

A PNAB-2017 E AS RELAÇÕES DE TRABALHO NA ESF NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO NO CONTEXTO DA CRISE SANITÁRIA

**THE PNAB-2017 AND LABOR RELATIONS IN THE FHS IN THE
MUNICIPALITY OF RIO DE JANEIRO IN THE CONTEXT OF THE SANITARY
CRISIS**

Ciências da Saúde, Ciências Sociais Aplicadas • 20/10/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/792467746](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/792467746)

Jirlane Gomes Araújo da Nóbrega

RESUMO

O trabalho tem por objetivo analisar o processo de trabalho na ESF no município do Rio de Janeiro à luz das novas orientações estabelecidas na PNAB-2017 no contexto da pandemia de Covid-19. Tendo em mente os objetivos deste estudo, optou-se por uma abordagem metodológica descritiva e qualitativa. Quanto ao levantamento da literatura especializada, a presente pesquisa foi realizada nas bibliotecas online: Scientific Electronic Library Online (Scielo) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e buscou capturar referências textuais que considerem as diferentes relações entre a implementação da PNAB e a vigência da política, quando possível com foco no exercício do trabalho profissional e sua relação com os cuidados em saúde. O critério de inclusão definidos para seleção dos artigos foram: todos os artigos e livros de autores especialistas que tratam do assunto. O critério de exclusão inibe artigos publicados em idioma diferente do português. Fora o levantamento bibliográfico, na primeira etapa desse estudo, se fez consulta de alguns documentos importantes com relação ao tema, as principais fontes documentais foram as PNAB em suas versões de 2006 a 2017, as portarias nº 2.488, de 2011, e nº 2.436, de 2017, bem como documentos técnicos emitidos por associações profissionais, organismos gestores do SUS, como o CONASS, CONASEMS, Ministério da saúde e Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. O instrumento de pesquisa, na segunda etapa, apliquei um formulário online com questionário semiestruturado. Dessa forma, concluímos que as relações de trabalho, na ESF, no RJ, no contexto da crise sanitária com a chegada da nova Portaria, trouxeram muitos retrocessos e desmonte no processo de trabalho das equipes. A nova PNAB abre espaço para que a gestão Municipal dê a cara que ela quiser as equipes, descaracterizando o modelo que foi construído até então. O cenário da crise sanitária pode ter revelado problemas

antigos, aumentando a demanda pelos serviços de saúde e tensionando as já esgarçadas relações de trabalho das equipes de saúde da família, bem como o vínculo destas com os usuários. Na contramão do fortalecimento e valorização, estamos há 3 anos imaginando o que nos esperaria no futuro, mas agora o futuro chegou com uma severa pandemia viral. Sendo assim, entendemos que a atual conjuntura pode lançar imensos desafios para as relações de trabalho, mas pode também capturar, de forma amplificada, problemas já institucionalizados.

Palavras-chave: Pnab-2017; Relações de trabalho; ESF; Crise sanitária.

ABSTRACT

The study analyzed the work process in the ESF in the city of Rio de Janeiro in light of the new guidelines established in the PNAB-2017 in the context of the Covid-19 pandemic. Bearing in mind the objectives of this study, a descriptive and qualitative methodological approach was chosen. As for the survey of specialized literature, this research was carried out in online libraries: Scientific Electronic Library Online (Scielo) and Virtual Health Library (VHL) and sought to capture textual references that consider the different relationships between the implementation of the PNAB and the validity of the policy, when possible, with a focus on the exercise of professional work and its relationship with health care. The inclusion criteria defined for the selection of articles were articles and books by specialist authors dealing with the subject. The exclusion criterion inhibits articles published in a language other than Portuguese. Apart from the bibliographic survey, in the first stage of this study, some important documents were consulted on the subject, the main documental sources were the PNAB in their versions from 2006 to 2017, ordinances nº 2.488, 2011, and nº 2.436, 2017, as well as

technical documents issued by professional associations. In the second stage, I applied an online form with a semi-structured interview. Thus, we conclude that the work relationships, in the FHS, in RJ, in the context of the health crisis with the arrival of the new Ordinance, brought many setbacks and dismantling in the work process of the teams. The new PNAB makes room for the Municipal administration to give the teams the face they want, characterizing the model that has been built so far. The health crisis scenario may have revealed old problems, increasing the demand for health services and straining the already strained work relationships of the family health teams, as well as their bond with users. In the opposite direction of strengthening and valuing, we have been imagining for 3 years what would await us in the future, but now the future has arrived with a severe viral pandemic. We understand that the current situation can pose immense challenges for labor relations, but it can also capture, in a larger way, problems that have already been institutionalized.

Keywords: Pnab-2017; Labor relations; ESF; Health crisis.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um amplo e complexo conjunto de ações e de serviços de saúde prestados pelos entes federativos. Esse sistema, fundamentado em normas, princípios e diretrizes norteadoras, tem como finalidade abranger uma gama de procedimentos, desde um simples atendimento para avaliação da pressão arterial até transplante de órgãos, proporcionando acesso universal e sem discriminação.

Nesse sentido, a Constituição Federal de 1988 criou o SUS, o qual foi regulamentado posteriormente pelas Leis nº 8.080/1990 e nº

8.142/1990, definindo os princípios doutrinários e as diretrizes para funcionamento do sistema. Os princípios são a universalidade, a integridade e a equidade, os quais são as bases para as diretrizes organizacionais, como a participação popular, a regionalização, a hierarquização, a descentralização e o comando único.

Contudo, desde o seu início, o SUS enfrentou diversos problemas para a efetiva consolidação dos seus princípios. Dentre os principais, destacam-se a falta de uma gestão e administração eficientes, bem como a dificuldade para priorização da saúde pública frente aos serviços privados, os quais contam com benefícios fiscais (BRASIL, 1998).

A gestão municipal, idealizada pelo projeto de Reforma Sanitária Brasileira como sendo mais eficaz devido a sua “proximidade com os cidadãos” e mais sensíveis aos fins que se destinam, vem funcionando apenas em parte porque as insuficiências da gestão local dificultam o processo de implementação do SUS (CECILIO, et al., 2007).

Em estudos realizados pelo Departamento de Medicina Preventiva da UNIFESP em 20 municípios de duas regiões próximas a São Paulo capital, observou-se uma grande rotatividade dos gestores municipais.

Durante a referida pesquisa, um dos municípios passou por duas mudanças de gestores, ou seja, no período de um ano, houve três gestores diferentes. Entre a diversidade de gestores, predominam os que não têm formação nem experiência na gestão da “coisa pública”, fazendo com que a compreensão do SUS como política pública por esses gestores seja escassa. Somando ao despreparo e a

inexperiência, tem-se ainda a sobrecarga de tarefas impostas aos gestores pelos níveis superiores do sistema, o que torna o processo ainda mais dificultoso (Cecílio et al., 2007).

Assim, tais desafios provocam dificuldade para continuidade de um adequado volume de recursos financeiros para custeio dos serviços prestados à população, para manutenção e ampliação da infraestrutura e contratação de mão de obra (BRASIL, 1998).

Na contemporaneidade, o SUS é considerado um dos maiores programas de saúde pública de todo o mundo, possuindo um dos maiores sistemas de atenção primária à saúde, denominado Programa de Saúde da Família (PSF), que hoje é conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF), que é o primeiro nível de atenção. Tal estratégia foi concebida como uma das diversas políticas de abrangência que visa reorganizar a Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (Santana; Carmagnani, 2001).

O Ministério da Saúde e os gestores estaduais e municipais consideram como estratégica a ampliação, qualificação e consolidação dos princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Básica, favorecendo a reorientação do trabalho, ampliando a capacidade de resposta e o impacto sobre o trabalho, sobre as condições de saúde das pessoas e grupos, além de promover uma importante relação custo-efetividade (Ministério da Saúde, 2012).

A APS representa o primeiro elo através do qual o usuário entra no sistema de saúde e constitui, de acordo com a OMS, “um serviço essencial a todos os indivíduos e famílias da comunidade por meios

aceitáveis para eles, com sua participação plena e a um custo acessível para a comunidade e o país” (OMS, 2008).

Como resultado da implantação da APS, os impactos provenientes são evidentes. De acordo com dados do relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), a mortalidade infantil caiu mais da metade desde 1990 no Brasil. Além disso, houve uma diminuição significativa de crianças com baixo peso ao nascer, contribuindo para menor perda de anos de vida decorrentes de quase todas as causas de doenças. Tudo isso favoreceu para maior expectativa de vida em quase todas as idades (OMS, 2008).

Portanto, a Atenção Primária tornou-se a pedra angular da intervenção em saúde em um sentido abrangente para a resolução dos problemas de saúde de uma comunidade de forma sustentável e universal. No entanto, para que se cumpra os fins a que se propõe, o processo de trabalho em saúde deve contemplar ações coordenadas e orientadas de caráter individual e coletivo, atuando muito além de uma simples assistência médica, pois há necessidade de estabelecer uma ligação duradora entre os usuários e os profissionais de saúde (Giovanella, 2019).

Desde então, as Secretarias de Saúde dos municípios têm como objetivo aperfeiçoar a atenção primária à saúde (APS), integrando-a aos demais pontos da rede assistencial local e intermunicipal.

De acordo com alguns princípios da OMS, atualmente, o Brasil adota a APS segundo o modelo assistencial, caracterizado como primeiro nível do processo de atenção no sistema de saúde, sendo entendido como um conjunto de atividades voltadas para a prática de

promoção, prevenção e recuperação da saúde, de forma abrangente, ou seja, para toda a população (FAUSTO, MATTA, 2007).

A forma abrangente de APS no Brasil apresenta uma tentativa de alinhamento à concepção aprovada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada pela OMS, em Alma-Ata em 1978, no Cazaquistão, que, no referido ano, era um país integrante da extinta União das Repúblicas Socialistas Soviéticas. Com isso, a concepção expressada na Declaração de Alma-Ata é abrangente, porque coloca a APS como centro do sistema de saúde e parte do processo de desenvolvimento social e econômico das comunidades, ou seja, abrange não só a saúde, mas também os aspectos sociais e econômicos determinantes (Giovanella, 2009).

O outro modelo de APS é denominado de seletivo. Esse modelo foi estruturado na Conferência de Bellagio, na Itália, em 1979, com uma concepção de programas objetivos e focados em problemas específicos de saúde e em parcelas marginalizadas da população, tendo sido importante na erradicação de doenças endêmicas nas áreas de maior vulnerabilidade social no Brasil nas últimas décadas do século XX (FAUSTO, MATTA, 2007).

No Brasil, no contexto de disputas internacionais acerca de uma APS abrangente e seletiva, o termo Atenção Primária não prevaleceu. Na reformulação do SUS, na década de 1980, a APS passou a ser denominada de Atenção Básica, no escopo de uma estratégia que visa levar os cuidados e procedimentos de saúde até às pessoas, prevenindo doenças e prestando atendimento nas fases iniciais das enfermidades. Essas ações auxiliam na redução da pressão para atendimento nos hospitais públicos, por se tratar do primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada dos usuários no SUS,

ordenando os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos da Atenção Básica (AB), conforme estabelecido nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), (BRASIL, 2017).

Em 2006, foi o ano da edição da primeira PNAB, no contexto do Pacto pela Saúde, o qual objetivou esforços conjuntos para implantação dos princípios constitucionais relacionados aos serviços públicos de saúde.

Essa edição da PNAB iniciou a ampliação do escopo e da concepção da AB ao incorporar os atributos da atenção primária à saúde de forma abrangente, reconhecendo à Saúde da Família como modelo substituto e de reorganização da AB. Além disso, revisou as funções e as diferentes modalidades segundo o modelo de organização predominante - UBS com ou sem ESF (BRASIL, 2006)

Em meados de 2011, iniciou-se um movimento para mudança da PNAB, o qual culminou na aprovação de um novo texto, em 21 de setembro de 2011, por intermédio da Portaria nº 2.436, do Ministério da Saúde, substituindo a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que estabelecia a PNAB anterior (Melo et al., 2018).

No ano de 2015, houve a 15ª Conferência Nacional de Saúde. Na oportunidade, foi colocado em síntese o desejo de uma nova revisão da PNAB, com intuito de debater a composição e a carga horária de profissionais da ESF e os critérios de distribuição de habitantes por equipe. No mesmo ano, o Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde deu início há diversos eventos tendo como participantes trabalhadores, gestores, usuários e pesquisadores do campo da saúde. Esses eventos tinham como foco coletar ideias para a construção de estratégias direcionadas à agenda de

fortalecimento da Atenção Básica para os próximos anos, atualizando assim a PNAB (BRASIL, 2015).

Dessa forma, o processo de revisão da PNAB tinha dois objetivos principais. O primeiro era reiterar os princípios e diretrizes estratégicas, enfatizando a ESF como prioritária para a expansão e consolidação da Atenção Básica. O segundo foi a incorporação de alterações na perspectiva de ampliação do acesso, acolhimento e resolubilidade da Atenção Básica, respeitando diferentes realidades.

Contudo, o processo de revisão foi interrompido, devido aos importantes acontecimentos políticos ocorridos no cenário nacional em 2015, sendo retomado em 2017 (Machado; Lima; Baptista, 2017).

Apesar dos diversos contratempos, a agenda de revisão foi concluída, com a publicação da portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017, republicada sete dias depois no anexo XXII da portaria de consolidação nº 02 (Ministério da Saúde, 2017).

É importante destacar que essa revisão da PNAB foi questionada pelos movimentos sociais, pesquisadores e trabalhadores do SUS. Tais questões englobaram desde a justificativa de revisão em um momento de instabilidade política, econômica e social, até críticas em torno das propostas em discussão face à possível retrocesso na Atenção Básica (Morosini, 2017).

Um dos questionamentos é a possível limitação dos procedimentos oferecidos, o qual poderá afetar o processo de trabalho em saúde na ESF, marcado por uma interação intersubjetiva medida pela estrutura das organizações de saúde e das instituições sociais, em que há o encontro entre o profissional e o usuário. Tal limitação poderá surgir a partir da possibilidade readequação das equipes,

trazendo dúvidas sobre as prioridades, princípios e o alcance da AB no Brasil (Campos, 2014).

Devido à importância que o município do Rio de Janeiro (MRJ) representa no contexto brasileiro, por ser a segunda maior cidade do Brasil em população e possuir destaque na mídia nacional, o Município do Rio de Janeiro será aqui tratado sob a PNAB-2017, a fim de analisar e discutir a temática de implantação que essas mudanças, uma vez introduzidas, potencialmente modificam nas relações de trabalho, podendo, assim, revelar e antecipar possíveis efeitos e manifestações da crise sobre o SUS em outros lugares do Brasil (Melo et al, 2019).

O MRJ vem passando por uma crise na saúde pública desde 2015, com greves, demissões e redução dos investimentos no setor, em razão de queda abrupta na arrecadação municipal, o que influenciou uma reconfiguração na APS carioca, aliada à aprovação da PNAB-2017, uma reconfiguração na APS carioca (Melo et al, 2019).

O MRJ possui características singulares por ter sido capital federal até a década de 1960, tendo herdado, portanto, um parque hospitalar relevante, o qual, ainda hoje, conta com seis hospitais federais, contribuindo para uma predominância do modelo hospitalar, marcado mais pelos esforços no tratamento das doenças do que pela prevenção (Melo et al, 2019).

Atualmente, o MRJ possui um total de cinquenta e um hospitais públicos, trinta e cinco unidades de pronto-atendimento (UPA), mais de 10 mil leitos hospitalares, trinta e quatro centros de atenção psicossocial e 231 unidades de atenção primária. Tais estruturas

comprovam a robustez e complexidade da rede de atendimento à saúde no município (Rio de Janeiro, 2018).

Segundo Melo et al (2019), essa herança hospitalar demandante de vultuosos recursos provocou retardo na organização da APS carioca, caracterizando-a como tardia, por ter sido implantada posteriormente às iniciativas de muitos outros municípios, inclusive do próprio Estado do Rio de Janeiro.

É nessa temática, considerando as características próprias da APS no MRJ, que a presente pesquisa busca descrever os impactos da PNAB-2017 no processo de trabalho na APS, apontando os retrocessos e possíveis avanços.

Em se tratando de processo do trabalho, a PNAB-2017 trouxe consigo diversas discussões e críticas. Entre elas, a possibilidade de atenuação da ESF, a precarização do trabalho dos profissionais da Atenção Básica, a abrangência de 100% da população, entre outras questões que foram abordadas neste estudo, justificando, assim, seu desenvolvimento (REIS, 2017).

Cabe salientar que durante a elaboração deste Projeto, o mundo deparou-se com a chegada de um novo coronavírus, causador da doença denominada COVID-19.

Nesse aspecto, o município do Rio de Janeiro, como outros municípios brasileiros, sofreu os impactos da pandemia da COVID-19, alterando de forma brusca a convivência das pessoas em todos os campos, seja no trabalho, na escola e no lazer. Com isso, a presente pesquisa não deixou de considerar algumas questões relativas ao contexto pandêmico, tão adverso e impactante para o trabalho em saúde.

Assim, discutiremos a seguinte questão: quais são as principais mudanças que a PNAB 2017 traz para as relações de trabalho na ESF no município do Rio de Janeiro no contexto da pandemia de Covid-19?

Os avanços alcançados na saúde pública no Brasil ao longo dos anos são inquestionáveis, colocando como garantia a acessibilidade e universalização do direito à saúde através da Constituição Federal. Em contrapartida, estratégias adotadas pelo governo, como a PNAB 2017, tem sido palco de inúmeras críticas em relação a possível desconstrução do SUS, Viera et al. (2016). Assim, a partir da análise da literatura especializada, bem como da análise de depoimentos de trabalhadores da APS carioca, pretende-se fazer uma análise crítica acerca da PNAB-2017 bem como de suas implicações na dinâmica do processo do trabalho.

Em termos gerais, a literatura que serviu de instrumento para este trabalho é bastante vasta, com suficiente aspecto conceitual e rara divergência, haja vista que há um consenso relevante sobre a importância da APS e do sistema público de saúde. Porém com as alterações advindas com a PNAB-2017 podem ocorrer impactos negativos no processo do trabalho, colocando em risco os resultados aqui alcançados pela APS. Embora o presente estudo esteja limitado ao território do município do Rio de Janeiro, a repercussão do debate evidencia a importância do tema para o país e deixa clara a relevância desta pesquisa, pois traz a lume uma discussão acerca da importância da APS e das relações de trabalho na ESF à luz da PNAB-2017.

O atual estudo tem como objetivo geral analisar as novas orientações estabelecidas na PNAB-2017 no contexto da pandemia

da COVID-19 e a partir de docentes e preceptores de uma IES privada do Rio de Janeiro. Como objetivos específicos, descrever o debate em torno da formulação e implantação da PNAB-2017, com foco nas questões referente ao trabalho na ESF; descrever as mudanças dos processos de trabalho das equipes na ESF na sua relação com as orientações contidas na PNAB-2017 e descrever os desafios de atuação das equipes na ESF em meio à pandemia do COVID.

Visando cumprir os objetivos geral e específicos desse trabalho, ele foi organizado em 6 blocos centrais: Introdução; Capítulo I; Capítulo II; Materiais e Métodos; Análise e Discussão e Considerações finais. Os capítulos abordam temas como: O processo de construção de políticas de atenção básica e a PNAB-2017 e A PNAB-2017: implicações do trabalho profissional na atenção básica?

CAPÍTULO I

O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO BÁSICA E A PNAB-2017.

a. Considerações iniciais

O processo de formulação e implementação de políticas públicas, inclusive e especialmente de saúde, é alvo de grande discussão na literatura acadêmica.

Entre os trabalhos mais referidos destaco Almeida et al (2017), que diz, que no início da década de 1990, foram instituídos o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF) - que passou a ser Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 2006, considerados um marco de uma nova proposta nacional

de APS e parte de uma estratégia governamental para reestruturar o sistema e o modelo assistencial do SUS. Com a instituição e a implementação das diversas ações, percebeu-se, então, a necessidade de elaborar uma política nacional que não apenas agrupasse as distintas iniciativas, mas revisasse muitas delas, com vistas a definir prioridades e otimizar os gastos públicos. Instituiu-se, assim, um grupo de trabalho no Ministério da Saúde, em 2002, que produziu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em março de 2006.

Para Giovanella e Mendonça (2009), a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reconhece a Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização da Atenção Básica.

Reforça a necessidade de que a expansão desse modelo garanta a sua integração a rede de serviços de saúde municipal no sentido de organizar o sistema local de saúde, detalhando modalidades de implantação e incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família, saúde bucal e o programa de agentes comunitários de saúde.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi reformulada em 2017, marcando sua terceira edição em duas décadas de implantação no Brasil. A primeira edição da PNAB foi em 2006, a qual ampliou a concepção da atenção básica como estratégia prioritária. Em 2011, houve a segunda mudança na PNAB, focada, dessa vez, na requalificação das unidades básicas de saúde (UBS) e na implantação de programas de ampliação do atendimento, como o Programa Mais Médicos e o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (Melo et al, 2018).

Entretanto, a terceira e atual edição causou descontentamento na comunidade sanitária brasileira. Preocupadas com o possível processo de desconstrução do conceito de atenção primária, diversas entidades emitiram notas de repúdio contra a atual PNAB, alertando para os retrocessos e a motivação das propostas aprovadas no novo texto (Mendes et al, 2018).

Assim, o presente capítulo visa descrever o processo de construção de políticas de atenção básica, até a PNAB-2017. Para isso, o capítulo está dividido em duas partes. Na primeira, visa-se discutir o processo de construção e revisão das PNABS 2006 e 2012, até a chegada da PNAB-2017, e a segunda parte, será relatado como ocorreu o debate em torno da elaboração e aprovação da PNAB-2017. Além dessas partes principais, serão apresentadas as considerações finais desses tópicos no fim deste capítulo.

b. Processo de construção e revisão das PNABS 2006 e 2012, até a chegada da PNAB 2017.

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido pensada, internacionalmente, desde o início do século XX, com destaque para o seu desenho no relatório Dawson de 1922, materializando-a na figura do médico geral, no contexto de uma rede territorial de serviços nucleada a partir dos centros primários, com autoridade sanitária regional. Esta formulação serviu de base para a construção do Serviço Nacional de Saúde Inglês, importante referência de sistema público e universal de saúde. A conferência internacional de Alma Ata, no final dos anos 1970, influenciada pelo cenário político econômico dos países e pelos custos do setor de saúde, que incorporou elementos dessas experiências, propondo os cuidados

primários em saúde como elemento central para mudanças no setor saúde e na vida social (Melo, 2018).

No Brasil, as primeiras experiências de APS datam da primeira metade do século XX, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), que realizou ações curativas e preventivas restritas às doenças infecciosas e carenciais, limitadas, inicialmente, às áreas de extração de borracha na Amazônia. Posteriormente, nas décadas de 50 e 60, foi expandida para outras regiões do País (Mendes, 2002).

Paiva (2021), menciona que, no início da década de 1980, a partir da derrocada da experiência de formulação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prevsau), iniciativas de âmbito nacional estritamente voltadas para o arranjo de políticas no campo da APS pareciam entrar num ciclo de extinção. Tal imagem encontra respaldo no fato de não existir, ao longo da década, uma única iniciativa, mesmo que mera preposição, com robustez semelhante ao Prevsau.

É preciso, contudo, cautela antes que sejamos tentados a concluir a respeito de uma imaginada decadência no debate e na formulação de políticas de APS naquele período. O primeiro ponto que precisamos considerar é que o início da década coincide com os esforços mais sistemáticos e, também, com implicações mais concretas para uma reorganização do sistema de saúde brasileiro.

Nesse sentido, podemos dizer que nenhum outro tema, para além da instituição de um sistema único de saúde, se faz mais importante nas agendas dos atores setoriais naquele contexto. Tal afirmativa, contudo, não deve ser compreendida com a ascensão de uma agenda necessariamente antagônica à APS, uma vez que vários

componentes dos debates relativos à formulação do SUS têm ampla ancoragem em experiências como a Atenção Primária, especialmente com aquela que se propunha “abrangente”. São exemplos destas interfaces os debates e as iniciativas relativas à formulação de políticas no campo de recursos humanos ou organização de regiões de saúde. Tal “simbiose” de agendas pode sugerir que, a rigor, a APS não tenha perdido necessariamente seu apelo e pertinência junto aos pensadores e gestores de saúde no contexto da reforma sanitária.

Desde 1990, com base na nova ordem social definida na Constituição de 1988, que assumiu a saúde como direito de cidadania e criou o Sistema Único de Saúde (SUS), busca-se implementar os princípios e diretrizes formulados pelo movimento de reforma sanitária. Nesse período, o esforço de construção de um novo modelo assistencial se materializou, na APS, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), do Programa Saúde da Família (PSF), em um contexto e conjuntura política e econômica desfavorável a políticas universalistas. A APS no Brasil conta com a particularidade de ter em suas equipes o Agente Comunitário de Saúde (ACS) como membro de uma equipe multiprofissional.

Diversos estudos abordam a singularidade do ACS na experiência brasileira e a importância do seu trabalho, sobretudo em áreas mais pobres (Melo, 2018).

Segundo Viana (1998), o início do Programa de Saúde da Família foi criado em Brasília, em 1994, dentro do Departamento de Operações, a Coordenação de saúde da comunidade (COSAC). Essa coordenação agregava três programas: o de Agentes Comunitários, o da Saúde da Família e o de Interiorização do SUS.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde foi implantado inicialmente nas regiões Norte e Nordeste, com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil e materna. Tal programa teve caráter emergencial (combate e controle da epidemia de cólera) e visou dar apoio e assistência básica onde não fosse possível a interiorização da assistência médica. A criação do PACS representou a institucionalização de experiências locais de práticas dos agentes comunitários de saúde que vinham sendo desenvolvidas de forma isolada e focalizada em diferentes regiões do país. Apesar dessas diversas experiências espalhadas no território brasileiro, o modelo desenvolvido no Ceará foi o que mais contribuiu para o desenho do programa nacional (Souza, 2015).

Verificamos que, através do PACS, houve uma melhoria dos indicadores de saúde pública no Brasil. Esses agentes foram importantes na conscientização da população para atividades sanitárias de baixa complexidade e alto impacto, como a reidratação oral, o estímulo à vacinação e ao aleitamento materno, o acompanhamento de gestantes e do crescimento de crianças, contribuindo para redução da morbidade materna e infantil (Morosini, 2018).

Nessa expansão da atuação dos ACS, mais de 90% das UBS passaram a contar com esses agentes, facilitando a divulgação dos serviços e permitindo alta disponibilidade de equipes para atendimento em cinco ou mais dias da semana, em dois ou mais turnos, com possibilidade de consultas médicas, odontológicas, de enfermagem e curativos (Morosini, 2018).

Ao longo das duas últimas décadas, o arranjo institucional do SUS foi modificado a fim de aperfeiçoar tal integração, sendo relevante

mencionar a Norma Operacional Básica 01/1996, a Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/2002 e o Pacto Pela Saúde. Este último expressa uma evolução incremental frente às normas antecedentes, ao mesmo tempo em que traz mudanças qualitativas importantes que, na sua concepção, visavam promover “inovações nos processos e instrumentos de gestão” e “redefinir responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades da população e na busca da equidade social (Menicucci, 2018).

Ainda segundo Menicucci (2018), a discussão de um novo pacto intergovernamental para compartilhamento da gestão em saúde entre as três esferas do governo iniciou-se em 2003, quando importantes quadros militares da Reforma Sanitária passaram a compor os quadros de gestão do Ministério da Saúde, na gestão do Ministro Humberto Costa. Essa discussão foi apoiada, sobretudo, na crítica à Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS 01/2002. Dentre os principais argumentos apontados, à época, destacam-se a crítica ao seu desenho excessivamente normativo e rígido, que incluía, por exemplo, o caráter unicêntrico dos módulos assistenciais, menor unidade territorial da região e saúde; e o excessivo detalhamento dos procedimentos para formatação das regiões de saúde nos estados, mas, somente em agosto de 2004, foi realizada na CIT (Comissão Intergestores Tripartite) a 1ª Oficina Tripartite, que marcaria o início das discussões sobre o novo pacto para a regionalização da atenção à saúde, incluindo revisão de seus instrumentos de planejamento, gestão e regulação.

Em 2006, o cenário político para a formulação da PNAB se mostrou bastante conturbado, gerando grande insegurança institucional, sobretudo pela reforma ministerial ocorrida à época e pelo fato de

que uma série de ações estruturantes da própria política ainda não havia sido realizada, como, por exemplo, a regulamentação da categoria profissional do agente comunitário de saúde (ACS), que se deu apenas em outubro do mesmo ano (Almeida et al, 2017).

Para Paiva (2021), como parte das iniciativas de fortalecimento do SUS, no início de 2006, o Governo Federal publica o Pacto pela Vida. Tratava-se de um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos e resultados derivados da análise da situação de saúde do país, segundo prioridades definidas pelas diferentes esferas do governo. A iniciativa organizava-se em seis frentes de atuação: saúde do idoso; câncer de colo de útero e de mama; mortalidade infantil e materna; doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde e, por fim, Atenção Básica à Saúde. Nesta última frente, pretendia-se “consolidar e qualificar a estratégia de Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS” (Portaria 399, de 22/02/2006).

Assim, segundo Paiva (2021), no final do mês seguinte, o Ministro Saraiva Felipe, por intermédio da Portaria 648/GM, instituía uma Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo, ainda, uma revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para os Programas Saúde da Família (PSF) e Agentes Comunitários de Saúde (PACS) Brasil/MS (2006). A publicação da primeira PNAB, no que se refere à dimensão mais conjuntural, se inseria completamente nas iniciativas e orientações do Pacto pela vida. Além da centralidade da APS na organização do SUS, assumia-se que a Estratégia de Saúde da Família seria um passo decisivo em um necessário processo de construção de uma APS forte, em tese, capaz de atender as necessidades de cobertura da população

brasileira, prover cuidados de base integral e promoção da saúde, assim se configurando tanto como principal porta de entrada do cidadão do SUS quanto como eixo coordenador da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A PNAB de 2006 foi construída quando o governo federal publicou a primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como o objetivo de estabelecer diretrizes organizacionais, tomando por base os princípios propostos pelos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão e a expansão nacional da ESF, ratificando este modelo como prioritário na condução da APS. Construída mediante a utilização de sólida base científica, a PNAB de 2006 deu início à importante discussão da organicidade institucional do sistema em redes de atenção ao trazer recomendações norteadoras para os serviços de saúde, para o processo de trabalho, para a composição das equipes, para as atribuições das categorias profissionais e para o financiamento do sistema, dentre outros. Além disso, o texto incorporou e difundiu no país os atributos da APS definidos por Starfield, tais como: primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; coordenação; orientação para a comunidade; centralidade na família e competência cultural (Brito et al, 2020).

Ainda segundo Brito et al (2020), desde a sua implantação, muitos estudos demonstraram, de diversas formas, os benefícios da Saúde da Família à população brasileira, corroborando a literatura internacional, que já apontava em 1920 este caminho aos principais sistemas de saúde universais.

A atenção básica, passa a ser entendida como um conjunto de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de saúde nos âmbitos individual e coletivo, realizadas por meio de trabalho em

equipe e dirigidas a populações de territórios delimitados. Tem como função ser o ponto preferencial e a porta de entrada do sistema de saúde, garantindo a integralidade da atenção e proporcionando a longitudinalidade da atenção e a coordenação dos cuidados – atributos essenciais da APS. A Saúde da Família torna-se a estratégia prioritária e permanente para a organização da atenção básica e do sistema local de saúde, assim, o modelo brasileiro de atenção básica incorpora os outros elementos da atenção primária à saúde abrangente, de centralidade na família e direcionamento para a comunidade (Giovanella e Mendonça, 2009).

Com essa política, o governo brasileiro normatizou diversas ações voltadas para a ampliação e capilaridade da APS em todo o território nacional, ampliando o número de equipes de saúde da família, que chegou a 40 mil no País. Tal fato permitiu aumentar a oferta de serviços e melhorar os indicadores de saúde pública, como a redução do índice de mortalidade infantil para crianças menores de cinco anos (Facchini et al, 2018).

Para Castro e Fausto (2012), prevalece o entendimento que a publicação da PNAB em 2006 não significou mudança substantiva em relação à concepção adotada no governo FHC - a atenção básica abrangente que valorizava tanto a dimensão preventiva quanto a clínica. Porém, representou a ampliação da cobertura em 43,8% no número de equipes implantadas e de 30,5% da população cadastrada no programa.

Segundo Giovanella e Mendonça (2009), o Brasil adotou um modelo de APS coerente com o preconizado pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas). Isso se observa analisando os fundamentos da PNAB de 2006 no quadro abaixo:

Quadro 1. Fundamentos da Atenção Básica- Política Nacional de Atenção Básica. Brasil-2006.

• Acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como porta de entrada preferencial do sistema de saúde.
• Efetivação da integralidade em suas várias dimensões, articulando ações programáticas e de atendimento à demanda espontânea, integrando ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e coordenando o cuidado na rede de serviços.
• Desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a longitudinalidade.
• Valorização dos profissionais de saúde por meio de formação e capacitação.
• Realização de avaliação e monitoramento sistemático dos resultados.
• Estímulo à participação popular e controle social.

Fonte: Brasil (2006), pág. 11.

Dessa forma, observa-se um alinhamento entre os fundamentos acima e os defendidos pela OPAS no relatório de 2005, que sugeriu aos países pan-americanos a adoção dos seguintes princípios: necessidade de se alcançar atenção universal e abrangente por meio de uma abordagem integrada e horizontal para o desenvolvimento dos sistemas de saúde, com ênfase na promoção e prevenção, intersetorialidade, participação social e responsabilização dos governos. Todavia, entre a intenção e o gesto, entre a letra da lei ou portaria e a implementação real da política, sempre ocorrem defasagem e diferenciação. Em virtude disso, observa-se diversidade de modelos implementados nas diferentes experiências de APS no país. A tensão entre concepções de APS e a competição entre

modelos assistenciais de APS persiste, e os termos atenção básica e atenção primária à saúde permanecem sendo utilizados com diferentes interpretações, ora como sinônimos, ora como termos que se contrapõem, há ainda um longo caminho a se percorrer até a hegemonia de novo modelo assistencial, (Giovanella e Mendonça, 2009).

Segundo Maria José Evangelista, Assessora Técnica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), que participou de todas as formulações das PNAB, compreendeu que entre os principais desafios enfrentados para a construção da política é “*tirar do papel e fazer acontecer*” (p.83). Segundo ela, o Brasil é muito diverso e possui realidades locais extremamente diferentes, que influenciam até no consenso sobre a carga horária semanal.

De acordo com ela, a formulação da PNAB 2006 envolveu os municípios por intermédio do CONASEMS, os estados, com o CONASS, o Conselho Nacional de Saúde, que reúne o país inteiro. Todos esses órgãos possuem câmara técnica que elaboram os textos iniciais da política de saúde pública, mas não significa que o texto será aprovado na totalidade, porque passa depois pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), onde a política é, finalmente, construída.

Por isso, Maria José destaca: “*nem sempre aquilo que eu acho é o que vai ser*” (Paiva, 2009, p.85).

Antônio Ivo, coordenado do Centro de estudos Estratégicos (CEE/Fiocruz), em suas palavras afirmou: “cada política, cada processo regulatório de indução, ele envolve um modelo de financiamento e esse modelo de financiamento pode ou aprofundar desigualdades ou compensar, nunca será neutro” (Paiva, 2009, p.85).

Conforme Ana Maria Monteiro de Castro, que atualmente trabalha no Desenvolvimento de Recursos Humanos na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, e é docente do curso de Medicina na Fundação Técnico Educacional Souza Marques (FTESM), comenta sobre o “tirar do papel e fazer acontecer a PNAB 2006”, pois havia um ambiente de tensão entre a necessidade de expansão da Atenção Primária e a disponibilidade de recursos. Mesmo assim, com os esforços das equipes técnicas da Secretaria, coordenada por Cristina Boaretto e, depois, por Marcia Mochel, a cobertura da APS chegou a 11%, avançando, principalmente, nas áreas de IDH extremamente baixos. Isso só foi possível também após a regulamentação da PNAB, pois tornou obrigatório a destinação de recursos para expansão da Atenção Primária.

Superada, em termos formais, discussão do modelo a ser adotado para APS, as edições da PNAB avançaram com objetivo de resolver os problemas em torno da ESF, como a precariedade da infraestrutura logística e física das UBS, alta rotatividade de profissionais médicos, dificuldades na organização dos processos de trabalho e baixa integração com os serviços das redes locais e regionais. Com isso, a edição de 2011 implementou muitas mudanças, como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da

Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Programa Mais Médico, que vieram para melhorar o atendimento da população.

Foram estabelecidas também novas modalidades de equipes, a exemplo, o consultório de rua, equipes ribeirinhas e fluviais.

Em razão de tais iniciativas, houve incremento do Orçamento Federal de Atenção Básica no PAB, possibilitando maior permanência dos médicos na EqSF em áreas mais vulneráveis, ampliando a cobertura na ESF e, com isso, melhorando a qualidade de vida dessa população (Melo et al, 2018).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) rompeu, pela primeira vez, com o modelo de financiamento anterior, que considerava apenas os contingentes populacionais e a oferta de serviços registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). Com esse programa, parte dos recursos financeiros passaram a ser condicionados ao desempenho das equipes, aferido por meio do monitoramento de indicadores de saúde e da avaliação de padrões de qualidade, impulsionando a melhoria nas práticas de gestão, cuidado e gestão do cuidado. Por conta do PMAQ-AB, foram incrementados os repasses financeiros federais do PAB variável para os municípios desde 2011, atingindo cerca de 10% do orçamento federal da Atenção Básica e ajudando na melhoria da infraestrutura da AB (Sousa, 2018).

O Programa Mais Médicos (PMM), implantando em outubro de 2013, consistiu em um conjunto de medidas para provimento, fixação e formação de médicos no SUS. De forma emergencial, o PMM contou com a vinda de médicos estrangeiros, principalmente de Cuba, para

atuar na Atenção Básica em locais de vulnerabilidade, atenuando a defasagem e a distribuição desigual desses profissionais no País. Dessa forma, esse Programa permitiu atingir municípios que nunca haviam tido profissionais médicos, como Guaribas, no Piauí, contribuindo para a universalização do SUS (Kemper et al, 2016).

No entanto, a contratação de médicos estrangeiros sem a exigência de revalidação de títulos gerou um conflito político, jurídico e ideológico acirrado. As entidades médicas questionaram a formação dos profissionais estrangeiros e a precariedade do vínculo empregatício, que foi estabelecido por meio de bolsa, com um misto de trabalho e formação, em que os bolsistas eram obrigados a realizar cursos à distância e atuar sob supervisão de médicos experientes em APS (CAMPOS, JÚNIOR, 2016).

Apesar das críticas, o PMM prosseguiu, caracterizando o protagonismo do governo federal na saúde. Com isso, rapidamente, o Ministério da Saúde conseguiu incluir dezoito mil médicos no SUS e na Atenção Básica, podendo, assim, como forma de reduzir as iniquidades, prover os locais mais vulneráveis, ou seja, regiões de extrema pobreza nas áreas metropolitanas, municípios com alto índice de população pobre, comunidades quilombolas e Distritos Sanitários Especiais Indígenas (CAMPOS, JÚNIOR, 2016).

Os avanços e dificuldades apresentadas pelo modelo de APS no Brasil são também resultados da sistemática e defasagem de financiamento. Segundo a ABRASCO (2017), em nota conjunta com o Cebes e a ENSP, há a necessidade de aumentar o Piso de Atenção Básica (PAB) fixo, que era de R\$ 24,00 per capita ao mês no ano em 2017, ampliando a capacidade e autonomia das secretarias

municipais de saúde, mas mantendo a prioridade à Saúde da Família.

Esse modelo de financiamento é sistematizado por meio de dois principais componentes. O Piso da Atenção Básica (PAB) fixo e o PAB variável. O primeiro oscila muito pouco porque é calculado de acordo com a população do município, ou seja, um valor fixo por habitante mensalmente. Enquanto isso, o PAB variável é vinculado ao cumprimento das metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, como as definidas no PMAQ-AB, estimulando a atuação proativa dos gestores para a melhoria do atendimento e da infraestrutura da AB (CAMPOS, JÚNIOR, 2016).

Ainda em termos de financiamento, apesar das críticas da ABRASCO, o comparativo de volume financeiro direcionado para a AB mostra elevação ano a ano, partindo de R\$ 6 bilhões em 2006 para R\$ 26 bilhões em 2019, conforme dados do Portal da Transparência e do Fundo Nacional de Saúde.

Figura 1. Investimento na Atenção Básica de 2006 a 2019.



Fonte: gráfico construído pela autora com base em autor SILVA et al (2014).

Em termos de aperfeiçoamento da legislação da AB, segundo Giovanella et al (2015), as revisões no texto da PNAB, no período de 2006 a 2011, conseguiram efetivar a centralidade da ESF como porta de entrada principal do usuário no SUS e eixo de coordenação das redes de atenção à saúde (RAS), permitindo, com isso, uma APS que oferece cuidados integrais, consolidada, forte, com cobertura estendida e que atingiu 58% da população em outubro de 2017, ressaltando que já tinha sido de 100% em alguns municípios antes da PNAB-2017.

No município do Rio de Janeiro, a cobertura alcançou 66,93% em meados de 2018, mas começou a sofrer um possível retrocesso deste então, em razão da nova realidade política nacional e local.

Assim, além das conquistas na cobertura, a ESF passou a contar com equipes multiprofissionais e equipes ampliadas de atenção bucal e núcleo de apoio à saúde da família, conseguindo melhorias nas condições de vida da população e reduzindo as internações hospitalares (Giovanella et al, 2015).

Da publicação da PNAB 2011 até os dias atuais, diversos programas e ações foram modificados ou instituídos na atenção básica, como o PMM, as ações e instrumentos para consolidação da integração ensino/serviço, as ações vinculadas ao Telessaúde Brasil Redes, dentre outras.

No intuito de incorporar tais ações à PNAB, iniciou-se, em 2015, a segunda revisão dessa política. A formulação e revisão de políticas públicas são apresentadas há mais de 20 anos pelo campo das ciências sociais como um processo cíclico, fundamentado na busca de fortalecimento da “função avaliação” na gestão governamental,

sendo implementados diferentes sistemas de avaliação das políticas públicas, justificados pela necessidade de “modernização” da gestão pública no contexto das reformas de Estado. Assim, compreender o processo de implementação de políticas pode se traduzir em importante elemento de aperfeiçoamento da ação governamental (Almeida et al, 2017).

c. O processo/debate em torno da PNAB-2017.

Desde a publicação da primeira PNAB em 2006, o acesso da população a ações da atenção básica passou por um contínuo processo de ampliação. Contudo, persistia o desafio da baixa resolubilidade desses serviços (Almeida et al, 2018).

Diante desse cenário, a 15ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2015, abriu a possibilidade de discutir a composição e a carga horária de profissionais da ESF e os critérios de distribuição de habitantes por equipe, o que compactuava com os pleitos de gestores municipais e estaduais de saúde, interessados em ampliar o financiamento federal para outras modalidades de organização da atenção básica, bem como implementar novos arranjos na composição da ESF.

Ainda em 2015, o Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS) iniciou um conjunto de reuniões, oficinas e fóruns envolvendo trabalhadores, gestores, usuários e pesquisadores, com o objetivo de colher subsídios para a atualização da PNAB (Almeida et al, 2018).

Contudo, o processo de revisão foi interrompido em decorrência das mudanças no cenário político brasileiro em 2015, que tiveram o

ponto culminante no impeachment da Presidente Dilma Rousseff em agosto de 2016.

No seu lugar, o então Vice-Presidente da República, Michel Temer, foi empossado, dando início a uma série de modificações na gestão dos ministérios, inclusive do Ministério da Saúde, que passou a ser chefiado pelo engenheiro Ricardo Barros.

Com a posse do novo Ministro de Estado da Saúde, o deputado e engenheiro Ricardo Barros, surgiu a oportunidade para retomar a agenda de revisão da PNAB supostamente com ênfase nas pautas propostas pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Essas três entidades constituem a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que é uma instância de articulação e pactuação na esfera federal atuante na direção do SUS (Almeida et al, 2018).

No dia 4 de abril de 2017, o Ministro de Estado da Saúde, Ricardo Barros, compareceu à Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara de Deputados para explicar sobre o balanço de sua gestão à frente da Pasta.

Na oportunidade, além de outros temas tratados, ele citou a necessidade de modificações na Atenção Básica, a fim de torná-la mais eficiente. Para isso, ele elencou alguns tópicos:

- Necessidade de informatização para ter o prontuário eletrônico, facilitando o acesso do médico ao histórico do paciente, evitando repetição desnecessária de exames e facilitando o diagnóstico;

- Eficiência na gestão financeira;
- Fim da política do “au-au”, como menciona o Ministro, *“E vamos eliminar também a política do au-au, que é a pessoa chegar à atenção básica, ao exame, ao especialista, e ninguém resolver o problema, porque todo mundo o empurra para outro resolver o problema. Então, nós precisamos ampliar a resolutividade da atenção básica”*.¹

No dia 27 de julho de 2017, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) divulgou a Resolução nº 21, anunciando para Consulta Pública a proposta de revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e concedendo prazo de dez dias para que os interessados apresentassem sugestões para aprimoramento do texto.

No mesmo dia, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), junto com Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes) e a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz), emitiram nota pública discordando de qualquer tentativa de revisão da PNAB, em um momento, segundo a Nota, de ataque aos direitos sociais estabelecidos na Constituição Federal de 1988, e que poderia vir a trazer modelos simplistas e reducionistas da APS no país (Melo et al, 2018).

No dia 22 de agosto de 2017, a Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados realizou Audiência Pública para debater a proposta de revisão da PNAB. Na ocasião, estiveram presentes Fábio Fortunato Brasil de Carvalho, do Ministério da Saúde; Luiz Augusto Facchini, da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); Ilda Angélica dos Santos Correia, Presidente da

Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (CONACS); Maria José Evangelista Oliveira, Presidente do Conselho Nacional de Secretarias de

Saúde (CONASS); Andréia Passamani Barbosa Corteletti, Secretária de Saúde da Cidade de Santa Teresa, Espírito Santo, e Representante do CONASEMS; Liu Leal, do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES); José Vanilson Torres da Silva, Conselho Nacional de Saúde (CNS); Luiz Cláudio Celestino de Souza, Federação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate a Endemias (FENASCE).

Na ocasião, o professor Luiz Augusto Facchini, representante da ABRASCO, chamou a atenção para a necessidade de aumentar o Piso da Atenção Básica (PAB) e questionou, juntamente com a maioria dos participantes, os termos da proposta de atualização da PNAB e a tempestividade.

Para o presidente do CONASS, Michele Caputo Neto, a modernização da PNAB foi um pedido unânime dos gestores. Segundo ele, agora os municípios poderão receber recursos financeiros federais pelo que fazem e as comunidades mais distantes terão ganhos importantes por conta do financiamento que agora pode ser possível.

Como defensora da atual PNAB, a representante do CONASEMS, Andréia Passamani, disse que os municípios não participaram da PNAB 2011 e que nunca foram chamados para debater o tema como ocorreu na proposta atual, que contou com a participação de todas as categorias. Em sua fala, ela defendeu os seguintes temas (CONASEMS, 2017):

- o empoderamento dos profissionais para que eles requisitem exames diretamente sem precisar encaminhar para o especialista;
- a necessidade de integração dos agentes e atuação conforme local de trabalho, considerando as áreas de periculosidade, onde, muitas vezes, precisam ir em dupla;
- integração dos trabalhos dos agentes comunitários de saúde com os agentes de vigilância;
- absorção dos novos desenhos de equipes de AB pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF);
- utilização de ferramentas como o Telessaúde;
- protocolos para mecanismos de microrregião da AB com Atenção Especializada;
- ampliação do escopo mínimo de procedimentos nas UBS.

No dia 30 de agosto de 2017, o Ministro Ricardo Barros compareceu à reunião ordinária da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, atendendo a convite de comparecimento para apresentar esclarecimentos sobre outros temas. Entretanto, na ocasião, a deputada Conceição Sampaio pediu ao presidente da Comissão para que franqueasse a fala da Senhora Ilda Angélica Correio, presidente da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde. Após aprovação, ela foi convidada a compor a mesa, onde ela falou sobre a importância dos ACS e Agentes de Combate a Endemias como elementos de promoção, prevenção de doenças para evitar a sobrecarga dos hospitais. Ela também pediu

aos deputados para que aprofundassem a discussão da reformulação da PNAB, atendendo aos pleitos dos ACS, que são a peça fundamental no atendimento à saúde do povo brasileiro (Câmara dos Deputados, 2017).

Em resposta à indagação da senhora Ilda, o Ministro elencou uma série de dados, reforçando a necessidade de atualizar a PNAB, a fim de atender à evolução da gestão, buscando mais eficiência e resolutividade.

Nesse clima de discordância, após aprovação da atual PNAB pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no dia 31 de agosto de 2017, o Ministério da Saúde baixou a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, estabelecendo uma série de modificações na atenção básica, apesar dos protestos de diversas entidades.

No entanto, para o presidente do Conasems, Mauro Junqueira, a resistência dada a revisão da portaria, vem de quem não leu a portaria, nunca esteve na ponta e nunca executou a portaria, e que outras críticas vêm da Academia, que não executa a Estratégia de Saúde da Família. Ela é executada pelo município que é o maior financiador e sabe das necessidades da população.

Ainda segundo Junqueira, nenhuma política é boa o suficiente a ponto de não precisar ser modificada ao longo do tempo, a diversidade do país obriga a propor mudanças e reconhecer modelos (Consensus, 2017, p.18).

Dessa forma, segundo Almeida et al (2018), a agenda de revisão da PNAB 2017 transmutou de discussão participativa entre a gestão tripartite e as instâncias de controle social para uma agenda de debate fragilizado, dificultando a defesa das conquistas frente aos

interesses políticos-corporativos, o que abriu espaço para possíveis retrocessos na APS.

d. Considerações finais

As iniciativas que predominaram, no Brasil, até a década de 1990, quando foram implantados o Programa Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, marcaram o início do esforço governamental para elaboração de uma política nacional que consolidasse as diversas iniciativas, experiências e programas implementados ao longo de décadas em todo o país, como o Prevsáude, nesse processo, a criação do SUS, a partir da Constituição de 1988, possibilitou o arcabouço normativo para a formulação da primeira PNAB brasileira, principalmente após a implantação do Pacto Pela Vida, que estabelecia compromissos sanitários diversos, incluindo a Atenção Básica à Saúde.

Isso permitiu a publicação da primeira PNAB no ano de 2006, colocando a APS como principal porta de entrada do cidadão no SUS e incorporando conceitos da APS definidos por Starfield e alinhado ao modelo preconizado pela Opas, de acordo com Giovanella e Mendonça (2009).

Em 2011, a PNAB foi reformulada, adicionando programas para melhorar o atendimento da população, como o Programa Mais Médicos e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, reforçando o protagonismo do governo federal na saúde, garantindo profissionais, principalmente, para os municípios mais carentes em infraestrutura hospitalar. No entanto, o Programa Mais Médicos precisou superar críticas

contundentes por causa dos termos contratuais estabelecidos para os profissionais estrangeiros.

Em 2017, a implantação da atual PNAB sofreu um intenso debate e colocou em campos opostos duas vertentes bem distintas para o modelo de APS no Brasil. De um lado, as organizações historicamente vinculadas à defesa do SUS, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp), rebatendo as motivações e os interesses para atualização da PNAB em um momento de retrocesso nas políticas públicas, conforme entendimento dessas entidades. Do outro lado, observou-se a atuação da CIT focada na busca pela maior resolutividade e otimização da APS no Brasil, atendendo, supostamente, a interesses dos entes federativos (Silva, 2018).

No meio desse embate, os ACS podem ter sido os principais atingidos pelas modificações trazidas pela PNAB-2017. Eles poderão sentir o risco para a continuidade da importância de suas atribuições na Atenção Primária à Saúde, o que já se observa pela redução do número de contratações (REIS, 2018).

Dessa forma, as mudanças inseridas na PNAB-2017 são preocupantes. Uma série de consequências pode surgir diante do possível descompromisso dos gestores com a oferta de serviços na AB, em razão do descasamento entre recursos financeiros e critérios bem definidos para a AB, como a perda de vínculo das equipes nos territórios, a desqualificação do trabalho dos ACS e ACE, o direito ao usuário aos princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade e a perda de todas as conquistas alcançadas pela ESF. Estas questões articuladas agravam o risco de desassistência de parte significativa

da população, e de perda de qualidade dos serviços da AB. A PNAB-2017 abre espaço para que a gestão Municipal dê a cara que ela quiser as equipes, descaracterizando o modelo que foi construído até então.

Por fim, ainda marcos instituídos pela literatura especializada, observaremos, no próximo capítulo, as consequências da implantação da PNAB-2017 estritamente nos processos de trabalho da APS. Mais adiante, por meio da atividade de campo realizada no âmbito desta pesquisa, estaremos especialmente atentos aos posicionamentos e reflexões promovidas pelos trabalhadores da APS carioca, por nós consultados, a respeito de suas atividades num contexto geográfico e temporal específicos.

CAPÍTULO II

A PNAB – 2017: IMPLICAÇÕES PARA O TRABALHO PROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA?

a. Considerações iniciais

A PNAB-2017 foi elaborada, estabelecendo mudanças que afetam, principalmente, o funcionamento das Equipes, que são fundamentais para a estrutura da ESF. As principais mudanças implicaram no trabalho na ESF, acarretando as motivações dos atores interessados e, eventualmente, apontando possíveis antecipações a problemas apontados por diversos analistas no que se refere às atividades profissionais e aos princípios do SUS.

Como mostra o texto da portaria, a política foi construída de modo ambivalente, o que permite omitir escolhas prévias, com uso

frequente de verbos como sugerir e recomendar, estruturando o texto com o propósito de blindá-lo a possíveis críticas.

As modificações advindas da PNAB-2017 trazem para equipes que atuam na AB, inflexões importantes, principalmente no modelo de atenção e na gestão do trabalho em saúde nos municípios. Chama atenção a ausência contextualizada sobre o impacto das mudanças que estão proposta na Portaria, representando uma regressão ao que foi construído até então.

O capítulo encontra-se dividido em 5 partes. A primeira parte traz a situação da AB no município do Rio de Janeiro antes da aprovação da PNAB-2017.

A segunda menciona as mudanças implementadas pela Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. A terceira mostra os questionamentos levantados. Na quarta, busca-se mostrar as implicações dessa nova política para o exercício do trabalho na ESF e quinta fala sobre os impactos nos processos de trabalho.

b. Situação da AB no município do Rio de Janeiro antes da aprovação da PNAB-2017.

O município do Rio de Janeiro (MRJ) possui uma população estimada de 6.747.815 habitantes, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), localiza-se na região Sudeste do Brasil e tem densidade demográfica de 5.265,82 habitantes por quilômetro quadrado, o que representa uma das áreas de maior taxa de urbanização do Brasil (BRASIL, 2020).

Em termos sanitários, o índice de mortalidade infantil é de 12,7 óbitos por nascidos vivos e seu Índice de Desenvolvimento Humano

(IDH) corresponde a 0,799, sendo considerado de nível alto pelas Organização das Nações Unidas e superior à média brasileira (BRASIL, 2020).

O IDH foi criado em 1990 para avaliar o nível de qualidade de vida de uma população, considerando três dimensões: saúde, educação e padrões de vida. Com isso, passou a ser um instrumento para o planejamento e tomada de decisão dos gestores, apontando quais setores ou áreas precisam de políticas que atendam às necessidades dos habitantes (Azevedo, 2011).

No entanto, a Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro utilizou o Índice de Desenvolvimento Social (IDS) como um dos critérios para um estudo de reorganização da Atenção Básica no Município.

O IDS foi inspirado também no IDH, mas utiliza variáveis que melhor caracterizam as diferenças em áreas urbanas, porque insere o parâmetro conforto e saneamento no lugar da dimensão padrão de vida, facilitando a quantificação em menores unidades geográficas, como os bairros e comunidades (Cavallieri et al, 2008).

Com dados do IDS levantados, o município do Rio de Janeiro, sob a gestão do prefeito Marcelo Crivella, que foi eleito no ano de 2016, passou a ser palco de um processo de readequação da estrutura e do processo de trabalho na Atenção Básica, baseado, possivelmente, em novas concepções sinalizadas na PNAB de 2017.

No município do Rio de Janeiro, a Atenção Básica é organizada, executada e gerenciada pela Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV). Para o cumprimento de sua missão, a SUBPAV elaborou um estudo para reorganizar a AB,

padronizando ações, respeitando as especificidades e peculiaridades de cada processo e território (Rio de Janeiro, 2018).

Nesse estudo, foram analisados indicadores e o cenário de 2018, sendo constatado que o desempenho das equipes estava heterogêneo, pois havia unidades com grande produção e outras subutilizadas, com baixa performance qualitativa e quantitativa, motivando o processo de reestruturação para otimização de recursos e uma gestão eficiente e sustentável (Rio de Janeiro, 2018).

Em 2018, o município do Rio de Janeiro contava com 110 Centros Municipais de Saúde e 122 Clínicas da Família. Essas estruturas resultaram de uma grande expansão na rede de Atenção Básica desde 2006, permitindo a ampliação do acesso à saúde e melhoria no atendimento à população (Rio de Janeiro, 2018).

Na busca por essa expansão e em razão da inadequação dos servidores municipais que não conheciam os atributos da APS, o município do Rio de Janeiro firmou contrato com Organizações Sociais (OS) em 2009, para gerenciar as unidades básicas de saúde, permitindo um rápido aumento da cobertura da AB. Tal modelo, originado ainda na década de 1990, na esteira do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PRDAE), procurou enxugar a máquina pública, passando para essas organizações parte considerável dos serviços não exclusivos do Estado, como a saúde.

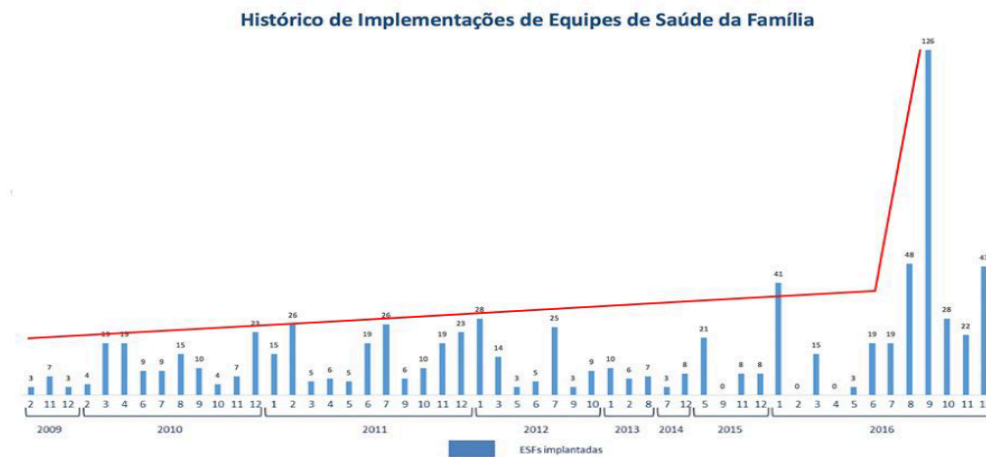
Com isso, essas organizações, como a Viva Rio, chegaram a administrar cerca de 98% das UBS no município do Rio de Janeiro, possibilitando melhores resultados gerenciais e econômicos (RAMOS, SETA, 2019).

Apesar da importância da atuação das Organizações Sociais na expansão da APS, denúncias de superfaturamento e má qualidade na prestação de serviços passaram a ser apuradas pelo Ministério Público Estadual e pelo Tribunal de Contas do Município (TCM) desde 2015, que foi um ano de crise na saúde do estado do Rio de Janeiro, conforme matéria do portal “g1”, em 20 de janeiro de 2016, intitulada: “No Centro da crise da saúde do Rio, saiba como funciona uma OS”, a qual apontou irregularidades e possíveis danos aos cofres públicos no montante de setenta e oito milhões de Reais.

Nos estudos da Prefeitura, considerou-se que a expansão da AB foi desordenada, principalmente em 2016, que foi ano de eleições municipais. Nesse ano, houve um salto no número de Equipes de Saúde da Família, principalmente no último quadrimestre, quando foram implantadas 223 equipes, ou seja, cerca de 18% do total de equipes criadas desde 2009, sendo que boa parte sem previsão de custeios para os anos seguintes e sem critérios adequados para a cobertura geográfica (Rio de Janeiro, 2018).

No gráfico abaixo, é possível observar o pico no número de equipes implantadas no ano de 2016.

Figura 2. Histórico de implementações de Equipes de Saúde da Família.



Fonte: Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, 2018, pág. 4.

Assim, no ano de 2018, a cobertura atingiu 66,93% dos habitantes, com 1.263 Equipes de Saúde da Família ativadas e 4.230.238 usuários cadastrados. Com isso, cada equipe possuía, em média, 3.349 usuários cadastrados e produzia 540 consultas por mês.

c. Mudanças implementadas pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

O projeto municipal denominado “Reorganização dos Serviços de Atenção Primária à Saúde” foi ancorado em uma metodologia de gestão conhecida como “Lean thinking”, originada do Sistema Toyota de Produção, no Japão, e popularizada no livro “A Máquina que mudou o mundo”, de Womack e Jones em 1992 (Magalhães et al, 2015).

Com isso, nos termos de seu discurso oficial, a Prefeitura procurou implementar um sistema de melhoria contínua e de respeito pelas pessoas, que são os pilares essenciais do LEAN, otimizando a utilização dos recursos públicos, ou seja, reduzindo os gastos nas equipes consideradas ociosas.

Vale ressaltar o entendimento do termo “respeito pelas pessoas” como abrangente, mútuo, referindo-se, portanto, a funcionários, fornecedores e usuários que atuam sem desperdício de tempo nem de trabalho (Rio de Janeiro, 2018).

O estudo avalia também distribuir da melhor forma possível os Recursos Humanos voltados para o atendimento da Atenção Primária do Rio de Janeiro, focando principalmente no atendimento das áreas vulneráveis. Com isso, segundo a Prefeitura, há necessidade de estudar melhorias na forma de distribuição dos recursos humanos para um melhor aproveitamento das ofertas de serviços (Rio de Janeiro, 2018).

Fundamentado nos princípios acima, o governo municipal extinguiu 239 equipes, sendo 184 de saúde da família e 55 de saúde bucal. Além disso, apresentou uma tipologia diferente de equipe que varia de acordo com as características do território, demanda de serviços por parte da população e a titulação dos profissionais médicos e enfermeiros, implantando, assim, quatro tipos de equipes, sendo apenas as três primeiras no modelo da ESF, conforme quadro abaixo (Rio de Janeiro, 2018).

Quadro 2. Composição de Equipe

			COMPOSIÇÃO de EQUIPE			
Mod. de Atenção	Equipe	População Adscrita (HABITANTES)	Médico	Enfermeiro	Técnico de Enfermagem	ACS
			40h/semana	40h/semana	40h/semana	40h/semana
ESF	Tipo 1	≤ 3.500	1	1	1	5
ESF	Tipo 2	≤ 3.500	1	1	1	5
ESF	Tipo 3	3.500 ≤ 4.500	1	1	1	1/750
eAB	Tipo 4	≥ 4.500	≥ 1	1	1	≥ 0

Fonte: Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, 2018, pag. 19.

Nas equipes tipo 1 e 2, há previsão de um ACS para cada 750 pessoas cadastradas. Além disso, na equipe tipo 1, o médico deve, preferencialmente, possuir especialidade em medicina da família e comunidade. No caso do enfermeiro, exigir-se profissional especialista em enfermagem da família e comunidade, também preferencialmente (Rio de Janeiro, 2018).

Na equipe tipo 2, os pré-requisitos são idênticos aos especificados na equipe tipo 1, mas se exige que os profissionais médicos e enfermeiros tenham também Programa de Residência (Rio de Janeiro, 2018).

Com essas mudanças, a Prefeitura estabeleceu um processo de trabalho específico para as equipes tipo 1 e tipo 2, atendendo até 3.500 habitantes por equipe, com atuação em área de cobertura em regiões de menor Índice de Desenvolvimento Social (IDS) da cidade, realizando cadastramento e atualização de cadastros ativos; trabalho na lógica da ESF, com agenda padrão da equipe (consultas, visitas domiciliares, grupos, reunião de equipe), garantia de atenção a famílias socialmente vulneráveis que não acessem

espontaneamente o serviço de saúde, tenham dificuldade de utilização de canais de comunicações com a equipe de saúde ou precisem de vigilância ativa no território, feita pessoalmente por intermédio de visitas domiciliares regulares pelo agente comunitário (RIO DE JANEIRO, 2018).

Na equipe tipo 3, admite-se população adscrita entre 3500 e 4500 habitantes, conforme dados de utilização do serviço e perfil epidemiológico, em regiões com Índice de Desenvolvimento Social médio e alto, onde haja relativa facilidade de deslocamento da equipe pelo território, sendo composta por um médico, um enfermeiro, um técnico em enfermagem e, ao menos, um ACS, de acordo com a necessidade de busca ativa e mobilidade da equipe na área adscrita (Rio de Janeiro, 2018).

O processo de trabalho da equipe tipo 3 abrange o cadastramento e atualização de cadastro conforme o tamanho da população, utilização de perfil epidemiológico, podendo ser ativo ou passivo, trabalho com agenda padrão da equipe (consultas, visitas domiciliares, grupos, reunião) adaptada ao padrão de utilização dos serviços pela população, visitas domiciliares dependentes da capacidade de acesso da população às unidades de saúde e facilidade de comunicação por outros canais (telefone, e-mail) (Rio de Janeiro, 2018).

O quarto tipo de equipe representa a maior mudança na AB no Município do Rio de Janeiro. Primeiramente, essa equipe não segue o modelo da ESF, sendo classificada pela Prefeitura como um modelo anterior. Em sua composição, há previsão de outros profissionais além do médico, enfermeiro e técnico de enfermagem, como dentistas, auxiliares de saúde bucal, técnicos de saúde bucal,

ACS e ACE, de acordo com as especificidades do território. Em segundo lugar, a população adscrita vai até 16.000 pessoas em áreas com alto Índice de Desenvolvimento Social, com facilidade de deslocamento da equipe e população que acessa o serviço de saúde com baixa frequência.

Por fim, o processo de trabalho dessa equipe é baseado na agenda padrão e no cadastramento passivo, ou seja, a partir da procura dos usuários pelos serviços (Rio de Janeiro, 2018).

Assim, de acordo com Melo et al, (2019), a Atenção Primária no Município do Rio de Janeiro pode estar sendo influenciada pela PNAB-2017. As equipes do tipo 3 e 4 estão mais alinhadas com as mudanças implementadas na nova Portaria, como a redução do número mínimo de ACS por equipe e o ressurgimento de formato de AB anterior à ESF, ou seja, baseadas principalmente na demanda espontânea e atuação passiva dos profissionais, impactando o processo de trabalho. Nesse redirecionamento, as equipes foram reconfiguradas, de forma que as equipes do tipo 4 não realizem mais atendimento domiciliar, limitando-se, portanto, a atender à demanda espontânea, ou seja, afetando as práticas de cuidado em saúde.

d. Questionamentos levantados

Apesar das justificativas apresentadas pela Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, várias entidades questionaram as propostas de mudança na Atenção Básica. A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) caracterizou a proposta como desmonte, devido à previsão de corte de 1.400 profissionais e a consequente redução da cobertura. Segundo Morosini (2018), pesquisadora abrasquiana, a

proposta do Prefeito reforça os serviços sob demanda e o cadastramento passivo, ou seja, a partir da procura do usuário, modificando o processo de trabalho na Atenção Básica, que era focado nas visitas domiciliares. Desse modo, Morosini (2018), diz que, embora essas alterações possam ser lidas como meros instrumentos de gestão, visando à redução de custos, cabe questionar, ainda, os seus possíveis efeitos sobre o modelo de atenção à saúde.

Sob a alegação de garantir viabilidade econômica na APS, a Prefeitura seguiu com o projeto de Reorganização dos Serviços de Atenção Primária à Saúde, cortando os 1.400 postos de trabalho e provocando a extinção de 184 equipes de Saúde da Família e de 55 de Saúde Bucal desde 2017, o que caracterizou, segundo a ABRASCO, um desmonte progressivo nos cuidados primários em saúde (Junior et al, 2020).

Segundo Melo et al, (2019), a proposta da Prefeitura foi centrada na noção de produtividade para promover cortes e rearranjos de equipes, mas não considerou os efeitos das greves, atrasos salariais, periculosidade e existência de comunidades pobres incrustadas nos bairros de classe média, ou seja, não considerou fatos que impactam o número de consultas. No entanto, governo municipal considerou haver ociosidade nas equipes que cobriam menos de 3.000 habitantes e naquelas que não geravam uma quantidade adequada de consultas.

Na mídia, várias reportagens noticiaram retrocessos. Em 15 de julho de 2019, o jornal O Globo fez matéria sobre as divergências salariais entre a Prefeitura e os profissionais que atuam na AB. Por conta disso, algumas unidades da rede básicas ficaram sem médicos, principalmente na Zona Oeste, como em Realengo e Bangu, porque

alguns trabalhadores não aceitaram a proposta salarial sem as gratificações que correspondiam a cerca de 30% dos rendimentos.

Em 26 de outubro de 2019, o jornal O Globo publicou matéria sobre a proposta de Saúde a Distância, elaborada pela Prefeitura do Município do Rio de Janeiro, com o objetivo de garantir o atendimento médico virtual para os moradores de locais considerados violentos. Segundo a Prefeitura, há dificuldade de contratar médicos para atender nesses locais. No entanto, tal proposta foi criticada pelo Conselho Federal de Medicina e por especialistas, como Lígia Bahia, médica sanitaria e professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro, que apontou em reportagem para o jornal Extra - Globo

“A ideia é cruel e absurda. É algo que não existe em outros lugares do Brasil nem no restante do planeta. O conceito de programa Saúde da Família é exatamente aproximar médicos e pacientes. O que se propõe agora é simplesmente o oposto.”
(Bahia, 2019)

Em outubro de 2019 foi realizado, no Rio de Janeiro, o seminário “Proposta do Ministério da Saúde de mudança na modalidade de transferência de recursos para a Atenção Primária à Saúde”. O evento foi promovido pela secretária de Estado de Saúde (SES/RJ) e pelo Conselho de Secretárias Municipais de Saúde (Cosems/RJ) e contou com a participação de técnicos do Ministério da Saúde, gestores municipais, profissionais da saúde e pesquisadores.

Erno Harzheim, Secretário Nacional de Atenção Primária à Saúde, apresentou a proposta de mudança na modalidade de transferência de recursos para a Atenção Primária à Saúde, que consiste num

modelo de financiamento misto, com três componentes a saber: Captação ponderada; Pagamento por desempenho; incentivo a programas específicos como promoção da saúde, saúde bucal, moradores de rua, privados de liberdade, saúde na hora, informatização. A proposta é qualificar mais esses programas. De acordo com o secretário, a maioria dos municípios ganham com essa nova organização, mas há uma menor parte de municípios que perdem.

Hisham Mohamad Hamida, diretor financeiro do Conasems ressaltou que a maioria dos municípios consideram o atual modelo de financiamento injusto.

Segundo ele, a nova proposta aumenta a autonomia dos municípios para conformar as equipes segundo as necessidades particulares dos mesmos, e a execução completa do orçamento significaria um incremento no financiamento da APS. O Conasems se posiciona a favor da proposta se nenhum município perde.

Lígia Giovanella, pesquisadora, membro da Abrasco e coordenadora da Rede APS destacou na sua apresentação a importância de estabelecer pontes com os gestores, o CONASS, o CONASEMS e os profissionais de saúde para defender o SUS público, universal, de qualidade e uma APS forte, territorializada, com enfoque comunitário, que contemple os atributos essenciais e derivados da APS e resposta às necessidades da população. A pesquisadora apontou que, no contexto atual de restrição de direitos, congelamento de gasto público em saúde, reforma previdenciária e trabalhista, ameaças ao meio ambiente e à democracia, faz-se necessário analisar as mudanças em conjunto e contextualizadas. (Redeaps, 2019).

Em 8 de novembro de 2019, o jornal O Globo noticiou a queda de 17% em um ano na capacidade de atendimento na rede de saúde da família, segundo levantamento feito pela Comissão de Saúde da Câmara de Vereadores do Município do Rio de Janeiro (MRJ), em razão da reforma implementada pela Prefeitura, a fim de reduzir em R\$ 200 milhões as despesas. Tal reforma provocou demissões de cerca de 2.500 profissionais, deixando comunidades sem médicos, como na Rocinha.

Em 27 de julho de 2020, o jornal O Dia chamou a atenção para a falta de medicamentos, equipamentos e redução de equipes na ESF, retratando a precarização das estruturas como um movimento contínuo e de desmonte da APS, haja vista, que, segundo dados dos Painéis de Indicadores da APS do Ministério da Saúde, entre abril de 2017 e abril de 2020, a cobertura das Equipes de Saúde da Família caiu de 62,2% para 41% no município do Rio de Janeiro.

e. Implicações da PNAB-2017 para o exercício do trabalho profissional

O exercício profissional na Atenção Básica baseia-se na integração de diversos profissionais, com habilidades, motivações e qualificações complementares. Essa integração permite a complementariedade das capacidades técnicas e emocionais para o tratamento das enfermidades como determinantes sociais. Nesse sentido, a PNAB-2017 apresentaria como risco à harmonia dessas equipes, porque fragiliza a motivação para manutenção e expansão do número de ACS e ACE (Morosini et al, 2018).

Os ACS e ACE passaram a ser considerados não necessários ou pouco resolutivos para as demandas de saúde da população. Com

isso, a PNAB atual não definiu o número mínimo de ACS por equipe de saúde da família, permitiu a aglutinação das funções de ACS e ACE e estabeleceu previsão de financiamento federal para as equipes de AB que não possuem ACS em suas constituições. Por conta disso, tais modificações colocaram em risco a continuidade do modelo de agentes comunitários como vetores de promoção da saúde (Morosini et al, 2018).

No entanto, em entrevista a Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2017, p.19), ao ser questionado sobre a resistência dos profissionais em relação a esse ponto da atual portaria, o diretor adjunto do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, Alan Nuno, diz *“todo mundo tem um certo receio de mudanças. Além disso essa questão também provoca a sensação de sobrecarga para os ACS e ACE”*. Para ele, no entanto o Brasil está atrasado a essa mudança, que segundo ele já deveria ter ocorrido a mais tempo. *“Devíamos ter tido essa iniciativa lá atrás, porque não é de hoje que reconhecemos ser necessária cada vez mais integrar as ações de Atenção Básica e às ações de vigilância”*.

Outro destaque, segundo Nuno, é que é necessário colocar o agente de combate a endemias para dentro da ESF ou dentro da Equipe de Atenção Básica, para ele passar a ser membro da equipe, ter o mesmo território, compartilhar ações, participar dos processos de planejamento de atuação daquela equipe.

Em suas palavras ele cita *“Não dá para um ACS fazer uma visita a um domicílio para ver um paciente crônico e fingir que não vê ali um foco de dengue. Ele tem que levar isso a equipe”* (p.19).

Outro ponto de vista destacado sobre o assunto foi o da assessora técnica do CONASS Maria José Evangelista (p.20), essa é uma proposta importantíssima porque permitirá potencializar o tempo e o trabalho dos agentes, aumentando seu alcance. Ela deixa claro que cada um tem suas especificidades em relação a suas funções, mas em planejamento, a junção do trabalho desses agentes pode aumentar a resolutividade.

A 13ª edição do boletim informativo do observatório de Análise Política em Saúde (OAPS) e do Centro de documentação Virtual (CDV), publicada entre set/out 2017, traz com ela algumas falas muito importantes sobre o assunto, como por exemplo o que aponta a Ana Luiza Queiroz Vilasbôas (2017, p.2) (ISC/UFBA), coordenadora do eixo de Estudos e Pesquisa em Atenção Primária e Promoção da Saúde do OAPS *“entre os problemas identificados está a integração do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde com o dos Agentes de Endemias, que não são obrigatórios nas equipes de Saúde da Família, o que pode levar ao aumento de atribuições dos ACS, sem redução da média de famílias sob sua responsabilidade; a falta de determinação na portaria do número de ACS por equipe – “na crise de financiamento que vivemos, o mínimo tende a ser o máximo”; a definição de atribuições de regulação de filas para consultas e exames especializados de usuários/as da AB ao Núcleo de Apoio à saúde da Família (Nasf); e ainda a não obrigatoriedade da presença de profissionais de saúde bucal na composição das equipes de Atenção Básica”.*

Já a professora Claunara Schilling Mendonça (2017, p.3), ex-diretora do Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde, menciona que a “evolução de um sistema de saúde, orientado pela APS, com os ACS e os ACE”, demanda uma formação continuada desses

profissionais, focada, também, em ferramentas de comunicação, facilitando o contato com as pessoas, o que permitiria maior envolvimento da população nas atividades da APS. No entanto, não foi isso que ocorreu. De forma geral, os ACS e ACE passaram a realizar um trabalho mais burocrático, com “busca aos faltosos”, ao invés de atuarem de forma proativa, divulgando as atividades oferecidas nas UBS. Com a PNAB-2017, esse modelo de APS baseada em ACS e ACE foi flexibilizado, retirando a exigência de uma equipe mínima definida.

Tal flexibilização poderá provocar falta de reposição de ACS e ACE, retrocedendo às práticas da década de 1970, com somente as UBS, sem longitudinalidade, e com profissionais médicos atuando apenas 20 horas semanais.

Mendonça (2017, p.2) continua: *“em 2011, quando teve a primeira revisão (PT 2488), havia o objetivo de atender às representações dos municípios, principalmente do estado de São Paulo, para que o MS (Ministério da Saúde) financiasse outras modalidades, principalmente com outras conformações das especialidades médicas e suas cargas horárias. Foram criadas mais de sete modalidades de financiamento distintas, sem nenhum efeito. Ou seja, só mudou a proposta inicial da exigência de carga horária integral dos médicos e não houve crescimento no número de equipes nessas diferentes modalidades”* ponderou.

Por conta dessas modificações na PNAB, conforme nos mostra Reis (2018), em alguns municípios já se observa redução do número de ACS. Em Brusque, no

Estado de Santa Catarina, havia a necessidade de contratação de cento e vinte desses profissionais para atender ao número ideal definido pela legislação anterior, que era de um ACS para setecentas pessoas. Com a PNAB-2017, essa proporção foi alterada, sendo mantida somente para áreas consideradas vulneráveis.

Assim, a demanda de contratação de novos ACS caiu para apenas cinquenta, diminuindo a presença desses profissionais na atenção primária e provocando demissões.

Segundo Vilasbôas (2017), a atual Portaria é contraditória na priorização da ESF, porque possibilita financiamento para outras modalidades de atenção básica, colocando em risco a garantia de recursos para manter as equipes em tempo integral nas unidades de saúde, prejudicando o vínculo entre profissionais e usuários.

O fato é que passa a ser facultada à gestão municipal a possibilidade de compor equipes de AB, de acordo com as características e as necessidades do município. Mais uma vez, aparece o recurso às especificidades locais como justificativa para a flexibilização do modelo de AB.

No discurso dos gestores, a abertura de “novas” possibilidades de financiamento e organização da AB tem sido valorizada quase como um reparo às supostas “injustiças” cometidas contra as formas tradicionais de configuração da AB. O MS justifica as mudanças alegando que as regras praticadas nas PNAB anteriores acarretaram um desfinanciamento de parte dos serviços de AB existente no País. Entretanto, esses argumentos mostram-se falaciosos na medida em que suprimem do debate as análises que mostram os impactos

positivos da adoção e expansão da ESF nas condições de vida e saúde da população (Morocini et al, 2018).

A PNAB-2017 orienta para que as equipes realizem somente um pacote mínimo de serviços, composto por vacinação, controle de glicemia e hipertensão, reduzindo a oferta de serviços aos usuários, como o atendimento odontológico, haja vista a não obrigatoriedade da presença de profissionais de saúde bucal nas equipes de Atenção Primária. Tudo isso provoca rompimento do princípio da integralidade do SUS (Morosini et al, 2018).

Os médicos foram definitivamente desobrigados a cumprir quarenta horas semanais² nas equipes de Atenção Primária previstas na PNAB-2017. Esses profissionais devem cumprir o mínimo de dez horas, sendo que o total das quarenta horas semanais pode ser divididos entre três profissionais médicos, reduzindo a atuação dos médicos a “um bico”, descontextualizado dos princípios da ESF, como nos primórdios do SUS (Giovanella et al, 2020).

Como relatado acima, embora esteja claro que as habilidades e a motivação são de suma importância para realização de um bom trabalho, alguns pontos do texto da PNAB-2017 demonstraram não corroborar com essa ideia, já que algumas mudanças tendem a prejudicar o desempenho dos profissionais, provocando a prevalência do trabalho morto, burocrático, protocolar e centrado em tecnologias duras, baseadas em atendimentos médico-medicamentosos, o que dificulta o vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários no contexto do trabalho vivo, ou seja, focado na subjetividade e na criatividade, o qual precisa do elemento humano como ponto central, ou seja, de agentes comunitários em número adequado (Merhy, 2012).

Com essas mudanças, o trabalho morto e protocolar poderá ter mais presença nas equipes de Atenção Primária, pois o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi enfraquecido. As equipes multiprofissionais e interdisciplinares, que aglutinavam habilidades e motivações, deixaram de ser incentivadas e passaram a ser substituídas por equipes mínimas, compostas apenas por um profissional médico e um enfermeiro (Giovanella et al, 2020).

A insatisfação dos profissionais que atuam na ESF, está vinculada a três aspectos: problemas de gestão, relações estabelecidas no ambiente de atuação da prática assistencial e excesso de trabalho. Os fatores relacionados a gestão do trabalho estão muito associados às condições de trabalho ou engloba vários elementos relativos ao meio no qual o trabalho se desenvolve. Inclui a força de trabalho, considerando número, qualificação e papel desempenhado no processo de produção, relações contratuais, salários, jornada, benefícios trabalhistas e regras relativas à proteção ao trabalho. Integram, ainda, as condições de trabalho em quantidade e qualidade, além das condições institucionais e dos conhecimentos para operá-los, a falta de valorização do profissional pela equipe ou pelos gestores causa desanimo em quem o faz. O valorizar inclui reconhecer o profissional como uma pessoa, com aptidões e contribuições singulares nas ações que desempenha (Soratto et al, 2017).

f. impactos no processo de trabalho

O processo de trabalho em saúde é um dos principais fatores para quantificar e melhorar a produtividade na AB. Nesse objetivo, os recursos humanos são umas das questões intimamente relacionadas ao processo de trabalho, independentemente do

modelo adotado ou da concepção abordada (Santana & Castro, 1999).

Em saúde, assim como em outras áreas profissionais, o processo de trabalho tem sido impactado pela evolução tecnológica, principalmente desde a década de 1970, com a crescente incorporação de novas tecnologias, desemprego estrutural, flexibilização e precarização do trabalho, fazendo surgir novas concepções (Peduzzi, 2003).

Com isso, na década de 1990, novas formas de trabalho flexível, informal e com regulação focada na gestão do trabalho marcaram um divisor de águas na reflexão e pesquisa sobre o processo de trabalho em saúde, colocando lado a lado os princípios da integralidade do cuidado e da autonomia dos sujeitos frente à interação que envolve a relação profissional-usuário ou a relação entre profissionais (Ayres, 2001).

Dessa forma, atualmente, o conceito de processo de trabalho em saúde é abrangente. Envolve diferentes áreas que integram o campo da saúde, desde as práticas sociais até os setores especializados, passando pela atenção à saúde, gestão, modelos assistenciais, trabalho em equipe, cuidados em saúde, englobando, assim, tanto os aspectos estruturais como os aspectos relacionados aos profissionais e usuários, objetivando a cura, a reabilitação e a diminuição do sofrimento (MEHRY, 2002).

Ainda na década de 1990, com a contratação das organizações sociais para gerenciar as unidades básicas de saúde, o processo de trabalho na APS seguiu a tendência da flexibilização já observada em razão da evolução tecnológica.

Com essas organizações, a maioria dos trabalhadores envolvidos na APS passaram a ser contratados no regime celetista, mantendo um vínculo terceirizado, ou seja, com um intermediário entre o profissional e o Estado (RAMOS, SETA, 2019).

Segundo Melo, et al (2019), no município do Rio de Janeiro, em 2017, o novo governo municipal, com forte base social em setores das igrejas evangélicas e eleito com a promessa de “cuidar das pessoas”, apontava continuidade e prioridades novas na saúde, dentre elas a criação de centros de especialidades, não viabilizados. Ao final de 2017 havia 1251 EqSF implantadas, e o plano municipal de saúde de 2018-2022 previu ampliação de número de EqSF em territórios com maior vulnerabilidade social. Entre 2017 e 2018, os gestores anunciaram déficit no orçamento municipal, passando, em 2018, a acontecer atrasos no pagamento de salários de profissionais de serviços gerenciados por algumas OSS em áreas da cidade, demissões de ACS e reduções do horário de funcionamento de unidades. Além dos esperados impactos no acesso, um dos efeitos prováveis deste processo foi a saída de profissionais (notadamente médicos) da APS municipal (para outros municípios/estados e para o setor privado) e a diminuição da chegada de profissionais. Em meados de 2018, documento da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) – Reorganização dos Serviços de APS – Estudo para Otimização de Recursos previa, dentre outras medidas, a extinção de 184 EqSF e 55 equipes de Saúde Bucal (cerca de 1400 postos de trabalho), e propunha nova tipologia de equipes, com base na PNAB 2017, com frágil composição profissional e alto número de usuários por equipe, porém apresentado como estratégia para qualificar e otimizar os serviços. Tal proposta, marcada por forte ingerência da Casa Civil do município, foi feita com a justificativa da crise financeira e da expansão acelerada (com fins eleitorais) da ESF no último ano

da gestão anterior. A proposta da gestão municipal utilizou, ainda, a filosofia Lean (também chamada Sistema Toyota de Produção), que através da melhoria de fluxos e envolvimento de pessoas qualificadas e motivadas, busca eliminar desperdícios – entre outros os de superprodução, tempo de espera e excesso de processamentos-, com a aposta de que, assim fazendo, a qualidade aumenta e os custos de produção diminuem.

Desse modo, o processo de trabalho na APS no município do Rio de Janeiro já apresentava características próprias e passou a sofrer novos impactos com o advento da última PNAB.

A PNAB-2017, ao flexibilizar o modelo de atenção e do uso dos recursos transferidos por meio do PAB variável, fragiliza o poder de regulação e indução nacional exercido pelo MS, responsável por avanços significativos no processo de descentralização do SUS. No que tange ao financiamento, ressalta-se a ausência de mecanismos de valorização diferenciada da ESF em relação às chamadas equipes de AB, para as quais, anteriormente, não eram destinados esses recursos (Morosini et al, 2018).

Ao encerrar os contratos com as organizações sociais, a Prefeitura provocou redução no número de agentes comunitários, impactando o número de profissionais em atividade, a presença desse trabalhador e a continuidade, com regularidade, das ações por ele desempenhadas nunca tiveram tão em risco. O prejuízo recai principalmente sobre as ações educativas e de promoção da saúde, pautadas pela concepção da determinação social do processo saúde-doença e da clínica ampliada, que configuram bases importantes para a reestruturação do modelo de atenção à saúde (Morosini et al, 2018).

Ainda no que se refere às modalidades de organização da AB, entende-se que os elementos de maior centralidade na orientação para uma APS abrangente integral são os atributos e diretrizes, não apenas os formatos, mas há diferentes chances de sucesso na APS segundo a composição e processo de trabalho das suas equipes. Nesse sentido, tal como ocorreu na PNAB de 2011, que previu a criação de equipes fluviais e consultórios na rua organizados e com funcionamento diverso das equipes de saúde da família habituais, a diversidade de formatos de

APS não é algo negativo a priori, sobretudo quando elas visam responder às necessidades de territórios e grupos populacionais específicos.

Entretanto, a última mudança da PNAB não foi acompanhada por uma discussão ampla e consistente nesse sentido, além de se colocar em uma conjuntura econômica e política muito arriscada. Equipes com profissionais de 10 horas por exemplo, como na composição trazida pela PNAB 2017, são estruturalmente muito diferentes de equipes com profissionais de 30 ou 40 horas e necessariamente multiprofissionais. Ainda que a carga horária não seja determinante último da lógica e dos efeitos do trabalho, tendem a produzir e a condicionar responsabilizações e pertencimentos distintos. Da mesma forma, trabalhar em comunidades com marcante vulnerabilidade social tendo na equipe figuras como os ACS pode ser muito diferente de fazê-lo sem tal ator ou com presença escassa deste.

Porém em entrevista para a Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2017, p.18), Mauro Junqueira, presidente do Conasems, defende as mudanças na política, ele diz “*são arranjos*

para dar liberdade à gestão municipal, por isso esta nova política traz avanços e oportunidades de reconhecimento de serviços que existem. Nós temos aí um conjunto enorme de municípios com médicos, dentistas, enfermeiros concursados com uma carga horária menor de 40 horas, mas que existem e funcionam e essas unidades são portas de entrada importantes. A nova PNAB dá oportunidade de reconhecer esse atendimento também como atendimento de Saúde da Família”.

Para a assessora técnica do CONASS Maria José Evangelista, a PNAB 2017 não significa retrocesso para a Atenção Primária à Saúde (APS) como têm dito algumas entidades contrárias ao novo texto. *“Não vejo nenhum retrocesso nessa proposta, pelo contrário”.* Para Evangelista, a ESF continua como prioritária para a organização da APS no Brasil, mas que agora a PNAB reconhece e o CONASS concorda que os 38% da população brasileira não cobertos pela Saúde da Família também precisa de uma Atenção Primária de qualidade e resolutiva (Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2017, p.19).

Por fim, um dos elementos importantes a estudar em uma política são os problemas reconhecidos e enfrentados por ela.

No caso em questão, poderiam ser um conjunto de desafios e nós críticos da AB, tais como a insuficiente legitimidade social, o baixo grau de coordenação de cuidado e integração com os demais serviços das redes de atenção, a necessidade de melhorar o acesso e os modos de cuidar nas unidades de saúde, a necessidade de formar, prover e fixar bons profissionais na APS, a superação do subfinanciamento, entre outros.

Os dispositivos mais efetivos da PNAB de 2017 e seus desdobramentos e iniciativas colaterais não dialogam consistentemente com tais desafios. Apenas a título indicativo, o eixo ´formação` do PMM, aprovado em lei (com reorientação da graduação e da residência médicas), estratégico para a AB, não está na agenda dos gestores do SUS. Nem mesmo a luta por mais financiamento para o SUS parece ser mais uma agenda tripartite central. Se políticas buscam atender a ´urgências`, é importante indagar e coloca em análise a que urgências a PNAB de 2017 buscou responder, bem como acompanhar sua trajetória, apropriações e efeitos (Melo et al, 2018).

g. Considerações finais

Considerando o que foi acima exposto, percebe-se que há desarmonia entre o gestor municipal e as entidades que, historicamente, estudam e defendem uma APS ampla, universal e abrangente, conforme princípios propagados a partir da Declaração de Alma-Ata.

De um lado, a Prefeitura apoiou-se na alegação de fragilidades econômicas e a PNAB-2017 para implementar a reorganização da APS carioca, objetivando a viabilidade financeira do sistema de saúde municipal (Junior et al, 2020).

Do outro, as entidades, como ABRASCO e CEBES, refutaram as medidas implementadas pela Prefeitura e questionaram os critérios utilizados para reduzir o número de ESF, haja vista as peculiaridades demográficas do município do Rio de

Janeiro, onde convivem, no mesmo território, populações abastadas com alto IDS e populações carentes com baixo IDS.

Do acima exposto, observa-se que o processo de trabalho na AB sofreu uma alteração significativa, principalmente nas equipes do tipo 4.

Nestas, o cadastramento passou a ser passivo, ou seja, dependente da procura dos usuários pelos serviços, tornando raro o trabalho de campo, como a visita domiciliar.

Se tentarmos analisar de forma concreta o que visualizamos com as mudanças advinda da nova Portaria, teremos uma explícita tentativa de desmonte das equipes, sendo colocado de lado tudo que foi conquistado até hoje. Nesse sentido, antes mesmo que a ESF tenha avançado significativamente na transformação do modelo de atenção, a PNAB- 2017 representa uma regressão em relação a esse propósito, fortalecendo o binômio queixa-conduta, desestabilizando o compromisso da política com a universalidade da atenção à saúde. Sendo assim, reforçamos a importância de manter a militância para não deixarmos que ocorra a desconstrução do SUS e o direito universal a saúde a todos.

MATERIAIS E MÉTODOS

Tipo de Estudo

Tendo em mente os objetivos deste estudo, optou-se por uma abordagem metodológica descritiva e qualitativa. A pesquisa qualitativa é basicamente aquela que busca entender um fenômeno específico em profundidade. Ao invés de estatísticas, regras e outras generalizações, a pesquisa qualitativa trabalha com descrições, comparações e interpretações, até mesmo estudos de caso. Segundo Gil (1996, p. 34), esse tipo de pesquisa “trabalha com dados

buscando seu significado e tem por base a percepção do seu fenômeno dentro do seu contexto”.

Quanto ao levantamento da literatura especializada, a presente pesquisa foi realizada nas bibliotecas online: Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e buscou capturar referências textuais que considerem as diferentes relações entre a implementação da PNAB e a vigência da política, quando possível com foco no exercício do trabalho profissional e sua relação com os cuidados em saúde. O critério de inclusão definidos para seleção dos artigos foram: todos os artigos e livros de autores especialistas que tratam do assunto. O critério de exclusão inibe artigos publicados em idioma diferente do português e anteriores ao ano 2000.

Fora o levantamento bibliográfico, a primeira etapa desse estudo se fez consulta de alguns documentos importantes com relação ao tema. De acordo com Gil (2008), pesquisa documental é um tipo de método caracterizado pela pesquisa “de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa”.

As principais fontes documentais foram as PNAB em suas versões de 2006 a 2017, as portarias nº 2.488, de 2011, e nº 2.436, de 2017, bem como documentos técnicos emitidos por associações profissionais, organismos gestores do SUS, como o CONASS, CONASEMS, Ministério da saúde e Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

O instrumento de pesquisa, na segunda etapa, apliquei um formulário online com questionário semiestruturado (Apêndice II)

composta por 12 perguntas com questões abertas, em conformidade com objetivo deste estudo.

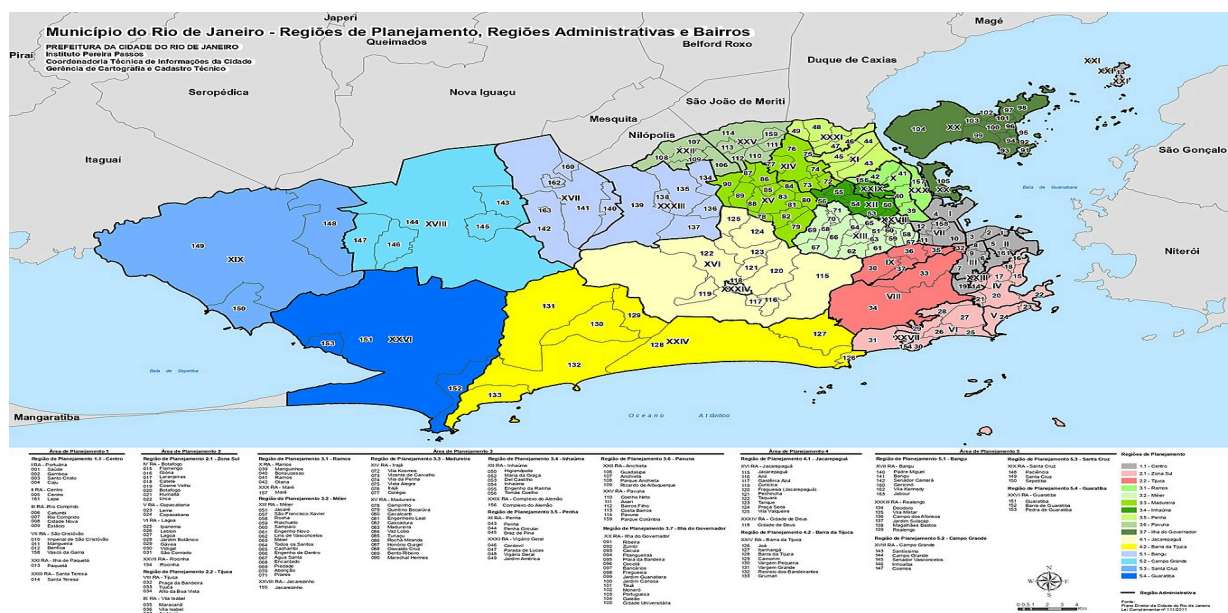
No entender de Triviños (1987), a entrevista semiestruturada é “aquela que parte de certos conhecimentos básicos apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas”.

Cenário da Pesquisa e Sujeitos Pesquisados

Com pelo menos 6,3 milhões de habitantes, o município do Rio de Janeiro está administrativamente subdividido em nove subprefeituras, que por sua vez, estão subdivididas em 33 regiões administrativas e em um total de 163 bairros.

Desde 1993, a Secretaria Municipal de Saúde dividiu geograficamente a cidade em 10 áreas programáticas (APs) para melhorar o gerenciamento dos serviços de saúde (Pms-Rj, 2013).

Figura 3. Mapa do Município do Rio de Janeiro- Regiões de planejamento, Regiões administrativas e Bairros.



Fonte: Mapa da prefeitura da cidade que mostra a divisão de bairros, Áreas de Planejamento e Regiões Administrativas.

Para o que nos interessa nesta investigação, tais áreas, em termos administrativos, organizam a oferta e a operação dos serviços de atenção primária no município do Rio de Janeiro. Contemplá-las, em sua integralidade, exigiu um grande esforço e emprego de recursos para a pesquisa que não estavam ao alcance da investigação conduzida pela presente pesquisadora. Sendo assim, adotei como estratégia de pesquisa, a coleta de uma amostra intencional de profissionais de saúde.

O critério de inclusão do sujeito de pesquisa foram: os preceptores e os docentes que atuam no curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá, que estão inseridos no campo de Atenção Primária. O número de entrevistados foi determinado pelo critério de saturação teórica, por ser um método conforme palavras de (Fontanella et al, 2008)

Operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados (Fontanella et al, 2008).

A escolha do público-alvo se deu por dois motivos: primeiro, pelo protagonismo dos preceptores e docentes da universidade na Atenção Primária; segundo, por se tratar de profissionais academicamente mais qualificados e com potencial melhor capacidade de análise crítica, o que, em teoria, beneficiou a pesquisa tendo em vista uma possível maior capacidade de observação acerca dos problemas contemplados na pesquisa. Foram enviados questionários há alguns sujeitos, 20 deles responderam à pesquisa.

Embora Mills et al (2005) compreendam que o preceptor é aquele profissional que não é da academia, percebem que ele tem importante papel na inserção e socialização do recém-graduado no ambiente de trabalho. Já Ryan-Nicholls (2004) usa o termo para designar o professor que ensina a um pequeno grupo de alunos ou residentes, com ênfase na prática clínica e no desenvolvimento de habilidades para tal prática.

A definição de docente relaciona-se mais precisamente com os profissionais que possuem domínio teórico e técnicas para o ato de ensinar, instruir, mostrar, indicar, dar a entender. Segundo Veiga (2008), a profissão docente tornou-se mais complexa com o passar do tempo, sendo entendida além da atuação nas aulas, ou seja, abrangendo também as demandas sociais que emergem nas escolas.

Assim, a participação desse público-alvo qualificado permitiu analisar se, com o novo texto para a política de APS, os trabalhadores do campo encontraram melhor acolhimento para realização de suas atividades, especialmente num contexto de emergência sanitária. Para isso, o Apêndice II expõe algumas perguntas que foram feitas aos entrevistados.

Por fim, para efeito desse estudo, cabe sinalizar que os sujeitos de pesquisados, professores e preceptores do curso de Medicina, encontram-se vinculados aos campi Barra da Tijuca e Presidente Vargas, da Universidade Estácio de Sá, no município do Rio de Janeiro.

Técnica de Coleta e Tratamento de Dados

No início da construção do projeto, pensei em coletar as respostas sobre o questionário indo ao encontro de cada sujeito pesquisado, dessa forma poderia coletar informações complementares sobre a pesquisa, porém, uma grande quantidade de obstáculos surgiu durante minha pesquisa. O maior deles foi a pandemia de Covid-19, impossibilitando uma maior riqueza de conteúdo.

Dessa forma, o método para coleta de dados foi através de questionário individual, por oferecer maior flexibilidade de realização. Para isso, recebi uma lista contendo 35 e-mails e telefones dos possíveis sujeitos através dos diretores das faculdades de medicina dos campi Barra da Tijuca e Presidente Vargas, da Universidade Estácio de Sá, no município do Rio de Janeiro. Assim, tentei por quatro vezes contato com eles, enviando-lhes e-mail, explicando um pouco sobre o projeto e anexando o TCLE e link para o questionário, porém houve uma moderada adesão, das 35 pessoas,

apenas 20 responderam. As entrevistas foram feitas através de uma plataforma digital com apoio de um questionário semiestruturado, em formulário Forms (Apêndice II), por meio do qual foi conhecida a percepção de profissionais que atuam na Unidade, questionando-os sobre suas condições e organização, sobre o trabalho realizado de forma efetiva e sobre o cumprimento dos padrões prescritos ou planejados. As entrevistas foram transcritas, na íntegra, para análise dos dados.

A entrevista semiestruturada é um dos modelos mais utilizados nas pesquisas qualitativas e, segundo Belei et al. (2008), ela é guiada por um roteiro flexível, o qual permite reorganizações e inclusão de novos questionamentos à medida que o entrevistado fornece as informações. O questionário tem início com algumas características sobre a atuação dos profissionais e em seguida segue com questões relacionadas aos temas: 1- Formulação e implantação da PNAB-2017; 2- Mudanças nos processos de trabalho; e, 3- Desafios de atuação das equipes da ESF.

Para a análise, foi empregado o método de Análise de Conteúdo de Bardin (2009) trabalhando a organização da análise; a associação de código aos resultados; o estabelecimento de categorias para análise; as deduções; e a informatização das análises. Tendo em vista o que afirma Bardin (2009), a forma como o método é aplicado tem que ter sua devida organização. A análise de conteúdo sugere distintas fases que se constituem em 3 focos: 1- pré-análise; 2- a exploração do material; e finalizando 3- o tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação.

Desafios para a Pesquisa

Nos últimos meses de 2019, um novo Coronavírus surgiu na cidade de Wuhan, na China, onde foram identificados os primeiros casos de infecção em humanos. Os Coronavírus abrangem cerca de quarenta tipos que afetam animais e sete que atingem pessoas, causando várias doenças. Esse último, classificado como SARS-CoV-2, tem alta capacidade de transmissão na população humana e foi apontado como o causador do Covid-19, doença caracterizada por sintomas variados, desde uma gripe a uma pneumonia atípica.

Assim, em poucos meses, o Covid-19 tornou-se uma pandemia global, atingindo todos os países do mundo, inclusive o Brasil, aonde chegou em meados de fevereiro de 2020 (Lemos, 2020).

A pandemia do Covid-19 tem permitido várias reflexões, até então, pouco percebidas pelas sociedades em geral e, tão pouco, pela brasileira. O franco surto virótico instaurado pelo mundo, sem tratamento, sem vacinação, ou seja, sem proteção, deixou todos nós em situação de grande exposição, vulnerabilidade e risco. Seu grau de disseminação assustador e sua forma de apresentação, muitas vezes, assintomática, coloca a todos em uma mesma luta, a da necessidade de sobrevivência e preservação (Barbosa, 2019).

O cenário da crise sanitária pode ter revelado problemas antigos, aumentando a demanda pelos serviços de saúde e tensionado as já esgarçadas relações de trabalho das equipes de saúde da família, bem como o vínculo destas com os usuários. Com isso, a pandemia do Covid-19 pode agravar as dificuldades no acesso aos insumos necessários para a prestação de serviços de saúde adequados para a população, o que corrobora com a visão de Barbosa (2019), que diz “é necessário esclarecer que a APS desde 2017 com a atual Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), vem perdendo força de

trabalho, qualidade e capacidade de enfrentamento a todas as demandas postas a ela. Na contramão do fortalecimento e valorização, estamos há 3 anos imaginando o que nos esperaria no futuro, e agora o futuro chegou com uma severa pandemia viral.”

Em se tratando da epidemia da Covid-19, Barbosa (2019, p.2) aponta “se não temos leitos suficientes, precisamos investir na diminuição das internações hospitalares, um dos objetivos específicos da APS e das Equipes de Saúde da Família (EqSF) que possuem um modo diferenciado de produção de saúde, onde apresentam uma leitura aprofundada de todas as comunidades”.

Essas equipes estão hoje na linha de frente no enfrentamento da Covid-19 e precisam de condições dignas para a realização desse trabalho, que tem se mostrado de grande valor para proteção da saúde e prevenção de doenças dos brasileiros e das brasileiras.

Sendo assim, entendemos que a atual conjuntura pode lançar imensos desafios para a atividade de pesquisa, mas poderá também ser uma oportunidade de se capturar, de forma amplificada, problemas já institucionalizados.

Segundo Fonseca (2020), há imensas dificuldades colocadas aos trabalhadores do SUS no contexto da pandemia de Covid-19, o que reforçam a importância do papel do agente comunitário de saúde (ACS) na estratégia de combate a essa pandemia. Segundo a pesquisadora, mesmo numa fase como a atual, em que esses profissionais devem limitar sua rotina de circulação no território para evitar a transmissão, o vínculo entre o ACS e os usuários contribui para o funcionamento das ações a distância, principalmente pela comunicação proporcionada pela telefonia móvel, melhorando a

qualidade da atenção. Com essa tecnologia, o ACS consegue levar à população local informações confiáveis sobre medidas preventivas, sintomas, casos suspeitos e confirmados, obtendo, também, a partir de dados passados pela população assistida, um retrato mais próximo da tragédia social que uma crise sanitária como essa pode provocar.

Fontes Documentais em Apoio

A pesquisa foi realizada também por meio de consultas a portarias do Ministério da Saúde que aprovaram as PNAB de 2006, 2011 e 2017, bem como pareceres e notas técnicas emitidas pelo Governo Federal, pela Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro e pelas entidades voltadas à pesquisa e cooperação no campo da saúde pública coletiva, disponíveis nos respectivos portais eletrônicos.

Aspectos Éticos

Quanto aos aspectos éticos, este projeto de pesquisa seguiu as normas previstas na Resolução 196 de 1996, do Conselho Nacional de saúde, bem como outras resoluções complementares. O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética, por meio da Plataforma Brasil, para obtenção da autorização para realização da pesquisa, a fim de cumprir as exigências da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, recebendo a aprovação com Parecer nº 4.880.099.

Diante da autorização e pareceres favoráveis iniciei a coleta de dados. Os preceptores e professores receberam um e-mail com as informações sobre o projeto, o objetivo da pesquisa e o link de acesso ao questionário.

Os participantes entrevistados receberam o termo de consentimento livre e esclarecido TCLE (Apêndice I), e não foram submetidos a nenhum dano ou desconforto, nem receberam ressarcimento ou pagamento pelas entrevistas. O material coletado não é objeto de comercialização ou divulgação que possa prejudicar os entrevistados.

ANÁLISE E DISCUSSÃO

Perfil dos Respondentes

Foi aplicado um questionário online a um total de 20 sujeitos. Ao final da análise, observou-se que, o tempo de atuação em saúde pública deles é: 1 pessoa tem menos de 5 anos de atuação, 7 pessoas têm de 5 a 10 anos de experiência em saúde pública e 12 pessoas tem mais de 10 anos de **experiência em saúde pública**, o que mostra que a grande maioria dos entrevistados reúne razoável/importante experiência em saúde pública.

Em termos de **experiência como gestor**, dos 20 entrevistados, 11 possuem experiência e 9 nunca trabalharam nesse cargo, isso indica que a visão dos entrevistados pode ser bem diversificada, pois cada um terá um ponto de vista sobre as relações de trabalho.

Os profissionais que atuam na APS devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar as ações que respondam às necessidades da comunidade, na articulação dos diversos setores envolvidos na promoção a saúde.

Nesta proposta, é responsabilidade do profissional a assistência integral e continua a todos os membros das famílias da população, em cada uma das fases do seu ciclo de vida, não restringindo sua

atuação a um dos problemas de saúde biologicamente presentes, mas com o compromisso que envolve as ações dos indivíduos enquanto saudáveis. O sucesso da implementação de qualquer proposta no âmbito da saúde, depende especialmente do perfil dos atores envolvidos, principalmente dos recursos humanos, pois o perfil dos profissionais em saúde deve atender aos requisitos para atuarem nesse novo modelo de atenção à saúde (LIMA, et al, 2016).

Ainda segundo Lima *et al*, (2016), nesse sentido, em todas as esferas de governo, é crescente o consenso, entre os gestores e trabalhadores do SUS, de que a formação, o desempenho e a gestão dos recursos humanos afetam, profundamente, a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários. Vale enfatizar que o conhecimento do perfil dos profissionais e das condições de trabalho podem subsidiar programas de readequação de processos de trabalho, com o objetivo de melhorar o atendimento da população e, assim, garantir uma assistência de qualidade, que vá ao encontro das necessidades da população assistida.

Na ESF, parece imprescindível superar o modelo profissional tradicional tecnicista, individualista, mecanicista e biologicista. O novo modelo implica ir além do domínio de técnicas clínicas, pois o profissional necessita de outros saberes e posturas, como planejar em saúde coletiva, sensibilidade social, vínculo com as famílias, posicionamento crítico, reflexivo e transformador perante os desafios objetivos e subjetivos do serviço (ESPINDOLA, P.S. *et al*, 2011).

Os estudos realizados por Fertoni et al, (2015) corroboram com a proporção aqui relatada, quando afirma que, no processo de construção deste “novo” modelo assistencial na atenção básica, após 20 anos de implantação, verificam-se que ainda persistem muitos

desafios, no que diz respeito ao trabalho em equipe, que é considerado essencial para o alcance dos objetivos da ESF. No entanto, o trabalho mantém-se, em geral, fragmentado, com persistência de práticas hierarquizadas e de desigualdade entre as diferentes categorias profissionais, geralmente com subordinação de diversas profissões aos saberes e práticas da medicina. Essa realidade opõe-se ao entendimento de equipe multiprofissional, que deveria atuar, na perspectiva interdisciplinar, integrando diferentes saberes com vistas a propiciar uma atenção mais qualificada para as necessidades dos usuários.

Ainda, nesta perspectiva, cabe destacar a centralização das ações nos cuidados ao corpo biológico no diagnóstico e tratamento de patologias e na medicalização. Apesar destes aspectos consistirem em um grande desafio, cabe reconhecer a existência de uma heterogeneidade de configurações no trabalho das equipes de Saúde da Família (SF), que variam conforme o contexto social e a região onde se desenvolvem.

O Debate Sobre a PNAB-17

Sobre a **participação nos debates** que envolveram a aprovação da nova Portaria, 15 sujeitos informaram que não participaram das discussões e 5 disseram que participaram através de consulta pública, o que mostra que uma pequena porcentagem dos sujeitos teve a oportunidade de ver e opinar sobre o debate em torno da mudança. Participar, significa unir-se por uma razão, fazer parte do que estava sendo proposto, compartilhar sua opinião sobre o que estava sendo debatido naquele momento. Debate é um modelo de contestação baseado na argumentação, onde duas ou mais, ideias conflitantes são defendidas ou criticadas com base em argumentos,

debater exige que o participante tenha conhecimento acerca do assunto em questão e que desenvolva bons argumentos para concordar ou discordar das opiniões apresentadas e o termo regrado está em consonância com a organização das falas dos envolvidos do debate, a fim de não ocorrer conflitos e desrespeito (Bagagim, 2019).

Ainda que as palavras importem (inclusive por expressarem consensos, disputas e narrativas das “forças” envolvidas na formulação e decisão da política), ao considerá-las em uma portaria, é fundamental atentar para os efeitos concretos que elas podem ou não produzir, observando os dispositivos com potencial de interferir nas realidades, bem como sua direcionalidade.

No processo de revisão da PNAB de 2017, os gestores municipais tiveram um protagonismo destacado, acompanhando uma tendência observada em outras pautas no mesmo período, tais como a revisão dos blocos de financiamento. Na revisão, houve uma clara divisão, colocando, de grosso modo, de um lado, o mundo dos gestores formais e, de outro, a parte significativa dos atores não governamentais que fazem controle e participação social no SUS. Nessa disputa, venceram os gestores, contribuindo para ampliar e cisão entre segmentos historicamente relevantes na construção do SUS. Esse processo, aliado a cultura vertical e fragmentada do MS, a diversidade do País e a atuação dos órgãos de controle e de justiça, parece explicar, em parte, o discurso por mais autonomia bastante presente na agenda do Conasems. Entretanto, a reivindicação histórica e legítima dos gestores municipais por mais autonomia talvez deva ser reinterpretada no contexto atual, à luz do cenário de agravamento do subfinanciamento, colocando em exame a direção que a ampliação da autonomia pode seguir, bem como o

comportamento das diferentes forças locais diante das flexibilizações aportadas (Melo et al, 2018).

O debate em torno da atual Portaria, foi fruto de um longo processo de discussão que remonta a 2015. As mudanças propostas, rebatem entidades científicas, conselhos profissionais e sindicatos, só vieram a público em 27 de julho de 2017. E em um contexto bastante simbólico: quando já estavam prestes a ser aprovadas pela CIT. Na ocasião, o Conselho Nacional de Saúde solicitou aos gestores que a nova política não fosse pactuada sem a realização de uma consulta pública. Colocado no ar no dia seguinte, o documento provocou uma reação em cadeia. Em questão de horas, se multiplicaram atas de repúdio ao seu conteúdo. Pesos pesados do setor, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) entraram em campo, ganhando espaço na imprensa para as críticas.

Foram seguidas por Rede Unida, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. Os conselhos de Enfermagem (Cofen), Odontologia (CBO), dentre outros, marcaram posição contra. Duas organizações de trabalhadores – a Federação Nacional dos Agentes Comunitários e de Combate às Endemias e a Federação Nacional dos Enfermeiros – entraram na Justiça Federal para barrar a nova PNAB. Em reunião aberta feita no Rio de Janeiro em 9 de agosto, os conselheiros nacionais de saúde recomendaram que o processo de revisão não deveria ir adiante sem um amplo debate com a sociedade (Mathias, 2017).

Capacitação/ Treinamento das Equipes Sobre a Nova Portaria

Em relação à **capacitação ou treinamento** para implementação da nova PNAB, 11 sujeitos afirmaram ter participado de alguma forma. Os sujeitos J, K, N e T responderam:

Sujeitos	Falas
J	<i>“sim, foi amplamente divulgado na unidade básica na época”.</i>
K	<i>“Sim, de forma coletiva, envolvendo outras UBS e gestores, discutindo as principais diretrizes com elaboração e implementações de planos e estratégias”.</i>
N	<i>“Na verdade. Eu tive um curso de gerenciamento de Unidades Básicas gerenciada pela Fiocruz. E por trabalhar em uma USF, temos reuniões com o NASF e a secretaria de saúde sobre o nosso atendimento com a população da minha área e, fazemos ações nas escolas que faço parte na minha unidade. Fazemos ações e essas ações são registradas e enviadas por meios de fichas cadastrais e enviadas para a secretaria”.</i>
T	<i>“Houve reunião com a equipe sobre a nova portaria. Mas nada específico de treinamento”.</i>

Nove sujeitos informaram que não houve nenhuma informação a respeito. Tais elementos sugerem que para alguns as mudanças na Portaria foram implantadas em sua unidade sem sequer ter sido informada, conforme relata o sujeito C:

Sujeitos	Falas
C	<i>“Não. Apenas participei nas mídias enquanto ficou em consulta pública”.</i>

Como verificamos, houve um pequeno número de sujeitos que participou do debate de reformulação da política, mas não houve a

preocupação dos gestores em introduzir as mudanças no serviço. Consequentemente, a falta de capacitação e treinamento das equipes sobre as mudanças na Portaria acarretou em implicações e alterações nos processos de trabalho.

Treinamento é o processo de desenvolver qualidades nos recursos humanos para habilitá-los a serem mais produtivos e contribuir melhor para o alcance dos objetivos organizacionais. O propósito do treinamento é aumentar a produtividade dos indivíduos em seus cargos, influenciando em seus comportamentos (Volpe, 2009).

Ao entender o SUS como espaço de formação, a PNAB 2011 previa que 8 horas semanais dos profissionais das EqSF pudessem ser utilizadas para atividades e formação, educação permanente, apoio matricial e plantão na rede de urgência, o que não mais se encontra na publicação de 2017, percebe-se também, enquanto descontinuidade, uma menor valorização da educação permanente, peça chave para o processo de trabalho na AB (Melo et al, 2018).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) foi defendida como uma estratégia para a reorganização das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor de saúde, em especial a APS, mediante ações intersetoriais e mudanças no ensino da saúde, constituindo, assim, um quadrilátero formado por diferentes atores do processo de trabalho: atenção, ensino e controle social (Oliveira et al, 2016).

Avaliação Acerca da Nova PNAB.

Quando perguntados sobre a avaliação acerca da nova PNAB, a maioria dos entrevistados manifestou que a PNAB 2017 trouxe mais retrocessos que avanços com relação a atuação das equipes, o que

aponta um descontentamento por grande parte das pessoas. Em relação aos pontos positivos mais citados na nova Portaria, estão: criação do gerente de unidade, carga horária de 40 horas para todos os profissionais na ESF, possibilidade de cobertura para a população até então desassistida, criação de eAP, junção dos ACS e ACE, flexibilização do trabalho em equipe e novas formas de financiamento. Os sujeitos O, Q e R responderam:

Sujeitos	Falas
O	<i>“criação do Gerente”.</i>
Q	<i>“Possibilidade de cobertura de Atenção Básica para um segmento populacional que estava descoberto pela ESF”.</i>
R	<i>“Nova forma de equipes”.</i>

Os pontos negativos citados foram: perda do vínculo com a população, retirada dos ACS das eAP, desvalorização das equipes, aumento da carga de trabalho e com isso precarizando no atendimento, mudança no Nasf e centralização do poder do gestor, como mencionam os sujeitos B, F e J.

Sujeitos	Falas
B	<i>“foge do modelo da ESF, muitas áreas não funcionarão no modelo proposto pela ESF, inclusive em relação a VD e ações de vigilância em saúde. Além disso, coloca também em risco o modelo do NASF”.</i>
F	<i>“desvalorização dos profissionais e Equipes de Saúde da Família”.</i>

J	<i>“retira a obrigatoriedade de um número mínimo de Agentes Comunitários de Saúde nas Equipes de Saúde da Família, fragilizando o profissional e a cobertura do território”.</i>
---	---

Como vimos no capítulo I, essa discussão está longe de ser desprovida de tensões e conflitos. Como regra geral, a literatura considera que o descontentamento das equipes com relação às mudanças da nova Portaria vem diante da possibilidade de desmonte do que foi construído até então. A falta de consenso sobre a nova PNAB significa que, na visão dos sujeitos, existem diferentes perspectivas diante dos problemas encontrados. De certa forma, a opinião de cada um deve ter credibilidade. Pelo que foi exposto, podemos acreditar que a diversidade de opiniões pode ocorrer porque alguns sujeitos não acompanharam as mudanças de forma adequada ou até mesmo não receberam as informações sobre o que mudou. Podemos exemplificar que a forma como um trabalhador de ponta avalia a PNAB-2017 pode ser completamente diferente da visão de um gestor, pois este profissional, “o gestor”, pode achar as mudanças positivas por ter interesses envolvidos.

Atuação dos ACS Apenas em Áreas Vulneráveis.

Quando a questionados sobre os ACS serem exigidos apenas nas áreas mais vulneráveis, os participantes em sua maioria responderam que isso foi um dos maiores retrocessos da nova portaria, pois causa desmonte das equipes e de tudo que foi conquistado até então. Alguns afirmam como ponto positivo, como menciona o sujeito A; e outros negativo, como os sujeitos B e I:

Sujeitos	Falas
-----------------	--------------

A	<i>“acho um dos pontos positivos, pois faz valer a equidade”.</i>
B	<i>“essa mudança é muito representativa, reflete o pouco entendimento sobre a real proposta da ESF. O ACS é o “elo” entre a equipe e a população, sem esse elo, a proposta fica muito comprometida. As ações de vigilância ficam igualmente comprometidas”.</i>
I	<i>“considero péssimo, sendo que os ACS são atores fundamentais para o desenvolvimento e êxito da ESF”.</i>

Considerando o que foi exposto nas respostas, grande parte dos sujeitos acharam que os ACS atuarem apenas com os mais vulneráveis é de fato um grande retrocesso para as equipes e comunidades, mas observei que alguns acham que a atuação deles apenas a quem realmente precisa é algo que pode trazer vantagens.

E com isso a Equidade que é dos princípios do Sus passa a ser exercida de forma correta, tratando com igualdade os desiguais. Pois em algumas situações, o trabalho dos ACS com algumas pessoas demanda mais atenção que para outras.

Relações de Trabalho nas Equipes da ESF Após as Orientações Contidas na PNAB 2017.

Os pesquisados responderam que, até aqui, tiveram a impressão de que a avaliação acerca da nova PNAB era mais balanceada ou dividida. No entanto, há uma espécie de consenso sobre suas implicações negativas para o processo de trabalho, como mostram os relatos abaixo:

Sujeitos	Falas
----------	-------

F	<i>“desvalorização das equipes, haja vista que o gestor passou a intervir na composição e escolha das mesmas”.</i>
H	<i>“avalio como um retrocesso e desmonte para um serviço que ainda segue em construção para um dia funcionar em sua capacidade e potência, considerando as necessidades populacionais, a realidade da saúde pública atual, o nosso histórico social político, desconsiderar a obrigatoriedade dessa cobertura integral, é deixar a população usuária da saúde pública, sob risco de ficar a critério de políticas, interesses pessoais e enviesados”.</i>
Q	<i>“uma questão é a alteração no processo de trabalho, que sofreu impactos, outras são esses impactos na visão dos usuários. Acredito que eles (os usuários) não sintam essas alterações de imediato”.</i>

Muitos dos sujeitos entrevistados apresentaram grande desapontamento. Eles ressaltaram que as relações de trabalho sofreram impacto devido a restrições de ações, como, por exemplo, a vigilância em saúde nas áreas não cobertas pelos ACS.

Assim, de forma geral, foram registradas mais críticas do que elogios, mostrando que as relações de trabalho foram afetadas com as mudanças advindas da nova Política.

Também temos, mesmo que em menor quantidade, sujeitos que demonstraram reação positiva, destacando melhoria nas relações de trabalho, o que nos mostra que o ponto de vista de um pode ser muito diferente do outro. Para o sujeito “H”, os impactos foram bastante negativos; já para os sujeitos “J” e “N”, foram positivos, como relatam abaixo:

Sujeitos	Falas
----------	-------

J	<i>“o processo se tronou mais específico frente as demandas dos usuários”</i>
N	<i>“melhorou por que vai abranger as áreas descobertas e um melhor olhar as pessoas necessitadas”.</i>

Aspectos Positivos, nas Relações de Trabalho Após 4 Anos de Implantação da Atual Portaria.

Nesse contexto, 17 dos entrevistados responderam que, após 4 anos, não perceberam nada positivo nas relações de trabalho após a implantação da nova portaria.

Sujeitos	Falas
B	<i>“ao contrário, dentro das equipes, a mudança trouxe perdas. Para a gestão possibilitou um “barateamento” da APS”.</i>
D	<i>“não destaco nada positivo”.</i>
P	<i>“com a expansão da saúde da família, os antigos recursos humanos das áreas básicas que atuavam nos postos de saúde (pediatria, ginecologia/obstetrícia, clínica) prosseguiram na oferta de consultas (modelo tradicional de assistência). Suponho que a nova política tenha apontado a possibilidade de novas formas de agir (intersectoriais, interdisciplinares etc.), ou seja, ampliação de ações”.</i>

É notório, diante das falas dos sujeitos, a insatisfação dos trabalhadores da ESF é nítida, evidenciando a desvalorização das equipes e enfraquecimento do processo de trabalho.

Todavia tres entrevistados relataram que sentiram que a mudança trouxe sim positividade. Como citaram os sujeitos M, K e R:

Sujeitos	Falas
M	<i>“melhorou, mas como falei, precisamos de recursos para melhorar os nossos atendimentos. Falo isso por fazer parte de uma USF”.</i>
K	<i>“o trabalho compartilhado entre ACS e ACE”</i>
R	<i>“a figura do gerente”.</i>

Assim, observamos que, mesmo com a quantidade significativa de pessoas que não perceberam nada positivo nas relações de trabalho com a chegada da nova Portaria, há um pequeno grupo de pessoas que acham que as mudanças agregaram valores a esse processo. Porém, há uma concordância entre esses grupos, apontando que a PNAB 2017 não trouxe nada positivo para as equipes

Situação das Equipes de SF no Enfrentamento da COVID-19.

As equipes estavam fragilizadas, vulneráveis, com recursos e materiais escassos, redução de pessoal para dar assistência ao grande número de pessoas contaminadas, usuários sem assistência para as demais necessidades, pois as equipes estavam voltadas totalmente para o controle da pandemia, tornando as relações de trabalho e atuação das equipes totalmente limitadas. Com isso, a questão sobre a redução do número de ACS nas equipes foi vista como algo que impactou bastante o trabalho das equipes e as relações de trabalho, conforme relatos dos sujeitos B, C e J:

Sujeitos	Falas
B	<i>“a meu ver esse é mais um momento em que o Brasil perdeu! A pandemia revelou a fragilidade existente na APS nesse momento no nosso país”.</i>

C	<i>“extremamente sobrecarregadas, especialmente no município do Rio que concentrou a atendimento e vacina nas UBS. Muitos municípios optaram por direcionar os casos suspeitos a um local específico. Isso teria sido bom aqui. Se os casos permanecerem acontecendo, penso que a SMS do RJ deveria repensar”.</i>
J	<i>“desafiadora, devido ao grande volume de atendimentos a serem prestados simultaneamente, aliado a falta de estrutura e material de trabalho”.</i>

Observo que diante da fala dos entrevistados, a Covid-19 trouxe com ela desafios e situações que não eram possíveis de serem imaginadas. Equipes despreparadas e sem suportes necessários para enfrentar a pandemia levaram a situações desastrosas.

Conforme menciona Giovanella *et al* (2020), a APS tem um papel essencial no enfrentamento da Covid-19, tanto agora, no momento da pandemia, como na continuidade da vigilância frente a outras ondas da doença e ao longo do tempo, pois existe risco de que se torne uma doença endêmica, pelo menos até que se tenha uma vacina efetiva. No enfrentamento da pandemia, é necessário aliar cuidado individual e coletivo, cuidado oportuno de qualidade coordenado na rede e ativação dos atributos comunitários da APS. Nesse momento, faz-se necessária a atuação integrada das unidades de saúde com os territórios, com a comunidade e com seus equipamentos sociais. É importante que a reorganização do processo de trabalho na APS no contexto da epidemia se faça de modo a preservar seus atributos de acesso, longitudinalidade, coordenação do cuidado, abordagem familiar e abordagem comunitária. Os modos de operação da APS devem ser adaptados a cada contexto e de maneira que não haja conflitos entre as ações. Isso vai requerer, por um lado, mudanças organizacionais em função

de cada realidade local e, por outro lado, mobilização de recursos públicos, como dinheiro, pessoal e material, e comunitários, via parceria com instituições atuantes no território e com a comunidade onde se instalam as equipes e unidades de saúde, assegurando o desenvolvimento das ações, potencializando habilidades e estimulando a solidariedade.

Ainda segundo Giovanella *et al* (2020), as equipes de APS conhecem seus territórios, sua população, suas vulnerabilidades e, em geral, atuam na perspectiva da vigilância em saúde, o que é crucial no controle do contágio.

No entanto, é necessário reconhecer as fragilidades da APS no SUS. Desde o golpe parlamentar e, especialmente, desde a PNAB 2017, somara-se novas dificuldades aos desafios enfrentados.

Impactos Causados na Redução dos ACS, no Processo de Trabalho das Equipes, Diante do Colapso no Sistema de Saúde.

Sujeitos	Falas
H	<i>“sim, com isso as medidas de segurança necessárias, um aumento das demandas diretamente ou indiretamente ligadas a Covid-19 e automaticamente redução de processos de fazer vigilância e, aumento de novos processos de trabalho, a redução impactou muito na eficiência e resolutividade também além da vigilância”.</i>
I	<i>“impactou muito. Durante a pandemia, tem aumentado muito a pobreza e com isso o número de usuários procurando o SUS. Com a diminuição dos ACS, os territórios não têm cobertura necessária para caracterizar e acompanhar as populações mais vulneráveis”.</i>
J	<i>“nítido, devido ao remanejamento dos profissionais de saúde, o que praticamente inviabilizou os atendimentos</i>

	<i>da saúde da família”.</i>
Q	<i>“impactou completamente, busca ativa, envolvimento com as famílias e seus contextos. Vigilância em saúde”.</i>

Com isso, deixa claro que os impactos sentidos diante a redução dos ACS afetaram demais as equipes e a comunidade, muitas pessoas, em especial os mais vulneráveis, contam com a ajuda com esses membros das equipes para dar continuidade a seu tratamento. Conforme aponta Morosini et al (2018), na nova política, da forma como está descrita, o gestor local poderá compor equipes com apenas um ACS. Com isso aumentam os riscos por doenças preveníveis e o risco da inviabilização do acesso a saúde de parte da comunidade.

O autor reforça a importância do ACS, pois suas atribuições contribuem para a promoção da saúde, funcionando como elo entre a população e os serviços da AB, facilitando o acesso e proporcionando estabilidade contínua entre os envolvidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Finalizamos o estudo que procurou discutir as relações de trabalho na ESF no município do Rio de Janeiro diante da atual crise sanitária, e obter respostas para o objetivo geral, Analisar as novas orientações estabelecidas na PNAB-20017 no contexto da pandemia de COVID-19 a partir de docentes e preceptores de uma IES privada do RJ e os específicos, Descrever o debate em torno da formulação e implantação da PNAB-2017, com foco nas questões referente ao trabalho na ESF; Descrever as mudanças dos processos de trabalho das equipes na ESF na sua relação com as orientações contidas na

PNAB-2017 e Descrever os desafios de atuação das equipes na ESF em meio à pandemia do COVID.

Pode-se perceber que diante da atual situação que se encontra o mundo, devido a Pandemia da covid-19, as equipes estavam despreparadas para atuar com o grande número de pessoas que necessitam de ajuda no cenário instalado de forma devastadora. O déficit de pessoal que já era apontado antes, mostrou-se mais grave com a Pandemia, todo esse contexto fragiliza ainda mais os profissionais, e essas questões articuladas agravam o risco de desassistência e precariedade no acompanhamento da população, conseqüentemente perda na qualidade dos serviços as AB. A Pandemia chegou e expôs ainda mais à situação que se encontra a saúde e as equipes da ESF, os cortes na receita e o desmonte das equipes agravaram-se ainda mais com a chegada da COVID-19. Na contramão do fortalecimento e valorização, estávamos há mais de 3 anos imaginando o que nos esperaria no futuro, e agora o futuro chegou com uma severa pandemia viral, juntou tudo aos problemas crônicos já instalados nas equipes, tornando-se um problema de grandes proporções.

Analisando as mudanças advindas pela nova Portaria, vimos que de forma geral não foram bem recebidas. Não obstante, o desmantelamento da ESF que já vinha desde 2017 perdendo força de trabalho, qualidade e capacidade de enfrentamento a todas as demandas postas a ela. O que observamos, é uma Política que surgiu diante de uma disputa travada cercada da gestão interfederativa. Vale lembrar que a implementação da PNAB não depende apenas do seu texto, depende também do desenrolar do emaranhado de interesses corporativos, políticos, econômicos e dos demais atores envolvidos, que se fizeram fortemente presentes

durante todo o processo de discussão e reformulação da Política. Além do mais, não podemos esquecer que o cenário político-econômico brasileiro já é um grande desafio para a operacionalização de uma Política. São preocupantes as consequências do possível descompromisso dos gestores com a oferta universal de serviços de AB, pois a PNAB-2017 permitiu a gestão municipal dar a cara que ela quiser às equipes, produzindo com isso uma desarmonia nas bases de sustentação do SUS.

Como observamos nos relatos dos participantes, pode-se perceber que as formas de trabalho precários se fazem presente no município do Rio de Janeiro e a desvalorização das equipes tornou ainda mais difícil as relações de trabalho na ESF. Os relatos confirmam que o município caminha a passos de tartaruga para valorização dessas equipes. Mesmo diante de toda dificuldade, é preciso reforçar a importância das Equipes de Saúde da Família e as relações de trabalho, reconhecer o esforço mostrado pelas ESF, mesmo com toda adversidade enfrentada, foi fundamental para o enfrentamento da crise que estamos passando, vimos a força e a resistência de todos os membros das equipes nos diversos contextos.

Nesse sentido, reforçamos a importância de manter a militância para não deixarmos que ocorra a desconstrução do SUS e o direito universal à saúde a todos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRASCO, CEBES, ENSP. **Contra a reformulação da PNAB – nota sobre a revisão da Política Nacional de Atenção Básica.** Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos->

oficiais/contra-reformulacaoda-pnab-nota-sobre-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/29798/

ABRASCO. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. **Parecer ABRASCO para a Consulta sobre a PNAB.** 2017. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/institucional/parecer-abrasco-para-consulta-publica-sobre-pnab/29951/>. Acesso em 23 de jan. 2020.

Almeida ER, Sousa ANA, Brandão CC, Carvalho FFB, Tavares G, Silva KC. **Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão** (2015–2017). Rev. Panam Salud Publica. 2018; 42:e180.

ALMEIDA, Patty Fidelis. **Atenção primária à saúde no Brasil e os 40 anos de Alma-Ata: reconhecer os desafios para seguir adiante.** Cad. Saúde Pública vol.34 no Rio de Janeiro 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000800201&lang=pt. Acesso em: 05/11/2019.

ANDRADE, H.S; BRAGANTE, I. **Trajetória da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco.** Saúde debate | Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, setembro 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0396.pdf>. Acesso em: 30 jan.2020.

AYRES, J. R. C. M. **Do Processo de Trabalho em Saúde à Dialógica do Cuidado: repensando conceitos e práticas em saúde coletiva,** 2002. Tese de Livre Docência, São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

BAGAGIN, N. C. **O debate regrado e a construção de competências e habilidades orais no nono ano do ensino fundamental.**

Disponível em:

<https://www.ufjf.br/praticasdelinguagem/files/2019/01/RELATO-4-352-360-O-debate-regrado-e-a-constru%C3%A7%C3%A3o-de-compet%C3%Aancias.pdf> 2019.

BARBIANI R, DALLA NORA CR, SCHAEFER R. **Práticas de enfermagem no contexto da atenção básica: uma revisão de escopo.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2016;24:e2721. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1518-8345.0880.2721>. Acessado em 21/11/2019.

BARBOSA, Simone de Pinho. **O novo coronavírus na perspectiva da Atenção Primária à Saúde.** <https://www2.ufjf.br/noticias/wp-content/uploads/sites/2/2020/04/o-novo-coronavirus-na-perspectiva-da-aps-simone-pinho-final1.pdf>. Acesso em: maio de 2020.

BENITES, A. P. O. E BARBARINI, N. **Histórias de vida de mulheres e saúde da família: algumas reflexões sobre gênero.** Faculdade Evangélica do Paraná, Curitiba, 2005.

BERGAMINI, C. W. **Motivação nas Organizações.** 4 ed. São Paulo: Atlas, 1997.

BRASIL. **Congresso Nacional. Comissão de Seguridade Social e Família. Relatório, conclusões e recomendações.** Relator Hiran Gonçalves. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2017. p 100.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988.** [internet]. Disponível http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 28 de set 2019.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília. Ministério da Saúde. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 501, de 7 de maio de 2015**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 jun. 2015. Disponível em: <Disponível em: <http://bit.ly/2VXISNw> >. Acesso em: 28 de fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF:** Ministério da Saúde, 2017. [internet]. Disponível <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247portaria-n-2-436-de-21-de-setem-bro-de-2017>. Acesso em: 28 de set 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil: desafios e perspectivas**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Opas. Ministério da Saúde. **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas**. 2007. OPAS/OMS. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/renovacao_atencao_primaria_saude_americas.pdf. Acesso em: 29 abr. 2020.

BRITO C. *et al*, 2020. **Política Nacional de Atenção Básica 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família**. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/w4j9dwRc4ysdfcdRzGnMrQg/?lang=pt>

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Comissão autoriza agentes comunitários de saúde a acumularem cargos públicos**. Notícia

publicada em 10/10/2019. Disponível em:
<https://www.camara.leg.br/noticias/597643-comissao-autoriza-agentes-comunitarios-de-saude-a-acumularem-cargos-publicos/>.
Acesso em: 05/11/2019.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Comissão de seguridade social e família.** Disponível em:
<https://www.camara.leg.br/internet/sitaqweb/textoHTML.asp?etapa=11&nuSessao=0222/17&nuQuarto=0&nuOrador=0&nuInsercao=0&dtHorarioQuarto=10:30&sgFaseSessao=&Data=5/4/2017&txApelido=SEGURIDADE%20SOCIAL%20E%20FAM%C3%8DLIA&txFaseSessao=Reuni%C3%A3o%20Extraordin%C3%A1ria%20de%20Comparecimento%20de%20Ministro%20de%20Estado%20-%20Art.%20219%20RICD&txTipoSessao=&dtHoraQuarto=10:30&txEtap a=>

CAMELO SHH. **O trabalho em equipe na instituição hospitalar: uma revisão integrativa.** Cogitare Enferm: 2011. Disponível em:
<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/19977/17068>. Acessado em 16 de março de 2020.

CAMPOS G.W.S et al. **A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada.** Comunicação, saúde e educação. p. 7, 2014. Disponível em:
<https://www.scielo.br/pdf/icse/v18s1/1807-5762-icse-18-1-0983.pdf>.
Acesso em junho de 2020.

CAMPOS G.W.S, JÚNIOR, N.P. **A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites.** Ciências e Saúde Coletiva, 21(9):2655-2663, 2016.

CASTRO, A.L.B.; FAUSTO, M.C.R. **A política Brasileira de Atenção Primária à Saúde.** In: MACHADO, C.V.; BAPTISTA, T.W.F.; LIMA, L.D. (Orgs.) Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.173- 196, 2012.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira et al. **O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios.** Reciis, [s.l.], v. 1, n. 2, p. 200-207, 20 dez. 2007. Fundação Oswaldo Cruz. <http://doi.org/10.3395/reciis.v1i2.84pt>. Disponível em: <https://www.recis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/903/1546>. Acesso em: 29 abr. 2020

CERVO, Amado; Luiz, BBERVIAN, Pedro. Alcino. **Metodologia científica.** 3ed. São Paulo: Santuário, 1989.

CISCATETI, Rafael. **O governo quer mudar a atenção básica à saúde. Quais os efeitos?** Revista Época 2017. Disponível em: <https://epoca.globo.com/saude/check-up/noticia/2017/08/o-governo-quer-mudar-atencao-basica-saude-quais-os-efeitos.html>. Acesso em: 25/10/2019.

COSEMS-PR. **Nota de apoio e revisão a PNAB,** 2017. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/cosems/nota-de-apoio-revisao-da-pnab/>. Acesso em: 29 jan. 2020.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da Família: uma abordagem multidisciplinar.** 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009.

DAU, Gabriel. **O que é relação de trabalho e qual a diferença desta para a relação de emprego?** 2021. Disponível em:

<https://www.jornalcontabil.com.br/o-que-e-relacao-de-trabalho-e-qual-a-diferenca-desta-para-a-relacao-de-emprego/>.

Divergências salariais entre a Prefeitura e os profissionais que atuam na AB. O GLOBO, 2019.

DOMINGOS CM, NUNES EFPA, CARVALHO BG, MENDONÇA FF. **A legislação da atenção básica do Sistema Único de Saúde: uma análise documental.** *Cad. Saúde Pública*. 2016. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/0102-311X00181314>. Acessado em: 25/11/2019.

DOTTA, Leanete Thomas. **Representações sociais do ser professor.** São Paulo: Alínea, 2006.

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV). **Nota de posicionamento da EPSJV sobre o VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica.** Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Disponível em: <https://goo.gl/MehqZr>.

ESPINDOLA, P. S. *et al*, **Perfil do profissional de nível superior na Estratégia Saúde da Família.** Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/408/40820855012.pdf> 2011.

Falta de medicamentos, equipamentos e redução de equipes na ESF. Jornal O Dia, 27 de julho de 2020.

FENH, A. *et al*, 2020. **Vulnerabilidade e Déficit de Profissionais de Saúde no Enfrentamento da COVID-19.** Disponível em: <https://ieps.org.br/pesquisas/vulnerabilidade-e-deficit-de-profissionais-de-saude-no-enfrentamento-da-covid-19/>

FERNANDES L, Ortega F. **A Atenção Primária no Rio de Janeiro em tempos de Covid-19.** Revista de saúde coletiva, RJ, jan. 2020.

FERTONANI, H. P. *et al.* 2015. **Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica Brasileira.** Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2015.v20n6/1869-1878/>

FISCHER, S. D. *et al.* **Competências para o Cargo de Coordenador de Unidade Básica.** Tecnologia de Administração e Contabilidade, v. 4, São Paulo, 2014.

FONTANELLA, *et al.* **Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas.** Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Zbfsr8DcW5YNWVkyMVBByhrN/>. 2008.

FONTENELLE L.F. **Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica.** *Rev. bras. med. fam. comunidade*7(22):5-9. 2012. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc7\(22\)417](https://doi.org/10.5712/rbmfc7(22)417). Acessado em 18 de novembro de 2019.

FRANCO T.B, MERHY E.E. **Cartografias do trabalho e cuidado em saúde.** Rev. Tempus Actas Saúde Coletiva 2012; 6(2):151-163.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social,** 2º Atlas, São Paulo. 1996.

GIOVANELLA L, Almeida PF, Romero RM, *et al.* **Panorama de La Atención Primaria de La Salud em Suramérica: concepciones,**

componentes y desafios. Saúde debate, 2015 jun.; 39(105): 300-322.

GIOVANELLA L, *et al.* **A contribuição da Atenção Primária à saúde na rede SUS de enfrentamento a COVID-19.**

GIOVANELLA L, Franco CM, Almeida PF. **Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?** Ciências e Saúde Coletiva, 25(4):1475-1481, 2020.

GIOVANELLA L. *et al.* **De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental.** Caderno de Saúde Pública, p. 4, 2019.

GIOVANELLA L., Mendonça MHM. **Atenção Primária à Saúde.** 2009.

GUIMARÃES. **Covid-19 e o SUS: O papel da Atenção Primária à Saúde no controle da epidemia.** <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/o-papel-da-atencao-primaria-a-saude-no-controle-da-epidemia>. Acesso em maio de 2020.

JORNAL EXTRA. **Especialista diz que sugestão de Crivella de criar saúde à distância no Rio é cruel e absurda.** Disponível em: <https://s.extra.globo.com/noticias/rio/especialista-diz-que-sugestao-de-crivella-de-criar-saude-distancia-no-rio-cruel-absurda-24044273.html?msclkid=a74a1a92ae2d11ecbd7083c63c7b22cf>. 2019.

KEMPER, Elisandréa S, Ana VMM, Maria FS. **Programa Mais Médicos: panorama da produção científica.** Ciências e Saúde Coletiva, 21(9):2855-2796, 2016.

LAURELL, A. C. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1981.

LAVRAS, C. C. C. **Atuação das equipes de APS durante o período de enfrentamento da COVID-19**. Profissionais de Saúde e Cuidados Primários. 1ed.: 2021, v. 4, p. 12-.

LAVRAS, Carmen. **Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil**. Saúde e Sociedade. V. 20, N. 4, P. 867-874. São Paulo, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2011.v20n4/867-874/pt>. Acesso em: 05/12/2019.

LEMOS, Marcela. **Como surgiu o novo coronavírus (COVID-19)**. 2020. Disponível em: <https://www.tuasaude.com/misterioso-virus-da-china/>. Acesso em: 11 de junho de 2020.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.; MACHADO, C; **Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas**. Saúde Coletiva. vol.6, n.2, pp.269-291. ISSN 1413-8123. Rio de Janeiro. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7003.pdf>. Acesso em: 26/10/2019.

LIMA, E. F. A. *et al*, **Perfil Socioprofissional dos trabalhadores de Equipes de Saúde da Família**, disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/9405> 2016.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. **Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 33,

n. 2, p. 143-161, out. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33s2/1678-4464-csp-33-s2-e00129616.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2020.

MACINKO, James; MENDONÇA, Claunara Schilling. **Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados.** Saúde em Debate, [s.l.], v. 42, n. 1, p.18-37, set. 2018. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/0103-11042018s102>. Acesso em: 26/11/2019.

MANZINI, José Eduardo. **Entrevista semiestruturada: análise de objetivos e de roteiros.** Depto. de Educação Especial, Programa de Pós-Graduação em Educação. Unesp, Marília, 2010.

MARQUES, G.Q.; LIMA, M.A.D.S. **As tecnologias leves como orientadoras dos processos de trabalho em serviços de saúde.** Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 25, n. 1, p.17-25, abr. 2004.

MATHIAS, Maira. **A crise por trás da nova PNAB.** 2017. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/a-crise-por-tras-da-nova-pnab>

MEDINA, M.G. et al, 2020. **Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?**

MELO, C.F.Q. **O Serviço Social do Hospital Nossa Senhora da Conceição e o Trabalho em Equipe.** Especialização em informação científica e tecnologia em saúde. Fiocruz. Rio de Janeiro, 2009.

MELO, E. A. et al, 2019. **Gestão, OSs, crise econômica e a Atenção Primária a Saúde no Rio de Janeiro.** Centro de Estudos

Estratégicos Fiocruz. Disponível em: <http://cee.fiocruz.br/?q=node/1097>.

MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M.; TEIXEIRA, M. **A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil.** Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4593-4598, dez. 2019. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001204593&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 1 jun. 2020.

MELO, E. *et al.* **Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios.** Saúde debate. 2018, vol.42, n. spe1, pp.38-51. ISSN 0103-1104. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-11042018000500038&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 01/11/2019.

MENDES, Áquilas. **A saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do capitalismo?** *Saúde social*. vol.24, suppl.1, pp.66-81. ISSN 0104-1290. Rio de Janeiro. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24s1/0104-1290-sausoc-24-s1-00066.pdf>. Acesso em: 26/10/2019.

MENICUCCI, et al, 2018. **Pactos Pela Saúde: aproximações e colisões na arena federativa.**

MENICUCCI, T.M.G. PREFÁCIO. In: Machado CV, Baptista TW, Lima LD. **Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde.** In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec/Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. disponível em: https://digitalrepository.unm.edu/lasm_pt/145/. Acesso em 25/10/2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Avaliação da Implantação do Programa de Saúde da Família/Programa de Agentes Comunitários de Saúde** - Relatório de Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Nota Técnica N° 3/2020-DESF/SAPS/MS, Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne.** Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>. Acessado em 26 de março de 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria de Consolidação nº 02, Anexo XXII, de 28 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acessado em 17 de fev. de 2020.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F.; LIMA, L; D; **Política Nacional de Atenção Básica 2017: Retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde.** Saúde debate. V. 42, N 116, P. 11 – 24. Rio de Janeiro. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042018000100011&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 26/10/2019

MOROSINI, MVGC, FONSECA AF. **Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e**

desafios. Saúde em Debate, V.42, Número Especial 1, p. 261-274, setembro 2018.

MOROSINI, MVGC, FONSECA AF. **Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas?** Cadernos de Saúde Pública. 2017.

NOGUEIRA; MIOTO. Social e Saúde: **Formação e Trabalho Profissional. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS.** 2006. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-4.pdf. Acesso em: 02 fev. 2020.

OBSERVATÓRIO DE ANÁLISE POLÍTICA EM SAÚDE. **13ª Edição do boletim informativo do Observatório de Análises Políticas em Saúde (OAPS) e do Centro de Documentação Virtual (CDV).** 2017

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. **Atributos essenciais da Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 66 (esp), p.158-64. 2013.

OLIVEIRA, M.P.R. *et al.* **Formação e Qualificação de profissionais de saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária.** Revista Brasileira de atenção médica, 2016.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários - Agora mais que nunca.** Genebra: OMS, 2008.

PAIVA C; Alves F., Freitas G., Rafael R., Costa M., Souza L., Edmundo K. **Debate. Tempos críticos. Trajetórias e perspectivas da Atenção Primária à Saúde no Estado do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro. 2019.

PAIVA, C. 2021. **A Atenção Primária a Saúde no SUS: O Processo de Construção de uma Política Nacional (1990-2006)**. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/caminhosdahistoria/article/view/4346/4347>.

PEDUZZI, M. **Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde**. Trabalho, Educação e Saúde, 1(1): 75- 91, 2003.

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe**. In: LIMA, J.C.F.; PEREIRA, I.B. (Orgs.). Dicionário de educação profissional em saúde. 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

RAMOS, André Luis Paes e SETA, Marismary Horsth De. **Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014**. Cad. Saúde Pública [online]. 2019, vol.35, n.4

REIS, Marcelo. **Por falta de interessados, cargos de médico e dentista estão vagos em Brusque**. Jornal O Município, Brusque, SC, Edição 06625, 2018.

REIS, Vilma. **Contra a reformulação da PNAB: nota sobre a revisão da Política Nacional de Atenção Básica. 2017**. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/notas-oficiais-abrasco/contra-reformulacao-da-pnab-nota-sobre-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/29798/>. Acesso em: 05/11/2019.

RIBEIRO, H.M.C.B. **Políticas de saúde e interdisciplinaridade: reflexões sobre os desafios do trabalho coletivo na Atenção Básica em Saúde**. VI Jornada internacional de políticas públicas. Universidade Federal do Maranhão, 2013. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/ana>

is-eixo16-

[impasse e desafios das políticas de seguridade social/pdf/politicasdesaudeeinterdisciplinaridade.pdf](#). Acesso em: 28 fev. 2020.

RODRIGUES, P.H.A, *et al*, **Regulação do trabalho médico no Brasil: Impactos na Estratégia de Saúde da Família**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2013.

SANTANA, J. P. & CASTRO, J. L. (Org.) **Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde: CADRHU**. Brasília/Natal: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde/EDUFRN, 1999.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. **Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. Ciência e Saúde Coletiva**: Opinião, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 429-435, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a19v12n2.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2020.

SANTOS, R. O. M et al. **Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, ago. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312018000200602&lang=en. Acesso em: 14/06/2020.

SORATTO, J. et al. **Insatisfação no trabalho de profissionais na saúde na Estratégia de Saúde da Família**. 2017.

SOUSA, Allan Nuno. **Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua**

consolidação. Revista Saúde Debate, Rio de Janeiro, V. 42, Número Especial 1. P. 289-301, Set 2018.

SOUSA, C.M.B. **A trajetória de implementação do Programa Médico de Família em Niterói: continuidades e mudanças nos anos 2000**, Rio de Janeiro, 2015.

SUMAR, N.; FAUSTO, M. 2014. **Atenção Primária a Saúde: a construção de um conceito ampliado.**

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

VALADARES, Pablo. **Deputados recebem reivindicações de agentes de saúde de 13 estados.** Portal Vermelho. Notícia publicada em 28/03/2019. Disponível em: <http://www.vermelho.org.br/noticia/319416-1>. Acesso em: 05/11/2019.

VIANA, A. L. D'Á. & DAL POZ, M. R. **A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, 2005.

VIEIRA F.S., BENEVIDES R.P.S. **O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado.** Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas. 2016. Disponível em: <http://doi.org/10.21057/repam.v10i3.21860>. Acesso em 25/11/2019.

VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz. Editorial. **Observatório de Análise Política em Saúde.** Ano 03, Edição nº 13, Set/Out 2013.

ANEXO I

Principais mudanças			
Composição			
O que muda?	PNAB 2006	PNAB 2011 (Portaria 2.488/2011)	PNAB 2017 (Portaria 2.436/2017)
ESF	Composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde;	Composta por médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou	

		técnico em Saúde Bucal;	
Equipe de Saúde bucal (ESB)	Modalidade 1: cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário; Modalidade 2: cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental.	I - Cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB). II - Cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou outro técnico em saúde bucal (TSB). Os profissionais das modalidades I ou II podem desenvolver parte de suas atividades em Unidade Odontológica Móvel (UOM).	
Cobertura Populacional			
O que muda?	PNAB 2006	PNAB 2011 (Portaria 2.488/2011)	PNAB 2017 (Portaria 2.436/2017)
Equipe de Saúde da Família (ESF) e Equipe de Atenção	I - existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000	Cada equipe responsável por no máximo 4.000 pessoas, sendo a média	2.000 a 3.500 por equipe de EAB e ESF.

Básica (EAB)	habitantes, sendo a média recomendada de 3.000.	recomendada de 3.000	
ACS	UBS sem Saúde da Família em grandes centros urbanos, uma UBS para até 30 mil habitantes, e para UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos, uma UBS para até 12 mil habitantes,	- 4 equipes por UBS (Atenção Básica ou Saúde da Família), para que possam atingir seu potencial resolutivo.	- 1 ACS/ equipe
	O número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família;	Permanece	-Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS.
Carga Horária			
O que muda?	PNAB 2006	PNAB 2011 (Portaria 2.488/2011)	PNAB 2017 (Portaria 2.436/2017)
ESF	Jornada de 40 horas semanais – de todos os profissionais nas equipes de saúde da	40 horas para todos os profissionais da ESF exceto para médico , podendo dedicar até 8	Carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros

	família, de saúde bucal e de agentes comunitários de saúde, com exceção daqueles que devem dedicar ao menos 32 horas de sua carga horária para atividades na equipe de SF e até 8 horas do total de sua carga horária para atividades de residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade, ou trabalho em hospitais de pequeno porte, conforme regulamentação específica da Política Nacional dos Hospitais de Pequeno Porte;	horas a atendimentos emergenciais ou atividades de EP.	da ESF. Dessa forma, os profissionais da ESF poderão estar vinculados a apenas 1 (uma) equipe de Saúde da Família, no SCNES vigente.
		Carga horária dos médicos: - 2 médicos com 30h repasse integral referente a uma equipe; - 3 médicos com 30h repasse	

		integral referente a duas equipes; - 4 médicos com 30h repasse integral referente a três equipes.	
Equipes de atenção básica	Inexistente	Inexistente	10 horas por categoria profissional, com no máximo três profissionais devendo somar no mínimo 40 horas semanais.
Atribuições			
O que muda?	PNAB 2006	PNAB 2011 (Portaria 2.488/2011)	PNAB 2017 (Portaria 2.436/2017)
Enfermeiro	III - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;	IV - planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe;	VI - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;
	IV supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;	V - contribuir, participar, e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe;	VII Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;

	V - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem.		
Técnico e/ou auxiliar de enfermagem		II - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; III - realizar ações de educação em saúde a população adstrita, conforme planejamento da equipe; IV -participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS; e V - contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente.	II - Realizar procedimentos de enfermagem, como curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, lavagem, preparação e esterilização de materiais, entre outras atividades delegadas pelo enfermeiro, de acordo com sua área de atuação e regulamentação; e III - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação
Médico		II - realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços	II - Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços

		comunitários (escolas, associações etc);	comunitários (escolas, associações entre outros); em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores (federal, estadual, municipal ou Distrito Federal), observadas as disposições legais da profissão;
		V - indicar, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;	V - Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa.
Gerente de atenção básica		Sem previsão.	Recomenda-se a inclusão do Gerente de Atenção Básica com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de

			trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico-gerencial. A inclusão deste profissional deve ser avaliada pelo gestor, segundo a necessidade do território e cobertura de AB.
Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate a Endemias	Sem previsão	Sem previsão	Seguindo o pressuposto de que Atenção Básica e Vigilância em Saúde devem se unir para a adequada identificação de problemas de saúde nos territórios e o planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária mais efetivas e eficazes, orienta-se que as atividades específicas dos agentes de saúde (ACS e ACE)

			devem ser integradas.
--	--	--	-----------------------

Fonte: Política Nacional de Atenção Básica 2006, 2011 e 2017.

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: o município do Rio de Janeiro sob a nova PNAB: as relações de trabalho na ESF.

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa acima, cujo objetivo é analisar o processo de trabalho na ESF no município do Rio de Janeiro, RJ, a luz das novas orientações estabelecidas na PNAB 2017. A sua participação ajudará no desenvolvimento de novos conhecimentos, que poderão, eventualmente, beneficiar você e outras pessoas no futuro.

Os seus registros serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados deste estudo poderão ser usados para fins científicos, mas você não será identificado (a) por nome. Sua participação no estudo é voluntária. Você não terá nem receberá por participar da pesquisa. Sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, você pode desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em relação com a pesquisadora ou com a instituição.

Caso você tenha dúvidas ou solicite esclarecimentos, entrar em contato com o pesquisador responsável, professor Carlos Henrique Paiva, telefone (21) 99411-6916, com a acadêmica Jirlane Gomes Araújo da Nóbrega, telefone (81) 99979-7712, ou com o Comitê de

Ética em Pesquisa da Universidade Estácio de Sá, telefone (21) 2206-9726.

Assinatura do participante da pesquisa:_____

Assinatura do pesquisador responsável: _____

Data: ____/____/____

ANEXO III

Roteiro de entrevistas

1º Há quantos anos o(a) senhor(a) atua na saúde pública?

2º O(a) senhor(a) possui alguma experiência como gestor (a) de unidade básica de saúde?

3º O(a) senhor(a) teve alguma participação nos debates que envolveram a aprovação da nova PNAB?

4º O(a) senhor(a) teve conhecimento de alguma capacitação ou treinamento voltado para a implantação da nova PNAB? Como ocorreu? Houve um debate? Houve um treinamento?

5º Em termos gerais, qual a sua avaliação acerca da nova PNAB?

6º Em sua experiência concreta, cite os pontos positivos e negativos da PNAB 2017.

7º A nova PNAB extingue a obrigatoriedade de cobertura universal dos Agentes Comunitários de Saúde, exigindo a cobertura integral

apenas em áreas vulneráveis e de risco a serem definidas pelo gestor. Como o (a) senhor(a) avalia essas mudanças?

8º Na sua opinião, a partir das novas orientações contidas na nova PNAB, o que realmente mudou no processo de trabalho das equipes na ESF, ou seja, nos cuidados em saúde para os usuários?

9º Após quase quatro anos da implantação da nova Portaria, o senhor(a) pode destacar algo positivo nas relações de trabalho das equipes que considere decorrente da nova política?

10º Tendo em mente os marcos da nova política, como o senhor (a) avalia a situação das equipes de SF no quadro de enfrentamento da pandemia de Covid-19?

11º Em tempos de colapso no sistema de saúde em detrimento da COVID-19, o senhor(a) notou que a redução do número de ACS advinda da nova PNAB impactou o processo de trabalho das equipes?

12º A UBS onde o senhor(a) exerce suas atividades possui algum mecanismo de registro de queixas ou elogios por parte dos usuários? Se sim, qual tem sido o índice de satisfação e de insatisfação dos usuários?

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, sob orientação do Professor Dr. Carlos Henrique Paiva.

¹ A prioridade número um da nossa gestão é esta: tudo on-line. Vamos evitar repetição de exames, de consultas, de entrega de medicamentos, e vamos dar evidentemente mais segurança aos diagnósticos. Na medida em que ficará disponível ao cidadão onde quer que ele esteja, o prontuário eletrônico vai permitir ao médico o conhecimento imediato do histórico do paciente e dos seus últimos exames. Além de não precisar pedir novos exames, ele vai fazer um diagnóstico mais preciso, porque ele conhece o histórico do paciente. E vamos eliminar também a política do au-au, que é a pessoa chegar à atenção básica, ao exame, ao especialista, e ninguém resolver o problema, porque todo mundo o empurra para outro resolver o problema. Então, nós precisamos ampliar a resolutividade da atenção básica. (CÂMARA DOS DEPUTADOS-DETAQ-2017).

² Em 2011, o Ministério da Saúde, na tentativa de atrair mais médicos para a Saúde da Família, resolveu flexibilizar a carga horária dos profissionais das ESFs, através da nova Política Nacional de Atenção Básica (Portaria GM/ MS nº. 2.488/2011). A referida Portaria também modificou a forma de repasse do Piso de Atenção Básica (PAB Variável), de acordo com os referidos regimes de trabalho dos médicos, ou “configurações das equipes”. estas passaram a ter número e carga de trabalho médico variado, mantendo inalterados, no entanto, o quantitativo e a carga de trabalho dos demais categorias profissionais que as compõem. (RODRIGUES, et al, 2013).