todos os contextos, nem resolutivo o suficiente, desconsiderando a importância desses profissionais para a articulação entre os saberes técnico científicos, populares e comunitários (MOROSINI; FOSECA 2018; MACIEL et al, 2020).

A crítica dos gestores a respeito da baixa produtividade dos ACS ou mesmo em relação a função original desses profissionais na AB fortaleceu a tentativa de incorporar esses profissionais no corpo clínico da enfermagem, capacitando-os para aferir pressão, realizar teste de glicemia capilar e realizar curativo (MOROSINI, 2016; SILVA et al, 2020).

Essa descaracterização do ACS como um profissional comunitário, somada à concepção de um profissional pouco resolutivo, está ligada a compreensão de que a resolutividade só ocorre se houver ações clínicas e curativistas. Desta forma, não se valoriza as questões culturais, a capacidade do profissional reconhecer questões epidemiológicas que revelem demandas emergentes para que sejam realizadas ações focalizadas, resolutivas e acertivas nas necessidades das comunidades (MOROSINI, 2018; MACIEL et al, 2020).

O fato é que essa visão focada no curativismo, retirando o ACS das ações comunitárias, remete ao retrocesso, o que, caminha ao contrário do modelo de cuidado baseado na territorialização, no olhar integral, com trabalhos comunitários e cuidado centrado no usuário (SILVA et al, 2020).

Além disso, verifica-se que a disputa política e econômica se intensifica no âmbito da saúde, refletindo nos indicadores de cobertura, em que por um lado está o gestor em busca de maior flexibilidade, produtividade e resolutividade com apoio do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e de entidades médicas, por outro lado sanitaristas fazem crítica ao caráter privatista, mercadológico e focalizado presentes nessas mudanças (SETA; REIS; RAMOS, 2020).

Essa situação pode se agravar ainda mais com a efetivação da Portaria de nº 2979 de 12 de outubro de 2019 intitulada “Previne Brasil”. Esta nova forma de financiamento da AB excluiu o PAB fixo e variável e inseriu como forma de financiamento o pagamento por captação ponderada, por desempenho, com base em metas de indicadores selecionados e por adesão a alguns programas estratégicos. Outra mudança nessa nova portaria é o fim do financiamento das equipes NASF pelo governo federal, ou seja, embora possa ser observado nessa pesquisa o crescimento contínuo desses profissionais na AB, essa mudança poderá atingir diretamente a manutenção e ampliação dessas equipes (MASSUDA, 2020). Essas alterações, propostas por tal portaria avançam na direção da proposta de cobertura universal, incompatíveis com o ideário de um sistema universal almejado para o SUS (SETA; REIS; RAMOS, 2020). Mais recentemente o PPB sofreu algumas alterações por meio da portaria 2254/2021. Nesta nova proposta para além dos três eixos de financiamento volta a ser inserido um pagamento per capita, contudo com um valor muito menor do que o necessário para o fortalecimento da AB.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo revela a importância de políticas indutoras para o fortalecimento da AB, entretanto reconhece que contextos políticos e econômicos podem influenciar na execução e na formulação dessas políticas, refletindo e fomentando o modelo de saúde desejável pelos atores responsáveis pela formulação destas.

Sendo assim, observa-se que a PNAB 2011 exerceu importante papel indutor da AB fortalecendo o modelo pautado na eSF, com ampliação da AB. No entanto, com a crise política, econômica e social vivenciada no país, bem como o crescimento das propostas neoliberais, influenciaram na elaboração da PNAB 2017. Os resultados

revelaram que essa nova política não possibilitou o crescimento e fortalecimento da APS com o foco na eSF.

Destaca-se que os ACS foram os mais afetados dentro desse contexto durante o período analisado: sofreram redução tanto no número de profissionais, quanto na cobertura populacional e perderam espaço prioritário dentro da AB. As políticas foram capazes e induzir o crescimento da eSF e do NASF, apesar das oscilações e estagnações em alguns anos, porém não foram capazes de induzir o crescimento dos ACS, e da ESB após a última PNAB/2017, pelo contrário, elas apenas regulamentaram ações que flexibilizaram a permanência desses profissionais nas equipes.

Além disso, a alteração no formato do financiamento da AB oportuniza uma nova condição ao repasse de verbas, o que poderá trazer consequências diretas e indiretas para AB. Essa mudança também é contrária ao proposto para o modelo de AB, integral e universal, e possivelmente afetará os percentuais de coberturas das equipes estratégicas no futuro.

Em relação as limitações desse estudos, destaca-se que a utilização de sistema de informação não permite o controle de possíveis erros de digitação ou subnotificação, entretanto acredita-se que por se tratar de dados nacionais oficiais e de preenchimento obrigatório em todos os serviços de saúde, seus resultados permitiram o alcance dos objetivos propostos.

Ademais, observa-se a necessidade de estudos futuros para analisar as possíveis interferências do novo modelo de financiamento, introduzido pelo PPB, no número de equipes, na cobertura das equipes estratégicas da AB, especialmente daquelas que não são mais incentivadas como o NASF, no processo de trabalho dessas equipes e na evolução do modelo de AB a longo prazo.

Referências COSTA, J. P.; JORGE, M. S. B.; VASCONCELOS, M. G. F.; PAULA, M. L.; BEZERRA, I. C. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 103, 2014. Disponível em: . Acesso em 23 de outubro de 2021.

DE ALMEIDA, Rodrigues, E.; DE SOUSA, A. N. A.; BRANDÃO, C. C. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, 2018. Disponível em: . Acesso em: 5 Fev. 2021.

Domingos, C. M. Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica no SUS em Município de Pequeno Porte da Macrorregião Norte do Paraná [Tese]. Londrina: **Universidade Estadual de Londrina**, 2017.

E-Gestor. Disponível em: <<http://egestorab.saude.gov.br/>>. Acesso em: 25 out. 2021.

ESCORELI, S., Giovanella, L., Mendonça, M. H. M.; Senna, M. C. M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, 21(2–3), 2007

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. DE. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1475–1482, abr. 2020.

Gomes, C. B. S., Gutiérrez, A. C., & Soranz, D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(4), 1327–1338.

LIMA, L. D. Financiamento e descentralização do SUS: potenciais impactos das mudanças nos mecanismos de transferência federal. 1ª sessão do Centro de Estudos Miguel Murat de Vasconcelos. **ENSP. Rio de Janeiro**, 12 de abril de 2017. Disponível em: .

LUCENA, E. H. G. D.; Lucena, C. D. R. X.; Alemán, J. A. de S.; Pucca Júnior, G. A., Pereira, A. C., & Cavalcanti, Y. W. Monitoramento das equipes de saúde bucal após a Política Nacional de Atenção Básica 2017. **Revista de Saúde Pública**, 54, 99.

MACIEL, F. B. M.; SANTOS, H. P. C.; CARNEIRO, R. A. S.; SOUZA, E. M.; PRADO, N. M. B. L. Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. suppl 2, p. 4185–4195, Out 2020. Acesso em: 13 out 2021.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1181–1188, 2020. Disponível em: . Acesso em: 5 Fev. 2021.

MELO, E. A., Miranda, L., Silva, A. M., Limeira, R. M. N. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. **Saúde Em Debate**, 2018, 42(spe1), 328–340.

MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M.; OLIVEIRA, J. R. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 38–51, 2018. Disponível em: . Acesso em: 5 Fev. 2021.

MOROSINI M. V. G. C. Transformações no trabalho dos agentes comunitários de saúde nos anos 1990 a 2016: a precarização para além dos vínculos [tese]. Rio de Janeiro: **Universidade do Estado do Rio de Janeiro**, Faculdade de Educação; 2018.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 9, 2020. Disponível em: . Acesso em: 5 Fev. 2021.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 11–24, 2018. Disponível em: . Acesso em: 5 Fev. 2021.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 261–274, Set 2018.

SETA, M. H. O. R.; RAMOS, C. O.; PAES, A. L. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. suppl 2, p. 3781–3786, 2021. Acesso em: 14 out 2021.

SILVA, T. L.; SOARES, A. N.; LACERDA, G. A.; MESQUITA, J. F. O.; SILVEIRA, D. C. Política Nacional de Atenção Básica 2017: Implicações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 124, p. 58–69, Mar 2020. Disponível em: . Acesso em: 13 out 2021.

Vendruscolo, C., Hermes, J., Corrêa, P. Consolidação do Nasf na Atenção Primária À Saúde: Uma Revisão da Literatura. **Inova Saúde**, 2020, 10(2), 61.

Artigo 2: Influência do contexto sócio-político e normativo para a organização da força de trabalho e ofertas de serviços da AB

Esse artigo se propôs a responder o segundo objetivo, que é identificar mudança na forma de contratação da força de trabalho e a percepção dos gestores entre o desempenho e vínculo dos trabalhadores da macrorregião norte do Paraná.

Influência do contexto sócio-político e normativo para a organização da força de trabalho e ofertas de serviços da AB

Resumo: Objetivou-se analisar a organização do trabalho na AB, considerando a composição, as formas de vinculação dos trabalhadores e ainda a percepção de gestores sobre a relação entre o desempenho no trabalho e o vínculo empregatício. Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo estudo de caso único com múltiplas unidades de análise, realizado em 16 municípios da macrorregião norte do Paraná. Para a definição dos municípios de pesquisa, foram verificados: Investimento municipal em Saúde, capacidade de uso de recurso de transferência, capacidade de adesão, englobando indicadores do grau de adesão a programas e estratégias: a SB AB, ao informatiza Atenção Primária a Saúde (APS), aos Programas Saúde na Escola e Saúde na Hora; e ainda a capacidade de cadastramento, e o indicador do Índice Saúde da Família. Os participantes do estudo foram coordenadores de AB e secretários de saúde, entrevistados no período de julho a outubro de 2021 cujas falas foram codificadas como G1,G2...G27. Os achados foram divididos em três categorias de análise: Organização da AB, forma de contratação dos profissionais da AB e

percepção dos gestores sobre o desempenho dos trabalhadores relacionado aos vínculos de trabalho. Foi observado que a maioria dos municípios analisados manteve a organização da AB por meio das Estratégia de Saúde da Família (eSF), e em apenas três municípios verificou-se a existência de Equipe de Atenção Primária (EAP). Em relação as formas de contratação, notou-se aumento dos vínculos precários. Quanto a percepção dos gestores a respeito do desempenho e do tipo de vínculo contratual, observou-se que a maioria dos gestores percebem que profissionais terceirizados e com vínculo de trabalho mais frágil têm melhor desempenho do que profissionais com estabilidade no trabalho. Percebe-se que o cenário político, sanitário, econômico e social vivenciado pelos municípios nos últimos anos, interferiu diretamente na organização e na forma de contratação dos profissionais, assim como na percepção dos gestores em relação ao desempenho e vínculo de trabalho.

Palavras-Chaves: Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Política de Saúde; Gestão em Saúde, Força de Trabalho.

Abstract: The objective was to analyze the organization of work in AB, considering the composition, the ways in which workers are linked and also the perception of managers about the relationship between work performance and the employment relationship. This is a qualitative study, a single case study with multiple units of analysis, carried out in 16 municipalities in the northern macro-region of Paraná. For the definition of the research municipalities, the following were verified: Municipal investment in Health, ability to use transfer resources, , adherence capacity, encompassing indicators of the degree of adherence to programs and strategies: SB AB, by computerizing Primary Health Care (APS), to the Health at School and Health at the Time Programs; and also the capacity to register, and the indicator of the Family Health Index. Study participants were AB coordinators and health secretaries, interviewed from July to October 2021 whose speeches were coded as G1, G2...G16. The findings were divided into three categories of analysis: AB organization, way of hiring AB professionals and managers' perception of workers' performance related to employment relationships. It was observed that most of the analyzed municipalities maintained the AB organization through the Family Health Strategy (eSF), and in only three municipalities there was a Primary Care Team (EAP). Regarding the forms of contracting, there was an increase in precarious employment relationships. Regarding the perception of managers regarding performance and the type of contractual relationship, it was observed that most managers perceive that outsourced professionals with a weaker employment relationship perform better than professionals with job stability. It can be seen that the political, health, economic and social scenario experienced by municipalities in recent years directly interfered in the organization and form of hiring professionals, as well as in the perception of managers in relation to performance and employment relationship.

Keywords: Primary Health Care; Family Health Strategy; Health Policy; Health Management, Workforce.

Introdução

A criação do SUS provocou mudanças em diversos aspectos no âmbito da saúde, tendo nas duas primeiras décadas a Atenção Básica (AB) como uma das principais estratégias do sistema. No Brasil a AB foi criada como principal porta de entrada para o SUS, com intuito de promover acesso ampliado à saúde através da oferta ações e serviços organizados por meio da lógica territorial de prevenção, promoção e reabilitação em saúde (FAUSTO et al, 2014).

Esse processo se deu inicialmente a partir da década de 1990 com a criação do Programa de Agentes Comunitários (PACS) e do Programa Saúde da Família. Esses programas tiveram como foco o modelo sanitário e preventivo, sendo direcionados a princípio para determinadas doenças, porém passaram gradativamente de programa para integrar a Estratégia Saúde da Família (eSF) (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020),.

No ano de 2006 foi criada a primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a eSF foi considerada a estratégia prioritária para a reorganização da AB, mantendo a lógica de cuidado por meio da territorialização e ampliando a cobertura de AB no país. Um dos temas normatizados pela PNAB foi a composição mínima das equipes de saúde da família (eSF) por médico generalista ou de família, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com a padronização da carga horária dos profissionais em 40hs. Também foi considerada a possibilidade de inclusão de equipe de saúde bucal (eSB) vinculada à eSF, composta por cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário/Auxiliar de Saúde Bucal ou técnico de higiene bucal/Tecnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2006).

A PNAB 2006 foi considerada um grande marco para AB, porém o problema da rotatividade de profissionais se mantinha, principalmente na categoria médica e nos municípios de pequeno porte. Nesse sentido, em 2011 foi publicada outra PNAB que flexibilizou a carga horária de trabalho desse profissional, podendo ser contratados por 20h, 30h ou 40h semanais e inserindo a equipe NASF na AB, dando sequência na ampliação da eSF no país (BRASIL, 2012).

No ano de 2016 na vigência de uma crise política e econômica, no pós impeachment da presidente Dilma Rousseff e com o avanço do neoliberalismo, foi publicada a PNAB 2017 a qual retira a obrigatoriedade da presença dos ACS das eSF,

mantendo esse critério apenas para as equipes que atuam em áreas de risco. Essa PNAB também propõe novas formas de organização da AB através das equipes de atenção primária (EAP), sem a necessidade da presença de ACS nas equipes e com maior flexibilidade na carga horária dos demais profissionais (SILVA et al, 2020).

Além disso, outros fatos como a reforma trabalhista, aprovada em 2017, que flexibilizou ainda mais os tipos de vínculos empregatícios e possibilitou a terceirização das atividades fins, inclusive no setor saúde; a aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016 que congelou os gastos públicos por 20 anos; além da pandemia pela Covid-19, podem ter contribuído para a mudança na organização da AB no país. Estudos apontam o crescimento de contratações informais e temporárias, contratos por meio de ONGs e por empresas terceirizadas, por meio de Pessoas Jurídicas (“pejotização”), entre outras modalidades (PIERANTONI, 2008; TEIXEIRA, 2016; SILVA; CARVALHO; SANTINI, 2020).

Dando sequência a essas reformas, no ano de 2019 o governo instituiu alteração na forma de financiamento da AB por meio da Portaria nº 2979/2019 intitulada “Programa Previne Brasil”. Este programa alterou a forma de repasse financeiro do governo federal para a AB, substituiu a modalidade de pagamento do PAB fixo e inserindo o pagamento por capitação ponderada, pelo desempenho e por meio de adesão a programas estratégicos. Recentemente essa portaria passou por uma nova análise, sofrendo algumas alterações por meio da Portaria MS/GM nº 2254/2021, a qual insere um valor de financiamento per capita, porém muito menor do que o que era vigente como PAB fixo. Essa portaria também deixa de incentivar a implantação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) retirando essa equipe dos programas estratégicos e consequentemente deixando de repassar os incentivos financeiros para os municípios.

Nesse sentido, considerando essas mudanças induzidas pelas novas políticas, pelo contexto social político e econômico do país e pelas mudanças na forma de financiamento da AB, se questiona em que medida esse cenário tem influenciado a organização da AB, e especialmente a forma de contratação da força de trabalho? Na tentativa de responder a essa questão, esse artigo teve como objetivo: Analisar a organização do trabalho na AB, considerando a composição, as formas de provimento

dos trabalhadores e ainda a percepção de gestores sobre a relação entre o desempenho no trabalho e o vínculo de trabalho.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo do tipo estudo de caso único com múltiplas unidades de análise. O caso em estudo é macrorregião norte do Paraná, constituída por cinco regiões de saúde, a qual totaliza cerca de 2 milhões de habitantes, distribuídos em 97 municípios. Destes 82 são classificados como Municípios de Pequeno Porte (menos de 20 mil habitantes), o que representa 83,5% dos municípios.

Para a seleção dos municípios participantes da pesquisa, foram utilizados cinco eixos com seus respectivos indicadores. Eixo 1: Investimento municipal em Saúde, englobando indicadores de proporção de investimento de fonte livre em relação ao total de investimentos em saúde e proporção de recursos de fonte livre em saúde (lei 141). Eixo 2: Capacidade de uso de recurso de transferência, englobando o indicador de capacidade de uso de recurso de transferência. Eixo 3: Capacidade de adesão, englobando indicadores grau de adesão a SB AB, grau de adesão ao informatiza APS, graude adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) e grau de de adesão ao Saúde na Hora. Eixo 4: Capacidade de cadastramento, englobando indicador de cobertura de cadastramento. Eixo 5: Desempenho, englobando indicador de Índice Saúde da Família (ISF). Todos esses eixos foram classificados com escore baixo, intermediário e alto e por tipologia de município (rural, rural adjacente ou urbano). Os valores de referencias utilizados foram: Entre 5 a 8,66 foi considerado score baixo, entre 8,67 a 12,33 intermediario e entre 12,34 a 16 score alto, sendo que quanto menor o score, melhor situação do município (em termos de gestão financeira e orçamentária, cobertura de serviços e desempenho), e quanto maior o score, maiores são as dificuldades do município nesses quesitos. Após essa classificação, foram selecionados 10 municípios urbanos e sete rurais adjacentes, somando 17 municípios no total, dos quais seis tiveram score baixo, nove intermediário e dois alto. Houve uma recusa por parte de um gestor de município urbano, com score alto. desta forma a amostra totalizou 16 municípios. Os sujeitos deste estudo foram os coordenadores da AB e secretários de saúde, os quais foram denominados como “gerentes”. Ao final,

foram entrevistados 27 gestores, sendo que 16 eram coordenadores da AB e 11 Secretários de Saúde. A formação acadêmica dos gestores são variadas, sendo 17 enfermeiras, 2 médicos, 1 farmacêutico, 1 pedagoga, 2 odontólogas, 2 advogadas, 1 contadora e 1 engenheira da computação. Em relação a formação na área gerencial, 13 gestores afirmaram ter pós graduação em gestão ou saúde coletiva e 14 relataram não ter pós graduação na área.

A obtenção dos dados foi realizada por meio de entrevista guiada por um roteiro semiestruturado, contendo questões que versavam sobre a organização estrutural das equipes; formas de contratação dos profissionais da APS nos municípios (PJ, celetista, estatutário, etc) e a percepção dos gestores sobre a existência ou não de diferença entre o rendimento do profissional de acordo com o vínculo de contratação.

No primeiro momento foi realizado teste piloto (com uma gerente que não participou da pesquisa) e apenas após constatação da aplicabilidade do roteiro, foi dado início às entrevistas. A coleta de dados ocorreu entre os meses de julho a outubro de 2021, as entrevistas foram realizadas por integrantes do grupo de pesquisa, no local de trabalho dos gerentes, em uma sala em que estava presentes apenas o entrevistado e o pesquisador, o que garantiu privacidade. As entrevistas foram gravadas em gravador digital e transcritas na íntegra pelo autor principal e os arquivos de áudio foram deletados após a transcrição, conforme constava no termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Para a apresentação dos resultados as falas foram codificadas com a letra G, seguida de um número conforme a ordem de realização das entrevistas, a saber: G1, G2...e G27, visando preservar a identidade das participantes.

A análise das entrevistas foi realizada por meio do método análise de discurso proposto por Martins e Bicudo (2005) e compreendeu dois momentos: a análise ideográfica e a análise nomotética. No primeiro momento se procurou por unidades de significado e para isso foi realizada a leitura flutuante das transcrições de cada entrevista com o objetivo de se apropriar do fenômeno estudado, o que permitiu conhecer as ideias centrais dos atores sociais. Num segundo momento, fez-se a análise nomotética, em que, após nova leitura das entrevistas, foram realizadas identificadas as unidades de significado, e em seguidas feitas as aproximações das convergências e divergências, o que permitiu construir categorias para a estruturação

do fenômeno estudado. Este trabalho encontra-se vinculado ao projeto de pesquisa intitulado: “Mudanças nas regras de transferência de recursos federais do Sistema Único de Saúde: implicações e desafios para o financiamento e a organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil”, aprovada pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca conforme parecer 4.196.806 e CAAE: 30675420.60000.5240. Atendendo as considerações éticas os participantes, depois de informados a respeito do objetivo da pesquisa e que concordaram em participar, assinaram o TCLE.

Resultados

Dos dados coletados foram constituídas três categorias de análise, cujos resultados foram organizados da seguinte forma: Organização da AB, forma de contratação dos profissionais da AB e percepção dos gestores sobre o desempenho dos trabalhadores relacionado aos vínculos de trabalho.

Dentre os 27 gestores entrevistados, 16 eram coordenadores da AB e 11 Secretários de Saúde. A formação acadêmica deles era variada, sendo 17 enfermeiras, dois médicos, um farmacêutico, um pedagoga, duas odontólogas, duas advogadas, uma contadora e uma engenheira da computação. Em relação a formação na área gerencial, 13 gestores (48%) afirmaram ter pós graduação em gestão ou saúde coletiva.

Organização da AB

A organização da AB em 12 dos 16 municípios estudados se dá exclusivamente por meio da (eSF), sendo essas equipes formadas pela composição mínima de profissionais preconizados pelas políticas de AB, a saber: enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, ACS, odontólogo e auxiliar de consultório odontológico. Os outros quatro municípios não possuíam eSB. Cabe destacar que em três município forma identificadas três novas equipes de AP atuando ou aguardando homologação perante o MS, além das eSF atuantes.

Para a maioria dos gestores a organização dos serviços de AB por meio da eSF ainda é a prioridade, sendo a AB composta por equipes eSF de 40 horas formadas por enfermeiro, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde (ACS), médicos (G1). Houve destaque para presença dos profissionais de Saúde bucal (SB) em algumas unidades, além da inserção do profissional médico veterinário na composição da AB em um dos municípios.

Embora todos os municípios tenham ao menos uma equipe de eSF completa, foi mencionado a dificuldade de contratar profissionais médicos com carga horária de 40hs: *“Hoje a gente tem as 11 equipes com médicos de 40hs, mas foi difícil montar essas equipes com essa carga horária médica 40hs”* (G2).

Houve relato de defasagem de número de ACS dentro da eSF em um dos municípios devido a expansão municipal, *“então a cidade tem crescido bastante, aí a gente observa que a gente estava tendo alguns problemas assim, [...], determinada UBS estava abrangendo agora uma parte maior por ter um número menor de acs”*(G3

Apesar do crescimento de equipes e de oferta de serviço da AB em diversos locais relatados por alguns gestores, houve a perda de uma eSF em um dos municípios estudados *“Na verdade, eram 4, mas uma está sendo tirado por causa do número da população: Nossa população diminuiu, cidades assim iguais a nossa sofrem com isso, nós perdemos a população”* (G3.)

A respeito dos serviços ofertados pelas UBS, foram mencionados: *“consultas, triagens, é ofertado preventivo, agendamento da mamografia, SB, temos fisioterapia, consulta psicológica, nutricionista, não tem a carteira completa ainda dos procedimentos, mas os médicos já começaram fazer sutura, drenagem, pequenos procedimentos como lavagem de ouvido, vacina”* (G4).

Para ampliar o escopo de serviços e garantir maior resolutividade para população, foram mencionadas parcerias intermunicipais por meio de consórcios *“o CISNOP e o CISVAR (nome dos consórcios) que hoje oferece pra gente o psicólogo e o psiquiatra e outras especializações* (G5).

A manutenção das equipes de NASF foi relatada na maioria dos municípios, mesmo com o fim do incentivo financeiro federal para tal: *“Então a gente manteve as equipes só mudamos a terminologia lá no Cadastro Nacional de Estabelecimento de*

Saúde (CNES) que é Equipe Núcleo Ampliado de Saúde da Família (ENASF), mas o processo de trabalho em si não foi alterado” (G6).

Em contrapartida, três municípios não puderam manter financeiramente os serviços do NASF após a mudança de financiamento da AB acarretando na perda desses profissionais. *“Nós pertencemos a um outro consórcio de pequenos municípios que tinha esse NASF, esse consórcio ainda dá suporte, eles contratam assistente social pra nós, mas isso é uma coisa do consórcio mesmo, não é NASF mais, o NASF acabou mesmo” (G5).*

Outro município manteve todos os profissionais das equipes do NASF, entretanto de forma fragmentada, realocando-os das UBS para atendimento clínico e outros serviços, desvinculando a organização do trabalho da lógica idealizada para o NASF: *“Eles não estão trabalhando mais juntos, a nova gestão decidiu por distribuir, mandou fisioterapia para a clínica de fisioterapia, a nutricionista para a UBS” (G13).*

Alguns gestores questionaram o motivo do Ministério da Saúde ter retirado o financiamento do NASF, relatando que apesar de considerar a equipe importante e de manter esses profissionais devido a necessidade da população, tem sido difícil para o município arcar com essa despesa: *a gente não consegue entender porque que o ministério retirou essa questão da equipe do NASF do financiamento, que é uma equipe muito importante para o município (G8).*

A criação da Equipe de Atenção Primária (EAP) também foi citada como fruto das mudanças proporcionadas pela PNAB 2017 em alguns municípios. *“Tem duas EAP que foi homologada pelo Ministério da Saúde” (G7).* Embora as a composição das EAP não exija a presença do ACS, foi destacado que *“nas EAP a gente também tem ACS” (G7).* Uma das principais diferenças entre a eSF e a EAP que foi destacada está relacionada à carga horária de atuação. *“a gente acabou de cadastrar as EAP com carga horaria parcial de 20 e 30 horas” (G7).*

Formas de seleção e provimento dos profissionais da AB

Foram identificadas variadas formas de provimento de trabalhadores para a AB nos municípios estudados: estatuto do servidor, terceirização, credenciamento de Pessoa Jurídica (PJ), modalidade pregão e contrato por prazo determinado.

A maioria dos municípios ainda utiliza o concurso público para seleção e a vinculação por estatuto para provimento de grande parte dos profissionais. *“São servidores efetivos, com exceção dos médicos, a gente tem três médicos do PSF que é empresa contratada por credenciamento médico” (G8)*

Apesar disso, alguns municípios relataram modalidades de vínculos distintos entre algumas categorias profissionais, sendo crescente a contratação de PJ por credenciamento, principalmente para os profissionais médicos: *“temos uma categoria de médicos que atuam na AB que são PJ que a gente fala, que é a empresa médica, então nós temos essa modalidade, mas a maioria é servidor público” (G8).*

Além disso, houve município que realizou apenas contratações terceirizadas de todos os profissionais da AB *“terceirizados, todos terceirizados: A princípio, foi por não poder realizar concurso... realmente o índice de folha estava além do limite. A única forma que o jurídico conseguiu foi terceirizar porque não conseguiu realizar concurso” (G9).*

Outra modalidade de seleção que ganhou destaque foi o Processo Seletivo Simplificado (PSS): *“nós abrimos um PSS recentemente, então assim o pediatra é contrato, então ele ganha por produção e o PSS por conta dos ‘home office’” (G10).*

Essa modalidade foi utilizada para contratação dos profissionais por prazo determinado durante a pandemia da Covid-19 na maioria dos municípios, para atuar nas unidades sentinelas para atendimento prioritário de doenças respiratórias: *“(para a unidade) sentinela também é contrato até outubro ou novembro, estamos tentando finalizar os atendimentos e ampliar um pouco mais o tempo da [unidade] sentinela” (G 10).*

E por fim, a modalidade “pregão” também é utilizada em alguns municípios como forma de seleção de profissionais de saúde, sendo levado em consideração principalmente o valor salarial requerido pelo profissional de saúde: *“é que depende do pregão, se vier duas pessoas uma pedir o salário de 2 mil reais e a outra de 1900, então vai ganhar o menor preço” (G11).*

Percepção dos gestores sobre o desempenho dos trabalhadores relacionada aos tipos ou modalidades de vínculos de trabalho

Foi observado que a percepção dos gestores em relação ao desempenho dos trabalhadores e as modalidades de vínculo de trabalho foram variadas. Alguns apontaram vantagens da seleção por concurso público e vinculação estatutária/celetista devido a possibilidade de capacitar o profissional e melhorar o desempenho a longo prazo, enquanto outros têm a percepção de que há um melhor desempenho dos profissionais contratados por formas não estáveis.

No entanto, alguns gestores que não percebem diferença entre os profissionais concursados/efetivos e os terceirizados: *Não, eu não percebo diferença, eu acho que nossos servidores têm trabalhado, e foi muito interessante a boa relação que a gente está tendo” (G3).*

Ainda houve relatos de que profissionais contratados geralmente permanecem no município por pouco tempo, sendo difícil o aprimoramento desse profissional: *“o tempo médio que o [profissional] temporário fica é pouco pra gente fazer dele um profissional bom e o concursado não, ele fica ali a gente vai capacitando, vai orientando, então a gente consegue ir adequando ele às nossas necessidades” (G3).* Outro gestor aponta como vantajoso para o trabalho o fato de os profissionais concursados permanecerem mais tempo: *“A contratação ideal é concurso, porque gera vínculo, gera permanência, gera vínculo com a equipe, com o usuário, então é o ideal” (G5).*

Houve destaque para diferença de rendimento quando há diferença salarial: *Olha, na atuação não, mas a gente percebe na verdade o comprometimento talvez, tem diferença salarial, então gera um descontentamento dos terceirizados, querendo ou não isso interfere no trabalho (G1).*

Por outro lado, alguns gestores afirmaram que a diferença de rendimento profissional não está relacionada ao vínculo empregatício, mas sim às características individuais de cada servidor: *“Tem profissionais e profissionais... o bom profissional independente do vínculo será bom, se ele trabalha concursado ele trabalha bem e se ele for terceirizado trabalha bem, o vínculo, pelo menos eu que estou aqui há bastante tempo, o vínculo não determina o profissional.” (G12).*

Em contrapartida, houve gestores que relataram que a produtividade dos profissionais terceirizados ou que recebem por produção é maior: *“A gente tem avaliado que existe um rendimento maior por parte desses profissionais que não têm*

vínculo, ou que recebe por produção, então o rendimento deles é maior do que de muitos servidores concursados”. (G11).

Houve muitas críticas em relação ao comodismo e à falta de comprometimento por parte de alguns profissionais concursados que têm estabilidade no emprego, diferente dos contratados que demonstram melhor desempenho: *“o profissional concursado, ele querendo ou não, não generalizando, mas a pessoa fica mais estável, não tem muita vontade de fazer nada a mais, mas quando o profissional é contratado a gente vê mais desempenho e mais dedicação” (G2).*

Um dos gestores entrevistados afirmou que é um erro a contratação via concurso público de todas as categorias profissionais e que isso interfere na qualidade dos serviços: *“Eu acho um grande erro, eu acho que deveria ter alguma coisa terceirizada, principalmente agentes de endemias assim, você reforçaria a qualidade” G11.* Neste sentido, esse mesmo gestor percebe que a estabilidade do servidor público é algo nocivo à qualidade da assistência e defende que *“precisa retirar a estabilidade do serviço público, enquanto não retira a estabilidade do serviço público não vai ter excelência nos serviços ofertados” (G11).*

Discussão

Ao analisar os resultados, verificou-se que apesar da flexibilização em relação a composição das equipes de AB e da possibilidade de adotar-se novo modelo de AB através das eAP, a composição das equipes na macrorregião norte do Paraná ainda segue o mínimo preconizado pela PNAB para a eSF, na maioria dos locais estudados. Ou seja, a maioria das equipes ainda estava constituída por: médicos, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS. Outro fator a ser destacado é que poucos municípios impantaram EAP, e mesmo nestes foi mantida a presença dos ACS nas equipes.

Porém, a flexibilização da carga horária desses profissionais e a não fixação de quantidade mínima de ACS por equipe, pode contribuir para a descaracterização do modelo sanitário, comunitário e territorial, dificultado a cobertura populacional pela eSF, conforme relatado por Seta, Reis e Ramos, (2020).

Vale destacar que essas flexibilizações ocorreram em um contexto de crise econômica e política, com objetivo de restringir gastos, trazendo pouco debate e

desconsiderando as críticas de diversas instituições representativas do SUS. Estas alertaram que interesses corporativos e políticos poderiam acarretar no desmonte do sistema e na redução da oferta de serviços da AB (GOMES; GUTIERREZ; SORANZ, 2019).

Além disso, há desafios devido à falta de recursos financeiros justificado pelo contexto de reformas, teto de gastos imposto pela EC nº. 95/2016, cortes de investimentos, desincentivo ao provimento de profissionais por modalidades de vínculos estáveis, dificuldades de fixação e conseqüentemente deficit de profissionais em algumas categorias profissionais, justamente devido a rotatividade da FT.

Para superar esses desafios, diversos municípios se organizam por meio de consórcio intermunicipais com objetivo de manter e ampliar a oferta de serviços, de acordo com suas necessidades (GRZELZAK et al, 2017).

O consórcio em saúde tem sido visto como estratégia para enfrentar a deficiência de serviços em algumas áreas, principalmente em municípios de pequeno porte, visto que o mesmo aumenta o acesso, reduz filas no SUS, oferece serviços especializados e ajuda o sistema a suprir a necessidade integral do usuário, trazendo satisfação e resolutividade aos beneficiados (GRZELZAK et al, 2017).

Outro ponto a ser destacado foi a presença de profissionais da Saúde Bucal na composição da maioria das eSF, visto que a inclusão desses profissionais na composição é facultativa. Isso ocorreu devido ao incentivo financeiro do governo federal por meio do PAB variável, que atuou como indutor e que manteve a odontologia como ação estratégica. Isso revela que embora a descentralização tenha tido importante papel para o gestor local na aplicação das políticas, é fundamental que haja incentivo federal para sua implementação e ampliação considerando as especificidades de cada município (LIMA et al 2020).

Em contrapartida, a Portaria MS/GM nº 2979/2019 , que instituiu o “Programa Previne Brasil”, excluiu o NASF-AB das ações e estratégias de incentivo financeiro do governo federal. Cabe ao nível local a manutenção ou não dessas equipes e conseqüentemente a disponibilização dos serviços ofertados por elas, podendo dificultar a inserção de novos profissionais na AB (PAULINO et al, 2021). Também foi observado que alguns municípios estudados deslocaram o NASF da função de apoiador técnico pedagógico das eSF, desmembraram essas equipes da lógica de

trabalho interprofissional e conduzindo esses profissionais para o atendimento uniprofissional. Essa nova forma de organizar o trabalho descaracteriza toda idealização do NASF para AB, além de caracterizar um retrocesso no que diz respeito ao trabalho interprofissional com foco na integralidade.

Em relação a força de trabalho e os tipos de vínculo empregatício, estudo realizado por Nunes et al (2015) em 49 municípios de pequeno porte da macrorregião norte do Paraná, no ano de 2010, destacou como ponto positivo que 83,6% das admissões dos profissionais haviam sido realizadas pelos municípios. Essas admissões foram realizadas por meio de vínculo empregatício formal e legal, seja através do Estatuto do Servidor Público (32,7%) ou via Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) (44,5%). Houve ainda 12% dos profissionais contratados por meio de terceirização, 4.1% por contratos temporários e 2,3% como cargos comissionados. Esse estudo ainda afirmou que a tendência de vínculos precários advinda das reformas dos anos de 1990 não haviam se mantido naquele período (2010) e que os municípios haviam avançado na gestão.

No entanto, ainda que os resultados deste estudo não tenham quantificado os profissionais por modalidade de vínculo, há indícios de que houve um retrocesso nesse sentido. Foi identificado uma diversidade de formas de vínculos nos municípios pesquisados, como os terceirizados; contratação de profissionais por meio de pessoa jurídica (PJ), fenômeno conhecido como “pejotização”; contratos temporários, além de relatos de dificuldades para a realização de concurso público em alguns municípios devido a lei de responsabilidade fiscal.

Alguns vínculos empregatícios como o modelo de “pejotização”, tornam o trabalhador contratado uma espécie de prestador de serviço com promessas de melhores salários e baixos impostos. Em contrapartida, essa modalidade burla os direitos da pessoa física afastando-o das normas protetivas que garantem um trabalho digno (MARQUES, CARVALHO e SANTINI, 2020).

Esse quadro pode ter sido agravado devido a aprovação da reforma trabalhista no ano de 2017 por meio da lei 13.467/2017, que trouxe diversas alterações na CLT, entre elas a possibilidade de terceirização das atividades finalísticas da saúde, que se trata da prestação de serviço de uma empresa por meio de atividade ou oferta de trabalho para outra empresa ou município (COSTA, COSTA e CINTRA, 2018). Essa

situação foi observada em 14 dos 16 municípios da pesquisa que optaram pela terceirização da FT da categoria médica, enquanto que um dos municípios optou pela terceirização para todas as categorias profissionais.

Apesar da reforma trabalhista orientar que os profissionais terceirizados tenham os mesmos salários que os profissionais de outros vínculos, isso nem sempre acontece, visto que empresas terceirizadas muitas vezes exigem carga horária de trabalho maior e pagam salário menor, mesmo que os profissionais exerçam as mesmas funções que os demais, como citado por um dos gestores entrevistados (COSTA, COSTA e CINTRA, 2018).

A terceirização é um fenômeno que apresenta diversos reflexos nas condições de trabalho, como: insegurança no trabalho, isolamento e perda de vínculo devido a fácil descartabilidade, enfraquecimento das organizações sindicais e crise dos direitos trabalhistas. Tudo isso vem somado à desvalorização do serviço público, falta de capacitação e aprimoramento profissional, defasagem no salário e falta de investimento no setor público (DRUCK, 2016). A modalidade de contratação via “pregão” chamou atenção nessa pesquisa, visto que esse meio realiza o levantamento da pretensão salarial dos profissionais e realiza a contratação daquele que apresentar a menor pretensão, ou seja, o único critério de contratação está relacionado a limitação dos gastos, desconsiderando a precariedade envolvida nesse processo.

Outra modalidade crescente na saúde é o trabalho informal com remuneração de acordo com sua produção o chamado “salário por peça”, conforme relatado por alguns gestores nessa pesquisa, além dos trabalhos por meio de bolsas, estágios e contratos temporários (TEIXEIRA et al, 2017; FONTES, 2017)

Sendo assim, percebe-se que o contexto político nos últimos anos, pautado no neoliberalismo, viabilizou reformas que ameaçam a estabilidade dos trabalhadores, além de caracterizar o retorno da antipolítica de recursos humanos dos anos de 1990, considerada a década perdida para os trabalhadores (MARQUES; CARVALHO; SANTINI, 2020). Na área da saúde pública, considerando vista o contexto da Covid-19, houve maior potencialização de tipos de vínculo terceirizados (MARQUES, CARVALHO e SANTINI, 2020), somados a maior precarização dos contratos na modalidade PJ, visto que a medida provisória nº 927, de 22 de março de 2020,

estabeleceu a oportunidade de ampliação da carga horária de trabalho dos trabalhadores da saúde no período da pandemia (BRASIL, 2020).

Isso revela que, embora a precarização do trabalho não tenha surgido com a aprovação da Lei da reforma trabalhista, parece que a mesma tem agravado e ampliado essa precarização no âmbito da saúde. Ou seja, é reflexo do próprio capitalismo que traz em sua raiz a relação desigual entre trabalhador e aquele que compra essa força de trabalho, buscando extrair o máximo de produção dentro de diversas realidades (MOROSINI, 2016).

As políticas neoliberais fortalecidas no governo Temer e atualmente no governo Bolsonaro, apresentam essas flexibilizações dos vínculos como estratégia para contenção de gastos. Além disso, influenciam a concepção de muitos gestores do SUS através das ideias de introdução da concorrência na área da saúde pública (ABRUCIO, et al, 2020).

O fato é que a presença de um governo neoliberal certamente trará gestores em convergência com esses ideais, ou sejam cabe considerar que esse viés ideológico prega que essas medidas são otimizadoras e garantem mais eficiência no trabalho, além de garantir a flexibilização na contratação e demissão de funcionários considerados improdutivos, conforme citado por um dos entrevistados no presente estudo. Em contrapartida, por trás dessas afirmações se encontram uma série de interesses políticos e financeiros que dividem opiniões em relação a saúde ser um bem social, público e coletivo ou uma mercadoria segregada de acordo com interesses do mercado (MOROSINI, 2016; MENEZES; MORETTI; REIS, 2019).

O enfrentamento da pandemia da Covid-19 também aumentou a quantidade de profissionais da saúde com vínculos precários, visto que a Lei complementar nº 173 de 27/05/2020 proíbe aumento ou reajuste nos salários dos servidores, assim como a criação de novos cargos, realização de concursos públicos e a concessão de vantagens (BRASIL, 2020).

No entanto, apesar dessa crescente ideia, o trabalho em saúde não funciona na lógica da gestão de fábrica individualizada, competitiva, mercadológica e taylorista. É necessária motivação e envolvimento entre profissional e usuário, interação em rede, com operação interdisciplinar, com trabalho cooperativo e apoio matricial dentro

de protocolos e normas, porém avaliando principalmente os contextos dentro de cada especificidade respeitando a individualidade do paciente (CAMPOS, 2018).

Considerações Finais

O presente estudo identificou que apesar das recentes mudanças no financiamento e na organização da AB, a maioria dos municípios analisados mantiveram sua organização por meio das eSF, tendo apenas três municípios implantados eAP para organização da AB juntamente com as demais da eSF. O mesmo não pode ser afirmado com relação aos trabalhadores do NASF, tendo havido dispensa de profissionais ou mudança na organização do trabalho.

Em relação a forma de vinculação dos profissionais, houve diversas mudanças, visto que no passado recente, grande parte destes eram selecionados via concurso público, e admitidos como estatutários ou CLT. Porém, foi identificado aumento das terceirizações, contratação via PJ, “pregão”, pagamento por trabalho realizado e contratos por prazo determinado (PSS).

Em relação a percepção dos gestores a respeito do desempenho e do tipo de vínculo contratual, observou-se que alguns gestores não identificam diferença entre a atuação de profissionais com vínculos distintos, entretanto houve ênfase por parte de alguns que, profissionais terceirizados e com vínculo de trabalho mais frágil têm melhor desempenho do que profissionais concursados.

Percebe-se que todo cenário político, sanitário, econômico e social interferiu diretamente na forma de contratação dos profissionais, assim como na percepção dos gestores em relação ao desempenho e vínculo de trabalho.

Essa pesquisa revela o avanço da precarização dos vínculos de trabalho na AB, refletindo na prática as interferências de contextos sanitários, políticos e sociais na saúde.

Destaca-se que um dos limites desse estudo está relacionado a não quantificação dos tipos de vínculos de trabalho por profissional, sendo necessários novos estudos de caráter quantitativo para mensurar esse cenário, inclusive avaliando a percepção dos trabalhadores de saúde.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L. *et al.* Combate à COVID-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. **Revista de Administração Pública**, v. 54, n. 4, p. 663–677, ago. 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006. Política nacional de atenção básica. Diário Oficial da União. 26 Mar 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006. Política nacional de atenção básica. Diário Oficial da União. 26 Mar 2006.

CAMPOS, G. W. DE S. SUS: o que e como fazer? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1707–1714, jun. 2018.

CARVALHO *et al.* **Expansão e diversificação da força de trabalho de nível superior nas Unidades Básicas de Saúde no Brasil, 2008 – 2013**. Saúde debate 40 (109) May-Jun 2016 • . PORTELA *et al.* **Recursos humanos em saúde: crise global e cooperação internacional**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 22, n. 7, p. 2237- 2246, July.

Contribuição crítica à reforma trabalhista / organizadores: Marilane Oliveira Teixeira... [et al.]. – Campinas, SP : UNICAMP/IE/CESIT, 2017. 328 p

COSTA, B. S.; COSTA, S. DE S.; CINTRA, C. L. D. Os possíveis impactos da reforma da legislação trabalhista na saúde do trabalhador. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 16, n. 1, p. 109–117, 2018.

CUBIS DE LIMA, L.; VIANNA DANTAS DOS SANTOS, D.; GOMES DITTERICH, R. Panorama da saúde bucal na atenção básica nas macrorregiões brasileiras no período de 2009 a 2018. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 10, n. 3, p. 275–295, 4 maio 2021.

DRUCK, G. A TERCEIRIZAÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA: FORMAS DIVERSAS DE PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, n. suppl 1, p. 15–43, nov. 2016.

FAUSTO, M. C. R. *et al.* A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB 2012. **Saúde em Debate**, v. 38, n. special, 2014.

FONTES, V. **Capitalismo em tempos de Uberização: do emprego ao trabalho**. Marx e Marxismo v.5, n.8, jan/jun 2017

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. DE. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1475–1482, abr. 2020.

GRZELZAK, M. T. *et al.* A IMPORTÂNCIA DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE. **South American Development Society Journal**, v. 3, n. 07, p. 196, 10 abr. 2017.

MARQUES DA SILVA, J. F.; GIMENEZ CARVALHO, B.; MARIS LOPES SANTINI, S. pejetização em saúde na macrorregião norte do Paraná e suas implicações com a COVID-19. **Revista Gestão & Saúde**, v. 11, n. 3, p. 326–339, 21 dez. 2020.

MENEZES, A. P. DO R.; MORETTI, B.; REIS, A. A. C. DOS. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe5, p. 58–70, 2019.

MOROSINI, M. V. G. C. Precarização do trabalho: particularidades no setor saúde brasileiro. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, n. suppl 1, p. 5–7, nov. 2016.

NACIONAL, I. **LEI COMPLEMENTAR Nº 173, DE 27 DE MAIO DE 2020 - DOU**. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-complementar-n-173-de-27-de-maio-de-2020-258915168>>. Acesso em: 28 fev. 2022.

NUNES, E. DE F. P. DE A. *et al.* Força de trabalho em saúde na Atenção Básica em Municípios de Pequeno Porte do Paraná. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 104, p. 30–42, mar. 2015.

PAIM *et al.* **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. Revista The Lancet. Publicado Online 9 de maio de 2011 DOI:10.1016/S0140- 6736(11)60054-8

PAULINO, K. C. *et al.* REFLEXÕES SOBRE O NOVO FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA E AS PRÁTICAS MULTIPROFISSIONAIS / REFLECTIONS ON THE NEW FINANCING OF BASIC CARE AND MULTIPROFESSIONAL PRACTICES. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 1, p. 5362–5372, 2021.

SETA, M. H. D.; OCKÉ-REIS, C. O.; RAMOS, A. L. P. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. suppl 2, p. 3781–3786, 2021.

TEIXEIRA, W. D. A. A Pejetização na Prestação dos Serviços Públicos de Saúde da Administração Pública Brasileira. **Revista de Direito Administrativo e Gestão Pública**, v. 2, n. 1, p. 184, 17 out. 2016.

VARELLA, T. C.; PIERANTONI, C. R. Mercado de trabalho: revendo conceitos e aproximando o campo da saúde. A década de 90 em destaque. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 521–544, set. 2008.

Manuscrito 3: Relações Inter federativas e seus reflexos na organização da AB com vistas ao combate à Covid-19

Esse manuscrito se propôs a responder o terceiro objetivo específico, que é analisar as repercussões das relações federativas no contexto pandemia da Covid-19 sobre a oferta e organização dos serviços da AB na macrorregião norte do Paraná.

Relações federativas e seus reflexos na organização da AB no enfrentamento da Covid-19

Resumo: Esse artigo teve como objetivo analisar as repercussões da pandemia sobre a oferta e organização dos serviços da Atenção Básica (AB) na macrorregião norte do Paraná. Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo estudo de caso, realizado na macrorregião norte do Paraná. Para a definição dos municípios de pesquisa, foram verificados: Investimento municipal em Saúde, capacidade de uso de recurso de transferência, englobando o indicador de capacidade de uso de recurso de transferência, capacidade de adesão, englobando indicadores grau de adesão a SB AB, grau de adesão ao informatiza APS, grau de adesão a programas estratégicos, capacidade de cadastramento, englobando indicador de cobertura de cadastramento e Desempenho, englobando indicador de Índice Sintético Final. Após o processo de classificação, foram selecionados 10 municípios urbanos e 7 rurais adjacentes, somando 17 municípios no total, dos quais 6 tiveram score baixo, 9 intermediário e 3 alto. Houve uma recusa por parte de um municipal urbano com score alto, totalizando 16 municípios pesquisados. Os participantes foram os coordenadores de AB e secretários de saúde, os quais participaram de uma entrevista com roteiro semi estruturado, sendo os mesmos nominados na transcrição como G1,G2...G27 Observou-se que a crise sanitária da Covid-19 interferiu diretamente na organização e oferta de serviços da AB, além disso, a crise do federalismo brasileiro marcada por conflitos intergovernamentais atrasou a organização da AB para a pandemia. Apesar disso houve organização por meio de unidades sentinelas de atendimento a pessoas sintomáticas respiratórias, unidades de coleta de exames e unidades de atendimento regular aos pacientes. Os serviços ofertados foram: teleatendimento, rastreamento de casos suspeitas e casos confirmados, atendimento de pacientes com sintomas respiratórios nas unidades referências, atendimento de rotina nas demais unidades, coleta de exames, educação em saúde visando o combate às fakenews com a população do território, entrega ou envio por e-mail de receitas médicas de uso contínuo aos pacientes crônicos para minimizar aglomerações, incentivo ao programa de imunização e atendimento psicológico. Falta uma conclusão sua

Palavra-Chave: Covid-19; Atenção Primária a Saúde; Federalismo

Abstract: This article aimed to analyze the repercussions of the pandemic on the offer and organization of Primary Care (AB) services in the northern macro-region of Paraná. This is a qualitative study, of the case study type, carried out in the northern macro-region of Paraná. For the definition of the research municipalities, the following were verified: Municipal investment in Health, capacity to use transfer resource, encompassing the indicator of capacity to use transfer resource, adhesion capacity,

including indicators degree of adherence to SB AB, degree adherence to the informatiza APS, degree of adherence to strategic programs, registration capacity, encompassing registration coverage and Performance indicator, encompassing the Final Synthetic Index indicator. After the classification process, 10 urban and 7 adjacent rural municipalities were selected, adding up to 17 municipalities in total, of which 6 had a low score, 9 intermediate and 3 high. There was a refusal by an urban municipality with a high score, totaling 16 municipalities surveyed. The participants were AB coordinators and health secretaries, who participated in an interview with a semi-structured script, and they were named in the transcript as G1, G2...G27 It was observed that the Covid-19 health crisis directly interfered in the organization and provision of AB services, in addition, the crisis of Brazilian federalism marked by intergovernmental conflicts delayed AB's organization for the pandemic. Despite this, there was organization through sentinel care units for people with respiratory symptoms, test collection units and regular patient care units. The services offered were: teleservice, tracking of suspected and confirmed cases, care for patients with respiratory symptoms in the reference units, routine care in the other units, collection of exams, health education aimed at combating fakenews with the population of the territory, delivery or sending by e-mail of medical prescriptions for continuous use to chronic patients to minimize crowding, encouraging the immunization program and psychological care. Your conclusion is missing Keyword: Covid-19; Primary Health Care; Federalism

Introdução

No dia 11 de março de 2020, foi declarado pela OMS a pandemia da Covid-19, doença causada pelo vírus SARS CoV 2, que afeta principalmente as vias aéreas e que tem grande poder de contaminação. Essa patologia atingiu diversos países, causando impactos de proporções variáveis, assim como sobrecarga nos sistemas de saúde, gerando grande mobilização para o enfrentamento da doença (TEIXEIRA et al, 2020).

No Brasil, assim como em diversas partes do mundo, grande parte dessa mobilização esteve centrada nos serviços hospitalares com diversas ampliações

focalizadas no aumento de números de leitos, principalmente nas unidades de terapias intensivas (UTI). Além disso, o enfrentamento da pandemia exigiu a formulação de planos de gerenciamento de risco envolvendo os diferentes entes federativos, destacando também a importância da atuação territorial nesse contexto (LIMA; PEREIRA; MACHADO, 2020).

Nesse sentido, a Atenção Básica (AB) por meio da Estratégia de Saúde da Família (eSF), teve importante papel nas questões territoriais por meio da oferta de serviço, orientações, vigilância de usuários em isolamento e treinamento de profissionais e servidores para garantir proteção dos trabalhadores e da população usuária dos serviços (GUIMARÃES et al, 2020).

Entretanto, questões políticas, sociais e econômicas tiveram interferência direta na organização dos serviços de saúde durante a pandemia, visto a falta de coordenação e de cooperação do governo federal aos demais entes federados nesse processo (SHIMIZU et al, 2021). No início da pandemia, governadores e prefeitos afirmaram que recursos não chegavam, algo anormal para o SUS, considerando a longa trajetória de funcionamento da transferência fundo a fundo (VIEIRA, 2021).

Além disso, o ápice desse processo conflituoso entre os entes federativos ocorreu quando o Ministério da Saúde (MS) acusou os estados de mentirem sobre o número de mortos pela pandemia, passando a não informar com a periodicidade anterior o número de vítimas e infectados, colocando sob suspeição todo o modelo cooperativo do SUS. Esse confronto e a descoordenação intergovernamental, geraram desperdício de recursos, sobreposição de ações e prejuízos à garantia dos direitos sociais construídos ao longo dos anos (VIEIRA, 2021, SHIMIZU et al, 2021), além de ter gerado os já conhecidos danos sanitários, com alto número de infecções e mortes.

O aprofundamento dessa crise entre os entes federativos, levou a Ordem dos Advogados do Brasil a entrar com ação no Supremo Tribunal Federal (STF) argumentando questões relacionadas a competências compartilhadas do artigo 23 da CF de 88. A decisão dessa instância foi de que União, Estados e Municípios têm competência concorrente para atuar em questões sanitárias e podem estabelecer medidas restritivas para combater a pandemia, sem aval do governo federal (ABRUCIO et al, 2020).

Desta maneira, a pandemia apenas escancarou a crise entre os entes federativos, visto que o governo Bolsonaro já havia demonstrado interesse em desmantelar estratégias de cooperação em diversas áreas, incluindo a saúde. Ficou evidente também a intenção de realizar ações verticalizadas, manifestada por meio do slogan “mais Brasil e menos Brasília”, reduzindo a cooperação do governo federal, aumentando a concorrência entre os demais entes. Esta ação do ente federal pode ter como consequência o aumento das desigualdades regionais (ABRUCIO et al, 2020).

Portanto, com base em todo esse cenário se questiona em que medida as relações federativas tiveram reflexo na oferta e organização dos serviços ofertados pela AB durante a pandemia? Na tentativa de responder essa questão, esse artigo tem como objetivo analisar as repercussões da pandemia sobre a oferta e organização dos serviços da AB na macrorregião norte do Paraná.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo que utiliza metodologia de estudo de caso único com múltiplas unidades de análise. O caso em estudo é as regionais selecionadas que compreendem a macrorregional norte do Paraná, a qual totaliza cerca de 2 milhões de habitantes, distribuídos em 97 municípios sendo 82 Municípios de Pequeno Porte (menos de 20 mil habitantes), o que representa 83,5% dos municípios.

A seleção dos municípios se deu por meio da classificação de cinco eixos, através dos respectivos indicadores: Eixo 1: Investimento municipal em Saúde, por meio dos indicadores de proporção de investimento de fonte livre em relação ao total de investimentos em saúde e proporção de recursos de fonte livre em saúde (lei 141). Eixo 2: Capacidade de uso de recurso de transferência, englobando o indicador e capacidade de uso de recurso de transferência.. Eixo 3: Capacidade de adesão, englobando indicadores grau de adesão a SB e AB, grau de adesão ao informatiza APS, grande adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) e grau de de adesão ao Saúde na Hora. Eixo 4: Capacidade de cadastramento, englobando indicador de cobertura de cadastramento. Eixo 5: Desempenho, englobando indicador de Índice Saúde da Família (ISF). Todos esses eixos foram classificados com escore baixo,

intermediário e alto e por tipologia de município (rural, rural adjacente ou urbano). Os valores de referencias utilizados foram: Entre 5 a 8,66 foi considerado score baixo, entre 8,67 a 12,33 intermediário e entre 12,34 a 16 score alto, sendo que quanto menor o score, menores são as dificuldades do município, quanto maior o score, maiores as dificuldades do município.

Após essa classificação, foram selecionados 10 municípios urbanos e sete rurais adjacentes, somando 17 municípios no total, dos quais seis tiveram score baixo, nove intermediário e dois alto. Houve uma recusa por parte de um gestor de município urbano, com score alto. desta forma a amostra totalizou 16 municípios. Os sujeitos deste estudo foram os coordenadores da AB e secretários de saúde, os quais foram denominados como “gerentes”. Ao final, Foram entrevistados 27 gestores os quais 16 são coordenadores da AB e 11 Secretários de Saúde. A formação academica dos gestores são várias, sendo 17 enfermeiras, 2 médicos, 1 farmaceutico, 1 pedagoga, 2 odontólogas, 2 advogadas, 1 contadora e 1 engenheira da computação. Em relação a formação na área gerencial, 13 gestores afirmaram ter pós graduação em gestão ou saúde coletiva e 14 relataram não ter pós graduação na área.

Os dados foram obtidos por meio de entrevista guiada por um roteiro semiestruturado, contendo questões que versavam sobre as mudanças ocorridas na organização da AB devido a pandemia da Covid-19 por meio das questões: “Quais mudanças ocorreram na organização da AB durante a pandemia? E Quais as estratégias utilizadas pela AB no enfrentamento da pandemia?”.

No primeiro momento foi realizado teste piloto (com uma gerente que não participou da pesquisa) e apenas após constatação da aplicabilidade do roteiro, foi dado inicio a etapa de entrevista. Esse processo ocorreu entre os meses de julho a outubro de 2021, as entrevistas foram realizadas pelo pesquisador principal no local de trabalho dos gerentes, em uma sala em que estava presentes apenas o entrevistado e o pesquisador, o que garantiu privacidade. As entrevistas foram gravadas em gravador digital e transcritas na íntegra pelo grupo de pesquisa e os arquivos de áudio foram deletados após a transcrição, conforme constava no termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Para a apresentação dos resultados as falas foram codificadas com a letra G, seguida de um número na ordem de realização das entrevistas, a saber: G1, G2...e G27, visando preservar a identidade das

participantes.

A análise das entrevistas foi realizada por meio do método análise de discurso proposto por Martins e Bicudo (2005) e compreendeu dois momentos: a análise ideográfica e a análise nomotética. No primeiro momento se procurou por unidades de significado e para isso foi realizada a leitura flutuante das transcrições de cada entrevista com o objetivo de se apropriar do fenômeno estudado, o que permitiu conhecer as ideias centrais dos atores sociais. Num segundo momento, fez-se a análise nomotética, em que, após nova leitura das entrevistas, foram realizadas aproximações e identificadas convergências e divergências das unidades de significado, o que permitiu construir categorias para a estruturação do fenômeno estudado. Este trabalho encontra-se vinculado ao projeto de pesquisa intitulado: “Mudanças nas regras de transferência de recursos federais do Sistema Único de Saúde: implicações e desafios para o financiamento e a organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil”, aprovada pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca conforme parecer 4.196.806 e CAAE: 30675420.60000.5240. Atendendo as considerações éticas os participantes, depois de informados a respeito do objetivo da pesquisa e que concordaram em participar, assinaram o TCLE

Resultados

Das análises dos dados foram constituídas duas categorias de análises:

Reorganização da AB no enfrentamento à pandemia da Covid-19 e Ações desenvolvidas pela AB durante a pandemia da Covid-19

Reorganização da AB no enfrentamento à pandemia da Covid-19

A reorganização da AB para o combate da Covid-19 aconteceu de diversas formas nos 16 municípios estudados, passando pelo processo de provimento e treinamento de profissionais, organização e reorganização de fluxos e definição de pontos estratégicos para atendimento dos sintomáticos respiratórios.

Para a maioria dos gestores a reorganização dos serviços de saúde dos municípios se deu por meio do direcionamento dos usuários com sintomas

respiratórios para unidades estratégicas, que foram estruturadas visando garantir melhor proteção para os demais usuários e diminuir o risco de infecção: *“abrimos em outros espaços, as referências respiratórias por exemplo, as nossas unidades nós começamos com seis depois foi pra cinco, nove (unidades referência para sintomáticos respiratórios) , então conforme a pandemia, a gente foi adequando, e isso a gente abria locais no território para atender aquela população” (G1).*

Houve relatos de criação de tendas em ambientes externos para atendimento de pacientes sintomáticos respiratórios para não interromper atendimentos de rotina das UBS: *“tinha uma barraca que era pra fora, aí os atendimentos eram todos lá” (G2).*

A criação de pontos estratégicos nos municípios também foi citada pelos gestores:

Nós deixamos três unidades abertas, uma em cada ponta, em cada eixo da cidade. Nós deixamos elas por três a quatro meses nesse sentido, tendo a referência Central aqui, que ela sempre ficou aberta, mas ao todo ficaram cinco unidades, contando com as de horários estendidos (G3).

Em contrapartida, houve relatos de fechamentos de UBS devido ao número insuficiente de profissionais para atender as unidades Covid no início da pandemia:

então de 10 unidades a gente reduziu para cinco unidades em atendimento, até porque também começou vir muito afastamento de profissionais, então tivemos também problemas com RH, questões de efeito massa, pavor, doença crônica, então perdemos praticamente três equipes na época” (G4).

Em meio à crise de força de trabalho, diversos municípios realizaram chamamento público por meio de Processo Seletivo Simplificado: *“Fizemos PSS recentemente, então assim o pediatra é contrato, então ele ganha por produção e o PSS por conta dos home office, afastamento pela pandemia (G5)*

Após esse processo, houve destaque na criação de unidades “sentinelas” (unidades destinadas ao atendimento específico de pacientes com Covid-19), criação de fluxos de atendimento e capacitação dos profissionais atuantes na linha de frente da pandemia: *“conseguimos estruturar a (unidade) sentinela, montar os fluxos, as unidades começaram a referenciar as síndromes gripais para a sentinela” (G6).*

Para garantir que não houvesse contato entre os pacientes sintomáticos respiratórios e os demais usuários da UBS, houve relatos de parceria entre UBS e escola, para os atendimentos de rotina com parte da equipe de eSF: *“as escolas foram sempre parceiras, então os atendimentos da unidade e as consultas que não fossem*

respiratórias os pacientes procuravam as escolas, então parte da equipe ficava na unidade e a outra parte nas escolas” (G7).

Apesar das dificuldades da pandemia, houve relatos de parcerias e maior aproximação com a odontologia, devido ao apoio desses profissionais do rastreamento rápido de pacientes sintomáticos respiratórios “Fast Track” (Ferramenta de fluxo rápido de triagem e atendimento de casos de Síndrome Gripal):

“a odontologia também ajudou no Fast Track, então a gente conseguiu introduzir um pouco mais a odontologia com a equipe da unidade, a gente sempre luta pra fazer essa inserção, porque geralmente eles ficam naquele mundo deles, então eu acho que serviu para aproximar em bastante espaços” (G8).

Ações desenvolvidas pela AB durante a pandemia da Covid-19

Para o enfrentamento da pandemia, os serviços da AB precisaram ser reformulados em diversos aspectos, nesse sentido houve relatos de aumento da vigilância em saúde, uso de novas tecnologias e atendimentos remotos: *“a gente tentou reorganizar nos territórios para as pessoas terem acesso, fazer busca ativa, muitos trabalhos com idosos de telemonitoramento, montamos serviços de 0800, os nutricionistas ligavam para os pacientes (G8)”*

Devido as orientações sanitárias de isolamento social, foi necessário a suspensão de atividades em grupos durante os momentos de pico da pandemia, porém houve relatos que os mesmos estão sendo retomados gradativamente *“hoje já fomos retornando, e hoje a gente trabalha com todas as ações, temos destaque de prevenção do câncer de colo uterino, de coleta de preventivo (G6)”*

Pensando em manter os atendimentos prioritários, houve relato da manutenção das ações de eSF com atividades direcionadas para usuários mais vulneráveis:

nós fomos priorizando as coisas que mais preocupava, por exemplo, os insulinos dependentes, a gente fez um monitoramento de todos de quando foi o último exame, se ele estava indo buscar os remédios, como ele estava, como estava a alimentação, então a gente fez todo esse processo no início da pandemia por teleatendimento (G8).

Outra estratégia para manutenção da vigilância em saúde e do acompanhamento longitudinal, porém evitando aglomeração nas unidades, foi a liberação de medicamento programado com prazo maior que o habitual: *“As*

medicações foram fornecidas por um período longo, os contínuos. Então o pessoal começou a levar os medicamentos para três meses” (G3).

O papel do ACS de mediador entre família e eSF também foi reforçado em diversos municípios: *“o ACS da área via qual medicação estava em falta e renovava com o médico, então assim eles não estão saindo de casa pra estar vindo a UBS apenas para renovar uma receita” (G2).*

Alguns municípios optaram pela descentralização dos atendimentos de Covid-19, sendo ofertados esses atendimentos pela AB por meio de: *“triagens, atendimento de covid que foi feito a descentralização então eles estão fazendo na AB também, logo será feita coleta de PCR, teste antígeno” (G4).*

A fim de agilizar toda a parte diagnóstica de Covid-19 e manter a segurança dos pacientes e dos demais usuários: *“criamos a central de resultado de exame, para que o paciente não precisasse ir na unidade e nem ligar na (unidade) dele, porque tinha bastante dificuldade de o paciente ligar, [...] a gente estava ligando para os pacientes” (G8).*

Houve relatos que o atendimento multiprofissional do NASF foi prejudicado em decorrência da pandemia, visto que esses profissionais passaram a realizar consulta uniprofissional, via atendimento presencial ou teleatendimento: *“iniciou o processo da pandemia deu-se uma afastada, então começou os atendimentos mais individualizados” (G5).*

Os cuidados odontológicos também foram duramente afetados, visto que foi necessário a suspensão dos atendimentos presenciais da odontologia *“a área que mais sofreu nessa pandemia foi a odontologia, não teve como, tivemos que parar e isso com certeza vai refletir nos indicadores” (G2)*

Apesar disso, um dos gestores afirmou que os profissionais do NASF se reinventaram para manter vínculo com a população através das mídias sociais:

“O NASF e principalmente com as eSF, a gente criou um canal no youtube que inicialmente era pra produzir vídeos de exercícios físico para os idosos que participavam dos grupos que a gente tinha antes, e como parou, eles sentiram muito, eles estavam acostumados com as atividades, então eles criaram o canal, eles gravam os vídeos, fazem lives” (G8).

As doenças mentais também tiveram destaque na pandemia, visto que todo contexto sanitário acentuou essas doenças na pandemia, por esse motivo o município

se mobilizou para oferecer serviços de apoio nessa área *“Então a gente percebeu também que na pandemia essa questão de saúde mental também ficou muito evidente, então estamos tentando fazer isso aí para que a saúde mental também”* (G6).

A parceria entre serviço e universidade ganhou destaque em dois dos municípios analisados para apoio psicológico: *“temos estruturado também um projeto com a unidade e com o município que é neo-covid, que é o atendimento psicológico pós covid que são referenciados pela unidade sentinela para a UENP (Universidade do Norte do Paraná)”* (G7).

Essas parcerias não foram limitadas apenas à saúde mental, mas também houve atividades relacionadas a questões sociais em apoio a idosos em situação de vulnerabilidade devido à falta ou inexistência de vínculo familiar: *“porque aí quando a gente identificava que tinha um idoso isolado totalmente, que não tinha nenhuma rede de apoio, ela fazia essa ponte com voluntários da universidade pra dar apoio pra esse idoso pra fazer compra* (G8)”

Discussão

Pela análise dos resultados foi possível constatar que o início da pandemia da covid-19 trouxe diversos desafios para AB, tendo alguns municípios citados atraso no repasse de verba e dificuldade de organizar os fluxos, o que levou esses gestores a reorganizarem as unidades e os serviços, optando por fechar ou suspender atendimentos rotineiros em algumas e transformar algumas UBS ou unidades de pronto atendimento (UPA) em centros de atendimento aos pacientes com sintomas respiratórios.

Além disso, verificou-se falta de recursos humanos, sendo necessário contratação em caráter emergencial. Também foi realizada a suspensão de atividades coletivas que causassem aglomeração, reorganização do fluxo de acolhimento nas unidades e posteriormente foram criadas diversas unidades denominadas como “sentinelas” para acolher todo ou parte da demanda da pandemia.

De acordo com Fonseca, Fernari e Lurencio (2020), no contexto da Covid-19, a AB deve atuar em três eixos referentes ao cuidado, prevenção e oferta de serviços,

sendo eles: Eixo 1: referente a fomentação de ações de prevenção primária e secundária de vigilância, objetivando o bloqueio ou a diminuição do aumento de novos casos de Covid-19. Eixo 2: referente ao suporte ofertado para os grupos com vulnerabilidades de saúde ou sociais. Eixo 3: relacionado à continuidade de ofertas de serviços realizadas pela AB antes da pandemia, porém mantendo o isolamento social. A discussão dos resultados seguirá esse referencial teórico.

Em relação ao eixo 1, cabe reconhecer que a AB sempre esteve presente em diversas situações emergenciais nos últimos anos como: dengue, zika, febre amarela e Chikungunya, demonstrando o seu papel fundamental nessas situações. Dessa forma, os pilares do modelo de atenção desenvolvido pela AB, com foco no atendimento territorial, vigilância, integralidade de assistência, acesso ao usuário e criação de vínculo, se tornou essencial na pandemia da Covid-19, principalmente por meio do monitoramento e rastreamento dos casos confirmados e casos suspeitos em alguns municípios analisados. Entretanto, no que diz respeito à Covid-19, foram relatadas algumas ações de vigilância por alguns gestores, porém nem todos os municípios realizaram essas ações de forma territorializada e sistemática, tendo sido uma das fragilidades reconhecidas. Vale destacar que a integração entre vigilância epidemiológica e sanitária também se mostrou fundamental nesse processo nos municípios que realizaram essas ações, apoiando e direcionando aos serviços de referência da AB, os usuários com casos suspeitos ou confirmados da doença (SARTI et al, 2020).

O papel do ACS também se mostrou extremamente importante nesse contexto, principalmente na orientação a respeito do isolamento social, na busca ativa de casos suspeitos, na conscientização da população, no combate a fake news, no apoio durante a campanha de vacinação entre outras ações (MEDINA et al, 2020).

A organização e ação da odontologia na pandemia também ganhou destaque nesse estudo, sendo a mesma inserida na triagem e classificação de usuário suspeitos de Covid por meio do “Fast Track” através da proposta “O Brasil comigo”, ação essa que segundo um dos gestores analisados identificou como responsável pela maior incorporação da odontologia com a equipe de enfermagem no apoio às notificações (CARLETTO; SANTOS, 2020).

Em contrapartida, houve recomendação que todos os atendimentos eletivos de odontologia fossem suspensos no país devido a grande quantidade de aerossóis gerados em todo o atendimento, sendo priorizados apenas atendimentos de urgência e o pré-natal odontológico. Essa medida afetou de forma extrema o trabalho da odontologia conforme relatado por um dos entrevistados. Reconhece-se que embora a odontologia necessite ser inserida em trabalhos de promoção e prevenção, o atendimento individual e curativo é essencial no cuidado da população do território (CARLETTO; SANTOS, 2020).

O possível aumento nos índices de depressão, ansiedade, uso abusivo do álcool, violência doméstica, casos de abuso infantil e até mesmo de doenças causadas pelo luto, foram trazidas por Duarte et al, (2021) como situações decorrentes da pandemia. Estas situações também foram reconhecidas pelos participantes da pesquisa como fatores preocupantes e que mereceram atenção das equipes de AB dos municípios estudados.

Quanto ao suporte ofertado para os grupos com vulnerabilidades de saúde ou sociais (eixo 2), foram mencionadas pelos gestores entrevistados algumas estratégias: rastreamento de famílias vulneráveis, uso das tecnologias midiáticas, uso de mensageiros informativos, criação de central de atendimento, renovação de receitas automática e encaminhamento de usuários com problemas relacionados à saúde mental para acompanhamento psicológico em universidades parceiras. Estas estratégias são semelhantes às descritas em estudo de Duarte et al (2021)

O papel do ACS também se mostrou extremamente importante nesse eixo em relação ao acompanhamento de pacientes com doenças crônicas, checagem da disponibilidade e do uso das medicações, renovação de receitas, acompanhamento de intercorrência e orientações gerais. Esse importante papel do ACS como ponte entre usuário e AB em diversos aspectos durante a pandemia também foi destacado por Medina (2020). O uso das mídias e das tecnologias como o teleatendimento e o prontuário eletrônico também foram destacadas como estratégias para garantir a continuidade de ofertas de serviços realizadas pela AB (eixo 3), visto que foi possível manter o acompanhamento de diversos usuários, além de ser um opção mais segura aos profissionais, diminuindo o contato físico com o paciente, porém mantendo os integrados nas ações de combate a Covid-19. Essa estratégia garantiu a continuidade

do cuidado e o acompanhamento dos usuários, estando alinhados aos parâmetros de prevenção, promoção e reabilitação em saúde, sendo também uma das soluções para a falta de recursos humanos (MENESES, 2020).

Essas tecnologias também foram utilizadas para dar continuidade às atividades do NASF, como relatado por gestores de um dos municípios do presente estudo. Para combater as fakenews sobre a doença e sobre as vacinas, foram utilizados também aplicativos de mensagens e vídeos informativos com informações científicas com linguagem popular sempre convergentes com as autoridades sanitárias, o que corrobora o descrito por Meneses (2020).

E por fim, vale destacar que embora a AB tenha conseguido se reorganizar, as políticas de austeridade adotadas nos últimos governos influenciaram totalmente a crise política, social e financeira no Brasil. Além disso, a falta de coordenação por parte do governo federal, a crise no MS e os conflitos entre os entes federativos geraram atraso no repasse de verbas e conseqüentemente, atraso na organização do sistema em diversos municípios (FONSECA; FORNARI; LOURENCO, 2020), o que também foi relatado por uma das gestoras entrevistadas, e que, com certeza repercutiu no enfrentamento da pandemia.

Considerações finais

A pandemia da Covid-19 interferiu diretamente na organização e na oferta de serviços programados da AB, sendo necessária a suspensão de atividades em grupos, suspensão de campanhas de agendas positivas e outras ações que gerassem aglomerações ou ampliassem a quantidade de aerossóis no ambiente.

Para o enfrentamento dessa situação gestores municipais se organizaram para o enfrentamento da pandemia e viabilizaram a criação de pontos estratégicos de atendimento para Covid-19, unidades sentinelas, parcerias com universidades, articulação com os serviços de vigilância e ampliaram a parceria com laboratórios de exames diagnósticos.

As ofertas de serviços geradas pela AB foram o teleatendimento, o rastreamento de casos suspeitos e casos confirmados, o atendimento de pacientes com sintomas respiratórios nas unidades referências, atendimento de rotina nas

demais unidades, coleta de exames, educação em saúde visando o combate às *fake news* com a população do território, entrega ou envio via e-mail de receitas médicas de uso contínuo aos pacientes crônicos para minimizar aglomerações, incentivo ao programa de imunização e atendimento psicológico.

Percebe-se que o cenário de conflitos político, econômico e social influenciou de forma direta a organização e o tempo de resposta dos municípios ao enfrentamento da pandemia, tendo como consequências ações desconexas e dificuldade de comunicação entre os demais níveis de atenção e entre os entes federativos.

Vale destacar que apesar da seleção dos municípios objetivar a análise de diferentes contextos municipais, não foi observado grande diferença nos resultados. Isso pode sugerir que apesar da diferença nos processos de gestão orçamentária e financeira, na cobertura de serviços e nos indicadores de desempenho dos municípios estudados, não afetou a organização da AB, especialmente relacionada ao enfrentamento da pandemia.

No entanto, reconhece-se como uma das limitações deste estudo, o fato de não ter sido avaliado o impacto das ações da AB durante a pandemia. Desta forma, com intuito de suprir esta lacuna, sugere-se a realização de estudos que avaliem profundamente essa questão.

Referências

ABRUCIO, F. L. *et al.* Combate à COVID-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. **Revista de Administração Pública**, v. 54, n. 4, p. 663–677, ago. 2020.

CARLETTO, A. F.; SANTOS, F. F. DOS. A atuação do dentista de família na pandemia do Covid-19: o cenário do Rio de Janeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 3, 2020.

CASTAÑEDA GUILLOT, Carlos; RAMOS SERPA, Geardo. Principales pandemias en la historia de la humanidad. **Revista Cubana de Pediatría**, [S.l.], v. 92, jun. 2020. ISSN 1561-3119. Disponible en: <>. Fecha de acceso: 08 dic. 2021

DUARTE, N. *et al.* Estratégias de promoção da saúde mental na atenção primária à saúde no contexto da Covid-19: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 11, p. e176101119527, 27 ago. 2021.

FONSECA, R.M.G.S, Fornari L.F, Lourenço R.G. Desafios da atenção básica no cuidado à população em tempo de pandemia. In: Teodósio SSS, Leandro SS (Orgs.). *Enfermagem na*

atenção básica no contexto da COVID-19. 2.ed.rev. Brasília, DF : Editora ABEn, 2020. p. 4-10. (Série Enfermagem e Pandemias, 3).

GUIMARÃES, F. G. *et al.* A organização da atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte no enfrentamento da Pandemia Covid 19: relato de experiência. **APS EM REVISTA**, v. 2, n. 2, p. 74–82, 9 jun. 2020.

LIMA, L. D. DE; PEREIRA, A. M. M.; MACHADO, C. V. Crise, condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 7, 2020.

MEDINA, M. G. *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 8, 2020.

MENESES, A. S. DE. **GERENCIAMENTO EMERGENCIAL DE RECURSOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DA COVID-19.** [s.l.] FapUNIFESP (SciELO), 25 maio 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/scielopreprints.557>>. Acesso em: 19 dez. 2021.

SARTI, T. D. *et al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 0, maio 2020.

Shimizu, Helena Eri et al. Regionalization and the federative crisis in the context of the Covid-19 pandemic: deadlocks and perspectives. *Saúde em Debate* [online]. 2021, v. 45, n. 131 [Acessado 16 Março 2022] , pp. 945-957. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042021131011>>. Epub 08 Dez 2021. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042021131011>.

SOUSA IS, Nascimento NP, Maia TF, Guimarães JMM, Silva DO. A (Re)Organização da Atenção Primária à Saúde e a Longitudinalidade do Cuidado: Experiências sobre os Revérberos da Pandemia Covid-19 ao Serviço. *Saúde em Redes*. 2021;7 (Supl.1). DOI: 10.18310/2446-48132021v7n1Sup.3356g671

TEIXEIRA, C. F. DE S. *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3465–3474, set. 2020.

VIEIRA, F., SERVO, L. Covid-19 e coordenação federativa no Brasil: consequências da dissonância federal para a resposta à pandemia. *Saúde em Debate*, 44 (n. esp. 4): 100-113, 2020. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2020/12/RSDE4-covid-web-1.pdf> . Acesso Dez 2021.

World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-2019): situation report 72 [Internet]. Genebra: World Health Organization; 2020 Disponível em: [19.pdf?sfvrsn=3dd8971b_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronavirus/situation-reports/20200519-sitrep-2019-ncov-72.pdf?sfvrsn=3dd8971b_2).

Considerações finais

O presente estudo é uma chamada a reflexão a respeito da influência de fatores macro políticos na criação, indução e implementação das políticas públicas voltadas a AB no Brasil. Cabe destacar que a PNAB 2011 exerceu importante papel indutor da AB fortalecendo o modelo pautado na eSF, com ampliação da AB. No entanto, a crise política, econômica e social vivenciada no país, bem como o crescimento das propostas neoliberais, trouxeram influências na construção da PNAB 2017. Os resultados revelaram que essa nova política não possibilitou o crescimento e fortalecimento da APS como foco na estratégia saúde da família.

Vale destacar que os ACS foram os mais afetados dentro desse contexto, visto que houve redução tanto no número de profissionais, quanto da cobertura populacional, além de terem perdido espaços prioritários dentro da AB. Apesar disso, as políticas foram capazes e induzir o crescimento da eSF e do NASF, mesmo sendo verificado a ocorrência de oscilações e estagnações em alguns anos. No entanto, não foram capazes de induzir o crescimento dos ACS, e da ESB após a última PNAB, pelo contrário, elas apenas regulamentaram ações que flexibilizaram a permanência desses profissionais nas equipes.

Além disso, a alteração no formato do financiamento da AB cria uma nova condição de repasse de verba ao programa o que poderá trazer consequências diretas e indiretas para AB. Essa mudança também é contrária ao proposto para o modelo de AB, integral e universal, e possivelmente afetará os índices de coberturas das equipes estratégicas no futuro.

Em relação a forma de vinculação dos profissionais, houve diversas mudanças, visto que no passado, grande parte destes eram contratados via concurso público, como estatutário ou CLT. Porém, além desse tipo de vínculo foi identificado aumento das terceirizações, contratação via PJ, “pregão”, pagamento por trabalho realizado e processo seletivo simplificado.

Em relação a percepção dos gestores a respeito do desempenho e do tipo de vínculo contratual, observou-se que alguns gestores não identificam diferença entre a atuação de profissionais com vínculos distintos, entretanto houve ênfase por parte da maioria dos gestores que profissionais terceirizados e com vínculo de trabalho mais frágil têm melhor desempenho do que profissionais concursados.

Percebe-se que todo cenário político, sanitário, econômico e social interferiu diretamente na forma de contratação dos profissionais, assim como na percepção dos gestores em relação ao desempenho e vínculo de trabalho. Essa pesquisa revelou o avanço da precarização dos vínculos de trabalho na AB, refletindo na prática as interferências de contextos sanitários, políticos e sociais na saúde.

Em relação ao contexto sanitário, a crise federativa brasileira foi marcada pelos confrontos entre os entes federativos, tendo como consequência atraso na organização da AB para o combate a pandemia.

Apesar disso, nos municípios estudados, a AB foi reorganizada e realizou a criação de: pontos estratégicos de atendimento para Covid-19, unidades sentinelas, parcerias com universidades, articulação com os serviços de vigilância e ampliou a parceria com laboratórios de exames diagnósticos.

As ofertas de serviços geradas pela AB foram: teleatendimento, rastreamento de casos suspeitos e casos confirmados, atendimento de pacientes com sintomas respiratórios nas unidades referências, atendimento de rotina nas demais unidades, coleta de exames, educação em saúde visando o combate às fakenews com a população do território, entrega ou envio via e-mail de receitas médicas de uso contínuo aos pacientes crônicos para minimizar aglomerações, incentivo ao programa de imunização e atendimento psicológico.

Percebe-se que o cenário de conflitos político, econômico e social influenciou de forma direta a organização e o tempo de resposta dos municípios ao enfrentamento da pandemia, tendo como consequências demora para adoção de ações coordenadas e dificuldade de comunicação entre os demais níveis de atenção e entre os entes federativos.

Para o pesquisador, a realização deste estudo possibilitou compreender as questões que permeiam os contextos sócio-político e econômico e suas interferências na formulação de políticas de saúde voltadas para a AB, tendo essas interferido diretamente no avanço ou não de algumas questões essenciais da eSF.

Para o meio acadêmico, o presente estudo pode contribuir com a produção de conhecimentos sobre o tema. Além disso, os achados podem ser um alerta para o meio ampliar o olhar aos contextos sócio-políticos, assim como, apoiar os

representantes do SUS, incentivar a participação popular e observar as propostas políticas voltadas ao sistemas.

Para a rede de serviços, esse estudo é um alerta em relação a precarização da força de trabalho em saúde, sendo necessário maior mobilização contra a precarização do trabalho e em defesa da AB e do SUS.

Embora o presente estudo apresente contribuições para o tema, vale destacar algumas fragilidades, como: a utilização de sistema de informação não permite o controle de possíveis erros de digitação ou subnotificação, a não quantificação dos tipos de vínculos de trabalho por profissional, assim como não ter avaliado o impacto das ações da AB durante a pandemia.

Sugere-se que novos estudos sejam feitos com objetivo de quantificar os tipos de vínculos de trabalho por profissionais, analisar os impactos das ações da AB durante a pandemia e os reflexos do novo modelo de financiamento na AB a longo prazo.

Referência

ABRUCIO et al. **Combating COVID-19 under Bolsonaro's federalism: a case of intergovernmental incoordination**. Brazilian journal of public administration. Rio de Janeiro 54(4):xxx-xxx, July – Aug. 2020

ANDERSON, M.I.P. Médicos pelo Brasil e as políticas de saúde para a Estratégia Saúde da Família de 1994 a 2019: caminhos e descaminhos da Atenção Primária no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 2180, 2019. Books <>.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº2.979 GM/ MS, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União 2019; 13 nov

Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006. Política nacional de atenção básica. Diário Oficial da União. 26 Mar 2006.

CAMPOS, G. W. DE S. SUS: o que e como fazer? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1707–1714, jun. 2018.

CARLETTO, A. F.; SANTOS, F. F. DOS. A atuação do dentista de família na pandemia do Covid-19: o cenário do Rio de Janeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 3, 2020.

CARVALHO, M. N. DE *et al.* Necessidade e dinâmica da força de trabalho na Atenção Básica de Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 295–302, jan. 2018.

CASTAÑEDA GUILLOT, Carlos; RAMOS SERPA, Geardo. Principales pandemias en la historia de la humanidad. **Revista Cubana de Pediatría**, [S.l.], v. 92, jun. 2020. ISSN 1561-3119. Disponible en: <>. Fecha de acceso: 08 dic. 2021

Contribuição crítica à reforma trabalhista / organizadores: Marilane Oliveira Teixeira... [et al.]. – Campinas, SP : UNICAMP/IE/CESIT, 2017. 328 p

COSTA, B. S.; COSTA, S. DE S.; CINTRA, C. L. D. Os possíveis impactos da reforma da legislação trabalhista na saúde do trabalhador. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 16, n. 1, p. 109–117, 2018.

COSTA, J. P.; JORGE, M. S. B.; VASCONCELOS, M. G. F.; PAULA, M. L.; BEZERRA, I. C. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 103, 2014. Disponível em: . Acesso em 23 de outubro de 2021.

CUBIS DE LIMA, L.; VIANNA DANTAS DOS SANTOS, D.; GOMES DITTERICH, R. Panorama da saúde bucal na atenção básica nas macrorregiões brasileiras no período de 2009 a 2018. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 10, n. 3, p. 275–295, 4 maio 2021.

DE ALMEIDA, Rodrigues, E.; DE SOUSA, A. N. A.; BRANDÃO, C. C. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, 2018. Disponível em: . Acesso em: 5 Fev. 2021.

Domingos, C. M. Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica no SUS em Município de Pequeno Porte da Macrorregião Norte do Paraná [Tese]. Londrina: **Universidade Estadual de Londrina**, 2017.

DOURADO, D. DE A.; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 204–211, fev. 2011.

DRUCK, G. A TERCEIRIZAÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA: FORMAS DIVERSAS DE PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, n. suppl 1, p. 15–43, nov. 2016.

DUARTE, N. *et al.* Estratégias de promoção da saúde mental na atenção primária à saúde no contexto da Covid-19: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 11, p. e176101119527, 27 ago. 2021.

E-Gestor. Disponível em: <<http://egestorab.saude.gov.br/>>. Acesso em: 25 out. 2021.

Escorel, S., Giovanella, L., Mendonça, M. H. M.; Senna, M. C. M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, 21(2–3), 2007

FAUSTO, M. C. R. *et al.* A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB 2012. **Saúde em Debate**, v. 38, n. special, 2014.

FONSECA, R.M.G.S, Fornari L.F, Lourenço R.G. Desafios da atenção básica no cuidado à população em tempo de pandemia. In: Teodósio SSS, Leandro SS (Orgs.). Enfermagem na

atenção básica no contexto da COVID-19. 2.ed.rev. Brasília, DF : Editora ABEn, 2020. p. 4-10. (Série Enfermagem e Pandemias, 3).

FONTES, V. **Capitalismo em tempos de Uberização: do emprego ao trabalho**. Marx e Marxismo v.5, n.8, jan/jun 2017

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. DE. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1475–1482, abr. 2020.

Gomes, C. B. S., Gutiérrez, A. C., & Soranz, D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(4), 1327–1338.

GRZELZAK, M. T. *et al.* A IMPORTÂNCIA DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE. **South American Development Society Journal**, v. 3, n. 07, p. 196, 10 abr. 2017.

GUIMARÃES, F. G. *et al.* A organização da atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte no enfrentamento da Pandemia Covid 19: relato de experiência. **APS EM REVISTA**, v. 2, n. 2, p. 74–82, 9 jun. 2020.

HARZHEIM, E. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1189–1196, abr. 2020.

LIMA, L. D. DE; PEREIRA, A. M. M.; MACHADO, C. V. Crise, condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 7, 2020.

LIMA, L. D. Financiamento e descentralização do SUS: potenciais impactos das mudanças nos mecanismos de transferência federal. 1ª sessão do Centro de Estudos Miguel Murat de Vasconcelos. **ENSP. Rio de Janeiro**, 12 de abril de 2017. Disponível em: .

LUCENA, E. H. G. D.; Lucena, C. D. R. X.; Alemán, J. A. de S.; Pucca Júnior, G. A., Pereira, A. C., & Cavalcanti, Y. W. Monitoramento das equipes de saúde bucal após a Política Nacional de Atenção Básica 2017. **Revista de Saúde Pública**, 54, 99.

MACIEL, F. B. M.; SANTOS, H. P. C.; CARNEIRO, R. A. S.; SOUZA, E. M.; PRADO, N. M. B. L. Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. suppl 2, p. 4185–4195, Out 2020. Acesso em: 13 out 2021.

MARQUES DA SILVA, J. F.; GIMENEZ CARVALHO, B.; MARIS LOPES SANTINI, S. pejetização em saúde na macrorregião norte do Paraná e suas implicações com a COVID-19. **Revista Gestão & Saúde**, v. 11, n. 3, p. 326–339, 21 dez. 2020.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1181–1188, 2020. Disponível em: . Acesso em: 5 Fev. 2021.

MEDINA, M. G. *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 8, 2020.

MELO et al. **Financiamento do sistema único de saúde (sus): análise do caso particular de arapiraca/al, brasil (2014-2017)**. Revista BrazCubas. 2019.

MELO, E. A., Miranda, L., Silva, A. M. da, & Limeira, R. M. N. (2018). Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. *Saúde Em Debate*, 42(spe1), 328–340.

MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M.; OLIVEIRA, J. R. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em Debate*, v. 42, n. spe1, p. 38–51, 2018. Disponível em: . Acesso em: 5 Fev. 2021.

MENESES, A. S. DE. **GERENCIAMENTO EMERGENCIAL DE RECURSOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DA COVID-19**. [s.l.] FapUNIFESP (SciELO), 25 maio 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/scielopreprints.557>>. Acesso em: 19 dez. 2021.

MENEZES, A. P. DO R.; MORETTI, B.; REIS, A. A. C. DOS. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. *Saúde em Debate*, v. 43, n. spe5, p. 58–70, 2019.

MOROSINI, M. V. G. C. Transformações no trabalho dos agentes comunitários de saúde nos anos 1990 a 2016: a precarização para além dos vínculos [tese]. Rio de Janeiro: **Universidade do Estado do Rio de Janeiro**, Faculdade de Educação; 2018.

MOROSINI, M. V. G. C. Precarização do trabalho: particularidades no setor saúde brasileiro. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 14, n. suppl 1, p. 5–7, nov. 2016.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 9, 2020. Disponível em: . Acesso em: 5 Fev. 2021.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, v. 42, n. 116, p. 11–24, 2018. Disponível em: . Acesso em: 5 Fev. 2021.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. *Saúde em Debate*, v. 42, n. spe1, p. 261–274, Set 2018.

NACIONAL, I. **PORTARIA GM/MS Nº 2.254, DE 3 DE SETEMBRO DE 2021 - DOU**. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-2.254-de-3-de-setembro-de-2021-343018326>>. Acesso em: 28 dez. 2021.

NUNES, E. DE F. P. DE A. *et al.* Força de trabalho em saúde na Atenção Básica em Municípios de Pequeno Porte do Paraná. *Saúde em Debate*, v. 39, n. 104, p. 30–42, mar. 2015.

OLIVEIRA, C. M. *et al.* Avaliabilidade do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB): desafios para gestão do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 10, p. 2999–3010, out. 2015.

PAIM et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. Revista The Lancet. Publicado Online 9 de maio de 2011 DOI:10.1016/S0140- 6736(11)60054-8

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, n. 1, p. 15–36, mar. 2014.

PAULINO, K. C. *et al.* REFLEXÕES SOBRE O NOVO FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA E AS PRÁTICAS MULTIPROFISSIONAIS / REFLECTIONS ON THE NEW FINANCING OF BASIC CARE AND MULTIPROFESSIONAL PRACTICES. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 1, p. 5362–5372, 2021.

Pinto, H. A. (2018). Análise do financiamento da Política Nacional para a Atenção Básica de 1996 até 2017. *Saúde Em Redes*, 4(1), 35.

PORTELA et al . **Recursos humanos em saúde: crise global e cooperação internacional**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 22, n. 7, p. 2237-2246, July 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002702237&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Apr. 2020.

SARTI, T. D. *et al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 0, maio 2020.

SETA, M. H. D.; OCKÉ-REIS, C. O.; RAMOS, A. L. P. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. suppl 2, p. 3781–3786, 2021.

SILVA, T. L.; SOARES, A. N.; LACERDA, G. A.; MESQUITA, J. F. O.; SILVEIRA, D. C. Política Nacional de Atenção Básica 2017: Implicações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 124, p. 58–69, Mar 2020. Disponível em: . Acesso em: 13 out 2021.

SOUSA IS, Nascimento NP, Maia TF, Guimarães JMM, Silva DO. A (Re)Organização da Atenção Primária à Saúde e a Longitudinalidade do Cuidado: Experiências sobre os Revérberos da Pandemia Covid-19 ao Serviço. *Saúde em Redes*. 2021;7 (Supl.1). DOI: 10.18310/2446-48132021v7n1Sup.3356g671

SOUZA, MASL. **Trabalho em saúde: as (re)configurações do processo de desregulamentação do trabalho**. In DAVI, J., MARTINIANO, C., and PATRIOTA, LM., orgs. *Seguridade social e saúde:tendências e desafios* [online]. 2nd ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011. pp. 147-174. ISBN 978-85- 7879-193-3. Available from SciELO

SOUZA, C. Federalismo, desenho contitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. **Revista de Sociologia e Política**, n. 24, p. 105–121, jun. 2005.

TEIXEIRA, C. F. DE S. *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3465–3474, set. 2020.

TEIXEIRA, W. D. A. A Pejotização na Prestação dos Serviços Públicos de Saúde da Administração Pública Brasileira. **Revista de Direito Administrativo e Gestão Pública**, v. 2, n. 1, p. 184, 17 out. 2016.

VARELLA, T. C.; PIERANTONI, C. R. Mercado de trabalho: revendo conceitos e aproximando o campo da saúde. A década de 90 em destaque. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 521–544, set. 2008.

VENDRUSCOLO, C., Hermes, J., & Corrêa, P. (2020). CONSOLIDAÇÃO DO NASF NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO DA LITERATURA. *Inova Saúde*, 10(2), 61.

VIEIRA, F., SERVO, L. Covid-19 e coordenação federativa no Brasil: consequências da dissonância federal para a resposta à pandemia. *Saúde em Debate*, 44 (n. esp. 4): 100-113, 2020. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2020/12/RSDE4-covid-web-1.pdf> . Acesso Dez 2021.

World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-2019): situation report 72 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 Disponível em: [19.pdf?sfvrsn=3dd8971b_2](#).

World Health Organization. World Health Report 2006: **working together for health**. Geneva: **World Health Organization**; 2006.

APÊNDICE A

Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Pesquisa: Repercussões do contexto sócio-político, sanitário e normativo para a oferta e organização de serviços da Atenção Básica na Macrorregião Norte do Paraná

Aprovada pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca conforme parecer 4.196.806 e CAAE: 30675420.60000.5240.

Prezado (a) gestor (a),

A presente pesquisa, intitulada “Mudanças nas regras de transferência de recursos federais do Sistema Único de Saúde: implicações e desafios para o financiamento e a organização do sistema de saúde na macrorregião Norte do Paraná”, está sendo desenvolvida por Caroline Pagani Martins, Luana Carla Tironi de Freitas Giacometti e Wellington Pereira Lopes, do Curso de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, sob a orientação dos (as) Prof (as) Brígida Gimenez Carvalho e Fernanda de Freitas Mendonça. O objetivo do estudo é analisar as transformações na composição das transferências de recursos federais do SUS e suas repercussões para o financiamento e a organização do sistema de saúde a nível nacional, regional e local. A finalidade deste trabalho é contribuir para a avaliação das possíveis implicações e desafios a serem enfrentados a partir das mudanças ocorridas, promovendo reflexões sobre financiamento e gestão orçamentária, oferta e organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde e Saúde Bucal. Solicitamos a sua colaboração por meio da realização de uma entrevista, cuja duração prevista é de 30 a 40 minutos. Esclarecemos que sua participação é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelos Pesquisadores (as). Além disso, seu nome e demais dados pessoais serão mantidos sob sigilo. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. Os (as) pesquisadores (as) estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Caso necessite de mais esclarecimentos, entre em contato por meio do e-mail: wellington-lobes@outlook.com.

A partir da assinatura desse termo, você demonstra estar esclarecido sobre aspectos relativos à pesquisa (objetivo, contribuições, seu papel, possíveis riscos e seu direito de participar ou não) e concorda em participar da mesma.

Nome	Cargo	Município	Assinatura

Apendice B

Roteiro de pesquisa

BLOCO 1: OFERTA E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E AÇÕES DE SAÚDE BUCAL

- 1- Quais serviços de APS são ofertados para população?
- 2- Houve mudanças na estrutura das redes de saúde a partir da PNAB 2017, como por exemplo a implantação de novos de serviços, ampliação ou suspensão/fechamento? Se sim, quais razões motivaram essas mudanças?
 - 2.1 – E que mudanças ocorreram por conta do enfrentamento ao Covid-19?
- 3- Os serviços disponíveis atualmente são ofertados e utilizados somente pelo próprio município ou existem iniciativas de caráter regional?
- 4- Comente sobre os programas e as ações relativos à saúde bucal ofertados hoje em dia no município.
 - 4.1- E na APS, de um modo geral, quais programas e ações fazem parte do cotidiano dos serviços?
- 5- Alguns desses programas e ações foram implantados, deixaram de ser ofertados ou tiveram mudanças no funcionamento desde a PNAB 2017? Fale sobre as razões que motivaram essas mudanças (pandemia, financiamento, outras mudanças organizacionais, etc).

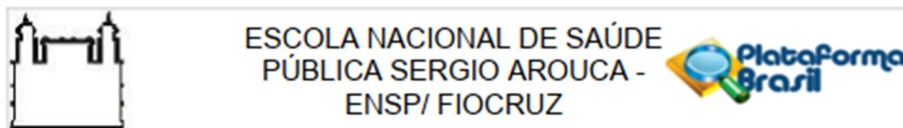
BLOCO 2: GESTÃO DO TRABALHO

- 6- Quais são as composições das equipes de APS existentes no município atualmente?
 - 6.1 – E quanto as equipes de saúde bucal, quais são as composições?
- 7- Têm ocorrido mudanças nessa composição das equipes desde a PNAB 2017? Por quais razões?
- 8- Qual (ais) a (s) forma (s) de contratação dos profissionais da APS deste município atualmente (PJ, celetista, estatutário, etc)?
- 9- Houve mudanças na forma de contratação dos profissionais desde a PNAB 2017? Por quais motivos (reforma trabalhista, LRF)?
- 10- Você percebe diferença na atuação e no rendimento dos profissionais de acordo com o seu vínculo de contratação?
- 11- Existe a intenção de contratar ou ampliar as equipes de APS e de saúde bucal a curto e médio prazo? Comente sobre as dificuldades enfrentadas nesse aspecto.

Anexos

Anexo 1

Parece de aprovação no Comitê de ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Mudanças nas regras de transferência de recursos federais do Sistema Único de Saúde: implicações e desafios para o financiamento e a organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil

Pesquisador: Luciana Dias de Lima

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 30675420.6.0000.5240

Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Patrocinador Principal: Fundação Oswaldo Cruz

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.196.806

Apresentação do Projeto:

Este parecer refere-se a análise de resposta às pendências, emitidas pelo CEP/ENSP no parecer número 4.014.705, em 07/05/2020.

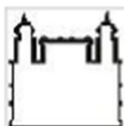
Projeto do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública de Luciana Dias de Lima e financiamento no total de R\$250.000 solicitado ao edital "Atenção Primária de Saúde (PMA) do Programa Inova Fiocruz."

Resumo: "O objetivo é analisar as transformações na composição das transferências de recursos federais do SUS e suas repercussões para o financiamento e a organização da APS. O estudo permitirá a produção de conhecimento relevante para apoiar gestores, comunidade acadêmica, profissionais e usuários do SUS na compreensão das políticas em curso, das dimensões inerentes ao financiamento federal da saúde e suas relações com o modelo de organização da APS em âmbito nacional e loco-regional."

Metodologia proposta: "O estudo envolverá três etapas: 1. Análise de documentos (Leis, Decretos, Portarias e Normas Ministeriais) relacionados à regulamentação do Orçamento Público, aos mecanismos de transferência de recursos federais e daqueles direcionados para o SUS e a atenção

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Página 01 de 15



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 4.196.806

básica, publicados e/ou vigentes no período de 2015 a 2020. Os documentos serão obtidos nos sites oficiais do Governo Federal e do Ministério da Saúde. 2. Estudo exploratório, com base em dados secundários de abrangência nacional, oriundos de sistemas de informações oficiais, referentes aos recursos financeiros transferidos da União, bem como das receitas e despesas orçamentárias em saúde dos municípios. Os dados das transferências serão obtidos do Fundo Nacional de Saúde e das receitas e despesas municipais em saúde do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde, no período de 2015 a 2020. 3. Realização de estudo multicase, incluindo visita a municípios, análise de dados secundários e entrevistas semi-estruturadas com gestores de alto escalão das secretarias de saúde dos estados e municípios do Rio de Janeiro e do Paraná (Coordenadores Municipais de Atenção Primária à Saúde, Secretários Municipais de Saúde, Dirigentes Estaduais e Presidentes dos Cosems). Foram selecionados como casos: a. Região Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro, onde está situada a Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp). Esta região possui cerca de 10 milhões de habitantes, distribuídos em 12 municípios de médio e grande porte populacional. b. Macrorregião Norte do Paraná, onde está situada a Universidade Estadual de Londrina (UEL). Esta Macrorregião abrange cinco regiões de saúde e possui cerca de 1,8 milhões de habitantes, distribuídos em 97 municípios, a maioria de pequeno porte populacional. A inclusão dessas regiões busca promover maior aproximação dos pesquisadores com o público-alvo."

Metodologia de análise de dados: "Serão adotadas contribuições dos estudos de análises de políticas públicas e da economia política da saúde. O foco de análise estará direcionado para a compreensão das relações federativas (transferências intergovernamentais) e entre os poderes Executivo e Legislativo (emendas parlamentares) no financiamento do SUS e suas repercussões para a organização da APS. O estudo adotará métodos quantitativos e qualitativos para coleta e processamento de informações. As seguintes estratégias e técnicas serão utilizadas: 1. Análise de documentos (Leis, Decretos,

para a compreensão das relações federativas (transferências intergovernamentais) e entre os poderes Executivo e Legislativo (emendas parlamentares) no financiamento do SUS e suas repercussões para a organização da APS. O estudo adotará métodos quantitativos e qualitativos para coleta e processamento de informações. As seguintes estratégias e técnicas serão utilizadas: 1. Análise de documentos (Leis, Decretos, Portarias e Normas Ministeriais) relacionados à regulamentação do Orçamento Público, aos mecanismos de transferência de recursos federais e daqueles direcionados para o SUS e a atenção básica, publicados e/ou vigentes no período de 2015 a 2020. Os documentos serão obtidos nos sites oficiais do Governo Federal e do Ministério da Saúde. 2. Estudo exploratório, com base em dados secundários de abrangência nacional, oriundos de sistemas de informações oficiais, referentes aos recursos financeiros transferidos da União, bem como das receitas e despesas orçamentárias em saúde dos municípios. Os dados das transferências serão obtidos do Fundo

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Mangueiras CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Página 02 de 15



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 4.196.806

Nacional de Saúde e das receitas e despesas municipais em saúde do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde, no período de 2015 a 2020. 3. Realização de estudo multicase, incluindo análise de dados secundários, documentos, entrevistas e observação participante. Destaca-se que a pesquisa será desenvolvida a partir da interlocução com gestores da administração pública do SUS atuantes nos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) e nas Secretarias de Estado de Saúde do Paraná (PR) e Rio de Janeiro (RJ). Junto desses interlocutores, considerados público-alvo direto, foram definidos os produtos desse projeto e o plano de disseminação dos seus resultados, entre os quais se destacam: a) Manual com a sistematização das normas para transferência de recursos federais para a APS.

direcionado aos gestores e técnicos municipais e estaduais.b) Curso de curta duração (8hs) sobre financiamento do SUS, da APS e gestão orçamentária, ofertado no RJ (Ensp) e no PR (UEL).c) Infográfico contendo a evolução dos componentes das transferências de recursos federais para a APS e seus principais efeitos sobre a configuração do modelo de atenção e gestão."

Tamanho da amostra: 40

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário:

Analisar as transformações na composição das transferências de recursos federais do Sistema Único de Saúde e suas repercussões para o financiamento e a organização da Atenção Primária à Saúde, em nível nacional e em diferentes contextos regionais e municipais.

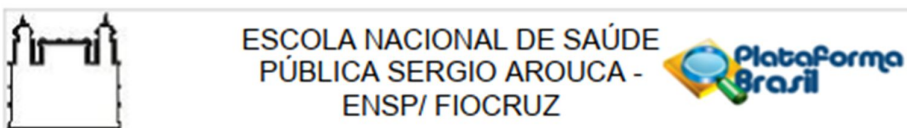
Objetivo Secundário:

- 1) Mapear o conjunto de mudanças nas regras formais que permeiam as transferências de recursos financeiros federais voltados para o SUS, com destaque para a APS.
- 2) Analisar a evolução dos componentes das transferências de recursos federais e suas repercussões para o financiamento e a organização da APS nos municípios brasileiros.
- 3) Analisar os efeitos das mudanças nas regras de financiamento federal na configuração do modelo de atenção e gestão da APS, em regiões e municípios selecionados nos estados do Rio de Janeiro e do Paraná.
- 4) Identificar tendências relacionadas ao financiamento da APS e à direcionalidade dada ao modelo de atenção pelo governo federal."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço:	Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo	
Bairro:	Mangueiras	CEP: 21.041-210
UF:	RJ	Município: RIO DE JANEIRO
Telefone:	(21)2598-2863	Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.196.806

"Toda pesquisa possui riscos potenciais, maiores ou menores, dependendo dos objetivos e metodologias adotadas. No caso deste estudo, há risco de ocorrer identificações dos sujeitos e constrangimentos dos entrevistados em razão do cargo público ocupado, da atividade profissional (função de gestão) desenvolvida, e do reduzido número de pessoas que serão entrevistadas (máximo 40). Visando reduzir riscos de identificação, esclarecemos no TCLE que as informações obtidas por meio da entrevista serão processadas e analisadas em conjunto com as demais entrevistas e materiais de outras fontes de pesquisa e que os resultados das análises são de responsabilidade dos pesquisadores; que citações diretas de falas, que permitam a identificação do entrevistado, serão evitadas; que após a transcrição, serão atribuídos códigos de modo a garantir o sigilo dos entrevistados; que o nome e os dados pessoais dos entrevistados não serão de modo algum utilizados. Será ainda solicitada a autorização do entrevistado das condições de uso do seu depoimento por meio do TCLE. Serão assegurados o sigilo e a privacidade das informações fornecidas em todas as etapas do estudo, incluindo na divulgação de seus resultados. Os dados coletados na entrevista serão arquivados por pelo menos 5 anos e serão acessados somente pela equipe de pesquisadores."

Benefícios:

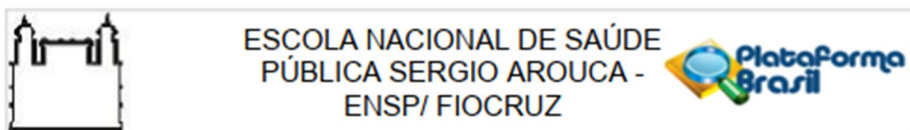
"Um benefício da pesquisa se relaciona a possibilidade dos entrevistados refletirem sobre os processos de trabalho relacionados à gestão da saúde no diálogo com os pesquisadores. Além disso, a pesquisa foi construída de modo colaborativo entre instituições acadêmicas, parceiras e beneficiárias do estudo. Nesse processo, foram definidos produtos visando contribuir com os esforços da gestão pública da saúde, envolvendo: a elaboração de manual com a sistematização dos documentos que serão analisados no estudo e suas implicações para o financiamento e a organização da atenção básica; a oferta de um curso de curta duração sobre financiamento do SUS e gestão orçamentária voltado para as equipes de gestão das secretarias de saúde; e produção de infográfico contendo uma síntese de informações qualificadas sobre o financiamento e a gestão da atenção básica."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo de pesquisa apresenta todos os elementos necessários e adequados à apreciação ética e as pendências emitidas no parecer anterior foram atendidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Para elaboração deste parecer de aprovação, foi analisado o Formulário da Plataforma Brasil nomeado PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1537570.pdf, postado em 26/07/2020.



Continuação do Parecer: 4.196.806

Na apresentação inicial foram apresentados e APROVADOS os seguintes documentos, postados na Plataforma Brasil:

- Documento com as informações sobre a equipe do projeto nomeado QuadroEquipe_CEP.pdf, postado em 10/04/2020.

Para responder às pendências do parecer anterior, o pesquisador anexou os seguintes documentos à Plataforma Brasil, os quais foram aprovados:

- Carta de aprovação do projeto no edital nomeado res_edital_pma_2020.pdf, postado em 27/07/2020

- Formulário de respostas às pendências nomeado formulario_resp_pend_parecer_4014705.pdf, postado em 26/07/2020

- Roteiro de entrevistas nomeado RoteiroEntrevistas.pdf, postado em 26/07/2020

- Termos de parcerias com instituições:

- TermodeParceria_SESA_Apucarana.pdf, postado em 26/07/2020

- TermodeParceria_SESA_Ivaipora.pdf, postado em 26/07/2020

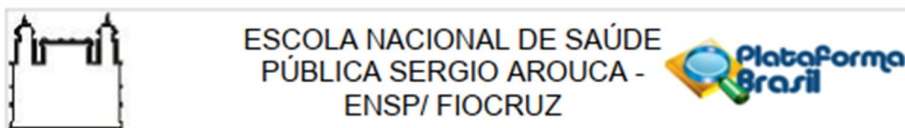
- TermodeParceria_SES_RJ.pdf, postado em 26/07/2020

- TermodeParceria_COSEMS_PR.pdf, postado em 26/07/2020

- TermodeParceria_COSEMS_RJ.pdf, postado em 26/07/2020

- Plano de trabalho com universidade parceira nomeado planodetrabalho_ENSP_UEL_ComAssinaturas_Final.pdf, postado em 26/07/2020.

- Projeto de Pesquisa na íntegra, nomeado PMA_FinanciamentoAPS_24_07_20_CEP_modificado.pdf, postado em 26/07/2020.



Continuação do Parecer: 4.196.806

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), nomeado TCLE_ProjetoPMA_Abril_2020_modificado.pdf, postado em 26/07/2020.

- Folha de Rosto gerada pela Plataforma Brasil assinada pelo pesquisador responsável nomeado folhaDeRosto_modificada.pdf, postado em 26/07/2020.

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP/ENSP considera que o protocolo do projeto de pesquisa ora apresentado contempla os quesitos éticos necessários, estando apto a ser iniciado a partir da presente data de emissão deste parecer.

Para elaboração deste parecer, as pendências emitidas no parecer consubstanciado número 4.014.705, em 07/05/2020, foram analisadas conforme abaixo:

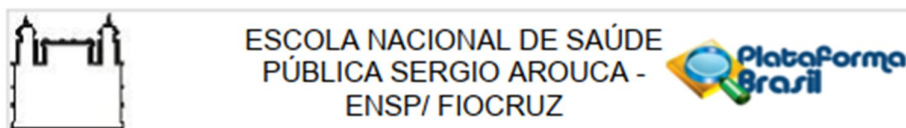
1.Item de pendência:

1.1 Riscos: Prever riscos não considerados no texto, como se poderá ocorrer constrangimento dos participantes durante a entrevista (Resolução MS/CNS/CONEP 468/12 art. V).

Resposta da pendência 1:

A redação foi alterada de forma a explicitar de forma mais clara os riscos aos participantes durante a entrevista.

"Toda pesquisa possui riscos potenciais, maiores ou menores, dependendo dos objetivos e metodologias adotadas. No caso deste estudo, há risco de ocorrer identificações dos sujeitos e constrangimentos dos entrevistados em razão do cargo público ocupado, da atividade profissional (função de gestão) desenvolvida, e do reduzido número de pessoas que serão entrevistadas (máximo 40). Visando reduzir riscos de identificação, esclarecemos no TCLE que as informações obtidas por meio da entrevista serão processadas e analisadas em conjunto com as demais entrevistas e materiais de outras fontes de pesquisa e que os resultados das análises são de responsabilidade dos pesquisadores; que citações diretas de falas, que permitam a identificação do entrevistado, serão evitadas; que após a transcrição, serão atribuídos códigos de modo a garantir o sigilo dos entrevistados; que o nome e os dados pessoais dos entrevistados não serão de modo algum utilizados. Será ainda solicitada a autorização do entrevistado das condições de



Continuação do Parecer: 4.196.806

uso do seu depoimento por meio do TCLE. Serão assegurados o sigilo e a privacidade das informações fornecidas em todas as etapas do estudo, incluindo na divulgação de seus resultados. Os dados coletados na entrevista serão arquivados por pelo menos 5 anos e serão acessados somente pela equipe de pesquisadores."

Há algum documento anexado para a pendência 1?

(X) sim. Inserir o nome do arquivo postado na plataforma: A alteração foi atualizada nas informações básicas do projeto e estarão no documento gerado automaticamente pelo sistema PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO
 () não

Resposta à pendência: Pendência atendida

2. Item de pendência:

1.2 Benefícios: o texto incluído não se refere aos benefícios dos participantes e sim a justificativa do estudo. Incluir benefícios diretos (quando existir) e indiretos para o participante ou comunidade (Resolução MS/CNS/CONEP 466/12 art. V)

Resposta da pendência 2: A redação foi alterada de modo a incluir benefícios diretos e indiretos para o participante e instituição.

"Um benefício da pesquisa se relaciona a possibilidade dos entrevistados refletirem sobre os processos de trabalho relacionados à gestão da saúde no diálogo com os pesquisadores. Além disso, a pesquisa foi construída de modo colaborativo entre instituições acadêmicas, parceiras e beneficiárias do estudo. Nesse processo, foram definidos produtos visando contribuir com os esforços da gestão pública da saúde, envolvendo: a elaboração de manual com a sistematização dos documentos que serão analisados no estudo e suas implicações para o financiamento e a organização da atenção básica; a oferta de um curso de curta duração sobre financiamento do SUS e gestão orçamentária voltado para as equipes de gestão das secretarias de saúde; e produção de infográfico contendo uma síntese de informações qualificadas sobre o financiamento e a gestão da atenção básica."

Há algum documento anexado para a pendência 2?

(X) sim. Inserir o nome do arquivo postado na plataforma: A alteração foi atualizada nas informações básicas do projeto e estarão no documento gerado automaticamente pelo sistema PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Mangueiras CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Página 07 de 15



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 4.196.806

() não

Resposta à pendência: Pendência atendida

3. Item de pendência:

1.3 Tamanho da amostra: na seção de riscos menciona 50 pessoas e no item referente ao tamanho da amostra é mencionado 100. Esclarecer e padronizar a informação.

Resposta da pendência 3:

O número máximo de entrevistas a serem realizadas será 40, pois foram excluídos do estudo os dirigentes e profissionais de unidades básicas de saúde. Serão entrevistados somente gestores de alto escalão das secretarias de saúde dos estados e municípios do Rio de Janeiro e do Paraná (Coordenadores Municipais de Atenção Primária à Saúde, Secretários Municipais de Saúde, Dirigentes Estaduais e Presidentes dos Cosems). A informação foi corrigida e padronizada.

Há algum documento anexado para a pendência 3?

(X) sim. Inserir o nome do arquivo postado na plataforma: A alteração foi atualizada nas informações básicas do projeto e estarão no documento gerado automaticamente pelo sistema PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO

() não

Resposta à pendência: Pendência atendida

4. Item de pendência:

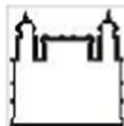
1.4 Não foram incluídas as instituições coparticipantes, como as Secretarias municipais e estaduais do Rio de Janeiro e do Paraná (Resolução MS/CNS/CONEP 580/18 cap. II art. 10º)

Resposta da pendência 4:

O estudo foi cadastrado como multicêntrico, em parceria com a Universidade Estadual de Londrina (UEL). Foram incluídos os seguintes alunos do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEL como membros da equipe de pesquisa: Karen Patrícia Wilke Ferreira Rocha e Luana Carla Tironi de Freitas Giacometti.

Como não serão entrevistados dirigentes e profissionais de unidades básicas de saúde, somente gestores de alto escalão das secretarias de saúde dos estados e municípios do Rio de Janeiro e do

Endereço: Rua Leopoldo Buihães, 1480 - Térreo			
Bairro: Mangulhos		CEP: 21.041-210	
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO		
Telefone: (21)2598-2863	Fax: (21)2598-2863	E-mail: cep@ensp.fiocruz.br	



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 4.196.806

Paraná (Coordenadores Municipais de Atenção Primária à Saúde, Secretários Municipais de Saúde, Dirigentes Estaduais e Presidentes dos Cosems), estas instituições não foram inseridas como coparticipantes. Entretanto, foram inseridos como documentos os termos de formalização de parcerias instituídas no âmbito do projeto para fins de desenvolvimento do estudo (UEL), dos produtos e divulgação dos seus resultados (com as diretoriais e coordenações das secretarias estaduais de saúde e Cosems).

Há algum documento anexado para a pendência 4?

sim. Inserir o nome do arquivo postado na plataforma: A alteração foi atualizada nas informações básicas do projeto e estarão no documento gerado automaticamente pelo sistema PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO

Além disso foram incluídos os seguintes documentos de formalização de parcerias:

Plano de Trabalho_ENSP_UEL_ComAssinaturas_Final

Termo de Parceria_Cosems_RJ

Termo de Parceria_Cosems_PR

Termo de Parceria_SES_RJ

Termo de Parceria_SESA_CISMEPAR

Termo de Parceria_SESA_Ivaipora

Termo de Parceria_SESA_Apuarana

não

Resposta à pendência: Pendência atendida

5. Item de pendência:

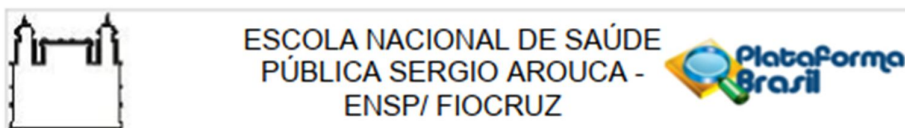
2.1 Especificar quais as instituições coparticipantes que serão captadas as cartas de anuência e incluir justificativa para a não entrega das cartas de anuência (Resolução MS/CNS/CONEP 580/18 cap. II art. 10º, §1º).

Resposta da pendência 5:

O documento "DeclaracaoCEP.pdf" foi excluído pois serão entrevistados somente gestores de alto escalão das secretarias de saúde dos estados e municípios do Rio de Janeiro e do Paraná (Coordenadores Municipais de Atenção Primária à Saúde, Secretários Municipais de Saúde, Dirigentes Estaduais e Presidentes dos Cosems), sendo necessário nesse caso somente o TCLE.

Há algum documento anexado para a pendência 5?

sim.



Continuação do Parecer: 4.196.806

não

Resposta à pendência: Pendência atendida

6. Item de pendência:

3.1 No item patrocinador principal consta o nome da Fiocruz. Porém, no documento da Plataforma Brasil foi informado que o projeto ainda será submetido a um edital de fomento da Fiocruz. Adequar a informação (Norma Operacional MS/CNS Nº 001/2013 item 3.4.1 alínea 16). Posteriormente apresentar a carta de aprovação do projeto no edital citado pelo pesquisador (Norma Operacional CNS 001/13 item 3.4.1, 16).

Resposta da pendência 6:

O projeto foi aprovado no âmbito do Edital. A informação foi corrigida da plataforma Brasil. Foi anexada a lista de projetos aprovados do Edital.

Há algum documento anexado para a pendência 6?

sim. Inserir o nome do arquivo postado na plataforma: A alteração foi atualizada nas informações básicas do projeto e estarão no documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO

Foi inserido do documento:

resultado_edital_pma_vf_09-07-2020

não

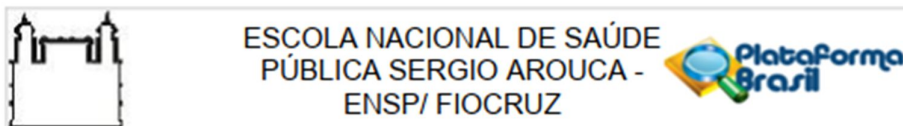
Resposta à pendência: Pendência atendida

7. Item de pendência:

4. Considerações sobre o documento TCLE_ProjetoPMA_Abril_2020.pdf

4.1 Explicitar que os procedimentos da pesquisa não deverão interferir na rotina dos serviços de assistência à saúde nem nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço (Resolução MS/CNS/CONEP 580/18 cap. II art. 5º e 6º).

4.2 Explicitar uma forma de divulgação dos resultados da pesquisa para os participantes e instituições onde os dados foram coletados, ao término do estudo (Resolução MS/CNS/CONEP 580/18 cap. II art. 9º). Os meios mencionados (relatórios de pesquisa, artigos científicos e trabalhos em eventos científicos) não se configuram como devolutivos aos participantes de pesquisa.



Continuação do Parecer: 4.156.806

4.3 No TCLE Lê-se: "Assim, será solicitada a autorização do entrevistado para identificação da fala através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido". Esclarecer. Ainda, se haverá identificação direta este risco da identificação deve estar no item risco da Plataforma Brasil.

4.4 No meio do TCLE tem campo referente a autorização das condições de uso do seu depoimento para fins da pesquisa científica. Adequar, colocando este quesito para o final do documento antes da assinatura do participante; ainda o campo deve ter as opções de autoriza ()sim ()não.

4.5 Incluir a assinatura do pesquisador responsável pela pesquisa ao final do termo devendo as páginas de assinaturas estar na mesma folha (Resolução MS/CNS/CONEP 466/12 art. IV.5, alínea "d").

4.6 Esclarecer a forma de abordagem e local das entrevistas. Incluir as afirmações sobre sigilo e privacidade de todos os participantes durante todas as fases da pesquisa. Incluir quais serão as medidas tomadas para assegurar o sigilo dos participantes (Resolução MS/CNS/CONEP 466/12 art. IV.3, alínea "e").

4.7 Incluir um telefone de contato institucional. Ainda, recomenda-se não utilizar telefones pessoais no TCLE.

Resposta da pendência 7:

Todas as solicitações de alteração foram feitas no TCLE e grifadas em amarelo.

Há algum documento anexado para a pendência 7?

(X) sim. TCLE_ProjetoPMA_Abril_2020_modificado.pdf

() não

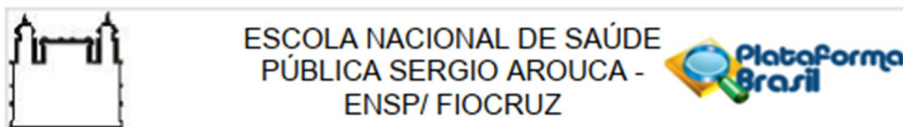
Resposta à pendência: Pendência atendida

8. Item de pendência:

5. Considerações sobre documento faltante:

5.1 Postar o documento que será utilizado para a coleta de dados, ou seja, o ROTEIRO DE ENTREVISTA/questionário que será aplicado nas entrevistas.

5.2 Vale salientar que se as perguntas do questionário forem distintas para os diferentes grupos de pessoas investigados deve-se considerar a necessidade de TCLE específicos para cada grupo, considerando que possa haver diferentes objetivos, riscos e benefícios com a aplicação do instrumento. Esclarecer.



Continuação do Parecer: 4.196.806

Resposta da pendência 8:

O roteiro foi elaborado e postado na plataforma Brasil. O mesmo roteiro será aplicado a todos os entrevistados da pesquisa. Esta informação foi incluída no roteiro.

Há algum documento anexado para a pendência 8?

sim. Roteiro_Entrevistas

não

Resposta à pendência: Pendência atendida

9. Item de pendência:

6.Referente ao financiamento do estudo:

6.1)Caso o projeto seja contemplado pela instituição de fomento, durante a tramitação do projeto, a pesquisadora deverá anexar carta de aprovação do projeto no edital, ou carta de compromisso de enviar posteriormente via notificação

6.2)Esclarecer como se efetivará a pesquisa caso não seja obtido o financiamento requerido (Norma Operacional 001/13 3.3.e)

Resposta da pendência 9:

A lista de projetos selecionados no âmbito do Edital PMA 2020 foi postada na plataforma Brasil. O item 6.2. não se aplica, pois o projeto foi selecionado.

Há algum documento anexado para a pendência 9?

sim. resultado_edital_pma_vf_09-07-2020

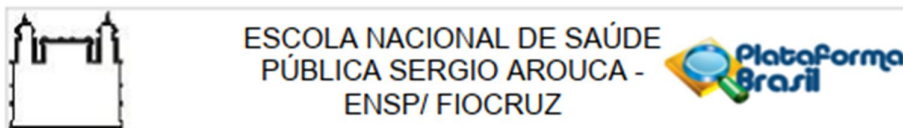
não

Resposta à pendência: Pendência atendida

10. Item de pendência:

Considerações Finais a critério do CEP:

As pendências deverão ser respondidas no "formulário de respostas às pendências", disponível na página eletrônica do CEP e as informações deverão ser atualizadas em TODOS os documentos pertinentes (ex.: no formulário da Plataforma, no projeto na íntegra e em outros documentos pertinentes).



Continuação do Parecer: 4.196.806

Documentos alterados a serem anexados após o parecer do CEP deverão ser nomeados com a palavra "modificado".

Ao responder as pendências o pesquisador deve rever o cronograma da pesquisa e atualizá-lo, considerando o tempo necessário à obtenção da aprovação.

Resposta da pendência 10:

Todas as solicitações acima foram atendidas. Informamos que o cronograma prevê o início da pesquisa em 10/08/20 atendendo ao edital PMA 2020.

Há algum documento anexado para a pendência 10?

(X) sim. Inserir o nome do arquivo postado na plataforma: A alteração foi atualizada nas informações básicas do projeto e estarão no documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO

Foi anexado:

formulario_resp_pend_parecer_4.014.705

folhaDeRosto_modificada

PMA_FinanciamentoAPS_24_07_20_CEP_modificado

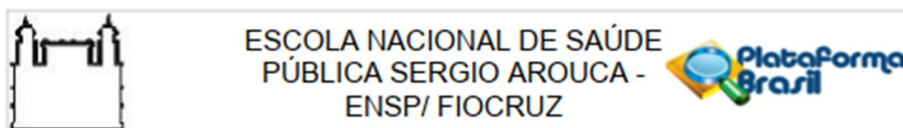
() não

Resposta à pendência: Pendência atendida

Considerações Finais a critério do CEP:

ATENÇÃO:

CASO OCORRA ALGUMA ALTERAÇÃO NO FINANCIAMENTO DO PROJETO ORA APRESENTADO (ALTERAÇÃO DE PATROCINADOR, COPATROCÍNIO, MODIFICAÇÃO NO ORÇAMENTO), O PESQUISADOR TEM A RESPONSABILIDADE DE SUBMETER UMA EMENDA AO CEP SOLICITANDO AS ALTERAÇÕES NECESSÁRIAS. A NOVA FOLHA DE ROSTO A SER GERADA DEVERÁ SER ASSINADA NOS CAMPOS PERTINENTES E A VIA ORIGINAL DEVERÁ SER ENTREGUE NO CEP. ATENTAR PARA A NECESSIDADE DE ATUALIZAÇÃO DO CRONOGRAMA DA PESQUISA. CASO O PROJETO SEJA CONCORRENTE DE EDITAL, SOLICITA-SE ENCAMINHAR AO CEP, PELA PLATAFORMA BRASIL, COMO NOTIFICAÇÃO, O COMPROVANTE DE APROVAÇÃO. PARA ESTES CASOS, A LIBERAÇÃO PARA O INÍCIO DO TRABALHO DE CAMPO (COLETA DE DADOS, ABORDAGEM DE POSSÍVEIS PARTICIPANTES ETC.) ESTÁ CONDICIONADA À APRESENTAÇÃO DA FOLHA DE ROSTO, ASSINADA PELO PATROCINADOR, EM ATÉ 15 (QUINZE) DIAS APÓS A DIVULGAÇÃO DO RESULTADO DO EDITAL AO QUAL O PROJETO FOI SUBMETIDO.



Continuação do Parecer: 4.196.806

.....
 Verifique o cumprimento das observações a seguir:

1* Em atendimento a Resolução CNS nº 486/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar ao CEP RELATÓRIOS PARCIAIS (semestrais) e FINAL. Os relatórios compreendem meio de acompanhamento pelos CEP, assim como outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa. O relatório deve ser enviado pela Plataforma Brasil em forma de "notificação". Os modelos de relatórios (parciais e final) que devem ser utilizados encontram-se disponíveis na homepage do CEP/ENSP (<https://cep.ensp.fiocruz.br/>), em: pesquisa projetos de pesquisa documentos necessários.

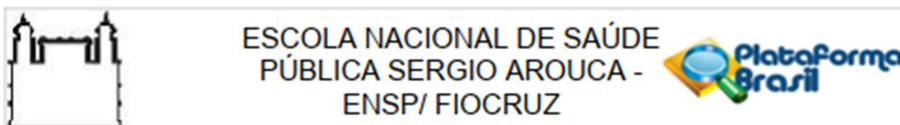
2* Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como EMENDA. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar a/s modificação/ões.

3* Justificar fundamentadamente, caso haja necessidade de interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

4* O Comitê de Ética em Pesquisa não analisa aspectos referentes a direitos de propriedade intelectual e ao uso de criações protegidas por esses direitos. Recomenda-se que qualquer consulta que envolva matéria de propriedade intelectual seja encaminhada diretamente pelo pesquisador ao Núcleo de Inovação Tecnológica da Unidade.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	aut_ENSP.pdf	08/08/2020 12:43:44	Jennifer Braathen Salgueiro	Aceito
Outros	res_edital_pma_2020.pdf	27/07/2020 12:17:53	Jennifer Braathen Salgueiro	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1537570.pdf	26/07/2020 12:21:01		Aceito
Outros	formulario_resp_pend_parecer_4014	26/07/2020	Luciana Dias de	Aceito



Continuação do Parecer: 4.196.806

Outros	705.pdf	12:20:11	Lima	Aceito
Outros	RoteiroEntrevistas.pdf	26/07/2020 12:16:22	Luciana Dias de Lima	Aceito
Outros	TermodeParceria_SESA_Apucarana.pdf	26/07/2020 12:15:18	Luciana Dias de Lima	Aceito
Outros	TermodeParceria_SESA_Ivaipora.pdf	26/07/2020 12:14:52	Luciana Dias de Lima	Aceito
Outros	TermodeParceria_SESA_CISMEPAR.pdf	26/07/2020 12:14:37	Luciana Dias de Lima	Aceito
Outros	TermodeParceria_SES_RJ.pdf	26/07/2020 12:14:18	Luciana Dias de Lima	Aceito
Outros	TermodeParceria_COSEMS_PR.pdf	26/07/2020 12:14:03	Luciana Dias de Lima	Aceito
Outros	TermodeParceria_COSEMS_RJ.pdf	26/07/2020 12:13:46	Luciana Dias de Lima	Aceito
Outros	planoetrabalho_ENSP_UEL_ComAssinaturas_Final.pdf	26/07/2020 12:13:01	Luciana Dias de Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PMA_FinanciamentoAPS_24_07_20_CEP_modificado.pdf	26/07/2020 12:02:49	Luciana Dias de Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ProjetoPMA_Abril_2020_modificado.pdf	26/07/2020 12:02:09	Luciana Dias de Lima	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_modificada.pdf	26/07/2020 11:54:49	Luciana Dias de Lima	Aceito
Outros	QuadroEquipe_CEP.pdf	10/04/2020 14:40:43	Luciana Dias de Lima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 06 de Agosto de 2020

Assinado por:
Jennifer Braathen Salgueiro
(Coordenador(a))