



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Juliana Roza Dias

**A Política Nacional de Atenção Básica 2017: repercussões nas práticas de
saúde de Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde**

Rio de Janeiro

2021

Juliana Roza Dias

**A Política Nacional de Atenção Básica 2017: repercussões nas práticas de saúde de
Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde**

Tese apresentada, como requisito parcial para
obtenção do título de Doutor, ao Programa de
Pós-Graduação de Enfermagem, da Universidade
do Estado do Rio de Janeiro. Área de
concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade

Orientadora: Prof. Dra. Sonia Acioli de Oliveira

Rio de Janeiro

2021

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB/B

D541 Dias, Juliana Roza.
A Política Nacional de Atenção Básica 2017: repercussões nas práticas de saúde de Enfermeiros e Agentes comunitários de Saúde / Juliana Roza Dias. – 2021.
294 f.

Orientadora: Sonia Acioli de Oliveira
Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Política de saúde – Teses. 2. Atenção primária à saúde - Teses. 3. Estratégia Saúde da Família - Teses. 4. Agentes comunitários de saúde - Teses. 5. Enfermeiros de saúde comunitária - Teses. 6. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde - Teses. I. Acioli, Sonia. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Bibliotecária: Adriana Caamaño CRB7/5235

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta Tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Juliana Roza Dias

A Política Nacional de Atenção Básica 2017: repercussões nas práticas de saúde de enfermeiros e agentes comunitários de saúde

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade

Aprovada em 12 de novembro de 2021.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Sonia Acioli de Oliveira (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof. Dr. Ricardo de Mattos Russo Rafael
Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Aluísio Gomes da Silva Junior
Universidade Federal Fluminense

Prof.^a Dra. Inês Leoneza de Souza
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2021

DEDICATÓRIA

Minha mãe, Sueli Clélia Roza, que a todo momento me apoiou incondicionalmente nas minhas escolhas e me ajudou a não desistir por meus sonhos.

Neide das Graças Silva Figueiredo (*in memoriam*), a melhor madrinha do mundo, que sempre tinha os melhores conselhos. Sei que, de onde estiver, estará com muito orgulho desta conquista na minha vida. Te amo para além da vida, Dindinha!

Ana Rocha Roza (*in memoriam*), minha vó querida, com toda a sua humildade não entenderia esse título, mas compreenderia o quanto é importante para minha vida, te amo eternamente.

João Carlos Dória e Radi Maria de Jesus Dória (*in memoriam*), que me receberam em sua casa no Rio de Janeiro e me trataram como filha. Tio João, sem você na minha vida ficaria mais difícil, obrigada pelo apoio e pelos ensinamentos para a vida que me fizeram seguir em frente.

E, por fim, aos trabalhadores da saúde da Atenção Primária do Brasil.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por me iluminar sempre.

A Sonia Acioli, que desde a graduação me conduziu com muita ética, competência, generosidade e amorosidade pelos caminhos da pesquisa e da Enfermagem na Saúde Coletiva. Não existem palavras para expressar o significado da sua vida na minha. Você tem uma responsabilidade enorme nas minhas conquistas profissionais. Obrigada pela confiança e estímulo.

Ao Dr. Paulo Henrique de Almeida, com toda a sua sensibilidade, afetuosidade e criticidade ao conduzir a Disciplina de Políticas de Saúde no Instituto de Medicina Social (IMS) e me convidou gentilmente para o grupo de discussões sobre a Economia Política, abriu meus horizontes ideológicos e políticos para as ideologias de Marx, compreensão do método e para os temas que atravessariam as discussões desta tese.

Ao Dr. Ricardo Mattos, além de participar desta Tese como parte da Banca, diversas vezes gentilmente acolheu as minhas dúvidas metodológicas e contribuiu com sugestões valiosas acerca do meu objeto de pesquisa.

À Dra. Vanessa de Almeida, pela sua dedicação e competência, trouxe sugestões que me ajudaram a lapidar este estudo. Obrigada por confiar em mim e me oportunizar crescer profissionalmente na carreira acadêmica em meio à tantos convites de participação em rodas de conversas, oficinas e aulas para a graduação na Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/Universidade/Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (EEAP/UNIRIO). Serei eternamente grata.

Aos Doutores Inês Leoneza de Souza e Aluísio Gomes da Silva, por aceitarem o desafio de participarem desta banca. Suas contribuições foram decisivas para a análise crítica desta tese.

Aos funcionários e docentes do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem (PPGENF) pela atenção e paciência em diversos momentos de ansiedades durante o curso do Doutorado.

Aos colegas do grupo de pesquisa Saberes e Práticas em Enfermagem e Saúde Coletiva (SaPESC), agradeço pelas trocas, pelas discussões e construção de diálogos diversos e profundos acerca da Saúde Coletiva, em especial Prof., Dra. Mercedes, David Depret e

Adriana. Aos colegas do subgrupo: Jonathan, Noêmia, Fabiana, Alex Simões, Halene, Gláucia, Amanda, Anna Flávia, Gisele, Verônica, Danielle e Kaly.

Aos queridos companheiros de trabalho durante a minha passagem pelo Departamento de Enfermagem de Saúde Pública da Escola de Enfermagem Anna Nery (DESP/EEAN), Rachel Figueiró, Angela Mendes Abreu, Andreza, que gentilmente contribuíram para minha formação docente.

Às colegas professoras substitutas da EEAN, Angela Barros, Bianca, Juliana Domingues, Cristiane e Larissa Matos que foram importantes nesta caminhada.

Às amigas de grupo de pesquisa de longa data que me incentivaram e me mostraram que era possível realizar este sonho: Magda Faria e Luciana Valadão.

Ao meu esposo, Sherllen Monterrazo Morais, pelo apoio e paciência em diversos momentos de ausências. Obrigada por trazer-me aquele café revigorante nos momentos de tensão e cansaço.

À amiga Marcia Cesar, por sua amizade e solidariedade em contribuir com esta tese de forma efetiva e emocional. Foi compartilhando nossos anseios e medos que conseguimos concluir o tão sonhado doutorado!

À coordenação e centro de estudos da AP 3.1 por autorizar este estudo e estarem sempre à disposição de nós pesquisadores.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), pela bolsa de doutorado e pelos recursos financeiros para realização da pesquisa.

À minha psicóloga Vanilda da Centro Especializado de Atendimento à Mulher de Volta Redonda (CEAM-VR) que me auxiliaram no momento crucial da minha vida, me ajudando a transformar um trauma em motivação e luta!

Às minha “primuska” Amanda Carla, à minha tia Leida, às minhas amigas e vizinhas Michelle, Sabrina, Samantha, Marlene (*in memoriam*), Maura e Rita por todo apoio e conhecer verdadeiro significado da frase: “Ninguém larga a mão de ninguém”!

E, por fim, a todos que contribuíram indiretamente para essa conquista!

Pra não dizer que não falei das flores

Caminhando e cantando e seguindo a canção
Somos todos iguais, braços dados ou não
Nas escolas, nas ruas, campos, construções
Caminhando e cantando e seguindo a canção
Vem, vamos embora, que esperar não é saber
Quem sabe faz a hora, não espera acontecer
Vem, vamos embora, que esperar não é saber
Quem sabe faz a hora, não espera acontecer
Pelos campos há fome em grandes plantações
Pelas ruas marchando indecisos cordões
Ainda fazem da flor seu mais forte refrão
E acreditam nas flores vencendo o canhão
Vem, vamos embora, que esperar não é saber
Quem sabe faz a hora, não espera acontecer
Vem, vamos embora, que esperar não é saber
Quem sabe faz a hora, não espera acontecer
Há soldados armados, amados ou não
Quase todos perdidos de armas na mão
Nos quartéis lhes ensinam uma antiga lição
De morrer pela pátria e viver sem razão
Vem, vamos embora, que esperar não é saber
Quem sabe faz a hora, não espera acontecer
Vem, vamos embora, que esperar não é saber
Quem sabe faz a hora, não espera acontecer
Nas escolas, nas ruas, campos, construções
Somos todos soldados, armados ou não
Caminhando e cantando e seguindo a canção
Somos todos iguais, braços dados ou não
Os amores na mente, as flores no chão
A certeza na frente, a história na mão
Caminhando e cantando e seguindo a canção
Aprendendo e ensinando uma nova lição
Vem, vamos embora, que esperar não é saber
Quem sabe faz a hora, não espera acontecer
Vem, vamos embora, que esperar não é saber
Quem sabe faz a hora, não espera acontecer
Vem, vamos embora, que esperar não é saber
Quem sabe faz a hora, não espera acontecer
Vem, vamos embora, que esperar não é saber
Quem sabe faz a hora, não espera acontecer
Vem, vamos embora...

RESUMO

DIAS, Juliana Roza. **A Política Nacional de Atenção Básica 2017**: repercussões nas práticas de saúde de Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde. 2021. 294f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

Esta tese teve como objeto as repercussões nas práticas de saúde de Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde do município do Rio de Janeiro, estado do Rio de Janeiro a partir da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) implementada no ano de 2017. Possui como objetivo geral analisar as repercussões da Política Nacional de Atenção Básica de 2017 nas práticas dos trabalhadores enfermeiros e agentes comunitários de saúde do município do Rio de Janeiro/RJ, considerando as políticas voltadas para a Atenção Primária à Saúde e a gestão de saúde do município. Defendemos a tese que “As práticas de saúde dos enfermeiros e agentes comunitários de saúde na Atenção Primária à Saúde foram descaracterizadas pela Política Nacional de Atenção Básica 2017, interferindo e desconstruindo o perfil de competências desses profissionais”. Trata-se de uma investigação com abordagem mista apoiada no referencial teórico do materialismo histórico e dialético. Participaram do estudo enfermeiros e agentes comunitários de saúde das Unidades de Atenção Primária constituídas por equipes de Saúde de Família da AP 3.1, região Metropolitana I, município do Rio de Janeiro (RJ). A coleta dos dados foi realizada entre os meses de agosto de 2020 a abril de 2021 por meio de formulários online e entrevistas por videoconferência. Para o tratamento dos dados quantitativos foi utilizado o pacote estatístico *Statistical Package for the Social Science* versão 23. Os dados quantitativos foram analisados e receberam os seguintes tratamentos estatísticos: análise univariada a partir da estatística descritiva, com valores brutos e percentuais; verificação da Média, Mediana e Desvio Padrão. Foram aplicados os testes de normalidade Kolmogorov-Smirnova e Shapiro-Wilk para direcionar a escolha dos testes (paramétricos ou não paramétricos). Os dados qualitativos foram submetidos à luz da análise de conteúdo temática e emergiram três categorias temáticas: 1- As alterações estruturais e funcionais da Atenção Primária à Saúde; 2- As implicações da reestruturação do processo de trabalho, atribuições e organização do agente comunitário de saúde na Atenção Primária à Saúde e 3- A PNAB 2017 e suas repercussões para os usuários e para o modelo Estratégia Saúde da Família. Na identificação das alterações que repercutiram nas suas práticas de saúde, para os ACS, observamos as tendências negativas de repercussão sendo o financiamento de outras modalidades de equipe de APS, o ACS como facultativo nessas equipes e a vinculação do usuário em outras unidades de saúde. Com tendências positivas de repercussão nas práticas, encontramos o critério de formação de ensino superior e preferencialmente da área de saúde aos gerentes das Unidades Básicas, a mudança da nomenclatura do NASF para NASF-AB e a oferta de serviços essenciais e ampliados. Para os enfermeiros, encontramos os mesmos resultados com tendências de repercussões negativas. Nas avaliações das tendências positivas emergiram o reconhecimento da figura do gerente e seus critérios para ocupação no cargo. A partir deste estudo, confirmou-se a tese de que a PNAB 2017 promoveu importantes mudanças na organização dos serviços, nos processos de trabalho, nas atribuições dos profissionais, apresentando repercussões negativas nas práticas de saúde dos enfermeiros e ACS.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família. Política Pública. Política de Saúde.

ABSTRACT

DIAS, Juliana Roza. **The 2017 National Primary Care Policy**: repercussions on the health practices of Nurses and Community Health Agents. 2021. 294f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

This thesis had as its object the repercussions on the health practices of Nurses and Community Health Agents in the city of Rio de Janeiro, state of Rio de Janeiro, based on the National Primary Care Policy (PNAB) implemented in 2017. Its general objective is to analyze the repercussions of the 2017 National Policy for Primary Care on the practices of nurses and community health agents in the municipality of Rio de Janeiro/RJ, considering the policies aimed at Primary Health Care and health management in the municipality. We defend the thesis that "The health practices of nurses and community health agents in Primary Health Care were mischaracterized by the 2017 National Primary Care Policy, interfering and deconstructing the profile of these professionals' competencies". This is an investigation with a mixed approach. To anchor this study, we chose the theoretical framework of historical and dialectical materialism. The study was carried out with nurses and community health agents from the Primary Care Units made up of Family Health teams from AP 3.1, Metropolitan Region I, city of Rio de Janeiro (RJ). Nurses and community health agents participated in the study. Data collection was carried out between the months of August 2020 and April 2021. Data were obtained through online forms and interviews via videoconference. For the treatment of quantitative data, the statistical package *Statistical Package for the Social Science* version 23 was used. Sociodemographic and professional data were analyzed and received statistical treatment through univariate analysis from descriptive statistics, with raw values and percentages. Data related to the repercussions of the 2017 PNAB in the practices of PC professionals were analyzed by checking the Mean, Median and Standard Deviation. The Kolmogorov-Smirnova and Shapiro-Wilk normality tests were applied to guide the choice of tests (parametric or non-parametric). Qualitative data were submitted in the light of thematic content analysis and three thematic categories emerged: 1- Structural and functional changes in Primary Health Care; 2- The implications of restructuring the work process, attributions and organization of the community health agent in Primary Health Care and 3- The PNAB 2017 and its repercussions for users and for the Family Health Strategy model. In identifying the changes that impacted their health practices, for the CHA, we observed the negative repercussion trends being the financing of other types of PHC team, the CHA as optional in these teams and the user's connection in other health units. With positive trends of repercussions in practices, we find the criterion of higher education training and preferably in the health area to managers of Basic Units, the change of nomenclature from NASF to NASF-AB and the offer of essential and expanded services. For nurses, we found the same results with trends of negative repercussions. In the evaluations of positive trends, the recognition of the manager figure and his criteria for occupying the position emerged. From this study, the thesis that the 2017 PNAB promoted important changes in the organization of services, in work processes, in the attributions of professionals was confirmed, with negative repercussions on the health practices of nurses and CHAs.

Keywords: Primary Health Care. Family Health. Public Policy. Health Policy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Comparativo entre a PNAB 2011 e 2017 – Brasil – 2018	73
Quadro 2 -	Práticas administrativas e assistenciais específicas dos ACS e as comuns a todos os profissionais da Estratégia Saúde da Família	96
Quadro 3 -	Síntese dos aspectos metodológicos do estudo	100
Figura 1 -	Diagrama representativo do estudo explicitando o desenho do estudo relacionado ao referencial teórico metodológico	101
Figura 2 -	Mapa divisão regional do estado do Rio de Janeiro	107
Figura 3 -	Mapa com a distribuição das áreas de planejamento do município do Rio de Janeiro	108
Figura 4 -	Distribuição das Unidades de Saúde no Município do Rio de Janeiro - set/2020	109
Gráfico 1 -	Análise da Cobertura de ESF e AB no município do Rio de Janeiro (2006-2020)	109
Quadro 4 -	Demonstrativo do número de equipes de Saúde da Família do Município do Rio de Janeiro – 2020	111
Figura 5 -	Mapa dos territórios cobertos pela APS na AP 3.1 do município do Rio de Janeiro - 2011	112
Quadro 5 -	Evolução da Cobertura de ESF, número de equipes de Saúde da Família e equipes de ACS no município do Rio de Janeiro (2010-2020)	113
Quadro 6 -	Demonstrativo das etapas da pesquisa e seus respectivos participantes, instrumentos de coleta dos dados e cenário do estudo	114
Gráfico 2 -	Distribuição da participação dos profissionais de saúde no estudo segundo a sua categoria profissional - Rio de Janeiro – 2021	125
Quadro 7 -	Análise comparativa das questões por eixos relacionadas a PNAB 2017 que repercutiram nas práticas dos profissionais da Atenção Primária Síntese de comparação dos eixos de repercussão positiva e negativa entre enfermeiros e agentes comunitários de saúde	141
Quadro 8 -	Identificação das tendências de repercussões nas práticas de saúde dos ACS e enfermeiros referente ao financiamento e a despriorização do modelo de Estratégia Saúde da Família.....	148

Quadro 9 -	Identificação das tendências de repercussões nas práticas de saúde dos ACS e enfermeiros referente ao reconhecimento do gerente da UBS e seus pré-requisitos	152
Quadro 10 -	Identificação das tendências de repercussões nas práticas de saúde dos ACS e enfermeiros referente à permissão de vinculação dos usuários em mais de uma Unidade Básica de Saúde	155
Quadro 11 -	Identificação das tendências de repercussões nas práticas de saúde dos ACS e enfermeiros referente à diferenciação da carga horária entre as equipes de Saúde da Família e das equipes de Atenção Básica	161
Quadro 12 -	Identificação das tendências de repercussões nas práticas de saúde dos ACS e enfermeiros referente à alteração da nomenclatura do NASF para NASF-AB	166
Quadro 13 -	Identificação das tendências de repercussões nas práticas de saúde dos ACS e enfermeiros referente à incorporação dos serviços essenciais e ampliados	170
Quadro 14 -	Identificação das tendências de repercussões nas práticas de saúde dos ACS e enfermeiros referente à cobertura populacional e população adscrita	175
Figura 6 -	Síntese das contradições e estranhamentos identificados na Categoria Temática 1.....	183
Quadro 15 -	Identificação das tendências de repercussões nas práticas de saúde dos ACS e enfermeiros referente ao número de ACS nas diferentes modalidades de equipe	186
Quadro 16 -	Identificação das tendências de repercussões nas práticas de saúde dos ACS e enfermeiros referente ao ACS ser facultativo nas equipes de Atenção Básica.....	190
Quadro 17 -	Identificação das tendências de repercussões nas práticas de saúde dos ACS e enfermeiros referente à inclusão do ACE na equipe de Saúde da Família e acumular atribuições dos ACS.....	193
Figura 7 -	Síntese das contradições e estranhamentos identificados na Categoria Temática 2	212
Figura 8 -	Síntese das contradições e estranhamentos identificados na Categoria	

Temática 3	229
Quadro 18 - Identificação das tendências de repercussões nas práticas de saúde dos ACS e enfermeiros referente à inclusão de novas atribuições	199
Quadro 19 - Síntese das unidades de registro e temas na análise de conteúdo	286
Quadro 20 - Demonstrativo da construção de categorias na análise de categorias	288

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos participantes em relação aos dados sociodemográficos e profissionais de Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde	126
Tabela 2 -	Distribuição dos Enfermeiros em relação a outro vínculo empregatício - Rio de Janeiro – 2021	130
Tabela 3 -	Distribuição dos Enfermeiros em relação à sua formação profissional ..	131
Tabela 4 -	Análise descritiva das questões por eixos relacionadas à PNAB 2017, que repercutiram nas práticas dos profissionais da APS, Agente Comunitário de Saúde (n=53)	133
Tabela 5 -	Análise descritiva das questões por eixos relacionadas a PNAB 2017, que repercutiram nas práticas dos profissionais da Atenção Primária, Enfermeiros (n=26)	136
Tabela 6 -	Análise da Média, Mediana e Desvio padrão dos eixos segundo os profissionais da Atenção Primária-Agente Comunitário de Saúde e Enfermeiros (n= 79)	139
Tabela 7 -	Características sociodemográficas e profissionais dos ACS, segundo os eixos, mudanças quanto ao financiamento, processos organizacionais da AB e oferta nacional de serviços e ações essenciais e ampliados da AB (n=53)	143
Tabela 8 -	Características sociodemográficas e profissionais dos Enfermeiros da AB segundo os eixos, mudanças quanto ao financiamento, processos organizacionais da AB e oferta nacional de serviços e ações essenciais e ampliados da AB	144

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ABENFO	Associação Brasileira de Enfermagem Obstetrícia
ABIH	Associação Brasileira de Infecção Hospitalar
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABS	Atenção Básica de Saúde
ACE	Agente de Combate a Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADAPS	Agência para o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
ALAMES	Associação Latino-americana de Medicina Social
AP	Áreas de planejamento
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Coordenadoria de Saúde da Área de Planejamento
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CHERRIES	<i>The Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys</i>
CNA	Confederação Nacional da Agricultura
CNI	Confederação Nacional da Indústria
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CPLP	Comunidade dos Países de Língua Portuguesa
CRIS	Centro de Relações Internacionais em Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DE	Demanda espontânea
EAB	Estratégias de Atenção Básica
eAB	Equipes de Atenção Básica
EACS	Estratégia de Agente Comunitário de Saúde
ENF-UERJ	Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

ESB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAT	Fundo de Amparo ao Trabalhador
Febraban	Federação Brasileira de Bancos
Fiesp	Federação das Indústrias do Estado de São Paulo
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FMI	Fundo Monetário Internacional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP	Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MHD	Materialismo histórico e dialético
MRJ	Município do Rio de Janeiro
MRSB	movimento da Reforma Sanitária Brasileira
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
N-ICSAP	Não relacionadas às internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
OMC	Organização Mundial do Comércio
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OSCIPS	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PACS	Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Áreas de Saúde e Saneamento
PIB	Produto interno bruto
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PMB	Programa Médicos pelo Brasil
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PROFAGS	Programa de Formação Técnica em Enfermagem para Agentes de

	Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RA	Regiões Administrativas
RAIS	Relação Anual de Informações Sociais
RAS	Rede de Atenção à Saúde
REDE APS	Rede de Pesquisa em Atenção Primária
RETS	Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde
RJ	Rio de Janeiro
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SaPESC	Saberes e Práticas em Enfermagem e Saúde Coletiva
SciELO	<i>Scientific Electronic Library</i>
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SOBECC	Sociedade Brasileira de Enfermagem em Centro Cirúrgico
SOBEST	Sociedade Brasileira de Estomaterapia
Sudene	Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade básica de Saúde da Família
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UR	Unidades de registro
US	Unidades de significação
UT	Unidade temática

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	19
1	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO CONCEITUAL	28
1.1	Capitalismo: conceitos da economia política e relações com a saúde.....	28
1.2	Contextos de construção do SUS: contradições, ideologias e políticas...	40
1.3	A Atenção Primária à Saúde no Brasil: concepções, influências e desafios	46
1.4	Estratégia Saúde da Família: a reorientação dos modelos da atenção à saúde	55
1.4.1	<u>A organização estrutural e funcional da Estratégia Saúde da Família</u>	60
1.5	As Políticas Nacionais de Atenção Básica: avanços e retrocessos	63
1.5.1	<u>PNAB 2017: contextos, mudanças estruturais, comparações, evoluções e retrocessos</u>	65
1.5.1.1	A despriorização do modelo da Estratégia Saúde da Família	74
1.5.1.2	Novas regras para a população adscrita	76
1.5.1.3	Pacotes de serviços essenciais e ampliados	76
1.5.1.4	Critérios para definição do tipo de equipes e o número de ACS	77
1.5.1.5	A diferenciação da carga horária dos profissionais entre as equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Básica	78
1.5.1.6	O reconhecimento da figura do gerente de Atenção Básica	79
1.5.1.7	Novas Atribuições aos Agentes Comunitários de Saúde: medidas ilegais e que reforçam o modelo biomédico	81
1.6	As práticas de saúde de enfermeiros e agentes comunitários de saúde na estratégia saúde da família	82
1.6.1	<u>Práticas de saúde dos Enfermeiros na Estratégia Saúde da Família</u>	85
1.6.2	<u>Práticas de saúde dos Agentes Comunitários de Saúde na Estratégia Saúde da Família</u>	93
2	ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA	98
2.1	Tipo de estudo	98
2.2	Abordagem teórica na perspectiva do materialismo histórico e dialético	102

2.3	Desenho metodológico do estudo	107
2.3.1	<u>Cenário do estudo</u>	107
2.3.2	<u>Área Programática 3.1</u>	110
2.4	Participantes do estudo e coleta dos dados	113
2.4.1	<u>Formulário online</u>	114
2.4.2	<u>Entrevista semiestruturada por videoconferência</u>	118
2.5	Tratamento e análise dos dados	118
2.5.1	<u>Primeira etapa de análise – dados quantitativos</u>	118
2.5.2	<u>Segunda etapa de análise – dados qualitativos</u>	119
2.6	Aspectos Éticos	120
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	125
3.1	Caracterização dos participantes do estudo	125
3.2	Avaliação das repercussões da PNAB 2017 nas práticas dos ACS e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família: análise estatística	132
3.3	Diálogo sobre as repercussões da PNAB 2017 nas práticas de saúde de Agentes Comunitários de Saúde e Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família: análise dos dados qualitativos	145
3.3.1	<u>Categoria 1 - As alterações estruturais e funcionais da Atenção Primária à Saúde</u>	146
3.3.2	<u>Categoria 2 – As implicações da reestruturação do processo de trabalho, atribuições e organização do agente comunitário de saúde na Atenção Primária à Saúde</u>	185
3.3.2.1	Subcategoria: As mudanças na organização e na configuração do ACS	186
3.3.2.2	Subcategoria: A integração dos Agentes Comunitários de Saúde e Agente de Combate a Endemias	193
3.3.2.3	Subcategoria: A inclusão de procedimentos técnicos de enfermagem como atribuições aos ACS	199
3.3.3	<u>Categoria 3 – A PNAB 2017 e suas repercussões para os usuários e para o modelo Estratégia Saúde da Família</u>	214
3.3.3.1	Subcategoria: As repercussões da PNAB 2017 para os usuários e comunidade na visão dos agentes comunitários de saúde e enfermeiros da ESF	214

3.3.3.2	Subcategoria: As repercussões para os modelos de atenção à saúde e as influências da gestão municipal	219
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	232
	REFERÊNCIAS	237
	APÊNDICE A - Formulário online para os Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde	271
	APÊNDICE B - Roteiro da entrevista por videoconferência - Enfermeiros e ACS	279
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Questionário online para Enfermeiros e ACS	281
	APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os Enfermeiros/ ACS - Entrevista semiestruturada por videoconferência	283
	APÊNDICE E - Síntese das unidades de registro e temas na análise de conteúdo	286
	APÊNDICE F - Demonstrativo da construção de categorias na análise de categorias	288
	ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética da UERJ	291
	ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética da SMS/RJ	293

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Esta tese¹ de doutorado tem como objeto de estudo as repercussões nas práticas de saúde de Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde do município do Rio de Janeiro, pertencente ao estado do Rio de Janeiro (RJ), a partir da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) implementada no ano de 2017.

No Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, desde estabelecimento do Programa em 1994, e depois, na Estratégia Saúde da Família (ESF) e nas edições anteriores das Políticas de Atenção Básica (2006d e 2011), a Atenção Primária como escolhida como uma estratégia central na organização e na reorientação do modelo de atenção à saúde (MENDONÇA *et al.*, 2018). Contudo, com o papel central na organização da rede de atenção à saúde no SUS, temos a Atenção Primária à Saúde² (APS), tendo como suas principais atribuições: ser a porta de entrada do sistema de serviços de saúde, oferecer serviços de saúde; oferecer serviços com boa infraestrutura e qualidade bem integrados à rede assistencial; exercer um cuidado longínquo, com resolutividade da maioria das demandas da população; definir e orientar o caminho do usuário na rede de serviços com base nas necessidades de saúde; realizar a coordenação do cuidado, considerando os fluxos estabelecidos; responsabilizar-se pela população de seu território, incentivar a ação comunitária e medir as ações intersetoriais para ampla abordagem dos determinantes sociais e promover a saúde (BRASIL, 2006d, 2011).

A ESF é um modelo de atenção à saúde essencial na ordenação da APS. Haja vista ao seu alcance na população brasileira, em que houve uma importante expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) em todo o território nacional, com forte indução e apoio do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) sendo considerada, enquanto estratégia prioritária de estruturação da APS e a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (MALTA *et al.*, 2013).

¹ Esta tese pertence ao curso de doutorado em Enfermagem do Programa de pós-graduação *strictu sensu*, da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (ENF-UERJ), inserida na linha de pesquisa ‘Saberes, Políticas e Práticas em Saúde Coletiva e Enfermagem’. Compondo esta linha de pesquisa, componho como doutoranda, no grupo de Pesquisa Saberes e Práticas em Enfermagem e Saúde Coletiva (SaPESC) coordenado pela Prof.^a Dra. Sonia Acioli, orientadora deste estudo. O SaPESC realiza estudos nas seguintes linhas: Matrizes teóricas e desenvolvimentos metodológicos do campo da Educação Popular em Saúde; os diálogos teóricos-metodológicos entre as práticas de Enfermagem, Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Saberes e Práticas de cuidado de enfermagem e saúde na Saúde Coletiva/ Comunitária empregando abordagens metodológicas qualitativas e quantitativas.

² Nesta tese optamos pela utilização do termo Atenção Primária à Saúde compreendendo a constituição de sistemas universais, pautado pela noção de direito à saúde, pela integralidade da atenção, pelo combate às iniquidades sociais e pela democratização e participação social (MENDONÇA *et al.*, 2018, p. 35).

Passados 33 anos da criação do SUS, porém, diante do contexto de crise política e econômica do país, é necessário refletir acerca dos seus desafios e ameaças, já que estamos longe de superar o modelo centrado na doença e na assistência médico-hospitalar (MALTA *et al.*, 2018). Contudo, vale ressaltar que “o SUS foi implantado, mas não se encontra consolidado” (PAIM, 2018, p. 1.724) a ponto de alterarem de forma expressiva, o modo de produzir saúde e enfrentar os determinantes sociais do processo saúde – doença (MALTA *et al.*, 2018).

Para Mendes (2019b), entre os desafios do SUS estão a organização macroeconômica do sistema de atenção à saúde, que se expressa no dilema fundamental entre a segmentação e a universalização; o modelo de atenção à saúde totalmente inadequado para a atual situação epidemiológica e demográfica no País; e a competição predatória entre o público e o privado.

Mendes, Carnut e Guerra (2018) apontam as péssimas condições dos equipamentos, infraestrutura física e insuficientes recursos humanos para atender as demandas das redes de atenção do SUS, a desvalorização salarial para os profissionais da saúde, e a escassa participação popular no controle social que são condições fundamentais para o fortalecimento dos princípios do SUS. E por fim, o modelo de financiamento da Saúde que é considerado o problema mais desafiador para a consolidação do SUS.

A Constituição Federal (CF) de 1988 estabelece as fontes para o financiamento do SUS, cujos recursos compõem um fundo com orçamento específico, o orçamento da Seguridade Social, dos quais 30%, excluído o seguro-desemprego, os quais deveriam ser destinados ao setor saúde até que a lei de diretrizes orçamentárias fosse aprovada. No entanto, esta destinação de recursos nunca ocorreu, gerando graves crises no financiamento nos anos 90, sendo necessário o Ministério da Saúde (MS) recorrer à empréstimos de recursos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) para efetuar o pagamento de serviços prestados por estabelecimentos públicos e privados de saúde (VIEIRA, 2016a).

Para Vieira (2016b), o debate sobre o financiamento se estende desde a criação do sistema sendo ampliado nos últimos anos em que opta-se pela concessão de uma série de renúncias de contribuições fiscais e sociais que são fontes de financiamento, ao contrário de se preservarem as fontes de financiamento da seguridade social.

Nos países que possuem sistemas universais de saúde, os gastos com os serviços públicos estão próximos aos 6% do produto interno bruto (PIB) enquanto no Brasil, o percentual encontra-se abaixo dos 4% do PIB (BRASIL, 2013). Segundo os dados do relatório da Secretaria do Tesouro Nacional (STN, 2018), “aspectos Fiscais da Saúde no

Brasil” , publicado pelo Banco Mundial no final de 2018, o gasto total em saúde no Brasil é de cerca de 8% do PIB onde 4,4% do PIB é de gastos privados (55% do total) e 3,8% PIB de gastos públicos (45% do total).

Para tanto, a coexistência do mix público-privado transversaliza e dificulta o seu fortalecimento desde a sua criação, trazendo através deste, tendências e características desestruturantes pelas atuais e futuras políticas de saúde no Brasil. Para Aciole (2006), o mix público e privado são coexistentes no Brasil, porém as diretrizes devem ser únicas, o que significa dizer que estas devem estar condicionadas à atuação reguladora do Estado, como anuncia a Constituição Federal.

O contexto de crise econômica e política, os iminentes retrocessos no que tange à garantia de direitos sociais, tem colocado em risco os ganhos já obtidos nas políticas públicas do nosso país, inclusive na política de saúde da Atenção Primária em Saúde, onde as práticas orientadas para o desmonte são visíveis neste projeto de desmantelamento (FAUSTO *et al.*, 2018).

A falta de prioridade ao SUS nos últimos governos e os ataques visando seu desmonte foram reforçados pela crise econômica, pelas políticas de austeridade fiscal e, especialmente, pela emenda Constitucional 95 (EC-95/2016) que congelou o orçamento público por 20 anos, impondo sobre o orçamento da saúde uma restrição que pode chegar a R\$ 640 bilhões, segundo estudo do IPEA (RAMOS, 2018; VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

Esse projeto de desmonte da saúde surgiu inicialmente através da terceira revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2017, que compreende o escopo desta pesquisa e foi promulgada por meio da Portaria GM/MS nº 2.436 de 21/09/2017 diante de muitas críticas de diversas entidades, instituições, sindicatos, conselhos e pesquisadores do campo da Saúde Coletiva.

Segundo os pesquisadores da Rede de Pesquisa em Atenção Primária³ (REIS, 2017), a PNAB 2017 deveria ser revisada compondo dos seguintes propósitos: a universalização do acesso à Atenção Primária à Saúde (APS) resolutiva e de qualidade; ACS reconhecidos como sujeitos da ação comunitária no território para a promoção da saúde; o financiamento suficiente e equitativo para a APS integral; o fortalecimento dos espaços democráticos de

³ A Rede de Pesquisa em Atenção Primária (REDE APS) da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO, 2017), atuante há 10 anos no acesso e no intercâmbio de conhecimento científico nacional e internacional sobre a Atenção Primária à Saúde. Redes de pesquisas foram estabelecidas em alguns países no contexto da APS para desenvolver e subsidiar tomadas de decisão em evidências científicas. ABRASCO. Disponível em: <https://redeaps.org.br/>.

participação e controle social; Mediação de ações intersetoriais para incidir na determinação social, promover a saúde e reduzir as desigualdades; Promover uma Gestão Pública democrática, participativa e transparente e a Formação de profissionais de saúde para a APS integral.

De fato, a política necessitava avançar nas discussões acerca da ampliação do acesso e da qualidade do mesmo a fim de consolidar a APS, mas não com a inclusão de aspectos que parecem representar um retrocesso para a APS e a inviabilização do SUS.

Houve uma consulta pública para a proposta de revisão da PNAB que durou apenas 15 dias, tendo recebido mais de 6 mil contribuições, porém nenhuma foram consideradas no documento final o que gerou diversas queixas e notas de repúdio de diversas entidades. O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES⁴) apontou para um “explícito desrespeito à participação popular, que é um dos princípios do SUS” e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO⁵) classificou a aprovação como “a toque de caixa” em momento de severa restrição de financiamento das políticas públicas.

Nota-se que o texto da PNAB 2017, possui uma redação cuidadosamente astuciosa e envolvente ao trazer conceitos reconhecidos e importantes congruentes com as diretrizes da APS, mas através de uma análise crítica e reflexiva é possível interpretar a sua real intencionalidade negativa para o Sistema de Saúde brasileiro.

Na PNAB vigente, a ESF não é mais o modelo de saúde priorizado pela APS no Brasil, já que direciona o seu financiamento para as modalidades de AB, reduz a carga horária dos médicos (o que precariza a longitudinalidade), flexibiliza a presença do ACS nas eAB e acrescenta atribuições e agrega práticas de enfermagem aos ACE, o que descaracteriza os princípios organizativos da APS (REIS, 2017).

⁴O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) é uma entidade nacional criada em 1976, cuja missão histórica é a luta pela democratização da sociedade e a defesa dos direitos sociais, em particular o direito universal à saúde. Como espaço plural suprapartidário, o Cebes reúne ativistas, lideranças, pesquisadores, professores, profissionais e estudantes. Mais do que isso, articula e participa de frentes e alianças com diversos movimentos sociais, grupos e entidades da sociedade civil. Em conjunto com outras entidades parceiras na luta pela saúde, o Cebes forma o movimento da reforma sanitária brasileira, e produz e divulga informações, conhecimentos e análises críticas em saúde voltados para fortalecer sujeitos instituintes por meio da ampliação do pensamento crítico e da consciência sanitária, elementos essenciais a prática e ação política (CEBES, 2021). Disponível em: <http://cebes.org.br/o-cebes/quem-somos/>.

⁵A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), desde sua criação em 1979, atua como uma instituição de apoio e articulação entre os centros de treinamento, ensino e pesquisa em Saúde Coletiva para fortalecimento mútuo das entidades associadas e para ampliação do diálogo com a comunidade técnico-científica e desta com os serviços de saúde, as organizações governamentais e não governamentais e a sociedade civil (ABRASCO, 2019). Disponível em: <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/novidades/abrasco-completa-40-anos/76?id=76>.

Apesar dos problemas e desafios reconhecidos da APS no Brasil, como a posição periférica no sistema de saúde, a formação e fixação de trabalhadores alinhados ao projeto transformador do SUS, a revisão da PNAB em 2017, ignora esses desafios propondo o direcionamento imediato ao retrocesso (ALMEIDA *et al.*, 2018).

Para tanto, a PNAB 2017 suprime os princípios da universalização do acesso através da relativização da organização da APS, por meio do favorecimento de outros modelos de atenção à saúde, considerados obsoletos e insuficientes em relação aos problemas/necessidades de saúde dos brasileiros. Esta Política desconsidera descaradamente as evidências científicas em prol dos custos econômicos, levando ao retrocesso em que o acolhimento, o território e o perfil sociodemográfico não mais terão espaço na programação do cuidado (SPERLING, 2018). Segundo o Departamento de Atenção Básica (BRASIL, 2020c), até julho de 2020 a ESF cobria 63,74% da população brasileira através de 43.369 mil equipes implantadas.

O pacote de retrocessos na saúde não parou desde 2017, com diversos ataques. Podemos citar, por exemplo, a redução de agentes comunitários de saúde, a flexibilização de carga horária de profissionais, a abolição da prioridade para a ESF, a extinção dos Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), perda de profissionais com a finalização do Programa Mais Médicos, desincentivos a abordagem territorial com o novo modelo de financiamento da atenção básica com base em número de cadastrados (MEDINA, 2020).

Contudo, Bahia (2017, p. 159) aponta que trinta anos após a constituição de 1998, houve avanços, impasses e retrocessos; assim como as adaptações na compreensão do SUS e do setor privado.

Nesse contexto, a saúde torna-se objeto fundamental na acirrada competição do setor privado pelo fundo público, em um insidioso propósito de transformar em mercadoria as mais diversas dimensões do viver humano em sociedade (MOROSINI; FONSECA, 2017).

Diante do desmonte progressivo da face pública do Estado brasileiro e de suas instituições democráticas, as políticas públicas, de um modo geral, e o Sistema Único de Saúde, em particular, têm sofrido pressões para a conversão integral dos direitos sociais à lógica de mercado, vale ressaltar a importância da ESF como ordenadora da APS para os cuidados, do acesso aos serviços de saúde e organização do SUS.

Concomitante aos processos de desmantelamento, a fragilização da APS ocorreu em um momento de grande importância para a população brasileira com o atravessamento de uma

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

Nos aproximando do cenário desta pesquisa, somente no Município do Rio de Janeiro (MRJ), no ano de 2017, a cobertura da ESF estimada da população era de 62,66% com 1.180 equipes implantadas. Atualmente a cobertura de ESF está estimada em 39,63% com 772 equipes implantadas (BRASIL, 2020c).

O governo Crivella propôs, no final do ano de 2018, o Projeto de Lei Orçamentária através do documento “Reorganização dos Serviços de Atenção Primária à Saúde” para o ano de 2019 onde previa um corte de R\$ 725 milhões para a pasta da saúde da capital fluminense, onde a APS seria a área mais atingida (RIO DE JANEIRO, 2018).

Podemos observar que desde 2017, na cidade do Rio de Janeiro, vem acontecendo progressivamente um desmonte dos cuidados primários em saúde sob a arguição de fragilidades econômicas e de preconizações da PNAB 2017 para garantir a viabilidade econômica da APS no município (TEIXEIRA JUNIOR *et al.*, 2020).

Os pesquisadores da ABRASCO, através da reportagem “A crise que esmaga a saúde do Rio de Janeiro” (REIS, 2018), apontam que a reorganização dos serviços de atenção primária na forma proposta tem impacto direto no número de equipes e na qualificação das mesmas, onde se iniciou o corte de 239 equipes, sendo 184 de saúde da família e 55 de saúde bucal, e destituindo 1.400 postos de trabalho. Com isso, estima-se que cerca de 1.200.000 pessoas ficaram sem cobertura de APS no MRJ. Estas mudanças na Política Nacional de Atenção Básica podem trazer grandes impactos negativos no acesso à saúde, pois ferem os princípios e diretrizes do SUS e enfraquecem a ESF, que por anos foi o modelo ordenador da APS no Brasil.

Questões Norteadoras

A partir desta contextualização em torno do objeto deste estudo, delineou-se a seguinte questão norteadora: Quais as mudanças e transformações nas práticas dos trabalhadores de saúde: Enfermeiros e ACS. E, suas repercussões na implementação da PNAB 2017 considerando a gestão da saúde do município do RJ?

Pressuposto de Tese

Diante das inquietações quanto às repercussões da Política Nacional de Atenção Básica em 2017 nas práticas de saúde dos enfermeiros e ACS da ESF, apresentamos o seguinte pressuposto de tese: “As práticas de saúde dos enfermeiros e agentes comunitários de saúde na Atenção Primária à Saúde foram descaracterizadas pela Política Nacional de Atenção Básica 2017, interferindo e desconstruindo o perfil de competências desses profissionais”.

Objetivos

Objetivo geral

Analisar as repercussões da Política Nacional de Atenção Básica de 2017 nas práticas dos trabalhadores enfermeiros e agentes comunitários de saúde do município do Rio de Janeiro/RJ, considerando as políticas voltadas para a Atenção Primária à Saúde e a gestão de saúde do município.

Objetivos Específicos:

- a) Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos trabalhadores enfermeiros e agentes comunitários de saúde da ESF do município do Rio de Janeiro/RJ;
- b) Identificar as repercussões da PNAB 2017 na prática dos trabalhadores enfermeiros e agentes comunitários de saúde da ESF do município do Rio de Janeiro considerando o contexto de gestão municipal de saúde e as políticas voltadas para Atenção Primária à Saúde no Brasil;
- c) Discutir as repercussões da PNAB 2017 nas práticas de saúde dos trabalhadores enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família do município do Rio de Janeiro/RJ.

Justificativa do estudo

Com o propósito de se delimitar o objeto, justificar e demonstrar a relevância deste estudo foi realizada uma revisão integrativa de literatura sobre a temática, na Biblioteca Virtual em Saúde e na base dados da *Scientific Electronic Library* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Google Scholar em agosto de 2020. Teve como objetivo de identificar as possíveis repercussões da revisão da Política Nacional de Atenção Básica nas publicações científicas brasileiras. Foi empregada a combinação dos seguintes descritores: Atenção Primária à Saúde, Saúde da Família, Política pública e Política de saúde. Ao aplicar os critérios de inclusão: textos completos e disponíveis, idioma português e publicado entre os anos de 2017 e 2020, a revisão de literatura analisou 10 publicações relacionadas à temática.

Evidenciamos três eixos temáticos da PNAB 2017: a) As alterações estruturais e organizativas na APS; b) A atual Conjuntura política e econômica influenciadora da alteração da Política; c) A ameaça ao Sistema de Saúde através do desmonte da ESF (ABRASCO, 2017; ALMEIDA, 2018; ALMEIDA *et al.*, 2018; ANDRADE; BRAGANTE, 2018; CECÍLIO; REIS, 2018; GIOVANELLA, 2018; MELO *et al.*, 2018; MOROSINI; FONSECA, 2017; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018; SPERLING, 2018).

Esse estudo justifica-se face a necessidade de investigar as repercussões desta política na ESF no município do Rio de Janeiro, onde a PNAB 2017 parece ter encontrado oportunidades para o seu desenvolvimento, a partir de evidências da sua implementação e com diminuição de aproximadamente 25% na taxa de cobertura e a diminuição de equipes e de ACS nas unidades de Saúde da Família (BRASIL, 2020d; REIS, 2018).

Contudo, torna-se esse estudo importante na busca de evidências científicas das repercussões da PNAB 2017 para modelo da ESF e conseqüentemente nas práticas de saúde de enfermeiros e agentes comunitários de saúde.

Relevância e Contribuições do estudo

Pretende-se que este estudo promova a discussão nas instâncias públicas e privadas de ensino e nas unidades de atenção primária, do desenvolvimento do olhar crítico e reflexivo dos profissionais da saúde, docentes e da sociedade brasileira em relação às contradições

influentes no fortalecimento da APS e do SUS, envolvida por interesses políticos partidários e econômicos da rede privada.

O estudo servirá como subsídio na formação e qualificação de profissionais de saúde da APS despertando maior envolvimento nas construções e avaliações das políticas de saúde. Ressaltando a importância de suas práticas de saúde para a transformação social, fortalecidos nos princípios e diretrizes do SUS, inibindo a sua descaracterização em prol de interesses individuais.

Os resultados deste estudo, inseridos na linha de pesquisa Políticas e Práticas em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGENF/UERJ) e no grupo de pesquisa Saberes e Práticas em Enfermagem e Saúde Coletiva (SaPESC), contribuirão para a ampliação da produção do conhecimento e para a consolidação das pesquisas acerca das práticas de saúde dos profissionais e das políticas de saúde voltadas para APS.

Além disso, esta pesquisa contribuirá para reafirmar a ESF como o modelo de atenção à saúde eficiente na produção, orientação do cuidado e no desenvolvimento humano na APS. Destacando a importância da preservação dos princípios e diretrizes do SUS nas características e identidade das práticas de saúde dos enfermeiros e ACS.

1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO CONCEITUAL

Neste capítulo não temos a pretensão de penetrar na história das políticas públicas do Brasil, porém, destacamos algumas particularidades dos interesses capitalistas e das ideologias políticas que transversaliza essa biografia e justificam partes das convergências e das tensões sofridas desde a criação do SUS até as atuais políticas de saúde, inviabilizando a consolidação e o fortalecimento do SUS.

1.1 Capitalismo: conceitos da economia política e relações com a saúde

A organização da saúde e particularmente a construção SUS está sendo organizada histórica e transversalmente ao sistema capitalista. E como tudo neste sistema se transforma em mercadoria, a saúde também torna-se apropriada pelo mercado. Contudo, é necessária a compreensão do modo de produção capitalista sob a perspectiva de Karl Marx e de autores marxistas.

Desde o surgimento do capitalismo até a sua forma atual, ocorreram na sociedade diversas transformações. Essas se podem distinguir em três momentos no decorrer dos séculos: o capitalismo comercial, o industrial e o financeiro (PALES; FONSECA, 2015).

O capitalismo comercial foi a primeira forma assumida pelo capitalismo, solidificando-se entre os séculos XV e início do século XVII. Nesta fase, “acumulavam-se riquezas através do comércio de escravos, de metais preciosos e da exploração de terras recém-descobertas” (HIRANO, 1988, p.103).

O capitalismo financeiro, ou monopolista, onde há uma expressiva aceleração da mobilidade do capital, facilitado com os recursos da informática, em um mundo globalizado, em que o capital financeiro a cada dia fica mais desligado das atividades produtivas. “A tecnologia moderna estimula esse processo, mas não é de desconhecer que foram forças políticas que moldaram a fisionomia do mundo atual” (FURTADO, 1998, p. 74; PALES; FONSECA, 2015).

Karl Marx e Max Weber direcionaram suas teorias para a reflexão e análise do capitalismo industrial, iniciado no século XVIII, pois se preocuparam com este fenômeno devido aos seus impactos na sociedade (CATANI, 2017; PALES; FONSECA, 2015).

Max Weber traz explicações relacionadas aos fatores externos à economia, através de uma corrente culturalista onde “o capitalismo se constitui a partir da herança de um modo de pensar as relações sociais (as econômicas) ligada pelo movimento da reforma na Europa do protestantismo de Lutero e mais ainda do Calvinismo” (CATANI, 2017, p.4).

Assim, este conceito traz aspectos de extrema valorização do trabalho, a vocação, como prática de uma profissão e a criação de riquezas pelo trabalho. Estes aspectos ou características precisam estar atreladas ao indivíduo com a “mentalidade” ou “espírito capitalista” (CATANI, 2017).

Já Karl Marx defende uma corrente histórica para a concepção do capitalismo: “como sendo um determinado modo de produção de mercadorias, gerado historicamente desde o início da Idade Moderna e que encontrou sua plenitude no intenso processo de desenvolvimento industrial inglês, ao qual se chamou de Revolução Industrial” (CATANI, 2017, p. 4).

É necessária a compreensão da categoria dinheiro para entendermos o capitalismo e sua derivação do capital. Como ponto de partida, conforme aborda Marx no livro 1 de “O Capital”, na primeira seção “Mercadoria e Dinheiro”, trataremos brevemente a mercadoria e a teoria do valor.

Para Marx (2011, p. 97), “a mercadoria é, antes de tudo, um objeto externo, uma coisa que, por meio de suas propriedades, satisfaz necessidades humanas de um tipo qualquer” e o valor desta mercadoria é medida pela sua utilidade, ou seja, só é possível estabelecer o valor através do uso ou do consumo, sendo este valor de uso, o conteúdo material da riqueza. Assim, “na forma de sociedade que vamos considerar eles constituem simultaneamente os portadores materiais do valor de troca”.

Segundo Sousa e Carneiro (2015), as conexões sociais estabelecidas entre os produtores, tendo como a propriedade privada a divisão social do trabalho, são consideradas como o valor na mercadoria, a proporcionalidade da força de trabalho para a sua produção, logo, é necessário para a reprodução do detentor da força de trabalho. Portanto, o dinheiro assume como medida de valor da mercadoria e, através de seus proprietários, funcionam através dos meios de circulação:

A mercadoria que funciona como medida de valor e, desse modo, também como meio de circulação, seja em seu próprio corpo ou por meio de um representante, é dinheiro. O ouro (ou a prata) é, portanto, dinheiro. Ele funciona como dinheiro, por um lado, quando tem de aparecer em sua própria corporeidade dourada (ou prateada), isto é, como mercadoria-dinheiro, nem de modo meramente ideal, como em sua função de medida de valor, nem como capaz de ser representado, como em sua função de meio de circulação; por outro lado, quando, em virtude de sua função, seja ela realizada em sua própria pessoa ou por um representante, ele se fixa exclusivamente na figura de valor, a única forma adequada de existência do valor de troca, em oposição a todas as outras mercadorias como meros valores de uso (MARX, 2011, p. 157).

Para tanto, o dinheiro desempenha funções que estão parcialmente desvinculadas do processo de troca. No momento em que executam tais funções, ele demonstra a complexidade de seu papel social, transpondo a definição como mero facilitador das trocas de mercadorias (SOUSA; CARNEIRO, 2015). Contudo, Marx (2011) expõe três funções do dinheiro: a) entesouramento; b) o meio de pagamento; c) dinheiro mundial. O entesouramento é compreendido como meio de estoque ao substituir a mercadoria pelo dinheiro:

A mercadoria é vendida não para comprar mercadoria, mas para substituir a forma-mercadoria pela formad dinheiro. De simples meio do metabolismo, essa mudança de forma converte-se em fim de si mesma. A figura alienada [entäusserte] da mercadoria é impedida de funcionar como sua figura absolutamente alienável [veräusserliche], ou como sua forma-dinheiro apenas evanescente. Com isso, o dinheiro se petrifica em tesouro e o vendedor de mercadorias se torna um entesourador (MARX, 2011, p.158).

O meio de pagamento é consolidado através da circulação da mercadoria e da sua transformação em dinheiro pelas figuras do devedor e do comprador:

Um possuidor de mercadorias vende mercadoria existente, o outro compra como mero representante de dinheiro ou como representante de dinheiro futuro. O vendedor torna-se credor, o comprador, devedor. Dado que aqui se altera a metamorfose da mercadoria ou o desenvolvimento da sua forma-valor, também o dinheiro adquire uma outra função. Torna-se meio de pagamento (MARX, 2011, p.160).

O desenvolvimento do dinheiro como meio de pagamento torna necessárias acumulações de dinheiro para a data de vencimento das somas devidas. Enquanto com o progresso da sociedade burguesa o entesouramento desaparece como forma autônoma de enriquecimento, cresce, inversamente, com esse mesmo [progresso] sob a forma de fundo de reserva dos meios de pagamento (MARX, 2011, p. 164).

Contudo, ao executar a função de meio de pagamento, ele regula as relações entre devedores e credores, ao alcance em que os contratos estão mencionados em termos de dinheiro (SOUSA; CARNEIRO, 2015).

A terceira função do dinheiro, relacionado ao dinheiro mundial, está correlacionado ao comércio mundial, onde as mercadorias exercem o seu valor universal:

No comércio mundial, as mercadorias exibem universalmente o seu valor. A sua figura de valor autónoma opõe-se-lhes aqui também, portanto, como dinheiro mundial. Só quando no mercado mundial o dinheiro funciona, em âmbito pleno, como a mercadoria cuja forma natural é ao mesmo tempo uma forma de realização imediatamente social do trabalho humano in abstracto. O seu modo de existir está adequado ao seu conceito (MARX, 2011, p.164).

Já o dinheiro mundial regula as relações econômicas entre vários Estados-nação e reflete a interdependência econômica entre aquelas nações (ITOH; LAPAVITSAS, 1998; SILVA, 2012).

Cada país precisa de um fundo de reserva, tanto para a circulação interna quanto para a circulação no mercado mundial. As funções dos tesouros brotam, pois, em parte, da função do dinheiro como meio interno de circulação e pagamento e, em parte, da sua função como dinheiro mundial (MARX, 2011, p.164).

O capitalismo é derivado do capital, e todo capital é derivado a partir de uma determinada soma de dinheiro. No entanto, o dinheiro pode não ser o capital se utilizado somente como meio de circulação, como, por exemplo, a compra de outras mercadorias. No entanto, se o dinheiro é utilizado com a finalidade de explorar o trabalho alheio, conseqüentemente ele se transforma em Capital. Assim, a compra de mercadorias para a venda possui a finalidade de acumulação de capital, ou seja, o enriquecimento.

O proprietário do dinheiro, convertido em capital, deve encontrar no mercado uma mercadoria tal que, no processo do seu uso, crie valor — e um valor maior do que aquele que ela própria possui. Em outras palavras, o proprietário do dinheiro deve encontrar no mercado uma mercadoria, cujo valor de uso possua, ele próprio, a propriedade de ser fonte de valor. Portanto esta mercadoria é proveniente da força de trabalho.

Marx chamou de “infraestrutura” a base material da sociedade que age através do modo de produção que é a maneira como as forças produtivas são articuladas pelas relações de produção. Segundo Catani (2017), compreende-se por “modo de produção” tanto o modo pelos quais os meios necessários à produção são apropriados como as relações que se estabelecem entre os homens a partir de suas vinculações ao processo de produção. Portanto, a base do regime burguês é a propriedade capitalista sobre os meios da produção. Tal propriedade capitalista sobre os meios de produção é a propriedade privada dos capitalistas,

propriedade que não provém do trabalho e é utilizada para a exploração dos operários assalariados. Segundo a caracterização clássica feita por Marx (2011, não paginado), “o modo de produção capitalista repousa no fato de que as condições materiais da produção encontram-se nas mãos dos que não trabalham, sob a forma de propriedade do capital e propriedade do solo, ao passo que a massa possui apenas a condição pessoal da produção — a força de trabalho”

Assim, a infraestrutura do capitalismo é a base material, de como o ser humano produz e como se organiza para produzir caracterizada pelas forças produtivas (tecnologia, força de trabalho e talento) e as relações sociais de produção através dos direitos de propriedades pelos meios de produção, divisão social do trabalho, classes sociais e as relações sociais, econômicas e políticas. A superestrutura é fundamentada pela realidade social através do fenômeno das leis, regras, valores e ideias, que servirão de arcabouço para o suporte ideológico desta base material, tratando-se do nível ideológico e político-jurídico da sociedade. Assim, a superestrutura é fruto de estratégias dos grupos dominantes para a consolidação e perpetuação de seu domínio. Em “Para a Crítica da Economia Política” (1859), Marx escreve o seguinte:

O resultado geral que se me ofereceu e, uma vez ganho, serviu de fio condutor aos meus estudos, pode ser formulado assim sucintamente: na produção social da sua vida os homens entram em determinadas relações, necessárias, independentes da sua vontade, relações de produção que correspondem a uma determinada etapa de desenvolvimento das suas forças produtivas materiais. A totalidade destas relações de produção forma a estrutura econômica da sociedade, a base real sobre a qual se ergue uma superestrutura jurídica e política, e à qual correspondem determinadas formas da consciência social. O modo de produção da vida material é que condiciona o processo da vida social, política e espiritual. Não é a consciência dos homens que determina o seu ser, mas, inversamente, o seu ser social que determina a sua consciência. Numa certa etapa do seu desenvolvimento, as forças produtivas materiais da sociedade entram em contradição com as relações de produção existentes ou, o que é apenas uma expressão jurídica delas, com as relações de propriedade no seio das quais se tinham até aí movido. De formas de desenvolvimento das forças produtivas, estas relações transformam-se em grilhões das mesmas. Ocorre então uma época de revolução social. Com a transformação do fundamento econômico revoluciona-se, mais devagar ou mais depressa, toda a imensa superestrutura. Na consideração de tais revolucionamentos tem de se distinguir sempre entre o revolucionamento material nas condições econômicas da produção, o qual é constatável rigorosamente como nas ciências naturais, e as formas jurídicas, políticas, religiosas, artísticas ou filosóficas, em suma, ideológicas, em que os homens ganham consciência deste conflito e o resolvem. Do mesmo modo que não se julga o que um indivíduo é pelo que ele imagina de si próprio, tão-pouco se pode julgar uma tal época de revolucionamento a partir da sua consciência, mas se tem, isso sim, de explicar esta consciência a partir das contradições da vida material, do conflito existente entre forças produtivas e relações de produção sociais. Uma formação social nunca decai antes de estarem desenvolvidas todas as forças produtivas para as quais é suficientemente ampla, e nunca surgem relações de produção novas e superiores antes de as condições materiais de existência das

mesmas terem sido chocadas no seio da própria sociedade velha. Por isso a humanidade coloca sempre a si mesma apenas as tarefas que pode resolver, pois que, a uma consideração mais rigorosa, se achará sempre que a própria tarefa só aparece onde já existem, ou pelo menos estão no processo de se formar, as condições materiais da sua resolução. Nas suas grandes linhas, os modos de produção asiático, antigo, feudal e, modernamente, o burguês, podem ser designados como épocas progressivas da formação econômica e social. As relações de produção burguesas são a última forma antagonica do processo social da produção, antagonica não no sentido de antagonismo individual, mas de um antagonismo que decorre das condições sociais da vida dos indivíduos; mas as forças produtivas que se desenvolvem no seio da sociedade burguesa criam, ao mesmo tempo, as condições materiais para a resolução deste antagonismo. Com esta formação social encerra-se, por isso, a pré-história da sociedade humana (MARX, 1859, não paginado).

Nesse contexto, a superestrutura consiste pela manutenção das relações sociais existentes na infraestrutura e permite a sua existência, pois toda a riqueza necessária para manter a superestrutura seria, segundo Marx, produzida na infraestrutura por meio das relações de produção e de troca (BODART, 2019).

Também é destacado por Marx as relações de produção entre as pessoas (exploração de mais-valia) e a forma de circulação que permite a expansão do valor via apropriação da mais-valia pela classe capitalista (acumulação de capital). Portanto, “No modo de produção capitalista a sociedade cinde-se cada vez mais em dois campos hostis, em duas classes contrapostas — a burguesia e o proletariado” (HERCULANO, 2006, não paginado).

Em relação às classes sociais emergentes durante esta época, a burguesia é a que possui os meios de produção e utiliza-os para a exploração do trabalho assalariado, trata-se da classe dominante na sociedade capitalista. O proletariado é a classe dos operários assalariados, privados dos meios de produção e, por isso, obrigados a vender sua força de trabalho aos capitalistas (HERCULANO, 2006). A base da produção mecanizada, o capital submeteu completamente a si o trabalho assalariado. Para a classe dos operários assalariados, a condição proletária tornou-se uma sina para a vida inteira. Devido a sua situação econômica, o proletariado é a classe mais revolucionária (MARX; ENGELS, 2015).

Para Marx e Engels (2015), a burguesia e o proletariado, que são as classes fundamentais da sociedade capitalista, têm interesses opostos e irreconciliavelmente hostis. O desenvolvimento do capitalismo torna mais profundo o abismo entre a minoria exploradora e as massas exploradas. Contudo “a exploração do proletariado pela burguesia constitui a principal característica do capitalismo e a relação entre a burguesia e o proletariado é a principal relação de classe da sociedade capitalista” (MARX; ENGELS, 2015, não paginado).

Os meios sociais de produção vigentes no sistema capitalista, baseando-se na propriedade privada, transformam o ser humano em um mero meio de produção de riqueza

particular, já que o desenvolvimento de sua atividade criadora estará atrelado a condições impostas pela divisão da sociedade de classes (KONDER, 1976).

Como consequência deste novo modo de produção, o ser humano, que reconhecia o produto de seu trabalho como resultado decorrente de sua livre atividade criadora a partir da modificação da natureza, para alcançar seus objetivos, de forma planejada, para atender suas necessidades, acaba sendo reduzido a besta de carga, pois os bens materiais produzidos por ele não mais o pertencem e cujo seu destino escapa de seu controle (LAFRAIA, 2018).

Tal fenômeno é denominado como alienação do trabalho, já que o indivíduo não mais se reconhece no trabalho, não se realiza, o trabalho somente o escraviza já que é obrigado a ser realizado para se manter vivo, vendendo sua força de trabalho (MARX; ENGELS, 2015).

O valor de troca, diz Marx, é constituído pela quantidade de trabalho abstrato, socialmente necessário para a sua produção. Abstrai-se do valor de uso das mercadorias, estas têm apenas uma propriedade em comum, a de serem produtos do trabalho humano, independentemente da forma de trabalho concreto. Aqui, consiste no trabalho abstrato, que se consubstancia numa atividade do ser humano, independentemente da sua forma (DONÁRIO; SANTOS, 2016).

Não obstante, todo o valor advém do trabalho, pelo que os trabalhadores produzam a riqueza, bem como, o capital que então os domina e explora. Como consequência, segundo Marx, o capital, em essência, não só comanda o trabalho pago, como referia Adam Smith, mas também comanda o resultado do trabalho não pago, traduzido na mais-valia, que se transforma em lucro através da sua realização, consubstanciada na venda. Sem a venda das mercadorias não existe o lucro, o qual é o objetivo dos capitalistas, surgindo a importância dos mercados (DONÁRIO; SANTOS, 2016). Paulo Netto e Braz (2021, p. 113), afirmam que

[...] comprando a força de trabalho do proletário pelo seu valor, o capitalista tem o direito de dispor do seu valor de uso, isto é, de dispor da sua capacidade de trabalho, capacidade de movimentar os meios de produção. Mas a força de trabalho possui uma qualidade única, um traço que a distingue de todas as outras mercadorias: ela cria valor – ao ser utilizada, ela produz mais valor que o necessário para reproduzi-la, ela gera um valor superior ao que custa. E é justamente aí que se encontra o segredo da produção capitalista: o capitalista paga ao trabalhador o equivalente ao valor de troca da sua força de trabalho e não o valor criado por ela na sua utilização (uso) – e este último é o maior que o primeiro. O capitalista compra a força de trabalho pelo seu valor de troca e se apropria de todo seu valor de uso.

Para Donário e Santos (2016), Marx compreende que o valor da força de trabalho se expressa no salário, onde se implica a capacidade de trabalho dos assalariados, a sua força de trabalho, se torna uma mercadoria. Portanto, a capacidade de trabalho é o valor de uso para

produzir mercadorias e o seu valor de troca é concebido pela taxa de salário. Assim, a força de trabalho é uma mercadoria que os trabalhadores oferecem no mercado de trabalho e seu valor é determinado, como o de qualquer outra mercadoria, pelo tempo de trabalho abstrato socialmente necessário para a sua produção e/ou reprodução.

Lafraia(2018) refere que essa mercantilização faz com que o trabalho e as condições sociais na qual este é realizado, modo de produção, se transformem em fatalidades, obscurecendo as relações dos meios de produção, transformando a mercadoria, ou melhor, o consumo desta, como mais importante.

A alienação do trabalho é analisada por Marx na obra “Manuscritos Económicos e Filosóficos (1848)”. Ele argumenta que a causa do trabalho alienado é a propriedade privada e o controle da produção por uma elite, a burguesia. Portanto, o trabalho alienado retira a humanidade das pessoas além de residir sobretudo no dinheiro.

Assim, segundo Marx (2013), o dinheiro é o valor universal e auto constituído de todas as coisas. Privou, assim, o mundo inteiro, tanto o mundo humano como a natureza, do seu próprio valor. Deste modo, o dinheiro é a essência alienada do trabalho e da vida do ser humano, e esta essência alienígena domina-o enquanto ele a idolatrar.

Então, Marx sugere que a produção capitalista cria alienação em quatro áreas principais. Os trabalhadores são alienados de seu próprio *poder de trabalho*: precisam trabalhar como e quando for exigido e executar tarefas definidas por seus empregadores. São alienados dos *produtos* de seu trabalho, apropriados com êxito pelos capitalistas para serem vendidos no mercado visando a obtenção de lucros, enquanto os trabalhadores recebem apenas uma fração em forma de salário. Os trabalhadores também são alienados *uns dos outros*, na medida em que o capitalismo obriga os trabalhadores a competir por vagas, e as fábricas e regiões a competir por participação no mercado (GIDDENS; SUTTON, 2017).

Finalmente, Marx defende que, como o trabalho é uma característica essencial e determinante da natureza humana, a alienação das pessoas do trabalho das formas descritas anteriormente significa que se tornaram alienados do próprio “*ser da espécie*”. O trabalho não é mais prazeroso em si mesmo, mas se tornou um mero meio para um fim – receber salários para sobreviver. Isso é representado pelas conotações negativas ligadas à própria ideia de “trabalho” e sua separação da esfera muito mais agradável do “lazer” (GIDDENS; SUTTON, 2017).

No processo histórico, o capitalismo move-se e transforma-se continuamente. Portanto, a evolução do capitalismo é uma obra do incremento das forças produtivas, das

inovações tecnológicas e organizacionais e dos processos sociopolíticos e culturais que envolvem as classes sociais. Desta maneira, há inovações nas relações de trabalho, estabelecendo um redimensionamento no processo de produção que atendessem as novas condicionalidades do capital (LINS, 2015).

Outra etapa de desenvolvimento do capitalismo mundial, que surge a partir da década de 1980 que também como regime de acumulação capitalista, é o processo de internacionalização do capital, com características próprias e particulares se comparada com etapas anteriores do desenvolvimento do capitalismo (DRUCK, 1999). Alves(1999)destaca que essa etapa do capitalismo seria na verdade uma Mundialização do Capital, denominação precisa para o fenômeno da globalização, compreendendo-a essa como um regime de acumulação predominantemente financeira.

Segundo Roberts (2016 apud MENDES; CARNUT, 2018), a abordagem da economia política marxista e a manifestação da crise estrutural do capitalismo deve se guiar pelo desempenho do lucro no movimento do capital. Foi observado por Kliman (2012) que as economias capitalistas, inclusive a norte-americana, assistem a uma tendência de queda da taxa de lucro nos últimos 30 anos e em todo o período do pós-guerra. Desta maneira, após 1980, esta tendência vem sendo enfrentada pelo capital através da valorização financeira com a instituição do capital fictício, onde o capital portador de juros, de forma perversa, exerce sua hegemonia na dinâmica do capitalismo (CHESNAIS, 2016).

Segundo exemplifica Mollo (2011), para Marx e os marxistas, ao contrário, a crise surge porque o crédito, atendendo ao afã capitalista de acumular para maximizar lucros, tensiona a acumulação ao extremo e, assim fazendo, penhora o futuro. Manter, porém, valorizações contando com o futuro depende de rendas geradas na produção, para comprar os papéis na circulação. Assim, a autonomia da produção referente à circulação é somente relativa ou limitada, colocando termo ao desenvolvimento do capital fictício. Quando faltam tais rendas provenientes de lucros e salários altos gerados na produção, os papéis não são comprados, depreciam-se e o valor fictício dos títulos desaba, desencadeando objetivamente a crise.

Ainda que

a crise seja própria ao capitalismo, a forma financeira tomada por ela, caracterizada pelo desenvolvimento do capital fictício ou especulativo, ou ainda, chamada mais recentemente por financeirização das economias, foi, em particular, estimulada pelo neoliberalismo que dominou na economia mundial desde o final dos anos 1970 (MOLLO, 2011, p.460).

Neste contexto, notou-se nas economias capitalistas um movimento na organização socioeconômica que direcionava para uma tendência de exaustão da promessa do *welfare state* e dos “anos dourados” que se seguiram à Segunda Guerra Mundial. Assim, através da observação dessas crises e das estratégias de enfrentamento adotadas percebe-se o esgotamento do sistema capitalista (LUNA; BRITO, 2017).

O Toyotismo foi a mais emblemática estratégia de superação da crise do capitalismo nos anos 70 que se apropria tanto do físico como do subjetivo do trabalhador (ALVES, 2007), são “formas de reestruturação produtivas que acentuam a pressão sobre a natureza, o homem e, principalmente, o operário e o trabalhador assalariado” (LUNA; BRITO, 2017, p. 120).

Esta apropriação tanto do físico como o subjetivo do trabalhador, nos aproxima do conceito de precarização do trabalho. A precarização do trabalho possui duas dimensões essenciais que se complementam: a precarização salarial e das condições de trabalho e a precarização do homem-que-trabalha. A precarização salarial se refere às condições salariais propriamente ditas (contrato, remuneração e jornada de trabalho). Diz respeito à morfologia social do trabalho flexível e suas consequências na força de trabalho como trabalho vivo; e a precarização das condições de trabalho, relacionado às mudanças na organização da produção com a implantação do novo arcabouço tecnológico informacional e novo método de gestão de matriz flexível, contribui para a intensificação das rotinas de trabalho e reforça o controle e envolvimento do trabalho vivo no processo produtivo do capital. A precarização do homem-que-trabalha refere-se à precarização do ser genérico do homem por conta das novas condições salariais de exploração/espoliação da força de trabalho. Assim, a precarização do homem-que-trabalha ocorre no plano da subjetividade humana, reverberando-se em desequilíbrios metabólicos das individualidades pessoais de classe que conduzem, no limite, no caso de singularidades pessoais, às situações de adoecimentos (ALVES, 2007).

Na América Latina, o projeto neoliberal foi aplicado e impulsionado pelas grandes empresas transnacionais e em concordância com órgãos multilaterais de crédito e comércio como o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Mundial e a Organização Mundial do Comércio (OMC), além dos poderes estatais nacionais (LÓPEZ; VÉRTIZ, 2012).

No Brasil, a precarização do trabalho é resultado da síndrome objetiva da insegurança de classe (insegurança de emprego, de representação, de contrato), que emerge como numa textura histórica específica – a temporalidade neoliberal. Ela é elemento compositivo do novo metabolismo social que emerge a partir da constituição do Estado neoliberal. Possui, como base objetiva, a intensificação (e a ampliação) da exploração (e a espoliação) da força de

trabalho e o desmonte de coletivos de trabalho e de resistência sindical-corporativa; além, é claro, da fragmentação social nas cidades, em virtude do crescimento exacerbado do desemprego total e a deriva pessoal no tocante a perspectivas de carreira e de trabalho devido à ampliação de um precário mercado de trabalho (ALVES, 2007).

Neste contexto, a crise do capital a partir dos anos 70 “deu tônica a um redimensionamento do papel do Estado no trato da questão social e da ruptura” (SILVA; TENÓRIO, 2017, p.66) “com o pacto dos anos de crescimento, com o pleno emprego keynesiano-fordista e com o desenho social-democrata das políticas sociais” (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p. 112). E conseqüentemente, “assistiu-se a uma sistemática desresponsabilização do Estado para com a reprodução da classe trabalhadora e com o desenvolvimento de políticas sociais públicas que efetivasse os direitos atinentes a essa classe” (SILVA; TENÓRIO, 2017, p.66).

Assim, a saúde cada vez mais privatizada, vem gradativamente perdendo o seu caráter de bem comum/valor universal no âmbito dos direitos fundamentais do ser humano e transformada em mercadoria serviço, justificada pelo movimento do capital e das políticas neoliberais, que se configuram na implementação de ações pautadas num arcabouço político ideológico de um Estado mínimo, da liberalização da economia e do mercado (MARTINS; EICH; MARTINS, 2012).

Alegando os conceitos de Marx para o capitalismo contemporâneo e suas relações com a organização do Sistema Único de Saúde, concordamos Lafraia(2018) que aborda o SUS como sendo organizada historicamente, por dentro do sistema capitalista, caracterizando-o com caráter de mercadoria.

Nesta perspectiva, ao tomar a saúde como mercadoria, justifica-se que seu foco principal não é a necessidade do produtor, na lógica da prevenção às doenças, mas imperando somente pelas leis do mercado, os interesses das indústrias farmacêuticas voltado para o tratamento dos sintomas de doenças, e reduzindo os trabalhadores desta área aos instrumentos de produção, ou seja, no foco da doença fazendo daqueles profissionais meros produtores de diagnósticos e de encaminhadores para fármacos.

Viana, Silva e Elias (2007, p.12, grifos do autor) também aponta o processo de mercantilização da saúde:

O fenômeno mais marcante na área da saúde, nos últimos 60 anos, foi o processo que gerou, por um lado, a **desmercantilização** do acesso à saúde e, por outro, a **mercantilização da oferta** / provisão e, ao mesmo tempo, criou um enorme parque

industrial ligado à área (representado pelas indústrias de base química e biotecnologia e mecânica, eletrônica e de materiais).

A desmercantilização da saúde teve como a sua principal característica a concepção de saúde como um direito, denotando o movimento de formação dos modernos sistemas de proteção social, como explicam Viana, Silva e Elias (2007, p.12):

O processo de desmercantilização do acesso teve como corolário a saúde como direito e o movimento de formação dos modernos sistemas de proteção social e da saúde, que passam a responsabilizar-se pelo risco social de um indivíduo adoecer. Esse risco seria de responsabilidade coletiva, seria coberto por toda sociedade, isto é, garantido pela ideia do direito social (direito do cidadão e/ou responsabilização coletiva, por isso, dever do Estado). Esse processo se inicia com a formação dos seguros ocupacionais e nacionais na Europa, no início do século XX, e se aprimora depois da Segunda Guerra.

Por outro lado, cria-se neste processo a mercantilização da oferta, esta teve início no século XX, com o assalariamento principalmente dos profissionais médicos, abrindo as possibilidades de surgimento das empresas médicas e termina com a formação das operadoras de planos e seguradoras de saúde, que passam a intermediar a natureza financeira no setor saúde (VIANA; SILVA; ELIAS, 2007).

Contudo, o processo de constituição de um campo próprio de acumulação de capital em saúde pode ser visto pela formação das grandes indústrias do setor, conformando um complexo industrial da saúde altamente dependente da inovação tecnológica e do próprio avanço científico no campo biomédico. O grande desenvolvimento tecnológico, a revolução tecnológica dos últimos 25 anos, ao lado da etapa atual de globalização e financeirização acelerada propiciaram a formação e consolidação desse complexo (VIANA; SILVA; ELIAS, 2007).

E junto com a acumulação do capital em saúde e prevalecendo-se com o conceito de alienação de Marx, pode-se dizer que os trabalhadores da área da saúde, principalmente os médicos, acabam abandonando a visão de que a doença é um desequilíbrio do sistema que tem determinações fundamentais e que deve ser entendido de forma dialética (LAFRAIA, 2018). Desta forma, “a estratégia em se remediar os sintomas da doença acaba por abordar verdades parciais e fragmentadas, levando a diagnósticos e tratamentos que não sejam efetivos para o organismo de um modo geral, já que não o leva em conta, pois não se vai a fundo ao porquê do desequilíbrio, tratando somente o seu expressar” (LAFRAIA, 2018).

Contudo, a compreensão deste processo histórico entre o capitalismo, a sociedade capitalista e a mercantilização da saúde, nos instrumentaliza a entender a estruturação do

Sistema Único de Saúde e as imbricações na sua consolidação e fortalecimento de acordo com a doutrina econômica atual, o que observaremos nos próximos capítulos.

1.2 Contextos de construção do SUS: contradições, ideologias e políticas

O contexto no Brasil era de crise econômica, social e política, em grande parte, devido à política desenvolvimentista e ao endividamento externo, contraído para o processo de industrialização dos anos 1950. Marcado pelo autoritarismo do regime militar, o Brasil elaborava planos nacionais de desenvolvimento centralizados (1972 e 1974) e buscava implantar um Sistema Nacional de Saúde para ampliar a cobertura da atenção médica individualizada (CARVALHO; SANTOS; CAMPOS, 2013).

Desta forma, as políticas de saúde vigentes priorizavam a expansão do setor privado e financiavam, com recursos públicos, a construção e a reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados, e com políticas de convênios entre o Instituto Nacional de Previdência Social e os hospitais, clínicas e empresas de prestação de serviços médicos (LUZ, 1991).

Contudo, a década de 1970 representou o momento de início e desenvolvimento do movimento sanitário, conhecido como Reforma Sanitária Brasileira, mobilizou diversos segmentos da sociedade civil como os usuários e profissionais de saúde pública – insatisfeitos com o modelo de atenção à saúde no Brasil iniciaram um movimento que lutou pela ‘atenção à saúde’ como um direito de todos, propôs profundas reformas no modo de organizar e prestar a assistência à saúde à população (CARVALHO; SANTOS; CAMPOS, 2013; MATTA; MOROSINI, 2009).

Com a Reforma Sanitária Brasileira (RSB), houve críticas ao modelo de saúde dominante no país que era altamente centralizado, fragmentado e restrito às ações curativas, apontava a necessidade de profundas transformações, evidenciando a necessidade da descentralização dos serviços, humanização do atendimento e da atenção integral garantindo a universalização do acesso à saúde (MAEDA; GIL, 2013). Para tanto, a RSB, defendia a saúde como direito de todos, investindo na promoção e prevenção e recuperando o conceito de saúde como qualidade de vida (KUJAWA; BOTH; BRUTSCHER, 2003).

Dentre os temas em discussão no referido período, destaca-se o próprio conceito de “saúde”, que passou a ser entendido como resultado das condições sociais e de vida, o tema

do “direito à saúde” e o acesso aos serviços de saúde— ambos reconhecidos como direitos de cidadania (FERTONANI *et al.*, 2015).

Segundo Feuerwerker (2005, p. 490), os principais ideais da reforma sanitária seriam

o modelo de democracia: a utopia igualitária (universalidade, equidade), a garantia da saúde como direito individual ao lado da construção do poder local fortalecido pela gestão social democrática; b) a proposta de reconceitualização da saúde: reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença, trazendo uma perspectiva de atenção integral às necessidades de saúde da população; c) a crítica às práticas hegemônicas de saúde: proposição de uma nova divisão do trabalho em saúde, incluindo um papel ativo do usuário na construção da saúde.

Em 1986, através da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), a participação social adquire expressão concreta com a presença de cerca de 4 mil delegados de um amplo leque de movimentos sociais o que explicita a imprescindibilidade da participação social, que definiu as bases da organização do sistema de saúde público brasileiro e se transformou num importante marco da Reforma Sanitária Brasileira, cujos princípios e diretrizes viriam a ser incorporados pela Constituição Federal Brasileira de 1988, dando origem ao Sistema Único de Saúde (BATISTA; MELO, 2011).

Assim, o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) destaca-se num momento histórico num processo democrático e de luta de classes, no qual os cidadãos brasileiros através da articulação entre movimentos sociais, movimentos estudantis, sindicatos e organizações trabalhistas, se uniram em prol da redemocratização do Estado e construção de políticas populares (CELUPPI *et al.*, 2019).

O princípio fundamental que articula o conjunto de leis e normas que constituem a base jurídica da política de saúde e do processo de organização do SUS no Brasil hoje está explicitado no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, que afirma: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p. 118).

Após o decreto criado no artigo 196, a Constituição Federal da República apresenta a criação do Sistema Único de Saúde através do artigo 198, preconizando uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição de 1988 fez parte de um processo mais amplo de mudanças nas relações políticas entre o Estado e a sociedade, que possibilitou ser a saúde reconhecida como direito social a ser contemplado por políticas públicas, de acordo com o modelo social-democrata, o mais amplo dos regimes de proteção social, segundo a tipologia de Esping-Andersen (RODRIGUES, 2014, p.1).

Contudo, no Brasil, a década de 1990 foi marcada por um quadro de retrocesso das conquistas sociais da década anterior. A redefinição do papel do Estado, no tocante à prestação de serviços, desfazendo-se de responsabilidades assumidas nos anos anteriores, evidenciou-se como consequência “das imposições macroeconômicas, expressas pelas orientações de organismos financeiros internacionais e alcançadas por meio de processos de privatização, desregulação e terceirização” (CARVALHO; SANTOS; CAMPOS, 2013, p. 380). Essas reformas administrativas do Estado, por sua vez, repercutiram no mundo do trabalho, desencadeando um aumento do desemprego e a precarização do trabalho (NORONHA; SOARES, 2001; PEREIRA, 2004).

A inauguração da década 90, pelo Governo Collor dará tom à contrarreforma sanitária. A hiperinflação dos últimos anos do Governo Sarney e a subsequente vitória do “pensamento único” depois da queda do muro de Berlim vão creditar aos universalistas, democratas e solidaristas os males da crise. Tem início um novo movimento de políticas contraditórias: de um lado, discursa-se sobre os méritos da descentralização e do “controle social” e de outro, impõe-se um arrocho de recursos que reduzirá todo o esforço de incremento de gastos em saúde de meados dos anos 80 (NORONHA, 2005).

Contudo, “a criação dos SUS, coincidiu com o recrudescimento da crise estrutural do capital, a crise financeira do Estado e o advento da política Neoliberal de Estado Mínimo implantadas a partir da década de 90 em respostas às crises” (MARTINS; EICH; MARTINS, 2012, p.2). Esse projeto vitorioso na primeira eleição presidencial realizada a partir da redemocratização, liderado por Fernando Collor, mas antagônico aos ideários do SUS (CEBES, 1992), de caráter neoliberal, onde se preconizava o Estado Mínimo e a estratificação de clientela.

Para Reiset *al.* (2016, p.123) argumenta que “de certa maneira, os interesses do capital financeiro estiveram fortemente presentes, ainda que em diferentes intensidades, na conformação do Estado brasileiro e na sua lógica de formulação de políticas públicas e marcaram a condução da política de saúde e o forte tensionamento na implantação do SUS também nos governos Itamar, Fernando Henrique Cardoso (FHC), Lula e Dilma”.

O SUS foi regulamentado pelas leis 8.080 e 8.142 (BRASIL, 1990), as quais reafirmam as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal (BRASIL, 1988): descentralização, atendimento integral e participação da comunidade, como promulga seus princípios doutrinários e organizativos: universalidade, integralidade, equidade, participação social, resolutividade, regionalização, hierarquização e descentralização.

A universalidade, equidade e integralidade são consideradas princípios doutrinários do SUS. A universalidade se constitui um dos mais importantes, na medida em que é fundamento para a afirmação de que a saúde é um direito de todos sem distinção de raça, credo ou nível social e pressupõe que a sua garantia deve ser responsabilidade do Estado. Sendo assim, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público (SOUSA, 2014). A equidade é assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira (BRASIL, 1990). E a integralidade, que foi sistematizada por Mattos (2005) em três sentidos: como traço da boa medicina, como modo de organizar as práticas e como respostas governamentais a problemas específicos de saúde.

A regionalização, hierarquização, resolutividade, descentralização e participação social tratam-se de princípios que regem a organização do SUS. Com a regionalização e a hierarquização, os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Isto implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência; a resolubilidade preconiza a resolução dos problemas de saúde dos usuários pelos serviços de saúde; descentralização é entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo; a participação social garante que a população, através de suas entidades representativas, participar do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local (BRASIL, 1990).

O presidente Fernando Collor efetuou um conjunto de vetos na proposta da lei 8.080/1990, aprovada pelo Congresso Nacional, concentrados em dois grandes eixos que prejudicavam a implantação do SUS: nos artigos referentes à regulamentação da participação e controle social (Conselhos e Conferências) e na regulamentação do financiamento do SUS (transferência direta e automática de recursos a estados e municípios, eliminação de convênios e definição dos critérios de repasse) (CHIORO; SCAFF, 1999).

Apesar disto, a Lei nº 8.080/90 expressa parte das conquistas da Constituição de 1988, mas não consegue incluir dispositivos de regulação do setor privado, inclusive de atenção médica supletiva e do setor de alta tecnologia. Houve uma intensa reação do movimento de saúde, coordenado pela Plenária Nacional de Saúde, forçando um acordo entre as lideranças partidárias no Congresso e o Governo, que resultou na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que resgatou a proposta de regulamentação da participação social (assegurando os Conselhos e Conferências com caráter deliberativo) e a transferência intergovernamental de recursos financeiros na saúde (Fundo Nacional de Saúde, repasses automáticos e condições para que os municípios e estados possam receber recursos federais: fundo de saúde, conselho de saúde, plano de saúde, relatórios de gestão, contrapartida de recursos e planos de cargos e salários) (CHIORO; SCAFF, 1999).

É reforçado por Rodrigues (2014) que essas implantações baseadas no modelo neoliberal e proposta pelo Banco Mundial, surgiu a partir da segunda metade dos anos 1990, por exemplo, no governo Fernando Henrique Cardoso. Estas políticas foram continuadas e ampliadas no governo Lula.

Contraditoriamente, “o SUS foi tomado de assalto, especialmente nos seus princípios fundamentais de igualdade e universalidade, pelas políticas neoliberais que acompanharam o regime de acumulação integral, assumidas pelo Estado brasileiro (CAMPOS; VIANA; SOARES, 2015, p.82), já que a ideia do SUS era alinhada à concepção social democrata de direito universal, mas o seu processo de implementação foi minado pelo neoliberalismo (CALIPO; SOARES, 2013), que respondeu aos objetivos do regime de acumulação integral (VIANA, 2009).

Segundo Paim (2006, p. 36), neste processo de construção estiveram em disputa diferentes concepções e projetos de SUS, como expôs:

O SUS formal, estabelecido pela Constituição, Lei Orgânica da Saúde e portarias; o SUS democrático, integrante de uma totalidade de mudanças desenhadas pela RSB; o SUS real, com direito a trocadilho com o nome da moeda que simboliza as políticas econômicas monetaristas e de ajuste macroestrutural, refém da chamada área econômica dos governos e do clientelismo e do patrimonialismo que caracterizam o Estado brasileiro; e o SUS para pobres, como parte das políticas focalizadas defendidas por organismos internacionais.

Portanto, o SUS é um sistema de saúde desafiador, tanto na sua organização quanto no seu financiamento, especialmente ao instituir o acesso universal, equitativo, descentralizado, com gestão dos governos subnacionais, além de dividir seu espaço com o setor privado de

saúde, amparado constitucionalmente como suplementar (CELUPPI *et al.*, 2019; GEREMIA, 2011).

Segundo Celuppi *et al.* (2019), a dinâmica da assistência privada é contraditória à lógica estatal trazida pelo MRSB, já que preza a mercantilização da saúde, com ofertas de ações e serviços médico-curativos individualizados e que visa o lucro com a assistência, o que procede em um sistema nacional de saúde colateral e duplo.

Contudo, apesar da expansão do SUS, mesmo com concepções distintas sobre o Estado Social brasileiro, onde de um lado, concentrou-se uma proposta abrangente de Seguridade Social, assegurada constitucionalmente, fundamentada num projeto integralizador e universal de políticas sociais, e amparado por intensa mobilização de atores políticos setoriais. De outro lado, com início em 1990 em um contexto de ascensão de uma visão negativa do Estado, para se enfrentar, e a partir dos anos 2000, com uma retomada da valorização do Estado, mas sob um modelo de articulação entre o econômico e o social que confere pouco espaço às políticas sociais universais (VIANA; MACHADO, 2013).

Para Viana e Machado (2013), ainda em um cenário adverso, o SUS inicialmente propiciou algumas mudanças importantes, principalmente em relação aos serviços descentralizados com ideias federalistas, estimulando a concepção de uma base de apoio nos políticos, em outros atores locais e regionais. Em seguida ocorreu a expansão dos serviços de Atenção Primária à Saúde, com repercussões positivas para o acesso e melhoria de alguns indicadores de saúde da população.

No entanto, esse processo de descentralização ocorreu com progressiva redução do financiamento de nível federal, da participação federal no financiamento, e maior assunção subnacional dos gastos, dos arranjos assistenciais, da gestão do mix público-privado e do padrão e extensão de cobertura. E a cobertura de APS com pouco investimento de forte conteúdo tecnológico no período, enquanto os serviços privados na área diagnóstica, terapêutica e hospitalar de alta complexidade se expandiram, principalmente nos maiores centros urbanos (VIANA; MACHADO, 2013).

Desta forma, Rodrigues (2014) aponta três desafios políticos para a consolidação do sistema: sua frágil sustentação entre os trabalhadores; a competição com o setor privado; e a fragmentação de sua gestão devido ao processo de municipalização.

Portanto, o SUS vem se consolidando enquanto um subsistema público de saúde que convive com um sólido subsistema privado de saúde suplementar e complementar. Assim, é necessário reforçar os princípios e diretrizes do SUS, dispostos na Constituição Federal

Brasileira, os quais não deveriam ser desconsiderados na formulação ou reformulação de qualquer política pública de saúde.

1.3 A Atenção Primária à Saúde no Brasil: concepções, influências e desafios

Nesta seção serão abordadas as principais concepções diante dos encontros e organizações internacionais que discutiam os primórdios da APS no mundo até a sua implantação no Brasil apontando as suas contradições, influências e os desafios da Atenção Primária no Brasil.

Considera-se o clássico relatório de Dawson como um dos pioneiros na discussão do conceito da APS na perspectiva de organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida, além de determinar os centros de saúde (ANDRADE *et al.*, 2017; LAVRAS, 2011).

Vale destacar que a ideia de centros de saúde, segundo Rosen (1994 apud ANDRADE *et al.*, 2017), revela que durante a segunda e terceira década do século XX, as autoridades desenvolveram os conceitos de distrito sanitário e de centros de saúde com o objetivo de aproximar o trabalho em saúde da população.

Após a Primeira Guerra Mundial houve inúmeros debates acerca dos sistemas de proteção social. Contudo, através do requerimento do governo inglês, Dawson nomeado ministro da saúde no Reino Unido em 1920, tinha como missão implantar modalidades de organização e provisão de serviços de saúde para toda a população de uma dada região (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

No entanto, foi nos Estados Unidos onde visualizamos os verdadeiros esforços para articular os serviços a uma população determinada, como por exemplo, uma população adscrita, como denominados atualmente. Contudo, induziram à consideração do termo *locus* na administração, batizando assim os Centros de Saúde (ANDRADE *et al.*, 2017).

No relatório de Dawson, o sistema de saúde deveria dividir-se em três níveis: a) primário – com generalistas em comunidades; b) secundário – com especialistas atuando em ambulatórios; c) terciário – com especialistas vinculados à atenção hospitalar. Assim, prontamente preconizava-se a organização dos sistemas de saúde, constituindo, neste relatório, o alicerce da organização em bases populacionais (MENDES, 2002, p. 8).

Para Kuschnir e Chorny(2010), o relatório de Dawson traz a descrição pioneira e mais completa do que se aproxima da uma rede regionalizada, amplamente discutida em nosso cotidiano. O proposto no documento revela a multiplicidade das inter-relações estabelecidas entre os componentes da rede. Além disso, o relatório caracteriza-se pela flexibilidade, onde se destaca a consideração das condições locais da população no referido território.

Para que essa coordenação do cuidado fosse admissível, apontava-se a necessidade de estabelecer-se um sistema uniforme de histórias clínicas, por exemplo: “um paciente ser encaminhado de um centro a outro para fins de consulta ou tratamento, deve ser acompanhado de uma cópia de sua história clínica” (KUSCHNIR; CHORNY, 2010, p. 2.309). Por outra perspectiva, a da gestão do sistema,

os serviços e os curativos como preventivos – estariam intimamente coordenados sob uma única autoridade de saúde para cada área”. É indispensável a unidade de ideias e propósitos, assim como a comunicação completa e recíproca entre os hospitais, os centros de saúde secundários e primários e os serviços domiciliares, independentemente de que os centros estejam situados no campo ou na cidade (KUSCHNIR; CHORNY,2010, p. 2.309).

Lamentavelmente não foi possível atingir uma proposta final e o documento foi arquivado porque a proposta era considerada contraditória, já que a sua implementação implicaria um apagamento dos hospitais filantrópicos como sistema autônomo, principais responsáveis pela atenção hospitalar à época. Somava-se a isso o desafio ao conceito de governabilidade local, já que tinha a ideia de organizar serviços para a cobertura de grandes territórios. Ainda se preocupava com os altos custos para a construção e manutenção dos serviços necessários (WEBSTER, 2002 apud KUSCHNIR; CHORNY, 2010). Cerca de 20 anos depois, já durante a Segunda Guerra Mundial, na esfera da discussão de uma nova política de proteção social, o relatório de Dawson, voltou a servir de base à proposta de reorganização do sistema de saúde através do relatório Beveridge em 1942, com elementos para a construção dos sistemas universais com características mais equânimes.

Porém, a APS se difundiu mundialmente a partir da Conferência de Alma-Ata, a qual expressou a emergência de uma ação dos governos e de todos aqueles que atuam na área da saúde, bem como da comunidade mundial para promover a saúde. Parece ter sido, o primeiro destaque dado à atenção primária em termos globais, recuperando experiências e reflexões teóricas (FACCHINI, 2018).

Entre 1959 e 1960, com a Revolução Cubana, se praticou de fato um sistema com serviços de saúde organizados próximos ao local de moradia, das residências das pessoas e

orientado para o atendimento. Apesar da ocorrência desse tipo de movimento no mundo, de iniciativas nacionais e em contextos particulares, ainda não havia a definição de um modelo de APS (FACCHINI, 2018).

Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) convocou em colaboração com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que se realizou em Alma-Ata, capital do Cazaquistão. Resultou na adoção de uma declaração que reafirmou o significado da saúde como um direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais propondo um novo enfoque para o campo da saúde e estabelecendo as metas “Saúde para Todos no ano 2000” e “Estratégia de Atenção Primária de Saúde” (BRASIL, 2002; MENDES, 2004).

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, p.1).

Para organização do sistema e serviços de saúde em função das necessidades da população, percebeu-se a necessidade de expandir a Atenção Primária à Saúde segundo o paradigma da determinação social da doença. Para isto, a APS se tornaria a porta de entrada ao sistema de saúde (MENDONÇA; VASCONCELOS; VIANA, 2008).

Assim, a APS, segundo o relatório de Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (1978, p. 1),

[...]Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

O documento ainda menciona os requisitos para estabelecer os cuidados primários:

1 – Refletem, e a partir delas evoluem, as condições econômicas e as características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades, e se baseiam na aplicação dos resultados relevantes da pesquisa social, biomédica e de serviços de saúde e da experiência em saúde pública. 2 – Têm em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, cura e reabilitação, conforme as necessidades. 3 – Incluem pelo menos: educação, no tocante a problemas prevaletentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da

distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais. 4 – Envolvem, além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores. 5 – Requerem e promovem a máxima autoconfiança e participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde, fazendo o mais pleno uso possível de recursos disponíveis, locais, nacionais e outros, e para esse fim desenvolvem, através da educação apropriada, a capacidade de participação das comunidades. 6 – Devem ser apoiados por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados, levando à progressiva melhoria dos cuidados gerais de saúde para todos e dando prioridade aos que têm mais necessidade. 7 – Baseiam-se, nos níveis locais e de encaminhamento, nos que trabalham no campo da saúde, inclusive médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, conforme seja aplicável, assim como em praticantes tradicionais, conforme seja necessário, convenientemente treinados para trabalhar, social e tecnicamente, ao lado da equipe de saúde e responder às necessidades expressas de saúde da comunidade (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, p.2).

Naquele período constatou-se de forma consensual que a única condição para melhoria da qualidade de vida dos seres humanos e a paz mundial seria atingida através do desenvolvimento econômico e social. Assim, o apelo lançado em Alma-Ata foi um marco fundamental e representou o ponto de partida para outras iniciativas (MENDES, 2004).

Em entrevista para Escola Politécnica de Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Ana Lucia Casallas, na ocasião secretária executiva da Associação Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), afirma que avistava pontos positivos no documento já que “ele ratifica a saúde como direito e postula a visão da promoção da saúde, citando aspectos como a renda, a educação, as condições de trabalho. No geral, materializa a visão dos fatores de risco que influenciam as condições de vida das pessoas” (ANTUNES, 2011, não paginado).

Na mesma reportagem anteriormente citada, Paulo Buss, diretor do Centro de Relações Internacionais em Saúde (CRIS) da Fiocruz, indicava que a APS representou uma guinada em relação à forma como a OMS conduzia suas políticas até então. Segundo Antunes (2011, não paginado), “apesar de em sua constituição a OMS ter adotado uma concepção ampla de saúde, dali para frente ela passou a priorizar ações que podemos chamar de ‘campanhistas’, voltadas a problemas e ações específicas, como a erradicação da varíola pela vacinação”.

A declaração conclamou os governos a formular políticas nacionais que incorporassem cuidados primários de saúde a seus sistemas nacionais de saúde. Argumentou quanto à necessidade de dar atenção à importância do atendimento de saúde baseado na comunidade, que reflete a realidade política e econômica de um país.

No caso brasileiro, a opção pelo combate às iniquidades em saúde elevou a APS à condição de “reordenadora” do sistema de atenção à saúde, onde foi designada como “Atenção Básica” para contrapor-se à perspectiva assumida por muitos países e organismos internacionais como o Banco Mundial, que entendem a atenção primária como um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade dedicada às populações de baixa renda, no sentido de minimizar a exclusão social e econômica decorrentes da expansão do capitalismo global (MATTA; MOROSINI, 2009).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma das propostas do Ministério da Saúde para a reorganização da Atenção Primária, podendo ser considerada uma alternativa de ação para o alcance dos objetivos de universalização, equidade e integralidade (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Portanto, a ESF levaria o atendimento de saúde o mais próximo possível dos locais em que as pessoas vivem e trabalham, possibilitando a busca por tratamento adequado oferecido por profissionais da área da saúde capacitados – agentes de saúde comunitários, enfermeiros e médicos. Além disso, criaria um sentimento de autoconfiança entre indivíduos de uma comunidade e estimularia sua participação no planejamento e na execução de programas de saúde. Sistemas de encaminhamento completariam o espectro de cuidados, fornecendo serviços abrangentes aos mais necessitados – os menos favorecidos e mais marginalizados.

Portanto, a declaração de Alma Ata define a atenção primária como estratégia a ser ofertada a toda a população. Traz a ideia de universalidade, e propõe isso no contexto de um sistema de saúde. Defende um modelo de integralidade, que abrange o conjunto das necessidades de saúde da população e discursa sobre as articulações intersetoriais, fortalecendo as ideias de nutrição e alimentação, como também de participação comunitária popular e de esforços de educação (FACCHINI, 2018).

Segundo Facchini (2018), houve contraposições ao que tinha sido aprovado em Alma-Ata. Após dois anos do encontro, em 1980, o Banco Mundial e a própria Unicef fizeram uma proposta alternativa à Alma-Ata, sob os argumentos de que faltaria dinheiro, vontade política e infraestrutura. Assim, foi proposto um pacote de APS seletiva com recortes mais restritos, denominada pelo acrônimo da “Estratégia GOBI”, sigla em inglês para recomendar a monitoração do crescimento, a Reidratação Oral, Aleitamento Materno e Imunizações.

Enquanto isso, no Brasil, em 1976 os gestores municipais começavam a se comprometer com o social deixando de serem meros “tocadores de obras” com o surgimento do movimento municipalista, que não tinha novos recursos financeiros, mas que era apoiado por algumas universidades e por um grupo de sanitaristas e simpatizantes com a proposta de “fazer saúde para todos” (CARVALHO, 2013). Podemos citar como exemplos os municípios de São Paulo, o projeto Montes Claros, o Programa de Interiorização das Áreas de Saúde e Saneamento (PIASS) (GOULART, 1996) e as cidades de Niterói, Campinas e Londrina como casos que tiveram apoio de universidades e culminaram em exitosas experiências que serviram de base para o movimento da Reforma Sanitária e, mais adiante, em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007).

O PIASS expressou as ideias que faziam parte de um pensamento em destaque naquele momento nas diversas áreas do planejamento econômico e social no país. Nesse programa, as áreas de saúde previam o uso de tecnologias mais simples, com utilização ampla de pessoal auxiliar e agentes de saúde residentes nas comunidades. Tinha como propósito criar uma infraestrutura de saúde pública para uma rápida expansão na cobertura de áreas de alcance coletivo (FAUSTO; MATTA, 2007).

Fundamentalmente, o programa foi apresentado como uma proposta seletiva, voltada para regiões mais pobres do país e tendo o Nordeste sua principal área de atuação, abrangendo o chamado “polígono das secas”, área coberta pela Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (Sudene). Em 1979, cogitou-se sua extensão para todo o território nacional (FAUSTO; MATTA, 2007).

Facchini (2018) cita que antecipadamente à Conferência, mais precisamente dois anos, através do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas, foi criada uma unidade básica de saúde, com as características de um modelo universal de atenção primária, onde toda a população do território definido tinha acesso gratuito, que era oferecido por docentes e discentes da instituição, apontando as premissas de um sistema universal de saúde, de uma APS forte, abrangente e integral.

E nessa construção, surgem os primeiros cuidados primários que remontam à Reforma Carlos Chagas, através da criação dos postos de profilaxia rural que tinha como propósito o combate a endemias e epidemias de agravos prioritários na época (CAMPOS, 2007). Então denominado de “medicina para pobres” que era o modelo centralizado e campanhista que prevaleceu até a criação do SUS nos anos 80.

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira acompanhava o movimento internacional para o amoldamento das suas políticas de saúde, buscando incorporar e articular os conceitos de APS recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (CAMPOS, 2011). Contudo, conseguiu-se construir um sistema universal, financiado com recursos pagos pela população através dos seus impostos, integral desde a vacina até os transplantes de órgãos e todas as ações de saúde, e ficamos ao longo de todo esse tempo relativamente “protegidos” dos pacotes de serviços como os oferecidos pelo Banco Mundial (FACCHINI, 2018, p. 2).

Após 30 anos da Declaração de Alma Ata (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978), através do Relatório Mundial de Saúde da OMS de 2008 intitulado “Atenção Primária agora mais que Nunca”, foram reiterados os princípios necessários para impulsionar reformas da Atenção Primária à Saúde (APS), tais como cobertura universal, organização dos serviços na prestação dos cuidados, integração da saúde nas políticas públicas, reformas de liderança, governação e maior participação social (OMS, 2008).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) emitiu o documento “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas” destacando que os sistemas de saúde baseados na APS são mais equitativos e sustentáveis para as populações das Américas e contendo as definições dos elementos e funções de um sistema de saúde baseado na atenção primária que orientavam os países da região na transformação de seus sistemas de saúde e na avaliação de suas necessidades (OPAS, 2007).

Em 2018, completamos 40 anos de Alma-Ata, foram reafirmados os compromissos com a APS durante a Conferência de Astana, no Cazaquistão, para os governos a formularem políticas nacionais, estratégias e planos de ação para implementar a APS como parte de um sistema nacional de saúde integral e em coordenação com outros setores para enfrentar os determinantes sociais e ambientais da saúde, mobilizando vontade política e recursos (GIOVANELLA *et al.*, 2019). O objetivo, de acordo com Buss (2018), foi um novo compromisso com a APS compatível com o atual momento histórico global e a Agenda 2030, e seus objetivos de desenvolvimento sustentável.

A declaração de Astana foi dividida em quatro áreas básicas: 1) tomar decisões políticas arrojadas para a saúde em todos os setores; 2) estabelecer uma atenção primária à saúde em todos os setores; 3) estabelecer uma APS sustentável; 4) capacitar pessoas e

comunidade e alinhar o apoio das partes interessadas com políticas e estratégias e planos nacionais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Segundo a World Health Organization(2018), a declaração de Astana também foi alvo de críticas por reduzir APS à oferta da cobertura universal de saúde. Citando o texto da Declaração Alternativa da Sociedade Civil sobre cuidados primários de Saúde e assinado por mais de duzentas pessoas de 45 países, o autor aponta que o documento além dessa minimização dos cuidados primários, também indica o fato de que a APS está sendo implementada por empresas privadas de seguro de saúde, agravando as desigualdades em saúde.

A declaração de Astana distancia-se totalmente da concepção original da Conferência de Alma Ata já que um dos seus eixos estruturantes se refere à cobertura universal de saúde, que adultera o direito à saúde restringindo-o à lógica financeira do funcionamento dos sistemas de saúde, apoiado numa proposta neoliberal, orgânica ao capitalismo (MENDES, 2019a).“Ao contrário, a Atenção Primária em Saúde - APS deve ser compreendida como direito de todos e dever dos Estados, sendo assegurada a partir de Sistemas Universais e Públicos de Saúde” (MENDES, 2019a, p.3).

Um documento elaborado por pesquisadores da Fiocruz e de Aportes da Câmara Técnica de Atenção Básica do Conselho Nacional de Saúde (CNS), no Seminário de abertura da 4ª Reunião da Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde (RETS) e 4ª Reunião Ordinária da sub-rede da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), se afirmaram diante da redução da APS à cobertura universal e a destacou como núcleo estruturante de sistemas públicos universais de qualidade, modelo eficaz e eficiente para garantia da saúde como direito humano, condição para a efetivação da diretriz da Agenda 2030 de “não deixar ninguém para trás” (FIOCRUZ; CNS, 2018).

Facchini (2018, p. 2) alerta que “sob de vista das políticas globais, a hegemonia passa a ser do Banco Mundial, e a Organização Mundial da Saúde acabou se fragilizando, ficando à margem desse processo”. O autor ainda aponta preocupação com a influência do Banco Mundial com a fragilidade internacional do Brasil, que pode repercutir na privatização do SUS.

O Banco Mundial foi criado durante a conferência de Bretton Woods em 1944, cuja incumbência refere-se à garantia da estabilidade social, econômica e financeira, no período pós-guerra. Sendo seu principal objetivo assegurar a atividade comercial internacional, onde não houvesse restrições, impedimentos ou fronteiras (LICHTENSZTEYN, 1987 apud

LAZARINI; SODRÉ, 2019). No final dos anos 80 o Banco Mundial passou a propagar juízos que compunham a “reforma” do Estado a fim de tornar a crise do sistema capitalista, propondo aos países devedores à oferta de empréstimos de ajuste estrutural, a partir do compromisso das exigências impostas pelo credor (ALMEIDA, 2014). Assim, era possibilitado o equilíbrio da macroeconomia dos países que haviam contraído a dívida, de modo a reinseri-los na rota do mercado internacional (LAZARINI; SODRÉ, 2019).

No entanto, Lazarini e Sodré (2019) apontam que esta subordina o dos Estados a tais medidas culminou em uma série de reformas no setor público e uma nova dinâmica de aproxima o com o mercado, significando uma transforma o severa dos objetivos e das fun oes do setor público e da organiza o político-institucional do Estado. Cria-se, assim, a ideia de que a crise, causada pela adapta o às novas condi oes da economia mundial, era determinada pelo excessivo intervencionismo estatal, do qual derivava uma destina o de recursos ineficiente (VILAS, 2014).

Com o foco nas políticas sociais, tendo como justificativa, as medidas para o combate   pobreza e as desigualdades, a política de financiamento do Banco Mundial (RIZZOTO, 2000) d  início ao lançamento de uma série de relatórios voltados aos países em desenvolvimento, com recomenda oes para áreas politicamente estratégicas como a educa o e a saúde, que do ponto de vista do alcance populacional, são setores que apreendem um componente significativo do orçamento dos Estados, sendo, portanto, alvo de disputas (LAZARINI; SODRÉ, 2019).

Concordamos com “O retrocesso em políticas sociais em fun o do ideário da austeridade econômica representa um custo insuportável para as sociedades, principalmente nos países periféricos, com aumento da pobreza e das desigualdades sociais, piora nas condi oes sanitárias, corrosão da coesão social, e ameaças de autoritarismo” (FUNDA O OSWALDO CRUZ; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2018, p.32).

Nesse contexto, observam-se o aumento dos ataques aos direitos sociais e a imposi o de riscos   constru o da saúde universal. A problemática não se deve exclusivamente aos cortes nos gastos públicos, mas também pela ado o dessas políticas austeras que dizem respeito também   mudança de como o sistema de prote o social   organizado, servindo aos interesses mercantis (MENDES *et al.*, 2017).

A implanta o das Organiza oes Sociais de Saúde (OSS), através da passagem do âmbito público para os modelos privados de organiza o e gerenciamento das políticas,   um

exemplo de interesses mercantis na saúde, com o aval do Estado influenciado pelas ideologias neoliberais.

As O.S. surgem no país ao longo dos anos de 1990 no contexto da Reforma do Estado, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), sendo formalmente constituída pela Medida Provisória nº 1.591, de 9 de outubro de 1997 e caracterizada em 1998 pela Lei nº 9.637, de 15 de maio, que dispôs sobre a qualificação de entidades privadas como Organizações Sociais (MUNIZ; BROTTTO, 2016). Esta Lei tem sido considerada inconstitucional, uma vez que entidades privadas passam a executar serviços típicos de Estado, como a saúde (CORREIA; SANTOS, 2015).

A justificativa pela necessidade de participação das O.S. nas políticas públicas, advém do discurso do Estado falido em suas funções, com poucos recursos e da crise fiscal e, conseqüentemente, da incapacidade de investimentos adequados (CORREIA; SANTOS, 2015; MUNIZ; BROTTTO, 2016).

Mendes et al. (2017) revelamo motivo do lucro ganhar terreno nos serviços de políticas sociais, como as Organizações Sociais de Saúde, financiadas com recursos públicos; ampliando o esvaziamento do poder democrático das políticas, através da desregulamentação e do aumento da gestão por contrato, em que o poder vai sendo transferido dos órgãos democráticos para o mercado e para os sistemas jurídicos.

Diante do exposto, vale a nossa atenção cuidadosa aos interesses políticos e econômicos estrangeiros, aos quais parecem ir contra as propostas de Alma-Ata, onde se percebe fortes influências na construção e transformação das nossas políticas públicas nos últimos anos. Em que se propaga o fim de medidas paternalistas e de direitos sociais cuja justificativa privatista e seletiva da APS se encontra na crise econômica a necessidade da privatização e a terceirização do sistema de saúde, o que contradiz a concepção de APS, produzindo novos entraves para a consolidação do SUS.

1.4Estratégia Saúde da Família: a reorientação dos modelos da atenção à saúde

Antes de adentrar nos aspectos e concepções da ESF, torna-se importante elucidar acerca do conceito de modelo de Atenção à Saúde para compreendermos os tensionamentos destas concepções no avanço ou retrocessos nas políticas de Atenção Primária.

Nesse processo histórico, a ESF desenvolveu-se de forma gradativa tornando-se a alavanca principal do avanço da APS no Brasil (MACINKO; MENDONÇA, 2018), como uma das tentativas de superação dos problemas do modelo biomédico pelo Ministério da Saúde, e que também busca a implementação dos princípios e diretrizes do SUS (FERTONANI *et al.*, 2015).

Modelos de atenção à saúde ou modelos assistenciais têm sido definidos genericamente como combinações de tecnologias materiais e não- materiais empregadas nas intervenções sobre problemas e necessidades sociais de saúde (PAIM,1999). “Entende-se por ‘Modelo de Atenção à Saúde’, a convergência de horizontes entre os diversos discursos acerca de modos de operar e gerir as tecnologias de atenção à saúde de indivíduos e populações” (AYRES, 2009, p. 12).

Maeda e Gil (2013, p. 328) definem ‘Modelos de Atenção à Saúde’ como:

[...] combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas e para o atendimento das necessidades de saúde da população, sejam elas individuais ou coletivas. Os modelos concebidos por meio de normas, padrões e referências para o campo técnico científico, para orientar escolhas técnicas, decisões políticas e financiamentos.

Os modelos de atenção à saúde buscam historicamente superar a clássica oposição entre assistência e prevenção, entre indivíduo e coletividade, que durante muitos anos caracterizou as políticas de saúde no Brasil e que ainda representam um grande desafio para a constituição da Saúde no SUS (MATTA; MOROSINI, 2009).

Portanto, são dois, os modelos que marcaram a assistência médica e a saúde pública no Brasil: o modelo médico hegemônico e o modelo sanitarista/campanhista que convivem ao longo da história das políticas públicas no país, de modo contraditório ou complementar (PAIM, 2008).

O modelo biomédico, estruturado durante o século XIX, associa-se à doença e a lesão, reduzindo o processo saúde-doença à sua dimensão anatomofisiológica, excluindo as dimensões histórico-sociais, como a cultura, a política e a economia e, conseqüentemente, localizando suas principais ações meramente curativas. Tem suas características baseadas no modelo da medicina Flexneriana, reforma médica a partir do Relatório de Flexner, em 1911 (MATTA; MOROSINI, 2009). Suas principais características são: ênfase na atenção médica individual, organização da assistência médica em especialidade e valorização do ambiente hospitalar em detrimento da assistência ambulatorial (PAIM, 2008).

No Brasil, as características deste tipo de modelo aparecem na assistência filantrópica e na medicina liberal, tendo se revigorado através da expansão da Previdência social e consolidando-se nas últimas décadas do século XX através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (PAIM, 2008).

Portanto, este modelo foi implantado com o objetivo de promover o tratamento de doenças que afligiam a humanidade. Porém, apresentava suas limitações, pois destacava-se o foco no indivíduo indiferenciado e predominantemente com intervenções no seu corpo e na parte afetada ou “não funcionante do corpo-máquina”; a ênfase nas ações curativas e no tratamento das doenças, lesões e danos; a medicalização; a ênfase na atenção hospitalar com uso intensivo do aparato tecnológico do tipo material (FERTONANI *et al.*, 2015).

Já com o modelo sanitarista/ campanhista, desde o final do século XIX, ampliou-se o paradigma microbiológico da doença para as populações, constituindo-se como um saber epidemiológico e sanitário, visando à organização e à higienização dos espaços humanos (MATTA; MOROSINI, 2009). Possui como sujeitos os sanitaristas auxiliares, como objeto de trabalho os modos de transmissão e os fatores de risco das doenças em uma perspectiva epidemiológica, utilizando um conjunto de meios que compõem a tecnologia sanitária como educação em saúde, saneamento, controle de vetores, imunizações etc. suas formas de organização são campanhas sanitárias, programas especiais e sistemas de vigilância epidemiológica e sanitária (TEIXEIRA, 2001).

Podemos citar, como exemplos do modelo sanitarista, os programas especiais como o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), as campanhas sanitárias e as vigilâncias sanitária e epidemiológica (PAIM, 2008; BRASIL, 1997b).

Assim, o Programa Saúde da Família (PSF) surgiria a partir de 1994, pelo Ministério da Saúde, o qual se constituiu em uma das principais tentativas de superação dos problemas decorrentes do modelo biomédico, que discutiremos adiante, e que também buscava da implementação dos princípios do SUS (FERTONANI *et al.*, 2015).

No entanto, considera-se que as mudanças no modelo assistencial brasileiro no SUS foram impulsionadas por dois programas: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF). Eles provocaram transformações tanto nas modalidades de alocação de recursos e formas de remuneração das ações de saúde, quanto na forma de organização dos serviços (VIANNA; DAL POZ, 2005).

Conforme um país em desenvolvimento, o Brasil atravessava um contexto epidemiológico marcado por profundas desigualdades regionais e passava por transições epidemiológicas, caracterizado pela crescente importância das doenças crônico-degenerativas, típicas do processo de envelhecimento e urbanização, enquanto ainda tinha que lidar com as doenças infectocontagiosas, especialmente na fase infantil (ANDRADE *et al.*, 2017).

As intervenções do Estado, no período anterior a década de 1980, estavam direcionadas a dois setores: saúde pública e medicina previdenciária. Sendo o primeiro destinado inicialmente às áreas urbanas, com ênfase nas condições sanitárias e o segundo direcionadas à massa trabalhadora que emergia no contexto do desenvolvimento industrial nacional (BRAVO, 2009).

Em 1987, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) teve seus primeiros experimentos no estado do Ceará, em princípio como frente de trabalho “em situação crítica de seca” (BRASIL, 1997b). O sucesso provocado pelo trabalho realizado casa a casa pelos ACS fez com que, em 1991, o Ministério da Saúde desse início ao Plano Nacional de Agentes Comunitários de Saúde, obtendo impactos importantes na redução da mortalidade infantil, aumento do aleitamento materno exclusivo, aumento da cobertura vacinal em crianças e gestantes e queda das doenças infectocontagiosas, de maneira geral (GUEDES; SANTOS; DI LORENZ, 2011).

O PACS veio investido de funções que se revestem de um caráter tático na organização da APS de saúde, intencionalmente direcionada para a consolidação do SUS (FLORES; SOUSA; MERCHÁN-HAMANN, 2008), que se concentrou na assistência materno infantil e, posteriormente, com a entrada da cólera no país o programa passou a enfatizar o controle e a prevenção da doença (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007).

Para Vianna e Dal Poz (2005), o PACS é considerado um antecessor do PSF, porque traz em primeira mão o enfoque na família. O programa proporcionou um instrumento de organização das demandas de saúde das famílias, em que se buscava uma visão ativa da intervenção de saúde em agir na perspectiva da prevenção e não apenas às demandas que surgiam. Além disso, outro destaque são as concepções de integração com a comunidade e de um enfoque menos reducionista sobre a saúde. Portanto, esses fatores seriam partes fundamentais para a construção do PSF já que constituem a essência das suas práticas de saúde.

Contudo, na década de 1990, ocorreu a implementação do Programa Saúde da Família (PSF) que, no contexto da política de saúde brasileira, deveria contribuir para a construção e

consolidação do SUS. Tendo em sua base os pressupostos do SUS, a estratégia do PSF traz no centro de sua proposta a expectativa relativa à reorientação do modelo assistencial a partir da APS (BRASIL, 1997a).

O PSF tinha como objetivos específicos:

[...] Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita; Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta; Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população; Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais; Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde. Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida e estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social (BRASIL, 1997a, p.10).

Dessa forma, o PSF constituiu uma estratégia de reforma incremental do sistema de saúde no Brasil, tendo em vista que dirige para modificações importantes na forma de remuneração das ações de saúde, nas formas de organização dos serviços e nas práticas assistenciais no plano local, e, portanto, no processo de descentralização (VIANNA; DAL POZ, 2005).

Deve-se reconhecer que, por um lado, a conjuntura era favorável para discussão de novas formas de organização de serviço, tendo no PSF sua base estruturante; por outro, estávamos em plena década 90, marco das políticas neoliberais na América Latina e no Brasil. Esse cenário fez com que alguns autores considerados importantes no movimento sanitário brasileiro, julgassem ser o PSF um programa pontual, “pacote básico” de assistência à saúde, cujas bases se sustentavam em um projeto-piloto centrado no médico, direcionadas à clientela específica e focalizado em regiões pobres (SOUSA; HAMANN, 2009).

Contudo, a APS se fortalece no Brasil, a partir da Norma operacional Básica do Sistema único de Saúde 96 (NOB 96), que estabeleceu transferências Per capita para a Atenção Básica e incentivos específicos para a implantação nos municípios dos Programas de Agentes Comunitários e Saúde da Família (MENDONÇA *et al.*, 2018). Assim, o PSF assumiu a condição de estratégia de reorientação da APS, em substituição às modalidades tradicionais (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Deste modo, até o ano de 1996, a Estratégia Saúde da Família, até então chamada de Programa de Saúde da Família, possuía uma proposta de expansão de cobertura e começou a ser vista como uma reorientação do modelo assistencial, sobretudo em relação à APS

(MATTOS, 2002). Desde 1999, passou a ser considerada pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, com vistas a reorientar o modelo assistencial e imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde (SOUZA, 2002). Logo, a ESF surgia como um modelo de atenção à saúde representando a superação do modelo hegemônico (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2007; VIANNA; DAL POZ, 2005). Além disso, materializa a proposta de desenvolver novas ações, consideradas “humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas” (BRASIL, 2000a, p.9).

A ESF surge como uma política nacional de saúde num contexto rico de influências institucionais determinantes para que a sua incorporação fosse prioritária. Para tanto, as evoluções, as incertezas, as contradições do SUS, as experiências pontuais de modelos inovadores de atenção à saúde, o seu perfil epidemiológico e as pressões institucionais e internacionais por modelos contundentes com a APS, caracterizaram seu contexto de implementação (ANDRADE *et al.*, 2017).

A ESF encerra, em sua concepção, mudanças na dimensão organizacional do modelo assistencial ao constituir uma equipe multiprofissional responsável pela atenção à saúde de uma população circunscrita, definir o generalista como o profissional médico da APS e instituir novos profissionais, inclusive os agentes comunitários de saúde, voltados para a ação comunitária ampliando a atuação da equipe sobre os determinantes mais gerais do processo saúde-doença (ESCOREL *et al.*, 2007).

Sendo assim, a ESF está apoiada nos princípios do SUS, a universalidade e equidade da atenção e da integralidade das ações e, acima de tudo, voltada à permanente defesa da vida do cidadão. Está, assim, estruturada na lógica básica de atenção à saúde, gerando novas práticas setoriais e promovendo a promoção da saúde e a prevenção de agravos (BRASIL, 2000b).

1.4.1 A organização estrutural e funcional da Estratégia Saúde da Família

A Unidade de Saúde da Família (USF) está inserida na atenção primária à saúde. Suas equipes devem realizar o diagnóstico de saúde do território adscrito, identificando o perfil epidemiológico e sociodemográfico das famílias, reconhecendo os problemas de saúde

prevalentes e os riscos a que esta população está exposta, elaborando, com a sua participação, um plano local para o enfrentamento dos problemas de saúde (BRASIL, 2006d).

Com vistas à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde e dos princípios gerais da Atenção Básica, a estratégia Saúde da Família deve

ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam; II – atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população; III – desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade; IV – buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e V – ser um espaço de construção de cidadania (BRASIL, 2006d, não paginado).

Como porta de entrada do sistema local de saúde, deve trabalhar com a definição de um território de abrangência, que significa a área sob sua responsabilidade e pode atuar com uma ou mais equipes de profissionais, dependendo do número de famílias a ela vinculadas. Recomenda-se que, no âmbito de abrangência da unidade básica, uma equipe seja responsável por uma área onde residam de 600 a 1.000 famílias, com o limite máximo de 4.500 habitantes (BRASIL, 1997a).

Atualmente, um fator de limitação para o seu fortalecimento como porta de entrada preferencial, é a coexistência de outras, concorrentes no sistema de saúde, fazendo com que a ESF nem sempre adote o seu papel de referência para o primeiro contato. Comumente, isso ocorre em grandes centros urbanos, e tem ocasionado, inclusive, proporções mais baixas de procura da população adscrita pela USF30, colaborando para maior lentidão na reorganização da APS a partir da ESF (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016; ESCOREL *et al.*, 2007).

No entanto, concordamos com Silva Juniores Alves (2007), que pelo papel estratégico da APS no SUS, não se pode compreendê-la exclusivamente como porta de entrada no sistema, já que esta ideia a reduziria em sua capacidade resolutiva dos problemas de saúde implicando à desqualificação e isolamento diante das outras partes do sistema:

[...] Não pode ser a sua única porta de entrada, porque as necessidades das pessoas se manifestam de maneira variável e precisam ser acolhidas. Nem pode ser porta obrigatória porque isso burocratiza a relação das pessoas com o sistema. E não pode

ser o único lugar de acolhimento, porque todas as partes do sistema precisam se responsabilizar pelo resultado das ações de saúde e pela vida das pessoas (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007, p.11).

É recomendável que a equipe de uma unidade de Saúde da Família seja composta, no mínimo, por um médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que deverão realizar o cadastramento das famílias através de visitas aos domicílios, segundo a definição da área territorial pré-estabelecida para a adscrição (BRASIL, 1997a).

Em relação à equipe multiprofissional e a cobertura populacional, preconizava-se que, esta seria responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. 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 (BRASIL, 2006d, 2011). Outros profissionais, como psicólogos, odontólogos e fisioterapeutas podem ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as demandas e possibilidades locais, o que compreenderia posteriormente o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2009a).

Como parte do esforço para o alcance dos objetivos da APS, surge através da GM nº 154/2008, oficialmente o NASF. Composto por uma equipe multidisciplinar de (assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional, entre outros), de acordo com a necessidade local. Seu principal objetivo é o de auxiliar nas mudanças de atitudes e atuação dos profissionais de Saúde da Família, por meio de ampliação no escopo de ações da Atenção Primária. E como principal diretriz a integralidade, compreendida em três sentidos: o indivíduo, as práticas de saúde e a organização do sistema de saúde. Além disso, outros princípios orientam as suas ações desenvolvidas como: território, educação popular em saúde, interdisciplinaridade, participação social, intersetorialidade, educação permanente em saúde, humanização e promoção da saúde (BRASIL, 2008, 2009a).

Apesar dos avanços e a intencionalidade do modelo da ESF, os desafios para o seu aperfeiçoamento estão dependentes de fatores imbricados e que exigem um maior esforço político-institucional, como as questões relacionadas ao financiamento, à formação de profissionais, à gestão/educação de pessoal e ao desenvolvimento de ações intersetoriais. Sendo, imprescindível, que as ações consistentes e efetivas sejam implantadas para fortalecer

a ESF como porta de entrada preferencial e melhorar a organização do acesso aos demais níveis de atenção (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Portanto, é importante e necessário que as ações de planejamento, paralelamente, à participação social, focalizem nas questões organizativas de modo a atender às reais necessidades da população, buscando superar processos de trabalho ainda fundamentados no modelo biomédico. Nessa perspectiva, outro desafio para a garantia dos cuidados integrais está no alcance do equilíbrio adequado entre a abordagem individual em tempo oportuno e a comunitária para o enfrentamento dos determinantes sociais (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

1.5 As Políticas Nacionais de Atenção Básica: avanços e retrocessos

As políticas públicas formuladas e implementadas até os anos 2000, em consonância com a ordem jurídica constitucional, observaram essa lógica de organização político-social para a garantia do direito social à saúde. Contudo, somente em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica na sua primeira versão, ampliou o escopo e a concepção da Atenção Primária Brasileira, incorporando os atributos da APS abrangente, “capaz de garantir o acesso universal aos cuidados de saúde de qualidade, responsável pelo primeiro ponto de contato de uma rede integral de Atenção à Saúde” (MENDONÇA *et al.*, 2018, p.32).

Portanto, a PNAB 2006, foi um documento importante no direcionamento da reorganização da ABS através do apontamento de um modelo de atenção à saúde assim como em outros sistemas universais de saúde, tornando a APS como uma estratégia central. Ela foi empregada através da Portaria GM/MS nº 648 de 28/03/2006 (BRASIL, 2006d), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da APS para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Desta forma, a PNAB de 2006, além de expandir o escopo e a concepção da Atenção Básica ao aliar os atributos da atenção primária à saúde abrangente, reconheceu a Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização da APS. Além disso, revisou a funcionalidade das Unidades de saúde e suas diversas modalidades como por exemplo, as unidades com ou sem a Estratégia Saúde da família (BRASIL, 2006d; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; MELO *et al.*, 2018).

Para Melo *et al.* (2018), apesar da expansão do modelo da ESF nos anos 2000, com a incorporação das equipes de Saúde Bucal e a criação do NASF, ainda permaneceram muitos desafios, como por exemplo a infraestrutura inadequada, o subfinanciamento dos recursos, o modelo assistencial biomédico ainda predominante e a dificuldade de fixação do profissional médico.

A PNAB, revisada em 2011, através da Portaria GM/MS nº 2. 488 de 21/10/2011, buscou preservar a centralidade da ESF para consolidar uma APS forte, ou seja, capaz de estender a cobertura, prover cuidados integrais e desenvolver a promoção da saúde, configurando-se como porta de entrada principal do usuário no SUS e eixo de coordenação do cuidado e de ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) ampliou as ações intersetoriais e acrescentou às equipes de APS, o Consultório na Rua, regiões ribeirinhas e fluviais, academia da saúde e o programa saúde na escola (BRASIL, 2012).

Melo *et al.* (2018) apontam como avanços da PNAB 2011 e tentativa de suprir os desafios de consolidação da APS, a criação do Requalifica UBS através do estabelecimento de reformas, ampliações, construções e informatização das unidades de saúde; o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e no Programa Mais Médicos (PMM) e o e-SUS AB, incluindo a oferta de prontuário eletrônico gratuito para os municípios.

O Núcleo de Saúde da Família (NASF), oficializado nesta edição de 2011, objetivou a ampliação da abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade. Foi preconizado que sua constituição seria por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família, das Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais, etc.) e academia da saúde, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes das unidades nas quais está vinculado e no território destas equipes (BRASIL, 2012).

Porém, apesar dos avanços, persistiram a precarização do trabalho, da formação profissional, os entraves na integração das redes de Atenção à saúde (RAS) e principalmente o subfinanciamento (CAMPOS; PEREIRA JUNIOR, 2018; MELO *et al.*, 2018).

Contudo, a PNAB 2011, envolveu um amplo escopo de ações, mobilizando instituições e sujeitos sociais para responder aos desafios colocados para a formação de trabalhadores, a organização do processo de trabalho, as interações com a comunidade, a compreensão do território e as relações entre os entes federados (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

1.5.1 PNAB 2017: contextos, mudanças estruturais, comparações, evoluções e retrocessos

Neste capítulo, abordaremos os principais contextos políticos e econômicos que influenciaram a atualização da Política Nacional de Atenção Básica no ano 2017, apontando e comparando as principais evoluções e retrocessos das versões anteriores com a atual.

A última revisão da PNAB em 2017 ocorreu sob uma crise econômica e política no país. Momento este em que vivenciamos uma série de retirada de direitos e ataques à democracia em prol de um Estado neoliberalista. Tivemos desde a destituição de um governo eleito democraticamente, ajustes fiscais que beiram ao austericídio até as reformas de leis trabalhistas (BRASIL, 2017a) e da previdência que comprometem a proteção social e a Constituição Brasileira.

Para Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018), os processos de privatização e de retrocessos na política de saúde se iniciam no Governo Temer (2015-2018), mas inserem-se no quadro social, econômico e político sintonizado com processos observados mundialmente e se concretiza com as mediações relacionadas às condições de inserção do Brasil no cenário político-econômico mundial e ao seu particular desenvolvimento histórico.

As disputas existentes entre esses projetos inscrevem-se no processo de desenvolvimento do próprio sistema capitalista em sua fase neoliberal, com redução do papel do Estado na sociedade, diminuição de direitos para a classe trabalhadora, políticas públicas compensatórias focalizadas para grupos mais vulneráveis e participação cada vez maior do mercado em todos os aspectos da vida social (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

Mota (2017) aponta que essas medidas de austericídio⁶ vêm se caracterizando como uma grande regressão civilizatória nos marcos da sociedade brasileira. Cita o que Marx denominou de expropriação da classe trabalhadora, precisamente sobre os direitos e as políticas sociais. Essa expropriação também se expande no âmbito do direito à saúde e da política de saúde.

⁶Utilizaremos ao longo desta Tese o termo austericídio para se referir ao genocídio estrutural dos trabalhadores provocado pelas políticas de austeridade neoliberal, que rompem com mínimos padrões de civilidade conquistados pelas classes “subalternas” (DILIGENTI; ARAÚJO, 2019).

Para Santos e Szwako (2016, p. 115), os elementos que compõe o quadro sociopolítico brasileiro atual são:

[...] a polarização social e ideológica, mobilização popular e estudantil, crise política, crise fiscal, quadro econômico de recessão aguda e desemprego massivo, disputa e reconfiguração eleitoral, uma mídia oligopolizada cada vez mais partidarizada e alinhada a setores específicos da estrutura de poder, crescente fascismo nos elementos de nossa cultura política, já historicamente iliberal, anomia institucional judiciária e estratégias partidárias se articulam formando cenário inimaginável até alguns anos atrás.

Contudo, vivemos um momento político conturbado com ameaças à democracia e um governo ilegítimo que promove um ajuste fiscal draconiano com congelamento dos investimentos em saúde e educação por 20 anos, cujas repercussões negativas já se fazem sentir na piora de indicadores de mortalidade infantil e materna e retorno de epidemias de enfermidades transmissíveis anteriormente controladas (GIOVANELLA; RIZZOTTO, 2015).

Esses são indicadores claros de reversão nas prioridades do governo atual, que trarão conseqüentemente uma piora da situação de saúde da população, e perversamente, o sucateamento dos serviços (MENDONÇA *et al.*, 2018, p.39).

Concordamos com Rodrigues (2014), que avança rapidamente a entrada da gestão privada no SUS em detrimento da gerência do estado. Assim, ele se enfraquece diante dessas privatizações gerenciais que praticam de maneira crescente formas de gestão e lógicas privadas que não são favoráveis à defesa do interesse público e da democracia na saúde.

Esse quadro ainda é agravado, segundo pelo ataque jurídico-judicial, denominado por “Golpe de 2016”. Em que a Presidenta Dilma Rousseff sofre o impeachment quando a burguesia unificada busca a proposta neoliberal (BASTOS, 2017; REIS *et al.*, 2016; SANTOS; SZWAKO, 2016; TEIXEIRA; PAIM, 2018).

Santos e Szawako (2016) defendem que o *impeachment* ocorrido no País em 2016 trata-se de uma crise política e ao contrário dos que dizem representar-se como uma crise institucional. Os autores ainda expõem que foi a obra coordenada de atores, e não nosso modelo institucional, que levou à ruptura democrática. Também se destaca a politização do Judiciário e a aliança entre partidos e movimentos sociais conservadores.

Concordamos com Teixeira e Paim (2018) que os desdobramentos do Golpe de 2016 ressaltam que a financeirização da saúde, o ajuste fiscal, a restauração do neoliberalismo e o clientelismo político da direita têm gerado o desmonte do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ainda para esses pesquisadores, esse golpe de empresários, urdido pela Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (Fiesp), Confederação Nacional da Indústria (CNI), Confederação Nacional da Agricultura (CNA), Federação Brasileira de Bancos (Febraban) etc., usou a mídia e parte da classe média para realizar uma intervenção parlamentar com a chancela do Judiciário (TEIXEIRA; PAIM, 2018).

Na saúde, o subfinanciamento constitucionalizado por intermédio da EC-95 (teto dos gastos) se apresenta como um dos mecanismos mais drásticos para o desmonte do SUS (TEIXEIRA; PAIM, 2018).

A emenda Constitucional 95 (EC-95/2016), que congela o orçamento público por 20 anos, é defendida como um teto de gastos, mas significa que estamos atravessando por projeto político e econômico com objetivo de diminuir o tamanho do Estado e das suas atuações, o que pode afetar negativamente os investimentos públicos e os serviços básicos à população, sobretudo aos mais carentes, e aumentar ainda mais a concentração de renda (RAMOS, 2018).

Portanto, a aprovação da EC n. 95/2016 representa importante ameaça, pois se estima que o setor saúde perderá mais de R\$ 40 bilhões até 2036, quando finda o prazo de 20 anos para o tetodedespesasdaUnião(VIEIRA;BENEVIDES, 2016). Elaagudizao subfinanciamento crônico do SUS ao definir o congelamento e a redução progressiva dos recursos federais destinados ao SUS por vinte anos e sobrecarga sobremaneira os municípios que já são responsáveis por um terço dos gastos em saúde (31%), financiando-a muito além das SUS receitas (18,5%) (MENDONÇA *et al.*, 2018, p.39).

As novas regras desconsideram, portanto, as taxas de crescimento econômico, como também as demográficas pelos próximos 20 anos, o que poderá levar ao sucateamento das políticas sociais, especialmente nas áreas da saúde e educação, pondo em risco por completo a qualidade de vida da população brasileira (MARIANO, 2017).

Vale destacar que a atual EC 95/2016 é, por conseguinte, uma medida de ajuste fiscal que atende à lógica imposta pelo consenso neoliberal para as nações subdesenvolvidas ou em desenvolvimento, que pode ser sintetizada no tripé “superávit primário, meta inflacionária e câmbio flutuante”, cujo resultado já se sabe: aprofundamento da desigualdade social e da recessão econômica e geração de lucros exclusivos e exorbitantes para muito poucos (MARIANO, 2017).

A financeirização e a hegemonia do capital financeiro, o ajuste fiscal violento da EC-95, a restauração radical do neoliberalismo e o clientelismo político da direita conservadora estão possibilitando o desmonte do SUS, ainda que gerando algum grau de resistência

mediante frentes de movimentos sociais progressistas, conquistas de aparelhos da sociedade civil e algumas incursões no parlamento (TEIXEIRA;PAIM, 2018).

Essas mudanças conservadoras que apontam para o fim do SUS são fomentadas e produzem base simbólica no constructo societário a partir da insidiosa e permanente destruição da sua imagem produzida pelos meios de comunicação de massa, que expõem, de maneira desonesta e perversa, diariamente as mazelas do sistema, explorando seus problemas, sem jamais analisar ou indicar seus determinantes e sem considerar os êxitos do SUS na produção de acesso a saúde, melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida para milhões de brasileiros (REIS *et al.*, 2016, p. 132).

A terceira revisão da PNAB, que compreende o escopo desta pesquisa, foi promulgada por meio da Portaria GM/MS nº 2.436 de 21/09/2017 diante de muitas críticas de diversas entidades, instituições, sindicatos, conselhos e pesquisadores do campo da Saúde Coletiva. De fato, a política necessitava avançar nas discussões acerca da ampliação do acesso e da qualidade do mesmo a fim de consolidar a APS, mas não com a inclusão de aspectos que parecem representar um retrocesso para a APS e a inviabilização do SUS no seu formato original.

A consulta pública para a proposta de revisão da PNAB durou apenas 15 dias, tendo recebido mais de 6 mil contribuições, nenhuma das quais tendo sido consideradas no documento final o que gerou diversas queixas e notas de repúdio de muitas entidades. O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) apontou para um “explícito desrespeito à participação popular, que é um dos princípios do SUS” e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) classificou a aprovação como “a toque de caixa” em momento de severa restrição de financiamento das políticas públicas.

No Brasil, o SUS, desde o Programa (1994), e depois, Estratégia Saúde da família, as edições anteriores da Política de Atenção Básica (2006 e 2011), foi eleita como a estratégia central da Atenção Primária (MENDONÇA *et al.*, 2018).

Contudo, com o papel central na organização da rede de atenção à saúde no SUS, temos a Atenção Primária à Saúde⁷ (APS), tendo como suas principais atribuições: ser a porta de entrada do sistema de serviços de saúde, oferecer serviços de saúde; oferecer serviços com boa infraestrutura e qualidade bem integrados à rede assistencial; exercer um cuidado longínquo, com resolutividade da maioria das demandas da população; definir e orientar o

⁷ Nesta tese optamos pela utilização do termo Atenção Primária à Saúde compreendendo a constituição de sistemas universais, pautado pela noção de direito à saúde, pela integralidade da atenção, pelo combate às iniquidades sociais e pela democratização e participação social (MENDONÇA *et al.*, 2018, p. 35).

caminho do usuário na rede de serviços com base nas necessidades de saúde; realizar a coordenação do cuidado, considerando os fluxos estabelecidos; responsabilizar-se pela população de seu território, incentivar a ação comunitária e medir as ações intersetoriais para ampla abordagem dos determinantes sociais e promover a saúde (BRASIL, 2006d, 2011).

Nota-se que o texto da PNAB 2017, possui uma redação cuidadosamente astuciosa e envolvente trazendo conceitos reconhecidos e importantes congruentes com as diretrizes da APS, mas através de uma análise crítica e reflexiva é possível interpretar a sua intencionalidade deletéria para o Sistema de Saúde brasileiro.

Para Almeida *et al.* (2018), a revisão da PNAB em 2017 ignora e acentua problemas e desafios reconhecidos da ABS no Brasil, como a posição periférica no sistema de saúde e a formação e fixação de trabalhadores alinhados ao projeto transformador do SUS.

Vale ressaltar que a implementação da última PNAB não dependerá exclusivamente do seu texto, mas sim do desenrolar do emaranhado de interesses corporativos, políticos e econômicos que se fizeram fortemente presentes durante todo o processo de discussão e reformulação da política (ALMEIDA *et al.*, 2018).

Cecílio e Reis (2018) trazem alguns questionamentos acerca dessa revisão, como o que se pretende com o estabelecimento de distintos padrões de APS e se esta reformulação possui intenções para a ampliação do mercado com as clínicas privadas populares.

Nesse contexto, a saúde torna-se objeto fundamental na acirrada competição do setor privado pelo fundo público, em um insidioso propósito de transformar em mercadoria as mais diversas dimensões do viver humano em sociedade. No SUS, a APS vem sendo o meio principal de ampliação da oferta pública de serviços à população, notadamente à classe trabalhadora, bem como de criação de postos de trabalho. Entretanto, sua expansão tem sido acompanhada pela terceirização da força de trabalho e pela privatização da gestão das unidades de saúde, por meio de parcerias entre o setor público e o setor privado, principalmente sob a forma de Organizações Sociais (MOROSINI; FONSECA, 2017).

Para tanto, a PNAB 2017 suprime os princípios da universalização do acesso através da relativização da organização da APS, por meio do favorecimento de outros modelos de atenção à saúde, considerados obsoletos e insuficientes em relação aos problemas/necessidades de saúde dos brasileiros. Esta política desconsidera descaradamente as evidências científicas em prol dos custos econômicos, levando ao retrocesso em que o acolhimento, o território, o perfil sociodemográfico não mais terão espaço na programação do cuidado (SPERLING, 2018).

Estas mudanças na Política Nacional de Atenção Básica podem trazer grandes impactos negativos no acesso à saúde, ferem os princípios e diretrizes do SUS e ainda enfraquecem a ESF que por anos foi o modelo ordenador da APS no Brasil.

A ESF é um modelo de atenção à saúde essencial na ordenação da APS. Haja visto seu alcance na população brasileira, em que houve uma importante expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) em todo o território nacional, com forte indução e apoio do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) sendo considerada, enquanto estratégia prioritária de estruturação da APS, sendo a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (MALTA *et al.*, 2013).

A proposta do Brasil para a reorganização do sistema de saúde, através da ESF, foi citada como exemplo de iniciativa exitosa na implantação de políticas que adotam APS no mundo (OMS, 2008).

O impacto da ESF pode ser descrito como indutor na redução de hospitalizações por condições sensíveis a APS e pela redução da mortalidade infantil no país. O estudo “Avaliação do impacto das ações do programa de saúde da família na redução das internações hospitalares por condições sensíveis à APS em adultos e idosos – 2000 a 2007”, aponta que a redução das taxas de Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) foi maior do que as taxas de Não Relacionadas a Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária (N-ICSAP) que caiu apenas 9% no mesmo período (PROJETO ICSAP, 2012).

Outro estudo mostra que a expansão na cobertura da ESF nos municípios da Bahia, entre 2000 e 2012, esteve associada à significativa redução nas ICSAP em crianças menores de um ano. A queda das hospitalizações por este grupo de causas aconteceu num cenário marcado pela expansão da atenção primária à saúde na Bahia, evidenciado pelo aumento da cobertura da ESF (PINTO JUNIOR *et al.*, 2018).

Para Souza *et al.* (2018), deve-se pensar a resolutividade na APS, nas suas inter-relações com os princípios e diretrizes que a compõem, já que é a ordenadora da Rede de Atenção à Saúde. Assim, a maneira pela qual exerce essa resolutividade tem a capacidade de influenciar diretamente as hospitalizações evitáveis.

A PNAB de 2017 (BRASIL, 2017d) apresenta algumas modificações expressivas como: o reconhecimento de outras estratégias de Atenção Básica (EAB) de caráter transitório, devendo ser estimulada sua conversão em ESF; As equipes de Atenção Básica (eAB) deverão ser compostas minimamente por médicos e enfermeiros; Implantação da EACS nas UBS como uma possibilidade para a reorganização inicial da APS com vistas à implantação

gradual da ESF ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da APS; Será permitido agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate a endemias; Recursos específicos que estão condicionados à implantação das eAB não contemplam a composição de equipes multiprofissionais com a presença de ACS; Equipe de AB tradicional com profissionais de saúde com CH de 10hs; Atividades do ACS, a serem realizadas em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico como: aferir pressão arterial, glicemia capilar, temperatura axial. Inclusive durante a visita domiciliar; A inclusão do Gerente de AB; Modificação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

A PNAB 2017 apresenta algumas modificações expressivas como a possibilidade de novas equipes de APS, a inserção de novos atores no cenário do cuidado, como os gerentes de APS, novas atribuições aos Agentes Comunitários de Saúde, novos aspectos de cobertura da ESF, além de prever algumas mudanças na carga horária de profissionais inseridos nas equipes de atenção. No entanto, pela reformulação, a ESF não é mais o modelo de saúde priorizado pela APS no Brasil, já que direciona o seu financiamento para as modalidades de AB, reduz a carga horária dos médicos o que precariza a longitudinalidade; flexibiliza a presença do ACS nas eAB e acrescenta atribuições ao ACS com a agregação de práticas de enfermagem e associação com as atribuições do ACE, o que descaracteriza os princípios organizativos da APS (REIS, 2017).

Segundo os pesquisadores da Rede de Pesquisa em Atenção Primária (REIS, 2017), a PNAB 2017 deveria ser revisada de modo a serem recompostos os seguintes propósitos: a universalização do acesso à APS resolutiva e de qualidade; o reconhecimento dos ACS como sujeitos da ação comunitária no território para a promoção da saúde; o financiamento suficiente e equitativo para a APS integral; o fortalecimento dos espaços democráticos de participação e controle social; a mediação de ações intersetoriais para incidir na determinação social, promover a saúde e reduzir as desigualdades; a promoção de uma gestão pública democrática, participativa e transparente e a formação de profissionais de saúde para a APS integral.

Estas mudanças na política Nacional da Atenção Básica podem trazer grandes impactos no acesso à saúde, pois ferem os princípios e diretrizes do SUS e ainda enfraquecem a ESF que, por anos apostou-se como modelo ordenador da ABS no Brasil.

Inspirados em Almeida *et al.*(2018), foi construído um quadro com as principais alterações e inovações presentes na PNAB 2017 (Quadro 1, a seguir).

Quadro 1 - Comparativo entre a PNAB 2011 e 2017 – Brasil – 2018 (continua)

Eixos temáticos	PNAB 2011	PNAB 2017
Financiamento de modelos de organização da APS	- Apenas o modelo da ESF era financiado com recursos federais.	- Mantém o financiamento das equipes de saúde de família como prioritário e passa a financiar, com valor inferior, as eAB.
Organização e atribuições dos ACS/ACE	<ul style="list-style-type: none"> - ACS obrigatório na ESF (1 para cada 750 pessoas; máximo de 12 por equipe). - Definição de oito atribuições para ACS. - Coordenação do trabalho do ACS apenas pelo enfermeiro. - ACE não compunha equipe de saúde da família/eAB. 	<ul style="list-style-type: none"> - ACS obrigatório na ESF, em número a depender da necessidade e perfil epidemiológico local. Em áreas de vulnerabilidade, um ACS para máximo de 750 pessoas, cobrindo 100% da população, sem número máximo por equipe; facultativo na eAB. - Incorpora as atribuições do ACE e acrescenta 11 atribuições comuns entre ACS e ACE; - Atualiza e amplia para 12 as atribuições dos ACS; - Coordenação do trabalho do ACS passa a ser responsabilidade de toda a equipe (nível superior).
Integração entre APS e vigilância em saúde	Não mencionava.	Introduzida tanto no campo da gestão e organização de serviços quanto na produção do cuidado, como responsabilidade dos entes e de todos os profissionais.
Núcleos Ampliados de Saúde da Família e APS	Denominados Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), podendo atuar junto à ESF, incluindo equipes ribeirinhas, fluviais e Consultório na Rua.	Denominação alterada para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), passando a apoiar, além das equipes de saúde da família, as eAB.
Gerente de atenção básica	Não mencionava.	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhece a figura do gerente de UBS, recomendando sua inserção como novo membro da equipe, com previsão de apoio financeiro federal. - Gerente deve ter nível superior, preferencialmente da área da saúde.
Composição das equipes	<ul style="list-style-type: none"> - Equipe de saúde da família: médico, enfermeiro, técnico /auxiliar de enfermagem e ACS. - Complementarmente, equipe de saúde bucal e NASF. - Sem definições para eAB. 	<ul style="list-style-type: none"> - ACE pode ser incluído na equipe de saúde da família. - eAB deve seguir parâmetros da equipe de saúde da família, sendo facultado compor com ACS e ACE.
Oferta nacional de serviços e ações essenciais e ampliados da AB	- Não possuía.	- Incorporada na busca de garantir a oferta de serviços essenciais no âmbito da AB a toda a população e a ampliação da resolubilidade da AB.
Territorialização/ vínculo	- Usuário só podia se vincular a uma UBS.	- É facultado ao gestor possibilitar que o usuário se vincule a mais de uma UBS.
Segurança do paciente	- Não mencionava.	- Incorporada como atribuição de todos os membros da equipe.
Regulação	- Abordado de forma superficial e pouco clara.	<ul style="list-style-type: none"> - Atribui aos profissionais a função de contribuir nos processos de regulação do acesso a partir da AB; - Aponta o Telessaúde Brasil Redes e protocolos como ferramentas de apoio à regulação.
Pontos de apoio	- Não mencionava.	- Reconhecidos como estrutura da AB para atendimento a populações dispersas, respeitando normas gerais de segurança sanitária.

Quadro 1 - Comparativo entre a PNAB 2011 e 2017 – Brasil – 2018 (conclusão)

Eixos temáticos	PNAB 2011	PNAB 2017
Carga horária semanal das equipes	- Equipes de saúde da família = 40h. - Cinco tipos de equipe de saúde da família com diferentes composições de carga horária médica.	- Equipes de saúde da família: 40h para todos os membros da equipe. - eAB: 40h por categoria profissional (máximo de três profissionais e mínimo de 10h por categoria).
Cobertura populacional por equipe	- 3000 a 4000 pessoas por equipe.	- 2000 a 3500 pessoas, com parâmetros baseados nos riscos e vulnerabilidades do território.
Educação permanente e formação em saúde	- Distribuídas ao longo do texto, porém não versava sobre formação em saúde e estrutura física para essas ações.	- Incorporadas ao processo de trabalho das equipes, com estrutura física e ambiência adequada para tal. - Incorpora o ensino na saúde, destacando o papel da AB como locus de formação, pesquisa e extensão.
Prazo para implantação de equipes	- Não mencionava.	- Define 4 meses para implantação de equipes credenciadas em portaria.

Legenda: Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); Atenção Primária à Saúde (APS); Estratégia Saúde da Família (ESF); Equipes de Atenção Básica (eAB); Agentes comunitários de saúde (ACS); Agente de Combate a Endemias (ACE); Unidade Básica de Saúde (UBS); Atenção Básica (AB).

Fonte: ALMEIDA *et al.*, 2018.

O Quadro 1 apresenta informações das principais alterações da PNAB 2011 e 2017. Porém, faz-se necessária uma leitura crítica dos possíveis impactos na APS e a desconsideração da ESF e de suas repercussões nas práticas dos profissionais e no acesso à saúde da população, apontando os princípios e diretrizes do SUS e da APS desconsiderados. É o que discutiremos nos próximos tópicos.

1.5.1.1 A despriorização do modelo da Estratégia Saúde da Família

O primeiro tópico a ser discutido é a despriorização do modelo da ESF. A reformulação da PNAB traz ambiguidades de interpretação quando indicam que as equipes de atenção Básica podem posteriormente se organizar tal qual o modelo prioritário. Com isso, admite-se o reconhecimento de outras estratégias de Atenção Básica, conforme ressaltamos a seguir:

Art. 4º A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica.

Parágrafo único. Serão reconhecidas outras estratégias de Atenção Básica, desde que observados os princípios e diretrizes previstos nesta portaria e **tenham caráter**

transitório, devendo ser estimulada sua conversão em Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2017d).

Esta Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Contudo **reconhece outras estratégias de organização** da Atenção Básica nos territórios, que devem seguir os princípios e diretrizes da Atenção Básica e do SUS, configurando um **processo progressivo** e singular que considera e inclui as especificidades locorregionais, ressaltando a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde (BRASIL, 2017d, cap. I, grifo nosso).

Também é abordado nesta citação, o caráter transitório, dessas outras estratégias de organização, que deveriam ser estimuladas à sua conversão em ESF. No entanto, não se define o tempo e nem como será estimulado o processo progressivo de conversão. E ao mencionar a palavra “podem”, oferecem interpretações ambíguas e de condicionalidade entre o “poder” e “querer” para tal transição para o modelo da ESF. Todavia, o risco é que as outras modalidades, mais baratas de financiamento, como as equipes de Atenção Básica (eAB) e que não tenham o mesmo alcance e efetividade como na ESF se perpetuem.

As eAB deverão ser compostas minimamente por médicos e enfermeiros. Poderão agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate a endemias. O que deixam dúvidas acerca do atendimento integral e do trabalho em equipe neste tipo de conformação.

A implantação da Estratégia de Agente Comunitário de Saúde (EACS) também surge como uma possibilidade para a reorganização inicial da AB, com vistas à implantação gradual da ESF ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da APS. Mais uma vez, a PNAB 2017 não define ou explicita o que seriam essas outras maneiras de organização deixando a orientação superficial e contraditória. Também não esclarece como será a implantação gradual da ESF, se eximindo de uma definição temporal para que ocorra a transição.

Para Pinto (2018), trata-se de um desestímulo à aderência ao modelo da ESF, pois as novas conformações apresentam menos regras, ações e menor investimento financeiro. Assim, as equipes de Atenção Básica tornam-se sob caráter substitutivo, porque é aparentemente vantajoso para os gestores substituir a ESF pela “não ESF”.

1.5.1.2 Novas regras para a população adscrita

Na parte do funcionamento, no subcapítulo 3.3, temos:

i.- População adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica.

Além dessa faixa populacional, **podem** existir outros arranjos de adscrição, conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, facultando aos gestores locais, conjuntamente com as equipes que atuam na Atenção Básica e Conselho Municipal ou Local de Saúde, a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe, podendo ser **maior ou menor** do que o parâmetro recomendado, de acordo com as especificidades do território, assegurando-se a qualidade do cuidado (BRASIL, 2017d, cap. 3.3, grifo nosso).

Neste trecho, em relação à população adscrita, a nova PNAB prega que deve ser de 2.000 a 3.500 pessoas. Porém complementa que “podem” existir outros arranjos de adscrição, podendo ser maior ou menor do que o parâmetro recomendado. Desta forma, a partir destes novos arranjos de adscrição, surgem os novos desafios para agarrados princípios da universalidade e da integralidade, na promoção da garantido acesso para o número de pessoas adscritas, paraa qualidade do cuidado.

1.5.1.3 Pacotes de serviços essenciais e ampliados

Uma das mudanças diz respeito à maior autonomia cedida aos gestores municipais no que tange ao escopo de serviços ofertados na APS. Estes passam a ser divididos entre padrões “essenciais” e “ampliados”. Define-se como “padrões essenciais e ampliados” o seguinte:

Padrões Essenciais – ações e procedimentos básicos relacionados a condições básicas/ essenciais de acesso e qualidade na Atenção Básica; e Padrões Ampliados – ações e procedimentos considerados estratégicos para se avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na Atenção Básica, considerando especificidades locais, indicadores e parâmetros estabelecidos nas Regiões de Saúde (BRASIL, 2017d, item 3.3).

Apesar dessa distinção que é introduzida entre os tipos de serviços, a PNAB 2017 não deixa claro quais ações e procedimentos corresponderiam a cada padrão de serviços, deixando

sua interpretação a cargo dos gestores locais. Acredita-se que essa ambiguidade pode ocasionar uma configuração de APS que se limite aos cuidados mínimos, gerando incerteza sobre a capacidade desse padrão básico de atender todas as necessidades de saúde que deveriam ser contempladas neste nível de atenção (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Assim, os padrões essenciais são ‘as ações e os procedimentos básicos’, que deveriam ser garantidos pelas equipes em todo o País. Embora sejam apresentados como condições básicas de acesso à atenção à saúde, e de qualidade do cuidado oferecido, a própria segmentação os remete à ideia de mínimos. Assim, o termo ‘básico’ se esvazia do sentido que é tão caro a alguns autores da literatura sobre APS no Brasil, isto é, como distintivo do compromisso da AB, de ser o primeiro nível de acesso a um sistema universal, que abrange uma rede integral e complementar de atenção à saúde, capaz de resolver 80% dos problemas de saúde da população (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, p. 16).

Segundo Morosini, Fonseca e Lima (2018), o risco assentado, pela diferenciação entre os serviços ‘essenciais’ e ‘ampliados’, é de que se retome a lógica da seletividade com diretrizes que reforcem a segmentação e a fragmentação dos serviços e das ações de saúde no SUS, a partir da APS. Além disso, também ocorre um descompromisso com os princípios da universalidade e integralidade.

Giovanella (2018) menciona que o estabelecimento de uma cesta mínima de serviços incluídos, denominados de “serviços essenciais”, está contido nos indicadores do Banco Mundial e da OMS em 2017, com a finalidade de monitorar uma das metas 3,8, relacionada ao desenvolvimento sustentável “Saúde e Bem-Estar” e a AP como estratégia para a cobertura universal. Contudo, as ações e serviços orientados pelos padrões essenciais e ampliados, configuram uma concepção de APS seletiva e focal, rompendo com o princípio da integralidade e levando a distorção do princípio da equidade.

1.5.1.4 Critérios para definição do tipo de equipes e o número de ACS

Em relação ao tipo de equipe, a PNAB 2017, novamente demonstra ambiguidades de interpretação e não garante o acesso e a universalidade, conforme identificado no trecho a seguir: “o número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com a definição local”, em seguida “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” (BRASIL, 2017d, não paginado).

Sendo assim, percebemos um provável déficit na cobertura da ESF, enquanto pela PNAB 2011 a cobertura deveria ser 100% da população, agora a cobertura será 100% da população vulnerável. Desta forma, também não determina de forma clara e concisa acerca dos critérios para a determinação de uma população vulnerável podendo ferir o princípio da universalidade.

Para Pinto (2018), o efeito esperado é a redução drástica do número de ACS, através de medidas de corte dos gastos, trazendo o “desmantelamento” da ESF com possíveis consequências trágicas para a saúde da população.

1.5.1.5 A diferenciação da carga horária dos profissionais entre as equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Básica

Outro ponto polêmico é a distribuição da carga horária dos profissionais que será de responsabilidade do gestor. Logo a eAB tradicional, poderá ter profissionais com CH de 10hs. Percebemos neste fragmento indícios para a eventual desconsideração da concepção das necessidades em saúde da população, abrindo lacunas para que a distribuição da carga horária seja realizada de acordo com a oferta de profissionais. Podemos atribuir a este aspecto, os desafios para a continuidade e longitudinalidade do cuidado.

A PNAB 2017 preconiza a diferenciação da carga horária dos profissionais das equipes de Atenção Básica, estabelecendo a carga horária de 40 horas semanais, porém flexibilizando que, no máximo três profissionais, possam cumprir 10h por categoria profissional. Enquanto isso, para as equipes de Saúde da Família torna-se obrigatório o cumprimento de 40 horas semanais para todos os profissionais de saúde.

Andrade *et al.* (2019) revelam, em seu estudo, que a maioria dos profissionais considerava a carga de trabalho como densa e em ampla diferenciação da carga horária exigida dos médicos da estratégia em relação aos demais setores. Esta flexibilização traz à tona uma antiga discussão, relativa a dificuldade de fixação do profissional médico às equipes de Saúde da Família (ALMEIDA *et al.*, 2018; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

A Portaria nº 2.027, de 25 de agosto de 2011, publicada pelo Ministério da Saúde (MS), flexibilizou a carga horária dos médicos, que agora também poderão ser contratados para trabalharem 20 ou 30 horas semanais. A medida apenas consolidou com a realidade, retirando os médicos e gestores da ilegalidade nos municípios em que já cumpriam a carga horária reduzida como forma de facilitar as contratações desses profissionais.

Contudo, dentre outras alterações da PNAB 2017, a flexibilização da carga horária dos profissionais para a composição da equipe, mesmo diante de toda problemática já discutida, estaria atendendo o interesse corporativista da categoria médica e do mercado privado (MORI, 2019).

Além das dificuldades de fixação do profissional médico nas equipes de Saúde da Família, prejudicaria uma das importantes essências da APS, que se trata do vínculo entre profissional e usuário, que potencializaria a responsabilidade do profissional com o território a qual o real propósito do estabelecimento da carga horária de 40 horas semanais (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Também é relevante discutir que essa flexibilização poderá aumentar as dificuldades de fixação da equipe médica nas equipes de Saúde da Família já que pode ocorrer uma preferência desta categoria profissional pelas equipes de Atenção Básica já que nesta é possível a flexibilização da carga horária.

1.5.1.6 O reconhecimento da figura do gerente de Atenção Básica

No capítulo das atribuições dos profissionais, foi recomendada a inclusão do Gerente de AB e que este não seja profissional integrante das equipes, devendo a inclusão deste profissional ser avaliada pelo gestor (BRASIL, 2017d). Outra parte do trecho diz: “Entende-se gerente de AB um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior” (BRASIL, 2017d, não paginado). Podemos entender que o gestor pode escolher se contrata um gerente com nível superior ou apenas qualificado para tal cargo. Além disso, também não define o incentivo para a contratação desse novo membro da equipe.

O custeio mensal da Gerência da Atenção Primária está previsto na Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017c). O custeio mensal será de R\$ 713,00 para municípios que possuem apenas uma equipe e USF e R\$ 1.426 para

Municípios que possuem mais de uma equipe no total, repassando tal valor para unidades com duas ou mais equipes, ou ainda, a cada duas unidades de saúde nas quais atua apenas uma equipe.

A atuação do gerente da USF na coordenação destes espaços será estratégica e deverá ter como norte o disposto na Política. São atribuições dos gerentes (BRASIL, 2017d):

I.- Conhecer e divulgar, junto aos demais profissionais, as diretrizes e normas que incidem sobre a AB em âmbito nacional, estadual, municipal e Distrito Federal, com ênfase na Política Nacional de Atenção Básica, de modo a orientar a organização do processo de trabalho na UBS; II.- Participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, junto aos demais profissionais; III.- Acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes que atuam na AB sob sua gerência, contribuindo para implementação de políticas, estratégias e programas de saúde, bem como para a mediação de conflitos e resolução de problemas; IV.- Mitigar a cultura na qual as equipes, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores assumem responsabilidades pela sua própria segurança de seus colegas, pacientes e familiares, encorajando a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; V.- Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Básica vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações, e divulgando os resultados obtidos; VI.- Estimular o vínculo entre os profissionais favorecendo o trabalho em equipe; VII. Potencializar a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na UBS, apoiando os processos de cuidado a partir da orientação à equipe sobre a correta utilização desses recursos; VIII.- Qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos (manutenção, logística dos materiais, ambiência da UBS), zelando pelo bom uso dos recursos e evitando o desabastecimento; IX.- Representar o serviço sob sua gerência em todas as instâncias necessárias e articular com demais atores da gestão e do território com vistas à qualificação do trabalho e da atenção à saúde realizada na UBS; X.- Conhecer a RAS, participar e fomentar a participação dos profissionais na organização dos fluxos de usuários, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, apoiando a referência e contrarreferência entre equipes que atuam na AB e nos diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis; XI.- Conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território, e estimular a atuação intersetorial, com atenção diferenciada para as vulnerabilidades existentes no território; XII.- Identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a Educação Permanente, seja mobilizando saberes na própria UBS, ou com parceiros; XIII.- Desenvolver gestão participativa e estimular a participação dos profissionais e usuários em instâncias de controle social; XIV.- Tomar as providências cabíveis no menor prazo possível quanto a ocorrências que interfiram no funcionamento da unidade; e XV.- Exercer outras atribuições que lhe sejam designadas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, de acordo com suas competências.

1.5.1.7 Novas Atribuições aos Agentes Comunitários de Saúde: medidas ilegais e que reforçam o modelo biomédico

Em relação às novas atribuições aos ACS, preconiza-se o trecho seguinte:

Poderão ser consideradas, ainda, atividades do Agente Comunitário de Saúde, a serem realizadas em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência. I – Aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos; II – Realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica; III- aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar; IV- Realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida; e V – Orientação e apoio, em domicílio, para a correta administração da medicação do paciente em situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2017d, não paginado).

Essas atribuições caracterizam o exercício ilegal da profissão, já que essas funções não são atribuídas na legislação específica do ACS e sim a profissionais de enfermagem. Não são esclarecidas, na política, quais as condições seriam caracterizadas como excepcional, levanta discussões e alertas para risco da descaracterização do papel do ACS na APS e a formação deste profissional para a realização dessas atividades inerentes à enfermagem.

Portanto, além de se configurar como exercício ilegal da profissão de enfermagem, esses tipos de atribuições necessitam de técnicas e compreensão específica dos resultados, já que podem acarretar danos à saúde dos usuários. Assim, implicariam em formar tecnicamente os ACS para a realização de tais atribuições e, conseqüentemente, este profissional perderia a sua essência de promotor da saúde.

Portanto, gera-se a dúvida quanto ao significado da universalidade almejada e do escopo da atenção primária à saúde pretendida. Há uma disputa entre garantir acesso universal com equidade conforme necessidades, independente da renda, em sistemas públicos universais de saúde como o SUS, e expandir cobertura com seguros focalizados (privados, públicos ou subsidiados) com cesta de cuidados básicos selecionados, cristalizando iniquidades (GIOVANELLA, 2018).

Nesse contexto, reiteram-se abordagens seletivas da atenção primária à saúde para alcance de um universalismo básico, e precisamos estar atentos à defesa da expansão da

atenção básica no SUS em uma concepção de atenção primária à saúde integral (GIOVANELLA, 2018).

1.6 As práticas de saúde de enfermeiros e agentes comunitários de saúde na estratégia saúde da família

Para compreender as práticas no contexto de trabalho de Enfermeiros e ACS na ESF, é necessário recorrer à discussão conceitual e teórica desde o entendimento da palavra ‘prática’ até a sua aplicação no sentido de promover a saúde por esses profissionais. E transversalmente a essa discussão, as transformações históricas, filosóficas e políticas que influenciam suas práticas e atribuições no cuidado à saúde.

As práticas de saúde foram se adaptando ao contexto histórico das nações. O seu desenvolvimento está profundamente associado às composições sociais das diferentes nações em épocas diversas. Cada período histórico é determinado por uma formação social específica, trazendo consigo uma caracterização própria que engloba sua filosofia, sua política, sua economia, suas leis e sua ideologia (GEOVANINI *et al.*, 2019).

Primeiramente consultamos o sentido semântico da palavra “prática”, e segundo o Dicionário *online* Dicio (2021), lemos o seguinte:

O que se opõe ao teórico; real [...]Tudo o que se consegue realizar, executar, fazer; exercício.Realização do que se planejou; aplicação: prática de crime.Realização costumeira, cotidiana de algo: prática de exercícios.Habilidade adquirida com a experiência; treinamento: prática em cozinhar.Modo particular e comum de se comportar ou de realizar alguma coisa; hábito: a mentira é uma prática dos enganadores.Em que há uso contínuo, hábitos enraizados ou costumes; convenção.Tempo usado para se preparar em; estágio: preciso pegar prática nisso! [...]Capaz de realizar alguma coisa objetivamente; com senso de realidade; pragmático: pessoa prática.Fácil de usar; de utilização simples [...]

Já no dicionário Michaelis *online* (2021), “prática” é definida como:

[...] **1** Ação ou efeito de praticar. **2** Realização de qualquer ideia ou projeto. **3** Aplicação das regras ou dos princípios de uma arte ou ciência. **4** Exercício de qualquer ocupação ou profissão. **5** Execução repetida de um trabalho ou exercício sistemático com o fim de adquirir destreza ou proficiência: *A prática leva à*

perfeição. **6** Habilidade em qualquer ocupação ou ofício adquirida por prolongado exercício deles: *Ter muita prática*. **7** Modo ou método usual de fazer qualquer coisa. **8** Maneira de proceder; uso, costume. **9** Conversação, palestra; conferência, discurso. **10** Pequeno sermão ou discurso feito por um sacerdote aos fiéis antes ou no intervalo da missa; exortação. **11** Cumprimento (falando de deveres, virtudes, leis, ordens). **12** [...]Exercício maquinal de alguma arte ou ofício; rotina. **13** [...] *P. do mundo*: a) experiência da vida; b) conhecimento dos usos e costumes da sociedade em que se vive. *Pôr em prática*: efetuar, executar, realizar”.

Percebemos que o significado da palavra “prática”, nos dois dicionários, apresenta algumas semelhanças, mas também demonstram importantes peculiaridades que contribuem para a nossa reflexão quando relacionados à prática em saúde. O Dicionário Dicio apresenta basicamente um sentido de ação e a afirmação de que reprodução da “prática” pode trazer habilidades– portanto, a expõe como uma maneira de agir. Já o dicionário Michaelis *online* também define ‘prática’ como ação, porém traz outras interpretações, como a aplicação das regras ou princípios de uma arte ou ciência. Nesse sentido, podemos relacionar a prática como uma ação raciocinada, ou seja, uma ação que não deve ser uma simples repetição ou mecanização, pois se trata de uma ação embasada em algum tipo de conhecimento e com objetivos. Ao contrário do que se entende quando uma ação é meramente mecanizada, ou seja, desprovida de sentido. Também menciona quando alega um significado de rotina, que deve ser bastante refletido quando se pensa nas práticas principalmente no campo da saúde coletiva que defendem a integralidade das ações de acordo com a necessidade dos usuários.

Segundo Acioli (2003, p. 158), os termos “Prático” e “Práxis”, também são utilizados como referências às práticas sociais, e os define como:

Práxis, que significa ação em grego, é um termo referente a uma ação voluntária voltada para uma razão prática, um agir prático. O materialismo dialético concebe a práxis como uma ação transformadora das condições concretas da existência. A práxis engloba tanto a ação objetiva do ser humano quanto suas produções subjetivas, articulando ações e intenções. E *Prático*, indica para a filosofia e para o senso comum, uma ação ou o que diz respeito à atividade humana concreta. Refere-se ao que pode ser objetivado e traduzido em ação.

A mesma autora ainda reitera que “as práticas são frutos de condições relacionadas ao contexto social, político e econômico e de aspectos subjetivos e de interesses dos grupos sociais” (ACIOLI, 2003, p. 50). A partir desta definição incumbe à equipe da ESF a promoção da integralidade nas práticas de saúde e organizá-las de acordo com as necessidades de saúde dos usuários.

A história do desenvolvimento e transformações das práticas de saúde dividem-se em seis períodos: a) As práticas de saúde instintivas: caracteriza a prática do cuidar nos grupos

nômades primitivos, tendo como pano de fundo as concepções evolucionista e teológica; b) As práticas de saúde mágico-sacerdotais: aproximam-se da relação mística entre as práticas religiosas e as práticas de saúde primitivas desenvolvidas pelos sacerdotes nos templos; c) As práticas de saúde no alvorecer da ciência: corresponde o progresso das práticas de saúde devido ao surgimento da filosofia e a evolução da ciência. Estendeu-se até os primeiros anos da Era Cristã; d) As práticas de saúde monástico-medievais: focaliza a influência dos fatores socioeconômicos e políticos do medievo e da sociedade feudal nas práticas de saúde e as relações destas com o cristianismo. Aqui aparece a Enfermagem como prática leiga, desenvolvida por religiosos e abrange o período medieval compreendido entre os séculos V e XIII; e) As práticas de saúde pós-monásticas: evidencia a evolução das práticas de saúde e, em especial, da prática de Enfermagem no contexto dos movimentos Renascentistas e da Reforma Protestante. Corresponde ao período que vai do final do século XIII ao início do século XV; f) As práticas de saúde no mundo moderno: considera as práticas de saúde e, em especial, a da Enfermagem sob a ótica do sistema político-econômico da sociedade capitalista e ressalta o surgimento da Enfermagem como prática profissional industrializada (GEOVANINI *et al.*, 2019).

Portanto, o cuidado como uma prática instintiva e empírica, sempre esteve presente desde a origem das civilizações, apresentando nesta fase, o mínimo de reflexão crítica e com poucos princípios científicos (MARIN; GIORDANI, 2009).

A transformação histórica das práticas de saúde relaciona-se com as demais práticas sociais, quanto às formas de organização e de produção da vida social. Na Idade Média as práticas de cuidado, subordinavam-se ao dogmatismo religioso. Na era capitalista, a prática de saúde se subordina a lógica do mercado, passando a ser organizado a partir de uma lógica privada, tratando a saúde como uma mercadoria com fins lucrativos (ZOBOLI; FRACOLLI; CHIESA, 2013).

Sousa e Hamann (2009) defendem que as práticas de saúde devem ser orientadas pela essência do SUS, onde se fortaleça o diálogo de forma permanente, franca e democrática, com todas as forças sociais, tendo em vista um novo pacto federativo: a consolidação da política prevista na nossa Constituição.

1.6.1 Práticas de saúde dos Enfermeiros na Estratégia Saúde da Família

Reiteramos que neste estudo, optamos pelo uso do termo ‘práticas de saúde’, por percebermos que elas estão intimamente ligadas ao cuidado, ou seja, as mesmas podem ser apreendidas como a extensão do cuidado. Por isso, entendemos que o cuidado como uma filosofia ou uma identidade, algo maior, como uma essência que deve estar embasando quaisquer práticas de saúde.

Concordamos com Pinheiro (2009), que define cuidado como um modo de agir produzido através da experiência de um modo de vida específico e apoiados por aspectos políticos, sociais, culturais e históricos, que se transformam em práticas de espaço e na ação de cidadãos sobre os outros em uma dada sociedade.

No entendimento de Giordani (2008, p. 40), “cuidar supera um ato, uma ação mecânica ou automatizada, sendo, portanto, mais caracterizada por uma atitude”. O cuidado de enfermagem é teoricamente idealizado, construído e praticamente edificado a partir da relação entre dois entes, de forma interpessoal, que objetiva o bem-estar dos seres envolvidos. Para tanto, é imprescindível que aquele que cuida e aquele que é cuidado se encontrem numa interação qualitativamente produtiva (FORMOZO *et al.*, 2012).

Compreender o valor do cuidado de enfermagem requer uma concepção ética que contemple a vida como um bem valioso em si, começando pela valorização da própria vida para respeitar a do outro em sua complexidade, suas escolhas, inclusive a escolha da enfermagem como uma profissão (SOUZA; SARTOR; PRADO, 2005).

Cuidar em enfermagem consiste em envidar esforços transpessoais de um ser humano para outro, visando proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando pessoas a encontrar significados na doença, sofrimento e dor, bem como, na existência. É ainda, ajudar outra pessoa a obter autoconhecimento, controle e autocura, quando então, um sentido de harmonia interna é restaurado, independentemente de circunstâncias externas (WALDOW; LOPES; MEYER, 1998).

O cuidado em enfermagem, nesta concepção de colocar-se no lugar do outro, aproxima-se das ideias do humanismo latino ao identificar os seres humanos pela sua capacidade de colaboração e de solidariedade para com o próximo. Deste modo, prestar cuidado quer na dimensão pessoal quer na social é uma virtude que integra os valores identificadores da profissão da enfermagem. Assim, compartilhar com as demais pessoas

experiências e oportunidades, particularmente as que configuram o bem maior, a vida, constitui um dos fundamentos dos humanistas, que se apresenta na essência do cuidado de enfermagem.

Para Ayres (2001), se considerarmos a mesma ideia de cuidado para o plano mais concreto das práticas de saúde, vamos permanecer intactos no seu conteúdo fundamental e no seu significado mais relevante, pois, cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo do tempo, um estreitamento entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente. Portanto, a atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa de parcelar das práticas de saúde.

A prática do cuidado é uma prática social, a qual pode ser determinada historicamente e, por sua vez, reflete posições diante do desenvolvimento e da realidade social (FERREIRA; ACIOLI, 2010).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem sido referida como a estratégia estruturante para o alcance de mudanças significativas no contexto da Saúde Pública brasileira, principalmente por propor importantes mudanças na forma de conduzir as práticas de saúde. Possui potencialidades para contribuir para a construção de um novo paradigma assistencial mais voltado para a prática humanizadora e holística (SILVA; MOTTA; ZEITOUNE, 2010). Em outras palavras, trata-se de uma tentativa de transformar as ações predominantes da área curativa e hospitalocêntrica para a prática de saúde com ênfase na prevenção e a promoção da saúde.

As práticas de saúde na ESF devem ser atreladas às necessidades locais, a partir das quais as ações são elaboradas. Sendo assim é o contexto social de cada comunidade, que permite a implantação eficaz ou não dessas práticas (KEBIAN, 2011). Assim, Paim e Almeida Filho (2000) incorporam ao conceito de prática de saúde, as dimensões objetivas do processo de trabalho, das relações técnicas e sociais que permeiam tais práticas.

O lidar com o cotidiano das práticas de saúde coloca-nos em contato com a realidade dos usuários, os quais apresentam uma pluralidade de recursos populares de cuidados com o corpo, coadjuvantes às terapêuticas oficiais (TEIXEIRA; NOGUEIRA, 2005).

Neste sentido, é necessário conhecer e refletir sobre as práticas de saúde contextualizadas, referidas à existência de determinados grupos sociais, como as suas condições de saúde e doença, num movimento “de fora para dentro” da lógica dos serviços de saúde (ACIOLI, 2003).

As práticas de saúde são construídas através de vários *hábitos* que estão relacionados à interiorização de normas e valores presentes na cultura. São práticas orientadas por uma gama de influências; institucionais, familiares e referentes ao grupo social de que fazem parte. Dessa forma, possuem vários sentidos, que misturam vários elementos da biomedicina e de outras racionalidades médicas e da chamada medicina tradicional ou popular. Podem ser percebidas como maneiras de fazer, que implicam estratégias e táticas de pessoas e grupos desenvolvidas em determinados contextos, no sentido de superação de limites que definem suas práticas. Há, portanto, uma combinação entre as práticas ou maneiras de fazer, e elementos presentes nos contextos da vida cotidiana das pessoas e do lugar que ocupam nos grupos sociais em que se inserem (ACIOLI, 2003, p. 36).

Teixeira e Nogueira (2005) referem a importância de abarcar as experiências do cliente no que se refere às práticas populares, no sentido de favorecer o cuidado de si e uma pedagogia crítica e sensível no campo da saúde, por meio de trabalhos participativos na comunidade.

É necessário pensar amplamente sobre as práticas de saúde, procurando analisá-las como práticas que não possuem uma única direção, isto é, não servem somente a um único grupo de interesses, a dos profissionais de saúde ou dos usuários (MERHY, 2002).

Na prática de saúde na ESF, os profissionais devem renunciar a vontade de poder que reduz tudo e a todos a objetos, desconectando-se da subjetividade humana. É necessário enxergar integralmente a criança, o jovem, o adulto e o idoso, enfim todo aquele que é assistido como pessoa, como sujeito. Pois, é pessoa em sua totalidade existencial que busca a atenção dos profissionais de saúde (ZOBOLI; FRACOLLI; CHIESA, 2013).

O profissional em suas práticas de saúde não deve se preocupar apenas em tratar a doença ou aliviar os sinais e sintomas ou dar conta dos problemas. O que o contempla é que sua presença, não é meramente física ou profissional, mas de uma pessoa capaz de escutar, entender e acolher, em uma relação profissional- usuário aberta, compreensiva, leal e confiante. Uma relação que valoriza e possibilita decisões compartilhadas no cuidado (ZOBOLI; FRACOLLI; CHIESA, 2013).

“Falar das práticas de enfermagem pressupõe o entendimento de que a profissão, enquanto prática social busca sempre responder às exigências sociais e de saúde de uma determinada época e de um determinado espaço social” (ERMEL; FRACOLLI, 2006, p. 534).

Para Souza *et al.* (2005, p. 269), “o cuidado de enfermagem consiste na essência da profissão e pertence a duas esferas íntimas: uma objetiva que se refere ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos, e uma subjetiva, que se baseia em sensibilidade, criatividade e intuição para cuidar de outro ser”. Para tanto, “o cuidado é expressivo a partir do momento

em que deixa de ser uma tarefa para ser uma ação que proporcione crescimento para quem cuida e para que é cuidado” (FONTES; ALVIM, 2008, p. 194).

O dicionário Dicio *online* (c2021) define competência como capacidade decorrente de profundo conhecimento que alguém tem sobre um assunto, exemplo: recorrer à competência de um grande especialista.

De acordo com Machado (2002, p. 137), “a concepção de competência se define a partir de outros elementos fundamentais além da pessoalidade: o âmbito, as habilidades, a mobilização de saberes, a interdisciplinaridade e a contextualização”.

A competência se articula com o sentido de bem, de algo que seja bem-feito, bem executado e que bem resulte. No entanto, um indivíduo competente sabe quando algo precisa ser bem realizado. O que de alguma forma se aproxima do conceito de ética enquanto reflexão e prática do bem pensar, agir, fazer, viver (MACEDO; CAETANO, 2017).

Para Perrenoud (2001, p.1), define-se a “competência como a capacidade de mobilizar um conjunto de recursos cognitivos (saberes, capacidades, informações, entre outros) com o objetivo de solucionar diversas situações com pertinência e eficácia”. O autor ainda ressalta que as competências estão ligadas a contextos culturais, profissionais, condições sociais, políticas.

Neste aspecto, o conceito de competência é refletido como conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes relacionados às capacidades humanas, que justifica um alto desempenho, acreditando-se que os melhores desempenhos estão fundamentados na inteligência e personalidade das pessoas. E ainda se demonstra que as competências estão alinhadas às necessidades estabelecidas pelos cargos ou posições existentes nas Instituições (FLEURY, M.; FLEURY, A., 2010).

Para Correa (2015), as competências estão relacionadas às capacidades humanas para cumprir tarefa específica sendo considerados elementos essenciais que passaram a permitir às empresas concentrar-se nos aspectos essenciais do seu negócio e, assim, disporem de um talento humano que tivesse conhecimentos, habilidades e atitudes para desenvolver seu trabalho de forma efetiva e dar resposta aos desafios do mundo globalizado.

Diversas são as competências que se fazem necessárias ao enfermeiro de Saúde da Família na sua prática profissional, já que ele necessita ser qualificado dentro dos princípios e diretrizes do SUS e da APS para atuar com eficiência e efetivamente, especialmente nas práticas gerenciais, assistenciais e educativas, que requerem sistematização e comprometimento com necessidades individuais e coletivas. Portanto, requer mobilização de

competências constantes para sua prática com vistas à consolidação, ampliação e transformações das práticas de saúde através do modelo de atenção saúde da ESF (LOWEN *et al.*, 2015).

Lopes *et al.* (2020) identificaram em seu estudo as competências necessárias ao enfermeiro, tais como: liderança; educação permanente; ética; comunicação; gestão de pessoas e de recursos materiais; trabalho em equipe; cuidado à saúde; tomada de decisão – bem como estratégias organizacionais e individuais para desenvolvê-las.

Deste modo, na ESF, o enfermeiro é responsável pela organização do processo de trabalho da equipe, cabendo-lhe na orientação e condução das suas tarefas, dimensionamento dos recursos humanos para o trabalho e gerenciamento de conflitos. Além disso, o enfermeiro tem a função de articular os serviços e as práticas de saúde aos demais profissionais da unidade (LOPES *et al.*, 2020).

Para Brandt *et al.* (2014), outra competência importante em seus achados, é o trabalho em equipe, o qual vem se desenhando como uma prática fundamental do enfermeiro, tendo precisão numa abordagem extensa e baseada no bom senso, escuta, cooperação, respeito e empatia.

Nessa direção, o trabalho em equipe é uma estratégia de organização do trabalho que considera, simultaneamente, a articulação das ações e dos saberes das variadas classes profissionais em busca de consenso e que se traduz em qualidade na atenção integral às necessidades de saúde de sua comunidade (BRANDT *et al.*, 2014).

Nesse sentido, Lopes *et al.* (2020) afirmam que a competência trabalho em equipe do enfermeiro da ESF implica na garantia da cooperação, saber ouvir, integrar os diferentes atores, fazendo um trabalho compartilhado, apontando ao alcance dos objetivos e das metas propostas. Portanto, o trabalho em equipe pressupõe mudanças na organização do trabalho e nos padrões de atuação de cada trabalhador, favorecendo maior integração entre os diversos profissionais e as ações desenvolvidas.

O campo de atuação do enfermeiro da APS, especialmente na ESF, é exigido desde a qualificação um perfil diferenciado, com pleno conhecimento de suas atribuições, como forma de garantir a efetividade de suas ações (FIRMINO *et al.*, 2016).

Os enfermeiros são profissionais que dispõem de conhecimentos e habilidades técnicas que possibilitam que advoguem pelos usuários dos serviços de saúde e atuem em colaboração com outros profissionais da área. Dessa forma, é responsável e se evidencia como profissional fundamental no acompanhamento dos usuários do SUS.

As enfermeiras que atuam na ESF lançam mão de diferentes tecnologias que abrangem tanto as dimensões técnico-assistenciais, como os conhecimentos e procedimentos técnicos científicos, os folhetos educativos, o planejamento, como as dimensões técnico-relacionais que incluem as interações entre os usuários e famílias e a dinâmica coletivo-social dos envolvidos no processo de trabalho.

Quanto às atribuições específicas do enfermeiro, exposto na Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 são:

I – realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações e etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; II – realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços; III- realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; IV – planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe; V – contribuir, participar, e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; e VI -participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS (BRASIL, 2012, p.46).

Segundo Scóz e Fenili (2003), as práticas de saúde dos enfermeiros envolvem basicamente três eixos: A visita domiciliar que fortalece os vínculos de corresponsabilidade e atuação no território; as consultas de Enfermagem que garantem a longitudinalidade do cuidado e as ações educativas com grupos populacionais específicos.

Para Kebian (2011), as práticas de cuidado do Enfermeiro na ESF, estão compreendidas em: 1) atividades educativas voltadas para o cuidado: capacitação de ACS; Grupos educativos; Promoção da saúde; Prevenção das doenças; Visita domiciliar; 2) Atividades administrativas voltadas para o cuidado: Supervisão de ACS; Reuniões de equipe; Acolhimento; e 3) Atividades assistenciais voltadas para o cuidado: Consultas de enfermagem de pré-natal, saúde da mulher e puericultura; Vacinação; Curativos; Teste do pezinho; Verificação de sinais vitais; Visita domiciliar.

De acordo com a reformulação da PNAB 2017 são atribuições específicas do Enfermeiro: I – Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida; II – Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme

protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão; III – Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos; IV – Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; V – Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local; VI – Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/ auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; VII – Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS; VIII – Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e IX – Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação (BRASIL, 2017d, capítulo 4.2).

Vale destacar que o profissional em suas práticas de saúde não deve se preocupar apenas em tratar a doença ou aliviar os sinais e sintomas ou dar conta dos problemas. O que o contempla é que sua presença, não é meramente física ou profissional, mas de uma pessoa **capaz de escutar, entender e acolher** em uma relação profissional-usuário aberta, compreensiva, leal e confiante. Uma relação que valoriza e possibilita decisões compartilhadas no cuidado (ZOBOLI; FRACOLLI; CHIESA, 2011).

No que diz respeito à APS, um dos desafios a ser superado está relacionado à força de trabalho. Destaca-se a necessidade de priorização de política do investimento, capaz de fazer valer os instrumentos de gestão e a ampliação da ESF. Independente da estratégia utilizada, as organizações devem se preocupar com o desenvolvimento do trabalhador, visando adequação profissional articulada com o contexto dos serviços respondendo às necessidades dos gestores e trabalhadores (MACHADO *et al.*, 2018).

Ressalta-se que este estudo não teve ambição de limitar ou esgotar a reflexão acerca das competências dos profissionais enfermeiros e das estratégias para adquiri-las, mas sim, de contribuir para a sua práxis trabalhadora, dando maior visibilidade às competências profissionais para sua atuação diante de multiplicidade de atribuições e tarefas que vêm sendo exigidas, bem como identificando lacunas do cuidado, do conhecimento e gestão que precisam ser desenvolvidas a fim de pautar o trabalho destes profissionais (LOPES *et al.*, 2020).

Considerando que a atuação da enfermagem na saúde da família vem se consolidando na prática e na experiência adquirida pelos profissionais de saúde na saúde coletiva, para construir um trabalho em equipe em uma nova concepção do processo de trabalho e que o enfermeiro precisa delinear cada vez mais e melhor o seu campo de atuação profissional e desenvolver o seu projeto político-legal, coerente com os princípios e diretrizes do SUS, bem como com as diretrizes da ESF (FIRMINO *et al.*, 2016).

Segundo Amoras *et al.* (2016), o exercício da enfermagem requer o desenvolvimento de competências que sejam capazes de acompanhar o momento histórico e as transformações globais. Frente a essas considerações, é possível dizer que o enfermeiro da eSF vem sendo constantemente desafiado face à multiplicidade de demandas do seu trabalho, que exigem competências precisas, pautadas em sua experiência profissional e valores, e que atendam aos propósitos dos gestores e da atenção primária à saúde (LOPES *et al.*, 2020).

Entretanto, os desempenhos traduzidos no conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes mobilizados para o desenvolvimento das ações apontam também iniciativas de ampliação da clínica para além do recorte individual biológico, com a enfermeira voltando o olhar para a família e o contexto em que se inclui o usuário, numa perspectiva da longitudinalidade da atenção. Ainda, pudemos identificar a utilização de ferramentas importantes (como escuta, vínculo, acolhimento) para a implementação da ESF com potência para desenvolvimento de um modelo assistencial que considere o ser humano como um ser social e não apenas biológico, e que possa gradativamente ter como foco o sujeito e não a doença (KAWATA, 2013).

Para tanto, o enfermeiro deve compreender as suas práticas de saúde importante fator contributivo para como transformação da realidade. Considerando que as suas práticas proporcionam a produção de cuidados, em territórios vivos, onde a escuta, o diálogo, a amorosidade, as parcerias institucionais e o compartilhamento de saberes e práticas são essenciais para traçar um perfil de competência valorizado e eficiente para a APS.

Contudo, torna-se importante identificar, analisar e discutir as práticas de saúde dos Enfermeiros na sua realidade para então, além de compreender a organização e a importância dessas práticas na consolidação do SUS e acima de tudo, fortalecer o seu perfil de competência na APS.

1.6.2 Práticas de saúde dos Agentes Comunitários de Saúde na Estratégia Saúde da Família

Existem no Brasil aproximadamente 260 mil agentes comunitários de saúde (ACS) (BRASIL, 2021). Tal agente deve exercer o papel de “elo” entre a equipe e a comunidade, sendo compreendido como um profissional que utiliza as práticas de saúde no seu cotidiano e está próximo das famílias atendidas, que entende os seus modos de vida, identifica as necessidades e sugere as condutas pertinentes (KEBIAN, 2011; BRASIL, 2009b). Logo, se faz necessário para a apreensão do objeto deste estudo entender e refletir as práticas de saúde destes profissionais a fim de colaborar para o aperfeiçoamento dos processos de formação e aprimoramento e compreender os determinantes e as contradições envolvendo este trabalhador e a saúde coletiva.

A essência do trabalho do ACS, desde o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), permaneceu como objetivo principal a articulação entre os serviços de saúde e a vida no território, a partir da compreensão dos determinantes sociais do processo saúde-doença e da necessidade de conjugar ações de cuidado, prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 1997b; MOROSINI; FONSECA, 2018).

Ele deve conhecer bem a sua comunidade para cadastrar todas as famílias da microárea em que trabalha. Através deste cadastro é possível fazer um levantamento de onde há fatores de risco na comunidade. Com isso a equipe e o ACS organizam a agenda de trabalho, pois ele tem que visitar, pelo menos uma vez por mês todas as famílias ou indivíduos sob a sua responsabilidade, prestando os cuidados primários e auxiliando-as a cuidar da sua própria saúde, através de ações individuais e coletivas (BRASIL, 2000a, 2009b 2011).

Segundo Morosini e Fonseca (2018), a partir da inserção deste trabalhador na equipe multiprofissional do modelo de Atenção à Saúde da Família, determinou-se a primeira reconfiguração do trabalho deste profissional. Contudo, a sua atuação é expedida às necessidades da organização do trabalho, a partir da dinâmica das unidades de atenção à saúde, na qual predomina as consultas médica, de enfermagem e odontológica.

A Política Nacional de Atenção Básica de 2006 passa a determinar e organizar esses processos de trabalho estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da APS para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Assim, a política determina como atribuições específicas aos ACS:

I – desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade; II – trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea; III – estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe; IV – cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; V – orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; VI – desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco; VII – acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e VIII – cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue (BRASIL, 2006d, não paginado).

Conforme exposto, até 2006 os documentos normativos destacavam o caráter educativo nas atribuições dos ACS, através da realização de atividades de orientação e acompanhamento das famílias e de grupos específicos, de mobilização social, de articulação intersetorial e de produção de informação. Neste contexto, o território era o espaço de atuação e a visita domiciliar a principal estratégia desses trabalhadores (MOROSINI; FONSECA, 2018b).

O ACS além de ter um importante papel como mediador entre o serviço, a comunidade e os diferentes saberes, ele também estimula a autonomia e compartilha responsabilidades na busca do fortalecimento dos direitos à cidadania e do papel social do coletivo, sensibilizando e despertando a comunidade na reivindicação de novas formas de interação com o meio e para o exercício de controle da própria vida (GALINDO, 2006).

Em relação às atividades educativas, Morosini e Fonseca (2018) apontam duas concepções no trabalho educativo dos ACS, uma baseada na educação para a saúde, relacionada por parâmetros biomédicos e na disseminação de hábitos saudáveis e a outra ligada à participação social e na mobilização política da comunidade (MOROSINI; FONSECA, 2018).

A edição da PNAB de 2011 preconiza que as atribuições dos agentes comunitários de saúde concentrem-se em ações que reforcem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à unidade básica de Saúde da Família (UBSF). São elas:

trabalhar com a adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea; b) cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter atualizados os cadastros; c) Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; d) Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; e) Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua

responsabilidade; f) Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS; g) desenvolver atividades de promoção de saúde, de prevenção das doenças e agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco cumprir com as atribuições em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue; h) Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda (BRASIL, 2012b, não paginado).

O ACS, mesmo não fazendo parte da equipe de enfermagem, tem o enfermeiro como o responsável pelo seu acompanhamento, supervisão e capacitação (KEBIAN, 2011). A Política Nacional de Atenção Básica- PNAB destaca que além das atribuições descritas para o enfermeiro, este ainda supervisiona o ACS, como descrito a seguir:

O enfermeiro [...] tem a atribuição de planejar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS, comum aos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, e deve ainda facilitar a relação entre os profissionais da Unidade Básica de Saúde e os ACS, contribuindo para a organização da atenção à saúde, qualificação do acesso, acolhimento, vínculo, longitudinalidade do cuidado e orientação da atuação da equipe da UBS em função das prioridades definidas equanimemente conforme critérios de necessidade de saúde, vulnerabilidade, risco, entre outros (BRASIL, 2012b, p. 61).

Para Mota e David (2010), o ACS tem um caráter singular por ser um profissional exclusivo do SUS. Portanto, deve-se ressaltar a importância e o potencial transformador desse agente na mudança de modelo de atenção. E incluso na equipe multiprofissional, o agente comunitário de saúde (ACS) tem se revelado o ator mais intrigante e, muitas vezes, é considerado o protagonista no que se refere à relação de trocas de experiências estabelecidas, especialmente entre os saberes populares de saúde e os conhecimentos médico- científicos (NUNES *et al.*, 2002).

No entanto, Tomaz (2002) observa a “super-heroização” e a “romantização” das práticas do ACS e refere: “Ora, não se pode colocar nas costas do ACS o árduo e complexo papel de ser a mola propulsora da consolidação do SUS” já que, na realidade, a consolidação do SUS é condicionada a um conjunto de fatores técnicos, políticos, sociais e o envolvimento de diferentes atores, mas não eximindo os ACS –já que eles também possuem importância na APS.

Analisando as atribuições específicas dos ACS e as atribuições comuns a todos os profissionais da equipe, conforme a PNAB 2011, observa-se características administrativas e assistenciais relacionadas à gestão do cuidado em saúde. E no que tange as atribuições

assistenciais e comuns a todos os profissionais da equipe já trazia uma generalização do cuidado e sem as devidas definições e estabelecimentos de execução de práticas de acordo com o perfil de competência de cada profissional, conforme o Quadro 2.

Quadro 2–Práticas administrativas e assistenciais específicas dos ACS e as comuns a todos os profissionais da Estratégia Saúde da Família

	PRÁTICAS ADMINISTRATIVAS	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS
ESPECÍFICAS PARA O ACS	Acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família.	Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados.
ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS PROFISSIONAIS	<ul style="list-style-type: none"> • Manter atualizado o cadastramento das Famílias no Sistema de informação; • Realizar ou participar reuniões de equipe; • Acompanhar e avaliar as ações implementadas; • Garantir a qualidade do registro das atividades no SIAB. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar o cuidado com a população adscrita; • Participar do Acolhimento dos usuários; • Identificar parceiros e recursos na comunidade para potencializar as ações intersetoriais.

Legenda: Política Nacional de Atenção Básica (PNAB);Agentes comunitários de saúde (ACS).
Fonte: BRASIL, 2012b.

Para tanto, Morosini e Fonseca (2018) revelam como os redirecionamentos nas diretrizes do trabalho do ACS desde a PNAB na sua primeira versão, em 2006, sendo acentuada na versão de 2011, observando-se perda na centralidade das ações de cunho educativo como meios de efetivação de outras atividades principais de promoção, prevenção e vigilância. São exemplos: o texto da política cita apenas “doenças” e as associa à prevenção e ao controle de riscos, as atividades dos ACS que enfocam a participação popular são excluídas dos textos assim como o termo “qualidade de vida”, importante ao campo da promoção da saúde, a diminuição da frequência do termo “comunidade”, que entonava a mobilização política do trabalho desses profissionais e o deslocamento do eixo de trabalho do território para o interior das unidades de saúde através da burocratização das práticas de saúde dos ACS.

A mudança de lócus de atuação do ACS do território para o interior das unidades por questões administrativas contribui para a descaracterização de sua figura frente à comunidade, reduzindo as ações para promover saúde da população. Logo ele abandona de ser o elemento-chave das práticas sociais, pois suas ações quando tangenciadas do objetivo da criação de sua

profissão, ocasionam sobrecarga de trabalho e prejuízo nas relações de vínculo e confiança com as famílias (SPERONI *et al.*, 2016).

Souza *et al.* (2020) apontam, em seus estudos, alguns aspectos que reduzem e descaracterizam as práticas dos ACS como: a burocratização do trabalho, reorganização das marcações de consulta, respeito, união das equipes, maior participação dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) nas visitas domiciliares, equipes incompletas, automatização do processo de trabalho, grande número de famílias cadastradas, reconhecimento, ausência e/ou sucateamento de materiais básicos de trabalho. Nascimento e Corrêa (2008) revelam que a deficiência de recursos humanos e o não reconhecimento do perfil profissional do ACS pelos gestores e dos outros profissionais da equipe e potencializam o direcionamento para que eles cumpram demasiadamente atividades meramente administrativas.

Bornstein (2007) já apontava as repercussões negativas das práticas dos ACS quando estas configuravam como desvio da função, pois decompõe o modelo de Atenção à Saúde proposto pelas políticas de saúde. Atualmente, em relação às mudanças nas atribuições dos ACS pela PNAB 2017, Morosini e Fonseca (2018) destacam as disputas para a configuração do trabalho desses profissionais, desde a sua transição da perspectiva do trabalho voluntário e do trabalho político articulado aos movimentos sociais, para a lógica do trabalho profissional, que se registra na racionalidade organizativa dos serviços de saúde. E acrescenta que essas tensões são pertinentes às diferentes concepções, organização e orientação de AP pelo Brasil, o que torna esses trabalhadores vulneráveis a esta disputa, certamente por sua frágil formação e qualificação profissional.

2 ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

2.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma investigação descritiva com abordagem mista de notação quan → QUAL e estratégia explanatória sequencial (CRESWELL; PLANO CLARK, 2013; KATZ *et al.*, 2016). Adotamos este método com o sentido de triangular e complementar informações que respondam melhor ao objeto deste estudo.

A metodologia de pesquisa é composta principalmente de concepções teóricas de abordagem e o conjunto de técnicas que possibilitam a construção e compreensão da realidade, não sendo dispensável a potencialidade criativa dos investigadores (MINAYO, 2012).

A pesquisa do tipo descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis, sendo incluídas nesse grupo as pesquisas que têm por objetivo levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população (GIL, 2008).

Portanto os estudos descritivos são marcados por “explorar uma situação não conhecida, da qual se tem necessidade de maiores informações. Explorar uma realidade significa identificar suas características, sua mudança ou sua regularidade” (LEOPARDI *et al.*, 2001, p.139). O propósito da descrição norteia uma pesquisa em que se observam as ocorrências e, em seguida elas serão descritas e classificadas (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Polit, Beck e Hungler (2011) referem que os pesquisadores qualitativos usam métodos aprofundados para descrever as dimensões, as variações e a importância e o significado dos fenômenos. Preocupa-se, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2011). Assim, a compreensão das práticas e os discursos enquanto ações humanas objetivadas, procedentes de interações sociais, uma vez o que as particularidades do meio

manifestam aos sujeitos traços peculiares que são desvelados a partir dos significados que ele estabelece (TRIVIÑOS, 2009).

A combinação de abordagens quantitativas e qualitativas no mesmo estudo conceitua-se basicamente a investigação com métodos mistos sendo crescente a sua utilização na pesquisa em enfermagem e saúde (SANTOS *et al.*, 2017). Além disso, o método misto permite examinar questões de saúde complexas, não apenas de uma perspectiva biofísica, mas também de pontos de vista cultural, psicossocial e político (KATZ *et al.*, 2016). O benefício fundamental desta integração é elevar ao máximo a quantidade de informações incorporadas ao desenho de pesquisa, favorecendo o seu aprimoramento e elevando a qualidade das conclusões do estudo (SMALL, 2011).

O método misto é indicado em quatro situações:

A primeira é quando os conceitos são novos e há escassa literatura disponível sobre os mesmos. Nesse caso, há necessidade de exploração qualitativa antes de métodos quantitativos serem utilizados. A segunda situação é quando os resultados de uma abordagem podem ser melhor interpretados com uma segunda fonte de dados. A terceira situação é quando, por si só, nem a abordagem qualitativa, nem a abordagem quantitativa é suficiente para a compreensão do problema a ser estudado. Por último, a quarta indicação é quando os resultados quantitativos são de difícil interpretação e dados qualitativos podem ajudar a compreendê-los (SANTOS *et al.*, 2017, p.2).

Para tanto, a escolha do método misto para este estudo, foi ancorada na justificativa de aprofundamento interpretativo dos dados captados na primeira fase do estudo, correspondendo a fase quantitativa, onde captou-se o perfil dos participantes do estudo e a avaliação das mudanças da PNAB 2017 na repercussão de suas práticas. Já na segunda fase do estudo, com a abordagem qualitativa, houve a oportunidade através da abordagem quantitativa, intensificar a interpretação dos dados sob a perspectiva do referencial teórico e metodológico adotado por este estudo, o Materialismo histórico e dialético.

O Quadro 3, a seguir, apresenta a síntese das principais estratégias de métodos mistos.

Quadro 3 - Síntese dos aspectos metodológicos do estudo

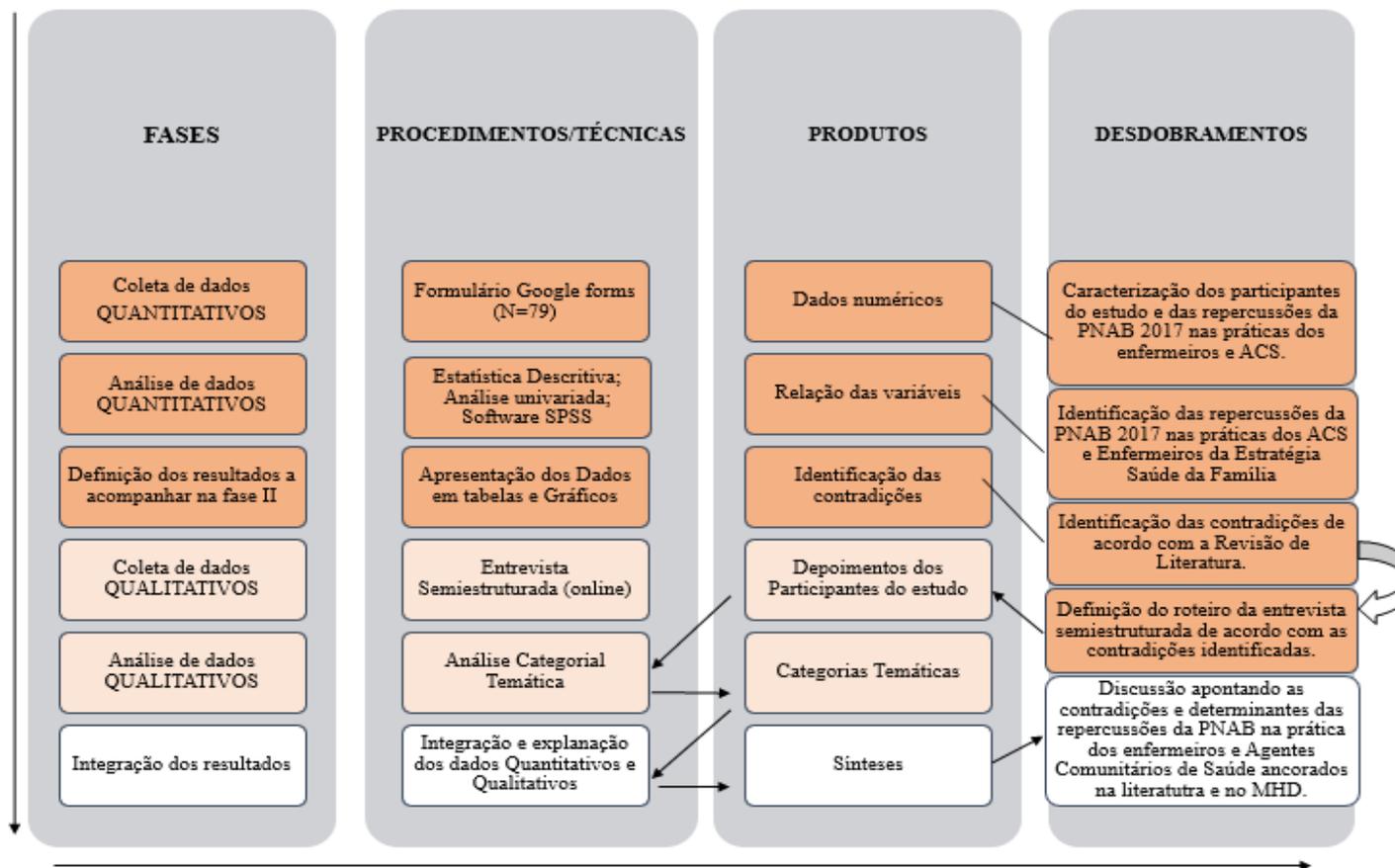
	Abordagem quantitativa	Abordagem qualitativa
Desenho do Estudo	Estudo Transversal	Materialismo Histórico e Dialético
Objetivo Específico	- Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos trabalhadores enfermeiros e agentes comunitário de saúde da ESF do município do Rio de Janeiro/RJ. - Identificar as repercussões da PNAB 2017 na prática dos trabalhadores enfermeiros e agentes comunitário de saúde da ESF do município do Rio de Janeiro considerando o contexto de gestão municipal de saúde e as políticas voltadas para Atenção Primária à Saúde no Brasil.	Discutir as repercussões da PNAB 2017 nas práticas de saúde dos trabalhadores enfermeiros e agentes comunitário de saúde da Estratégia Saúde da Família do município do Rio de Janeiro/RJ.
Participantes	79 participantes (26 enfermeiros e 53 ACS)	22 participantes (11 ACS e 11 enfermeiros)
Coleta de dados	Formulário online	Entrevista Semiestruturada
Análise dos dados	SPSS versão 3 estatística descritiva Análise univariada	Análise Categorial temática

Legenda: Estratégia Saúde da Família (ESF); Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); Agentes comunitários de saúde (ACS).

Fonte: A autora, 2021.

Contudo, nos métodos mistos, optamos pelo desenho denominado sequencial explanatório, quando o pesquisador começa conduzindo uma fase quantitativa e acompanha os resultados numa segunda fase, realizada com o propósito de explicar os resultados iniciais em maior profundidade. Na Figura 1, é exposto esse desenho acrescentando as análises adotadas de acordo com o referencial do materialismo histórico e dialético que abordaremos no próximo subcapítulo.

Figura 1 -Diagrama representativo do estudo explicitando o desenho do estudo relacionado ao referencial teórico metodológico



Fonte: adaptado de Creswell Plano Clark (2013).

Para tanto, compreendemos que a tipologia do estudo selecionada, se mostra adequada para a apreensão do objeto deste estudo.

2.2 Abordagem teórica na perspectiva do materialismo histórico e dialético

Para ancorar este estudo, optamos pelo referencial teórico do materialismo histórico e dialético (MHD), além de ser um método bastante empregado pela saúde coletiva, tem a designação de interpretação da realidade, com o objetivo principal de contribuir para desvelar o real e para uma possível modificação prática dessa realidade (MASSON, 2007). Constituindo-se uma vertente em ciência pois articula todas as dimensões necessárias à construção do conhecimento: a epistemológica, a teórica e a metodológica (SOARES; CAMPOS; YONEKURA, 2013).

Karl Marx, alemão, filósofo, economista, jornalista e militante político, viveu em vários países da Europa no século XIX de 1818 a 1883. Na busca de um caminho epistemológico, ou de um caminho que fundamentasse o conhecimento para a interpretação da realidade histórica e social que o desafiava, superou (no sentido de incorporar e ir além) as posições de Hegel no que dizia respeito à dialética e conferiu-lhe um caráter materialista e histórico (PIRES, 1997).

Marx não sistematizou o método em uma publicação, o que temos são apenas a existência de algumas notas metodológicas em algumas de suas obras como na “Ideologia Alemã” e nos “Manuscritos Econômicos Filosóficos”. Na obra “O Capital”, encontraremos a aplicação deste método em suas análises econômicas, sendo o texto introdutório intitulado de “A contribuição à crítica da Economia Política”, é apontado como o que mais se aproxima de uma sistematização deste método (LUKÁCS, 1976; PIRES, 1997).

Segundo Pires (1997), este método foi arquitetado a partir da preocupação que Marx deu o caráter material, no sentido em que os homens se organizam na sociedade para a produção e a reprodução da vida e o caráter histórico, de como eles vêm se organizando através de sua história.

Sendo na obra o Capital, que Marx trouxe a lógica do método a partir da análise da transformação da sociedade, trazendo como fundamento o modo de produção capitalista, onde conhecer a essência é possível, desde que considerada a sua historicidade e socialidade,

compreendendo a sua dinamicidade e principalmente a participação dos trabalhadores neste processo. Por isso, foi necessária a discussão e compreensão dos conceitos-chaves do modo de produção capitalista, realizado por Marx, e explicitado na fundamentação teórica deste estudo.

Marx constrói seu cabedal teórico a partir de três frentes: o idealismo clássico alemão, sobretudo na obra de Hegel, apesar de que posteriormente irá contrapor-se à sua lógica; o socialismo utópico de Saint-Simon e a economia política inglesa (SILVA; BORGES, 2018).

O MHD caracteriza a teoria materialista e histórica como a interpretação da realidade histórica e social enfatizando a importância de captação de uma determinada investigação, seja nas articulações e evoluções dos problemas como no rastreamento sobre os fenômenos que os envolvem (MARX, 2007; MATOS; PIRES; RAMOS, 2010).

O materialismo histórico é a ciência filosófica do marxismo que estuda as leis sociológicas que caracterizam a vida da sociedade, de sua evolução histórica e da prática social dos homens, no desenvolvimento da humanidade. O materialismo histórico significou uma mudança fundamental na interpretação dos fenômenos sociais que, até o nascimento do marxismo, se apoiava em concepções idealistas da sociedade humana (TRIVIÑOS, 2009).

O materialismo histórico-dialético, enquanto enfoque metodológico, busca entender o modo humano de produção social da existência vinculando-se, portanto, a uma concepção de realidade, de mundo e de vida. Parte do pressuposto que o universo e tudo o que nele há tem existência material, concreta, e pode ser racionalmente conhecido (GOMIDE; JACOMELI, 2016).

Para compreender o materialismo, parte-se que é toda a concepção filosófica que aponta a matéria como substância primeira e última de qualquer ser, coisa ou fenômeno do universo. Para os materialistas, a única realidade é a matéria em movimento, que, por sua riqueza e complexidade, pode compor tanto a pedra quanto os extremamente variados reinos animal e vegetal, e produzir efeitos surpreendentes como a luz, o som, a emoção e a consciência. O materialismo contrapõe-se ao idealismo, cujo elemento primordial é a ideia, o pensamento ou o espírito (ALVES, 2010).

Na dialética materialista, o conhecimento e as teorias do conhecimento apresentam-se como expressões históricas que se amparam em três princípios: a contradição, a tensão e a superação. A contradição expressa a ideia de que a luta dos contrários é imanente à identidade dos fenômenos. A tensão afirma que, entre qualquer forma e o que ela é, há também o devir. Já a superação fundamenta-se na ideia de que a evolução emana de uma fase anterior menos desenvolvida e que esta resulta da contradição (CHEPTULIN, 2004).

Em relação à dialética trata-se de uma metodologia que direciona a apreensão e análise do objeto de estudo a partir das categorias tese, antítese e síntese, representativas do movimento de contradições e de suas superações (SEVERINO, 2005apud SOARES; CAMPOS; YONEKURA, 2013).

A pesquisa na vertente dialética tem início no conhecimento dos elementos que contextualizam e compõem o fenômeno em estudo, para assimilá-lo (tese). Esses elementos deverão ser analisados ao mesmo tempo em suas características particulares (como se apresentam na aparência) e nas conexões que estabelecem entre si e com o fenômeno. Essas conexões devem ser aferidas e cotejadas com a realidade histórica da formação social, permitindo que o pesquisador compreenda (torne consciente) os conflitos que cercam o fenômeno na sua aparência (antítese) (LEBFEVRE, 1995).

Sendo assim, entendemos que a dialética guia a pesquisa integralmente, porque é uma metodologia para compreender o objeto em suas múltiplas determinações. Uma das partes dessa metodologia consiste em levantar dados que dizem respeito ao fenômeno. Para isso, utiliza-se técnicas e instrumentos que a ciência vem legitimando por suas capacidades de identificar as características do objeto. Por fim, as categorias de análise permitirão compreender os dados como partes do fenômeno sob investigação, articulando-os entre si e com o contexto em ele se apresenta(SOARES; CAMPOS;YONEKURA, 2013).

A combinação entre o materialismo e a dialética modificou ambos. Assim, dialeticamente, o material e o ideal são opostos, mas coexistem dentro de uma unidade, cuja base é material. A realidade concreta, na perspectiva dialética, é contraditória e é este conflito de contrários que provoca o movimento de transformação histórico e progressivo, sendo estas transformações que provocam a novidade qualitativa (BOTTMORE, 2013).

Contudo as leis básicas do materialismo dialético são: a) mudanças quantitativas originam mudanças qualitativas revolucionárias; b) unidade dos contrários, considerando-se que a realidade concreta é a união de contradições; c) negação da negação, em que, no conflito dos contrários, um nega o outro, que depois é negado em um nível superior de desenvolvimento histórico, mas que preserva aspectos dos contrários negados- tese, antítese e síntese (BOTTMORE, 2013).

Portanto, existem métodos com propriedade para mensurar dados e métodos com propriedade para captar relações, dinâmicas, expressões, crenças, entre outros. Para concretizar as diretrizes da metodologia dialética, foram também sendo construídos os métodos participativos, que implicam a presença efetiva dos sujeitos envolvidos na pesquisa,

compreendendo a realidade pesquisada e evidenciando as possibilidades de transformá-la (SOARES; CAMPOS; YONEKURA, 2013).

“O método de Marx não resulta de operações repentinas, de intuições geniais ou de inspirações iluminadas. Antes, é o produto de uma longa elaboração teórico-científica, amadurecida no curso de sucessivas aproximações ao seu objeto” (PAULO NETTO, 2011, p.29). Na tentativa de elucidar a concepção teórico-metodológica de Marx, surge através de elaborações posteriores a 1857 (PAULO NETTO, 2011), três categorias que deverão apoiar o pesquisador durante o percurso de investigação do objeto: “práxis, totalidade, contradição e mediação” (KUENZER, 1998, p.64).

Diante do exposto, a escolha do MHD, se justifica por aproximar-se do objeto desse estudo e por compreender que é uma opção de análise teórica que contribuirá para o conhecimento da realidade vivenciada pelos sujeitos (enfermeiros e ACS) a partir das contradições e tensões da formulação das políticas públicas de saúde para a Atenção Primária, em especial a Política Nacional de Atenção Básica.

Na concepção materialista histórica e dialética, considera-se que o processo saúde-doença é socialmente determinado, pois as transformações sociais ocorridas em um determinado momento histórico geram transformações na saúde, tanto na sua estrutura como no sistema de saúde:

[...]a metodologia de assistência de enfermagem dentro da concepção materialista histórica e dialética ora proposta, sofrerá transformações no tempo e no espaço, transformações estas, oriundas daquelas que dinamicamente movem a sociedade brasileira e, portanto, também a prática da enfermagem. Pressupõem assim que a enfermagem e a própria assistência não se caracterizam como meros objetos das transformações sociais, mas que elas serão também as que irão transformá-la. Isto é, a enfermagem em sua prática sofre transformações não como simples objeto, mas sim como sujeito de sua transformação – ao mesmo tempo em que as transformações da sociedade impõem mudanças na prática profissional, as transformações da prática profissional levam às mudanças sociais (QUEIROZ; EGRY, 1988, p.27).

Contudo, para compreender o objeto desse estudo, é necessário analisar os fatores influenciadores (as mediações), como por exemplo, a crise política e econômica que influenciam o setor de saúde brasileiro. No entanto vivemos outro cenário de crise no que se refere a sua forma de produzir cuidado, baseando-se em procedimentos orientados por atos prescritivos que valorizam, sobretudo, a dimensão biológica, desconsiderando as subjetividades e os determinantes sociais do processo saúde-doença (MALTA; MERHY, 2010).

Concordamos que o processo de trabalho em saúde na APS vivenciou profundas transformações com o capitalismo, as quais permitiram o avanço do conhecimento no sentido de preservar a vida, mas, por outro lado, perpetuou a fragmentação do indivíduo e de suas próprias necessidades como objetos de trabalho em saúde (SOUZA *et al.*, 2010).

No entanto, o trabalho em saúde, devido as suas características específicas de prestação de serviços, detém aspectos bastante específicos, consequentes de sua dimensão intelectual referente aos saberes e autonomia dos profissionais. As particularidades do objeto de trabalho, as necessidades de saúde dos usuários, e que são interpretadas pelos profissionais, assim, atribuem às práticas de saúde uma característica crítica, reflexiva e dialética (PEDUZZI, 1998).

Para tanto, a teoria marxista considera três componentes fundamentais do processo de trabalho: a finalidade, o objeto e os instrumentos de trabalho. Esses componentes referem-se a abstrações teóricas pelas quais é possível compreender a realidade das práticas em saúde, onde o trabalho é a base estruturante de sua efetivação (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009).

O MHD com o intuito de trazer mecanismos capazes de elucidar as tensões decorrentes da evolução histórica da profissão, assim como compreender a sua relação de interação e conexão. Assim, oferece contribuições para o fortalecimento das práticas de saúde dos Enfermeiros e ACS (KOSIK, 2010).

Recomenda-se que o MHD enquanto referencial teórico deva ser utilizado pela enfermagem, pois analisa os fenômenos sociais em transformação e contribui na elucidação de importantes lacunas que interferem tanto no modo de produção como no reconhecimento social do trabalho em enfermagem (SILVA; BARROS, 2005).

Para Amoraset *al.* (2016), o MHD constitui em recurso orientador de ações, pois permite a análise histórica do processo de trabalho em enfermagem, buscando o sentido no materialismo histórico, mas também apresenta a vertente filosófica que remete ao materialismo dialético, tendo em vista que Marx e Engels utilizaram o método para explicar o mundo a partir da evolução histórica da humanidade e, sendo a enfermagem uma profissão secular, pode se beneficiar desta teoria.

Assim, o MHD é uma matriz teórica que possibilita a compreensão e o reconhecimento dos fatores que envolvem a existência das diversas práticas de saúde e a influência dos diversos saberes, culturas, políticas e visões de mundo sobre o espaço cotidiano de materialização, competências dos sujeitos e o perfil das práticas de saúde desses profissionais (FERREIRA; ACIOLI, 2010).

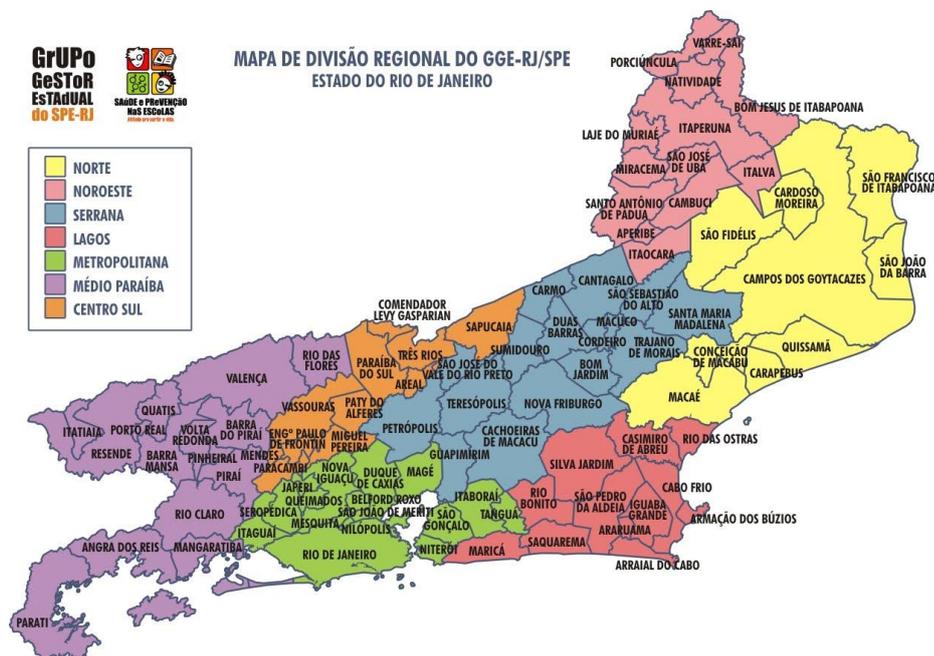
2.3 Desenho metodológico do estudo

2.3.1 Cenário do estudo

Este estudo foi realizado nas Unidades de Atenção Primária (UAP) da AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, pertencente à Região de Saúde Metropolitana 1.

O Município do Rio de Janeiro (MRJ), ilustrado na Figura 2, capital do estado do Rio de Janeiro, possui 92 municípios distribuídos em nove regiões de planejamento (RP) e nove regiões de saúde (RS): Centro-Sul, Serrana, Noroeste, Norte, baixada litorânea, metropolitana 1, metropolitana 2, Baía da Ilha Grande e Médio Paraíba apresentando uma população total de 16.231.365 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

Figura 2– Mapa divisão regional do estado do Rio de Janeiro



Fonte: MAPASBLOG, c2015.

Na região de saúde Metropolitana I está localizado o município do Rio de Janeiro. Este se situa entre a Baía de Sepetiba e a Baía de Guanabara e concentra a maior população (9.873.610 habitantes), representando 61,75 % da população do Estado do Rio de Janeiro (IBGE, 2010). É composta por doze municípios: Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí,

Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, Rio de Janeiro, São João de Meriti e Seropédica.

É a segunda maior área metropolitana do Brasil, com população inferior apenas à Região Metropolitana de São Paulo, sendo a terceira da América do Sul e 20ª maior do mundo (RIO DE JANEIRO, 2014).

O Município do Rio de Janeiro (MRJ) possui 6.390.2090 (IBGE, 2010) é dividido em dez (10) áreas de planejamento (AP) formadas por Regiões Administrativas (RA) que, por sua vez, agrupamos bairros do município em 33 regiões. A partir dessa divisão de 10 RA são organizados os serviços de saúde de atenção primária e secundária conforme a Figura 3.

Figura 3– Mapa com a distribuição das áreas de planejamento do município do Rio de Janeiro



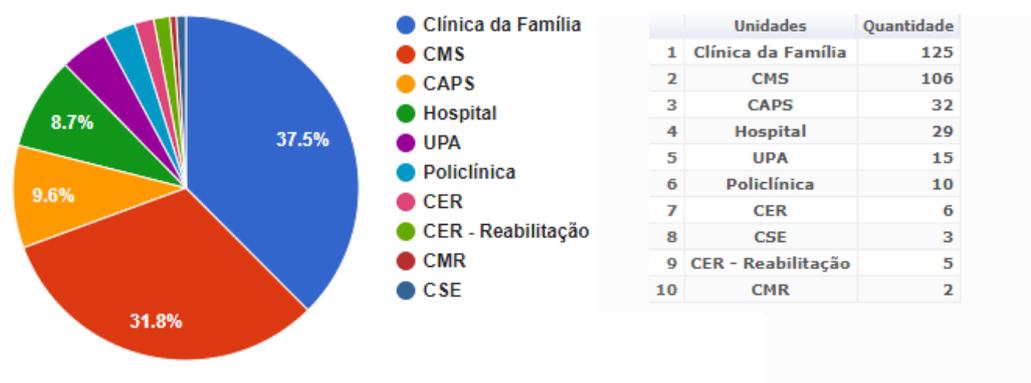
Fonte: RIO DE JANEIRO, 2020c.

O Estado do Rio de Janeiro possui 2643 equipes de Saúde da Família. O município do Rio de Janeiro é composto por 1.074 eSF e somente a região Metropolitana I possui 859 eSF (RIO DE JANEIRO, 2020a).

A região Metropolitana I possui 54,10% de cobertura por ESF cobrindo uma população de 5.493.090 enquanto a cobertura de AB está em torno de 64,50% cobrindo a população de 6.549.399 (RIO DE JANEIRO, 2020a).

Em relação às unidades de saúde no MRJ, o município possui 125 Clínicas de Saúde da Família e 106 Centros Municipais de Saúde, o que corresponde a 37,5% e 31,8 do setor de saúde no município respectivamente (Figura 4).

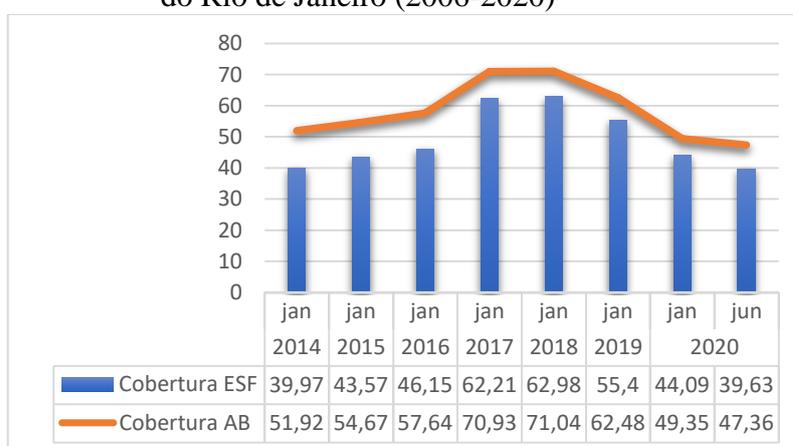
Figura 4– Distribuição das Unidades de Saúde no Município do Rio de Janeiro - set/2020



Fonte: RIO DE JANEIRO, 2020a.

Atualmente, o município do Rio de Janeiro possui a cobertura da ESF estimada em 39,63% com a cobertura estimada de 2. 662.883 de pessoas e a cobertura de AB com 47,36% com a cobertura estimada de 3.182.272 (RIO DE JANEIRO, 2020a). No entanto, esta estimativa de cobertura por APS, já foi quase o dobro no ano de 2017 com 62,66% de cobertura de ESF e 71,03% de cobertura de AB (Gráfico 1).

Gráfico 1–Análise da Cobertura de ESF e AB no município do Rio de Janeiro (2006-2020)



Legenda: Estratégia Saúde da Família (ESF);Atenção Básica(AB).
Fonte: BRASIL, 2020a.

Em relação ao número de eSF, podemos observar que houve uma expansão considerável desde o ano de 2007 até 2017 onde no período de 10 anos, a cobertura de ESF passou de 5,73% para 71,03% (BRASIL, 2020c).

Também podemos notar que, a partir do ano de 2018, o número de eSF diminuiu consideravelmente até os tempos atuais. Assim, estima-se que pelo menos 1.409.152 pessoas perderam o acesso à Saúde da Família no MRJ.

Segundo o documento da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) “Reorganização dos Serviços de APS – Estudo para Otimização de Recursos” (RIO DE JANEIRO, 2018), a previsão era que fosse extinguido 184 EqSF e 55 equipes de Saúde Bucal (cerca de 1400 postos de trabalho). Com base na PNAB 2017, propunha nova tipologia de equipes, com frágil composição profissional e alto número de usuários por equipe, porém apresentado como estratégia para qualificar e otimizar os serviços (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019).

Arguia-se que a reorganização dos Serviços era consequência pela ingerência da Casa Civil do município, devido da crise econômica e da expansão acelerada (com fins eleitorais) da ESF no último ano da gestão anterior (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019).

Em 2018, iniciaram os 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 (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019).

Entre os meses de outubro de 2018 e fevereiro de 2019, a prefeitura demitiu 465 Agentes Comunitários de Saúde; 30 Técnicos de Enfermagem; 20 Enfermeiros; 5 Médicos; 4 Equipes de NASF; 10 Auxiliares de Farmácia; 10 Auxiliares de Saúde Bucal; 10 Dentistas; e 20 Administrativos, segundo informações do Movimento “Nenhum Serviço de Saúde a Menos” do MRJ.

2.3.2 Área Programática 3.1

Para o cenário desta pesquisa elegemos as Unidades de Atenção Primária da AP 3.1. Segundo o Censo (IBGE, 2010), a AP 3.1 possui 865.551 habitantes. Em relação à distribuição da população pela faixa etária é caracterizada por uma população jovem, principalmente na faixa etária de 30-34 anos com predominância de mulheres (IBGE, 2010).A

AP 3.1 foi selecionada através do critério de maior número de equipes de Saúde da Família (197) do MRJ, conforme demonstrado pelo Quadro 4.

Quadro 4– Demonstrativo do número de equipes de Saúde da Família do Município do Rio de Janeiro – 2020

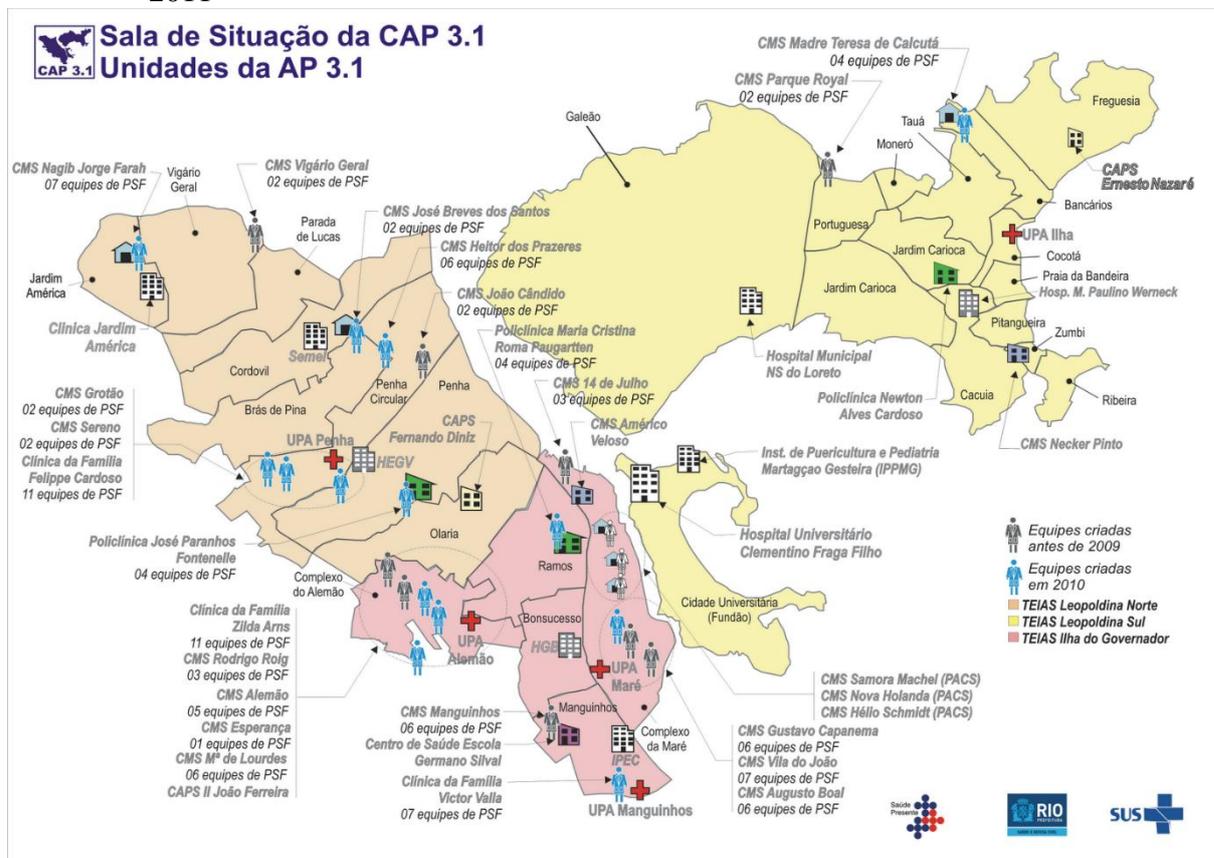
AP	Nº de equipes ESF
1.0	68
2.1	57
2.2	34
3.1	197
3.2	105
3.3	161
4.0	92
5.1	129
5.2	142
5.3	113

Legenda: Estratégia Saúde da Família (ESF).

Fonte: RIO DE JANEIRO, 2020a.

As 197 equipes de Saúde da Família da AP 3.1 estão distribuídas em 18 Clínicas da Família (CF) e 14 Centros Municipais de Saúde (CMS) (BRASIL, 2020c) conforme exposto no mapa da Figura 5. Estas abrangem 11 bairros da Ilha do Governador, Brás de Pina, Vigário Geral, Cidade Alta, Parada de Lucas, Jardim América, Penha, Penha Circular, Ramos e Complexo do Alemão, Maré e Maguinhos.

Figura 5– Mapa dos territórios cobertos pela APS na AP 3.1 do município do Rio de Janeiro - 2011



Legenda: Atenção Primária à Saúde(APS); Áreasdeplanejamento (AP); Coordenadoria de Saúde da Área de Planejamento.(CAP).

Fonte: CAP3.1, 2011.

No Quadro 5, a seguir, podemos observar os dados referentes a cobertura das equipes de Saúde da Família (eSF), equipes de agentes comunitários de Saúde (EACS) e equipes de saúde bucal (ESB) da AP 3.1. Houve aumento no percentual de cobertura da ESF entre os anos de 2016 e 2017 com 86% e permaneceu no ano de 2018. Entre os anos de 2019 e 2020, a cobertura de ESF teve uma diminuição drástica de 80% para 77% com 197eSF.

Quadro 5– Evolução da Cobertura de ESF, número de equipes de Saúde da Família e equipes de ACS no município do Rio de Janeiro (2010-2020)

Competência	eSF	EACS	Cobertura (%)
2020/06	197	0	77
2019/06	202	3	80
2018/06	221	0	86
2017/06	220	1	86
2016/06	175	9	72
2015/06	148	5	60
2014/06	132	7	54
2013/06	131	6	53
2012/06	123	13	53
2011/06	82	40	47
2010/08	50	16	26

Legenda: Estratégia Saúde da Família (ESF); equipes saúde da família (eSF); Agentes comunitários de saúde (ACS); Estratégia de Agente Comunitário de Saúde (EACS).

Fonte: RIO DE JANEIRO,2020a.

Contudo, este estudo foi realizado em 26 unidades de Atenção Primária da AP 3.1 do município do Rio de Janeiro.

2.4 Participantes do estudo e coleta dos dados

Os participantes do estudo foram os enfermeiros e ACS lotados nas 26 UAP da AP 3.1. Como critério de inclusão, foram selecionados para o estudo, os participantes que fizeram parte do quadro funcional das UAP da AP 3.1, em regime estatutário ou contrato de trabalho e que estavam atuantes nas Clínicas de Saúde da Família durante o período da coleta dos dados.

A coleta dos dados foi realizada entre os meses de agosto de 2020 a março de 2021. Estes foram obtidos por meio dos seguintes instrumentos de coleta: formulário online (APÊNDICE A), entrevista semiestruturada online (APÊNDICE B).

Para melhor compreensão do desenho do estudo, foi elaborado o Quadro 6, a seguir, demonstrando as etapas da pesquisa de acordo com seus respectivos instrumentos de coleta de dados e participação dos sujeitos.

Quadro 6– Demonstrativo das etapas da pesquisa e seus respectivos participantes, instrumentos de coleta dos dados e cenário do estudo

Etapas da pesquisa	Instrumentos de Coleta de Dados	Sujeitos	População	Participantes
Fase 1	Formulário online (<i>googleforms</i>)	Enfermeiros	192	26
		ACS	774	53
Fase 2	Entrevista semiestruturada	Enfermeiros	192	11
		ACS	774	11

Legenda: Agentes comunitários de saúde (ACS).

Fonte: A autora, 2021.

A amostra da fase 1 foi realizada por conveniência por três estratégias. A primeira consistiu no envio aos gerentes das unidades de saúde selecionadas para ser compartilhado entre os enfermeiros e ACS. A segunda estratégia foi o compartilhamento do *link* do formulário nas páginas do *facebook* das unidades. Ainda com o número mínimo de respostas, foi lançada a terceira estratégia através da realização da bola de neve.

O tamanho da amostra na fase 2 foi definido por saturação, a definição se deu por redundância e repetição de informações. A amostragem por saturação é uma ferramenta utilizada nos estudos de abordagem qualitativa, as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

2.4.1 Formulário online

A primeira etapa consistiu no envio de um formulário online a todos os Enfermeiros e ACS das UBS selecionadas da AP 3.1. O formulário online foi confeccionado pelo *google forms*, e compartilhado por meio de um link aos participantes da pesquisa.

A construção do formulário foi baseada na revisão integrativa de literatura conforme exposto no capítulo das Considerações Iniciais desta tese, onde foram identificadas e

elencadas as alterações promulgadas pela PNAB 2017 mais polemizadas, discutidas nas publicações analisadas e que apresentaram as perspectivas de repercussões nas práticas de saúde dos participantes do estudo. As perguntas elaboradas não passaram por validação de especialistas.

O formulário online foi composto por 8 seções. Na seção 1, continha-se a apresentação da pesquisa e o espaço para a coleta de e-mail. Na seção 2 constava o Termo de TCLE digital onde o participante deveria marcar a opção “Eu aceito a participar desta pesquisa” ou “Não aceito a participar desta pesquisa”. A seção 3 foi composta por questões para a triagem da categoria profissional e da área programática. Esta seção foi criada para evitar que outras categorias profissionais ou Enfermeiros e ACS de outra AP que não a 3.1 respondessem o formulário. A seção 4 é composta por 16 questões fechadas para extrair os dados Sociodemográficos e Profissionais dos Enfermeiros. A seção 5 é composta para com 8 questões fechadas sobre os dados sociodemográficos e profissionais dos ACS. As seções 6 e 7, destinadas respectivamente aos Enfermeiros e ACS, estabelecidas pela escala do tipo *Likert* (LIKERT, 1932), foi composta por 9 eixos temáticos contendo 16 afirmativas acerca das principais mudanças trazidas pela PNAB 2017. Nesta seção, os sujeitos deverão avaliar a repercussão dessas mudanças nas suas práticas profissionais, marcando (1) para “Repercute Negativamente”, (2) para “Nem negativamente, nem positivamente”, (3) para “Repercute Positivamente” e (4) para “Não sei”. As seções 8 e 9 correspondem ao convite aos participantes para a 2ª etapa da pesquisa.

As questões foram agrupadas segundo três eixos: **Eixo 1:** Mudanças no financiamento, relacionado a despriorização da ESF na ordenação da APS através do financiamento de outras modalidades de equipes de saúde (Questão 1); **Eixo 2:** Mudanças quanto aos Processos Organizacionais da APS (Questões 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14 e 15); **Eixo 3:** Mudanças quanto à oferta nacional de serviços através da inclusão dos serviços dos tipos essenciais e ampliados na APS (Questão 11).

Nos três eixos quanto maior a pontuação atribuída pelos profissionais às questões, mais positiva seria a repercussão das mudanças em suas práticas profissional, e quando a menor pontuação atribuída seria mais negativa a repercussão das mudanças em suas práticas profissionais.

As variáveis do estudo selecionadas para análise foram:

- a) Variáveis de Exposição
 - Sociodemográficas: idade,

- Relacionadas aos aspectos profissionais: Tempo que trabalha na Estratégia Saúde da Família; Tempo de formação; Possui especialização na área; Possui formação a nível *Strictu Senso*? Participou fórum/ debate/ mesa redonda sobre a PNS 2017; Participou CMS –RJ últimos 3 anos;

b) Variável de Desfecho

- As mudanças ocorridas na PNAB 2017, avaliada pelos eixos: mudanças quanto ao financiamento de outras modalidades de equipe na APS, mudanças quanto aos processos organizacionais da APS e mudanças quanto à oferta nacional de serviços e ações essenciais e ampliados na APS.

A rápida expansão da internet levou muitas agências de marketing, públicas organizações de pesquisa, escritórios governamentais e um número crescente de pesquisadores de ciências sociais para tomar seriamente o potencial da Internet como ferramenta para a realização de pesquisas científicas (SILS; SONG, 2002).

Os formulários online ou *websurveys* são estratégias usadas para a obtenção de dados primários, e vêm sendo realizadas desde os anos 1990. De modo geral, *websurveys* podem ser realizadas utilizando-se cadastros de endereços de e-mail, painéis de usuários da Internet ou através da divulgação do link da pesquisa em websites e redes sociais (BONI, 2020).

A utilização de questionários virtuais e online se torna imprescindível para reduzir gastos e garantir maior confiabilidade e agilidade na coleta (FALEIROS *et al.*, 2016). No entanto, o questionário também traz algumas desvantagens que além da limitação ou falta de acesso à internet, destaca-se o pequeno percentual dos questionários que retornam ao pesquisador ou a devolução tardia prejudicando o calendário da pesquisa (ANDRADE, 2009).

Para Faleiros *et al.* (2016), este ambiente virtual para a concretização de pesquisas no campo da saúde surge como uma possibilidade econômica, de alta velocidade de trocas de informações e produções científicas, que contribui para a ultrapassar alguns fatores limitantes como por exemplo, idiomas, barreiras físicas na viabilização a realização de estudos comparativos multicêntricos nacionais e internacionais. Além disso, as pesquisas pela *internet* proporcionam maior praticidade e comodidade aos participantes do estudo, podendo resultar na melhora do número de respostas obtidas.

Os formulários online se aproximam do questionário que é um instrumento de coleta de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador (ANDRADE, 2009). “O questionário é uma técnica de investigação composta por um conjunto de questões que são submetidas a pessoas com o propósito de obter informações” (GIL, 2019, p. 137). A pesquisa de forma online dispensa a intermediação do entrevistador não sendo possível esclarecer eventuais dúvidas. No entanto, a comunicação é entre o respondente e o pesquisador acontece através do questionário. Tal fato maximiza a importância do planejamento e desenho do instrumento de coleta de dados (JONCEW; CENDON; AMENO, 2014).

Percebemos as vantagens da aplicação de um questionário online no que se refere na expressão da agilidade e praticidade das respostas, que se confirmam pela quantidade de cliques e digitações, para que um questionamento seja rapidamente respondido. No entanto, quanto menos complexa a forma de resposta, maior a possibilidade de alcance de uma pergunta. Assim, “a abordagem estruturada à coleta de dados do autorrelato é apropriada quando os pesquisadores sabem, com antecipação, exatamente o que necessitam saber e podem, portanto, estruturar questões apropriadas para obter a informação necessária” (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011, p. 378).

Há preocupações metodológicas e os problemas que surgem do uso Pesquisas na Web, incluindo não cobertura, erros de não resposta, questões de confidencialidade e problemas técnicos (SILLS; SONG, 2002). Inclusive as questões éticas relacionadas à segurança e proteção dos dados dos participantes da pesquisa.

As pesquisas na internet têm o potencial de se tornar um recurso prático e valioso para cientistas sociais. Para selecionar populações conectadas e tecnologicamente experientes, o custo, facilidade, velocidade de entrega e resposta, facilidade de limpeza e análise de dados, todos pesam a favor da Internet como um método de entrega para pesquisas de opinião (SILLS; SONG, 2002).

Para garantir a credibilidade desta tese, o formulário online aplicado seguiu todos os critérios do CHERRIES. Com a finalidade de aumentar a transparência, a possibilidade de interpretação dos resultados e reprodutibilidade de *websurveys*, em 2004 foi publicado um guideline, o *The Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys* (CHERRIES) (EYSENBACH, 2004). Que possui os seguintes itens para verificação: O projeto, com a descrição da amostragem e população-alvo; Aprovação (Comitê de Revisão Institucional) e processo de consentimento informado; Desenvolvimento e pré-teste; Processo de

recrutamento; a forma de administração da pesquisa, o período da coleta dos dados e a composição do formulário; a taxa de respostas; o controle de múltiplas entradas/ duplicidade de respostas e a análise.

2.4.2 Entrevista semiestruturada por videoconferência

Os dados da segunda etapa do estudo foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas por videoconferência com os Enfermeiros e ACS. Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), a entrevista semiestruturada é usada quando o pesquisador necessita explorar vários assuntos. Com isso, esta técnica permite que o entrevistador estimule os participantes a expressarem livremente sobre os tópicos abordados.

Para a realização da entrevista foram utilizadas as plataformas *dozoommeeting* e *Meetgoogle* conforme a escolha dos participantes. Estas plataformas promovem um serviço de videoconferência baseado na computação em nuvem que pode ser utilizado para encontros virtuais com outras pessoas sendo permitida a gravação das sessões.

O roteiro da entrevista foi constituído por 3 eixos temáticos contendo o aprofundamento dos tópicos relacionados a Seção 7 do formulário online: Eixo 1- Repercussões da PNAB 2017 e as práticas de saúde; Eixo 2- A PNAB 2017 e os modelos de Atenção à Saúde e Eixo 3: A PNAB 2017 e a gestão municipal (APÊNDICE A).

2.5 Tratamento e análise dos dados

2.5.1 Primeira etapa de análise– dados quantitativos

Os dados sociodemográficos, profissionais e relacionados às mudanças da PNAB 2017 e repercussão nas práticas dos profissionais da AB, foram inicialmente tabulados em uma planilha de Excel, posteriormente exportado para o pacote estatístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS, 2021) versão 23.0.

Os dados sociodemográficos e profissionais foram analisados e receberam tratamento estatístico por meio de análise univariada a partir da estatística descritiva, com valores brutos e percentuais.

Os dados relacionados às repercussões da PNAB 2017 nas práticas dos profissionais da AB, foram analisados por meio de verificação da Média, Mediana e Desvio Padrão. Foram aplicados os testes de normalidade Kolmogorov-Smirnova e Shapiro-Wilk para direcionar a escolha dos testes (paramétricos ou não paramétricos). Os testes apresentaram resultados de distribuição não normais nos eixos analisados. As variáveis sociodemográfica (idade) e as relacionadas a formação profissional (tempo que trabalha na Estratégia Saúde da Família, tempo de formação, possui especialização na área, possui formação à nível *Strictu Senso*, participou fórum/ debate/ mesa redonda sobre a PNS 2017 e participou CMS –RJ últimos 3 anos, foram testadas com os eixos (financiamento, processos organizacionais e oferta de serviços e ações essenciais e ampliados da AB), por meio do teste não paramétrico denominado U Mann-Witney escolhido devido a não normalidade. O nível alfa aceito nas pesquisas científicas que é 0,05 ($p < 0,05$), foi utilizado para esta pesquisa.

2.5.2 Segunda etapa de análise– dados qualitativos

As entrevistas foram submetidas à técnica de análise de conteúdo temático-categorialde Bardin (2011) e sistematizada por Oliveira (2008).

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos objetivos e sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 2011, p. 46).

A análise de conteúdo foi executada considerando-se suas três etapas: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados e inferência e a interpretação. A primeira, nomeada pré-análise, consistiu na leitura e releitura dos dados coletados, buscando-se uma visão de conjunto e apreender as particularidades expressas nos depoimentos. A segunda, designada exploração do material, teve como finalidade a transformação das informações em conteúdos temáticos de compreensão do texto, onde se realizou o

agrupamento e categorização dos fragmentos das falas dos participantes. Na terceira e última etapa os dados foram submetidos às estatísticas simples para a sua significação e validação de acordo com os objetivos do estudo (OLIVEIRA, 2008).

Para a análise dos dados, todas as entrevistas foram organizadas em apenas um documento no *Microsoft Word*. Após a leitura flutuante da pré-análise, foram identificadas e destacadas as Unidades de registro em formato de frases em todo o corpus de análise. Em seguida, através do recurso comentário, foram designadas a cada UR a sua Unidade Temática (UT) ou Unidades de Significação (US). Posteriormente, cada UT/US foi organizada em planilhas no programa *Microsoft Excel* para o tratamento estatístico simples e validação das categorias analíticas. A síntese das unidades de registro e temas assim como o demonstrativo da construção de categorias encontram-se nos APÊNDICES E e F, respectivamente.

2.6 Aspectos Éticos

O projeto desta pesquisa foi submetido ao Centro de Estudos da CAP 3.1, sendo aprovado no dia 09 de outubro de 2019 e tendo a comunicação oficial de aprovação enviada aos gerentes por *e-mail*. Em seguida, iniciamos a captação dos Termos de Anuência Institucional das UBS conforme o modelo do CEP da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro. Alguns gerentes enviaram as cartas assinadas e escaneadas por *e-mail* e outros assinaram pessoalmente durante visita da pesquisadora às Unidades. Desse modo, em um período de 30 dias, 24 UBS foram disponibilizadas para compor o cenário deste estudo.

O projeto foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado pela instituição proponente— o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)—com o Parecer de nº 3.802.890, e pela instituição coparticipante— o CEP da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro— com o Parecer de nº 3.968.423 (ANEXOS A e B).

Em maio de 2020 entramos nos referidos CEP com uma emenda do projeto, considerando o contexto da pandemia de COVID-19, quando se faz necessário o distanciamento social. O cronograma de pesquisa e os prazos para a defesa da Tese foram mantidos pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UERJ, e por isso optamos por modificar a estratégia de coleta dos dados, que antes estava

prevista para ser realizada de forma presencial, para o formato *online*. Na primeira etapa, o mesmo questionário seria aplicado por meio de um formulário *online* formulado pelo aplicativo *Google Forms*. Na segunda etapa da coleta de dados, que antes seria realizada por meio de um grupo focal, elegemos a entrevista semiestrutura por meio de videoconferência através das plataformas *Zoom* ou *Skype*.

Após a aprovação da emenda, entramos em contato telefônico com os gerentes das UBS selecionadas de acordo com cada etapa do estudo para reapresentar o projeto com as suas alterações relacionadas à coleta de dados: questionário *online* e entrevista por videoconferência. Foi enviado pelo *e-mail* institucional dos gerentes o projeto de pesquisa na íntegra e os pareceres aprovados para a ciência e concordância dos participantes. Pretendíamos solicitar apoio na divulgação da pesquisa entre os sujeitos através do compartilhamento dos documentos enviados e de *links* dos questionários *online* e das entrevistas virtuais. Logo que os sujeitos tomaram ciência do estudo e desejaram participar, eles puderam acessar os instrumentos de coleta de dados através de *delinks*. Os *e-mails* e/ou demais informações de contato foram cedidos voluntariamente por cada participante durante o acesso aos *links* dos formulários e/ou das entrevistas por videoconferências.

Seguindo as determinações do Conselho Nacional de Saúde com a Resolução nº 466/12 (BRASIL, 2012^a), que dispõe sobre os estudos envolvendo seres humanos, os sujeitos puderam aceitar eletronicamente participar da pesquisa, o que correspondeu à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual poderá ser solicitado o documento assinado mutualmente pela pesquisadora e participante, se assim o participante o desejar.

Na primeira etapa, o TCLE foi incluído na Seção 1 do questionário *online*, onde deveria ser marcado a opção “ACEITO PARTICIPAR DESTE ESTUDO” ou “NÃO ACEITO PARTICIPAR DESTE ESTUDO”. Na segunda etapa, os TCLE foram encaminhados através de *links* aos enfermeiros e aos ACS, ambos formulados através do *Google Forms*, com a possibilidade de serem aceitos eletronicamente (APÊNDICES C e D). Nesta etapa, o participante informava o seu *e-mail*, contato telefônico e a data e hora disponíveis para o agendamento da entrevista e havia o envio do *link* de acesso à plataforma escolhida pelo participante.

Com bases na Resolução nº 466/2012, foi assegurado e esclarecido aos participantes o respeito à sua individualidade e privacidade, os riscos, o anonimato e o sigilo dos dados fornecidos. Além disso, havia informação sobre o direito de poder se retirar da pesquisa a

qualquer momento, caso desejado. Também havia consonância com a Resolução CNS nº 580 de 22 de março de 2018 (BRASIL, 2018^a), dos quais podemos elencar: a) O estudo atenderá aos preceitos éticos e de responsabilidade do serviço público e de interesse social, não sendo confundidas com as atividades de atenção à saúde; b) A utilização por este estudo do acervo resultante das atividades de atenção à saúde, só será realizada com a devida apreciação e aprovação ética; c) Os procedimentos deste estudo buscarão não intervir na rotina dos serviços de assistência à saúde, e se necessário fazê-la terá autorização pelo dirigente da instituição; d) A pesquisa buscará não interferir nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço, e só a fará quando devidamente autorizada pelo dirigente da instituição; Serão respeitados os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais; e) por fim, os resultados deste estudo serão divulgados aos participantes e para a instituição ao término do estudo.

Para assegurar o sigilo da identidade dos participantes, eles foram identificados utilizando a letra A para os agentes comunitário de saúde e a letra E para os enfermeiros, seguida da ordem numérica das entrevistas.

Ainda por tratar-se de uma pesquisa *online*, havia especificidades éticas no meio virtual. Estivemos de acordo com o Marco Civil da Internet, a Lei nº 12.965/2014, que regula sobre o uso da Internet no país por meio da previsão de princípios, garantias, direitos e deveres para quem usa os recursos disponíveis na rede, bem como da determinação de diretrizes para a atuação do Estado (BRASIL, 2014).

Para Markham e Buchanan (2012), a pesquisa virtual traz questões éticas à pesquisa que envolve a observação desse ambiente digital. As questões éticas – no caso, a privacidade dos dados das pessoas – podem ajudar a delimitar a metodologia da pesquisa. Para tanto, os autores usam o exemplo do uso de dados públicos de um *blog* sobre incentivo aos distúrbios alimentares que não se utilizou de qualquer tipo de interação com as pessoas envolvidas. O pesquisador deve levar em conta os termos de propriedade das plataformas, bem como as licenças e termos de uso dos dados atribuídos pelo próprio autor/participante.

Sobre os questionários online, os autores destacam que estes são muito utilizados nas pesquisas baseadas em *internet* e, ainda, que estão relacionados com várias questões éticas como a possível quebra de privacidade (detecção de IP, anonimato), propriedade dos dados que é perpassada pelos termos da ferramenta, segurança dos dados (confidencialidade), etc. Portanto, no processo de coleta de dados virtuais pode haver riscos de danos relacionados às questões físicas, psíquicas, morais, sociais, culturais ou espirituais, seja no âmbito

individual ou coletivo dos participantes, no processo de respostas do questionário *online* ou na entrevista semiestruturada virtual. Caso se perceba algum destes possíveis danos, os participantes estarão sempre amparados pela pesquisadora, que lhe prestará toda a assistência necessária e que esteja na sua gestão e competência, ou acionará pessoas ou serviços competentes ou da rede local de saúde, para que possa dar suporte ao enfrentamento dos problemas a serem apresentados.

Além disto, a fim de se evitar exposição e constrangimentos desnecessários aos participantes, estes são orientados quanto à possibilidade de interromper a entrevista virtual ou suspender sua participação caso não queiram dar continuidade ao processo.

Foi garantido o anonimato dos participantes, ou seja, os nomes, dados pessoais ou imagem dos envolvidos e /ou informações que possibilitem sua identificação não serão divulgados. A fim de zelar pela integridade e bem-estar dos participantes deste estudo, foram utilizados letras e números no lugar dos nomes e das Unidades de Saúde da Família.

As entrevistas foram gravadas em áudio e vídeo pela própria plataforma digital (*Zoom Meeting* ou *Google Meet*). Vale ressaltar que o aplicativo permite ao sujeito desligar a sua câmera durante a entrevista, sendo permitida apenas a transmissão e a gravação do áudio a fim de manter a sua privacidade.

Concordamos com Kozinets (2014) que aponta a importância da garantia de padrões éticos que garantam a integridade do participante, bem como segurança ao pesquisador. Deste modo, é importante armazenar de forma segura e apropriada os dados produzidos na pesquisa online, evitando possíveis riscos, acessos sem autorização, manipulações e compartilhamento das informações por terceiros não autorizados, dentre outros (FRANCISCO; SILVA NETO, 2017).

Acreditamos que esse estudo sobre a PNAB 2017 e suas repercussões nas práticas de saúde de enfermeiros e dos agentes comunitários de saúde do município pode sensibilizar os gestores, coordenadores e técnicos para abrir um canal de diálogo que possa contribuir com o planejamento e assegurar a identidade de atuação destes profissionais, de forma a garantir a qualidade da assistência aos usuários de seus territórios, o fortalecimento da ESF como prioritária na APS e, conseqüentemente, a defesa do SUS.

Outro benefício dessa pesquisa, ainda, é a possibilidade de maior visibilidade para a realidade das práticas de saúde desenvolvidas pelos enfermeiros e agentes comunitários de saúde do município antes e depois da reformulação da PNAB, a construção coletiva de enfrentamentos por estes profissionais em forma de novos planejamentos estratégicos e a

discussão comunitária na perspectiva de corrigir possíveis falhas, fortalecer processos e mudanças de práticas e perspectivas de cuidado, que possam estar fragilizados e/ou modificados.

Espera-se também que, por meio da divulgação desta pesquisa, possam ser sensibilizados comunidade, usuários e conselhos gestores a fim de despertá-los para o fortalecimento da participação e controle social, em relação à atenção primária para um cuidado amplo, acessível e resolutivo, que vai além de diretrizes e legislações, fortalecendo os processos de trabalho das equipes, principalmente destes profissionais.

Por fim, ao final desta pesquisa, há a produção de uma tese de doutorado e de artigos para publicação em revistas científicas, além da participação em congressos nacionais e internacionais com apresentação dos conhecimentos obtidos. Haverá também divulgação dos resultados para os participantes e para o município, no sentido de utilizarem tais informações em seu cotidiano.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

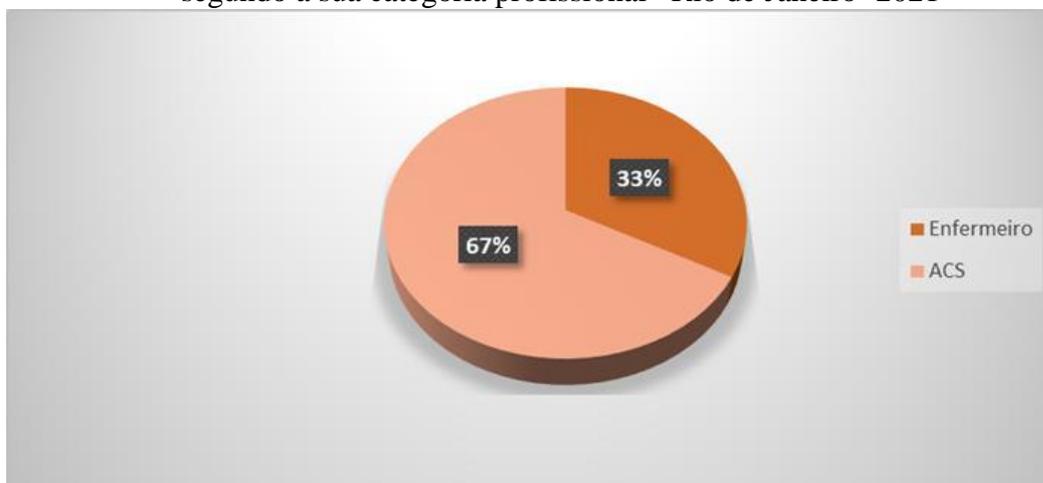
De acordo com a proposta metodológica deste estudo, os resultados serão apresentados sequencialmente, conforme as etapas da investigação descritas como Fase 1- Quantitativa e Fase 2 – Qualitativa.

3.1 Caracterização dos participantes do estudo

A seguir são apresentados e descritos os dados sociodemográficos e profissionais para a caracterização dos participantes do estudo. Os dados estão dispostos em tabelas e elaboradas a partir das seções 4 e 5 do formulário online, cujas variáveis são importantes na identificação das repercussões da PNAB 2017 nas práticas desses profissionais.

Participaram do estudo o total de 79 profissionais de saúde. Destes, 26 são enfermeiros, correspondendo a 32,91%, e 53 são agentes comunitários de saúde, correspondendo a 67,09% do total de participantes (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Distribuição da participação dos profissionais de saúde no estudo segundo a sua categoria profissional –Rio de Janeiro- 2021



Legenda: Agentes comunitários de saúde (ACS).

Fonte: A autora, 2021.

No que se refere à variação sexo, observou-se um predomínio do sexo feminino com 69 participantes, correspondendo a 87,34% do total dos entrevistados, e apenas 10 homens, que correspondem a 12,66%, conforme detalhado na Tabela 1.

Tabela 1- Distribuição dos participantes em relação aos dados sociodemográficos e profissionais de Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde

Sexo	ENFERMEIROS		ACS		Total	
	f	%	f	%	F	%
Feminino	21	80,76	48	90,57	69	87,34
Masculino	5	19,23	5	9,43	10	12,66
Faixa etária						
Até 27 anos	3	11,54	2	3,77	5	6,33
De 28 a 39 anos	15	57,69	19	35,85	34	43,04
De 40 a 49 anos	8	30,77	19	35,85	27	34,18
Acima de 50 anos	0	0,00	13	24,53	13	16,46
Raça/ Cor						
Branco (a)	11	42,31	12	22,64	23	29,11
Negro (a)	4	15,38	12	22,64	16	20,25
Pardo (a)/ mulato (a)	11	42,31	29	54,72	40	50,63
Amarelo (a) (de origem oriental)	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Indígena ou de origem indígena	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Estado Civil						
Solteiro (a)	9	34,62	14	26,42	23	29,11
Casado (a)/união estável	14	53,85	29	54,72	43	54,43
Separado (a)/ Desquitado (a)/ Divorciado (a)	2	7,69	7	13,21	9	11,39
Viúvo (a)	0	0,00	1	1,89	1	1,27
Outro	1	3,85	2	3,77	3	3,80
Tempo de Trabalho na ESF						
De 1 a 3 anos	6	23,08	3	5,66	9	11,39
De 4 a 6 anos	5	19,23	18	33,96	23	29,11
De 7 a 10 anos	11	42,31	26	49,06	37	46,84
Mais de 10 anos	4	15,38	6	11,32	10	12,66
Participação no Conselho Municipal de Saúde						
Sim	11	42,31	8	15,09	19	24,05
Não	15	57,69	45	84,91	60	75,95
Participação em Eventos Científicos						
Sim	18	69,23	38	71,70	56	70,89
Não	8	30,77	15	28,30	23	29,11
Total	26	100,00	53	100,00	79	100

Legenda: Estratégia Saúde da Família (ESF).

Fonte: A autora, 2021.

A feminilização tornou-se uma marca registrada do setor saúde e ainda com tendências ao crescimento. Em 2006, a força de trabalho em saúde feminina já apresentava a maioria com mais de 70% de todo o contingente (MACHADO, 2006). Segundo dados da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) do Ministério do Trabalho, 78,1% dos ACS eram mulheres no ano de 2017 (BRASIL, 2017b). Tal predominância de mulheres como enfermeiras e ACS é reforçada por diversos estudos (CASTRO *et al.*, 2017; FONSECA, 2019; MOTA; DAVID, 2010; URSINE; TRELHA; NUNES, 2010).

Observa-se que a faixa etária predominante é de 28 a 39 anos, representando 43,04% dos participantes (F=34). Em seguida, respectivamente, dos participantes com idade entre 40 e 49 anos, com 34,18% (F=27) e com mais de 50 anos, com 16,46% (F=13). A faixa etária menos expressiva foi a com até 27 anos, representando 6,33% (F=5). A média predominante da faixa etária encontrada, de 28 a 40 anos, também é análoga a outros estudos na Bahia e Minas Gerais (CASTRO *et al.*, 2017; FONSECA, 2019).

No tocante à raça/cor, 50,63% dos participantes do estudo se autodeclararam pardos/mulatos. Os que se declaram da cor branca correspondem a 29,11% (F=23), e com 20,25% (F=16), autodeclarantes negros.

De acordo com a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) de 2017, 70% de ACS são mulheres, mais da metade delas se autodeclararam como pardas, são adultas, quase 70% com ensino médio completo, com média salarial de dois salários mínimos e mais de 70% são estatutárias (BRASIL, 2017b). Recentemente os estudos de Nogueira *et al.* (2020) no Rio de Janeiro apontaram que os ACS que se autodeclararam pardos compuseram a 52,6% do total, enquanto Lotta *et al.* (2020a) esse percentual chegou a 58%.

No que se refere ao estado civil, a maioria é representada pelos casados ou união estável, apresentando 54,43 % (F=43). Em seguida temos os solteiros, com 29,11% (F=23). Estes dados são semelhantes com outros estudos de perfil socioeconômico, demográfico e de trabalho dos ACS de Florianópolis-Santa Catarina (LINO *et al.*, 2012). Este perfil conjugal do ACS também é observado no município Juazeiro-Bahia, onde o percentual é de 66,21% (CASTRO *et al.*, 2017).

Em relação ao tempo de trabalho, a maioria dos profissionais do estudo possui de 7 a 10 anos de experiência em Saúde da Família, representando 46,84%

(F=37). Em seguida, os profissionais de 4 a 6 anos com 29,11% (F=23). Representando 12,66% (F=10) os profissionais com mais de 10 anos de trabalho na ESF e com menor expressividade, os profissionais com até 3 anos de experiência, sendo 11,39% (F=9) do total de participantes.

A pesquisa realizada no contexto de agravamento da Pandemia de COVID-19 em 2020, coordenada pelo NEB/FGV, teve a participação de 870 ACS, também observou um grau de experiência dos ACS no que tange ao tempo de atuação no serviço de saúde, na medida em que as respostas estão concentradas entre aqueles(as) que declararam trabalhar há mais de 10 anos como ACS (76%) (LOTTA *et al.*, 2020b).

Já em relação aos Enfermeiros, o tempo de atuação na ESF semelhante foi apontado nos estudos de Lopes *et al.* (2020), em que os dados também foram semelhantes, já que assinalaram um período de atuação entre 11 e 15 anos.

Um estudo aponta a importância das organizações civis de enfermagem e foi possível verificar que, no contexto brasileiro, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) foi enfocada na maioria desses trabalhos, talvez por ser a entidade mais antiga da classe de enfermagem, até mesmo tendo o predicado de ser berço das demais organizações autárquicas, sindicais e científicas da categoria no Brasil (SANTOS *et al.*, 2016a).

O mesmo estudo ainda aponta as contribuições da ABEn para o mundo da Enfermagem, com destaque para a área do ensino, assistência e exercício profissional, participação política e preservação da memória da profissão (SANTOS *et al.*, 2016a).

Cabral e Almeida Filho (2013), em relação à ABEn, balizam alguns campos privilegiados de alcance com desdobramentos expressivos para a categoria: origem e organização política da ABEn, a difusão e produção do conhecimento, a educação em enfermagem, o exercício profissional e a participação nos movimentos sociais como resultado da reinstauração da democracia no Brasil.

Carvalho e Rodrigues (2001) revelam, em seu estudo, que a não valorização da participação em entidades pode justificar que o enfermeiro não se associe a ABEn, no entanto, percebe-se a preferência dada as entidades representativas das especialidades como: Sociedade Brasileira de Estomatoterapia

(SOBEST); Associação Brasileira de Infecção Hospitalar (ABIH); Associação Brasileira de Enfermagem Obstetrícia (ABENFO); Sociedade Brasileira de Enfermagem em Centro Cirúrgico (SOBECC); Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e etc. Apesar da valorização das entidades representativas de sociedades de especialistas fortalecer as especificidades da prática profissional faz-se necessária a vinculação às entidades que lutem em defesa da profissão como um todo.

Santos *et al.* (2016a) também mencionam as entidades sindicais, de especialidades e aos órgãos de fiscalização do exercício profissional por ocasião do trabalho conjunto desenvolvido por essas instituições em favor das reivindicações da categoria, demonstrando a importância e a necessidade da participação e contribuição dos enfermeiros.

Quanto à participação nos eventos científicos, podemos destacar que 70,89% (F=56) participaram de eventos científicos nos últimos 3 anos (2017-2020). E 65,38% dos enfermeiros relatam que não são associados em nenhuma entidade de caráter técnico científico. Observa-se que os dados encontrados são condizentes com os dados da Pesquisa do Perfil do Enfermeiro no Brasil em que 73,9% dos enfermeiros revelaram que frequentam eventos Científicos na área (congressos, seminários e oficinas) e 26,1% raramente ou nunca participam destes tipos de eventos científicos. Contudo, revela-se que os Enfermeiros e ACS estão em crescente procura pelo Aperfeiçoamento Profissional, uma vez que na saúde é necessária uma constante construção e renovação dos conhecimentos e saberes técnico- científico (MACHADO *et al.*, 2017).

Ainda em relação à taxa de participação dos enfermeiros em eventos científicos, torna o dado importante para a articulação/reflexão teórico- prática dos enfermeiros. Principalmente no que se refere às reflexões e capacidade de ação às mudanças experienciadas com a PNAB 2017.

Os enfermeiros também responderam em relação a outro vínculo empregatício, correspondendo a 92,31% (F=24) aos que revelaram não possuir outro emprego, enquanto apenas 7,69% (F=2) disseram que possuem outro vínculo empregatício de caráter público. Não houve enfermeiros que trabalhassem em setores privados (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos Enfermeiros em relação a outro vínculo empregatício - Rio de Janeiro - 2021

Possui outro vínculo empregatício	setor público		setor privado	
	n	%	n	%
Não	24	92,31	26	100
Sim	2	7,69	0	0
Total	26	100	26	100

Fonte: A autora, 2021.

Os dados são semelhantes à Pesquisa do Perfil dos Enfermeiros no Brasil onde a equipe de enfermagem brasileira, em sua maioria, declara ter apenas um emprego 63,7% e com 25,1% estão aqueles que têm dois empregos (MACHADO *et al.*, 2017). Albuquerque *et al.* (2016) referem que 30,76% das enfermeiras entrevistadas possuem mais de um tipo de vínculo empregatício justificaram a necessidade de complementação da renda e manutenção do nível socioeconômico.

Quanto à formação profissional dos Enfermeiros, conforme na Tabela 3, 65,38% (F=17) teve sua formação em universidades privadas, enquanto 34,62% obtiveram a sua formação em Universidades públicas. 69,24 (F=18) dos Enfermeiros já possuem entre 6 e 15 anos de formação, 26, 2% (F=7) possuem até 5 anos de formados e apenas 3,85% (F=1).

Faria, Acioli e Gallasch (2016) observaram que o perfil de enfermeiros atuantes na estratégia de saúde da família sofreu modificações se comparado a décadas anteriores, principalmente a formação profissional, na qual evidenciou-se uma maciça vinculação de profissionais oriundos de instituições particulares de ensino.

Segundo os dados da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, podemos afirmar que a formação dos enfermeiros se dá, em sua maioria, em instituições privadas de ensino superior (MACHADO *et al.*, 2017). Ainda na Tabela 3, 84,62% (F=22) revelam que possuem formação a nível *latu sensu*. Dentre os cursos de formação *latu senso*, elencamos os 4 mais mencionados pelos enfermeiros: em primeiro lugar a Pós-Graduação em Saúde da Família em segundo lugar a de Enfermagem do Trabalho e, em terceiro lugar, Terapia Intensiva.

Tabela 3 – Distribuição dos Enfermeiros em relação à sua formação profissional

Formação Profissional		
	f	%
Natureza jurídica da Instituição Formadora		
Pública	9	34,62
Privada	17	65,38
Tempo de Formação		
até 5 anos	7	26,92
6 a 10 anos	9	34,62
11 a 15 anos	9	34,62
16 a 20 anos	1	3,85
Mais de 20 anos	0	0,00
Especialização (<i>latu sensu</i>)		
Sim	22	84,62
Não	4	15,38
Especialização (<i>strictu sensu</i>)		
Sim	5	19,23
Não	21	80,77

Fonte: A autora, 2021.

Apenas 19,23 % (F=5) dos enfermeiros possuem formação *strictu sensu*. Destes, 11,54% (F=3) possuem mestrado profissional em andamento e entre os que possuem o mestrado profissional e o mestrado acadêmico, são representados respectivamente por 3,84% (F=1) cada.

Em relação ao tempo de formação do enfermeiro, constatamos que a maioria possui entre 6 e 15 anos de formados, representando o total de 69,24% (F=18), evidenciando o amadurecimento profissional. Do mesmo modo, um estudo no município sul de Minas Gerais, também se observou que a maioria dos participantes havia concluído a graduação entre 16 e 20 anos (LOPES *et al.*, 2020).

No estudo da atuação de enfermeiros na estratégia de saúde da família em um município de Minas Gerais, foi apontado que 80% dos profissionais possuíam especialização em Saúde da Família (FIRMINO *et al.*, 2016). Observa-se no estudo com enfermeiros do sul Fluminense, onde se percebe que 64% já possuíam algum título de especialização (FARIA; ACIOLI; GALLASH, 2016). Os dados de outra pesquisa mostraram que 80% dos enfermeiros cursaram ou estão cursando alguma Pós-Graduação (MACHADO *et al.*, 2015).

3.2 Avaliação das repercussões da PNAB 2017 nas práticas dos ACS e Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família: análise estatística

Neste capítulo, foram analisados os dados da seção 6 do formulário online, por meio da escala tipo *Likert*, onde os enfermeiros e os ACS classificaram como as mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 repercutiram na sua prática profissional.

Na Tabela 4, apresentamos a análise das médias, mediana, desvio padrão para identificar as tendências de respostas em relação às alterações da PNAB 2017 e sua repercussão nas práticas dos ACS e enfermeiros da ESF. As respostas foram rotuladas de maneira gradual, 0 a 2,0, sendo 0 (o mínimo) e 2,0 (o máximo) de pontuação para cada resposta: 0 = repercute negativamente; 1,0 = repercute nem positivamente e nem negativamente e 2,0 = repercute positivamente. E assim foram analisadas as médias de cada questão, sendo determinado que as tendências de repercussão positiva dos itens com valores de média $< 1,0$ e repercussão positiva com valores de média $> 1,0$.

Tabela 4 - Análise descritiva das questões por eixos relacionadas à PNAB 2017, que repercutiram nas práticas dos profissionais da APS, Agente Comunitário de Saúde (n=53) (continua)

Eixo/Questões	Mediana	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
1. Eixo 1					
1.1. Financiamento de outras modalidades de equipes deixando a prioridade de equipes de Saúde da Família	0,00	0,30	0,63	0,00	2,00
2. Eixo 2					
2.1. O ACS é obrigatório na Estratégia Saúde da Família, em número a depender da necessidade e perfil epidemiológico local. Em áreas de vulnerabilidade, um ACS para o máximo de 750 pessoas, cobrindo 100% da população, sem número máximo por equipe	1,00	0,84	0,86	0,00	2,00
2.2. A presença do ACS é facultativa na equipe de Atenção Básica (eAB)	0,00	0,33	0,70	0,00	2,00
2.3. O agente de combate a endemia (ACE) pode ser incluído na equipe de saúde da família, e além das suas acumula algumas atribuições dos agentes comunitários de saúde (ACS)	1,00	0,75	0,78	0,00	2,00
2.4. Ampliação das atribuições dos ACS, incluindo a aferição da pressão arterial, aferição de glicemia capilar e a troca de curativos	1,00	0,77	0,84	0,00	2,00
2.5. A coordenação do trabalho do ACS passa a ser responsabilidade de toda a equipe de nível superior	1,00	1,22	0,63	0,00	2,00
2.6. A vigilância em saúde é introduzida tanto no campo da gestão e organização de serviços quanto na produção do cuidado, como responsabilidade dos municípios, estados, governo Federal e de todos os profissionais	1,00	1,43	0,60	0,00	2,00
2.7. Altera a denominação alterada de Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), que passa a apoiar, além das equipes de saúde da família (eSF) também as equipes de Atenção Básica (eAB)	2,00	1,50	0,72	0,00	2,00
2.8. Reconhece a figura do gerente de Unidade Básica de Saúde, recomendando sua inserção como novo membro da equipe	2,00	1,39	0,71	0,00	2,00
2.9. Preconiza que o gerente da Unidade Básica de Saúde deve ter formação de nível superior e preferencialmente da área da saúde	2,00	1,62	0,59	0,00	2,00
2.10. Permite a vinculação do usuário em mais de uma unidade de saúde	0,00	0,43	0,72	0,00	2,00
2.11. Estabelece que a carga horária da equipe de Atenção Básica (eAB) será de 40 h por categoria profissional (máximo de três profissionais e mínimo de 10 h por categoria), ou seja, poderá ter profissionais cumprindo 10 horas semanais. Enquanto a equipe de Saúde da Família permanece a carga horária de 40 h semanais para todos os profissionais.	1,00	0,73	0,73	0,00	2,00
2.12. A cobertura populacional será de 2000 a 3500 pessoas por equipe, com parâmetros baseados nos riscos e vulnerabilidades do território. Significa que a cobertura que era de 100% para todos, agora será 100% da população vulnerável.	1,00	1,09	0,79	0,00	2,00

Tabela 4 - Análise descritiva das questões por eixos relacionadas à PNAB 2017, que repercutiram nas práticas dos profissionais da APS, Agente Comunitário de Saúde (n=53) (conclusão)

Eixo/Questões	Mediana	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
2. Eixo 2					
2.13. A população adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) seja de 2.000 a 3.500 pessoas. Além dessa faixa populacional, podem existir outros arranjos de adscrição, conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, facultando aos gestores locais, conjuntamente com as equipes e Conselhos, a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe, podendo ser maior ou menor do que o parâmetro recomendado	1,00	1,01	0,77	0,00	2,00
3. Eixo 3					
3.1 Mudanças quanto à oferta nacional de serviços através da inclusão dos serviços dos tipos essenciais e ampliados na APS	2,00	1,45	0,66	0,00	2,00

Legenda: Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); Atenção Primária à Saúde (APS); equipe Saúde Família (eSF); Equipes de Atenção Básica (eAB); Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Fonte: A autora, 2021.

Observamos que em relação ao eixo 1: Mudanças no financiamento, relacionado a despriorização da ESF na ordenação da APS através do financiamento de outras modalidades de equipes de saúde, os ACS avaliaram essa alteração como uma repercussão negativa, apresentando uma média de 0,3 (média <1,0).

No eixo 2: Mudanças quanto aos Processos Organizacionais da APS, a avaliação do ACS foi negativa na maioria dos itens; no entanto, o subitem 2.2 em que o ACS pode ser facultativo na eAB, apresentou a média com maior negatividade com 0,33 (média <1,0). Em seguida, com média de 0,43 (média <1,0), a possibilidade de vinculação do usuário em mais de uma UBSF.

No item 2.8 que aborda o gerente com o pré-requisito a formação de nível superior e preferencialmente da área da saúde, apresentou tendências de repercussões positivas com média de 1,62 (média >1,0), acompanhada do item 2.7, que apresentou a média de 1,50 (média >1,0) para a mudança da nomenclatura do NASF para NASF-AB que passa a apoiar outras modalidades de equipe além das eSF.

O eixo 3: Mudanças quanto à oferta nacional de serviços através da inclusão dos serviços dos tipos essenciais e ampliados na APS, foi considerado pelos ACS como uma mudança de repercussão positiva em suas práticas de saúde na ESF, com média 1,45 (média >1,0).

Na Tabela 5, a seguir, observa-se que tanto os enfermeiros quanto os ACS classificaram a maioria dos itens com tendências negativas de repercussões da PNAB 2017 em suas práticas na ESF. No eixo 1, Mudanças no financiamento- Financiamento de outras modalidades de equipes deixando a prioridade de equipes de Saúde da Família, os enfermeiros classificaram como tendências negativas de repercussão nas práticas de saúde, com média de 0,38 (média >1,0).

Tabela 5 -Análise descritiva das questões por eixos relacionadas à PNAB 2017, que repercutiram nas práticas dos profissionais da Atenção Primária, Enfermeiros (n=26) (continua)

Eixo/Questões	Mediana	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
1. Eixo 1					
1.1. Financiamento de outras modalidades de equipes deixando a prioridade de equipes de Saúde da Família	0,00	0,38	0,75	0,00	2,00
2. Eixo 2					
2.1. O ACS é obrigatório na Estratégia Saúde da Família, em número a depender da necessidade e perfil epidemiológico local. Em áreas de vulnerabilidade, um ACS para o máximo de 750 pessoas, cobrindo 100% da população, sem número máximo por equipe	0,00	0,57	0,80	0,00	2,00
2.2. A presença do ACS é facultativa na equipe de Atenção Básica (eAB)	0,00	0,26	0,53	0,00	2,00
2.3. O agente de combate a endemia (ACE) pode ser incluído na equipe de saúde da família, e além das suas acumula algumas atribuições dos agentes comunitários de saúde (ACS)	1,00	0,88	0,71	0,00	2,00
2.4. Ampliação das atribuições dos ACS, incluindo a aferição da pressão arterial, aferição de glicemia capilar e a troca de curativos	1,00	0,84	0,88	0,00	2,00
2.5. A coordenação do trabalho do ACS passa a ser responsabilidade de toda a equipe de nível superior	1,50	1,26	0,82	0,00	2,00
2.6. A vigilância em saúde é introduzida tanto no campo da gestão e organização de serviços quanto na produção do cuidado, como responsabilidade dos municípios, estados, governo Federal e de todos os profissionais	2,00	1,4	0,70	0,00	2,00
2.7. Altera a denominação alterada de Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), que passa a apoiar, além das equipes de saúde da família (eSF) também as equipes de Atenção Básica (eAB)	1,00	1,30	0,73	0,00	2,00
2.8. Reconhece a figura do gerente de Unidade Básica de Saúde, recomendando sua inserção como novo membro da equipe	2,00	1,34	0,79	0,00	2,00
2.9. Preconiza que o gerente da Unidade Básica de Saúde deve ter formação de nível superior e preferencialmente da área da saúde	2,00	1,80	0,49	0,00	2,00
2.10. Permite a vinculação do usuário em mais de uma unidade de saúde	0,00	0,26	0,60	0,00	2,00
2.11. Estabelece que a carga horária da equipe de Atenção Básica (eAB) será de 40 h por categoria profissional (máximo de três profissionais e mínimo de 10 h por categoria), ou seja, poderá ter profissionais cumprindo 10 horas semanais. Enquanto a equipe de Saúde da Família permanece a carga horária de 40 h semanais para todos os profissionais.	0,00	0,50	0,76	0,00	2,00

Tabela 5 - Análise descritiva das questões por eixos relacionadas à PNAB 2017, que repercutiram nas práticas dos profissionais da Atenção Primária, Enfermeiros (n=26) (conclusão)

Eixo/Questões	Mediana	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
2. Eixo 2					
2.12 A cobertura populacional será de 2000 a 3500 pessoas por equipe, com parâmetros baseados nos riscos e vulnerabilidades do território. Significa que a cobertura que era de 100% para todos, agora será 100% da população vulnerável.	0,50	0,73	0,82	0,00	2,00
2.13. A população adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) seja de 2.000 a 3.500 pessoas. Além dessa faixa populacional, podem existir outros arranjos de adscrição, conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, facultando aos gestores locais, conjuntamente com as equipes e Conselhos, a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe, podendo ser maior ou menor do que o parâmetro recomendado	1,00	0,61	0,63	0,00	2,00
3. Eixo 3					
3.1 Mudanças quanto à oferta nacional de serviços através da inclusão dos serviços dos tipos essenciais e ampliados na APS					

Legenda: Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); Atenção Primária à Saúde (APS); equipe Saúde Família (eSF); Equipes de Atenção Básica (eAB); Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Fonte A autora, 2021.

No eixo 2, pertinente às mudanças quanto aos Processos Organizacionais da APS, na maioria dos itens julgados os enfermeiros foram convergentes com os ACS pois ambos os classificaram, no geral, com tendências negativas de repercussões. Desses, os itens que obtiveram maior grau de tendência negativa foram os itens 2.2 – O ACS facultativo nas eAB e o item 2.10 – Sobre a vinculação do usuário em outras UBSF – ambos apresentaram média de 0,26 (média < 1,0).

No eixo 2, relacionado às mudanças quanto aos processos organizacionais da APS, tratando das classificações dos Enfermeiros como repercussões positivas, o item que apresentou a maior média também foi o item 2.8 que aborda o gerente com os pré-requisitos de formação de nível superior e ser preferencialmente da área da saúde, apresentou a maior média com 1,80 (média >1,0), e ineditamente o item 2.7 com média de 1,34 (média >1,0), o reconhecimento da figura do gerente na APS.

O eixo 3, Mudanças quanto à oferta nacional de serviços através da inclusão dos serviços dos tipos essenciais e ampliados na APS, foi considerado pelos Enfermeiros como uma repercussão positiva em suas práticas de saúde na ESF, com média 1,23 (média >1,0).

Foram analisadas a média, a mediana e o desvio padrão dos eixos 1, 2 e 3 em comparação ao classificado pelos Enfermeiros e ACS, dispostos na Tabela 6, a seguir.

Tabela 6 - Análise da Média, Mediana e Desvio padrão dos eixos segundo os profissionais da Atenção Primária-Agente Comunitário de Saúde e Enfermeiros (n= 79)

Eixos	Média (M _e)	Mediana (M _d)	Desvio Padrão (DP)
ACS			
Eixo 1: Mudanças no financiamento- Financiamento de outras modalidades de equipes deixando a prioridade de equipes de Saúde da Família (Q1)	1,45	2,00	0,66
Eixo 2: Mudanças quanto aos Processos Organizacionais da APS (Q2 + Q3 + Q4 + Q5+Q6+Q7+Q8+Q9+Q10+Q12+Q13+Q14+Q15)	0,95	0,92	0,32
Eixo 3: Mudanças quanto à oferta nacional de serviços do tipo essenciais e ampliados na APS (Q11)	1,45	2,00	0,66
ENFERMEIRO			
Eixo 1: Mudanças no financiamento- Financiamento de outras modalidades de equipes deixando a prioridade de equipes de Saúde da Família (Q1)	1,23	2,00	0,66
Eixo 2: Mudanças quanto aos Processos Organizacionais da APS (Q2 + Q3 + Q4 + Q5+Q6+Q7+Q8+Q9+Q10+Q12+Q13+Q14+Q15)	0,84	0,84	0,34
Eixo 3: Mudanças quanto à oferta nacional de serviços- serviços do tipo essenciais e ampliados na APS (Q11)	1,23	1,00	0,76

Legenda: Atenção Primária à Saúde (APS).

Fonte: A autora, 2021.

Vale lembrar que os resultados das médias acima de 1 é um resultado com tendências positivas e abaixo de 1 com tendências negativas das repercussões da PNAB 2017 nas práticas de saúde desses profissionais.

Em relação ao eixo 1 e eixo 3, respectivamente, os Enfermeiros com média de 1,23 e os ACS com média de 1,45 apresentaram tendências positivas em ambos os eixos. Porém, comparando os resultados, observa-se que essa tendência positiva é maior entre os enfermeiros. Na análise da média do Eixo 2, observamos que ambos apresentam tendências de repercussões negativas da PNAB 2017 nas suas práticas de saúde, com média de 0,84 para os Enfermeiros e 0,95 de média para os ACS. No entanto, neste eixo constata-se que a percepção negativa das repercussões relacionada à organização dos serviços na APS é ainda maior entre os enfermeiros do que os ACS.

Apresentamos no Quadro 7, a seguir, formatado com a condicionalidade de cores, a comparação dos julgamentos das alterações da PNAB 2017 na repercussão de suas práticas de saúde. O que pretendemos demonstrar são as aproximações e as divergências nesses julgamentos pelos trabalhadores e participantes do estudo. Acatando as condicionalidades da estratégia de análise, onde as médias $<1,0$ representam as repercussões com tendências negativas nas práticas de saúde e as médias $> 1,0$ representam as repercussões com tendências positivas nas práticas de saúde dos enfermeiros e agentes comunitários de saúde, logo ao passo que as médias são menores que 1 apresentam tonalidade vermelho forte do que as médias que são maiores que 1 ficando mais forte na tonalidade verde.

Quadro 7 - Análise comparativa das questões por eixos relacionadas a PNAB 2017 que repercutiram nas práticas dos profissionais da Atenção Primária Síntese de comparação dos eixos de repercussão positiva e negativa entre enfermeiros e agentes comunitários de saúde

Eixos/Itens	Média	
	ACS	ENF.
Eixo 1: Mudanças no financiamento		
Financiamento de outras modalidades de equipes deixando a prioridade de equipes de Saúde da Família	0,30	0,38
Eixo 2: Mudanças quanto aos Processos Organizacionais da APS		
O ACS é obrigatório na Estratégia Saúde da Família, em número a depender da necessidade e perfil epidemiológico local. Em áreas de vulnerabilidade, um ACS para o máximo de 750 pessoas, cobrindo 100% da população, sem número máximo por equipe	0,84	0,57
A presença do ACS é facultativa na equipe de Atenção Básica (eAB)	0,33	0,26
O agente de combate a endemia (ACE) pode ser incluído na equipe de saúde da família, e além das suas acumula algumas atribuições dos agentes comunitários de saúde (ACS)	0,75	0,88
Ampliação das atribuições dos ACS, incluindo a aferição da pressão arterial, aferição de glicemia capilar e a troca de curativos	0,77	0,84
A coordenação do trabalho do ACS passa a ser responsabilidade de toda a equipe de nível superior	1,22	1,26
A vigilância em saúde é introduzida tanto no campo da gestão e organização de serviços quanto na produção do cuidado, como responsabilidade dos municípios, estados, governo Federal e de todos os profissionais	1,43	1,40
Altera a denominação alterada de Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), que passa a apoiar, além das equipes de saúde da família (eSF) também as equipes de Atenção Básica (eAB)	1,50	1,30
Reconhece a figura do gerente de Unidade Básica de Saúde, recomendando sua inserção como novo membro da equipe	1,39	1,34
Preconiza que o gerente da Unidade Básica de Saúde deve ter formação de nível superior e preferencialmente da área da saúde	1,62	1,80
Permite a vinculação do usuário em mais de uma unidade de saúde	0,43	0,26
Estabelece que a carga horária da equipe de Atenção Básica (eAB) será de 40 h por categoria profissional (máximo de três profissionais e mínimo de 10 h por categoria), ou seja, poderá ter profissionais cumprindo 10 horas semanais. Enquanto a equipe de Saúde da Família permanece a carga horária de 40 h semanais para todos os profissionais.	0,73	0,50
A cobertura populacional será de 2000 a 3500 pessoas por equipe, com parâmetros baseados nos riscos e vulnerabilidades do território. Significa que a cobertura que era de 100% para todos, agora será 100% da população vulnerável.	1,09	0,73
A população adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) seja de 2.000 a 3.500 pessoas. Além dessa faixa populacional, podem existir outros arranjos de adscrição, conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, facultando aos gestores locais, conjuntamente com as equipes e Conselhos, a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe, podendo ser maior ou menor do que o parâmetro recomendado	1,01	0,61
Eixo 3: Mudanças quanto à oferta nacional de serviços dos tipos essenciais e ampliados		
Mudanças quanto à oferta nacional de serviços através da inclusão dos serviços dos tipos essenciais e ampliados na APS	1,45	1,23

Legenda: Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); Equipes de Atenção Básica (eAB); Agentes comunitários de saúde (ACS); Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); Atenção Básica (AB); Enfermeiros (ENF).

Fonte: A autora, 2021.

Observa-se que os itens que alteram a cobertura populacional e os arranjos de adscrição são os que apresentaram maiores divergências. A alteração da definição de cobertura populacional pelas equipes de APS para os enfermeiros foram julgadas com repercussões de tendências negativas nas suas práticas com média de 1,09 e para os ACS a média foi de 0,73, ponderadas com repercussões de tendências negativas nas suas práticas de saúde.

Os itens que apresentaram maiores convergências entre os enfermeiros e ACS foram: Os ACS como facultativos nas equipes de Atenção Básica e o financiamento de outras modalidades de equipe “despriorizando” a ESF como ordenadora da APS, apresentaram julgamentos de repercussões com tendências negativas nas práticas de saúde. E as repercussões com tendências positivas nas práticas de saúde foram avigilância em saúde é introduzida tanto no campo da gestão e organização de serviços quanto na produção do cuidado e o reconhecimento do gerente na APS.

Contudo, também observamos as contradições nos seguintes itens: a diminuição do número de ACS, a ampliação de atribuições aos ACS, as mudanças nos critérios da cobertura populacional e dos critérios para os arranjos da adscrição populacional.

Em relação à diminuição do número de ACS nas equipes os julgamentos se colocam contraditórios quando observamos que os ACS com média de 0,84 que representam as tendências negativas, porém estão bem próximas das tendências positivas (média < 1,0).

No tocante à ampliação das atribuições dos ACS, nota-se que o julgamento dos enfermeiros embora apresentem tendências negativas (média de 0,74) estão próximas das média tendências positivas, o que pode demonstrar uma polarização de opiniões entre os participantes.

Em relação às características sociodemográficas e profissionais dos ACS, optamos por cruzarmos com as variáveis idade, tempo de trabalho na ESF, participação em eventos e reuniões do Conselho Municipal de Saúde com os eixos temáticos da PNAB 2017. Constatamos que não houve significância, pois todos apresentaram valores acima do p valor de 0,05 (Tabela 7).

Tabela 7 - Características sociodemográficas e profissionais dos ACS, segundo os eixos, mudanças quanto ao financiamento, processos organizacionais da AB e oferta nacional de serviços e ações essenciais e ampliados da AB (n=53)

Variáveis/ categoria ACS	Eixo 1			Eixo 2			Eixo 3		
	Média	Desvio Padrão	Valor p	Média	Desvio Padrão	Valor p	Média	Desvio Padrão	Valor p
Idade									
Até 39 anos	0,30	0,57		0,98	0,29		1,35	0,74	0,45
Maior que 39 anos	0,30	0,68	0,68	1,03	0,39	0,72	1,51	0,61	
Tempo que trabalhava na Estratégia Saúde da Família									
Até 10 anos	0,25	0,56		1,0	0,32		1,42	0,68	0,44
Acima de 10 anos	0,66	1,03	0,30	1,12	0,58	0,71	1,66	0,51	
Participação em fórum/ debate/ mesa redonda sobre a PNAB 2017									
Sim	0,71	0,26		0,99	0,36		1,50	0,65	0,78
Não	0,38	0,71	0,18	1,01	0,36	0,84	1,43	0,58	
Participação nas reuniões do CMS –RJ últimos 3 anos									
Sim	0,50	0,84		1,16	0,35		1,60	0,51	0,53
Não	0,25	0,58	0,13	0,98	0,35	0,21	1,41	0,69	

Legenda: Agentes comunitários de saúde (ACS); Atenção Básica (AB); Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); Conselho Municipal de Saúde Rio de Janeiro (CMS-RJ).

Nota: *Teste Mann-Witney*.

Fonte: A autora, 2021.

A mesma análise aplicada aos Enfermeiros, com as seguintes variáveis: idade, tempo de trabalho na ESF, tempo de formação, especialização *lato sensu* e /ou *stricto sensu*, participação em eventos científicos sobre a PNAB 2017 e no Conselho Municipal de Saúde nos últimos três anos. Apresentaram significância as variáveis tempo de trabalho (0,04) e participação nos CMS (0,03) em relação ao eixo 2, respectivamente conforme apresentado na Tabela 8, a seguir.

Tabela 8– Características sociodemográficas e profissionais dos Enfermeiros da AB, segundo os eixos, mudanças quanto ao financiamento, processos organizacionais da AB e oferta nacional de serviços e ações essenciais e ampliados da AB

Variáveis/Categoria Enfermeiros	Eixo 1			Eixo 2			Eixo 3		
	Média	Desvio Padrão	Valor p	Média	Desvio Padrão	Valor p	Média	Desvio Padrão	Valor p
Idade									
Até 39 anos	0,30	0,57	0,68	0,91	0,37	0,52	1,10	0,73	0,13
Maior que 39 anos	0,30	0,68		1,26	0,45		1,57	0,78	
Tempo que trabalha na Estratégia Saúde da Família									
Até 10 anos	0,34	0,71	0,58	0,86	0,37	0,04	1,13	0,75	0,05
Acima de 10 anos	0,66	1,15		1,28	0,11		2,00	0,00	
Tempo de formação									
Até 15 anos	0,33	0,70	0,29	0,88	0,37	0,22	1,20	0,77	0,64
Acima de 15 anos	1,00	1,41		1,19	0,38		1,50	0,70	
Possui Especialização									
Sim	0,45	0,80	0,24	0,91	0,37	0,94	1,31	0,77	0,13
Não	0,00	0,00		0,90	0,44		0,75	0,50	
Formação Stricto Sensu									
Sim	0,33	0,73	0,37	0,90	0,36	0,76	1,28	0,78	0,40
Não	0,60	0,89		0,92	0,49		1,00	0,70	
Participação em fórum/ debate/ mesa redonda sobre a PNAB 2017									
Sim	0,77	0,97	0,05	0,96	0,56	0,48	1,22	0,66	0,86
Não	0,17	0,57		0,88	0,25		1,23	0,83	
Participação nas reuniões do CMS –RJ últimos 3 anos									
Sim	0,40	0,84	0,05	1,10	0,41	0,03	1,30	0,67	0,79
Não	0,37	0,71		0,78	0,31		1,18	0,83	

Legenda: Atenção Básica (AB); Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); Conselho Municipal de Saúde (CMS-RJ).
Fonte: A autora, 2021.

3.3 Diálogo sobre as repercussões da PNAB 2017 nas práticas de saúde de Agentes Comunitários de Saúde e Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família: análise dos dados qualitativos

Neste capítulo são apresentados os resultados decorrentes da análise de conteúdo temático-categorial referente aos dados extraídos das entrevistas semiestruturada e aprofundado de acordo com os dados quantitativos.

O referencial teórico metodológico do Materialismo histórico e dialético ampliou a discussão desta análise, pois permitiu captar, visualizar e compreender as mudanças, contradições vivenciadas a partir do cotidiano de quem vive as práticas em saúde.

Foram construídos, a partir das transcrições, leitura flutuante, seleção das unidades de registro (UR) e agrupamento em Unidade de Significância (US), onde ocorreu a sistematização da análise, exposto no quadro de síntese das Unidades de Registro/ temas da análise de temática categorial e no quadro de demonstrativo da construção das categorias temáticas (APÊNDICES E e F). Assim, foi possível mapear e quantificar a frequência das URs verbalizadas, constituindo o total de 947 URs organizadas em 30 Unidades de significação ou temáticas (US/UT). Com isso, foram construídas três categorias, as quais serão apresentadas a seguir:

1. Categoria 1– As alterações estruturais e funcionais da Atenção Primária à Saúde;
2. Categoria 2–As implicações da reestruturação do processo de trabalho, atribuições e organização do agente comunitário de saúde na Atenção Primária à Saúde
 - 2.1 Subcategoria- As mudanças na organização e as configurações das práticas de saúde do agente comunitário de saúde,
 - 2.2 Subcategoria- A integração das ações entre o agente comunitário de saúde e agente de combate a endemias,
 - 2.3 Subcategoria- A inclusão de procedimentos técnicos de enfermagem como atribuições dos agentes comunitários de saúde;
3. Categoria 3- A PNAB 2017 e suas repercussões para os usuários e para o modelo Estratégia Saúde da Família

3.1 Subcategoria- As repercussões da PNAB 2017 para os usuários e comunidade na visão dos agentes comunitários de Saúde e enfermeiros da ESF;

3.2 Subcategoria- As repercussões para os modelos de atenção à saúde e as influências da gestão municipal.

3.3.1 Categoria 1- As alterações estruturais e funcionais da Atenção Primária à Saúde

Nesta categoria são apresentadas as alterações propostas pela PNAB 2017, indicando financiamento de outras modalidades de equipe de Atenção Primária e a reorganização dos serviços da Atenção Primária onde se destacam: o financiamento de outros modelos de atenção à saúde, a mudança da nomenclatura do NASF para NASF-AB, o reconhecimento da figura do gerente nas unidades de saúde, o consentimento da vinculação dos usuários em mais de uma unidade de saúde, oferta de serviços dos tipos essenciais e ampliados e os novos critérios para os parâmetros de cobertura populacional e arranjos de adscrição.

Os profissionais relatam que havia muita **expectativa com a reformulação da Política**, já que havia necessidade de aperfeiçoamentos para o fortalecimento da APS, principalmente nos âmbitos da organização, ampliação do acesso aos serviços, financiamento e valorização dos profissionais. Entretanto, foram surpreendidos com alterações que, ao contrário das expectativas, dificultaram os processos de trabalho das equipes, desestruturaram os serviços e impactaram nas práticas de saúde dos profissionais da ESF. Para o agente comunitário de saúde (A1), a PNAB representou ameaça da perda de campo de trabalho.

Quando a gente ficou sabendo que teria uma nova PNAB, que a gente achou que seria um novo momento de reestruturar, de valorizar, enfim, muito diferente do que foi na realidade. (E1)

Não consigo ver essas mudanças que houve da PNAB como forma de crescimento ou de reestruturação para melhorar, não, pelo menos eu não consigo vê-la ainda. (E5)

[...] A PNAB para a gente, não sei para outras pessoas, mas para mim foi como se fosse uma ameaça [...].(A1)

Assim, os profissionais apontaram que a PNAB 2017 apresenta aspectos que estão na “contramão” do real conceito de políticas públicas, onde espera-se que elas compreendam a

totalidade de ações, metas e planos que os governos (nacionais, estaduais ou municipais) traçam para alcançar o bem-estar da sociedade e o interesse público. No entanto, estas políticas públicas podem ou não solucionar os problemas da sociedade, já que os alguns dirigentes públicos tomam as suas decisões de acordo com os seus interesses e prioridades (CALDAS, 2008; DEMETRI, 2018).

Os entrevistados também destacam que o texto da Política foi muito bem estruturado trazendo conceitos e teorias importantes e necessárias, mas que deixam na prática algumas “brechas” que repercutem negativamente na ponta dos serviços.

A gente esperava uma PNAB diferente, um fortalecimento da atenção primária no país, que fosse muito diferente do que aconteceu né e a PNAB que a gente recebeu foi uma PNAB que desestruturou, tirou da gente a essência e da pior forma que é você fazer isso com subjeções, porque não está escrito certinho ali né, “escritinho” ali que vai piorar, não, está escrito de uma forma bonita, mas que na prática só vai começar negativamente. (E1)

[...] então eu não sei muito no que isso impactou, mas acredito que essa questão da carga horária foi um pouquinho dessa “brecha” que a PNAB está dando, porque o que você percebe muito dessa PNAB nova é que ela não pode te falar claramente o que ela está propondo, mas ela deixa várias entrelinhas para os governantes fazerem o que eles querem. (E5)

[...] agora vocês vão lá votar, sabe? Se não a PNAB vai entrar e vocês vão, como assim? É muita entrelinha que a gente não entende né, é muita coisa que não conseguiu entender [...]. (A1)

Estas observações também foram realizadas por diversos pesquisadores que detectaram que a PNAB 2017 trouxe diversos conceitos e alterações em um texto contraditório e duvidoso, que anuncia, nas entrelinhas, o desmonte da APS e da ESF, sendo necessário um olhar técnico para detectá-los (LEAL, 2017; MOROSINI; FONSECA, 2017; SILVA *et al.* 2020).

Em relação ao **financiamento de outras modalidades de equipe de Atenção Primária à saúde**, já apontado pelos dados do formulário, referente à primeira etapa do estudo, foi avaliado como uma alteração com repercussões negativas nas práticas de saúde dos sujeitos da pesquisa, com média de 0,30 entre os ACS e média de 0,38 entre os enfermeiros (médias < 1,0) dispostas no Quadro 8, a seguir.

Quadro 8– Identificação das tendências de repercussões nas práticas de saúde dos ACS e enfermeiros referente ao financiamento e a despriorização do modelo de Estratégia Saúde da Família

Alteração da PNAB 2017	Tendências	
	ACS	Enfermeiros
A PNAB 2017 mantém o financiamento das equipes de saúde de família (eSF) como prioritário e passa a financiar, com valor inferior, as equipes de Atenção Básica (eAB).	Tendências Negativas (Média= 0,30)	Tendências Negativas (Média =0,38)

Legenda: Agentes comunitários de saúde (ACS); Política Nacional de Atenção Básica (PNAB);Estratégia Saúde da Família (ESF); Equipes de Atenção Básica (eAB).

Fonte: A autora, 2021.

Percebemos ao longo das entrevistas, que a despriorização do modelo da ESF com incentivo ao financiamento de novos modelos de atenção à saúde e a organização dos serviços na APS embora não tenham identificado a relação com as repercussões em suas práticas, os sujeitos também demonstraram suas apreensões com o futuro do modelo da Estratégia Saúde da Família.

Não, não. Continua a mesma coisa. [...]Não, a gente é só equipe de atenção da família. (E8)

Então, na minha prática não, porque na minha unidade especificamente a gente só tem Estratégia de Saúde da Família, como é um território vulnerável a gente só tem Saúde da Família [...]. (E9)

Não tive isso na minha unidade, acho isso um retrocesso, de verdade, porque você ter alguém dentro da comunidade que sirva de canal é sem igual. Quando está todo mundo “afiado” é genial. (E4)

Não, na minha unidade a gente teve muito desmorte, mas esse ponto não, ainda não. (A4)

Quando questionados acerca da possibilidade de surgir outras modalidades de equipe que não de Saúde da Família, percebemos as contradições vivenciadas nas práticas a partir de cada território, Além disso, mencionam a convivência com outras modalidades de equipe, denominadas “Unidades Mistas”, onde dividem os espaços e o território.

Têm de Atenção Básica também. (A5)

O que acontece, a minha unidade, por incrível que pareça ela já é mista. (A1)

Eu já sou de unidade mista. (E9)

No cenário brasileiro, além das unidades de saúde da família (USF) que direcionam ações e práticas para o cuidado em busca da atenção integral, coexistem outros modelos de APS: as unidades básicas de saúde (UBS) tradicionais e as consideradas aqui como UBS mistas (SANTOS *et al.*, 2016b).

No município do Rio de Janeiro, quanto aos modelos de atenção, as unidades da APS podem ser classificadas em: tipo A, refere às Unidades onde todo o território é coberto por equipes de Saúde da Família; tipo B são as Unidades Mistas onde somente parte do território é coberto pela Saúde da Família e unidades do tipo C, que são Unidades onde ainda não há equipe de Saúde da Família, mas com território de referência bem definido (RIO DE JANEIRO, 2011).

As UBS tradicionais concentram a assistência à saúde na figura do médico com atendimento pela tríade de especialistas – clínico, ginecologista e pediatra -, além da equipe de enfermagem e odontologia; e as unidades mistas, que articulam diferentes modelos na USF (MENDES, 2014), integram os processos de trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF) com o modelo tradicional para a mesma população. No entanto, as experiências de implantação da Saúde da Família tinham demonstrado ser incompatíveis a coexistência das equipes de atenção básica convencional e das eSF em uma mesma estrutura física por gerar conflitos constantes entre as equipes e na vinculação entre a eSF e a comunidade adscrita (BRASIL, 2006c).

Contudo, chamou nossa atenção o depoimento de um enfermeiro de unidade mista (E9), que apontou aspectos positivos de trabalho com diferentes modalidades de equipe na mesma unidade. Ele acredita que a intenção da PNAB não é extinguir a ESF, e sim trabalhar em conjunto com a equipe de Atenção Básica. Acrescenta que a divisão do território deveria ser através da vulnerabilidade com que as equipes de Saúde da Família atenderiam aos usuários mais vulneráveis enquanto as equipes de Atenção Básica se dirigem à usuários menos vulneráveis:

Eu acho que é uma coisa válida, só que exemplo se substituísse toda saúde da família só pela equipe de atenção básica eu acho que já deu tempo e não é a intenção da PNAB, é manter as duas coisas trabalhando juntas né,[...] eu acho que um só não pode trabalhar, um depende do outro, não vejo necessidade, por exemplo: lá na minha unidade nós somos oito equipes, se a gente conseguisse organizar o território pegando só realmente territórios vulneráveis a gente conseguiria reduzir as equipes de Saúde da Família e colocar atenção básica junto, entendeu?(E9)

A Atenção Básica é um potencial legal também para essa população que não consegue ser atendida em casa porque passa o dia inteiro trabalhando e você precisa de alguma coisa e você não pode ser atendido naquela metade porque você não é

cadastrado no território, então você perde aquilo ali porque não tem plano de saúde, não tem acesso à saúde e o SUS é universal então essa é a hora que tem que ser para todo mundo e meio que não está sendo[...]. (E9)

Que não fosse para esse pessoal da vulnerabilidade, daria para fazer isso porque eu acho que assim, eu vou colocar aqui setenta por cento mais ou menos é vulnerável, de áreas vulneráveis né, e daria para ter... sei lá, dessas oito equipes, duas daria para ser de Atenção Básica [...]. (E9)

Corroborando com os achados um estudo realizado no estado do Ceará (CE), onde foi identificada a convivência de dois modelos de atenção na unidade, em que a equipe de Saúde da Família trabalha com demanda organizada, com área adscrita por ciclos de vida (do qual ela faz parte) e o das especialidades, enquanto o modelo convencional atende à demanda espontânea das áreas descobertas (ESMERALDO *et al.*, 2017).

Um estudo financiado pela OPAS sobre a reforma da atenção primária à saúde na cidade do Rio de Janeiro, a avaliação dos primeiros três anos de clínicas da família destacou uma revolução na qualidade da APS do Rio de Janeiro em apenas quatro anos. Constatou que as unidades com equipes de Saúde da Família apresentaram independência e orientação significativamente maiores para APS do que as unidades com equipes tradicionais (OPAS, 2013).

Atrelado à existência de unidades mistas, foi identificado por Esmeraldo *et al.* (2017) que a coexistência de duas lógicas distintas de organização da atenção básica, em um mesmo contexto, dá início à uma disputa entre modelos, impedindo uma mudança cultural tanto de trabalhadores de saúde quanto de usuários.

A enfermeira (E1) aponta que, apesar de ter vivenciado a formação de outras modalidades de equipe, ressalta a importância da continuação do financiamento e estímulos à expansão da ESF, destacando a superioridade de qualidade deste modelo em relação aos outros:

Não, porque eu sempre trabalhei em unidade tipo A, então na minha realidade nunca alterou e eu não presenciei isso em outras unidades, então eu acho que se ela não deixa de financiar, mas ela consegue expandir a Saúde da Família, tudo bem né? Que realmente é um modelo muito melhor, mas se a gente parar de financiar, mas não proporciona para aquela população que está ali com as unidades de Atenção Básica e a gente não consegue proporcionar para a população também não serve de nada, só piora, mas diretamente na minha convivência não alterou. (E1)

Aliás, em avaliação técnica da OPAS (2013, p.11), recomenda-se “radicalizar” o processo de reforma em direção às Clínicas da Família, intensificando o aumento da cobertura

da ESF” por meio da implementação de novas Clínicas da Família, cessar a criação de unidades do modelo B e extinguir as unidades de modelo C.

O Ministério da Saúde, através do Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, também chama a atenção para coexistência de uma USF com equipes convencionais e/ou especializadas, em uma mesma estrutura física, mas em relação ao vínculo, pois pode trazer confusões na vinculação entre a ESF e a comunidade adscrita (BRASIL, 2006b).

Morosini e Fonseca (2017) preveem que, com a mudança no modelo de atenção da equipe mínima da ESF, com a substituição dos ACS, há um direcionamento para um modelo biomédico e medicalizado, ligando o aumento da capacidade resolutiva da atenção básica à procedimentos técnicos. E, de fato, são apontados a diminuição do número de ACS e de equipes de Saúde da Família nas Unidades:

Não, a minha só reduziu. (E5)

Então, não trouxe mudanças significativas para o meu contexto com relação ao financiamento. A única coisa que eu percebi que reduziu, mas não sei se está relacionada ao custeio, foi a redução do número de agentes comunitários de saúde da família que caíram de seis para quatro na minha equipe. (E6)

Quando eu entrei na nossa unidade eram duas equipes, entrou mais duas, depois entrou mais quatro, ficaram oito, dessas oito reduziram duas e ficamos em seis. (A1)

Não, não, pelo menos na clínica que eu trabalho as equipes foram cortadas, cortaram uma equipe [...]. (A3)

Neste contexto, desperta nossa atenção às falas dos participantes em relação à dificuldade de reconhecer que a PNAB 2017 teve repercussões para a sua prática. A contradição é notada quando se percebe que existe um cuidado em legitimar a importância da ESF e da prática do enfermeiro na oferta de um cuidado de qualidade. Todavia, reconhecer as “perdas” e “os pontos negativos” no seu cotidiano de práticas parece, ainda, ser algo difícil para os participantes da pesquisa.

O Ministério da Saúde, por meio da PNAB 2017, reconhece a **figura do gerente de Atenção Primária como um novo integrante na equipe**, com formação de nível superior e preferencialmente da área da saúde, consolidando a realidade já vivenciada pelos profissionais da APS. E, retomando os dados do formulário os enfermeiros classificaram com média 1,34 (média >1,0) o reconhecimento da figura do gerente na APS, significando este como uma mudança com tendências positivas de repercussões em suas práticas (Quadro 9).

Quadro 9 – Identificação das tendências de repercussões nas práticas de saúde dos ACS e enfermeiros referente ao reconhecimento do gerente da UBS e seus pré-requisitos

Alteração da PNAB 2017	Tendências	
	ACS	Enfermeiros
A PNAB 2017 reconhece a figura do gerente de Unidade Básica de Saúde, recomendando sua inserção como novo membro da equipe.	Tendências Positivas (Média= 1,39)	Tendências Positivas (Média=1,34)
A PNAB 2017 preconiza que o gerente da Unidade Básica de Saúde deve ter formação de nível superior e preferencialmente da área da saúde.	Tendências Positivas (Média=1,62)	Tendências Positivas (Média=1,8)

Legenda: Agentes comunitários de saúde (ACS); Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Fonte: A autora, 2021.

Os estudos de Ciampone, Tronchin e Meleiro (2016), Dantas e Melo (2001) e Penna *et al.* (2004) já discutiam as práticas dos gerentes das unidades de saúde apontando uma importante ligação entre a instituição municipal de saúde, a equipe e a comunidade, estando seu trabalho relacionado ao processo de tomada de decisões, planejamento, avaliação da qualidade do serviço, gerenciamento de recursos materiais, dimensionamento de pessoal, seleção e recrutamento de profissionais, educação continuada, supervisão das atividades e avaliação do desempenho.

Os entrevistados confirmam a existência da figura do gerente de nível superior e da área da saúde, apresentando-o como uma realidade no MRJ:

Então aqui no município já era assim né, o gerente ele já era fora da equipe né, já tinha esse cargo, essa diferenciação. (E1)

[...] A gerente da gente até mudou esses dias porque a outra foi transferida, mas a gerente lá sempre é de nível superior, de preferência enfermeira e ela fica só na gerência, ela não é de equipe nenhuma, ela é exclusivamente para a gerência para administrar a unidade, ela não faz atendimento nenhum. (E8)

Já tinha. A antiga gerente é enfermeira [...]. (A3)

Sim, todos eram enfermeiros. A maioria dos que nós tivemos vieram de outras unidades que atuavam como enfermeiro e acabaram chegando à gerência, mas todos de nível superior e da saúde. (A4)

Assim, os enfermeiros entrevistados sinalizam que possuem gerentes das unidades com formação de Psicologia, Serviço Social, Odontologia e Biologia. No entanto, referem que a maioria dos cargos de gerente são assumidos por enfermeiros e destacam que esses profissionais possuem uma formação mais adequada para o cargo. Ainda acrescentam acerca da importância deste profissional ter a vivência ou experiência em Saúde da Família, já que a administração da unidade é facilitada quando o profissional conhece os processos de trabalho:

Então, todas as experiências que eu tive em unidade de atenção básica todos eles tinham formação na área da saúde, era a maior parte enfermeiros, eu já tive gerência que eram dentistas também, acho que é bem comum, mas a maior parte que eu tive vivência era enfermeiro. (E7)

[...] ele era dentista como gerente [...] fica muito difícil você gerir algo que você não tem propriedade daquilo que vive, mesmo que o dentista esteja dentro da clínica da família por causa da higiene bucal, ele não tem a mesma vivência do médico e enfermeiro tem do dia a dia, a própria logística do funcionamento da unidade [...]. (E5)

Sim, eu acho importante a minha gerente é enfermeira, eu acho que isso é importante porque ela já foi da ponta e eu acho que todo gerente, é uma avaliação minha, opinião minha, eu acho que todo gerente para assumir o cargo de gerência deveria ter pelo menos cinco anos de ponta, um cargo de Gestão você tem que saber as necessidades da ponta, tem que saber muito sobre o relacionamento interpessoal, de resolução de conflito [...]. (E11)

[...] Acho que não ia dar muito certo não. Eu acho que em clínica da família tem que ser da área da saúde porque já conhece toda essa parte, essas partes específicas mesmo da área da saúde, eu acho que não daria certo se fosse de outras áreas, não tem como ter um advogado com gestão em saúde. (A5)

[...] Quando eu entrei a gerente, enfermeira e de nível superior, e eu acredito que tem que ser enfermeiro, porque ninguém melhor que alguém da área da saúde para entender o que acontece, imagina pegar alguém formado em administração e colocar ele lá dentro [...] não vai dar a mesma importância, só quem conhece que sabe a importância do trabalho da Saúde da Família [...]. Porém quando se desloca para um profissional que não seja enfermeiro é um pouco mais difícil porque ele tem que ter mais vontade de conhecer como funciona a vida da enfermagem, porque é o grande marco, o grande assistencial é da enfermagem porque tem a sala da vacina, triagem, procedimento, tudo é enfermagem, “né”? Então ele tem que conhecer um pouco mais, querer conhecer um pouco mais da assistência da enfermagem [...]. (A10)

Pelo aspecto da preferência dos sujeitos que o gerente seja enfermeiro, os depoimentos corroboram com autores (FERNANDES *et al.*, 2019) que destacam que é o profissional da área da saúde aquele mais preparado para assumir a gerência, fato justificado pela sua formação profissional, onde as competências necessárias ao gestor de AP, que associado ao conhecimento da rede e dos fluxos, seriam exemplarmente executadas pelos enfermeiros, que têm como competência para a gerência conhecer a área de abrangência e conhecer o diagnóstico situacional (FERNANDES *et al.*, 2019).

Vale relembrar que, na primeira fase do estudo, os enfermeiros e ACS classificaram a mudança referente ao gerente das unidades de saúde terem como o pré-requisito a formação de nível superior e ser preferencialmente da área da saúde, com tendências positivas de repercussões nas práticas, apresentando as respectivas médias de 1,80 e 1,62 (média >1,0), como podemos ver no Quadro 9.

No entanto, nas entrevistas foi identificada a preocupação com a possibilidade de contratação de profissionais que não são da área da saúde diante da palavra “preferencialmente” inserida no texto da PNAB 2017 e nos critérios de elegibilidade e contratação do gerente. Assim, elesse posicionam acerca da possibilidade de prejuízos para o processo de trabalho da equipe com a nomeação de gerentes que não são do campo da saúde e não possuem experiência em atenção primária.

[...] eu acho que não deveria ser preferencialmente deveria ser obrigatoriamente o profissional da área da saúde, para entender melhor o processo da saúde e ter um melhor cuidado nesse processo de gestão e não ser só um gestor, é conhecimento de todo processo de trabalho pelo menos, ele é importante ter vivência na Atenção Básica, já tive gerente que era o psicólogo, uma pessoa boa, prestativa com vontade de trabalhar e transformar o serviço, mas não tinha vivência nenhuma, então entrou ali a “trancos e barrancos” não entendendo o processo de trabalho, então acho que é justamente isso, além de ter obrigatoriamente essa formação ter experiência também na ESF. (E7)

Ele deveria ter usado a palavra “impreterivelmente”. Espero que quando forem contratar que levem em consideração o “ser da área da saúde”, porque isso que você falou quando você lê a palavra “preferencialmente” tem a opção de contratar alguém que não seja e acho que pode ser uma experiência ruim. (E6)

[...] então eu acho assim, se você colocar um colocar um profissional que não seja da área da saúde, o profissional que não tem uma vivência da ponta, um profissional que não tem uma “expertise” questão gerencial é muito ruim, porque assim, você pode afundar inclusive a sua unidade, eu acho que tem que ser essencial mesmo, eu acho que até mais do que profissional de saúde ter essa prática profissional assistencial, porque você vai saber as necessidades reais da ponta, você vai saber o que pode, o que é possível, porque não é só cobrança de uma coisa que é impossível [...]. (E11)

[...] eu acho difícil uma pessoa não ser da área da saúde por ela não ter esse olhar clínico, não ter essa visão, então assim, eu acho complicado, eu acho que se por acaso essa pessoa se interessar ela deveria pelo menos fazer um curso, uma faculdade para se orientar sobre isso, porque o SUS abrange muitas coisas, então isso precisa ser, a pessoa precisa ser treinada, ela precisa ter uma visão sobre isso, ela vai ficar perdida e aí a gente precisa de pessoas naquele momento ali, uma gerente que venha trazer uma bagagem que venha somar e para levantar e então dar continuidade[...]. (A11)

[...] eu acredito [...] que teria que ser alguém que já conhece, já sabe o que é Saúde da Família, não que quem já está não sabe, mas seria bom que fosse alguém que conhece [...]. (A9)

Assim, concordamos que ser gerente de unidade de APS, demanda além de vontade política e senso comum, um alicerce de conhecimentos das áreas da saúde e da administração, visão geral do contexto em que se insere estabelecendo o compromisso social com a comunidade, além de um conhecimento sólido dos fundamentos que alicerçam os sistemas de serviços de saúde (FERNANDES; MACHADO, 2009; RAMOS,GRIGOLETTO, 2014).

Em relação à **vinculação dos usuários além da sua unidade de origem**, tanto na primeira etapa deste estudo (a aplicação do formulário) quanto no aprofundamento desta temática, detectamos o quanto a possibilidade de vinculação dos usuários em mais de uma UBSF traz repercussões negativas para as práticas de saúde dos enfermeiros e ACS.

Nos dados quantitativos, para a vinculação dos usuários em outras unidades de saúde, identificamos as médias 0,43 e 0,26 entre os agentes de saúde e enfermeiros, respectivamente, apontando a mudança com tendências de repercussões negativas em ambas as práticas de saúde (Quadro 10).

Quadro 10– Identificação das tendências de repercussões nas práticas de saúde dos ACS e enfermeiros referente à permissão de vinculação dos usuários em mais de uma Unidade Básica de Saúde

Alteração da PNAB 2017	Tendências	
	ACS	Enfermeiros
A vinculação do usuário em mais de uma unidade de saúde	Tendência negativa (Média= 0,43)	Tendência negativa (Média= 0,26)

Legenda: Agentes comunitários de saúde (ACS); Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).
Fonte: A autora, 2021.

Deste modo, é apontado e aprofundado no diálogo com os entrevistados, os fatores desfavoráveis da permissão da vinculação do usuário em outras unidades: as dificuldades de acesso ao prontuário eletrônico como forma de acompanhamento dos usuários, confusão na condução clínica dos casos já que os profissionais médicos possuem condutas diferenciadas, dificuldade da realização da busca ativa e não coordenação do cuidado, dificuldades no estabelecimento do vínculo- usuário-profissional e institucional, além da sobrecarga da equipe com o “aumento” de usuários por equipe.

A PNAB 2017 preconiza que o usuário possa ser atendido fora de sua área de cobertura, mantendo o diálogo e a informação com a equipe de referência. Assim, ele pode se vincular a mais de uma UBS, através de negociação entre gestão e equipes, e mantendo a

informação com a equipe de referência para a ampliação de acesso (BRASIL, 2017d).No entanto, os enfermeiros apontaram um dos meios de comunicação e informação da saúde dos usuários,o prontuário eletrônico(o e-SUS),como um elemento dificultador, já que ele ainda não está em seu pleno funcionamento, não sendo possível fazer um acompanhamento dos usuários quando acessado por outras unidades de saúde. Segundo os entrevistados, não seria possível visualizar as condutas realizadas pelos profissionais para a comunicação em saúde através da manutenção do diálogo e conduta entre as equipes:

Existe um momento que foi do e-SUS, mudança do prontuário que foi complementado, eu atendi em Cordovil e se ele for atendido lá na barra eu vou ver o prontuário dele, mas essa não é uma realidade eu não consigo ver o prontuário do paciente em outros locais, foi uma proposta que seria muito bom, muito bacana, mas é uma tecnologia que a gente não consegue contar neste momento. (E1)

[...] acho que se o prontuário fosse unificado, se eu conseguisse ver o que aconteceu em uma outra unidade aí talvez isso vingaria e talvez eu vislumbrasse algum benefício nesse sentido, mas eu perco a coordenação do cuidado a partir do momento que o paciente pode acessar vários locais ao mesmo tempo. (E4)

Nessa questão, a minha ação é atropelada pelo fato de não ter um prontuário eletrônico e a gente não consegue visualizar o que está acontecendo com esse usuário, então acho que acaba repetindo o planejamento, a conduta clínica fica confusa pois ora ele vai na clínica perto do trabalho que o médico prescreve uma questão, ora ele vem a nossa unidade e é traçado um outro plano de tratamento para esse paciente. Acho que fica muito confuso e duplicado em alguns momentos. (E6)

Eu acho muito delicado pro atendimento, porque o cuidado ele se perde, o sistema atual o e-SUS ele não conversa entre as unidades, é uma rede local, então meu cadastro na unidade é diferente do cadastro da onde eu moro, é o mesmo nome tudo mas o prontuário não conversa, então assim, se a dona Mariana foi atendida em uma unidade da 3.1 hoje e amanhã ela vai em outra unidade a 3.1 eu não sei que aconteceu na outra unidade, eu não consigo fazer continuidade no processo de saúde, não existe essa conversa entre os prontuários, então eu acho que isso dificulta muito processo do cuidado integral dessa paciente.(E7)

Os riscos de prejuízos no estabelecimento do vínculo profissional-usuário-instituição na possibilidade de vinculação dos usuários em mais de uma UAP, também é apontado pelos participantes do estudo, pois se trata de um dos pilares da Estratégia da Saúde da Família.Conforme apontado por Monteiro, Figueiredo e Machado (2009),acompreensão por parte dos profissionais do que seja “vínculo” pode trazer, no âmbito do serviço, a concretização do princípio da integralidade do SUS:

Eu acho isso péssimo porque eu acredito muito na responsabilidade da equipe para com o indivíduo e a partir do momento que essa PNAB permite o cadastro em várias unidades perde-se o vínculo [...]. (E6)

Já, mas eu te confesso que é uma questão um pouquinho polêmica para gente, e quando a gente entende que a saúde da família é uma estratégia que tem vínculo, né? Como é que a gente quer fazer... permitir, não permitir, mas fazer com que usuário circule tanto. [...], mas se a gente não consegue usar de mão de tecnologias que nos permita coordenar o cuidado mais uma vez a gente tem uma desestruturação completa do que é a Saúde da Família, a gente não vai conseguir ter vínculo, a gente não vai conseguir ter autenticidade, mais uma vez. (E1)

[...] você perde um pouco o vínculo também, você cria um vínculo com a equipe, com o médico, com o enfermeiro, com os ACS, para ir em outro lugar também ia ficar sobrecarregado, as pessoas iam usar mais a preferência né “ah prefiro Zumbi, prefiro a Cambuia”.(A3)

Eu acho complicado né, facilita para o usuário, mas para a Saúde da Família é meio que... fica fora do que prega a Saúde da Família, porque a Saúde da Família é você criar o vínculo com o paciente e poder acompanhar ele direto, com um paciente que pode ser atendido em qualquer lugar ele não vai ter esse vínculo com a equipe dele, com a clínica dele e para acompanhar também vai ser mais difícil. (A7)

Diversos estudos comprovam que o estabelecimento do vínculo profissional- usuário é necessário para o desempenho efetivo e resolutivo dos princípios e diretrizes do SUS(BACKES *et al.*, 2012). O vínculo do usuário com a ESF é construído e estabelecido à medida que suas demandas estão sendo atendidas. A organização do setor e do trabalho das equipes deve ser considerada na construção de práticas que assegurem ao usuário a identificação de suas necessidades e resolubilidade no atendimento (ILHA *et al.*, 2014; SANTOS, MIRANDA, 2016).

Portanto, concordamos com a Barbosa e Bosi (2017, p.1.016) que o vínculo “deveria existir como condição para funcionamento da atenção básica em termos de responsabilização e longitudinalidade do cuidado”. Além de ser assegurado ao cidadão, conforme consta na Portaria nº 1.820/09, que versa sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, o acesso deverá ser preferencialmente na unidade de saúde mais próxima da residência do usuário (BRASIL, 2009c).

“A organização dos serviços segue os princípios da regionalização e hierarquização, delimitando uma base territorial formada por agregações sucessivas como a área de atuação dos agentes de saúde, da equipe de saúde da família e a área de abrangência de postos de saúde” (PEREIRA; BARCELOS, 2006,p.51).

Muito além de ser meramente o espaço político-operativo do sistema de saúde, o território onde se verifica a interação população-serviços no nível local, caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos e que interage com os gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde (UNGLERT, 1993). Esse território apresenta, portanto, muito mais que uma extensão geométrica, também um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo,

tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza e se expressa num território em permanente construção (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

A adscrição da clientela é um dos conceitos mais importantes para o modelo de Saúde da Família, pois delinea a relação serviço-território-população e que diz respeito ao território sob responsabilidade da equipe de Saúde da Família (BRASIL, 1997a). Percebe-se que o entendimento de território por parte dos grupos de técnicos e usuários do sistema de saúde tende a influenciar a forma como esse território será incorporado à prática de suas ações.

Território corresponde tanto a base material de suporte à vida quanto ao espaço de representação das relações em sociedade. Por meio desse uso, é possível identificar e explicar os problemas e as necessidades de saúde e os conflitos decorrentes da apropriação e do uso do espaço pelos atores sociais. Permite compreender a conformação de contextos (político, econômico, cultural e ambiental) que expressam, de um lado, potencialidades locais e, de outro, riscos e vulnerabilidades à saúde e ao meio ambiente. Portanto, a noção é base para a organização das práticas de saúde, do trabalho, da responsabilidade sanitária e da atuação compartilhada (GONDIM; MONKEN, 2018, p. 161).

Contudo, quando se abre a possibilidade ao usuário ser atendido fora do seu território, apesar de parecer positivo para os usuários, para os profissionais são apontados os possíveis problemas na sua prática, como: a busca ativa prejudicada, longitudinalidade e a coordenação do cuidado.

[...] eu acho isso muito ruim esse processo dela poder ser atendida em qualquer lugar, sem falar da responsabilidade territorial, se ela mora em outro território vem ser atendida na minha unidade se eu precisar fazer uma visita eu não consigo, porque não é minha territorialidade, eu não tenho respaldo para ir lá, eu não tenho agente comunitário que conhece aquela área para me orientar melhor, o que seu grande problema dessa atual PNAB. (E7)

[...] dificulta a coordenação desse cuidado, a longitudinalidade principalmente porque muitos casos se perdem, você não acha mais o usuário, esse usuário fica solto na rede, eu acho esse negativo, acho positivo porque o acesso é universal, você tem direito de ser atendido em qualquer unidade que você quiser, só que eu acho que você tem que ter uma unidade que você tenha vínculo para continuidade do seu cuidado [...].(E11)

[...] porque senão ele vai se perder no meio do caminho e geralmente é prejudicial para o próprio paciente, porque ele vai perder essa consulta com cardiologista e aí por vez o médico de lá vai pedir também e vai bater informação no sistema e vai ser negado, vai gerar um tempo de espera maior para uma consulta especializada e o paciente vai acabar sendo prejudicado nisso [...]. (E11)

Eu acho que isso perderia um pouco o foco, mas eu acho que existem casos e casos, o caso de uma coisa mais grave que é extremo, eu acho que é válido deixar os pacientes serem acompanhados em outra unidade, mas não a maioria, eu acho que hipertenso, diabético, eu acho que tem que ser acompanhado na sua unidade, senão você perde, ele vem aqui o médico prescreve alguma coisa, vai na outra o médico prescreve outra, eu acho que perderia um pouco o foco, eu não acho que seria muito

viável não, alguns casos eu acho válido você fazer o acompanhamento desde que você faça o “link” com a unidade, o que eu acho difícil é você não ter o prontuário do paciente que ajudaria bastante, mas eu acho que alguns casos seria válido e bom para o paciente. (E3)

[...] Sim, recentemente já tem acontecido isso sim, tem muitos pacientes que até já se mudaram, não moram mais no território e não se desvincularam das equipes e nós fazemos de tudo para apoiar, mas o que seria bem melhor seria o paciente ser vinculado ao seu território porque lá vai ter o apoio do seu ACS, do seu enfermeiro, do seu médico, não quer dizer que na unidade atual ele não tenha isso, mas você não vai saber como o paciente está vivendo, como está a estrutura do seu paciente fora do seu território, você não vai em outro bairro, em outra unidade para simplesmente se meter no trabalho em outra unidade, isso não vai ser legal, vai ser meio antiético. (A8)

[...] as vezes a pessoa está com um problema mais sério é atendido ali, você quer dar continuidade aquele atendimento, acompanhar para saber realmente se aquilo funcionou ou não, se está bem ou não, se está seguindo o tratamento e às vezes a pessoa não vai, não aparece mais, some, eu acho complicado, não tem como você fazer uma busca ativa, porque não tem o endereço, não é do seu território, eu acho que atrapalha um pouco nesse sentido. (A6)

Como fator positivo a esta vinculação, mencionaram ser favoráveis a um atendimento de urgência conforme já ocorre nas unidades, a demanda espontânea, mas que o usuário fosse orientado a buscar a sua Clínica da Família de referência, essa conduta já é realidade na sua prática antes da PNAB 2017.

Então, lá não acontece desse jeito. Não é nem proibido, mas a gente não cadastra como definitivo, a gente usa o prontuário e-SUS e ele não fica vinculado na unidade, nesse prontuário ele fica com cadastro temporário com o endereço deles [...], mas ele não tem direito de ser atendido pela minha equipe [...] Ele entra como fora de área, [...] são esses três tipos de cadastro a gente tem: o que é vinculado, o que não é vinculado, o que fora de área, então quem entra como fora de área não tem direito a consulta e nem nada disso só é atendido como demanda. (E9)

[...] então eu acho que é positivo você pode ser atendido por duas unidades sim, mas desde que a população esteja orientada até por uma unidade “sim você pode ser atendido em qualquer lugar, mas para acompanhamento você tem que ter uma de referência para dar continuidade das suas ações de saúde, senão você vai se perder” eu acho que isso é importante ser dialogado com a população, porque se o usuário quer que a demanda seja resolvida, que o problema seja resolvido, mas ele não é esclarecido esses “nós” que existem dentro do processo, então acho que falta um pouco de diálogo com a população. (E11)

[...] o primeiro atendimento é feito ali a gerente não deixa qualquer pessoa de qualquer lugar não seja atendido no primeiro momento, aí tem que ser atendido no primeiro momento, creio que com a nova gerente vai ser a mesma coisa no primeiro momento vai ser atendido, medicado e depois sim ele vai ser direcionado para sua clínica referência. (A3)

Acontece porque chega usuário de outras clínicas em nossa unidade, acredito que a gente tem que dar o atendimento se chegar passando mal, não pode negar atendimento, mas não sou a favor de fazer vinculação porque a gente perde o vínculo com nossos usuários, eu acredito que ele deva sim ser atendido em outra unidade quando houver necessidade, como no caso de COVID, eu acho que a gente

tem que sim fazer o exame daquele cara que mora lá, mas eu acredito que o acompanhamento tem que ser na unidade [...].(A10)

A possível sobrecarga de trabalho dos profissionais da equipe, a falta de insumos e a perda da qualidade também são apontados entre os depoentes ACS em relação a vinculação dos usuários em mais de uma UAP que já acumula seus problemas como a falta de médicos nas equipes. Revelam suas inquietações em negar atendimento aos usuários que residem em outros municípios e não conseguem atendimento nas suas regiões de saúde. Estes precisam peregrinar pela cidade em busca de atendimento, sendo favoráveis a vinculação desses usuários a outras unidades de AP.

Também é vinculada à discussão a existência de realidades desiguais de acesso à saúde no município, onde muitas unidades não possuem suas equipes completas, ou diferenças na oferta de serviços de saúde. Desta forma, mencionam as causas para que o usuário busque atendimento fora da sua área de adscrição para a resolução das suas necessidades de saúde:

O que nos dificulta hoje é essa falta de médico, dois médicos acaba que sobrecarrega eles, porque se nós somos em vinte e cinco e a gente acha que está trabalhando muito você imagina dois médicos, pra gente atender todas essas pessoas já é complicado imagina eles tendo que atender vinte um mil pessoas, a gente não tem essa quantidade certa “ah hoje vai vir vinte”, não temos, mas todas as vezes que vem alguém de fora tudo bem a gente acolhe, a gente computa, a gente faz o que a gente tem que fazer para ajudar. (A1)

Acho perfeito porque é muito doloroso eu como ACS estar na recepção, chegar uma pessoa idosa que é, eu sei que é complicadíssimo, a demanda é muita, quando um usuário descobre que tem alguma coisa na clínica que pode fazer ele sai da Baixada Fluminense e vai para Ramos, ele não quer saber, ele quer o atendimento, eu sei que é complicado, mas eu acho que deveria ter essa vinculação sim, mas desde que todas as unidades de saúde funcionassem [...] e não teríamos insumo para os nossos usuários, o atendimento ia piorar em tudo [...] é o que eu falei: tinha tudo que ser assim, se tudo funcionar igual, mas infelizmente é complicado. (A5)

É porque antigamente era assim, você só poderia ser atendido na unidade mais próxima da sua casa, pelo bairro onde você morasse, hoje não é mais assim, preferencialmente lógico que a sua, o seu atendimento tem que ser na unidade mais próxima da sua residência até pelo fato de você ter um acompanhamento mais de perto, mas isso não significa que a pessoa só pode ser atendida ali, se ela mora digamos assim em Madureira ela está passando por aqui ou está a casa de um parente alguma coisa e ela for na Atenção Básica ela é obrigada a ser atendida lá, eu sou obrigada a atender. (A6)

Contudo, esta lógica de vinculação do usuário em mais de uma UAP estimula que os atendimentos retrocedam como nos modelos tradicionais focados na lógica biomédica, focado na doença, na cura, no biológico dissociado do contexto social, já que fora da sua unidade de

referência, o usuário não é conhecido pela equipe, que não compreende os riscos e as vulnerabilidades envolvidas no contexto do indivíduo. Assim, esta preconização também desconsidera os avanços de um modelo que é contra-hegemônico, substitutivo, que não desconsidera a cura, mas tem como prioridade a promoção da saúde e a prevenção das enfermidades, com ênfase na família e na comunidade. Privilegia como referência os determinantes sociais do processo saúde-doença (ESMERALDO *et al.*, 2017; GIOVANELLA *et al.*, 2012).

A PNAB 2017 sugere a **flexibilização da CH, entre as equipes de Atenção Básica**, apesar disso, continua a obrigatoriedade das 40 horas semanais para toda a equipe, sendo que as equipes de Atenção Básica poderão cumprir 10 horas semanais para até três profissionais de nível superior.

Na abordagem quantitativa foram identificadas as médias 0,73 e 0,50 para ACS e enfermeiros, respectivamente, representando que a flexibilização da CH nas equipes de AB apresenta tendências negativas de repercussões nas práticas dispostas no Quadro 11.

Quadro 11– Identificação das tendências de repercussões nas práticas de saúde dos ACS e enfermeiros referente à diferenciação da carga horária entre as equipes de Saúde da Família e das equipes de Atenção Básica

Alteração da PNAB 2017	Tendências	
	ACS	Enfermeiros
Estabelece que a carga horária da equipe de Atenção Básica (eAB) será de 40 h por categoria profissional (máximo de três profissionais e mínimo de 10 h por categoria), ou seja, poderá ter profissionais cumprindo 10 horas semanais. Enquanto a equipe de Saúde da Família permanece a carga horária de 40h semanais para todos os profissionais.	Tendência Negativa (Média= 0,73)	Tendência Negativa (Média =0,50)

Legenda: Agentes comunitários de saúde (ACS); Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).
Fonte: A autora, 2021.

Nota-se pelas falas dos depoentes, diante da diferenciação da carga horária entre as modalidades de equipe, a incredulidade em relação à efetividade desta flexibilização, principalmente em relação a eficiência em suprir as demandas que só fazem aumentar devido à indefinição da cobertura populacional, a falta de responsabilidade e compromisso com as

questões do território. Observa-se a menção da sobrecarga de trabalho sob os demais profissionais da equipe que manterão a carga horária de 40 horas semanais:

[...] se cumprir dez horas ele não vai conseguir dar conta do processo de saúde ou o outro colega vai ficar sobrecarregado. É o que muitas vezes acontece na atual conjuntura da ESF com uma equipe de quarenta horas e um médico de vinte horas[...] precisa complementar com um outro médico de vinte horas que às vezes não tem, então fica tudo nas costas do profissional de quarenta horas[...]. (E7)

[...] Você só vai uma vez na semana, no máximo duas se a pessoa quiser e ficar cinco horinhas, como que você faz qualquer coisa? Você não consegue nem ter responsabilidade com um setor porque você só vai uma vez na semana. (E8)

Uma loucura isso. Eu sinceramente acho que não é correto, não é legal, o paciente não gostaria de ser atendido por três profissionais vinculado a mim ou, eu acho que teria que manter o vínculo assim.[...] O profissional que quer manter o vínculo com a sua gestante, eu tenho vínculo com a gestante dela ir parir e ela me mandar mensagem, “estou indo parir”, “nasceu”, gente, como quem uma gestante vai fazer isso? (E2)

Diferencial é o quantitativo de profissional que vai ter na unidade, porque quarenta horas semanais você vai ter [...] o profissional, das oito às cinco. E dez horas você vai ter o profissional que não vai dar, então é meio que surreal, porque a demanda [...] não é pouca [...]. O ideal é quarenta horas semanais, não tendo esses profissionais com dez horas porque assim o outro que ficar a demanda vai ser maior e não vai suprir. (A9)

Dez horas semanais, eu li essa pergunta e fiquei “não é possível”, aí eu “não estou sabendo interpretar esse texto”, eu fiquei rindo, porque não é possível, como dez horas semanais se quarenta horas semanais está difícil? Dez horas não dá para fazer nada, ele vai ali simplesmente bater o ponto e ir embora, realmente a pessoa que cria a PNAB, ela não conhece nada de Saúde da Família. (A10)

Os profissionais demonstram a compreensão das lógicas distintas dos modelos de atenção primária e a sua consequente diferenciação de CH quando destacam a necessidade de criação de vínculo e continuidade do cuidado enquanto equipes de Saúde da Família e o atendimento realizado por queixa-conduta com forte tendência biológica das equipes de Atenção Básica. Eles também revelam os entraves já vivenciados na ESF, onde apenas os profissionais médicos cumprem carga horária de 20 horas semanais:

[...] Eu não acho que vai atrapalhar tanto porque a atenção básica diferentemente da Estratégia de Saúde da Família não é tão atrelada ao vínculo, então tendo profissional que cumpra a semana inteira eu não vejo isso como um ponto ruim, mas estratégia da saúde da família é isso, quarenta horas semanais, se não me engano o médico que tem opção de ser 20 horas, que é horrível também. (E6)

[...] eu ainda não tive essa experiência de como é [...], mas eu imagino porque quando a gente trabalha com médico de vinte horas, meu Deus do céu, é difícil, a coisa se perde. (E3)

[...] O médico de quarenta horas dá segurança para equipe, para os seus usuários nesse sentido, se ele não trabalha todo dia trabalha ou com horário estendido, que é uma proposta que tem o RH, você trabalhar da hora que a clínica abre até a hora que fecha e tirar um dia de folga, é um dia menos, então não tem impacto. Eu tive uma experiência recente com dois de vinte que foi muito ruim. (E10)

Porque a Saúde da Família é diferenciada, você vive a situação de cada família que você tem, o médico se vincula a cada família, o médico conhece o seu João que é esposo da dona Maria que tem o filho Joaquim. Mariazinha que tem o cachorrinho e a tartaruga, ele está vinculado a família e quando o médico só faz vinte horas ele só passa pelo usuário, ele não tem nenhum vínculo com o usuário, infelizmente a Saúde da Família está assim, não existe mais Saúde da Família, hoje em dia a gente faz atendimento do SUS, atendimento de urgência e emergência, não temos esse vínculo. (A5)

Os profissionais também mencionaram as dificuldades na contratação e fixação dos médicos nas Unidades de Saúde da Família com 40 horas semanais, sendo flexibilizado de modo que, na prática, o profissional cumpra apenas 20 horas:

A minha unidade é uma unidade de Saúde da Família então já se entraria em torno de quarenta horas, porém a gente tem uma realidade de RH muito limitada, a gente trabalha em comunidade então em nosso território não tem muitos profissionais médicos, principalmente os que querem estar trabalhando ali. [...] Hoje em dia se deu a situação da baseada “se não tem quarenta vai vinte” então a gente está adequando apesar de ser saúde da família tem que ser quarenta horas, mas a nossa realidade não dá para ser porque ninguém quer esse horário. [...] Atualmente está querendo o de vinte porque não tem como ir o de quarenta. Essa questão da carga horária é uma adaptação à realidade. Melhor vinte do que nenhum. (E10)

[...] infelizmente com esse cenário que a gente está vivendo pode ser uma possibilidade até por conta da escassez que a gente está tendo de profissional, de pessoas que não estão querendo trabalhar com uma carga horária maior, isso é ruim porque talvez até essas pessoas que vão se sujeitar a uma situação dessas são pessoas desqualificadas, não tendo uma qualificação tão boa para estar ali atuando e isso também geram impacto negativo na qualidade da assistência [...]. (E11)

Da Estratégia da Saúde da Família, clínico geral mesmo da Saúde da Família, faz vinte horas lá na unidade e completam com dois médicos, tem médico que faz vinte e vinte, completa essas quarenta horas, eu não entendo como eles fazem isso, eu sei que são dois médicos por equipe, mas não conseguem fazer as quarenta horas, é péssimo. (A5)

Os participantes da pesquisa acreditam que este tipo de unidade com profissionais cumprindo 10 horas semanais caracterizaria uma unidade de emergência ou pronto-atendimento, conseqüentemente descaracterizando as unidades de Saúde da Família. Eles relatam que já vivenciam essa flexibilização nas equipes através dos profissionais médicos e percebem uma intensa procura de atendimento por demanda espontânea, utilizando o trocadilho “UPA de Família”:

[...] A gente já conhece já é difícil, imagina com a carga horária de dez horas, é como se fosse um plantão que você vai ali para atender demanda espontânea, eu

penso assim e o cuidado mesmo que é programado, agendado você não vai fazer, não vai fazer burocrático não fazer nada [...] eu costumo falar que a Saúde da Família não é um plantão [...] de doze horas e depois de doze horas, vinte e quatro, trinta e seis vai chegando outro paciente, não, aquele paciente vai estar ali, aquela família vai estar ali, aquelas demandas vão estar ali, até demandas por vezes maiores do que as demandas iniciais [...] então eu acho que o profissional tem que estar ali todos os dias porque é Saúde da Família, aquela população mora ali, você está indo para dentro do território, eu defendo inclusive porque tem médico de vinte e quarenta horas, [...]quando você reduz a carga horária do profissional você fragmenta [...].(E11)

É emergência, eu acho que viraria emergência, eu acho que teria que mudar o modelo de vigilância em saúde para não sei, outra coisa, porque não seria mais Saúde da Família. (E3)

Esta alusão da Clínica da Família a “UPA de Família” é uma das associações que evidencia a diminuição da carga horária do médico e o aumento do número de famílias por equipe. Assim, como existe uma demanda muito grande nessas unidades, todos os profissionais acabam por realizaros atendimentos voltados para demanda espontânea, a qual, além de não fortalecer o vínculo, representa a reprodução das práticas tradicionais e com características de Unidade de Pronto Atendimento.

É denominada demanda espontânea (DE) aquela em que o indivíduo que comparece à unidade de saúde de forma inesperada, podendo ser por problemas agudos ou por motivo considerado como necessidade de saúde pelo usuário (BRASIL, 2013).

Os estudos de Aquino *et al.* (2014) e Chávez *et al.* (2020) corroboram esta percepção da Clínica de Família se portar como uma unidade de pronto atendimento, mas este fato se deve que pelo usuário desconhecera organização do serviço e procurar pelo meio de acesso mais rápido e fácil, de modo a atender sua necessidade de saúde na demanda espontânea.

Bohusch *et al.*(2021) também apontaram algumas situações que aumentam as fragilidades no atendimento à demanda espontânea como o aumento do tempo de espera do usuário; o atendimento voltado para a queixa-conduta; o impacto na organização do serviço; a deficiência da participação multidisciplinar; a coordenação do cuidado; a sobrecarga do enfermeiro na APS. Contudo, é necessária a organização da demanda espontânea de modo a equilibrá-la com as demandas programadas, que também dialogam com a vigilância do território, pois a programação pressupõe um diagnóstico e monitoramento da situação de cada local de atenção à saúde.

Durante as entrevistas, alguns participantes indicaram que essas novas modalidades de equipe e com o cumprimento da carga horária diferenciada, fossem futuramente dividir o mesmo espaço e rapidamente relacionaram às modalidades de equipe Mista que existem no

MRJ. Pelos relatos, estas possuem diferenciações de acordo com a forma de contratação, onde os estatutários são lotados em equipes de atenção básica, cumprindo menor carga horária, e os contratados por meio das Organizações Sociais de Saúde, são direcionados às equipes de Saúde da família e cumprem 40 horas semanais.

Isso com certeza, além do problema eu acho que você deve gerar in loco a equipe de estratégia todo mundo quarenta horas e uma equipe vai gerar problema, porque primeiro em que trabalhadores, isso vai desconfigurar o processo de trabalho porque o mesmo local com duas coisas diferentes é muito ruim [...].(E11)

Por que não é igual? Isso a gente não entende o porquê que não é igual, porque que não pode ser igual, qual a diferença de um trabalhador celetista para um estatutário? Qual a diferença? É uma coisa que a gente se pergunta em si mesmo, de você se perguntar assim: será que o trabalho deles é mais valorizado? (A1)

Para Melo *et al.* (2018), equipes com profissionais de 10 horas, como na composição trazida pela PNAB 2017, são estruturalmente muito diferentes de equipes com profissionais de 30 ou 40 horas e necessariamente multiprofissionais. Embora a carga horária não seja determinante último da lógica e dos efeitos do trabalho, ela tende a produzir e a condicionar responsabilizações e pertencimentos distintos.

O propósito da carga horária de 40 horas na implantação do PSF seria criar condições favoráveis para que a equipe estabelecesse o vínculo entre profissional-usuário, assim como a potencialização da responsabilidade sanitária dos profissionais e a continuidade do cuidado (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Vale lembrar que desde a implantação do PSF se discute a dificuldade de fixação do profissional médico nas equipes. Almeida *et al.* (2018) e Melo *et al.* (2018) apontam os motivos que dificultam o provimento destes profissionais, principalmente em áreas remotas: a carga horária densa, precarização das relações e condições de trabalho, a dificuldade de referenciar ao cuidado especializado e a falta de acesso a qualificação profissional.

A flexibilização da carga horária desses profissionais foi aprovada pela portaria 2.027/2011, mas foi descontinuada na reformulação da PNAB 2017, permanecendo o impasse da densidade da carga horária para os profissionais da ESF e toda a problemática também citada pelos depoentes neste estudo envolvendo a redução da carga horária transferida para as equipes de modelo tradicional.

Contudo, dentre outras alterações da PNAB 2017, a flexibilização da carga horária dos profissionais para a composição da equipe, mesmo diante de toda problemática já discutida, estaria atendendo o interesse corporativista da categoria médica e do mercado privado (MORI, 2019).

De acordo com a normativa vigente, o **Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) passa ser denominado como Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)**. O NASF, formalmente estabelecido no ano de 2008 (BRASIL, 2008), surgiu com o objetivo de colaborar com o enfrentamento de alguns dos desafios colocados pela expansão da ESF, que se depara com questões complexas e necessita de uma equipe multiprofissional e especializada com diversos modos de saber-fazer, adotando o apoio matricial⁸ como seu referencial teórico metodológico (MELO; MIRANDA, 2018).

Este tópico foi apontado pelos ACS e enfermeiros, na primeira etapa do estudo, como uma tendência de repercussões positivas nas práticas de saúde, apresentando a média de 1,50 e 1,3 respectivamente (média >1,0) que podem ser observadas no Quadro 12.

Quadro 12– Identificação das tendências de repercussões nas práticas de saúde dos ACS e enfermeiros referente à alteração da nomenclatura do NASF para NASF-AB

Alteração da PNAB 2017	Tendências	
	ACS	Enfermeiros
Altera a denominação alterada de Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), que passa a apoiar, além das equipes de saúde da família (eSF) também as equipes de Atenção Básica (eAB).	Tendência positiva (média =1,5)	Tendência positiva (média =1,3)

Legenda: Agentes comunitários de saúde (ACS); Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Fonte: A autora, 2021.

No entanto, através das entrevistas, notamos a expectativa de expansão com a mudança de nomenclatura por meio da exposição da necessidade de fortalecimento e expansão dos serviços do NASF em articulação com a ESF. Nas entrevistas, os participantes do estudo denunciam que o município está vivenciando as consequências da desestruturação no NASF nos últimos anos:

⁸O apoio matricial fundamenta-se no compartilhamento de saberes e responsabilidades pelos casos sejam individuais, familiares ou coletivos partindo-se da ideia de que o apoio envolve o ato de sustentar ou outro e simultaneamente, facilitar o seu movimento (MELO; MIRANDA, 2018, p. 428). Tem como principal estratégia, as possibilidades de ação do NASF podem se materializar nas práticas próprias ao matriciamento, tal como: a discussão de casos, capacitação para a resolução de temas específicos, a consulta conjunta, as reuniões de equipe, atividades coletivas com grupos terapêuticos, educação em saúde e práticas corporais, reuniões e contatos a distância com profissionais de outros serviços de saúde e das redes sociais formais e informais, ou mesmo atendimentos individuais por profissionais do NASF (MELO; MIRANDA, 2018).

[...] nós ficamos um tempo sem o NASF porque eles foram demitidos, eles entraram recentemente, o que acontece, eu não sei quais as outras unidades que eles estão [...], mas o que acontece é que o tempo deles é dividido [...]. metade aqui, metade na outra unidade e aí eles estão por exemplo dois dias aqui, eu acho que um dia na outra unidade, não sei o que eles conseguem fazer com isso [...]. (E3)

O nosso NASF foi todo mandado embora em outubro de 2018, então a gente meio que perdeu e ali como eu falei para você praticamente era 100%, a clínica era cem por cento[...] eu posso falar para você era um apoio muito bom para gente, “desafogava” muito de psicólogo, de saúde mental, de nutricionista porque eles faziam aqueles grupinhos. [...] perdemos muito em qualidade, hoje a pessoa vai procurar uma ajuda psicológica tem que entrar para a fila do SISREG e fica muito, muito tempo, antigamente não, a gente marcava fazia o matriciamento e conseguia identificar muito mais rápido [...]. (A1)

Em 31 de outubro de 2018, na edição 155, Ano XXXII do Diário Oficial do município, foi publicada a proposta da Secretaria Municipal de Saúde de “reorganização” da Atenção Primária à Saúde. Além da extinção de equipes de Saúde da Família e Saúde bucal, a proposta indicava a desabilitação de 30 equipes do NASF.

É, na verdade eu acho que aconteceu com todas as equipes, um exemplo claro era o pessoal que tinha o NASF que foi desestruturado e a gente perdeu esses profissionais e muitas vezes a gente via uma situação que a gente não tinha mais uma rede de apoio do fisioterapeuta, do nutricionista, a unidade que eu trabalhava na época perdeu o psicólogo e aí todos esses pacientes a gente tinha que encaminhar para “Deus sabe” quando saísse uma vaga, né? Ou na maioria das vezes que acontecia a gente tentava dar o suporte que a gente tinha com o próprio médico, enfermeiro e o ACS que continuam na unidade, então de fato a qualidade do serviço caiu comparando o que tinha de oferta de profissionais e de acesso para o que se passou a ter mediante a redução de profissionais na equipe, acho que isso é um ponto. (E5)

O maior impacto é referente à publicação da Portaria nº 2.979/2019, que instituiu o Programa Previne Brasil, estabelecendo um novo modelo de financiamento de custeio da APS (BRASIL, 2019). Em particular, a mudança no financiamento da APS acabou com a garantia de recursos para o NASF, ficando facultativo aos gestores municipais a sua adesão à esta modalidade de equipe.

Os entrevistados também pontuam insuficiência de profissionais e de carga horária do NASF para atender as demandas das equipes, acarretando a perda da qualidade do matriciamento e até mesmo descaracterização seu real propósito, tornando esse apoio em um serviço de atenção secundária e totalmente biomédico.

Sim, com certeza, primeiro porque é uma área bem vulnerável, eu acho que são quarenta horas que funciona o NASF é pouco, principalmente psicólogo, eu acho que não é muito efetivo [...] eu acho que talvez fique pesado para eles e aí são os muitos usuários e sempre foi assim, eles ficavam em duas unidades [...]. (E3)

[...] a gente, o nosso mais é dividido em duas unidades de saúde, onde eu trabalho e o Centro de Saúde da Fiocruz, é humanamente impossível o NASF dar conta de três equipes de Estratégia de Saúde da Família, ele apoia na medida do possível quiçá [...] uma equipe de Atenção Básica [...] a palavra é humanamente impossível, tecnicamente impossível prestar um cuidado de qualidade, você pode até apoiar, mas como que vai ser esse apoio? (E11)

[...]o que pode vir a ocorrer no NASF-AB da equipe básica porque não vai ter esse tempo, vai pegar esse tempo e vai acabar inserindo como se fosse a lógica da atenção secundária para Atenção Básica onde ele faz um atendimento individualizado em seu consultório, pode perder a proposta do NASF que é o matriciamento e cuidado com a equipe. (E7)

[...] a equipe NASF-AB vai dobrar seu atendimento. A gente pensa que toda situação do agente de saúde, vai se sobrecarregar eles também [...]. (E10)

Os profissionais que tiveram um apoio efetivo do NASF advertem acerca da importância deste apoio para a ESF e para os pacientes. Assim, percebe que este núcleo deve apoiar outras modalidades desde que, de fato, todas às equipes, independente da modalidade, tenham o devido acesso aos benefícios que eles oferecem à comunidade.

[...] É muito ruim, porque quando você trabalha em uma área vulnerável eu acho que um dos profissionais que fazem muita falta é o assistente social e o psicólogo são duas figuras do NASF muito importantes que fazem toda a diferença, não menosprezando as outras profissões eu tô falando no meu contexto atual, talvez em outro contexto fossem outros profissionais, mas eu sinto muita falta do NASF acredito que é bom que eles abracem o maior número que eles conseguirem e seja melhor, que seja tanto através da Equipe de Saúde da Família ou da Equipe Básica desde que a pessoa consiga ter acesso a esse tipo de profissional é bem-vindo, é benefício para o paciente. (E4)

[...] Agora esse pessoal que chegou do NASF agora, por exemplo a psicóloga eu tenho um vínculo muito grande com ela, todas as vezes que eu preciso ela está saindo comigo, [...] teve uma senhora que o filho se enforcou tem um mês, eu fui lá conversei com ela e ela foi comigo na casa da pessoa [...].(A3)

De fato, estudos demonstram que o NASF exibepotencialidades e fragilidades, sendo necessárias adequações para a eficiência e eficácia na prestação de serviços (ANDRADE *et al.*, 2012). São compreendidas como fragilidades: a elevada demanda de atendimentos e a métrica para a avaliação de produção que regula o trabalho dos médicos e enfermeiros; a formação e a experiência de cada um dos profissionais; a facilidade e/ou dificuldade de cada um deles em compartilhar algumas ações; as exigências da população do território e da gestão local; a rede de serviços de referência do território, também é insuficiente para responder à demanda existente, causando sobrecarga constante dos profissionais e em todos os níveis de atenção (SANTOS; UCHÔA-FIGUEREDO; LIMA, 2017).

Sales *et al.* (2020) defendem que o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) possui um papel primordial para a manutenção da saúde, visto que as demandas de saúde na rede de serviços da atenção primária necessitam da participação de outros profissionais, proporcionando, desse modo, resolutividade e abrangência dos serviços oferecidos pela atenção básica.

Em contraponto aos autores, pensamos que a argumentação de apoio é válida para o NASF, pois precisamos assegurar o apoio à Estratégia Saúde da Família com equipes prioritárias para a APS, e entendendo as equipes de Atenção Básica como transitórias. Ao defender o NASF-AB, estaríamos qualificando e estimulando o financiamento de outras modalidades de equipe.

Há necessidade de identificar os desafios do NASF, tais como a redução do número de eSF apoiadas, a ampliação da educação permanente para os profissionais da APS, melhor organização dos serviços e a gestão do trabalho, são apontados como algumas sugestões para a melhora da eficácia do NASF(SOUZA; MEDINA, 2018).Assim, para superar esses desafios, é necessário cogestão para que as fragilidades sejam diagnosticadas e avaliadas para que sejam removidos ou atenuados, além de trabalhar com a equipe multiprofissional e de maneira interdisciplinar(CAMPOS; DOMITTI, 2007).

No entanto, a recente mudança na PNAB, ao suprimir a palavra ‘apoio’ da denominação oficial do NASF, parece não encarar nem encorajar os gestores a enfrentar tais questões, ou talvez esteja a indicar intencionalidades (não explícitas) de mudanças mais substanciais nos tipos de apostas (MELO *et al.*, 2018).

Contudo, diante da PNAB 2017, a sobrecarga dos profissionais ao apoiar outros modelos de AP corrobora com o estudo de Paulino *et al.* (2021) que aponta o risco de uma atuação pautada no modelo biomédico, sem a reflexão crítica acerca da realidade. E somados às posteriores medidas para o enfraquecimento, diminuição da cobertura e possível extinção do NASF,através das alterações no seu financiamento, acarreta-se para os usuários, aamortização de uma oportunidade de ampliar o acesso à saúde.

Sem dúvidas o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), possui um papel primordial para a manutenção da saúde, visto que as demandas de saúde na rede de serviços da atenção primária, necessitam da participação de outros profissionais, proporcionando desse modo, resolutividade e abrangência dos serviços oferecidos pela atenção básica. Inquestionavelmente a desconstrução do NASF, acarretará grande retrocesso na saúde pública

no país, visto que uma grande parcela da população é dependente desses serviços (GONÇALVES *et al.*, 2015).

Percebe-se neste contexto, uma interessante contradição entre os dados quantitativos e qualitativos, onde nota-se a aposta positiva dos participantes quanto às práticas do NASF. Porém, é necessário uma maior discussão e reflexão quanto à disseminação e fortalecimento das outras modalidades de equipes de AB, ao agregar o NASF à estas “outras” formas de financiar a APS.

A respeito da **oferta de serviços essenciais e ampliados na APS**, também preconizada pela PNAB 2017, percebemos a incompreensão dos termos para a maioria dos participantes. Esta interpretação é reforçada a partir da comparação dos dados na primeira etapa do estudo em que foi constatada a oferta desses serviços como uma alteração que apresenta tendências de repercussões positivas nas práticas de saúde com média 1,45 (média>1,0) entre os ACS e média de 1,23 (média>1,0) entre os enfermeiros que podem ser observadas no Quadro 13.

Quadro 13– Identificação das tendências de repercussões nas práticas de saúde dos ACS e enfermeiros referente à incorporação dos serviços essenciais e ampliados

Alteração da PNAB 2017	Tendências	
	ACS	Enfermeiros
A PNAB 2017 incorpora os pacotes de serviços essenciais e ampliados na Atenção Primária. Sendo os padrões essenciais definidos como as ações e procedimentos básicos relacionados a condições básicas/essenciais de acesso e qualidade na Atenção Básica e os padrões ampliados como ações e procedimentos considerados estratégicos para se avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na Atenção Básica, considerando especificidades locais, indicadores e parâmetros estabelecidos nas Regiões de Saúde.	Tendências Positivas (Média =1,45)	Tendências Positivas (Média=1,23)

Legenda: Agentes comunitários de saúde (ACS); Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).
Fonte: A autora, 2021.

Deste modo, ao abrirmos a oportunidade de dialogar acerca da temática através das entrevistas, os profissionais apontam que os termos ainda não foram aplicados na sua prática e demonstram contrários a este tipo de oferta de serviços.

Não, não, não consegui sentir isso na prática. Pelo contrário, a gente faz mais. Eu acho que continua fazendo o que é possível para a qualidade dos serviços. (E1)

Acredito que a mesma coisa, tudo que é essencial permanece sendo. (E2)

Na verdade, eu sempre ouço falar na carteira de serviço, mas até então não, para mim não mudou muita coisa não, sendo sincera. Para mim ainda não impactou. (E4)

Então, eu entendi o serviço ampliado como não só as consultas de enfermagem, mas serviços complementares como grupo de tabagismo, terapia integrativa, programa de obesidade, é por aí? (E10)

É, eu visualizo um pacote de nada. (A4)

Deste modo, os profissionais não concordam com essa diferenciação de ofertas de serviços de saúde, e interrogam quais os critérios serão estabelecidos para a determinação de quais unidades receberão os serviços do tipo essenciais ou ampliados. Defendem que a proposta viola o princípio da integralidade e limita o acesso aos serviços de saúde.

Eu acho que é um assunto muito delicado, subjetivo, vir um gestor e delimitar o processo assistencial que vai ser ofertado a população, você delimita e fecha o acesso de saúde né? Ainda mais, a Atenção Básica está na porta entrada do serviço: - olha mas a unidade que é responsável pela sua área não tem esse serviço vou te encaminhar para outra unidade mais longe da sua área, e eu não vou ter condições de saber se você pode ir ou não, se você [...] perde esse cuidado, acho isso muito delicado, você ofertar pacotes mínimos e não o cuidado integral, eu acho que essa é a base, a integralidade é um dos princípios básicos do SUS. (E7)

[...]em relação a serviços essenciais no caso o que pode ser isso e como não específica a gente não sabe exatamente o que que é, mas acho que “in loco” as unidades de atenção primária a gente não consegue identificar muito isso, mas acho que a coordenação regional, as regionais conseguem, eu não sei por que não sei os critérios que eles usam, se é a proximidade algum polo específico, eu não sei como que se dá essa divisão [...]. (E11)

Outros profissionais defendem que todas as unidades devem ofertar os mesmos serviços e de acordo com a necessidade dos usuários, pois se facilita o processo de trabalho, amplia o acesso aos usuários e a resolutividade dos problemas de saúde da população:

[...] então acho que isso é bom até para resolutividade, quando você tem tudo ali você pode otimizar sua agenda, otimizar o fluxo da unidade, quando você precisa de outra coisa externa você gera outras três demandas na verdade, o paciente vai, vai, volta, então isso é muito ruim [...] acho que é o sonho de qualquer pessoa para facilitar todo mundo. (E11)

Eu trabalho em um território muito vulnerável, tem um dos piores IDHS do municípios, tem pessoas que passam fome, não tem dinheiro para comprar uma dipirona, então acho que desde o momento que a gente segrega serviços a gente deixa dessas pessoas acessarem esses serviços, por questão de distanciamento e por falta de valor econômico, eu acho que o correto seria ter aquela carteira de serviço igual tinha no município [...]. (E11)

Também foi notado que os profissionais abarcam os serviços do tipo ampliados como: o atendimento especializado, o apoio efetivo do NASF, a realização de exames de RX, USG, exames laboratoriais etc, que já foram oferecidos na unidade, mas foram descontinuados por falta de manutenção das máquinas e de profissionais gerados pelas diversas interrupções e trocas de contratos com as organizações sociais que administram a AP. Atribuem essas perdas à crise econômica e a política vivenciada no país e no município.

[...]que a gente tá sem raio-x, a gente não tem ultrassom, o aparelho de eletro quebrou [...] com o tempo isso foi se perdendo até por conta dos contratos, “ah tal OS vai perder a ultrassonografia”, isso é muito ruim, lá onde eu trabalho já teve raio -x, ultrassonografia e como o tempo se foi se perdendo, porque foram se perdendo contratos, isso impacta diretamente, a população reclama “nossa eu fazia ultrassom médico já ia via. (E11)

O ampliado é quando vem o especialista, não é? Eu escutei falar alguma coisa de que ia vir um ginecologista, acho que viriam três médicos especialistas, mas lá na nossa clínica nunca aconteceu. (A7)

[...] nós estamos mais de um ano sem elevador porque eles retiraram as manutenções, a manutenção é rara, nós estamos com vários ar condicionado, porta, banheiro, tudo isso está sem manutenção, não está funcionando, entendeu? O raio-x já tem um tempo que não funciona mais, não sei te dizer se é falta de profissional ou falta de manutenção [...] foi retirado sim a ultrassonografia que era feita lá há um tempo atrás, retornou a pouco tempo, mas a gente ficou muito tempo sem e era só por encaminhamento, muita coisa hoje que poderia ser feito na unidade [...]. (A8)

[...] Na minha unidade a gente tinha serviço de raio-x ficou por muito tempo, só que a máquina deu defeito, e a peça que deu defeito segundo o que foi falado para nós era mais caro que a própria máquina, aí perdemos o raio-x, iam várias clínicas da família para nossa unidade, a gente chegou a fazer sessenta raio-x por dia, a gente tinha o serviço de ultrassonografia que era destinado às gestantes da nossa unidade e aos idosos, a pessoa que tinha alguma comorbidades, isso facilitava muito, hoje a gente não tem mais esse serviço por falta de pagamento. (A10)

[...] tínhamos sala da ultrassonografia, sala do raio x funcionando, eletrocardiograma funcionando, tínhamos de vários tipos que poderíamos oferecer para o paciente muitos tipos de exames e tratamento isso era muito importante. [...] Na gestão passada perdemos o nosso técnico, o rapaz que trabalhava no raio X foi mandado embora, não foi recolocado outro. A nossa médica que fazia a ultravaginal e abdominal também foi dispensada e não colocaram outra, então tudo isso fez com que nós fôssemos perdendo essa qualidade dentro das Clínicas da Família.(A11)

[...] Então tem a estrutura do serviço ampliado, mas não está funcionando devido a mudança de prefeito e condições financeiras que abateu no Brasil em todos os locais o sistema único de saúde teve uma baixa muito grande na questão de manutenção, várias empresas entraram e teve a questão de prisões ou demissões, prefeitos e governadores foram afastados ou até mesmo presos por conta de superfaturamentos [...].

Revelam que a oferta desse tipo de exames na unidade facilitava a resolutividade dos problemas de saúde do território, destacando que para o usuário que não tem muitas condições

financeiras de deslocamento para outras unidades de saúde e fora do seu território, além de ser mais demorado a sua realização e o retorno dos resultados desses exames.

[...] que era só entender, dava o encaminhamento para o paciente da própria unidade que era feito antes e era mais fácil, o paciente tinha um resultado logo, o paciente tinha comodidade de ir lá e fazer isso porque tem muito paciente que não tem dinheiro, não tem, vamos dizer tempo, porque trabalho muito ou não tem com quem fique com as crianças ou com o acamado que tá em casa para ir para se deslocar para o Leblon, por exemplo, só para fazer uma ultrassonografia, coisa que ele poderia fazer aqui [...] Ficava bem mais fácil. (A8)

[...] a gestante precisa fazer a ultra e quando não tem, precisa encaminhar a gestante para outro lugar e tendo no local de trabalho fica até mais fácil, ela já faz ali mesmo, ela já é acolhida ali mesmo. Quando ela se desloca de onde ela mora para outro lugar, já demora um pouco já fica mais demorada aquela assistência, fica tudo mais complicado principalmente não só para aquela paciente que está necessitando daqueles cuidados, mas também para os médicos e enfermeiros tudo fica difícil porque, quando está ali perto é mais fácil descobrir logo o problema já atacar aquela doença e quando você tem que esperar ainda vir resultado de outro lugar que não seja “dali” fica mais complicado [...].(A11)

Nota-se que os profissionais da ponta apresentam um discurso coerente com as perspectivas de diversos estudiosos na área de Saúde Pública em relação a sugestão dos pacotes essenciais e ampliados quando referem que estes pacotes de serviços descumprem com o princípio da integralidade. Morosini, Fonseca e Lima (2018) revelam que a PNAB resgata a concepção de uma ASP seletiva e de cuidados mínimos quando se compromete estabelecer serviços essenciais à população.

O texto da PNAB 2017 não aponta um discurso aprofundado acerca do que conterão os tais padrões de serviços, trazendo incertezas quanto a sua capacidade de atender as necessidades de saúde do território (MOROSINI; FONSECA; LIMA., 2018) já que na APS preconiza-se a resolutividade de 80% das demandas de saúde dos usuários. E seguindo esta mesma linha de raciocínio, as autoras se questionam em relação ao que se conceituam como padrões ampliados: “existem ações e cuidados que integram a AB hoje, e que podem ser negligenciados a ponto de constituírem um padrão opcional, ou seja, apenas recomendável?”.

Neste contexto, entendemos que a oferta de serviços ampliados e essenciais revela a concepção e a promoção de cuidados mínimos e a seletividade da APS, como uma atitude formal de autorizar a acentuação das desigualdades, segmentação do acesso e da coordenação e a fragmentação do cuidado (GIOVANELLA *et al.*, 2015).

Segundo Conill, Fausto e Giovanella (2010), para a compreensão e análise dos problemas dos sistemas de saúde é necessária a discussão de importantes categorias, a segmentação e a fragmentação: A segmentação relaciona-se com as garantias de proteção

social, com o acesso, a equidade e a coesão social. Já a fragmentação diz respeito à organização e à prestação dos serviços, sua coordenação com reflexos na integralidade, continuidade dos cuidados, crescimento dos gastos e perda de eficiência.

Deve-se atentar que a elaboração deste tipo de carteira de serviços é imprescindível para a determinação de valores aos serviços a fim de facilitar e instaurar os processos de acordo com o setor privado (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA., 2020).

Nesse contexto, precisamos defender a expansão da APS e fortalecer o que já conquistamos para não retrocedermos considerando todos os seus atributos e em consenso com os princípios do SUS, já que as últimas conspirações apontam para uma AP com abordagens seletivas em rumo ao universalismo básico (GIOVANELLA, 2018).

Em relação às **mudanças na cobertura populacional pelas eSF e da população adscrita** partir da reformulação da PNAB 2017, em que é recomendado que a população adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) seja de 2.000 a 3.500 pessoas. Além dessa faixa populacional, podem existir outros arranjos de adscrição, conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, facultando aos gestores locais, conjuntamente com as equipes e Conselhos, a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe, podendo ser maior ou menor do que o parâmetro recomendado (BRASIL, 2017d).

Esses parâmetros também denotam o que antes era proposto que a cobertura de eSF atingisse a 100% de toda a população, com a PNAB vigente estabelecendo os novos parâmetros baseados nos riscos e vulnerabilidades do território, significa que a cobertura agora será 100% da população vulnerável.

Na aplicação do formulário identificamos divergências nos julgamentos para ACS e Enfermeiros. Para os enfermeiros, a mudança de cobertura populacional possui repercussões com tendências negativas nas práticas, representados pela média 0,73 no Quadro 14 abaixo. Já para os ACS, a alteração da mudança de cobertura populacional apresentou média de 1,09, denotando tendências de repercussões positivas nas suas práticas de saúde.

Da mesma forma, ocorreu no julgamento da adscrição de outros arranjos populacionais, em que os ACS julgaram tendências positivas de repercussões nas suas práticas (Média= 1,01) e enquanto os enfermeiros avaliam que a definição de outros arranjos de adscrição causam tendências negativas de repercussões nas práticas de saúde (média=0,61) que podem ser observadas no Quadro 14.

Quadro 14–Identificação das tendências de repercussões nas práticas de saúde dos ACS e enfermeiros referente à cobertura populacional e população adscrita

Alteração da PNAB 2017	Tendências	
	ACS	Enfermeiros
A cobertura populacional será de 2000 a 3500 pessoas por equipe, com parâmetros baseados nos riscos e vulnerabilidades do território. Significa que a cobertura que era de 100% para todos, agora será 100% da população vulnerável.	Tendência positiva (média=1,09)	Tendência negativa (média=0,73)
A população adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) seja de 2.000 a 3.500 pessoas. Além dessa faixa populacional, podem existir outros arranjos de adscrição, conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, facultando aos gestores locais, conjuntamente com as equipes e Conselhos, a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe, podendo ser maior ou menor do que o parâmetro recomendado	Tendência positiva (média= 1,01)	Tendência negativa (média= 0,61)

Legenda: Agentes comunitários de saúde (ACS); Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Fonte: A autora, 2021.

Nas entrevistas, notamos e aprofundamos nestas divergências acerca do estabelecimento pela PNAB 2017 dos parâmetros na cobertura de eSF, segundo os participantes do estudo, tiveram grandes repercussões nas suas práticas e processo de trabalho, já que foi promovida pela gestão anterior, a extinção de eSF inteiras ou a diminuição significativa do número de ACS no município do Rio de Janeiro.

Então, na minha unidade nós tivemos perda de uma equipe, porque de acordo com essa nova estrutura, com esse novo remodelamento aquela equipe não tinha necessidade de existir, então eu tenho uma área vulnerável, difícil, temos uma outra área também que é bem complicada, bem difícil é realmente vulnerável e essa equipe foi distribuída para a gente, para toda a equipe com menos um ACS, eles não demitiram, mas quando o ACS pede para sair eles não fazem reposição. (E3)

[...] Isso é um assunto bem complicado porque quando eu cheguei na unidade alguns meses antes eram dez equipes, foram cortadas duas equipes, com aquela história mudança de governo, “setorialização” e até hoje a gente não sabe especificamente por que aconteceu esses cortes, porque eram dez equipes dando conta de um território e agora são oito equipes com o mesmo território. (E9)

Neste momento não, mas quando a gente teve a redução de equipes né isso acabou acontecendo, hoje a minha equipe tem quatro mil e alguma coisa de usuários, acho que é quatro mil duzentos e alguma coisa, A maioria das equipes da minha unidade tem quatro mil e alguma coisa, população muito mais vulnerável[...]. (E1)

[...] a PNAB não mudou assim foi mais a redução, não teve ajuda nenhuma, aumento de nada, redução, corte de equipes. (A3)

Diante deste contexto, as demissões dos ACS e a extinção das equipes de Saúde da Família no MRJ, segundo os profissionais entrevistados, foi classificada ou conceituada com os seguintes termos: “remodelamento”, “equipe parametrizada” ou “setorialização” pelo governo Crivella em 2018.

Também questionamos aos entrevistados, os motivos desse “remodelamento” realizado pela prefeitura e a maioria dos profissionais responderam que as justificativas foram embasadas pela PNAB 2017 e pelo número de cadastramentos dos usuários pelas equipes.

A gente começou a pensar se foi a questão da frequência, a gente tinha uma frequência baixa dos pacientes, a gente ficou na dúvida, a gente não fez uma pesquisa em cima disso até porque a gente não teve tanta adesão em relação dos profissionais para poder entender por que teve essa diminuição [...].(E9)

Conhecendo o perfil epidemiológico, por exemplo. Uma equipe que é muito vulnerável, possui bastante pessoas que recebem o bolsa família, as ruas onde os agentes comunitários trabalham têm pouco acesso aos serviços de coleta de lixo, água encanada, então utilizamos esse critério. São os territórios com mais dificuldades de acesso, onde a violência domina o território, tem muita criança que sofre violência, está fora da escola. Então, temos alguns parâmetros que a gente usa para poder concluir que aquela equipe é um pouco mais vulnerável, entendeu? O bolsa-família é disparado para a gente. (E5)

Então conforme o número de ACS foi diminuindo, a redistribuição ficou: As equipes com maior vulnerabilidade social ficaram com menos indivíduos para aquele número de ACS não ficarem tão sobrecarregados. A gente tentou arrumar dessa forma. (E6)

[...] Então assim, eu tenho no momento oito equipes, uma equipe que é a minha tem 4.300 usuários, as outras a gente pela transição do Prime para o e-SUS a gente perdeu muito cadastro, então tá como base 3.000 mais ou menos, o limite de 3000, acho que não tem nenhuma que esteja acima de três mil de cadastro hoje, e a gente recebeu da prefeitura mesmo ordens de ter mais 2.800 em todas elas, então hoje ainda tem aqui com menos 2.800 porque o cadastro não foi migrado de um com outro, como veio pandemia[...]. (E9)

[...] disso tudo que não tinha tantos pacientes para dar aquela oportunidade de fazer o cadastro, de correr atrás do cadastro, ir aonde ainda não tinha ido é foi aquilo que eu falei para você, a gerência conversou, foi passado muito isso: “gente olha, a gente tem que ter um número mínimo, vocês tem que fazer o papel de vocês porque quando a gente envia a gente dá um número de pacientes e a secretaria tem que ver esses números” e foi indo, foi indo, não foi alcançado na época, tinha equipe que tinha 1800 pacientes na época realmente era muito pouco para 5 ACS é nesse foi que falou vai ter que ter corte porque tem muito mais equipes do que pacientes [...]. (A1)

Foi na troca de prefeito do Rio, ele falou que tinha que reduzir porque a gente não tinha tantos usuários quanto foi passado quando foi criado, porque foi naquela troca de prefeitos aí ele contratou quatro equipes a mais e o prefeito falou que não havia necessidade [...]. (A1)

Em outubro de 2018, o governo Crivella apresentou a proposta de “Reorganização dos serviços de atenção primária à saúde: estudo para otimização de recursos” (RIO DE JANEIRO, 2018) aferindo que a reorganização era urgente e extremamente necessária para a melhoria da qualidade sob a justificativa de que a expansão da ESF entre 2009 e 2016 fosse importante para o município, sendo realizada de maneira insustentável financeiramente, com equipes subutilizadas oferecendo déficit e ineficiências dos serviços. A reestruturação previa o redimensionamento do número de equipes, a criação de outras tipologias de equipes, de modo que a ESF não seria a única direção, além do aumento da cobertura populacional (SILVA, 2020).

Concomitantemente, sob aviso de corte de equipes, gerando greves na APS do Rio de Janeiro, geraram insegurança para o bem-sucedido projeto de formação de médicos especialistas para a ESF, diminuindo a procura e a ocupação de vagas do Programa de Residência em Medicina de Família da SMS Rio (O'DWYER *et al.*, 2019).

O rompimento de contrato com a OS Viva Rio e a contratação da Fundação Rio Saúde atrelado ao plano de Reorganização da APS no MRJ, iniciaram as demissões de 400 profissionais em janeiro de 2019 e chegaram a mais de 5 mil em fevereiro de 2020 (SILVA, 2020).

Em novembro de 2019, o novo modelo financiamento da APS, o Programa Previne Brasil (BRASIL, 2019) mudou a forma de captação da atenção básica vinculando-a, dentre outros critérios, ao número de cadastros realizados pelas Equipes de Saúde da Família.

Conseqüentemente com a diminuição do número de equipes houve um aumento do número de usuários assistidos pelas equipes, o que é previsto na PNAB 2017, quando apresenta uma indefinição de teto para a cobertura assistencial das equipes de saúde da família.

[...] a gente teve a redução de equipes isso acabou acontecendo, hoje a minha equipe tem quatro mil e alguma coisa de usuários, acho que é quatro mil duzentos e alguma coisa. A maioria das equipes da minha unidade tem quatro mil e alguma coisa, população muito mais vulnerável[...]. (E1)

Tem cinco mil e pouco, acho que é cinco mil e quatrocentos. [...] O mais vulnerável também. Sim, porque gestante você tem que ir todo mês, hipertenso leve você pode ir de três em três, diabético você tem que ir todo mês. (E2)

A vulnerabilidade surge como um dos principais critérios de definição da cobertura populacional pelas equipes de Atenção Primária. Essa condição foi bem discutida pelos participantes do estudo, já que o mesmo critério foi utilizado pela gestão municipal do MRJ

para redistribuição dos usuários do território entre as equipes remanescentes. Assim, a maioria dos profissionais questionou a falta de clareza desses critérios de vulnerabilidade diante da complexidade conceitual envolvida no termo.

Segundo Katzman (2001), vulnerabilidade não é precisamente o mesmo que pobreza. Pobreza refere-se a uma ocasião de carência efetiva e atual, enquanto a vulnerabilidade transcende essa condição, projetando para o futuro a possibilidade de sofrer algumas fragilidades, que se encontram no presente.

Em su sentido amplio la 17situación de vulnerabilidad refleja dos condiciones: la de los vulnerados”, que se assimila a la condición de pobreza es decir que ya padecen una 17situació efectiva que implica la imposibilidad actual de sostenimiento y desarrollo y una debilidad a futuro a partir de esta incapacidad y la de los “vulnerables” para quienes el deterioro de sus condiciones de vida no está yamaterializado sino que aparece como una 17situación de alta probabilidad em um futuro cercano a partir de las condiciones de fragilidad que los afecte (KATZMAN, 2001, não paginado).

Já para Monteiro (2011), a categoria vulnerabilidade apareceu em um contexto de esgotamento da matriz analítica da pobreza enquanto restrita às questões econômicas e de renda. E os seus conceitos interpretados de diferentes maneiras possibilitam desdobramentos distintos na execução da política, o que pode comprometer a garantia de direitos.

Demetri (2018, p. 143) afirma que “as políticas públicas, mesmo bem-intencionadas, ganham um significado especialmente biopolítico quando delimitam determinadas populações ‘vulneráveis’ como aquelas que requerem maior cuidado e controle por parte do Estado”. No entanto, torna-se contraditório os gestores reconhecem a importância da ESF no território, e a AP como ordenadora do cuidado, mas banalizam e naturalizam os problemas de saúde na medida em que os atrelam à pobreza extrema (FRUTUOSO *et al.*, 2015).

Dimenstein e Cirilo Neto (2020, p.9) também questionam como alguém pode determinar que é vulnerável: “no âmbito das práticas em saúde, a vulnerabilidade separa, de um lado, os não vulneráveis, representados pelo Estado, seus operadores e os profissionais de saúde; e os vulneráveis, os usuários que demandam cuidados em saúde, de outro lado”. E observam que a naturalização do sujeito vulnerável ocorre nas malhas de saberes e poderes que regulam as relações sociais.

A dinamicidade da situação vulnerável dos usuários é percebida nos apontamentos de Bosi e Guerreiro (2016), onde indicam que todos somos vulneráveis em algum momento e em alguma medida, e as pessoas podem experimentar condições de vulnerabilidades muito diferentes, mesmo vivenciando as mesmas condições sociais.

Assim, no campo de vista do MHD e no debate contemporâneo em torno dos problemas sociais manifestados pelas populações, são reforçados através de novos e velhos temas como a globalização financeira; a urbanização e a metropolização crescentes; a existência de segmentos da população afastados do mundo do capitalismo globalizado; a segregação; a desigualdade; a exclusão; e a pobreza (FRUTUOSO, 2015).

Os depoentes verbalizam as contrariedades da adoção da vulnerabilidade com os princípios da integralidade, universalidade e equidade. Destacam através de suas falas que essas políticas estão restringindo o acesso da população à promoção da saúde e a prevenção de agravos quando delimitam as prioridades de atendimento das unidades de AP.

[...] quando a gente fala de vulnerabilidade a gente precisa valorizar a equidade, mas a gente também não pode deixar o restante da população sem acesso à saúde, a gente conseguiu ter um SUS que visa o acesso universal e equânime. [...] o acesso universal é um dever do Estado e é um direito de todos. E aí está falando que só a população vulnerável vai ter acesso? [...] Isso é bizarro, porque quando a gente pensa em vulnerabilidade acho que a gente não estava falando só da população com risco socioeconômico, a gente não está falando da população só das periferias [...]. (E1)

É 100% vulnerável, então eu não sei distinguir muito porque quase todos os pacientes são vulneráveis e mesmo que eu tivesse uma unidade maior, ainda sim penso que tenha que ser 100% porque antes da PNAB vem a Lei Orgânica e está acima de tudo isso com a universalidade, a equidade, então, a gente bebe da água do SUS e não pode negar isso. (E4)

[...] a ordem é a gente atender somente aquele vulnerável, não a gente não explana até porque eu acredito que todos têm um direito à saúde, o SUS é para todos, independente se você é rico, pobre, milionário, você tem direito, o SUS é seu [...] As áreas em que houveram a exclusão de equipe e a demissão de ACS foi exatamente por isso porque a área era menos vulnerável, mas com isso você acaba aumentando o número de usuários para qualquer ACS que venha a abranger aquela área, mas assim eram menos vulneráveis. (A2)

Contudo, percebe-se que há uma redução do conceito de vulnerabilidade apenas ao nível social e econômico, o que entra em conflito com a compreensão e compromissos dos profissionais de saúde acerca da amplitude que o termo aponta na prática vivenciada.

Nos chama a atenção para a Enfermeira 3, quando ressalta a sua dúvida de que essas orientações que desmontam e fragilizam a ESF, realmente vieram de uma Política Nacional de Atenção Básica. Assim, compreende-se a confiança e credibilidade das políticas anteriores que embasavam as suas práticas de saúde e de acordo com os princípios de SUS e dos atributos da Saúde da Família, preconizando esforços para a sua expansão e fortalecimento:

[...] nós perdemos uma equipe que disseram que não era vulnerável, extremamente vulnerável, embora more em uma área mais nobre, vamos dizer assim, mas uma área

com bastantes pacientes com problemas mentais, e o que é vulnerável? Vulnerável é considerado o que mora na comunidade? Não sei se esse remodelamento veio de fato da PNAB, sinceramente. (E3)

[...] na verdade a sorte é que essa área que é parametrizada é uma área que vamos dizer, não tem tanta vulnerabilidade, uma área de asfalto, que não significa que não tem problemas de saúde, principalmente hoje com o Brasil que está [...] a maior parte que é classe média e hoje perdeu os seus planos de saúde, a gente tem uma população envelhecida, uma população que a gente não tinha há vinte, trinta anos atrás, hoje a gente tem um número grande de idosos que agora são de classe média que agora não tem plano de saúde e que muitas vezes a família não quer mais, então assim, é tratado de uma forma sub-humana, até essas áreas que teoricamente não teriam uma “vulnerabilidade direta” tem problemas sim de saúde. (E5)

[...] eu entendo vulnerabilidade como algo subjetivo, ter uma população carente, sem escolaridade, baixa escolaridade com dificuldades, sem saneamento básico, etc...é um ponto de vulnerabilidade, eu entendo que o meu usuário que mora no asfalto, no condomínio, prédio também tem seu deferimento de vulnerabilidade, ele também apresenta uma vulnerabilidade diferenciada, seja uma negligência de um idoso ficar morando ali sozinho, seja uma questão de saúde mental, de isolamento, acho que vulnerabilidade é uma coisa muito subjetiva, e vai de acordo com o que a gente tem de diagnóstico situacional.(E7)

E essas perguntas que você fez agora em um período de pandemia, entram diversas reflexões porque eu entendo que um indivíduo também com demandas psicológicas ou psiquiátricas muitas vezes está completamente vulnerável, os CAPS foram completamente desmontados e as equipes não têm apoio então as demandas, a questão da compra de medicamentos, a perda de emprego, perda de familiar na pandemia, tudo isso muda constantemente. (E6)

Em consonância com a complexidade de conceitos de vulnerabilidade, a enfermeira 6 nos traz muitas reflexões, revelando a dinamicidade do território e os processos crescentes de “vulnerabilizações” agravadas pelas crises políticas e econômicas, e o risco da seletividade proposta pela política, em um contexto em que todos os dias surgem demandas de saúde de usuários que não eram considerados “vulneráveis” há um mês. Contudo, é necessário defendermos que a cobertura de 100% da população pelas equipes de Saúde da Família, já que o modelo já comprovou a importância para Atenção Primária e eficiente orientação do cuidado, como estava proposto nas políticas anteriores, sob concordância com os princípios e diretrizes do SUS. Vejamos a sua explanação:

[...] Defina-me vulnerabilidade. O que é vulnerabilidade agora na pandemia? É só vulnerabilidade social ou falta de renda? Eu entendo vulnerabilidade como “n” questões. Então é preciso ver com um olhar ampliado, eu não posso focar ou resumir a vulnerabilidade ao Bolsa Família nesse momento, porque tem uma série de pessoas que perderam o emprego, perderam tudo e nem beneficiário do Bolsa Família ainda são porque não conseguiram nem fazer o cadastro e estão vivendo uma situação bem pior do que aquele que já recebe Bolsa Família. Então primeiramente que o Governo me defina o que é vulnerabilidade, depois que ele me definir ele ajuda nessa questão de divisão [...]. (E6)

[...] Então o território é dinâmico, as classes sociais estão o tempo inteiro em movimento quem é classe média, amanhã é classe baixa. E quem é classe baixa, amanhã é muito mais baixa então ele que ele definir só por vulnerabilidade e querer só os territórios com maior vulnerabilidade tenha uma maior cobertura é muito relativo e muito ruim. [...] então é uma equipe que quando a gente fez a redistribuição pensando na vulnerabilidade a gente deixou um número maior de usuários considerando que era menos vulnerável e isso há seis meses já mudou completamente. [...]. As pessoas perderam plano de saúde e querem acesso ao Serviço Único de Saúde, que nós somos porta de entrada. (E6)

Acho que deveria pelo contrário de definir número mínimo de indivíduos por equipe que a gente fizesse uma divisão equalitária pelo número de indivíduos que ali residem [...]. Como era antigamente, se eu tenho um território com doze mil indivíduos e tenho quatro equipes, vamos tentar dividir três mil para cada equipe, não esquecendo a vulnerabilidade, mas levando em consideração o número de indivíduos. Todo mundo deve ser atendido pelo serviço de saúde. (E6)

Também detectamos os esforços solitários da equipe para diminuir os impactos para a população, que diante de uma política controversa e com apoio naimplantação da gestão municipal, utilizaram indevidamente o conceitode “vulnerabilidade” para a diminuição do número de equipes, demitiram profissionais e utilizaram a redistribuição dos usuários entre as equipe remanescentes como manobra para manter a cobertura de AB, e ainda justifica-se que a falta de cadastro de usuários seria uma das justificativas para as baixas de equipes. Contudo, os profissionais mesmo sobrecarregados, desestimulados e amedrontados pelas ameaças de desemprego, fazem o seu máximo para a minimização dos problemas de saúde do seu território, como podemos evidenciar nas seguintes falas:

[...] A minha região é uma equipe que pega uma área de bastante vulnerabilidade, mas ele (o prefeito) alega que a gente tem poucos cadastrados, ele sempre martela essa questão de cadastrados e você leva uma certa, não fragilidade, mas medo possivelmente dos profissionais, porque anteriormente na outra unidade [...] durante esses dois anos eu vi a diminuição das equipes de Estratégia da Saúde da Família, [...] eram seis equipes reduziu para cinco, e a gente pegou a área de outras unidades que perderam três, quatro equipes. A justificativa era justamente essa, eram equipes de asfalto, não tinha tanta vulnerabilidade, não tinha população carente ou não tinha número de cadastro solicitado, então eles reduziram as equipes e aglutinava para outras equipes, então a gente tem uma superpopulação, uma super quantidade de cadastrados onde a equipe não dava conta, esse foi um dos maiores índices eu percebi. (E7)

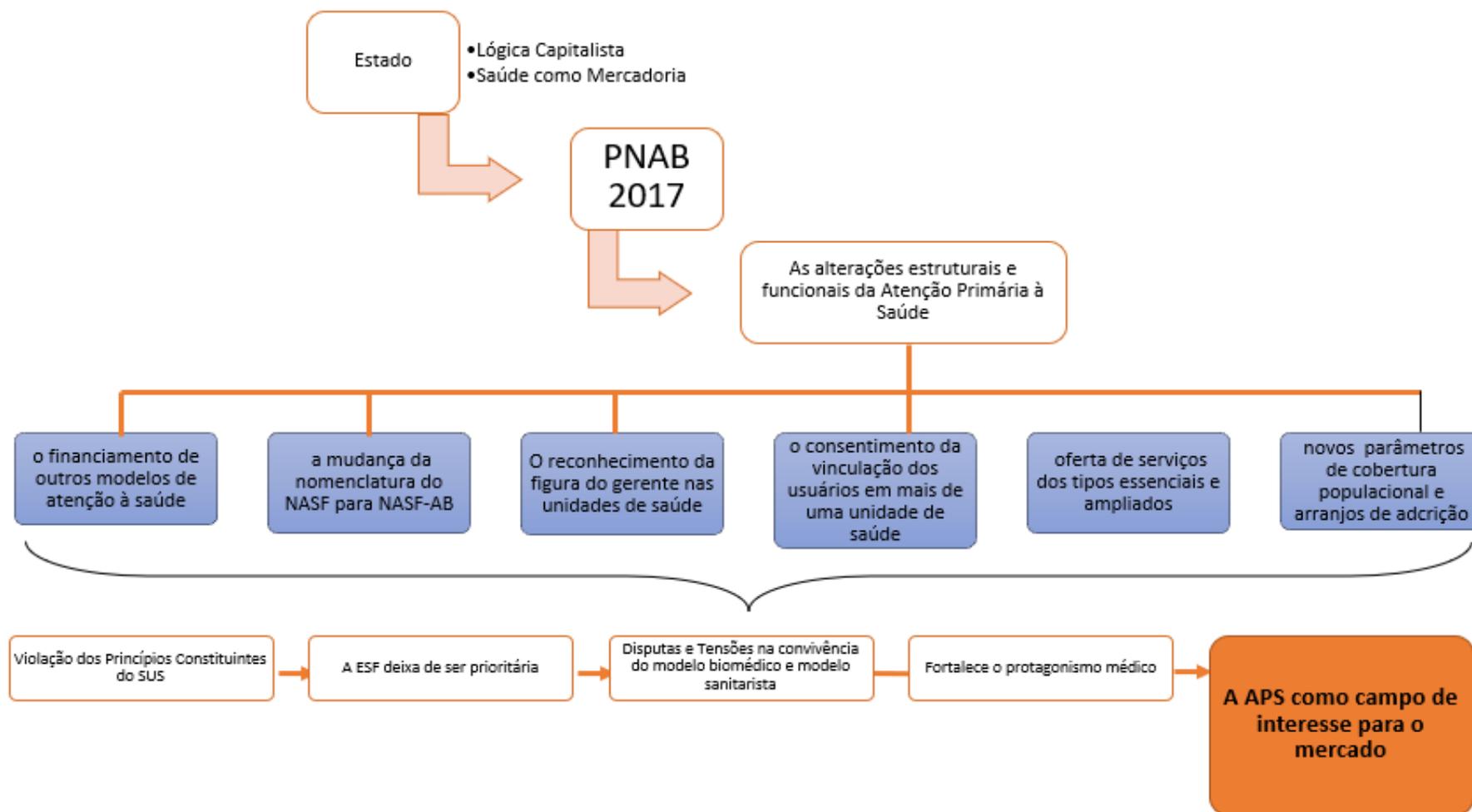
[...] Eu trabalho com três ACS no momento e uma área minha está descoberta entre aspas, porque a área é dividida para quatro ACS [...], então o que eu fiz, eu pedi: _A gente precisa que vocês [...] ver neste momento, esta área que a gente tem em vulnerabilidade maior para dar prioridade em relação a consulta [...] então assim eu não tenho um ACS por vulnerabilidade, eu tenho uns três trabalhando para toda a vulnerabilidade no território, para poder não deixar ninguém perdido porque se eu deixo uma área descoberta em específico eu não sei quem tá ali, quem está precisando[...] porque precisaria de seis pessoas para poder estar na área todos os dias, até porque eu não estou dando conta. Eu já falei que vai ter problema, eu vou perder paciente ou paciente vai morrer, porque eu não vou conseguir chegar até eles porque eu não tenho pessoas para poder ir para área [...].(E9)

[...] Eram seis ACS, mudaram para cinco, agora de 4.000 para quase 6.000 mil pessoas. Eu trabalho em uma área muito vulnerável, [...] muito pobre e numerosa [...] muitas jovens gestantes assim na faixa de doze, treze, quatorze anos [...] estão envolvidas com o tráfico, não tem um lar, [...] você vê pouquíssimas crianças estudando, terminando o ensino fundamental, então quer dizer, você pegou uma área dessa e tira um ACS aí colocaram na área da outra equipe, porque a [...] ela é dividida que tem pessoas mais da elite [...]. (A3)

Para tanto, é necessário que a Política Nacional de Atenção Básica deixe claro quais concepções de vulnerabilidade serão focalizadas para a organização dos serviços da AP para que se possa compreender o aspecto multidimensional presente no conceito de vulnerabilidade social, não restringindo à percepção de pobreza, ainda que a insuficiência de renda também seja um importante fator de vulnerabilidade. Assim, é imprescindível que a vulnerabilidade seja apreendida como uma conjugação de fatores, envolvendo as características do território, fragilidades ou carências das famílias, grupos ou indivíduos e deficiências da oferta e do acesso a políticas públicas (BRASIL, 2011).

Durante a análise foram identificadas, permanentemente, as contradições contidas nas respostas ao questionário e nas entrevistas. Após situarmos os dados histórica e socialmente tais contradições, delineou-se como estas se revelam na realidade concreta. Como exemplo, temos a Figura 6, a seguir.

Figura 6– Síntese das contradições e estranhamentos identificados na categoria 1



O atual estágio do capitalismo impõe, principalmente aos países pobres— dentre eles o Brasil —, uma flexibilização do ordenamento de suas políticas sociais, ameaçando conquistas importantes, como o caso do Sistema Único de Saúde (CALIPO; SOARES, 2013; CAMPOS; VIANA; SOARES, 2015):

[...] no “sistema-mundo”, a criação de agências internacionais que induzem sistemas de saúde seletivos, por exemplo, é uma forma de manutenção de uma narrativa neoliberal. A narrativa que impera nas formulações internacionais quanto às políticas de saúde é o avanço das políticas austeras, as proposições de modelo de atenção à saúde na disputa entre cobertura e sistema universal, além dos pacotes e modelos de seguros de saúde privados, serviços e contribuições reduzidas. Vemos que, a partir de nações imperialistas e com as forças políticas de agências internacionais criadas para tal, há na saúde a indução de modelos e políticas colonizadoras respondendo ao “movimento” do mercado-capital (SILVA, 2020, p.5).

De tal modo, as tensões neoliberais redefinem as funções do Estado objetivando a redução do seu tamanho mediante a proposição de plataformas de privatização e terceirização; a redução do grau de interferência do Estado na economia, por meio da reforma econômica orientada para o mercado e da adoção de programas de desregulação; e o aumento da governabilidade do Estado (LAZARINI; SODRÉ, 2019). Assim, o Estado, influenciado por reformas neoliberais e pela tentativa de responder tanto às suas demandas quanto às crises do capitalismo, produz uma “contrarreforma”, onde as diretrizes vão na contramão dos avanços de direitos conquistados pela classe trabalhadora em relação ao SUS (BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

As transformações oriundas do processo de acumulação capitalista têm ampliado seu escopo de atuação no tecido social, em uma velocidade jamais vista na história. Face ao exposto, ao deixar de serem interessantes ao capitalismo financeiro, as políticas sociais vêm sendo alvo de ataques, de modo a tornar um desafio a sua materialização (LAZARINI; SODRÉ, 2019, p.9).

Desse modo, as políticas públicas de saúde vão se reestruturando de acordo com as determinações do capitalismo e promovendo mudanças estratégicas na organização estrutural da APS, as quais identificamos o financiamento de outras modalidades de equipe de Atenção Primária à saúde, a figura do gerente de Atenção Primária como um novo integrante na equipe, a vinculação dos usuários em outras unidades de saúde, a flexibilização da CH para os profissionais das equipes de AB, a mudança da nomenclatura Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e

a oferta de serviços essenciais e ampliados na APS, com a finalidade de preparar o campo de forma que atenda aos interesses do mercado.

Essas alterações fortalecem, na APS, o modelo biomédico em detrimento do modelo sanitário, oportunizando o lucro e a transformação da saúde em mercadoria. Reforça-se este paradigma e coloca o médico como protagonista da área, tornando as ações “curativas” e reduzindo o conceito de saúde como mera “ausência de doenças”.

Assim, explica-se a necessidade de fixação do médico nas unidades de saúde e para isso, são flexibilizadas a carga horária desses profissionais nas equipes tradicionais (eAB). E, se ainda não for possível ter médicos em todas as unidades de Saúde da Família, direcionar os usuários para outras unidades, o que configuraria a possibilidade de vinculação do usuário em outras unidades, para a resolutividade de seus problemas de saúde. O que explicaria a oferta de serviços essenciais em algumas unidades e ampliados em outras.

Desta forma, a saúde configura-se em um espaço privilegiado para a obtenção de lucro, no qual se abre uma gama de possibilidades de investimentos, visto que o setor se caracteriza por sua complexidade e diversidade de componentes estruturantes (LAZARANI; SODRÉ, 2019). Acarretando as consequências da transformação da APS num campo propício para o mercado capitalista.

3.3.2 Categoria 2– As implicações da reestruturação do processo de trabalho, atribuições e organização do agente comunitário de saúde na Atenção Primária à Saúde

Nesta categoria serão analisados e discutidos os reflexos atuais e de longo prazo nas práticas dos ACS diante das alterações nos critérios de dimensionamento na eSF, as previsões de novos modelos de AP (sendo dispensável a sua inserção nas equipes de AB) e o acréscimo de atribuições relacionadas à procedimentos técnicos e as comuns aos ACE.

3.3.2.1 Subcategoria: As mudanças na organização e na configuração do ACS

A partir da alteração da PNAB 2017, onde se preconiza que o trabalhador ACS seja obrigatório na ESF em número a depender da necessidade e perfil epidemiológico local. Em áreas de vulnerabilidade, um ACS para máximo de 750 pessoas, cobrindo 100% da população, sem número máximo por equipe. Nas equipes de eAB o ACS torna-se facultativo – uma decisão dos gestores (BRASIL, 2017d). Foi identificado na primeira fase do estudo, através da aplicação do questionário, o julgamento dessas mudanças pelos participantes do estudo.

Os ACS julgaram como tendências negativas de repercussões nas suas práticas a possibilidade de alteração do número de ACS nas equipes de Saúde da Família, apresentando a média de 0,84. Nota-se aqui uma contradição nas respostas, embora tenham julgado com tendências negativas, observa-se que a média está aproximada da média 1,0 que determina tendências positivas. Logo, demonstra-se que os ACS podem não ter compreendido a mudança ou acreditam que em menor número nas equipes, não há repercussões negativa nas suas práticas de saúde. Desta forma, este item foi destacado para aprofundamentos na realização da segunda fase do estudo, as entrevistas. Já entre os enfermeiros, foi identificada que esta alteração possui tendências negativas de repercussões com a média de 0,57, o que condiz com toda a literatura exposta nesta tese conforme se apresenta no Quadro 15.

Quadro 15 - Identificação das tendências de repercussões nas práticas de saúde dos ACS e enfermeiros referente ao número de ACS nas diferentes modalidades de equipe

Alteração da PNAB	Tendências	
	ACS	Enfermeiros
PNAB 2017 número de ACS nas modalidades de equipe	Tendência Negativa (média= 0,84)	Tendência Negativa (média= 0,57)

Legenda: Agentes comunitários de saúde (ACS); Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Fonte: A autora, 2021.

Na segunda fase do estudo, identificamos que a redução do número de ACS nas equipes de Saúde da Família foi a maior repercussão nas práticas dos profissionais entrevistados. Constatamos que através da diminuição do número de ACS, toda a área adscrita foi redividida entre os profissionais que permaneceram na equipe, assim aumentaram-se o

número de usuários assistidos, o que fragiliza tanto o cuidado individual quanto o cuidado coletivo do território. Logo, esta alteração repercutiu nas práticas de saúde desses profissionais, onde foram identificadas as dificuldades no cumprimento de importantes atribuições como o reconhecimento do território, o estabelecimento do vínculo com os usuários, o acompanhamento das famílias e atualização dos cadastros, busca ativa, ações de promoção da saúde e prevenção de agravos. Conseqüentemente, essas fragilidades prejudicam a qualidade e o acesso aos serviços pelos usuários e acarretam a precarização e a sobrecarga de trabalho para esses profissionais.

Eu tenho entre quatro mil e duzentos, quatro mil e trezentos usuários para dois agentes de saúde, como que essas demandas chegam na unidade de saúde com uma forma de qualidade? Como que esses agentes de saúde conseguem fazer grupos prioritários deles de uma forma adequada? Como que eles vão fazer orientação? Como que a gente consegue ir em um território e conhecer o território de uma forma completa? (E1)

Nós perdemos ACS, hoje por exemplo eu tenho mais de 1200 usuários e em uma equipe de três com quase 4.000 mil usuários, então assim, na verdade a PNAB veio e o número de usuário para mim cresceu, porque nós tivemos o desmonte de perder equipes, então nós perdemos duas equipes na unidade, porém não perdemos os pacientes, então eles foram redistribuídos para os ACS [...]. (A4)

[...] reduziu as equipes, eram quinze foi reduzido para treze, e os ACS também eram seis se eu não me engano e foi reduzido para quatro, isso prejudicou muito o nosso desenvolvimento, o nosso estar com o paciente, a nossa ajuda ao paciente, nos prejudicou bastante porque médico, enfermeiro ficaram sobrecarregados sobre uma coisa que a gente poderia, nós ACS, tentar resolver sem precisar chegar a este ponto, a gente também ficou com a carga muito grande porque aumentou o número de pessoas para um ACS [...]. (A8)

Eles redistribuíram território para quem ficou, a PNAB disse que cada ACS tem que ter no máximo 750 usuários, nós estamos com 1.000 e pouco, você tem noção? [...] 4.000 mil usuários para 3 agentes de saúde. Eu tenho equipe na clínica da família onde eram 5 agentes de saúde e hoje com 2, deveriam ser 3, só que uma está afastada por comorbidade e são duas pessoas e muitas das vezes nós que ajudamos, muitas vezes eu vou no território do colega para ajudar, a gente acaba se envolvendo não tem como. (A10)

No entanto, há profissionais que mesmo com a redução de ACS ou equipe não tiveram grandes acréscimos de usuários, já que realizaram uma redivisão mais justa entre os remanescentes. Eles argumentam que isso não prejudicou o seu processo de trabalho e que não houve a necessidade de ampliação do quadro de ACS no território:

[...] acho que não vai ter problema porque a gente tem capacidade, são 6 equipes dá para dividir direitinho, mas no momento assim eu acho que não tem necessidade de ampliar, mas caso haja a necessidade aí o gerente ver com a gente direitinho e a gente estuda com que equipe vai ficar para não ficar sobrecarregado, também tem que ver o território para saber se é perto ou não, para não ficar complicado para

ninguém. [...] A gente dá conta direitinho, elas trabalham direitinho. Sempre, até antes do Covid sempre foi assim, a equipe sempre teve 3, mas também o número é um pouco reduzido, também não vou falar que aumentou muito porque não aumentou tanto assim, mas o número aumentou um pouco [...]. (E8)

[...] não ficou sobrecarregado, não ficou porque a gente conseguiu se dividir mesmo dentro daquilo que foi pedido. [...] Quando os colegas que pediram para sair, nós dividimos a área deles [...] e achamos um monte de pacientes que eles não cadastraram, foram muitos pacientes, quando a gente começou a pegar a própria ficha deles para poder saber se estava no cadastro bonitinho as pessoas não estavam no sistema e a gente não entendeu o porquê que a equipe se acabou por falta de paciente e tinha paciente no papel, mas não tinha no sistema, mas ainda assim conseguimos dividir entre os outros e vamos dizer assim a gente ficou dentro do limite. (A1)

Pensando nos diferentes contextos e práticas identificados, percebemos a necessidade a trabalho, a necessidade de respostas ao que é pré-determinado, acaba por moldar novas formas de oferta de serviços, nem sempre refletidos quanto às perdas dos direitos sociais, neste caso o acesso à saúde pela população.

Dessa forma, não ocorre uma reflexão ampliada quanto à qualidade do cuidado, quanto à segurança do paciente, quanto ao acesso e ao princípio da integralidade. “Não ficar sobrecarregado” ou “dividir direitinho” são respostas à uma política que induz o profissional de saúde a aceitar o que é imposto, o que demonstra nossa precária participação nos processos de decisão em saúde e nossa “pouca força” na defesa da saúde como um direito de todos.

Ao serem questionados como é possível a realização do acompanhamento dos usuários acima do limite, os profissionais apontam o auxílio de aplicativos de comunicação, principalmente no contexto da pandemia de COVID-19, onde foi necessário o distanciamento social para controle da doença e esses meios de comunicação tornaram-se aliados para o acompanhamento dos usuários quando as visitas domiciliares foram suspensas.

Em contrapartida, alguns profissionais revelaram que a comunicação via aplicativos e telefone facilita o atendimento, porém, há muitas demandas no período de folga dos profissionais.

[...] o atendimento está sendo muitas vezes consultas via telefone, via “WhatsApp”, o que é bom e ruim, é bom para o paciente que ele consegue ter um acesso para tirar dúvida de algo que ele está fazendo errado, tirar dúvida de alguma informação [...]. (E9)

Porque assim, agora graças a Deus com a internet, essas coisas assim, a gente usa muito o “WhatsApp”, liga para a pessoa, faz vídeo chamada, então às vezes não é uma coisa que necessita a gente ir ao local e a gente consegue dar um rendimento pelo telefone e ligando, passando um “zap”, vou falar “WhatsApp” para falar

direitinho e a gente consegue assim não suprir tudo, mas suprir as necessidades mais urgentes das pessoas. (E8)

Além de sobrecarga de trabalho, essas consultas realizadas através do aplicativo de mensagens instantâneas *WhatsApp* fora do horário de trabalho não eram devidamente contabilizadas para a produção do profissional no sistema *e-SUS*:

[...], mas para o meu retorno em atendimento é um número que não é contabilizado, então se eu fizer trinta atendimentos hoje, segunda-feira que eu estou em casa eles têm número da minha equipe, que eu fiz um chip só para isso, só para a gente ligar para os pacientes, vai ter “WhatsApp” para poder mandar exame, para essas coisas, eu não tenho eu não lanço essas consultas como produção, entendeu? O que é um coisa ruim e foi o que semana passada eu conversei com a gerente, falei: [...] estuda comigo esse problema, como é que a gente faz? Ela falou não pode lançar, é para lançar como lançamento tardio, você não vai lançar como atendimento presencial e você lança como tardio, porque você fez. Dá um trabalho, eu tenho que localizar o paciente fazer anotações e depois de tudo ainda passar para o sistema, nenhuma coisa que eu consigo fazer na hora, dá um “trabalho do caramba”, mas é isso aí a estratégia é para isso. (E9)

A cartilha do ACS também estimulou a utilização da estratégia de comunicação remota ou virtual diante da pandemia devido ao risco existente na circulação pelo território e na visita domiciliar (RIO DE JANEIRO, 2020b). Assim, a constituição de grupos de *WhatsApp* com usuários de uma microárea tornou-se uma possibilidade de disseminação de informações e orientações acerca da COVID-19 e de acompanhamento remoto dos usuários.

Neste sentido, as “visitas *online*” intermediadas por esses canais de comunicação em substituição às visitas domiciliares também foram recomendados pelo Ministério da Saúde através da lei nº 13.989/2020, que regulamenta o uso da telemedicina, e da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 634/2020, que autoriza as “teleconsultas” de enfermagem durante a pandemia do novo coronavírus a fim de monitorar os casos e informar a população acerca dos fluxos de atendimento nas unidades neste contexto (BRASIL, 2019a, 2020b; COFEN, 2020; MACIEL *et al.*, 2020; MEDINA *et al.*, 2020).

O emprego do *WhatsApp* e de outras tecnologias de informação é uma estratégia de pulverização do conhecimento com qualidade entre a população e os profissionais, permitindo a manutenção do vínculo com a participação dinâmica da população e incentivando o cuidado em saúde (CARDONA JUNIOR; ANDRADE; CALDAS, 2020).

Cabem aprofundamentos com evidências científicas acerca da inclusão dessas tecnologias no cotidiano das práticas, já que há necessidades de compreender as reais contribuições e as estratégias de utilização desses dispositivos, se serve para aumentar o

acesso às informações de saúde, potencializar os cuidados de saúde, realização de visitas online ou apenas para contatos informativos.

Contudo, nota-se que é necessário aprimoramento e fortalecimento para o uso dessas ferramentas e sendo necessário além de investimentos em aparelhos celulares e internet para a equipe de saúde, a adequação ao prontuário eletrônico para o devido registro e contabilização das consultas e visitas online.

Em relação preconização do ACS ser facultativo nas eAB, observamos convergências no julgamento, onde ACS e enfermeiro apresentaram as médias 0,33 e 0,26, respectivamente, caracterizando este item com tendências negativas de repercussão nas suas práticas de saúde (Quadro 16).

Quadro 16 - Identificação das tendências de repercussões nas práticas de saúde dos ACS e enfermeiros referente ao ACS ser facultativo nas equipes de Atenção Básica

Alteração da PNAB	Tendências	
	ACS	Enfermeiros
ACS facultativo na eAB	Tendência Negativa (média=0,30)	Tendência Negativa (média=0,26)

Legenda: Agentes comunitários de saúde (ACS); Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); Equipes de Atenção Básica (eAB).

Fonte: A autora, 2021.

Nas entrevistas, a facultação do ACS na equipe de Atenção Básica, os profissionais revelaram a sua contrariedade com a preconização da PNAB 2017, e destacam a sua importância para a APS e para a ESF, exemplificando como as suas práticas de saúde são condizentes com os atributos da APS e importantes para a ampliação do acesso dos usuários aos serviços de saúde:

[...] sem eles não ia dar não, eu acho que não teria como você acompanhar, fazer visita domiciliar, fazer a busca ativa de um paciente com tuberculose, quem vai me levar até a casa do paciente se eu não conheço a área? Se eu não conheço a comunidade? Quem seria este profissional, essa pessoa que está me trazendo a minha área? Não tem como, não vejo, sinceramente, eu não vejo Saúde da Família sem o ACS. (E3)

Eu acho isso péssimo. [...] Se a intenção é de fazer apenas o atendimento ambulatorial, tudo bem, mas eu não vejo que isso seria o pressuposto básico da atenção primária, entendo que a gente deveria pelo contrário, estimular a contratação de mais agentes comunitários de saúde para continuarmos com esse trabalho de

vínculo, territorialização, de estar presente no território e não ficar na unidade básica de saúde ficando apenas fazendo trabalho ambulatorial. Isso eu vejo isso como uma das piores coisas que essa PNAB trouxe foi a questão do agente comunitário ser facultativo, acho que eles são de extrema importância. Se a atenção básica chegou aonde chegou é porque teve a participação determinante do agente comunitário de saúde. (E6)

Não existe, na minha cabeça isso não existe, porque a verdade de quem traz a problemática na maioria das vezes, eu digo que sessenta por cento é o ACS que traz para a equipe a problemática do território, às vezes o paciente vem em demanda espontânea, por livre e espontânea vontade e ele relata algumas coisas na fala do médico, na sala do enfermeiro, mas depois aquilo que ele relatou lá dentro com médico não é a realidade dele aqui fora, entendeu? Porque às vezes eles tem medo de falar, tem muito medo de falar, então quem traz a maior parte das informações somos nós, seja o que for, um assistente social que não seja um ACS [...]. (A6)

Eu acho que dificulta o acesso do usuário a clínica porque nós somos o ponto de ligação da clínica com a equipe com paciente, a gente acaba se tornando o ponto focal do paciente do território, na clínica, muitas vezes eles chegam lá procurando a gente eles confiam para contar a história deles, eu já passei por momentos de fazer a visita domiciliar com o médico e o paciente se reportar a mim e não ao médico, então eu acho que é complicado, vai levar, caso aconteça, não é minha vontade, vai dificultar mais ainda a relação com o usuário [...]. (A7)

Estudos demonstram que o contingente de agentes comunitários de saúde vem padecendo de redução. Os dados referentes ao período de 2017 a 2019 apresentam redução de 780 agentes comunitários no Brasil. A análise por região mostra retração de 3% dos ACS no Sul, 0,4% no Nordeste e 1% no Centro-Oeste; já nas regiões Sudeste e Norte houve aumento de 0,8% (GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020).

Conforme consulta realizada em junho de 2021, pelo Departamento de Atenção Básica (BRASIL, 2021), a nível Nacional, entre os anos de 2017 e 2020, houve uma redução de 2,81% na cobertura de ACS representando um déficit de 7.744 ACS. Sob nível estadual, também constatamos uma queda na cobertura de ACS com 2,82%, um pouco maior que o percentual nacional.

No município do Rio de Janeiro, entre 2016 e 2017 houve a diminuição de 2,4% na quantidade de ACS (O'DWYER *et al.*, 2019). Assim, a queda da cobertura de ACS foi bem mais drástica no MRJ do que nos níveis federal e estadual, pois apresentou 31,7% de queda— em 2017 constava uma cobertura de 58,47% e em novembro de 2020, último dado disponível durante a consulta, a cobertura de ACS estava em 26,77% (BRASIL, 2021).

A redução no número de ACS demonstra um alinhamento com a PNAB 2017, que prevê menos profissionais por equipe, possibilitando ao gestor local o corte de postos de trabalho para diminuir custos (O'DWYER *et al.*, 2019), o que representa um risco para a presença da categoria de ACS nas equipes de Atenção Primária, considerando a crise

financeira dos municípios e a condicionalidade de sua quantidade e existência a depender dos gestores, a sua redução ou até mesmo a sua extinção, pode ser considerada para a redução dos custos municipais (FAUSTO *et al.*, 2018).

Melo *et al.* (2018) reforçam que os gestores podem vislumbrar a diminuição do número de ACS, como uma forma de enfrentamento e minimização do subfinanciamento da APS por parte do Estado, indicando o risco dessa categoria profissional desaparecer ou diminuir drasticamente. Assim, o financiamento de outras modalidades de equipe, pode levar o gestor a dependência dos valores de repasse e da situação local, provocando não só diminuição de ACS como também estagnação ou mesmo diminuição da cobertura da ESF.

Os ACS são atores importantes para a organização dos serviços da APS, ampliação do acesso, potencializador de reivindicações da população, e contribuinte para a diminuição das desigualdades sociais e a para o processo de fortalecimento do SUS (VIANA; DAL POZ, 2005), ainda que, com suas dificuldades de execução das suas atribuições no seu cotidiano profissional (MERHY; FRANCO, 2005).

A possibilidade de não ter o ACS na eAB significa destacar uma concepção de saúde e APS restrita, que passará a ter nos procedimentos curativos o principal foco, enfraquecendo a possibilidade de tensionamento dos interesses da população sobre a política de saúde e com os demais setores que determinam a saúde, como trabalho, educação e habitação, entre outros (NOGUEIRA, 2016).

Antes da reformulação da PNAB 2017, a representatividade e a importância do ACS para o alcance dos atributos da APS e consolidação do SUS, eram compreendidos pelo Ministério da Saúde (FARIA; PAIVA, 2020), haja vista que as políticas, as leis e os decretos eram condizentes com a expansão das eSF e respeitavam os princípios do SUS.

Contraditoriamente, a mais recente Política Nacional de Atenção Básica, ao requerer importantes alterações na área, produziu contestações entre os trabalhadores e estudiosos, que passaram desde então apontar para os futuros cenários com a redução do quantitativo dos ACS nas equipes de saúde (FARIA; PAIVA, 2020), o que infelizmente parece estar ocorrendo conforme os relatos dos profissionais que participaram desta pesquisa.

3.3.2.2 Subcategoria: A integração dos Agentes Comunitários de Saúde e Agente de Combate a Endemias

Na primeira fase do estudo, em relação à integração de atribuições dos ACE, os ACS e enfermeiros classificaram esta mudança com tendências negativas de repercussões nas práticas de saúde, onde apresentaram a média de 0,75 e 0,88 respectivamente (Quadro 17).

Quadro 17 - Identificação das tendências de repercussões nas práticas de saúde dos ACS e enfermeiros referente à inclusão do ACE na equipe de Saúde da Família e acumular atribuições dos ACS

Alteração da PNAB	Tendências	
	ACS	Enfermeiros
A PNAB 2017 preconiza que o agente de combate à endemia (ACE) pode ser incluído na equipe de saúde da família, e além das suas acumula algumas atribuições dos agentes comunitários de saúde (ACS).	Tendências negativas (média=0,75)	Tendências negativas (média= 0,88)

Legenda: Agentes comunitários de saúde (ACS); Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Fonte: A autora, 2021.

Nas entrevistas observamos algumas experiências positivas com a integração entre os ACE e ACS, mas anteriormente à reformulação da PNAB 2017 foram apontadas diversas limitações vivenciadas pelos profissionais, que já vislumbram as dificuldades para esta integração, como a falta de interação social, pouca ou nenhuma articulação entre as ações e serviços, os diferentes formatos de contratação e vínculo empregatício desses trabalhadores e a diferentes coordenadores/ supervisão das ações.

Eles mencionam a falta de interação e articulação entre a equipe de Saúde da Família e os ACE/AVS, apesar de estarem lotados na mesma unidade, equipe e território. Podemos evidenciar isso nos trechos das entrevistas a seguir:

Eu quase não vejo o agente de endemias na minha unidade[...]. De verdade, não. Eu vou te falar uma coisa que não foi na unidade que eu trabalho atualmente, a gente estava em uma prestação de contas e eu me lembro de estar lá, falar meu nome, meu cargo, os agentes e de repente uma pessoa fala um nome e diz “eu sou da equipe tal, o agente de endemias”. Eu me lembro que me assustei, acho que se alguém tivesse

filmado meu rosto ia ter visto meu susto, “de quem é essa pessoa da minha equipe que eu não conheço?” Troquei de unidade e não é diferente. (E4)

[...] Não, não verifico isso na minha prática. A minha unidade tem duas AVS que dão um apoio, elas estão na unidade apenas uma vez na semana e são acionadas por serviços específicos do agente de endemias. Não vejo elas fazendo nada que já faziam antigamente. Se isso está na PNAB não foi colocado em prática ainda na unidade em que eu trabalho. (E6)

A gente viu em uma rua da comunidade com vários pacientes com tuberculose, quando vê um surto de tal doença. Eles não participam do processo de orientação, não participam de nada de estar investigando quem tem sintomas para estar pedindo para estar fazendo a coleta do escarro, não. É o agente de saúde, só. Então com tudo que a gente já conversou até agora, de aumento da atribuição do agente de saúde e não tendo nenhum outro suporte sabendo que o agente de endemias pode, fica ruim o trabalho. Então a gente vê a deterioração da saúde da população em detrimento de uma equipe que tem, mas não faz. (E10)

Não, eu digo assim, a gente tem AVS dentro da clínica, nós temos, na minha clínica por exemplo estávamos até brincando no feriado que assim a gente vê cinco, mas no dia da vacina apareceu vinte, então assim, para tomar a vacina aparecem vinte, mas para trabalhar tem cinco e a gente realmente não vê, nunca vi nenhum AVS na clínica, na rua, no território que eu trabalho nunca vi nenhum AVS, eles dizem que trabalham, mas eu nunca vi. [...] Quanto mais fazer o nosso trabalho. (A2)

Alguns profissionais relataram boas experiências com as ações articuladas entre o ACE e a equipe de Saúde da Família em outras áreas programáticas. Também foi mencionado que em algumas ações, principalmente em relação ao combate à Dengue, os ACS muitas vezes apontam as necessidades e acompanham os ACE nas visitas para que eles possam atuar. Contudo, nos chama a atenção, o enfermeiro, que aponta a perda de essência do ACE e o distanciamento das suas ações integradas à eSF ao longo dos últimos anos.

[...] Na minha unidade anterior eu conhecia, ele ia, mas eu acho que o agente de endemia se perdeu faz tempo, mesmo antes da PNAB, ele se perdeu na ligação com a estratégia, eu já passei por três unidades e eu acho que só na rocinha que era mais presente na questão das endemias por causa da estrutura da rocinha, mas na minha prática esse elemento já tinha, não estava tão vinculado a equipe de estar presente, e uma das propostas é ele estar presente nas reuniões de equipe, quase nunca via, então assim, na rocinha ele ia uma vez ou outra, pelo menos na rocinha eu conhecia ele bem, nessa eu nem conheço [...]. (E5)

Onde eu trabalhei antes eles tinham a participação nas reuniões de equipe lá na dois, [...] eu tinha a participação do AVE praticamente duas vezes nas reuniões de equipe eles estavam sendo incluídos para participar e normalmente a gente deixava um pauta para eles estarem trabalhando, levantando atividades coletivas juntos, atividades na escola contra arboviroses, pontos específicos de proliferação de mosquitos, eu acho que normalmente eles trabalhavam muito nessa área de arboviroses, na vivência que eu tive. Na unidade que eu estou na 3.1, até agora eu não tive nenhuma participação [...]no máximo eu os vejo passando na sala deles, pegando o material, assinando lista de presença, [...] é uma coisa que eu posso questionar meu gestor para eles serem inseridos. (E7)

[...] Desde que a clínica abriu já tinha, a gente procura muito eles para a orientação de *Dengue, Zika*, no foco quando a gente acha, até próximo da clínica mesmo porque é muito vulnerável para poder orientar as pessoas em relação em como evitar os focos e quando a gente teve o treinamento da Fiocruz, [...] e a gente contou muito com a ajuda deles por causa da distribuição das maquininhas para colher os mosquitos para o estudo, eles colaboraram bem. (A7)

[...] o agente de saúde já acompanha os ACE, nesse sentido que está passando para eles o lugar quem está mais vulnerável, [...] a tendência de ter um foco do mosquito, por exemplo, a gente vai uma casa observa, onde as plantas estão com o vaso cheio de água, a gente orienta, mas depois nós voltamos com o ACE, então o agente endemia tem que ir com agente de saúde para colocar o pozinho para matar o mosquito, então todo trabalho é feito com o agente saúde [...]. (A11)

No tocante a diferenciação de formato da vinculação empregatícia entre os ACS e ACE, a falta de participação nos treinamentos e reuniões de equipe e a falta de coordenação e supervisão dos ACE por profissionais da equipe de Saúde da Família, observamos como outros fatores limitantes para que se torne realidade a articulação e a interação desses profissionais com as eSF.

Os agentes de endemia eles são concursados, acho que em maioria no município eles são concursados, não consegui perceber, isso não aconteceu, mas pelo que a gente percebe são pessoas que não tem esse treinamento, essa... não dá. Eu não tenho muito contato com os agentes de endemia, geralmente é uma dificuldade de treinamento da equipe com eles, eu não sei se é pela questão da diferença de vínculo ou por ser profissionais que estão na maioria das vezes na rua, não tem uma supervisão da enfermagem por exemplo, eles têm o supervisor deles próprios, então assim, não consigo te responder com propriedade porque eu não tenho esse vínculo com eles, são pessoas que não participam pelo menos nas unidades que eu passei até hoje eles não fizeram parte da equipe em momento algum. (E1)

Não. O agente de endemias é um agente meio fantasma porque eles são agentes de saúde concursados, então [...] a questão da estabilidade de “eu faço o que eu quero” então o agente não tem, por que todos são CLT, e somos todos de organização de saúde [...] Então é como se “Eu não devo satisfação a você, Clínica da Família, a você, território. Eu tenho outro patamar de atuação”. (E10)

Na ignorância, eu vou falar porque eu não conheço muito a fundo quem comanda eles, eu sei que eles têm uma sala separada que nem a gerente tem acesso a eles, eu acho que deve ter um outro trabalho, entendeu, mas que eles pensam assim: eu não vou ser mandado embora, então eu estou aqui no meu cantinho e pronto. (A10)

Diante do exposto, muitos não conseguem vislumbrar o compartilhamento de atribuições entre o ACE e ACS, antes de consolidar o ACE como parte da equipe de Saúde da Família. Além dos fatores limitantes expostos anteriormente, os profissionais também expõem que consideram que o trabalho e a formação dos ACE é diferenciado dos ACS, mas acreditam que os ACS podem realizar as ações desses profissionais, mas não ao contrário, ressaltando

que para isso, seria necessário aumentar o número de ACS nas equipes, indiciando desta forma, extinção de uma das profissões.

Eu acho que não tem muito... eu, a minha humilde opinião, não faria, não tem nada a ver, eles são treinados capacitados para fazerem outras coisas, como ACS eu não vejo não, habilidade zero, se treinar o ACS para fazer uma simples verificação de pressão está difícil, imagina retreinar um profissional que está ali há anos trabalhando com isso, eu acho que é válido eles estarem na equipe, isso eu sinto falta [...]. (E3)

Eu penso que sim, seria interessante [...] essa junção de funções porque eu acho que o agente comunitário tem total capacidade de estar desenvolvendo as atividades que o agente de endemias realiza e vice-versa. Eu acho que sim daria para capacitar e transformar esse profissional em uma categoria só porque não vejo tantas diferenças assim nas atividades dos dois. Hoje em dia vejo o agente comunitário muito engajado na questão de já estar realizando atividades que o agente de endemias faria, que é orientação, estar observando a casa durante a visita. [...] Olhar e orientar para mim já está embutido, já está no sangue então creio que se unissem essas duas funções não traria prejuízo eu acho que muito pelo contrário, ia somar muito com a prática desses profissionais. (E6)

[...] o trabalho é diferente, não sei se eles estão preparados para assumir o papel para chegar junto e fazer a mesma coisa que o ACS faz porque são trabalhos diferenciados. (A9)

[...] se voltassem uma quantidade correta que era antigamente a gente conseguiria, porque a gente tem conseguido tanta coisa, a gente não consegue como te falei ter um acompanhamento que antigamente era de suma importância, só que se voltasse com a quantidade normal de Agente Comunitário de Saúde eu acho que a gente conseguiria fazer. (A10)

Diversos estudos corroboram com os principais fatores limitantes para a articulação entre os ACE e ACS na equipe de Saúde da Família, em que são evidenciados conflitos decorrentes da posição dos atores e serviços, mediante a lógica e as condições do processo de trabalho em que estão inseridos (OLIVEIRA; CASTRO; FIGUEIREDO, 2016).

Em relação à participação dos ACE nas reuniões de equipe, Oliveira, Castro e Figueiredo (2016), verificou-se que 24,5% não participaram de nenhuma reunião e 75,5% participaram uma vez por semana. Apesar da participação nas reuniões, não conseguem perceber que as suas informações contribuem para o planejamento e efetivações das ações de saúde propostas pela ESF.

O estudo de Grings *et al.* (2016), que avaliou a percepção dos Agentes de Combate às Endemias (ACE) sobre estes aspectos nos setores da Vigilância em Saúde da Secretaria de Saúde do município de Chapecó, Santa Catarina, identificou fragilidades de participação no planejamento das ações, eles referem que as reuniões são meramente momentos de repasse de informações. Constataram que sobre o planejamento das ações envolvendo o trabalho dos

ACE, um total de 61% afirma não saber como é realizado o planejamento do serviço, 33% reconhecem os momentos de planejamento somente como repasse de informações e apenas 6% reconhecem que há planejamento.

Contudo, há o sentimento de exclusão por parte do ACE, relacionado ao processo de participação de planejamento do serviço com limitações de comunicação entre si e com os outros profissionais e espaços da saúde, o que chama a atenção a urgência em se pensar nas estratégias de planejamento e articulação desses profissionais para que seja consolidada a integração das ações na APS (GRINGS *et al.*, 2016).

Pessoa *et al.* (2016) identificaram que a ausência regular de alguns ACE nas reuniões da equipe sob a justificativa que a diferença de horários e as atividades diárias impossibilitam sua participação. Outro fator evidenciado que corrobora com este estudo, é a não participação de seus supervisores, que deveriam acompanhar e apoiar a realização das atividades de prevenção e controle das endemias no processo de integração com as equipes de Saúde da Família.

Concordamos que a integração das atividades de vigilância deve ser potencializada já que as atribuições dos ACE e ACS são distintas, porém complementares, devendo-se evitar a sua duplicidade de ações. Esses profissionais são fundamentais no desenvolvimento das ações de vigilância e são corresponsáveis pela saúde da população de sua área de abrangência (PESSOA *et al.*, 2016).

Deve-se analisar que as atividades atribuídas aos ACE são atividades coletivas, conjuntas e complementares, das distintas categorias da equipe, a serem realizadas no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família, sendo a sua inserção importante para a promoção da saúde com atendimento à saúde de forma integral (OLIVEIRA; CASTRO; FIGUEIREDO, 2016; BRASIL, 2010).

Outro aspecto a ser discutido, levantado pelos depoentes, foi o desconhecimento da coordenação dos ACE. O Guia Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2018b, p. 42) sinaliza que a importância da integração entre AP e Vigilância em saúde sinalizando que “a coordenação dos Agentes deve ser realizada de forma compartilhada, devendo os ACS serem coordenados pela AB e os ACE pela VS. No entanto, faltam esclarecimentos sobre a ordenação prática dessa coordenação já que o que se observa é a falta da presença do coordenador desses ACE de forma atuante na unidade, e visualizamos como minimamente necessária para que esses profissionais se integrem de fato nas equipes de AP.

Em relação à diferenciação do formato de vínculo empregatício entre os ACS e ACE, a conquista do vínculo de estatutários pelos ACE do estado do Rio de Janeiro, veio a partir de um intenso processo de luta e resistência, principalmente após a demissão em massa ocorrida em 1999 no governo de FHC (PEREIRA JUNIOR, 2018), em que dos 5.762 ACE da FUNASA que atuavam no estado, foram demitidos 3.500 trabalhadores (SINDICATO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE, TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL NO ESTADO DO RIO, 2006 apud PEREIRA JUNIOR, 2018).

Este contexto de luta dos ACE, acerca das questões de vínculo trabalhista, só terminou recentemente com a publicação da Lei 13.026/14, a qual promulgou o estabelecimento do vínculo de estatutários ligados ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2014).

Pereira Junior (2018, p.118) destaca em seu estudo intitulado “A luta contra a precarização do trabalho dos agentes de combate às endemias no estado do Rio de Janeiro”, todo o processo histórico de luta desses profissionais até a conquista do vínculo estatutário, o que “contribuiu para fortalecer os vínculos de solidariedade de classe entre esses trabalhadores, uma vez que o Estado possui inúmeras formas de dominação para impedir a conscientização e formação da categoria dos ACE”.

Os ACS também veem de um histórico de lutas e resistências em relação ao vínculo empregatício, embora a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006a), que trata da regulamentação das atividades exercidas pelos ACS, sugere a utilização de contratação direta pelo poder público municipal, os modelos de contratação dos ACS utilizados por boa parte dos municípios ainda são precarizados e informais, através de contratos temporários, cooperativados, autônomos, dentre outros que não reconhecem os direitos sociais desses trabalhadores (BRASIL, 2002). Todavia, entidades, como o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), defendem a continuidade das formas de contratação indireta, anteriormente utilizadas, valendo-se das Organizações Sociais de Saúde (OSS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPS) e cooperativas. O ACS é um trabalhador que tem sua história marcada pela precarização, tanto em relação às suas condições de vida, pois faz parte de uma fração da classe trabalhadora que luta para sobreviver todos os dias, quanto em relação às políticas de formação e de trabalho (CASTRO *et al.*, 2017; NOGUEIRA, 2016; QUEIRÓZ; LIMA, 2012).

Por fim, vale ressaltar que compreendemos e defendemos a importância da integração entre a AP e VS, mas não através deste formato. No entanto, a PNAB 2017, ao normatizar atribuições comuns aos ACE e ACS, traz a sensação de fusão desses profissionais, quando os

compreendemos como complementares. Além disso, reforçamos que esta política ainda apresenta um contexto de contradições, onde outras alterações nos processos organizativos da AP estão acarretando um ambiente desfavorável para tal integração, e pelo contrário, é favorável ao surgimento ou aumento de espaços de disputas e tensões entre esses profissionais.

3.3.2.3 Subcategoria: A inclusão de procedimentos técnicos de enfermagem como atribuições aos ACS

Esta subcategoria analisa as implicações da PNAB de 2017 nas práticas de saúde do ACS em relação ao acréscimo de atribuições que permeiam o campo de competências e atribuições de enfermagem: aferição de pressão arterial, glicemia, temperatura e a realização de curativos.

Na primeira etapa deste estudo, através da aplicação do formulário, detectamos que para os ACS e enfermeiros, a ampliação deste tipo de atribuições possuem tendências negativas de repercussões nas suas práticas de saúde. No entanto, para os ACS, esta ampliação é mais negativa do que para os enfermeiros. Contudo, este item também foi assinalado para aprofundamento durante as entrevistas, já que esperávamos que fosse julgado como uma alteração com tendências aproximadas de zero (Quadro 18).

Quadro 18 - Identificação das tendências de repercussões nas práticas de saúde dos ACS e enfermeiros referente à inclusão de novas atribuições

Alteração da PNAB 2017	Tendências	
	ACS	Enfermeiros
Amplia as atribuições dos ACS, incluindo a aferição da pressão arterial, aferição de glicemia capilar e a troca de curativos.	Tendências Negativas (Média=0,77)	Tendências negativas (média= 0,84)

Legenda: Agentes comunitários de saúde (ACS); Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).
Fonte: A autora, 2021.

Durante as entrevistas encontramos entre os participantes do estudo, os favoráveis, os parcialmente favoráveis e desfavoráveis ao exercício dessas novas funções pelo ACS. Os

profissionais favoráveis apoiaram as suas justificativas na possível celeridade do diagnóstico e tratamento precoce das doenças, como forma de contribuir efetivamente com o processo de trabalho da equipe já que os Técnicos de Enfermagem e enfermeiros são em menor quantitativo na unidade, a distância das unidades e a dificuldade de acesso às residências dos usuários restritos ao leito, ou seja, a questão principal que é o aumento do número de profissionais de enfermagem não é pensada pelos entrevistados e ainda não percebem que não haverá celeridade no diagnóstico se não houver competência profissional para tal.

Também é relatado pelos enfermeiros as suas reivindicações durante as reuniões entre a equipe e gestão para que as novas atribuições sejam implementadas na prática e não percebem o risco da perda de escopo de competência e o exercício ilegal da profissão de enfermagem por parte dos agentes de saúde.

[...] eles não faziam [...]. No acamado e ele estava com a pressão alta, o técnico não conseguia sair, eu tinha que me deslocar cheia de coisa para fazer, ir lá em cima, é longe, para poder verificar sinais vitais, para dar o diagnóstico tinha que ter pelo menos duas aferições e eu tive que subir, falei: “vou eu mesmo” corre, verifica, “tá de alta de novo”, se passaram quinze dias para eu conseguir subir para verificar, se o ACS tem essa habilidade ele faria isso, eu sei que ele está apto, que foi bem treinado, ele conseguiria fazer isso e eu conseguiria um retorno mais rápido para que o médico conseguisse iniciar o medicamento[...]. (E3)

Eu sou favorável porque isso facilita no processo de identificação de algum problema. Quando já vem para a gente já vem alguma situação um pouco mais detalhada do que a gente pode fazer de conduta. [...] Eu sou a favor, isso tem um grande impacto porque na PNAB anterior a essa, o agente de saúde não tinha essa questão. (E10)

[...]Toda vez que a gente faz reunião eu trago esse assunto à tona sobre o agente comunitário de saúde que é para aferir pressão, glicose e fazer curativo, já está na PNAB. (E6)

Eu acho legal, eu acho, [...] eu não sou contra não, [...] na minha unidade tem vinte e cinco ACS e oito técnicos [...] Às vezes um fica doente, às vezes está cheio para aplicar uma medicação, e a gente pode aferir uma pressão, verificar uma glicemia, com tanto que a gente esteja treinado para isso [...]. (A1)

[...] as meninas trabalhavam muito, muito mesmo as meninas tinham um menor quantitativo de técnicos e trabalhavam demais e elas até que gostaram da ideia, porque isso ajudaria trabalho delas, é como não é minha função acabaria todo mundo ajudando o outro a partir do momento que o agente de saúde quisesse, diminuiria a sobrecarga do técnico de saúde que aí é um para quatro mil. (A10)

Uchimura e Bosi (2012) revelam em seu estudo a respeito da expectativa dos demais membros da equipe multiprofissional da ESF de que o trabalho do ACS se desenvolva com um enfoque clínico.

Como a realização desses procedimentos ainda não estão liberados pela gestão municipal, os profissionais mencionam que há recusas por parte dos ACS na realização dessas funções por medo de retaliações e/ou suspensões de seus superiores, mas são favoráveis desde que treinados devidamente para tais funções. Acrescentam que atualmente os ACS, que possuem formação técnica de enfermagem, aferem esporadicamente e informalmente, a pressão arterial de alguns usuários.

[...] por eles, eles fariam com a maior tranquilidade e carinho sem problema algum, eles só não fazem porque a gerência do local não libera, entendeu? [...] Se falassem: ó, vocês podem aferir, vocês podem levar o aparelhinho, [...] eles fariam com a maior tranquilidade, sem problema nenhum, agora, eles têm medo de fazerem as coisas e serem chamados e advertidos [...]. E8: [...] eu já até falei: “mas sou eu que estou te pedindo, não é a gerente, não é a unidade”, mas eles alegam que isso eles não são liberados a fazer.[...]. (E8)

[...] agente de saúde quando tem uma empatia a mais pelo paciente faz o que é estabelecido de fazer a verificação dos sinais vitais, porque ele é técnico de enfermagem, mas não ganha a complementação por técnico, como ele já tem o conhecimento de ser técnico e ele tem empatia pelo paciente, já faz o serviço a mais na residência. Mas se não tem empatia e é um paciente comum para ele, vai trazer a informação para o enfermeiro da equipe ou para o técnico de enfermagem fazer uma visita complementar. (E10)

Destacam que a realização desses procedimentos é vista como uma oportunidade para aumentar a sua utilidade na equipe, aumentar a autonomia e conseqüentemente a valorização e reconhecimento do trabalho do ACS, onde é revelado o incômodo com o excesso de atribuições burocráticas dispensadas a esses trabalhadores. No entanto, é reconhecido que são atribuições do técnico de enfermagem sendo necessária à sua qualificação e/ou capacitação.

[...] Quanto a potencialidades, eu acho o fato deles se sentirem seguros e úteis, a independência de não ficar esperando o enfermeiro [...] para realizar essa prática, ter autonomia, a palavra certa é autonomia. Para realizar uma visita com um pouco mais de qualidade. Quando você chega na casa do paciente e leva o aparelho para aferir uma pressão e glicemia ele se sente mais valorizado, como se estivesse em uma consulta [...]. (E6)

Nenhuma, para mim não. Eu acho que seria mais útil estar fazendo um trabalho desses do que ficar sentada com a parte burocrática, só fazendo cadastro, não, por que eu não posso fazer um cadastro e fazer o curativo? Mas dentro daquilo que eu falo, a gente ser treinado [...]. (A1)

É, eu vejo isso assim, no meu caso eu não me importaria. Eles teriam que qualificar os ACS, porque os ACS que fazer isso são técnicos de enfermagem, só que eles preferem trabalhar como ACS porque dizem que tem menos responsabilidade em relação a isso, dar um medicamento, porque o medo do ACS é fazer alguma coisa errada, porque nós não somos técnicos em saúde, por isso que eu digo dá instabilidade, a gente teria que fazer algum curso para a gente estar podendo fazer essas novas atribuições, tem problema nenhum.(A5)

Não fazemos, mas eu acho que é de suma importância, se eles dessem cursos [...] não simplesmente falar: você vai aferir pressão, fazer um curativo e pronto, não, eles deveriam capacitar os agentes de saúde para que a gente possa exercer, isso é muito importante, eu ficaria lisonjeada de chegar e aferir a pressão do usuário. E muitas das vezes ele não poderia vir até aqui passar pelo enfermeiro, pelo médico e já diminuiria a sobrecarga do enfermeiro, do médico, com a visita do agente de saúde. (A10)

Neste contexto, Riquinho *et al.* (2018) evidenciaram que, atualmente, há o deslocamento dos profissionais do foco do domicílio e no território para dentro das Unidades em razão das atividades administrativas dos serviços. Dessa forma, ele questiona se ampliar a força de trabalho com foco clínico é a melhor saída para as demandas que se têm hoje nos serviços de saúde? Vale ressaltar que o ACS tem a sua atuação como mediador no acesso e implementação das políticas públicas perante a complexidade e a burocracia dos aparatos do Estado, de modo que é indispensável a mediação desses trabalhadores para com os indivíduos que vivem à margem de determinadas engrenagens (LOTTA; VAZ, 2015).

Para Nogueira (2017), as práticas de saúde dos ACS, como de todos os profissionais da Atenção Básica estão atravessadas pela racionalidade gerencialista, processo que aprofunda a competitividade entre os profissionais, com a implantação de sistemas de avaliação do trabalho em saúde subsidiados por critérios de desempenho individual, com remuneração por desempenho e orientação do trabalho baseado em metas quantitativas centralizadas em ações e procedimentos através de uma única lógica, a biomédica.

Nos chama a atenção que estes profissionais favoráveis à realização desses procedimentos, não se atentaram para os riscos de maior amplitude, que seria a descaracterização do papel do ACS na equipe de saúde da Família, promovendo o enfraquecimento do modelo e o sucateamento do SUS. No entanto, a necessidade de capacitação e qualificação técnica dos ACS também foram apontadas no estudo de Silva *et al.*, 2020, para a execução dessas atividades.

Mas entre os profissionais que são desfavoráveis a inclusão desse tipo de atribuições aos ACS, que esta proposta da PNAB 2017 se esbarra em diversos fatores, dentre eles: as questões legais do exercício profissional, desvio de função, a necessidade de formação técnica e as condições e cargas de trabalho, além da descaracterização do papel do ACS na Atenção Primária.

[...] inclusive os meus ACS são ACS e técnicos em Enfermagem onde eu trabalho, eles recebem uma gratificação da empresa por isso, mas eu falo: “ aqui vocês são contratados como ACS [...] eu falo com eles: “não façam porque não é da atribuição de vocês, nós temos a técnica de enfermagem, então ela que vai fazer o curativo, ela

que vai administrar a medicação, se eu souber que vocês estão fazendo eu vou dar advertência” [...]. (E11)

Assim, eu até entendo essas questões trabalhistas, mas elas viriam através de portarias, seriam regulamentadas, eles teriam uma capacitação. Então tem burocracias para isso acontecer, entendeu? E pode acontecer, a questão é o quanto isso vai impactar no trabalho da unidade, na vida pessoal e profissional deles, no nosso controle por conta de situações vividas diariamente na unidade. (E4)

[...] O Coren ainda não tem nenhum pronunciamento disso, o COFEN, então antes de ter essa política tem que ter uma discussão entre as entidades da profissão, que no caso é a enfermagem, a responsabilidade de curativo é de quem? Do enfermeiro, então está, o ACS vai fazer e se o ACS usar uma cobertura que lesione ainda mais a ferida do paciente quem é que responde? O enfermeiro que supervisiona o trabalho do ACS? Ok, mas supervisiona o curativo nesse caso? Acho que fica uma lacuna, enquanto fica lacuna eu acho melhor a gente não fazer, porque a gente não tem respaldo [...]. (E11)

Em relação às questões trabalhistas, os depoentes demonstram suas contrariedades sob os aspectos do desvio da função, mesmo aos ACS que possuem formação técnica em enfermagem e do exercício ilegal da profissão também é citado já que para a realização dessas atribuições é necessária a regulamentação profissional. Compreende-se que os enfermeiros criticam a PNAB 2017, já que preconiza atribuições que implicam em exercício ilegal da enfermagem e deslocamento da função do ACS para que seja colocada em prática.

Portanto, os depoentes desfavoráveis, expressam a necessidade da formação técnica de enfermagem para a realização segura e legal dessas novas atribuições, assim, apenas capacitações ou qualificação não seriam eficazes diante da complexidade técnica e científica para a realização dessas funções preservando a segurança do usuário.

Eu sou contra, porque ele não teve uma formação técnica e não fez um curso técnico em enfermagem, e o máximo que o ACS pode ter é um curso técnico de ACS. [...] você tem que ter todo o conhecimento técnico e científico para aquela técnica, [...] para ser ACS exige apenas o nível médio, então acho que você colocar uma responsabilidade no profissional de nível médio, porque um curativo não é só você olhar: ah, água com soro, não é, um curativo envolve toda uma questão, como aquela pessoa tá se alimentando, se ela tem outra doença de base, qual a melhor cobertura para usar, como que tá o leito daquela lesão, a borda, não é só você fazer uma técnica, é um contexto muito mais amplo, então assim, eu sou contra. (E11)

[...] Não sabe o que você tem que fazer, se for fazer realmente uma pressão bem-feita tem que fazer pressão de quatro membros para você conseguir identificar se tem uma variação, você tem que fazer uma PAM, tem que fazer muitas coisas, não são uma aferida de pressão, porque só aferir a pressão qualquer um faz para colocar ali para insuflar o negócio até sei lá quando, vai fingir que ele ouviu alguma coisa e falar doze por oito.[...]. E9

[...] uma pressão mal aferida também você pode prejudicar a vida de alguém, não é só colocar o “esfigmo” e acabou, não, tem toda uma técnica. Então eu sou contra e se puder [...] na minha equipe isso não vai acontecer, porque a gente tem um profissional habilitado que o técnico de enfermagem, ele está aí para isso, para fazer

os procedimentos que não sejam invasivos, para ele para fazer o curativo, está ali para aferir glicemia, pressão, é isso, eu sou “super” contra. (E11)

Vale relembra que logo após a proposta da PNAB 2017 estabelecer esses tipos de atribuições, duas importantes portarias foram publicadas pelo Ministério da Saúde e, posteriormente revogadas, devido às pressões e resistências dos profissionais, como a Portaria nº 958/2016, que previa a substituição dos ACS por auxiliares ou técnicos de enfermagem e após a publicação da PNAB 2017, a Portaria nº 83/2018, em que previa o curso de formação técnica em enfermagem para agentes comunitários de saúde e agentes de combate a endemias, o Programa de Formação Técnica em Enfermagem para Agentes de Saúde (PROFAGS).

Apesar de terem sido revogadas, devido a diversos atos de resistência dos profissionais e das instituições, essas portarias indicam que este profissional, não seria mais necessário na Atenção Primária, por ser pouco resolutivo no combate às doenças crônicas- degenerativas, para isto, ocuparia o lugar do técnico de enfermagem atenderia essas demandas, sendo dispensáveis da composição mínima das eSF (MOROSINI, 2018).

Segundo a Associação Brasileira de Enfermagem e outras instituições, denunciam em uma nota que dentre outras leis e portarias, Programa de Formação Técnica em Enfermagem para Agentes de Saúde (PROFAGS), descaracterizam as atuações profissionais, flexibilizam e desfiguram os processos de trabalho no âmbito da Atenção Básica e, ainda, ameaçam postos de trabalho (ABEN *et al.*, 2018).

Assim, concordamos que as duas portarias reforçam as ideias da PNAB 2017, pois foram implementadas denotando o audacioso planejamento de sucateamento do Sistema Único de Saúde, sempre voltadas para a tensão público-privado, onde trata-se a saúde como mercadoria e a atenção básica como seletiva e reduzida, voltados para a lógica do modelo biomédico e hegemônico (FERTONANI *et al.*, 2015; PAIM, 2013).

Outro fato importante a ser destacado e os profissionais favoráveis, é a concordância de que há necessidade de formação técnica em enfermagem para o exercício de tais funções, e justificam-se pelo fato de que a maioria dos ACS possuem formação técnica ou são acadêmicos de enfermagem, o que contribuiria para a efetivação e a legalização dessas práticas no seu cotidiano, abstraindo outro problema legal, que seria o desvio de função.

As minhas ACS especialmente, é só uma que não, são técnicas de enfermagem, elas tem curso de técnico e lá tem vários que são técnicos e estão fazendo faculdade de enfermagem e mesmo assim eles não podem fazer, o que eu acho errado, porque se eles vão visitar o paciente não custa nada eles levarem um aparelhinho de pressão, um aparelhinho de glicose, porque se tipo assim, deu uma alteração muito grande na

glicose do paciente a gente vai lá faz um insulina, faz um medicação ou vê o prontuário da paciente vê o que ele precisa entendeu? Seria muito bom mesmo, essa ideia é muito boa acha que adiantaria muito o seu trabalho, ia adiantar muito, muito mesmo. (E8)

[...] muitos de nós já temos o conhecimento, muitos de nós já somos da área da saúde, muitos já são técnicos de enfermagem, com isso, porém, nem esses têm autorização e não fazem esses tipos de serviços [...]. (A4)

Contrários a esses depoentes, para Morosini (2018), já existem técnicos e auxiliares em enfermagem nas equipes de saúde da família, mas ao se agregar as práticas da enfermagem ao trabalho do ACS, o que ocorre é a ampliação da presença dessas práticas no território, em detrimento das atividades hoje realizadas pelos ACS.

As novas atribuições e os problemas administrativos e de gestão, como por exemplo, a insuficiência de trabalhadores nas unidades para desempenhar atividades que são fundamentais para o seu funcionamento, são algumas das barreiras que acabam produzindo desvios de função e aprisionamento do ACS na unidade de saúde (ABEN, 2018).

Para Morosini, Corbo e Guimarães (2007, p. 267), o desvio de função se dá pela “compreensão do trabalho do ACS como inespecífico e de baixa complexidade, podendo ser redirecionado, segundo as necessidades dos serviços, para atividades que supostamente exigem pouca capacitação”.

Quando questionados, aos favoráveis, sobre a conduta do ACS ao se deparar com alguma anormalidade dos parâmetros dos sinais vitais ou da lesão, os enfermeiros responderam que esse ACS está orientado à não prescrever nenhuma medicação, mas que poderia solicitar ao usuário que tome a medicação já prescrita ao seu tratamento, caso não tenha tomado ou se já faz algumas horas da última dosagem. Caso o usuário apresente mais algum sinal ou sintoma associado à alteração dos sinais vitais, este deve ser avaliado por um médico, que deve ser encaminhado à unidade de APS ou para a Unidade de Pronto Atendimento ou solicitar o SAMU.

Eu sempre falo para eles pensarem como eu, enfermeira, porque não sou prescritora, então falo como eu agiria. [...] a gente começa a anamnese perguntando o que comeu e eu sempre oriento a perguntar qual a medicação que usa e há quanto tempo já usou. Se estiver com muitas horas de uso, é para o paciente tomar a própria medicação [...] para tentar alcançar o controle. Se estiver muito alta é para o paciente ir juntamente com um acompanhante buscar na unidade ou em uma unidade de urgência para estar sendo avaliado. [...] caso seja restrito, deve entrar em contato com o SAMU. (E6)

[...] Quando ele se depara com alguma situação de problema, a primeira orientação é: tem condição de ir para a clínica? Porque na clínica é avaliado melhor e dependendo da situação é chamado uma vaga zero na própria Clínica da Família.

Caso não tenha condição de ir para a Clínica por ser um acamado ou ter uma mobilidade prejudicada, é necessário chamar o SAMU na própria residência, porém o acesso é muito ruim então se eles identificam uma situação bem crítica. Muitas vezes a orientação é falada para nem ir para a clínica, já que vai descer, deve descer direto para unidade de emergência e após a liberação da unidade de emergência ir para clínica para continuar o acompanhamento desse paciente. (E10)

Os enfermeiros percebem e os ACS confirmam a insegurança na execução desses tipos de atribuições, no que se refere a sua conduta do profissional perante a detecção de alguma anormalidade ao aferir os sinais vitais dos usuários, já que presumem a indigência imediata de resposta diante problemas encontrados.

[...] A questão da fragilidade e quando se depara com uma questão de alteração, quando se vai aferir uma pressão arterial e o paciente está descompensado, alguns se sentem inseguros na conduta da situação. Acho que é essa questão da insegurança, de o que fazer quando se está alterada, o que fazer e gente tenta trabalhar um pouco isso. [...] Essa é a orientação que eu dou para eles, não tem que se sintem responsáveis por nada, insegura até eu me sinto às vezes, me deparo com situações que me sinto insegura, mas tem como agir [...]. (E6)

Eu até acredito que sim, porque já acontece de a gente chegar na casa do paciente e ele pedir isso, mas a gente precisa se resguardar e saber dentro disso até onde vai a responsabilidade da gente com essa informação e com o paciente, porque se a gente aferir a pressão e o paciente estiver com a PA alta a gente não pode virar as costas e ir embora tem que dar uma solução para aquele problema que ele tem na hora, então eu não sei direito. (A7)

Além de destacarem a necessidade de capacitação dos ACS para que realizem com segurança os procedimentos incluídos, os sujeitos mencionam a disponibilização de recursos físicos e materiais. Também podemos notar que a possibilidade do ACS de realização dessas atribuições já era discutida entre as equipes desde 2016, provavelmente no contexto da portaria nº 958/2016. Contudo, a realização de curativos pelos ACS, ainda não está amadurecida devido a sua complexidade de execução.

Na minha unidade em 2016, o gerente que lá estava sempre colocou essa questão, já mostrava que o agente comunitário de saúde tem que ter uma capacitação para aferição de pressão e glicemia. [...] A questão do curativo é uma coisa que não existe, mas aferição de pressão e glicemia para a época, que era em 2016, eu já havia feito capacitação para agente comunitário de saúde na educação permanente e a gente já havia treinado todos eles para estarem fazendo isso. Posso te afirmar que perguntei há cerca de seis meses atrás quem ainda não sabia e dois agentes comunitários levantaram a mão, o restante todos já fazem. (E6)

[...] o paciente estava realmente hipertenso e se conseguíssemos fazer essa capacitação, pode ser apenas a capacitação ou ter um curso específico para eles que vem abordando toda essa parte de... que seria o técnico fazendo, eu acho que seria muito bom, avaliar um curativo mínimo, coisas simples porque tem coisas que nem o técnico poderia fazer, mas olhar lá com aquele olhar mais refinado para poder

identificar “olha, esse aqui está infeccionado a gente precisa de uma intervenção” que eles não tem habilidade nenhuma, eu acho que seria de grande valia, ter profissionais que poderiam fazer essas coisas simples, verificar a glicemia de um paciente diabético que não pode descer, eu acho que ajudaria muito, acho que pode investir nisso. (E3)

[...] o estado quem quer que seja tem que disponibilizar o material, não adianta ter um aparelho de pressão, um aparelho de glicemia para trinta e cinco ACS porque os trinta e cinco ACS saem praticamente juntos para a rua, cada dia um vai carregar? [...] Se meu paciente está passando mal, “ah não, mas o aparelho de pressão está com o outro em outro território”. Mas se tiver a capacitação e o material para isso eu acredito que seria muito importante e válido, porque muitas vezes você chega na casa do paciente[...] você teria para fazer um pré atendimento [...]para ver se tem uma alteração na pressão, na glicemia e já encaminha ele para a clínica ou até mesmo para uma emergência, dependendo da situação é emergência não tem jeito. (A2)

Assim, diante de diversos ataques a instituída PNAB 2017, especialmente no que tange à presença do ACS nas equipes de ESF e a inclusão dessas atribuições, os já sobrecarregados de suas práticas de educação e promoção da saúde, assumindo práticas do campo clínico, baseadas em procedimentos simplificados (MOROSINI, 2018), corre-se o risco de retrocessos no modo de trabalho da APS, ocultando as realidades de vida que influenciam os processos de saúde-doença (BROCH *et al.*, 2020; MOROSINI, FONSECA, 2017).

Nesta perspectiva, também foi mencionado pelos enfermeiros desfavoráveis, a piora das condições e cargas de trabalho já agravadas com a diminuição do número de ACS ocasionando o acúmulo de funções, os salários inadequados para a realização dessas funções que certamente impactarão na rotina de trabalho da equipe.

[...] é um profissional que não tem um salário legal, tem um salário de nível médio, você vai dar uma atribuição maior além do que ele já tem e se a gente parar para pensar que não tem aquela obrigatoriedade de números, então vamos supor que um ACS está fazendo um trabalho que seria de dois, três e ainda tem que fazer tudo isso, é adoecedor. (E1)

[...] Não e não. Se eu vivo numa bolha eu quero continuar nessa bolha, mas a gente não faz isso lá, de forma nenhuma. Quem faz os curativos sou eu, as outras enfermeiras, as técnicas, mas o ACS não, mesmo uma única que tem técnico em enfermagem, mas ela não faz isso. Acho um acúmulo de funções desnecessário e para supervisionar também seria muito complicado. Pensa bem, uma pessoa vendo um ACS realizando um procedimento, aí essa pessoa mora na comunidade, é um sábado ou um domingo e vão na casa desse ACS para ele realizar esse procedimento, me desculpa, mas as pessoas não têm bom senso, acho que para a vida pessoal deles também seria bem ruim. Já é ruim e acho que pioraria exponencialmente. (E4)

Chamamos a atenção para a questão que a Enfermeira E11 levanta em relação à imagem enxergada pelos reformuladores da PNAB 2017, que colocam os ACS como um

executor de tarefas, contribuindo para a mecanização das ações do ACS, reforçando o modelo biomédico e a descaracterização do real papel do ACS e da AP.

[...] então não é só o ato de você chegar e mecanizar tudo o que eu acho é quem formulou isso pensa dessa forma, que é só uma pressão, até para você aferir a pressão tem que saber, você tem que saber orientar o paciente, “o senhor veio andando? Tem que esperar, se o senhor fumou, você bebeu água? [...], então eu acho que foi uma forma muito assim de pensar no ACS como executor, só executou sem pensamento crítico[...]. (E11)

Esta perspectiva também é mencionada pela pesquisadora Morosini (2018), que defende a existência de técnicos e auxiliares em enfermagem nas equipes de saúde da família, mas ao se agregar as práticas da enfermagem ao trabalho do ACS, o que ocorre é a ampliação da presença dessas práticas no território, em detrimento das atividades hoje realizadas pelos ACS.

Além disso, encontramos relatos de profissionais referindo as resistências dos ACS a incorporar as novas atribuições às suas práticas na equipe de Saúde da Família. Consequentemente observamos que eles rejeitam a PNAB 2017 e são adeptos a política anterior e reforçam que aferir pressão arterial, glicemia, temperatura e realizar curativos não pertence a função do ACS, apontando novamente a sobrecarga no acompanhamento de usuários que se aumentou na medida que diminuíram consideravelmente o número de ACS.

[...] os meus agentes de saúde são os agentes da antiga PNAB eles têm uma resistência a estar fazendo mais atribuições porque já pegaram mais usuários. (E10)

[...] Não, eu sou pequena parte, se eu falar isso para eles lá eu até apanho. Que são incapazes, que isso não é da atribuição deles, que eles ganham muito mal, é isso que eles alegam. Em partes, só que quando eu entrei eu sabia salário, exatamente isso e eu escuto muito falar: não é minha função, mas eu acho que eu sou doida, eu não acredito que não seja minha função. (A10)

[...], mas eles são totalmente contra, 99% lá são contra, já foi falado em reunião todo mundo deu contra uma confusão terrível, ninguém aceita isso de ir para a casa do paciente aferir que isso aí, mas se for um paciente acamado, poxa, você tem que fazer, você vai chamar um técnico só para isso? (A3)

[...] eu fico pensando até mesmo o que a PNAB quer de aferir uma pressão, glicose capilar, se eles já não aceitam que o enfermeiro os atenda. Para e pensa que eles vão aceitar que um ACS verifique a pressão e diga que a pressão está alterada, que o ACS verifique a glicemia e diga que a glicemia está alterada, ou faça um curativo nele, esse tipo de paciente não vai aceitar de jeito nenhum isso, essa situação. (A2)

Essa atribuição é do técnico de enfermagem não do agente de saúde, é uma atribuição dele, porque o técnico tem um dia na semana que o dia de visita dele na comunidade, no território, então ele tira esse dia para fazer tudo isso, ele tira esse dia para ver família tal, tem um paciente que tem que fazer uma troca de curativo, aferir glicemia, esse tipo de coisa, então ele vai lá e faz, é a mesma coisa, ele colhe sangue

porque o paciente é restrito, é acamado, ele vai lá colhe o sangue, se tiver que fazer troca de curativo ele faz, agora, eu acho que isso não é atribuição do ACS porque senão ele ficaria restrito só a unidade sem fazer visita, porque se for passado para o agente comunitário de saúde o técnico não vai ter mais essa atribuição. (A6)

Os enfermeiros entrevistados ressaltam que os ACS são importantes para o território, no estabelecimento dos vínculos, na busca ativa, no acolhimento, na detecção de demandas de saúde dos usuários, ou seja, na sua real função. Assim, essas novas atribuições distanciam os ACS da sua origem, o que pode gerar lacunas no cuidado.

[...] então sempre fica naquela mesma tecla com isso: vocês precisam se fazer importantes, porque para mim são e são muito, mas se não tivesse ACS na minha equipe eu não ia saber trabalhar porque são eles que filtram as demandas que chegam, eles que filtram as mentiras que chegam, eles conseguem identificar urgências. (E9)

[...]” Tem todo um contexto e não é meramente...um...como posso falar? Um executor de tarefas, que eu acho que quem formulou pensou dessa forma, então você tem que refletir aquilo que você está fazendo para você ofertar um bom cuidado, então eu sou contra [...]. (E11)

[...] de como que vai acolher, de como que vai olhar para o paciente com HIV por exemplo, como que você vai acolher esse homem? Você vai acolher ele ali no meio de todo mundo? Você vai ficar indagando o que que ele tem, se é uma marcação de consulta, por exemplo, eu quero que todos os meus ACS conheçam os meus pacientes com HIV da equipe, para quando olhar para a cara dele já ter aquele “feeling” e já acolher para um canto e falar: está precisando do que? [...] Para não ser uma coisa, preciso disso, daquilo, preciso da percepção, não que ele faça um curativo, eu acho que a gente peca um pouco em relação às atribuições porque não é o que tá me fazendo falta, não faz falta ele fazer isso, falta ele realmente fazer um acolhimento de excelência, que para mim ele nasceu para isso, para poder saber identificar determinado paciente de forma individual, não é porque um paciente assim é assim e outro que chegou com a mesma história que eles vão ser tratados iguais, porque a gente tem que entender que cada ser humano ele vai ser único. (E9)

O ACS como integrante da equipe interprofissional coopera de formas distinta nas ações de promoção, prevenção, investigação, diagnóstico e recuperação da saúde da população. Tal papel reforça a necessidade de uma equipe de saúde coesa, com iniciativas intersetoriais para contemplar as diferentes demandas do território vivido (BROCH *et al.*, 2020).

Ao rememorar a trajetória profissional em relação ao processo de trabalho, as ACS enfatizaram que, no início da implantação da ESF, há aproximadamente vinte anos, suas principais atividades eram voltadas à promoção da saúde, envolvendo atividades individuais e coletivas (BROCH *et al.*, 2018).

No entanto, ao longo dos anos, as suas práticas foram aperfeiçoadas, e conseqüentemente angariando novos desafios, desde o enfrentamento e a resistência na busca

de melhores condições de trabalho e a manutenção do seu papel original, voltadas para promoção e prevenção do território. Estas, segundo os ACS, eram consideradas ações que lhes proporcionavam reconhecimento e respeito dos usuários. Atualmente suas práticas de saúde estão cada vez mais distantes dos usuários devido ao excesso de serviços burocráticos e sua permanência em grande parte do tempo, no interior das unidades. Assim, essas atividades, ao distanciarem o ACS do território, o impedindo que ele realize o acompanhamento das famílias resultam na descaracterização do trabalho e conseqüentemente para o modelo de Saúde da Família (RIQUINHO *et al.*, 2018).

É notório que os interesses privatistas e mercantis que hegemonomizam o governo federal tensionaram para a elaboração de todo esse conjunto de projetos, emendas constitucionais e de manifestações públicas, deixa explícito real objetivo de enfraquecer o SUS de modo a substituí-lo, por serviços privados de baixa qualidade, baseados em “outros” modelos de assistência, com “cestas” de serviços limitados como já ocorre com os seguros saúde focados no modelo biomédico (ABEN *et al.*, 2018).

A transferência de funções do técnico de enfermagem para o ACS, também desponta para a redução dos custos já que é mais barato manter os ACS do que aumentar o número de agentes de saúde, favorecendo a lógica capitalista do setor saúde e precarizando os serviços e as relações de trabalho.

Contudo, sob a hegemonia da racionalidade neoliberal, a lógica privatista tem forçado a ampliação da sua presença no SUS, passando progressivamente a compor a tessitura do sistema. Incorporaram-se ideias afeitas às relações de mercado nos desenhos das políticas e nos processos de gestão, impondo limites à universalização do direito, à concepção ampliada de saúde e à base de financiamento da seguridade social (MOROSINI; FONSECA; BAPTISA, 2020).

Em 2012, já era apontada por Queirós e Lima (2012) a relação entre o poder e o saber, atrelada a construção popular que concretiza a prática social do ACS. Assim, devido a institucionalização desses trabalhadores, essas relações vão se transformando e distanciando das suas funções, papel e perfil, principalmente pelas influências tecnicistas de saúde, onde o saber é modificado e o poder para a ser objeto de disputa. Assim, a inserção pública, a criação da profissão do ACS e a regulamentação do trabalho reconfiguram suas funções, papéis e atribuições.

Para Nogueira (2017), a formação do ACS centra-se no saber popular e com objetivo a promoção da saúde a partir da participação popular que é potencializador da compreensão de

que saúde é um direito social e constituído por determinantes sociais. Assim, sua formação não possui uma base histórica de formação profissional biomédica.

Neste contexto, pode-se explicar, a partir da derrota de substituição desses profissionais por auxiliares ou técnicos de enfermagem nas equipes na portaria 958/2016, o surgimento da PNAB 2017 que reforça esse profissional como facultativo nas equipes de atenção básica, diminuição do ACS nas equipes de Saúde da Família e inclusão de procedimentos de enfermagem como atribuições do ACS.

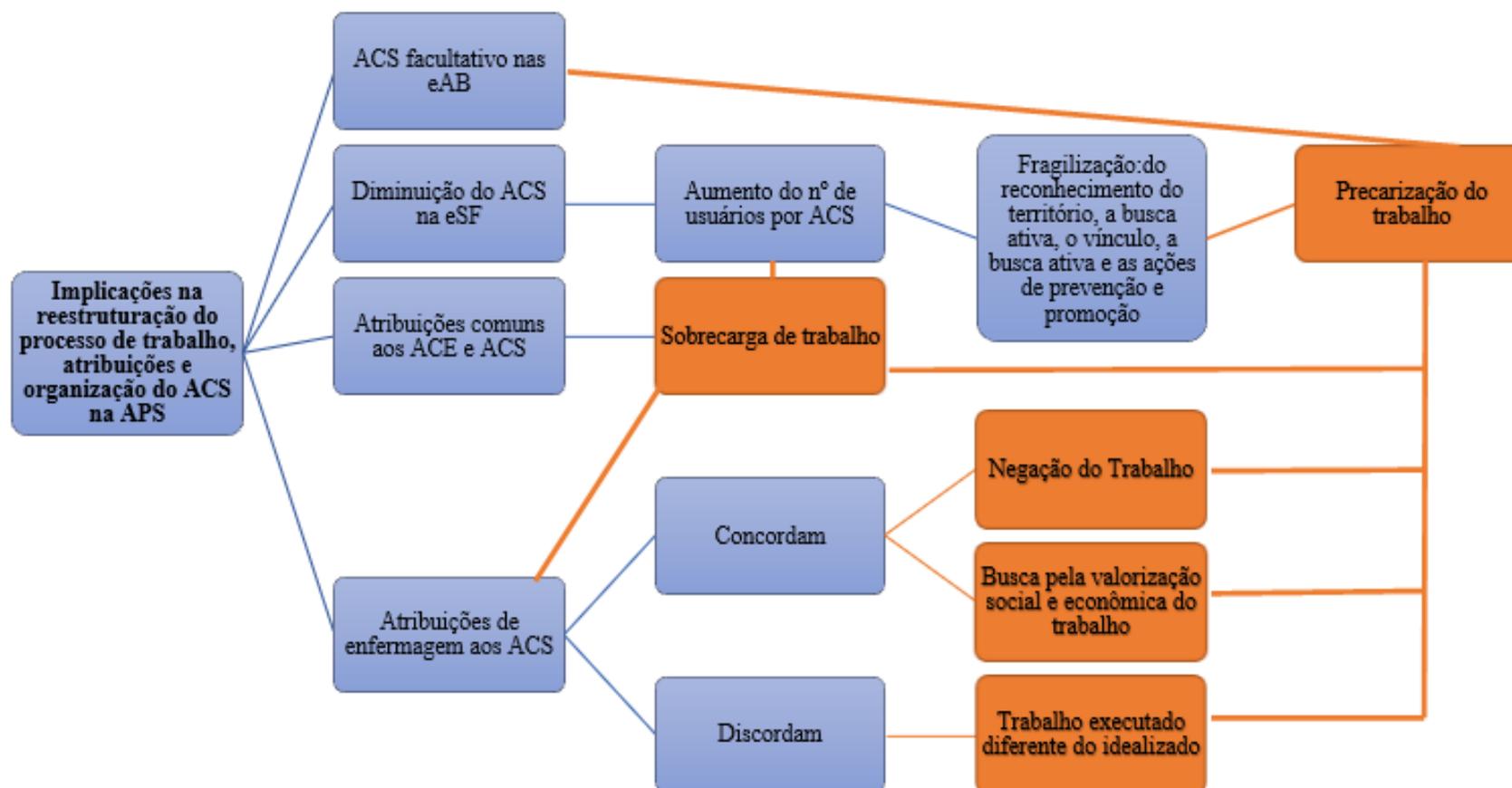
Contudo, a PNAB 2017, com essas preconizações que fragiliza a profissão do ACS, também enfatiza uma

concepção de saúde restrita e uma atenção básica também restrita, que passará a ter nos procedimentos curativos e no setor saúde o principal mote, enfraquecendo a possibilidade de tensionamento dos interesses da população sobre a política de saúde e com os demais setores que determinam a saúde, como trabalho, educação e habitação, entre outros (NOGUEIRA, 2017, p. 464).

É interessante pensar nos diferentes contextos e nas contradições presentes na prática em saúde dos ACS. O quanto que a necessidade do trabalho e de respostas ao que é pré-determinado, acaba por moldar novas formas de oferta de serviços, nem sempre refletidos quanto às perdas dos direitos sociais (neste caso a saúde) para a população. Não ocorre uma reflexão ampliada quanto à qualidade do cuidado, quanto à segurança do paciente, quanto ao acesso e integralidade. “Não ficar sobrecarregado”, “dividir direitinho os usuários entre os ACS” são respostas à uma política que induz o profissional de saúde a aceitar o que é imposto, demonstra nossa baixa participação nos processos de decisão em saúde e nossa “pouca força” na defesa da saúde como um direito de todos.

Na Figura 7, apresentamos as repercussões da PNAB 2017 e como as contradições e estranhamentos identificadas nesta categoria se revelam na realidade concreta das práticas de saúde dos ACS.

Figura 7 - Síntese das contradições e estranhamentos identificados na Categoria Temática 2



Fonte: A autora, 2021.

Contudo, a adoção do modelo neoliberal nos serviços de saúde está atrelada a precarização dos trabalhadores da saúde, inclusive para os ACS e enfermeiros, com a adoção de baixos salários, condições precárias de trabalho (GONÇALVES *et al.*, 2015), precarização das relações de trabalho e diminuição de equipes assistenciais (SILVA, 2020) e a descaracterização das práticas desses profissionais.

Trata-se de um movimento político de esvaziamento da saúde a partir de quem trabalha nela, o que coloca em risco a proposta de vínculo construção terapêutica em um cuidado que é continuado, além dos princípios de territorialidade, de cuidado comunitário, da APS que se perdem e se esvaziam com a re(des)organização do sistema (SILVA, 2020, p. 7).

Junto a este panorama, justifica-se a análise demonstrada na Figura 7, a qual revela as repercussões da PNAB 2017 nas práticas dos ACS, fundamentada nas adoções neoliberais, com a pactuação do Estado, que contradiz a própria Constituição onde se preconiza a saúde como direito, agenciando a precarização do trabalho do ACS na APS.

Demonstra as relações dos ACS com o trabalho de forma contraditória, que polariza e confunde as opiniões dos próprios trabalhadores acerca das suas origens, papel, atribuições e até ameaça sua existência e importância nos serviços de saúde. Aqui, poderíamos relacionar da simplificação ou esvaziamento da profissão (LUCENA, C.; LUCENA, M., 2016), com a concretização do neotaylorismo⁹, onde há exigência de maior escolaridade/ qualificação das profissões, como, por exemplo, a preconização de atribuições técnicas de enfermagem aos ACS. “Em outras palavras, não são algumas profissões que estão requerendo novos conteúdos, mas outras que estão sendo esvaziadas” (LUCENA, C.; LUCENA, M., 2016, p.26).

Diante da polarização de posicionamento dos ACS acerca da concordância e a discordância da inclusão de atribuições do técnico de enfermagem, aproxima-se da construção do reconhecimento social e econômico do trabalho principalmente como justificativa da parte concordante das novas atribuições.

Contudo, estabelece-se uma contradição entre o trabalho que é realmente executado, as práticas de saúde “originais” de âmbito social do ACS e o trabalho que é reconhecido, ou seja, as práticas de saúde biomédicas, levando à alienação por parte dos trabalhadores. A apropriação do trabalho por parte dos capitalistas da saúde, o alienamento e/ou o

⁹O modelo neotaylorista aparece como um modelo de produção, baseado nos princípios de produção em massa e adaptado à nova era de automatização de processos produtivos. Recorre-se à polivalência de funções e alargamento de tarefas, sobretudo, no sentido de não permitir falhas na produção e serviços (MENEZES E CASTRO, 2009, não paginada).

estranhamento por parte dos ACS com o seu trabalho e os baixos salários compõe o quadro geral de precarização do trabalho.

3.3.3 Categoria 3 – A PNAB 2017 e suas repercussões para os usuários e para o modelo Estratégia Saúde da Família

Nesta categoria, reúne-se a discussão e reflexão acerca das repercussões da PNAB 2017 para os usuários, para o modelo da Estratégia Saúde da Família e as influências da gestão municipal na implantação da política.

A categoria foi subdividida em duas subcategorias intituladas: “As repercussões da PNAB 2017 para os usuários e comunidade na visão dos agentes comunitários de Saúde e enfermeiros da ESF” e “As repercussões para os modelos de atenção à saúde e as influências da gestão municipal”.

3.3.3.1 Subcategoria: As repercussões da PNAB 2017 para os usuários e comunidade na visão dos agentes comunitários de saúde e enfermeiros da ESF

A subcategoria refere-se à percepção dos entrevistados em relação às repercussões da Política Nacional de Atenção Básica vigente para os usuários. Os entrevistados apontam que os usuários não perceberam os impactos da Política e citam como justificativas o desconhecimento dos direitos à saúde e a valorização apenas do cuidado biomédico. Perceberam a falta do agente comunitário de referências e referem falta de mobilização para a luta e a defesa do modelo da ESF.

Em relação à incompreensão do conceito ampliado de saúde, nota-se através dos depoimentos, a supervalorização dos saberes biomédicos em detrimento das práticas de promoção e prevenção à saúde, também foi detectada através dos depoimentos, ao mencionar que os usuários ainda não perceberam as consequências da reformulação da política na prestação dos serviços das unidades:

Não tem impacto nenhum para eles. No meu território o que eu vejo é que eles querem atendimento. Não interessa se é o médico A ou B, na verdade querem o remédio, o grande impacto não é nem a consulta, é sair da consulta com a medicação porque quando se sai da consulta sem o remédio você não fez atendimento, para eles. (E10)

[...] usuário na verdade ele só quer ser atendido, ele quer chegar lá e ser atendido, o resto, o que gira em torno não interessa para ele, se ele chegou ali, foi atendido e a necessidade dele, ele atendeu a necessidade dele para ele é o que importa, eu vejo essa relação de usuários assim, eles não ligam muito para essas coisas de mudança burocrática, essas coisas assim não, eles querem ser atendidos [...]. (A6)

Eu acho que a gente está em um período em que as coisas ainda não são claras, os usuários então, se o profissional de saúde não tem a clareza, eu vejo os nossos colegas que estão atuando não tem a clareza da mudança, não tem a clareza que está perdendo espaço né que a Saúde da Família está sendo mudada [...]. (E5)

Estudos com os usuários corroboram com este achado, onde constataram que ainda permanecem nos usuários a cultura do imediatismo, da resolubilidade, da queixa, da cura, da especialidade, do exame, enfim, ainda não se percebem como sujeitos corresponsáveis pela sua saúde (GOMIDE; PEREIRA, 2018; SILVA; MOTTA, 2015; SOUZA *et al.*, 2008).

Mendes (2015) menciona em seu estudo que “essas percepções são legítimas, mas por serem simplórias, distanciam-se de um entendimento mais aprofundado do problema que se pode manifestar, sim, por dificuldade de acesso aos médicos e demoras no atendimento, o que é imediatamente ligado, na visão medicocêntrica prevalecente, à carência de médicos” (p. 43).

Os estudos de Ayres (2004), Ferri (2006) e Tahan-Santos (2011) também revelaram que a concepção de cuidado dos usuários está diretamente ligada ao modelo biomédico, ou seja, uma visão de cuidado centrada na figura do médico, em procedimentos, na medicalização e na cura da doença. Havendo necessidades de mudança na percepção sobre o modelo de atenção por parte dos trabalhadores e dos usuários (ESMERALDO *et al.*, 2017).

Uma atuação política guiada pela percepção da população e centrada excessivamente na oferta de consultas médicas, o que é mais comum, mas não resolverá o problema, e pelo contrário, podendo agravá-lo e tornar o sistema de atenção à saúde mais custoso. Neste sentido, percebemos no Brasil, corresponde ao caso de uma opção política, com a abertura indiscriminada de unidades de pronto-atendimento não integradas nas redes de atenção às urgências e às emergências (MENDES, 2015).

A pandemia de COVID-19 que transversaliza este estudo é mencionada pelos entrevistados como um evento que contribuiu para que os usuários não percebessem a relação dos retrocessos na APS no município e as repercussões da PNAB 2017:

Para eles, é como se nada tivesse mudado, porque pelos menos na minha unidade a gente sempre dá um jeito, com a chegada da pandemia, modificou muitas coisas, muitas coisas que eles perderam, mas não perceberam por causa da pandemia. (A1)

[...] então assim a população cada vez mais fica desassistida e aí hoje tem a desculpa que ela está desassistida devido a pandemia eu ouço isso direto na minha unidade, então a própria população não tem clareza, para ela, ela está desassistida por causa da pandemia, o SISREG parou, as cirurgias pararam, então assim eles acreditam que seja só por isso, mas não é só[...]. (E5)

[...] eu acho que entra o agravante do COVID é claro, essa percepção não vai existir nesse momento, tem um ano aí que a gente se perdeu, não existiu estratégia, eu quase o ano inteiro de 2020 a gente não atuou, a gente não fez território. (E5)

[...] eles estão reclamando muito dessa escala do COVID, o médico já é vinte horas e fica metade do plantão dele no COVID, que é aquele atendimento com uma repercussão negativa, pessoas com comorbidades não conseguem tratamento, o enfermeiro não está conseguindo nem acompanhar porque está sendo obrigado a ficar lá na frente no acolhimento, fazendo triagem, uma repercussão no momento negativa, eles sabem que a gente está trabalhando bastante, mas no momento a gente não está dando conta. (A3)

A pandemia do coronavírus chegou no Brasil com a APS bastante debilitada pelos últimos processos de desmantelamento, inclusive permeada pela PNAB desde 2017, fragilizando o enfoque comunitário, o que representou dificuldades importantes para uma atuação adequada da APS no enfrentamento da pandemia (GIOVANELLA *et al.*, 2020; MEDINA, 2020; SARTI *et al.*, 2020).

Para Silva (2020), o advento da crise sanitária no Rio de Janeiro através da pandemia foi acentuado pelos serviços de saúde historicamente sucateados— mas principalmente ao longo dos últimos quatro anos da gestão municipal, quando tornaram-se ainda mais frequentes atrasos salariais, demissões, mudanças de organizações sociais (OS) que geriam trabalhadores, casos de assédio moral, mudanças de gestores e etc. O descumprimento de direitos aos trabalhadores, a desassistência, o esgotamento e a luta, muita luta, tornaram-se características marcantes desse período.

A diminuição dos ACS teve repercussão para os usuários. Segundo os participantes do estudo, os usuários perceberam e reclamaram da ausência do ACS de referência devido às demissões, principalmente durante as visitas domiciliares e no acolhimento:

Sim, eles perceberam nitidamente que houve uma mudança drástica em relação ao acolhimento deles, [...], o acolhimento foi totalmente remodelado e não foi nada legal para eles e para a gente também. (E3)

[...] Muitos usuários passaram a reclamar nos últimos quatro anos basicamente, depois que agentes os comunitários de saúde foram demitidos piorou muito a qualidade, que até o acesso à própria unidade tem sido um pouco dificultado porque se o agente comunitário não passa no território para orientar a população e não

identifica os principais riscos, até o acesso a porta de entrada é um pouco dificultada.(E6)

[...] Eles reclamam muito de poucos ACS, de pouca gente para trabalhar, não reclamam da gente, mas eles acham assim: “nossa, eles trabalham demais, a gente vê vocês aqui depois já estão lá no final da comunidade”. (A3)

Eles até falam “tem muito tempo que o agente de saúde não vai na minha casa, ela passava lá direto e hoje não passa mais”, mas isso não é uma coisa que deixa um transtorno, gera uma ouvidoria ou deixa de procurar a clínica por conta disso, procura menos por conta da questão que eu te falei, às vezes precisam do agente falando “vai lá” para ele poder descer. (E10)

Bohusch *et al.* (2021) apontam a importância da organização do acesso nas UAPS, sendo prejudicada a longitudinalidade e a coordenação do cuidado quando a primeira escuta e o atendimento não são realizados pela equipe de referência. Dessa forma, o vínculo e a longitudinalidade da equipe em relação à população adscrita é fator primordial para o alcance da resolutividade e confiança, além de potencializar a coordenação do cuidado dos usuários (SANTOS *et al.*, 2016).

Os profissionais também relatam que os idosos são os que mais notaram as mudanças no cotidiano da Clínica, não necessariamente às relacionam com a PNAB 2017, mas sim por suas vivências nas transformações dos serviços de APS desde o posto de saúde até a implantação das equipes de Saúde da Família, logo presenciaram a melhora no acesso aos serviços de saúde e as diferentes formas de produzir saúde. Principalmentecom a criação do vínculo usuário- profissional. Sendo este, rompido com a diminuição de ACS na unidade.

[...] eles falam, ainda mais os idosos que teve um mudança para pior, “minha filha, é o fim dos tempos” eles falam, “eu sei que tinha dificuldade, mas agora gente está com muita dificuldade, a gente fala, a pessoa não entende o que a gente está falando, a gente faz uma pergunta manda pra ir para um lugar onde que não é, está muito bagunçado isso daqui”, não da questão da organização, mas na questão do direcionamento e da orientação até na escuta direcionada e o profissional que está lá na frente, não que seja um péssimo profissional, mas que não tem essa habilidade mesmo então eles sentiram muito essa questão desse remodelamento da Atenção Básica. (E3)

Em relação à falta de conscientização da população em relação às consequências da Política, percebe-se através dos depoimentos, que os usuários desconhecem de como utilizarem os serviços de saúde, além de desconhecem os seus direitos sobre as decisões das políticas de saúde.

[...] não ligam pela ignorância de não saber que é o direito dele ali dentro, ele não vai ligar ele vai querer só ser atendido, entendeu? Não vai mudar na vida dele ele chegar lá e se consulta, se eu tenho duas mil pessoas, só o que a PNAB quer é

ampliar mais para de dois mil a três mil, eu consegui uma consulta para ele daqui a três dias, mas agora só eu consigo daqui a três meses, ele quer a consulta, ele vai “chiar” [...]. (E9)

[...] é que nós como população, como um todo não temos conhecimento e não buscamos esse conhecimento naqueles que a gente elege, então vão aumentar só as dificuldades para ter a clareza do que está acontecendo, a população não vê o que está sendo aprovado dentro dos plenários, o que está sendo de leis aprovadas (E5)
Acho que não veem, eu vejo a carência de educação em saúde, educação no geral muito grande. Então, todos e todas, a maioria dos pacientes são imaturos com consciência em educação em saúde, então eles não percebem quando a gente quer melhorar ou quando alguma coisa está piorando, de verdade. Eles não têm essa percepção. (E4)

Para o usuário? Eu acredito que muitos não têm conhecimento, muitos eu fico lá falando “ó se perder a clínica a senhora vai perder isso, isso” muitas vezes nós ensinamos o que é Saúde da Família porque eles não têm noção da importância daquele serviço para eles. (A10)

Contudo, os entrevistados apontam que os usuários encontram-se apáticos quanto às reivindicações por melhorias no acesso, na qualidade da prestação dos serviços e na defesa da unidade e dos profissionais de saúde:

A população não defende a Clínica da Família, ela defende o atendimento pessoal delas, não está do lado de um funcionário, está do lado do atendimento que tem que ser dado para ele. “Eu tenho que ser atendido problema é seu que você está sem salário” era essa fala que acontecia [...]Eles reclamam, mas continuam vivendo. A gente teve alguns momentos de greve por conta do atraso de salário. A gente teve transição de um governo para o outro que também gerou ausência do agente de saúde no território, ausência de alguns atendimentos de saúde dentro da unidade e eles não ficaram em nenhum momento apoiando os colaboradores que estavam com salário atrasado. (E10)

[...] Tem muito paciente que fala: “eu quero mais é que feche”, a gente na verdade é desvalorizado. (A1)

[...] desde o começo da implantação das Clínicas da família, as pessoas, algumas pessoas mais antigas com mais idades não viram isso com bons olhos, porque já estavam acostumadas com aquele postinho, onde ele tinha aquele acesso total e tudo, tinha o seu médico especialista naquela unidade e eles passaram para clínica que tem clínico geral, mas não tem especialista, porque tem que ser encaminhada sabe lá quando para esse especialista, eles desde o começo, até agora também é assim, não concordaram, mas como é uma coisa imposta a todos, se tem uma reclamação essa é a reclamação. (A8)

Para Backes *et al.* (2009), cabe aos profissionais das unidades, formadores dos futuros profissionais, algumas vezes gestores e políticos e, muitas vezes, usuários desses mesmos serviços, não apenas refletir sobre essa temática, mas fazer um esforço e colocarem-se como instrumento de mudança. Os relatos dos profissionais revelam que eles têm uma consciência de que há a necessidade de estimulá-los e conscientizá-los sobre a importância de uma luta conjunta na defesa de seus direitos à saúde. No entanto, justificam as suas falhas neste

processo de mobilização dos usuários, por estarem sobrecarregados e desvalorizados pelo processo de trabalho e desestruturação da APS em curso no município.

[...] por mais que fosse orientado que a gente tivesse que fazer a educação da população, “Vocês têm que mobilizar a população para estar do lado de vocês, ela tem que entender qual é a função de vocês, a importância” sempre foi falado isso no sindicato e em tudo. Só que não dá para fazer uma educação quando você sempre teve e agora não quer dar mais, mas você está lá dentro da clínica, então você está aqui, você tem que fazer. (E10)

[...] então falta um pouco na sua conversa como profissional com a população, então porque a gente tá tão consumido, engolido pelo processo de trabalho principalmente desse último ano, que o espaço de controle social, de troca, de educação popular e a gente não tá tendo, isso é essencial até porque o SUS foi uma conquista social, popular e eu acho que para a gente continuar lutando por ele a gente precisa manter ele também, por isso que a gente tá mantendo, aceitando muita coisa que tá acontecendo, porque a gente tá sendo engolido, o tempo todo a gente não tá tendo tempo de se mobilizar de lutar, então acho que isso é um reflexo também, né? (E11)

Contudo, é necessário criar espaços para a construção de uma consciência política entre os usuários e profissionais para que não se tornem meros receptores ou interlocutores das propostas governamentais. É preciso que todos os atores sociais estejam engajados e comprometidos, por meio de seus direitos e deveres, na luta pela transformação da sociedade (BACKES *et al.*, 2009; VENTURA, 2012).

3.3.3.2 Subcategoria: As repercussões para os modelos de atenção à saúde e as influências da gestão municipal

Esta categoria engloba os relatos dos participantes do estudo, acerca das influências municipais envolvidos na rápida implantação e implementação da PNAB 2017 no município do Rio de Janeiro. Demonstrou-se o alinhamento de políticos da gestão municipal com pontuais alterações da política, com apontamentos de inúmeras consequências desastrosas para a Atenção Primária à Saúde do município e principalmente para o modelo de Saúde da Família.

Ao indagarmos aos participantes do estudo acerca das influências da gestão municipal na implantação da PNAB 2017, surgem as comparações entre a gestão anterior do ex-prefeito Marcelo Crivella (2017-2021) com a gestão do atual prefeito Eduardo Paes (2021-2024) com os apontamentos dos retrocessos na APS do MRJ nos últimos anos:

Em 2017 vamos dizer sim, mas em 2021 eu não sei te responder. [...] Não, eu acho que em 2017 teve alinhamento com o que pretendia a gestão municipal. Em 2018, talvez. Em 2021 eu espero que não. (E4)

[...] Se eu disser pelo nosso prefeito, da nossa cidade Rio de Janeiro, sim, porque ele queria acabar com a clínica da família, eu digo pelo Rio de Janeiro [...] porque o Marcelo Crivella queria a todo custo acabar com a clínica da família, dizem “más línguas”, mas não sei se é verdade, mas para criar as próprias clínicas dele né, assim por debaixo dos panos, mas também não posso afirmar, mas acredito que sim, que tenha um dedinho dos governantes municipais. (A2)

[...]Foi no governo Crivella, ele tirou, antes do governo dele a gente tinha tudo isso, veio o governo dele e ele tirou tudo isso, foi a pior época para a unidade, para a Atenção Básica, a pior época foi o governo dele. (A6)

[...]Tem algumas situações que a gente tem impacto diário, mas muitas coisas estão acontecendo agora em 2020 e um uma questão que começou em 2017 [...]. (E10)

[...] eu acho que sim, tanto que hoje em questão da PNAB com o novo prefeito do Rio de Janeiro muita gente relaxou porque muita gente fala assim: “O Paes é a favor da Clínica da Família”, “O Paes não vai demitir”, mas até final do ano passado ia passar o “cerol” em todo mundo. (A1)

O estudo de Ouverney *et al.* (2019) constatou que em relação aos atores que mais influenciam os gestores municipais, ficou clara a forte influência dos prefeitos (59%), seguida do conselho de saúde (49%) e do MS (47%) demonstrando que os gestores, como atores políticos, movem-se tendo como base forças e agendas; ademais, ficou explícita a força dos prefeitos, do conselho de saúde e do Ministério em sua tomada de decisão.

De fato, os interesses políticos e partidários nas agendas de saúde, possuem fortes influências, tanto para a sua efetivação quanto para a sua paralização na ponta dos serviços. Como já demonstrava o estudo de Bahia, Costa e Stralen (2007) sobre a importância de alinhamento das esferas estaduais, municipais e federais para a implementação das políticas, essas agendas estão relacionadas principalmente aos problemas da administração pública da saúde nas esferas estaduais e municipais, cujos dirigentes estão permanentemente expostos às contradições entre a formalização do direito à saúde e sua real efetivação.

Fonseca e Medina (2018) apontam, em sua análise, os fatores condicionantes e determinantes na incorporação das proposições de promoção da saúde na agenda governamental do setor da saúde do estado da Bahia (BA) no período de 2007 a 2014, onde o fluxo político aponta convergências entre a mudança de governo e a valorização de novas concepções e métodos de planejamento, com a aparente mobilização pela participação social na nova gestão, coerente com os princípios defendidos pelo partido político do governo em exercício.

Em estudo sobre a agenda política brasileira, Andrade, Brasil e Capella (2021) apontam que estas podem padecer de descontinuidades, ou seja, de momentos de ruptura, devido às prioridades governamentais podendo sofrer pequenas mudanças ao longo do tempo, ou uma grande mudança repentina, em momentos específicos.

Assim, é apontado e reforçado a percepção dos entrevistados de que a Atenção Primária e a expansão das Clínicas de Saúde da Família não eram as prioridades do governo Crivella, haja visto as últimas alterações desestruturantes dos serviços e que foram marcantes no cotidiano desses profissionais.

[...] eu acho que o governo anterior ele esqueceu um pouquinho das clínicas da família, ele esqueceu um pouquinho dos PSF, ele até esqueceu dos hospitais, eu não sei nem o que esse homem, o que esse governo priorizou, a gente ficou bem “largadinho”, muitos foram mandados embora porque fecharam a clínica, porque fecharam UPA e depois tiveram que abrir porque a saúde não pode parar. Eu acho que ele achou que a saúde podia parar [...]. (E8)

Um gestor faz isso, ele usa a política a favor dele, se ele quer mesmo que Atenção Primária em Saúde floresça, ele vai no sentido de pegar as brechas e estimular o crescimento da Estratégia e da Atenção, do contrário como foi na última gestão, ele vai se aproveitar desses “possivelmente” ele vai usar dessas artimanhas para fazer o mínimo do mínimo que a política defendeu na última edição. (E6)

[...] não é só o hospital que funciona para a saúde da população, é muito mais caro você manter uma pessoa em um leito de CTI do que você manter essa pessoa na saúde da família sendo cuidada, sendo orientada, sendo, sei lá amenizando riscos, mas enfim. (E1)

[...] o pessoal não tinha uma visão voltada para a Atenção Básica, não vê a importância da promoção, da prevenção, de evitar esse dano, de evitar que vá amputar a sua perna e a gente viu muita hospitalização nesses anos, eu não sei, acho que foi muita coisa, acho que foi difícil, mas veio a calhar, essa é a palavra-chave. (E3)

[...] Eles não estão nem aí para a Saúde da Família, quer que a população se lasque, vulgarmente falando ele não está nem aí, ele quer fazer o nome dele, tirar foto na Saúde da Família, mas não se importa se tem enfermeiro, médico tem foto no jornal prefeito maravilhoso, mas não está nem aí, quantas vezes o prefeito veio aqui em uma unidade da família? Só na inauguração eles aparecem, nem eles e quem trabalha abaixo deles. (A10)

[...] eu acredito que possa ser feita alguma coisa que redirecione a gente, porque esperança eu sei que é a última que morre, mas ela está bem abatida no CTI, mas eu tenho esperança que toda essa questão seja redirecionada da melhor forma possível, talvez lento porque foi uns anos do tal remodelamento, mas eu acho que isso teve haver com o planejamento e a gente estava acostumado com isso, a pessoa que fazia isso tem isso no coração, você percebe né quando a pessoa ama aquilo, sabe aquela coisa toda, sabe direcionar, sabe planejar, sabe o que está falando, tem experiência e tem vontade e não foi o que aconteceu antes, [...] então eu acho que na verdade a PNAB tomou muita culpa de coisa que na verdade houve uma, aproveitou, não sei, eu não estou conseguindo lembrar uma palavra, veio essa questão da mudança. (E3)

Contudo, os participantes comparam, o tempo todo, as gestões Crivella e Paes, e com o início da nova gestão, mas que já é conhecida por gestões anteriores e que trouxeram benefícios à APS do município, os profissionais ficam esperançosos com as mudanças nos direcionamentos dos governantes atuais, tamanho foi o retroceder no último governo.

[...] eu vejo que a coisa vai ficar bem difícil se ela continuar nessa linha de caminhada, se não chegar alguém, mesmo com o remodelamento e com uma boa visão, eu digo gestão lá em cima, porque nós seguimos o fluxo, e que diga assim: não gente, mesmo com esse remodelamento, vamos rever isso aqui, vamos botar ali, vamos voltar para o caminho que a gente estava mesmo com esse remodelamento. (E3)

[...]A gente vê hoje a gente dando um voto de confiança para essa política no governo Eduardo Paes, a PNAB é 2021 e um porque ele pode melhorar ou permanecer com situações.(E10)

Eu acho que se fosse há alguns anos antes eu acho que a coisa não teria tomado esta proporção, a gente não pode falar de política, essas coisas, mas eu acho que seria diferente que teria tomado um rumo mesmo que tivesse que fazer a modificação, mas eu acho que seria feito um planejamento, um direcionamento[...]. (E3)

Na última gestão ela ganhou forças, espero que com a nova gestão ela seja um pouco derrubada. Já ouvi falar que vão voltar com seis agentes comunitário de saúde e só de ver isso no edital eu já fiquei louca, já subi pensando nisso “olha a gente vou ganhar mais dois agentes comunitários de saúde” então, dá um gás sim. (E6)

[...] Então, eu queria só mais uma vez trazer essa colocação, colocar esperança no gestor Municipal de ele estar lendo e interpretando da melhor forma possível para investir mais e estimular mais o crescimento para a retomada da qualidade do serviço de Estratégia de Saúde da Família. Essa é minha expectativa, na atual gestão, no atual secretário municipal de saúde e espero que outros municípios estejam de comum acordo, que a gente continue vendo a Estratégia de Saúde da Família crescer. (E6)

[...] Eu acredito que sim, eu peguei uma gestão municipal não tão boa, eu tenho grandes esperanças nessa gestão municipal que vai assumir esse ano, já pelo seu histórico, pelas suas parcerias, pela vivência do secretário de saúde, eu acredito que a gente possa voltar dar uma virada de chave e voltar para o superior que a ESF tinha. (E7)

Alinhado ao governo federal, o CEBES (2020) também denunciou o prefeito e bispo neopentecostal Marcelo Crivella, que adotava uma política de retirada de direitos do cidadão carioca com o sucateamento da saúde pública e especificamente da APS, com a diminuição do número de equipes de SF, de Saúde bucal e a extinção do NASF. Sua gestão também atrasou salários e provocou desabastecimento das unidades de saúde com os insumos necessários à rotina de trabalho, prejudicando as ações no território e colocando a população em risco.

Para os entrevistados, as reformulações das Políticas são, em sua maioria, voltadas para o setor financeiro, no sentido de acumulação de capital e lucros. Impuseram à ESF, ao

longo dos anos as metas que reduziram a APS a números e que não buscavam a qualidade da prestação dos serviços de saúde. No entanto, ainda refere piora entre as gestões pois as metas ainda davam um direcionamento à equipe, os profissionais tinham gratificações no cumprimento dessas metas, o que foi perdido totalmente no governo de Crivella.

[...] Diminuir o agente de saúde é pagar menos um salário. Botar médico de vinte horas para ele é interessante porque o salário do médico é vinte mil reais. Se ele pagar um médico de vinte horas, ele paga dez mil. Ele não quer saber se a população está perdendo com isso ou não. Aplicar a parte negativa da PNAB é favorável aos gestores que querem favorecimento de dinheiro, querem só visar dinheiro. (E10)

[...] aqueles que nos representam hoje tem outros objetivos que não é a saúde, que não é a educação, que não é a questão social, infelizmente, novamente a visão é poder financeiro e não para a população, para a grande maioria, então influencia sim e muito. Mas assim, eu acho que depois dessa nova PNAB na verdade eles queria reduzir custos e qualidade, não estavam visando na questão da qualidade, a estrutura está se perdendo em questão de qualidade. (E5)

[...]Tudo é por dinheiro, quem sofre é o trabalhador que faz a assistência da ponta porque ele quer o salário dele fazer o salário, só que tem por fora as metas que são absurdas, porém na gestão antiga do Eduardo Paes eram absurdas, mas você ganhava por bater as metas absurdas, então você tinha um incentivo. [...] Então começam a reformular vários tipos de andamento como pode fazer para custear isso e então começa a ver essas políticas renomadas, sempre em torno de dinheiro. O trabalhador da ponta é o que sofre porque sempre tem que mostrar muito número, sempre, e com a sua equipe cada vez menor. (E10)

[...]mas em contrapartida eu fico muito preocupado com a gestão nacional, estadual porque tem uma lógica contrária do que a gente acredita na Atenção Básica e é justamente essa lógica de especialidades que a gestão anterior tinha de uma alta complementação da rede privada onde a gente entra em uma parte obscura que não é tão obscura, onde temos investimentos privados em interesses externos, externos no sentido que eu falo de outras nações e vem um Brasil com ponto bom para o investimento de planos de saúde, onde a gente tem uma venda da nossa saúde que é um direito de todos que viram direito para poucos, os poucos que podem pagar inclusive, eu vejo muito dessas repercussões onde tem um projeto de sucateamento de reajuste da Atenção Básica, a implementação de políticas de mudanças de reformas mais de contrarreformas do processo de saúde. (E7)

[...] com toda a dificuldade que a gente tinha, muita demanda, cobrança e eu acho que a cobrança a meu ver é muito importante porque ela te dá o direcionamento, você vai melhorando, vai buscando melhorar e buscando organizar sua equipe e aí quando veio esse remodelamento, que o nome veio mais ou menos assim, numa caixinha de presente, o remodelamento, a coisa se perdeu de tal forma que eu não consigo acompanhar, eu não consigo controlar mais. (E3)

[...] O que eu acho é que: como acabou para mim, é o que eu vejo, eu tô a cinco anos como ACS, quando eu entrei na clínica da família a gente ainda era estratégia da família, hoje em dia a gente está cobrindo área, hoje em dia a PNAB quer número, a PNAB não quer atendimento, não quer saúde, não quer isso, ela quer número, não sei se é em relação a dinheiro, eu não sei em relação a quê, mas hoje em dia ela não quer atendimento à saúde, ela quer números e isso infelizmente acabou com a estratégia da família. (A5)

[...] então assim, hoje a política não é uma política para ter qualidade e fazer um sistema funcione dando a devida importância aquele atendimento da população, a

gente volta para a saúde do Brasil onde a gente encontra falhas que o objetivo é infelizmente de alguma forma tirar proveito da população. E5: Eu acredito muito que seja política, a questão política, eu acho que entra novamente sim o governo, a gestão e vem caminhando para isso dependendo de quem está lá nos representando, houve tentativas em todas as áreas da saúde, da educação, mudanças ocorreram nos governos que mudam e entram e aí vai refletir outras questões. (E5)

Santos (2013) sinaliza a existência de uma política de Estado que assume como princípio, a entrega do gerenciamento de estabelecimentos públicos de saúde para grupos privados, insistindo na falsa tese de que o setor público é por definição incompetente no gerenciamento de serviços públicos para as necessidades sociais da população, e que o setor privado é naturalmente competente.

Maeyama *et al.* (2020) apontam, em seu estudo sobre a PNAB 2017, que existe clara intenção de privatização não só do setor saúde, mas de uma ampla gama de serviços públicos, numa lógica neoliberal de governo. Esta versão é confirmada pela coluna de Kapa (2016) no jornal *Folha de São Paulo*, onde o então Ministro da Saúde Ricardo Barros revelava sua intenção de estimular a criação de planos de saúde privados “populares”, com restrições de cobertura, como forma de “socorrer” o sistema público devido à escassez de recursos na saúde pública ao assumir a pasta ministerial.

Em agosto de 2019 foi instituído o Programa Médicos pelo Brasil (PMB), a Medida Provisória nº 890 (MP 890) (BRASIL, 2019) e a criação da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS) com o objetivo de “incrementar a prestação de serviços médicos em locais de difícil provimento ou alta vulnerabilidade e fomentar a formação de médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade”. Segundo Giovanella *et al.* (2019), estas medidas nos alertam para os riscos para o favorecimento da transformação da APS no SUS ser transformado num espaço mercantil da assistência. Na ocasião, Alexandre Ruschi, presidente da operadora de planos privados de saúde Unimed, se posicionou como parceira do Ministério da Saúde, destacando as experiências de interiorização das “cooperativas singulares” do sistema Unimed e o Estado brasileiro (RUSCHI, 2019). Desta forma, é apontada a dimensão público-privado que os planos de saúde demonstram com a APS no Brasil, evidenciando a orientação privatista em curso deste setor (GIOVANELLA *et al.*, 2019).

Assim, os profissionais ficam à mercê das gestões municipais, que a cada 4 anos, mudam as políticas, os objetivos e os direcionamentos, geralmente em prol dos governantes em detrimento da população e dos profissionais. Constatamos esse fato, através de relatos que expressam esperanças de melhorias quando se muda uma gestão, outras, até fazem alusão de

que a Política Nacional de Atenção Básica é anual, como se a política fosse municipalizada e a nomearam como “PNAB 2018”, “PNAB 2021” de acordo com as trocas das gestões municipais a cada ano eleitoral.

[...] É difícil não ser antiética respondendo, mas se você pensa em um governo quando muda, muda toda organização, a gente teve um governo que incentivou a saúde da família, que expandiu e a gente foi para um governo que reduziu equipes, reduziu profissionais, demitiu profissionais, que desestruturou, desabasteceu, a PNAB deixou aberto para que isso acontecesse né, para que seja impactado. (E1)

[...] Hoje em dia, a PNAB 2017 na verdade é uma PNAB 2021 porque ele entrou nesse ano e já está fazendo com que as coisas aconteçam nesse sentido. A minha gerente faz algumas mudanças de gerência e apoiadores e ela já estava entrando no sistema como integrante de equipe, como o vínculo de território dos agentes saúde cada um na sua baía de acolhimento ao paciente, dentista fazendo “posso ajudar”, acolhimento e outras situações que não é só de dente, colocando todos de nível de superior para estar atuando em tudo. (E10)

Teve. É tudo política né, depende do governante que está ali, como a gente sabe é uma pirâmide está no topo, tem um prefeito, um governo, mas você tem algo que vai além deles também né, você tem a presidência, você tem Brasília né que muda muito as coisas, mudam muito as leis, então eles modificam muito isso, a secretaria de educação como um todo, são vários fatores, eu te digo especificamente o desmonte maior para mim foi no governo do Crivella, para mim a Atenção Básica sofreu demais [...]. (A6)

O Crivella. Eu acho que foi o Crivella, por que incentivou em relação a que? Não pela, assim, querendo ajudar a população, ele incentivou em relação a prejudicar algumas pessoas, alguns profissionais de saúde, por isso que foi criada essa PNAB, não pensando “ah, a população” para melhorar a população não, pensou em relação a prejudicar os profissionais de saúde, na minha opinião [...]. (A5)

Outro fato importante detectado é a insegurança dos profissionais que se veem vulneráveis aos ideais políticos das gestões municipais que conseguem retroceder os avanços da APS. Percebem o potencial do município do Rio de Janeiro em ter uma APS fortalecida e que impacte positivamente na vida da população, mas que foi por muitos anos “politizada” e muitas vezes até usada de “cabo eleitoral”.

Retrocesso, insegurança, incerteza, estar vulnerável a qualquer mudança política, a qualquer peso político, muitas vezes políticas territoriais, a gente na saúde da família sofre muito com influências políticas de território e ela deu mais uma mãozinha para isso acontecer né, mas eu acho que se tivesse que resumir em duas palavras com certeza seria um retrocesso e insegurança. (E1)

Os ACS principalmente, porque a gente está como “cabide” de emprego, a gente é tudo na área da saúde, mas infelizmente para os gestores, a parte política a gente não é nada, a gente é assim um simples recepcionista, pombo correio. (A5)

Acho, muita influência, na verdade a impressão que eu tenho que a gente não segue a PNAB, a gente segue a gestão da área programática, analisando bem a gente está sempre em função, aliás essa é uma coisa que sempre me incomoda muito também

porque a gente acaba trabalhando cada um de uma maneira, você vê quando você conversa com pessoas de outras CAPS, de outras áreas, de outras APs, você acaba percebendo que cada um está funcionando de um jeito, como tudo no SUS, às vezes está muito no papel. (A4)

Com certeza, acredito muito, porque muitos governantes acham que a Saúde da Família não funciona que é cabide de emprego, mas só quem está dentro, quem precisa, ainda mais que a gente sabe que a saúde no Rio de Janeiro todo não é lá grandes coisas, então a Saúde da Família consegue resolver muita coisa, tirar muita gente de dentro das emergências, mas eu acho que teve sim muita influência política. (A7)

Haja vista como os interesses individuais e partidários estão presentes na APS do MRJ, concordamos que é indispensável a defesa coletiva do interesse público, representada na dimensão ética da escolha pública democrática e na própria finalidade do SUS, conquistado na VIII Conferência Nacional de Saúde, pois esse interesse que emana do público “[...] inicia e completa o Sistema democraticamente conquistado” (LIMA; GRIPA; BATISTA, 2018, p. 15). Além disso, também é fundamental que os governos não operem em regime paternalista, como “[...] um partido [...] para harmonizar seus interesses”, mas por meio de um “[...] vínculo pedagógico [...] de hegemonia” (GRAMSCI, 2007, p. 1331).

Outro estudo aponta a mesma problemática, demonstrando a complexidade do sistema político no Brasil, onde é permitido que coligações e interesses partidários que privilegiam os interesses do povo, conexos à indefinição do Estado, se contradigam quando é necessária a cobrança de impostos para a implementação dos direitos sociais, adotando “Estado mínimo” como referência ao favorecer interesses privados e sucatear serviços públicos, de modo que isso “configura-se como uma barreira para a compreensão dos papéis das estruturas pública e privada com relação à defesa do interesse público” (ALVES; LIMA, 2018, p.347).

Os impactos da PNAB na prática desses profissionais também foram atravessados e piorados pela pandemia do COVID-19. Contudo, alguns participantes do estudo ainda não conseguiram elaborar uma reflexão sobre o que seria consequência da PNAB 2017, do remodelamento da gestão Crivella ou a pandemia. O início da pandemia, inclusive, dificultou as lutas pelos direitos da população, que não podia realizar manifestações nas ruas por causa do distanciamento social, bem como aumentou o cansaço dos profissionais na linha de frente do combate ao COVID-19 e contribuiu para a fragilização e consequente falta de mobilização da população:

Eu que a questão da mudança da PNAB pelo o que eu estou conversando com você a PNAB ainda é inocente, o remodelamento que trouxe, porque na verdade quando esse remodelamento veio o que foi dito é que esse remodelamento vem por ordem por seguir a PNAB e o que eu estou vendo aqui discutindo com você eu estou vendo

que a PNAB é inocente embora tenha tido realmente mudanças, mas eu acho que a repercussão ao meu ver muito ruim, não sei se é o modo de ver, não sei, mas assim, [...]. (E3)

[...] ano passado para piorar a situação vem o COVID e aí você tem que bloquear um pouco o acesso né, vai ter que fazer restrição de assistência, eu acho que muita coisa está atrapalhando e talvez a gente está meio perdido achando que talvez esteja tudo perdido e não está, pode ser também além do remodelamento a questão do COVID, eu acho que teria que esperar um pouco mais para a gente vamos parar. (E3)

[...] eu acho que trabalhar na estratégia tem que ter um jogo de cintura e viver um dia após o outro, porque eu acho assim que os profissionais inclusive da ponta a gente tá tão cansada, eu acho que as pessoas já estão meio cansadas, “tá bom assim” então tá perdendo força, principalmente com a pandemia também que eu acho que isso em relação ao movimento social atrapalhou inclusive a manifestação, quando eu tinha greve todo mundo ia para rua e agora não pode, então esse governo atual que a gente tá, questão da censura também que fala que não tem, mas claro que tem, então tá bem doido nessa pandemia ter profissional da ponta, mas a gente ainda tem os ideais que a gente acredita [...]. (E11)

Mudou tanta coisa que não tem nem como atribuir sabe, acho que foi mais ao desmonte que a gente teve e por outras questões políticas inclusive, enfim, do que exatamente a PNAB. (A4)

Considerando o contexto político e econômico do país, agravado pela pandemia de COVID-19, a revisão da PNAB pode ser percebida como uma das medidas que buscam a desconstrução do SUS e o fortalecimento do setor privado como alternativa para o atendimento das necessidades de saúde da população (FAUSTO *et al.*, 2018; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Alguns estudos já assinalam que a “reorganização” da APS realizada pela gestão municipal de Crivella no Rio de Janeiro (2016-2020), que retirou a Clínica da Família como referência de cuidado e teve impactos negativos que continuaram no contexto pandêmico e pós-pandêmico em relação ao acesso ao sistema de saúde e no agravamento das condições de saúde da população, associada a grave crise econômica (FERNANDES; ORTEGA, 2020).

Esta problemática é reforçada pelos relatos dos entrevistados, que apontam que a APS foi muito politizada e malconduzida nos últimos anos. Isso, somado à atualização da Política Nacional de Atenção Básica, acarretaram impactos nas práticas dos profissionais e retrocessos para a APS. E além da insegurança na perda do campo de trabalho, os profissionais também lamentam a perda da essencialidade da ESF no setor público enquanto há o aumento de investimentos do setor privado na mesma lógica pelos planos de saúde.

[...] não foi a insegurança de perder o emprego, mas de perder a essência, da gente perder a essência da Saúde da Família, da gente perder o nosso papel no território [...] fica tudo tão em aberto, são tantas possibilidades e a gente viveu momentos tão

difíceis de desestruturação, de desabastecimento, de retrocesso, enfim, e a PNAB só confirmou tudo aquilo que a gente já estava esperando, então para mim não foi a insegurança de perder o emprego, mas o que ela pode fazer com a população. (E1)

[...] eu não acredito mais que essa Estratégia de Saúde da Família, essa PNAB queira de fato fazer mudança pela Atenção Básica na saúde, a proposta anterior era maravilhosa, eu acredito muito, eu acreditava que o SUS na antiga proposta. [...] a gente está mudando novamente a estrutura aos pouquinhos, [...], mas para mim é um retrocesso voltar a atenção como era um postinho, que se falava que o pessoal ia às cinco horas da manhã para a fila [...]. (E5)

[...] a gente entra em uma fragilidade muito grande no SUS, [...] estamos sendo sucateados com vários projetos políticos para fragilizar o SUS nesse sentido e cada vez mais investimentos na rede privada.[...]isso é muito contraditório, os governantes fazendo esse boicote a Estratégia de Saúde da Família, a rede privada investindo na Saúde da Família, então não fecha, ou fecha de uma forma oportuna, porque eles entendem que você quebrar a Saúde da Família vão procurar a rede privada, mas a procura os grandes especialistas, a questão hospitalar porque isso gera mais lucro, gera mais ganho, gera mais parcerias, mais vinculações com ONGs, redes privadas, eu penso muito nisso, eu acho que é um processo realmente para sucatear o processo de saúde e doença e prevenção a saúde, porque a gente previne muito mais gastos. (E7)

Na verdade, eu, eu particularmente fico muito triste porque eu acho que é um trabalho que é um conjunto, é um serviço que poderia funcionar tão bem e são pequenas coisas que são, pequenas, isso atrapalha de uma forma e às vezes a sensação que eu tenho é que está andando para trás, sabe a gente não progride, a gente regride, então a gente vê ali a Saúde da Família, a atenção primária, cuidado, a prevenção, e a gente não consegue colocar isso em prática [...].(A4)

A politização da APS não é um fator negativo em si, já que a politização da saúde foi uma das primeiras metas a serem implementadas com o objetivo de aprofundar o nível da consciência sanitária, alcançar visibilidade necessária para inclusão de suas demandas na agenda governamental e garantir o apoio político à implementação das mudanças necessárias (BRAVO, 2009). No entanto, quando os entrevistados falam em “politização”, eles querem destacar o que observam como “politicagem”, onde a Atenção Primária é usada como um objeto para que determinados políticos sejam eleitos ou reeleitos. Contudo, concordamos que “a saúde é, sim, uma via de politização da sociedade e que, para isso, é preciso tecer políticas públicas fortes, a fim de garantir os direitos sociais sem retrocessos” (COSTA, 2015, não paginado).

Neste contexto, apresentamos na Figura 8 a síntese das contradições e estranhamentos identificados na categoria temática 3.

Figura 8 - Síntese das contradições e estranhamentos identificados na Categoria Temática 3



Fonte: A autora, 2021.

Nesta síntese, identificamos as categorias de conteúdo relacionadas ao Estado e à alienação. Foi revelado que os usuários não percebem as repercussões da PNAB 2017 e citam como fatores determinantes para a falta dessa percepção: a pandemia de COVID 19, a falta de mobilização política, a falta de consciência dos direitos à saúde e a valorização cultural do modelo biomédico na figura do médico. Revela-se a contradição no sentido de que a conquista do SUS foi permeada, principalmente, pela participação popular. No entanto, compreendendo os usuários como classe trabalhadora superexplorada, contextualizando com a crise econômica e política que convivemos nos últimos anos e a chegada da maior crise sanitária do século, explica-se a alienação desses usuários e dos profissionais que exaustos não encontram energia para promover a mobilização social, pois estão condicionados às relações do capitalismo que “acumulam e aperfeiçoam sofisticados mecanismos que deformam a auto compreensão daqueles que são prejudicados por elas” (BARCAT; COELHO, 2020, não paginado).

Para Barcat e Coelho (2020), na sociedade capitalista, quando buscamos saídas diante da crise, nos deparamos com soluções individuais, superficiais e eugenistas, todas produzidas pela ideologia das classes dominantes: a ideologia liberal.

Neste contexto, o desenvolvimento da crítica reflexiva dos determinantes e condicionantes da sociedade capitalista e as suas relações, articuladas à consciência de classe, pode nos livrar da alienação impostas pela ideologia liberal e nos mobilizar para a luta por nossos direitos e a preservação de conquistas.

Embora os participantes do estudo revelarem que a maioria dos usuários não percebe as repercussões da PNAB 2017 na APS, no ano de 2020 foi revelado, nas urnas eleitorais, o descontentamento popular com o governo Crivella. Eduardo Paes, que venceu o pleito e retornou ao cargo de prefeito, é bastante respeitado pelos profissionais da saúde devido à valorização ao modelo de Saúde da Família, apesar da implantação das OS em larga escala na APS em sua gestão anterior.

Ficou evidente que a gestão municipal de saúde de Crivella se tratava de um alinhamento entre o governo municipal e o Ministério da Saúde quando rapidamente foram implementadas as determinações da PNAB 2017 no município do Rio de Janeiro, onde ela foi o principal embasamento para a “parametrização da APS” durante a gestão Crivella. Contudo, vale destacar que faz parte das agendas políticas municipais assumir ou não o compromisso de investimento na expansão do modelo de Saúde da Família.

Desta forma, à medida que são observadas as reais condições dos serviços de saúde do município e suas consequências, para a saúde da população, percebe-se que, apesar da real ampliação da rede de atenção básica, não há preocupação com princípios básicos do SUS, tais como a universalidade de acesso em todos os níveis de assistência e a integralidade, compreendida, de acordo com a Lei 8080/1990 (OLIVEIRA, 2015).

No entanto, esses governos não deixam de atender aos interesses do capitalismo ao oferecer a administração desses serviços públicos às Organizações Sociais (OS) de Saúde. Para Torres (2011, p.21), “o avanço de entidades privadas no fundo público significa um processo crescente de privatização da gestão, e um aumento da exploração dessas atividades por empresas, que se responsabilizam por fazer uma parcela da política social com a contraparte dos recursos públicos”.

Por fim, “[...] fica claro que, a subordinação à lógica da acumulação capitalista, em detrimento das necessidades sociais, é algo evidente no projeto de cidade defendido nos planos de governo, onde a saúde se encontra diretamente imbricada a esse processo (OLIVEIRA, 2015,p.50).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, objetivou-se analisar as repercussões da Política Nacional de Atenção Básica de 2017 nas práticas dos trabalhadores enfermeiros e agentes comunitários de saúde do município do Rio de Janeiro considerando as políticas voltadas para a Atenção Primária à Saúde e a gestão de saúde do município.

A partir deste estudo, confirmou-se a tese de que as práticas de saúde dos enfermeiros e agentes comunitários de saúde na Atenção Primária à Saúde foram descaracterizadas pela Política Nacional de Atenção Básica 2017, interferindo e desconstruindo o perfil de competências desses profissionais.

O método misto permitiu captar, visualizar e compreender os contextos e as subjetividades envolvidas nas práticas de saúde dos sujeitos a partir das mudanças impostas pela PNAB 2017.

No que tange o perfil dos participantes do estudo, os ACS participaram em maior número. Foram predominantes: o sexo feminino, a faixa etária entre 28 e 39 anos, autodeclararam pardos/ mulatos, possuem de 7 a 10 anos de experiência em Saúde da Família, são casados ou em união estável, não participaram das reuniões do Conselho Municipal de Saúde e participaram de eventos científicos sobre a PNAB 2017 nos últimos anos.

Através do formulário *online* foi possível identificar, além do perfil sociodemográfico, as alterações promulgadas pela PNAB 2017 que repercutiram nas suas práticas de saúde. Para os ACS, com tendências negativas de repercussão, foram predominantes o financiamento de outras modalidades de equipe de APS, o ACS como profissional facultativo nas equipes de Atenção Básica e a vinculação do usuário em outras unidades de saúde. Como tendências positivas de repercussão nas práticas encontramos o critério de formação de ensino superior e preferencialmente da área de saúde aos gerentes das Unidades Básicas, a mudança da nomenclatura do NASF para NASF-AB e a oferta de serviços essenciais e ampliados. Já para os enfermeiros, surgiram praticamente os mesmos resultados que para os ACS em relação às tendências de repercussões negativas. Nas avaliações das tendências positivas, emergiram o reconhecimento da figura do gerente e seus critérios para contratação.

Na segunda fase do estudo, através das entrevistas, foi possibilitado o aprofundamento da discussão das mudanças impostas pela PNAB 2017, emergindo algumas contradições nas falas dos participantes de acordo com os instrumentos de coleta dos dados. A partir da análise

das entrevistas foram identificadas três categorias: 1- As alterações estruturais e funcionais da Atenção Primária à Saúde; 2- As implicações da reestruturação do processo de trabalho, atribuições e organização do agente comunitário de saúde na Atenção Primária à Saúde e 3- A PNAB 2017 e suas repercussões para os usuários e para o modelo Estratégia Saúde da Família.

A primeira categoria de análise abordou as mudanças de nível organizacional da APS. Inicialmente os participantes do estudo evidenciaram que as suas expectativas em relação à reformulação da PNAB 2017 foram frustradas já que esperavam por uma política que trouxesse fortalecimento ao invés de destruição. Expuseram a sua preocupação com a definição de novos critérios para a cobertura da população da ESF principalmente com a indefinição e superficialidade do conceito de vulnerabilidade apresentadas no texto da PNAB 2017. Identificamos que os profissionais da APS estão desmotivados e sobrecarregados, mas que se apresentam com resistência aos diversos ataques e continuam o seu trabalho mesmo diante das adversidades, já que necessitam do salário para a sua sobrevivência. Apontam como importante o reconhecimento da figura do gerente, mas preocupam-se com o fato do cargo ser ocupado por um profissional que não seja da área da saúde. A maioria refere que o enfermeiro é o profissional mais bem preparado para a ocupação do cargo de gerente de acordo com a sua experiênciaprofissional. Em relação à flexibilização e diferenciação da carga horária, levantou-se a discussão acerca da capacidade de resolutividade dos problemas, dificuldade na manutenção do vínculo usuário-profissional além da sobrecarga aos profissionais da ESF que cumprirão as 40 horas. Os profissionais revelam essas incoerências de opiniões, quando avaliam positivamente a alteração da nomenclatura do NASF para NASF-AB na resposta aos formulários e nas entrevistas apontam um crescente processo de desestruturação do NASF nos últimos anos, com demissões e extinção dessas equipes multiprofissionais. Em relação à oferta de serviços essenciais e ampliados, percebemos a incompreensão dos termos na primeira fase do estudo já que na segunda fase, eles apontam que este tipo de oferta viola o princípio da integralidade, reduz a APS e limita o acesso aos serviços públicos.

Na segunda categoria, ficou evidente que a maior repercussão vivenciada pelos participantes foi a redução do número de ACS nas equipes de saúde da Família, o que dificultou o acompanhamento das famílias e das práticas de promoção e prevenção. Acrescido o fato de o ACS ser facultativo nas equipes de Atenção Básica e sendo uma decisão optativa dos gestores, expõe-se o risco de extinção desta classe trabalhadora e a fragilização do técnico

de enfermagem que consequentemente enfraquece o modelo da Saúde da Família considerando a representatividade e importância deste para a ESF. Contudo percebemos que esta instabilidade dos ACS justifica outra mudança que causou grandes discussões entre os participantes do estudo que foi a inclusão de atribuições referentes à aferição de temperatura axilar, pressão arterial, glicemia e a realização de curativos por parte dos ACS. De um lado os profissionais favoráveis à inclusão destas atribuições, visando maior autonomia, valorização e assim a preservação dos empregos do ACS e de outro lado os desfavoráveis que apontam para a perda da originalidade e competência do ACS com o fortalecimento das práticas biomédicas, além das questões trabalhistas, do exercício ilegal da profissão com a transferência das competências do técnico de enfermagem para o ACS.

Por fim, na categoria 3 são apontados pelos entrevistados, o desconhecimento dos usuários pelos seus direitos à saúde. Reforçam a cultura dos usuários pela valorização do modelo biomédico quando não entendem os retrocessos no modelo da ESF. Percebem a falta do seu ACS de referência, mas não a ponto de se mobilizarem na luta por seus direitos à saúde e na defesa da ESF. Também foi possível constatar as influências da gestão municipal na implementação da PNAB 2017 devido ao alinhamento político e partidário dos governantes municipais com o ministério da saúde e governo federal. Assim, evidencia-se a importância de elegermos políticos comprometidos com a APS no município do Rio de Janeiro, já que vivenciamos uma série de retrocessos e precarização do trabalho dos profissionais da ESF. Levando os profissionais a cultuar políticos que mesmo promovendo a terceirização e privatização dos serviços, como o Governo do Eduardo Paes, ainda promoveram a expansão da Saúde da Família do município.

Neste contexto, constatamos neste estudo e reafirmamos a partir de estudos anteriores, que os desafios da Atenção Primária e do SUS ao longo desses trinta anos, só fazem aumentar, devido às frequentes resoluções, emendas constitucionais e portarias que promovem o sucateamento do SUS e potencializam a privatização e terceirização dos serviços de APS, principalmente no formato das Organizações Sociais. Estas, vislumbradas como a solução para a organização dos serviços de saúde, mas que formalizam processos de precarização do trabalho dos profissionais de saúde, enfatizando o quantitativo de procedimentos em detrimento da qualidade das ações de saúde nas unidades.

Desta forma, e ao mesmo tempo, a sociedade é cada vez mais vulnerabilizada (considerando aqui todos os aspectos e conceitos da “vulnerabilidade”) através da sucessão de retirada de direitos devido ao agravamento da crise política e econômica, com uma

consequente perda de empregos e de planos de saúde que sobrecarrega os serviços e ameaçam aqueles que já necessitam utilizar com mais frequência os serviços públicos.

Assim, os serviços públicos, que deveriam estar preparados para atender universalmente seus usuários, não conseguem desempenhar suas atividades previstas de prevenção de agravos e promoção da saúde por conta da falta de financiamento adequado e da não priorização da APS, entre outros entraves que ocorreram ao longo dos anos. Conseqüentemente, com os serviços sobrecarregados, nos vemos diante de uma sociedade muito mais enferma e que se depara com a implementação do plano de desestruturação o SUS e da APS, subtraindo a sua originalidade e essência, tornando as práticas de saúde dos profissionais focadas demasiadamente na doença e reforçando o paradigma biomédico em detrimento das ações de prevenção e promoção da saúde.

O modelo biomédico, que privilegia e focaliza o diagnóstico e o tratamento das doenças com a consequente prescrição de medicamentos, gera uma demanda de investimentos em tecnologias duras, que são mais custosas ao serviço público e potencializam as indústrias farmacêuticas e as empresas de tecnologia hospitalares, potencializando a visão da saúde como mercadoria. Deste modo, as empresas que gerenciam os próprios serviços públicos, gerando mais lucro e valorizando a classe médica, como a única detentora de capacidade para a resolução das doenças crônico-degenerativas. Assim, torna os outros profissionais de saúde, dependentes de prescrições e orientações médicas para que realizem o seu trabalho, tornando as práticas dos outros profissionais, como tendências executoras e mecanicistas, sem raciocínio clínico ou reflexão sobre os direitos de saúde da população e sua autonomia profissional.

Concomitante aos últimos ataques ao SUS, nos deparamos com a fragilidade do SUS em um momento que mais precisávamos destes serviços operantes e qualificados, onde fomos abatidos por uma crise sanitária mundial que culminou na perda de mais de 500 mil brasileiros pela COVID-19 nos últimos meses.

A utilização do referencial teórico do Materialismo histórico dialético nos proporcionou a interpretação da realidade, revelando os fatores determinantes, as contradições e estranhamentos das influências do sistema capitalista SUS e na APS. Percebemos, ao analisar este estudo, ancorados nos preceitos marxistas, que as tensões público-privadas são capazes de transformar as práticas dos trabalhadores do SUS em benefício dos interesses capitalistas, extraindo valor através da exploração do trabalho desses profissionais e contradizendo a constituição que institui a saúde como um direito e não uma mercadoria.

Desta forma, o MHD trouxe os mecanismos necessários para elucidar essas tensões históricas e compreender essas disputas que interferem no reconhecimento social do trabalho dos enfermeiros e ACS.

Apointa-se como limitação do estudo a não inclusão das outras Áreas Programáticas do município do Rio de Janeiro, a pequena amostragem de sujeitos na AP selecionada, a não inclusão dos outros profissionais, gestores e usuários da ESF neste estudo. Logo, sugere-se que este estudo seja replicado nas demais AP do município com a inclusão de outros profissionais da equipe de saúde da Família e a participação dos usuários.

Espera-se que esta pesquisa impulse o surgimento de novos estudos e discussões que possam contribuir com o campo da saúde coletiva, assim como embasar as políticas públicas de saúde de forma que cumpra o seu real papel no interesse da população brasileira.

Contudo, propomos a partir deste estudo a compreensão e reflexão de que o momento requer resistência e luta. É o nosso papel enquanto pesquisadores, acadêmicos e profissionais defender o SUS e a APS e não adequar as nossas práticas à PNAB 2017. Para isto, precisamos definir estratégias de enfrentamento como estabelecer o debate com trabalhadores, usuários, estudantes e gestores as ações do SUS, bem como a importância da PNAB e os impactos das modificações propostas. Devemos nos posicionar claramente contra o sucateamento e os retrocessos aos nossos direitos à saúde e educação pública, dos nossos direitos trabalhistas conquistados e do papel da APS, bem como reafirmar e defender nossa autonomia profissional, a sua qualidade nos diversos níveis de formação e a defesa das universidades públicas e da ciência brasileira.

Necessitamos enfatizar as nossas práticas de saúde a partir da reflexão das práticas profissionais relacionadas ao contexto político, promover o diálogo permanente com as contradições presentes no cotidiano das práticas e reinventar o trabalho em equipe sem perder as especificidades das práticas profissionais.

Além disso, este estudo visa estimular a busca do conhecimento e posicionamento político dos profissionais de saúde para a defesa da autonomia e originalidade das suas práticas de saúde, na defesa da priorização do modelo da Saúde da Família na APS e no fortalecimento e proteção do Sistema Único de Saúde, preservando seus princípios constitucionais e democráticos.

REFERÊNCIAS

ACIOLE, G. V. **A saúde no Brasil, cartografias do público e do privado**. Campinas: Sindimed; Hucitec, 2006.

ACIOLI, S. **Novos olhares sobre a saúde: sentidos e práticas populares**. 2003. 147f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

ALBUQUERQUE, G. A. *et al.* Dupla jornada de trabalho: implicações na saúde da enfermeira. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 9, p. 3401-3410, set. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11422/13213>. Acesso em: 06 abr. 2021.

ALMEIDA, C. O. Banco mundial e as reformas contemporâneas do setor saúde. *In*: PEREIRA, J. M. M.; PRONKO, M. (org.). **A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde: 1980- 2013**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2014.

ALMEIDA, E. R. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 42, 2018. Disponível: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.180>. Acesso em: 10 fev. 2019.

ALVES, A. M. O método materialista histórico dialético: alguns apontamentos sobre a subjetividade. **Rev. Psicol. UNESP**, Assis, v. 9, n. 1, p. 1-13, 2010.

ALVES, G. O que é a mundialização do capital. **Trabalho e mundialização do capital: nova degradação do trabalho na era da globalização**. Bauru: Editora Praxis, 1999.

ALVES, G. **Reestruturação produtiva, novas qualificações e empregabilidade**. Dimensões da Reestruturação Produtiva–Ensaio de sociologia do trabalho. Londrina: Praxis, 2007.

ALVES, T. F.; LIMA, R. C G. S. Interesse público na saúde: contribuições para uma agenda ético-política. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 343-350, 2018.

AMORAS, J. A. B. *et al.* O materialismo histórico e dialético na assistência de enfermagem: revisão integrativa. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 4, p. 1307-1314, 2016.

ANDRADE, H. S.; BRAGANTE, I. A trajetória da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 396-405, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S127>. Acesso em: 10 out. 2021.

ANDRADE, L. M. B. *et al.* Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. **Saúde Transform. Soc.**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 18-31, 2012.

ANDRADE, L. O. M. *et al.* Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2017. p. 845-902.

ANDRADE, L. O. M. *et al.* Atenção primária à saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (org.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 845-902.

ANDRADE, L. R. *et al.* Provimento e fixação de médicos na atenção primária à saúde no estado da Bahia. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 3, p. 505-519, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-761220170316> <https://doi.org/10.1590/0034-761220170316>. Acesso em: 17 out. 2021.

ANDRADE, M. M. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

ANDRADE, M. P.; BRASIL, F. G.; CAPELLA, A. C. N. Agenda governamental brasileira: discursos presidenciais e Mensagens ao Congresso (1995-2014). **Agenda Política**, São Carlos, v. 9, n. 1, p. 280–306, 2021. Disponível em: <https://www.agendapolitica.ufscar.br/index.php/agendapolitica/article/view/593>. Acesso em: 12 jul. 2021.

ANTUNES, A. De Alma-Ata ao Rio. **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio**. Rio de Janeiro, 03 jan. 2011. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/de-alma-ata-ao-rio>. Acesso em: 18 jan. 2019.

AQUINO, J. M. *et al.* Participação comunitária no contexto da atenção básica em saúde na perspectiva de usuários. **Rev. Pesqui.**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 364-377, jan./mar. 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/5057/505750621027/>. Acesso em: 24 maio 2021.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499-1509, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/n4YY5zdQm83CjXCS8NfCZ3c/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 13 ago. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM *et al.* **Nota sobre o PROFAGS - Programa de Formação Técnica em Enfermagem para Agentes de Saúde**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.abenrio.com.br/single-post/2018/02/22/nota-sobre-o-profags-programa-de-forma%C3%A7%C3%A3o-t%C3%A9cnica-em-enfermagem-para-agente-de-sa%C3%BAde>. Acesso em: 17 out. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Sobre a ABRASCO**. 2019. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/sobreaabrasco/>. Acessado em: 17 out. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. Rede de Atenção Primária à Saúde. **Sob protestos, texto da nova Política Nacional de Atenção Básica é aprovado**. 2017. Disponível em: <http://rededepesquisaaps.org.br/2017/09/04/sob-protestos-texto-da-nova-politica-nacional-de-atencao-basica-e-aprovado/>. Acesso em: 12 ago. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. Sobre a ABRASCO. 2019. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/>. Acesso em: 02 out. 2021.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003>. Acesso em: 10 out. 2021.

AYRES, J. R. C. M. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 12-23, 2009.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000100005>. Acesso em: 10 out. 2021.

BACKES, D. S. *et al.* O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 223-230, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000100024>. Acesso em: 10 ago. 2021.

BACKES, D. S. *et al.* O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 903-910, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300026>. Acesso em: 10 ago. 2021.

BAHIA, L.; COSTA, N. R.; STRALEN, C. V. A saúde na agenda pública: convergências e lacunas nas pautas de debate e programas de trabalho das instituições governamentais e movimentos sociais. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. supl., p. 1791-1818, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000700004>. Acesso em: 12 jul. 2021.

BAHIA, L. *et al.* **O SUS e o Setor Privado Assistencial**: adaptações e contradições. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/28239/2/Ligia_Bahia_SUS_e_setor_privado.pdf. Acesso em: 10 out. 2021.

BARBOSA, M. I. S.; BOSI, M. L. M. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1003-1022, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400008>. Acesso em: 26 maio 2021.

BARCAT, I.; COELHO, T. **Pandemia e Crise Psicossocial Brasileira**. Revolução Brasileira. 2020. Disponível em: <https://revolucaobrasileira.org/18/04/2020/pandemia-e-crise-psicossocial-brasileira/>. Acesso em: 26 ago. 2021.

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

BASTOS, P. P. Z. Ascensão e crise do governo Dilma Rousseff e o golpe de 2016: poder estrutural, contradição e ideologia. **Rev. econ. contemp.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, e172129, ago. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-98482017000200209&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 fev. 2019.

- BATISTA, E. C.; MELO, E. M. A participação popular em Ipatinga (MG, Brasil): conquistas e desafios do setor de saúde. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, jan. 2011. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100036&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 mar. 2013.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. C. **Políticas Sociais: Fundamentos e História**. São Paulo: Cortez; 2008.
- BODART, C. N. Infraestrutura e superestrutura em Marx. **Blog Café com Sociologia.com**. [S. l.], 10 maio 2019. Disponível em: <https://cafecomsociologia.com/infraestrutura-e-superestrutura-em-marx/>. Acesso em: 06 ago. 2021.
- BOHUSCH, G. *et al.* Fragilização da prática do enfermeiro no atendimento à demanda espontânea na atenção primária. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 42, e20200314, 2021. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200314>. Acesso em: 07 out. 2021.
- BONI, R. B. Websurveys nos tempos de COVID-19. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 7, e00155820, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00155820>. Acesso em: 10 out. 2021.
- BORNSTEIN, V. J. **O agente comunitário de saúde na mediação dos saberes**. 2007. 232f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.
- BOSI, M. L. M.; GUERREIRO, I. C. Z. Desafios ético-metodológicos nas pesquisas em saúde mental com populações vulneráveis. In: DIMENTEIN, M. *et al.* (org.). **Condições de vida e saúde mental em contextos rurais**. São Paulo: Intermeios; Brasília, DF: CNPq; Natal: UFRN; Teresina: UFPI; Fapepi/CNPQ/ UFPI, 2016. p. 121-140.
- BOTTOMORE, T. **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2011.
- BRANDT, B. *et al.* A scoping review of interprofessional collaborative practice and education using the lens of Triple Aim. **J. Interprof. Care**, [s. l.], v. 28, n. 5, p. 393-399, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2014.906391>. Acesso em: 12 mar. 2021.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. 292 p.
- BRASIL. **Lei nº 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 19 jul. 2014.
- BRASIL. **Lei nº 11.350**, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição. 2º da Emenda Constitucional n. 51, de 14 de fevereiro de 2006. Brasília, DF, 2006a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei11350.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2014.

BRASIL. **Lei nº 12.965**, de 23 de abril de 2014. Estabelece princípios, garantias, direitos e deveres para o uso da Internet no Brasil. Brasília, DF, 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/112965.htm. Acesso em: 18 out. 2021.

BRASIL. **Lei nº 13.467**, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nºs 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. Brasília, DF, 2017a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13467.htm. Acesso em: 07out. 2017.

BRASIL. Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 16 abr. 2020a. Edição 73. Seção 1, p. 1. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.989-de-15-de-abril-de-2020-252726328>. Acesso em: 26 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. E-Gestor Atenção Básica. Informação e Gestão de Atenção Básica. **Dados da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil**. Brasília, DF, 2012b. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/rel2012atorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 17 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução n.º 466/12 Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2012a. Seção 1, p. 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS Nº 580**, de 22 de março de 2018. Brasília, DF, 2018a. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>. Acesso em: 18 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Organização Pan-Americana da Saúde**. Financiamento público de saúde. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para a organização das ações no manejo do novo coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde**. Brasília, DF, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Consulta estabelecimento do Rio de Janeiro**. 2020c. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 10 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF, 1997a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Série A. Normas e manuais técnicos. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 27. Brasília, DF, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. Brasília, DF, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. E-GESTOR SUS AB. **Número de Agentes Comunitários de Saúde no Brasil em dezembro de 2020**. Brasília, DF, 2020d. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoPagamentoEsf.xhtml>. Acesso: 13 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**. Programa Saúde da Família. Treinamento introdutório. Caderno 2, Brasília, DF, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cobertura de ACS**, 2021. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaACS.xhtml>. Acesso em: 12 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A Implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília, DF, 2000a. 44p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Modalidades de Contratação de Agentes Comunitários de Saúde - Um Pacto Tripartite**. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde** Brasília, DF, 2018b. On-line. 68p. Disponível em: https://www.conasems.org.br/orientacao_ao_gestor/guia-politica-nacional-de-atencao-basica-modulo-1-integracao-atencao-basica-e-vigilancia-em-saude/. Acesso em: 17 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação de apoio à gestão descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília, DF, 2006c. Disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/volume1.pdf>. Acesso em: 23 jan.2021.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Programa de Disseminação das Estatísticas do Trabalho. **Relação Anual de Informações Sociais (RAIS)**. Brasília, DF, 2017b.

BRASIL. **Portaria nº 6/GM/MS**, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em: https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_6_28_SETEMBRO_2017.pdf. Acesso em: 17 out. 2021.

BRASIL. Portaria nº 154/GM de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial da União**, n. 43, 4 mar. 2001. Seção 1, p. 38-42.

BRASIL. **Portaria nº 648** de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Política Nacional da Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006d.

BRASIL. **Portaria nº 1.007**, de 04 de maio de 2010. Define critérios para regulamentar a incorporação do Agente de Combate às Endemias – ACE, ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na atenção primária à saúde para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Portaria nº 1.820**, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html. acesso em: 3 ago. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 1886/GM**, 18 de dezembro de 1997. Programas de Agentes Comunitários e Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997b.

BRASIL. **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, 2017d.

BRASIL. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 15 jul. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 2.979**, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. *et al.*(org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 88 -110. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf. Acesso em: 12 jul. 2021.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 6-23, 2018.

BROCH, D. *et al.* Social determinants of health and community health agent work. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 5, e03558, 2020.

- BUSS, P. Da declaração de Alma-Ata à declaração de Astana: avanços ou retrocessos?. [Entrevista cedida a] Julia Neves. **EPSJV/Fiocruz**. Rio de Janeiro, 23 nov. 2018. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/acontece-na-epsjv/da-declaracao-de-alma-ata-a-declaracao-de-astana-avancos-ou-retrocessos>. Acesso em: 10 out. 2021.
- CABRAL, I. E.; ALMEIDA FILHO, A. J. 85 anos de ABEn® e 80 de REBEn® promovendo o desenvolvimento científico e profissional da Enfermagem brasileira. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, DF, v. 66, n. esp., p. 13-23, set. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700002>. Acesso em: 06 abr. 2021.
- CALDAS, R. W. **Políticas Públicas: conceitos e práticas**. Belo Horizonte: Sebrae/MG, 2008. 48 p. Disponível em: <http://www.mp.ce.gov.br/nespeciais/promulher/manuais/MANUAL%20DE%20POLITICAS%20P%C3%9ABLICAS.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2021.
- CALIPO, S. M.; SOARES, C. B. Saúde como direito. In: SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. **Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem**. Barueri: Manole; 2013. p. 3-48.
- CAMPOS, A. C. **Satisfação do usuário na Saúde da Família sob a perspectiva da responsividade**. 2011. 145 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.
- CAMPOS, C. E. A. As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária. **Hist. Ciênc. Saúde Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 877-906, 2007.
- CAMPOS, C. M. S.; VIANA, N.; SOARES, C. B. Mudanças no capitalismo contemporâneo e seu impacto sobre as políticas estatais: o SUS em debate. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 82-91, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01007>. Acesso em: 14 jul. 2021.
- CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VkBG59Yh4g3t6n8ydyjMRCQj/?lang=pt>. Acesso em: 28 abr. 2012.
- CAMPOS, G. W. S.; PEREIRA JÚNIOR, N. A atenção primária e o programa mais médicos do sistema único de saúde: conquistas e limites. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2655-2663, 2016.
- CAP 3.1. **Mapas com as Unidades de Saúde da AP 3.1**. Rio de Janeiro, 18 abr. 2011. Disponível em: <http://cap31.blogspot.com/2011/04/unidades-da-ap-31-versao-abril2011.html>. Acesso em: 22 ago. 2020.
- CARDONA JÚNIOR, A.; ANDRADE, C.; CALDAS, L. Educação em saúde: programa e canal de comunicação via WhatsApp da unidade básica de saúde do N6 para comunidade rural do sertão pernambucano. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 2, n. 2, p. 137-141, jun. 2020.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estud. av.**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jan. 2019.

CARVALHO, M.; RODRIGUES, R. M. Revelando a participação dos (as) enfermeiros (as) na Associação Brasileira de Enfermagem - regional Cascavel. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 53, p. 278-287, abr./jun. 2001.

CARVALHO, M.; SANTOS, N. R.; CAMPOS, G. W. S. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 372-387, jul./set. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/YgmHSdNrqrh6LNCQV4rdq8P/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 14 jul. 2021.

CASTRO, T. A. *et al.* Agentes Comunitários de Saúde: perfil sociodemográfico, emprego e satisfação com o trabalho em um município do semiárido baiano. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 294-301, 2017.

CATANI, A. M. **O que é capitalismo**. São Paulo: Brasiliense, 2017.

CECILIO, L. C. O.; REIS, A. A. C.. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, e00056917, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X0005691>. Acesso em: 10 out.2021.

CELUPPI, I. C. *et al.* 30 anos de SUS: relação público-privada e os impasses para o direito universal à saúde. **Saúde Debate**, Londrina, v. 43, n. 121, p. 302-313, abr. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912101>. Acesso em: 24 jan. 2021.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. **Prefeito Crivella segue com o desmonte da Atenção Básica no Rio de Janeiro**. 2020. Disponível em: <http://cebes.org.br/2020/03/prefeito-crivella-segue-com-o-desmonte-da-atencao-basica-no-rio-de-janeiro/>. Acesso em: 20 fev. 2021.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. Saúde é qualidade de vida. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, n. 35, p. 7-18, out. 1992.

CHÁVEZ, G. M.; RENNÓ, H. M. S.; VIEGAS, S. M. F. A inter-relação da demanda e acessibilidade na Estratégia Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300320>. Acesso em: 19 ago. 2021.

CHEPTULIN, A. **A dialética materialista: categoria e leis da dialética**. 2. ed. São Paulo: Alfa-omega, 2004.

CHESNAIS, F. **Finance capital today**. London: Historical Materialism Series, 2016.

CHIORO, A.; SCAFF, A. **A implantação do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Material3_ChioroA.pdf. Acesso em: 16 jul. 2021.

CIAMPONE, M. H. T.; TRONCHIN, D. M. R.; MELLEIRO, M. M. planejamento e o Processo Decisório como Instrumentos do Processo de Trabalho Gerencial. *In*: KURCGANT, P. (org.). Gerenciamento em enfermagem. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p.33-47.

COMPETÊNCIA. *In*: DICIONÁRIO online de português. [S. l.]. c2021. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/competencia/>. Acesso em: 20 abr. 2021.

CONILL, E. M.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, [s. l.], v. 10, supl.1, p.15-27, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 634/2020**, de 27 de Março de 2020. Autoriza e normatiza, "ad referendum" do Plenário do Cofen, a teleconsulta de enfermagem como forma de combate à pandemia provocada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2), mediante consultas, esclarecimentos, encaminhamentos e orientações com uso de meios tecnológicos, e dá outras providências. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/resolucao-Cofen-634-2020-03-26.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2021.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Nursultan, Cazaquistão, 1978.

CORREA, G. C. Definição e desenvolvimento de competências: um paradigma no processo estratégico. *Revista CEPE*, Santa Cruz do Sul, v. 39, n. 67, p. 103-116, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17058/cepe.v0i41.6294>. Acesso em: 12 fev. 2021.

CORREIA, M. V.; SANTOS, V. M. Privatização da saúde via novos modelos de gestão: as Organizações Sociais em questão. *In*: BRAVO, M. I. S. *et al.* (org.). **A mercantilização da saúde em debate**: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ/Rede Sirius, 2015. p. 33-39

COSTA, A. Saúde é um instrumento de politização da sociedade. [Entrevista cedida a] **Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**, Rio de Janeiro, 21 dez. 2015. Disponível em: <http://cebes.org.br/2015/12/saude-e-um-instrumento-de-politizacao-da-sociedade/>. Acesso em: 08 ago. 2021.

CRESWELL, J. W.; PLANO CLARK, V. L. **Pesquisa de métodos mistos**. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

DANTAS, T. C. C.; MELO, M. L. C. O trabalho do gerente em unidade básica de saúde: possibilidades de uma prática. **R. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 54, n. 3, p. 494-499, jul./set. 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/8w6bYK5dfFws7RJPFJVGfws/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 12 mar. 2021.

DEMETRI, F. D. **Corpos despossuídos**: vulnerabilidade em Judith Butler. 2018. 165f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

DILIGENTI, M. P.; ARAUJO, R. S. Nova Previdência: o austericídio neoliberal sob a ótica da teoria marxista da dependência. **Textos Contextos**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 67-77, 2019.

DIMENSTEIN, M.; CIRILO NETO, M. Abordagens conceituais da vulnerabilidade no âmbito da saúde e assistência social. **Pesqui. Prát. Psicossociais**, São João del-Rei, v. 15, n. 1, jan./mar. 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v15n1/02.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2020.

DONÁRIO, A. A.; SANTOS, R. B. **A teoria da Karl Marx**. Lisboa, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/3173/1/MARX.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2020.

DRUCK, M. **Terceirização: (des)fordizando a fábrica: um estudo do complexo petroquímico da Bahia**. São Paulo: Boitempo, 1999.

ERMEL, R. C.; FRACOLLI, L. A.. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 533-539, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342006000400012>. Acesso em: 17 out. 2021.

SCOREL, S. *et al.* O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007.

ESMERALDO, G. R. O. V. *et al.* Tensão entre modelo biomédico e estratégia saúde da família: percepções dos trabalhadores de saúde. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 20, n. 1, 2017.

EYSENBACH, G. Improving the Quality of Web Surveys: The Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES). **J. Med. Internet. Res.**, Pittsburgh, v. 6, n. 3, p. e34, 2004. Disponível em: <https://www.jmir.org/2004/3/e34>. DOI: 10.2196/jmir.6.3.e34. Acesso em: 11 jan. 2020.

FACCHINI, L. A. A Declaração de Alma-Ata se revestiu de uma grande relevância em vários contextos. [Entrevista cedida a] **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio**, Rio de Janeiro, 06 dez. 2018. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/a-declaracao-de-alma-ata-se-revestiu-de-uma-grande-relevancia-em-varios>. Acesso em: 18 jan. 2019.

FALEIROS, F. *et al.* Uso de questionário online e divulgação virtual como estratégia de coleta de dados em estudos científicos. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 4, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000400304&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 abr. 2020.

FARIA, C. C. M. V.; PAIVA, C. H. A. O trabalho do agente comunitário de saúde e as diferenças sociais no território. **Trab. Educ. e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00251>. Acesso em: 13 jun. 2021.

- FARIA, M. G. A.; ACIOLI, S.; GALLASCH, C. H. Perfil de enfermeiros fluminenses da estratégia de saúde da família participantes de um curso de especialização. **Enferm. Foco**, Brasília, DF, v. 7, n. 1, p. 52-55, abr. 2016. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/667/285>. Acesso em: 5 abr. 2021.
- FAUSTO, M. C. R. *et al.* O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Saúde Debate**, Londrina, v. 42, n. esp. 1, p. 12-14, set. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s101>. Acesso em: 14 nov. 2019.
- FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. *In*: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. (org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. p. 43-67.
- FERNANDES, J. C. *et al.* Competências necessárias ao gestor de Unidade de Saúde da Família: um recorte da prática do enfermeiro. **Saúde Debate**, Londrina, v. 43, n. esp. 6, p. 10-21, dez 2019.
- FERNANDES, L. C. L.; MACHADO, R. Z.; ANSCHAU, G. O. Gerência de Serviços de Saúde: Competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na Atenção Básica. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1541-1552, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800028&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 out. 2018.
- FERNANDES, L.; ORTEGA, F. A Atenção Primária no Rio de Janeiro em tempos de Covid-19. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, e300309, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300309>. Acesso em: 4 jul. 2021.
- FERREIRA, V. A.; ACIOLI, S. Prática de cuidado desenvolvida por enfermeiros na Atenção Primária em Saúde: uma abordagem hermenêutico-dialética. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 530-535, 2010.
- FERRI, S. M. N. **As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma Unidade de Saúde da Família**: elemento analisador da qualidade do cuidado prestado. 2006. 126f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.
- FERTONANI, H. P. *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>. Acesso em: 18 jan. 2019.
- FIRMINO, A. A. *et al.* Atuação de enfermeiros na estratégia de saúde da família em um município de minas gerais. **Saúde**, Santa Maria, v. 42, n.1, p. 49-58, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/viewFile/18694/pdf>. Acesso em: 13 set. 2020.
- FLEURY, M. T. L.; FLEURY, A. Construindo o conceito de competência. **Rev. adm. contemp.**, Curitiba, v. 5, n. esp., p. 183-196, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65522001000500010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 set. 2020.

FLORES, O.; SOUSA, M. F.; MERCHÁN-HAMANN, E. Agentes Comunitários de Saúde: vertentes filosóficas, espaços e perspectivas de atuação no Brasil. **Comun. cienc. saúde**, Brasília, DF, v. 19, n. 2, p. 123-136, 2008.

FONSECA, A. C. F.; MEDINA, M. G. Promoção da saúde na agenda governamental do estado da Bahia: política ou retórica?. **Saúde Debate**, Londrina, v. 42, n. esp. 2, p. 302-316, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S221>. Acesso em: 12 jul. 2021.

FONSECA, R. B. G. O perfil do Agente Comunitário de Saúde e sua feminização. **Enferm. Brasil**, [S.l.], v. 18, n. 3, p. 430-436, 2019.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FONTES, C. A. S.; ALVIM, N. A. T. Cuidado humano de enfermagem a cliente com câncer sustentado na prática dialógica da enfermeira. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 193-199, 2008.

FRANCISCO, D. J.; SILVA NETO, L. W. M. C. Questões sobre integração das tecnologias digitais da informação e comunicação e a ética em pesquisas. **Laplage em Revista**, Paulínia, v. 3, n. 2, p. 136-149, 2017.

FRUTUOSO, M. F. P. *et al.* Gestão local de saúde em território de vulnerabilidade: motivações e racionalidades. **Saúde Debate**, Londrina, v. 39, n. 105, p. 337-349, abr./jun. 2015.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Atenção primária e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Saúde Debate**, Londrina, v. 42, n. esp., p. 434-451, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S130>. Acesso em: 10 out. 2021.

FURTADO, C. **O capitalismo global**. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1998.

GALINDO, E. M. V. **ACS: agente de transformação social? Atuação dos Agentes Comunitários de saúde em educação popular no Distrito Sanitário III da cidade do Recife**. 2006. 41 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2006.

GEOVANINI, T. *et al.* **História da Enfermagem**: versões e interpretações. 4.ed. Rio de Janeiro: Thieme Revinter Publicações, 2019. 470p.

GIDDENS, A.; SUTTON, P.W. **Conceitos essenciais da sociologia**. São Paulo: Editora Unesp Digital, 2017.

GEREMIA, D. S. **Financiamento público de saúde**: estudo de caso de um município da região metropolitana do Rio de Janeiro. 2011. 87f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019.
- GIORDANI, A. T. **Humanização da saúde e do cuidado**. São Caetano do Sul: Difusão, 2008. 191p.
- GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00029818>. Acesso em: 21 jul. 2021.
- GIOVANELLA, L. *et al.* A contribuição da atenção primária à saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Saúde Debate**, Londrina, 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/45013/2/Contribui%c3%a7%c3%a3oAPSCovid19.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2021.
- GIOVANELLA, L. *et al.* Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 10, p. e00178619, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00178619>. Acesso em: 17 out. 2021.
- GIOVANELLA, L. *et al.* Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. **Saúde Debate**, Londrina, v. 39, n. 105, p. 300-322, jun. 2015.
- GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde**: seletiva ou coordenadora dos cuidados. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.
- GIOVANELLA, L.; RIZZOTTO, M. L. F. Atenção Primária à Saúde: da Declaração de Alma Ata à Carta de Astana. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n., p. 6-8, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S10>. Acesso em: 21 out. 2021.
- GOMIDE, A.A.; PEREIRA, A. K. Capacidades estatais para políticas de infraestrutura no Brasil contemporâneo. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 52, p. 935-955, 2018.
- GOMIDE, D.C.; JACOMELI, M. R. M. Fundamentos histórico-filosóficos da pedagogia histórico-crítica (PHC): alguns apontamentos. *In*: ENCONTRO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO E MARXISMO, 7., 2016, Belém. **Anais [...]**. Belém: UFPA, 2016.
- GONÇALVES, R. *et al.* Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 40, p. 59-74, 2015.
- GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. O uso do território na Atenção primária à Saúde. *In*: MENDONÇA, M. H. M. *et al.* (org.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil**: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 143-175.

GOULART, F. A. A. **Municipalização**: veredas caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Abrasco; CONASEMS, 1996.

GRAMSCI, A. **Quaderni del carcere**. 3. ed. Torino: Einaudi, 2007.

GRINGS, C. A. *et al.* Percepções dos agentes de combate às endemias sobre planejamento e comunicação no serviço de saúde. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat.**, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 8-19, maio/ago. 2016.

GUEDES, J. S.; SANTOS, R. M. B.; DI LORENZO, R. A. V. A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado de São Paulo (1995-2002). **Saúde soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 875-883, dez. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 fev. 2019.

ILIEVA, J.; BARON, S.; HEALEY, N. M. Online surveys in marketing research: pros and cons. **Int. J. Marketing Res.**, [s. l.], v. 44, n. p. 31-376, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/147078530204400303>. Acesso em: 18 mar. 2020.

ILHA, S. *et al.* Vínculo profissional-usuário em uma equipe da estratégia saúde da família. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 13, n. 3, p. 556-562, maio 2014. Disponível em: https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19661/pdf_229. Acesso em: 18 mar. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

ITOH, M.; LAPAVITSAS, C. **Political economy of money and finance**. London: Springer, 1998.

JONCEW, C. C.; CENDON, B. V.; AMENO, N. Websurveys como método de pesquisa. **Inf. Inf.**, Londrina, v. 19, n. 3, p. 192-218, dez. 2014. Disponível em: https://www.uel.br/revistas/uel/index.php/informacao/article/view/17641/pdf_42. Acesso em: 17 set. 2020.

KAPA, R. Dez ministros receberam doações de empresas interessadas em suas pastas. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 31 maio 2016. País. Disponível em: <http://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2016/05/31/dez-min>. Acesso em: 10 jul. 2019.

KATZ, J. *et al.* A demonstration of mixed-methods research in the health sciences. **Nurse res. (online)**, [s. l.], v. 24, n. 2, p. 24-29, 2016.

KAWATA, L. S. *et al.* Os desempenhos da enfermeira na saúde da família: construindo competência para o cuidado. **Texto contexto enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 961-970, dez. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000400012> Acesso em: 18 set. 2020.

KAZTMAN, R. Seducidos y abandonados: el aislamiento social de los pobres urbanos. **CEPAL**, [s. l.], n. 75, p. 171-178, dic. 2001.

KEBIAN, L. V. A. As práticas de saúde do enfermeiro e do agente comunitário de saúde na visita domiciliar da Estratégia Saúde da Família. 2011. 94f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

KLIMAN, A. **The failure of capitalist production**. London: Pluto, 2012.

KONDER, L. **Marx** – Vida e obra. 7. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

KOSIK, K. **Dialética do concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2010.

KOZINETS, R. V. **Netnografia**: realizando pesquisa etnográfica online. Porto Alegre: Penso Editora, 2014.

KUENZER, A. Z. Desafios Teórico-metodológicos da Relação Trabalho-educação e o Papel Social da Escola. In: FRIGOTTO, G. (org.). **Educação e Crise do Trabalho**: Perspectivas de Final de Século. Rio de Janeiro: Vozes, 1998, p. 55-75.

KUJAWA, H.; BOTH, V.; BRUTSCHER, V. **Direito a Saúde**. Passo Fundo: Fórum Sul da Saúde (PR, SC e RS) e Centro de Educação e Assessoramento Popular de Passo Fundo (CEAP). Passo Fundo, 2003. [cartilha]

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2010.v15n5/2307-2316/pt>. Acesso em: 13 fev. 2019.

LAFRAIA, R. No capitalismo, a saúde também é mercadoria. **Esquerda Diário**. São Paulo 12 jul. 2018. Disponível em: <https://www.esquerdadiario.com.br/No-capitalismo-a-saude-tambem-e-mercadoria>. Acesso em: 17 out. 2021.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2019.

LAZARINI, W. S.; SODRÉ, F. O SUS e as políticas sociais: desafios contemporâneos para a atenção primária à saúde. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 1904, 2019. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1904](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1904). Acesso em: 13 fev. 2019.

LEAL, L. Não existe nenhuma novidade em se achar que é preciso cortar os ACS. [Entrevista cedida a Raquel Torres Gurgel]. **Rede HumanizaSUS**, Brasília, DF, 29 ago. 2017. Disponível em: <https://redehumanizasus.net/96619-nao-existe-nenhuma-novidade-em-se-achar-que-e-preciso-cortar-os-ac/>. Acesso em: 18 out. 2021.

LEFEBVRE, H. **Lógica formal/Lógica dialética**. 6. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

LEOPARDI, M. T. *et al.* **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001. 344p.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e papel das normas operacionais básicas. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LICHTENSZTEYN, S.; BAE, M. **Fundo Monetário Internacional e Banco Mundial: estratégias e políticas do poder financeiro**. São Paulo: Brasiliense, 1987 apud LAZARINI, W. S.; SODRÉ, F. O SUS e as políticas sociais: desafios contemporâneos para a atenção primária à saúde. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 1904, 2019. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1904](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1904). Acesso em: 13 fev. 2019.

LIKERT, R. A technique for the measurement of attitudes. **Arch. Psychol.**, [s. l.], v. 22, n. 140, p. 44-53, 1932.

LIMA, R. C.; GRIPA, D. W.; BATISTA, N. Pesquisando em setting de saúde: análise ético-política da média complexidade do SUS na Mesorregião Oeste, Santa Catarina, Brasil. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 7., 2018. Fortaleza. **Atas [...]** Fortaleza: UFA, 2018. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1759>. Acesso em: 4 mar. 2021.

LINO, M. M. *et al.* Perfil socioeconômico, demográfico e de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 17, n. 1, p. 57-64, 2012. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v17i1.26375>. Acesso em: 10 mar. 2021.

LINS, M. A. T. Capitalismo contemporâneo: precarização e flexibilização das relações de trabalho e das políticas sociais. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 7., 2015, Rio de Janeiro. [**Anais...**]. Rio de Janeiro: Conselho Regional de Serviço Social, 2015. p. 1-15.

LOPES, O. C. A. *et al.* Competências dos enfermeiros na estratégia Saúde da Família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, e20190145, 2020. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000200214&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 set. 2020.

LÓPEZ, E.; VÉRTIZ, F. Capital transnacional y proyectos nacionales de desarrollo en América Latina. Las nuevas lógicas del extractivismo neodesarrollista. **Rev. Herramienta**, Buenos Aires, v. 50; n. 7, p. 21-36, 2012. Disponível em: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/95691>. Acesso em: 21 out. 2021.

LOTTA, G. *et al.* Community health workers reveal Covid-19 disaster in Brazil. **Lancet**, vol. 396, 2020a. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7351420/>. Acesso em: 09 ago. 2021.

LOTTA, G. *et al.* **A pandemia de Covid-19 e os profissionais de saúde pública no Brasil – 2ª fase**. Núcleo de Estudos da Burocracia (NEB), Fundação Getúlio Vargas (FGV). 2020b. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/a-pandemia-de-covid-19-e-os-profissionais-de-saude-publica-no-brasil_fase-4.pdf. Acesso em: 09 ago. 2021.

LOTTA, G. S.; VAZ, J. C. Arranjos institucionais de políticas públicas: aprendizados a partir de casos do Brasil. **Rev. Serv. Públ.**, Brasília, DF, v. 66, n. 2, p. 171-194, 2015.

LOWEN, I. M. V. *et al.* Managerial nursing competencies in the expansion of the Family Health Strategy. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 6, p. 967-973, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000600013>. PMID:27419681. Acesso em: 23 fev. 2021.

LUCENA, C. A.; LUCENA, M. L. A. S. Karl Marx, o trabalho e a formação dos trabalhadores no modo de produção Capitalista. **Revista Exitus**, [S. l.], v. 4, n. 2, p. 25-33, 2016. Disponível em: <http://www.ufopa.edu.br/portaldeperiodicos/index.php/revistaexitus/article/view/108>. Acesso em: 17 out. 2021.

LUKÁCS, G. A consciência de classe. In: VELHO, O. G. *et al.* **Estrutura de classes e estratificação social**. São Paulo: Zahar, 1976. p. 11-60.

LUNA, E. M.; BRITO, A. P. Ss. A educação superior e os limites absolutos do capital: precarização do trabalhador qualificado e contradição da educação superior em tempos de crise estrutural do capital. In: PAIVA, M. J. G. *et al.* (org.). **Capitalismo, trabalho e política social**. São Paulo: Editora Blucher, 2017. p. 120-136. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788580391879/>. Acesso em: 10 out. 2021.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática": anos 80. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73311991000100004>. Acesso em: 17 out. 2021.

MACEDO, S. M. F.; CAETANO, A. P. V. A Ética como Competência Profissional na Formação: o pedagogo em foco. **Educ. Real.**, Porto Alegre, v. 42, n. 2, p. 627-648, jun. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-62362017000200627&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 set. 2020.

MACHADO, M. H. Trabalhadores da Saúde e sua Trajetória na Reforma Sanitária. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, DF, v. 3, n. 1, p. 13-28, 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_rh.pdf. Acesso em: 25 jan. 2019.

MACHADO, M. H. *et al.* **Perfil da enfermagem no Brasil**: relatório final: Brasil. Rio de Janeiro: NERHUS - DAPS - ENSP/Fiocruz, 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2019.

MACHADO, M. H. *et al.* **Relatório final da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil**. Rio de Janeiro: NERHUS-DAPS-Ensp/Fiocruz e Cofen, 2015. 28 volumes

MACHADO, N. J. Sobre a ideia de competência. In: PERRENOUD, P. *et al.* **As Competências para Ensinar no Século XXI**: formação dos professores e o desafio da avaliação. Porto Alegre: Arned, 2002. p. 137-155.

- MACHADO, P. R. S. *et al.* A qualidade de vida no trabalho como estratégia de gestão de pessoas: o caso de uma indústria gráfica de Santa Catarina. **Rev. Eletr. Sist. Gestão**, [s. l.], v.13, n. 4, p. 532-540, 2018. Disponível em: <http://www.revistasg.uff.br/index.php/sg/article/view/1451>. Acesso em: 25 jan. 2019.
- MACIEL, F. B. M. *et al.* Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. 4185-4195, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28102020>. Acesso em: 11 jun. 2021.
- MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde Debate**, Londrina, v. 42, n. esp. 1, p. 18-37, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>. Acesso em: 14 jul. 2021.
- MAEDA, S. T.; GIL, C. R. R. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: SOARES, B. C.; CAMPOS, C. M. S. (org.). **Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem**. São Paulo: Manole, 2013. p. 325-348.
- MAEYAMA, M. A. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica (2017): um golpe político-ideológico do capital. **Inova Saúde**, [s.l.], v. 9, n. 2, p. 236-260, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18616/inova.v9i2.4386>. Acesso em: 17 out. 2021.
- MALTA, D. C. *et al.* A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.23602015>. Acesso em: 17 out. 2021.
- MALTA, D.C. *et al.* O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1799-1809, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9mXFmz3J8Y4qjibKgk8VVVq/?lang=pt#>. Acesso em: 17 out. 2021.
- MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-606, 2010.
- MAPASBLOG. **Mapas do estado do Rio de Janeiro**. [S.l.], c2015. Disponível em: <http://mapasblog.blogspot.com.br/2011/11/mapas-do-estado-do-rio-de-janeiro.html>. Acesso em: 23 mar. 2021.
- MARIANO, C. M. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Rev. Invest. Constituc.**, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 259-281, jan./abr. 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/rinc/article/view/50289>. Acesso em: 16 nov.2018.
- MARIN, F.; GIORDANI, A. T. Enfermagem: aspectos históricos, valorização e humanização do cuidado. 2009. In: SEMANA NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA, FÓRUM CIENTÍFICO FEMA, 2., 2009. São Paulo. **Anais [...]**. São Paulo: FEMA, 2009. 157 p.

MARKHAM, A.; BUCHANAN, E. **Ethical Decision-Making and Internet Research: Recommendations from the AoIR Ethics Working Committee (Version 2.0)**. 2012. Disponível em: <http://aoir.org/reports/ethics2.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2020.

MARTINS, P. P. S.; EICH, M.; MARTINS, L. S. O processo de mercantilização da saúde e a reestruturação produtiva do trabalho: verso e anverso do direito a saúde negado. *In*: SEMINARIO DE SAUDE DO TRABALHADOR DE FRANCA, 8., 2012, Franca. **Anais eletrônicos** [...]. Franca: Unesp, 2012. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000112012000100008&lng=pt&nrm=abn. Acesso em: 18 Ago. 2021.

MARX, K. **O capital-Livro 1: Crítica da economia política**. Livro 1: O processo de produção do capital. Tradução de Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo Editorial, 2011.

MARX, K. **A ideologia alemã**. Tradução de Luciano Cavini Martorano; Nélio Schneider e Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2007.

MARX, K. **Introdução à contribuição para a crítica da economia política**. 1859.

Disponível em:

<https://www.marxists.org/portugues/marx/1859/contcriteconpoli/introducao.htm#textprod>.

Acesso em: 21 out. 2021.

MARX, K.; ENGELS, F. **Manifesto comunista**. Tradução de Álvaro Pina e Ivana Jinkings. São Paulo: Boitempo Editorial, 2015.

MASSON, G. Materialismo histórico e dialético: uma discussão sobre as categorias centrais. **Práxis Educativa**, Ponta Grossa, v. 2, n. 2, p. 105-114, jul./dez. 2007. Disponível em: 312-Texto do artigo-996-1-10-20090527.pdf. Acesso em: 31 jul. 2021.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P.; RAMOS, F. R. S. Expressões da subjetividade no trabalho de equipes interdisciplinares de saúde. **Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 59-67, 2010. Disponível em: http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c331459321a2.pdf. Acesso em: 27 set. 2019.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. **Atenção Primária à saúde**. 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>. Acesso em: 16 set. 2014.

MATTOS, R. A. O incentivo ao Programa de Saúde da Família e seu impacto sobre as grandes cidades. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 77-108, 2002.

MATTOS, R. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (org.). **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde**. 4.ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, 2005. p. 39-64.

MEDINA, M. G. *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, e00149720, jun. 2020. Disponível em: <http://cadernos.enp.fiocruz.br/csp/artigo/1140/atencao-primaria-a-saude-em-tempos-de-covid-19-o-que-fazer>. Acesso em: 11 jun. 2021.

MELO, E. A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**, Londrina, v. 42, n. esp.1, p. 38-51, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>. Acesso em: 13 ago. 2021.

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 colet.**, 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: 16 set. 2020.

MELO, E.; MIRANDA, L. Apoio Matricial na Atenção Básica e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família: das concepções e políticas aos desafio no cotidiano. In: DE MENDONÇA, M. H. M. *et al.* (ed.). **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. FIOCRUZ, 2018.p. 425-449.

MENDES, A. A Atenção Básica no SUS e as pedras no seu caminho. **J. Manag. Prim. Health Care**, [s. l.], v. 9, jan. 2019a. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/709>. Acesso em: 18 out. 2021.

MENDES, A.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Londrina, v. 42, n. esp.1, p. 224-243, set. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0224>. Pdf. Acesso em: 15 jun. 2021.

MENDES, A. *et al.* A contribuição do pensamento da saúde coletiva à economia política da saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 26, p. 841-860, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/KJkFrTHvxHxrLTxft6tqcYn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 out. 2021.

MENDES, E. V. **A Atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2014.

MENDES, E. V. **O desafio do SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2019b. 869 p.

MENDES, I. A. C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 447-448, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000300001>. Acesso em: 17 out. 2021.

MENDES, A. O subfinanciamento e a mercantilização do SUS no contexto do capitalismo contemporâneo em crise. In: BRAVO, M. I. S. *et al.* (org.). **A mercantilização da saúde em debate: as organizações sociais no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: UERJ, 2015. p. 11-19.

MENDONÇA, M. H. M. *et al.* Os desafios urgentes e atuais da Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: MENDONÇA, M. H. M. *et al.* (org.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 29-47.

MENDONÇA, M. H. M.; VASCONCELLOS, M. M.; VIANA, A. L. A. Atenção primária à saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. S4-S5, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2008.v24suppl1/s4-s5/pt>. Acesso em: 17 out. 2021.

MENEZES E CASTRO, M. F. C. Neotaylorismo. Breve caracterização do modelo. **Gestiopolis**. 25 nov. 2009. <https://www.gestiopolis.com/neotaylorismo-breve-caracterizacao-do-modelo/>. Acesso em: 23 jul. 2021.

MERHY, E. E. Fórum Social Mundial e a Saúde: por uma ética global da vida. **Interface**, Botucatu, v. 6, n. 11, p. 133-136, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832002000200016>. Acesso em: 17 out. 2021.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Trabalho em saúde**. Material produzido para a EPJV/FIOCRUZ, 2005.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 621-626, 2012.

MINAYO, M. C. S. *et al.* **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 21. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

MOLLO, M. L. R. Crédito, capital fictício, fragilidade financeira e crises: discussões teóricas, origens e formas de enfrentamento da crise atual. **Econ. Soc.**, [s. l.], v. 20, n. 3 [], p. 449-474, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-06182011000300001>. Acesso em: 17 ago. 2021.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005.

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. F. A. S. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 358-364, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000200015>. Acesso em: 26 maio 2021

MONTEIRO, S. R. R. P. O marco conceitual da vulnerabilidade social. **Soc. Debate**, Pelotas, v. 17, n. 2, p. 29-40, 2011.

MORI, A. Y. **Análise da configuração da agenda de revisão da política nacional de atenção básica de 2017**: contexto, problemas e alternativas. 2019. 125f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

MOROSINI, M. V. O PROFAGS é um retrocesso. [Entrevista cedida a] Cátia Guimarães. **EPSJV/Fiocruz**, Rio de Janeiro, 12 abr. 2018. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/o-profags-e-um-retrocesso>. Acesso em: 8 ago. 2021.

MOROSINI, M. V.; CORBO, A. D.; GUIMARÃES, C. C. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 287-310, 2007.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, e00206316, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000100301&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 jan. 2019.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, e00040220, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220>. Acesso em: 27 jun. 2021.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Londrina, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>. Acesso em: 14 jul. 2021.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 261-274, 2018.

MOTA, A. E. A regressão civilizatória e as expropriações de direitos e das políticas sociais. **Argumentum**, Vitória, v. 9, n. 3, p. 30-36, set./dez. 2017.

MOTA, R. R. A.; DAVID, H. M. S. L. A crescente escolarização do Agente Comunitário de saúde: uma indução do Processo de trabalho? **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n.2, p. 229-248, jul./out. 2010. Disponível em: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r297.pdf>. Acesso em: 8 jul. 2013.

MUNIZ, M. A. N.; BROTTTO, M. E. Política de saúde e organizações sociais: limites para a consolidação da universalização da saúde no Rio de Janeiro. **Revista Políticas Públicas**, [s.l.], v. 20, n. 1, p. 153-170, 2016. Disponível em: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/5042/3091>. Acesso em: 18 out. 2021.

NASCIMENTO, E. P. L.; CORREA, C. R. S. Agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1304-1313, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000600011>. Acesso em: 15 maio 2021.

NOGUEIRA, M. L. **O processo histórico da Confederação Nacional dos agentes comunitários de saúde**: trabalho, educação e consciência política coletiva. 2017. 541f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas e Formação Humana) – Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

NOGUEIRA, M. L. *et al.* 1º Boletim da pesquisa Monitoramento da saúde dos ACS em tempos de Covid-19. 2020. Disponível em:

<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/42709#:~:text=Analisa%20os%20impactos%20da%20Covid,e%20em%20outras%203%20cidades>. Acesso em: 21 out.2021.

NOGUEIRA, M. Retirar o ACS das Equipes de Saúde da Família é um retrocesso no modelo de Atenção Básica e na democratização do SUS. [Entrevista cedida a] Talita Rodrigues. **EPSJV/Fiocruz**. 19 maio 2016. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/retirar-o-acs-das-equipes-de-saude-da-familia-e-um-retrocesso-no-modelo-de>. Acesso em: 15 jun. 2021.

NORONHA, J. C. Os rumos do Estado brasileiro e o SUS: a seguridade social como política pública da sociedade e Estado. **Saúde. soc.**, São Paulo, v. 14, n. 2, ago. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902005000200004>. Acesso em: 16 jun.2021.

NORONHA, J. C.; SOARES, L. T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 445-450, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000200013>. Acesso em: 18 out. 2021.

NUNES, M. O. *et al.* O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 1639-1646, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/JKRYnBFxzhWvhjhtwVyxhtJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 out. 2021.

O'DWYER, G. *et al.* A crise financeira e a saúde: o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4555-4568, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.23212019>. Acesso em: 25 maio 2021.

OLIVEIRA, C. A. Saúde, cidade e a lógica do capital: o Município do Rio de Janeiro em questão. In: BRAVO, M. I. S. *et al.* (org.). **A mercantilização da saúde em debate: as organizações sociais no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: UERJ, 2015. v. 1, p. 11-19.

OLIVEIRA, D. C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-576, 2008.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 66, n. esp., p. 158-164, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>. Acesso em: 21 ago. 2021.

OLIVEIRA, M. M.; CASTRO, G. G.; FIGUEIREDO, G. L. A. Agente de combate às endemias e o processo de trabalho da equipe de saúde da família. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v. 29, n. 3, p. 380-389, jul./set. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários: agora mais que nunca**. Genebra, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde. Washington, D.C, 2007. Disponível em: <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5575.pdf>. Acesso em 22 jan. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Série Técnica Inovação na Gestão Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro** – avaliação dos três anos de Clínicas da Família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre, 2013.

OUVERNEY, A. L. M. *et al.* Gestores municipais do Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas para o Ciclo de Gestão 2017-2020. **Saúde Debate**, Londrina, v. 43, n. esp. 7, p. 75-91, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S706>. Acesso em: 4 jul. 2021.

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1936, 2013.

PAIM, J. S. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 34-46, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902006000200005>. Acesso em: 18 out. 2021.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. *In*: GIOVANELA, L. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 547-573.

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. *In*: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. (org.). **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 473-488.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>. Acesso em: 18 out. 2021.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Saúde, 2000.

PALES, R. C.; FONSECA, G. Leal. O fenômeno do capitalismo na concepção dos clássicos: Marx e Weber. **EFDeportes.com**, Buenos Aires, Ano 20, n. 210, 2015. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/>. Acesso em: 18 out. 2021.

PAULINO, K. C. *et al.* Reflexões sobre o novo financiamento da atenção básica e as práticas multiprofissionais. **Braz. J. Develop.**, Curitiba, v.7, n.1, p.5362-5372, jan. 2021.

PAULO NETTO, J. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

PAULO NETTO, J.; BRAZ, M. **Economia política: uma introdução crítica**. São Paulo: Cortez Editora, 2021.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde. *In*: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica Joaquim Venâncio, 2009. p. 320-328. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/apresentacao.html>. Acesso em: 26 fev. 2019.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação.** 1998. 254f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PENNA, C. M. M. *et al.* O trabalho do gerente no cotidiano das Unidades Básicas de Saúde. **REME Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 8, n. 4, p. 455-463, out./dez. 2004.

PEREIRA, L. D. A gestão da força de trabalho em saúde na década de 90. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 363-382, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000200010>. Acesso em: 18 out. 2021.

PEREIRA JUNIOR, A. J. **A luta contra a precarização do trabalho dos agentes de combate às endemias (ACE) no estado do Rio de Janeiro (1989-2014).** 2018. 199 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, 2018.

PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O território no programa de saúde da família. **Hygeia**, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 47-55, jun. 2006. Disponível em: https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/o_territorio_na_esf.pdf. Acesso em: 22 jun. 2021.

PERRENOUD, P. Dez novas competências para uma nova profissão. **Pátio**, Porto Alegre, v. 17, n. 8, p. 8-12, 2001.

PESSOA, J. P. M. *et al.* Controle da dengue: os consensos produzidos por Agentes de Combate às Endemias e Agentes Comunitários de Saúde sobre as ações integradas. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2329-2338, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.05462016>. Acesso em: 14 jun. 2021.

PINHEIRO, R. Cuidado em saúde: cuidado e a vida cotidiana. *In*: PEREIRA, I. B.; LIMA, JCF. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. p. 110-114. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>. Acesso em: 21 out. 2021.

PINTO, H. A. Análise da mudança da Política Nacional de Atenção Básica. **Saúde Redes**, [s.l.], v. 4, n. 2, p. 191-217, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.18310/2446-48132018v4n2.1796g292>. Acesso em: 15 ago.2021

PINTO JUNIOR, E. P. *et al.* Efeito da Estratégia Saúde da Família nas internações por condições sensíveis à atenção primária em menores de um ano na Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n2/1678-4464-csp-34-02-e00133816.pdf>. Acesso em: 23 jan.2019

PIRES, M. F. C. O materialismo histórico-dialético e a Educação. **Interface**, Botucatu., v. 1, n. 1, p. 83-94, 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32831997000200006>. Acesso em: 30 jul. 2021.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRÁTICA. *In*: MICHAELIS online. [S.l.]. 2021. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/pr%C3%A1tica/>. Acesso em: 18 out. 2021.

PRÁTICA. *In*: DICIO DicionárioOnline de Português. [S.l.]. 2014. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/pratica/>. Acesso em: 22 out. 2021.

PROJETO ICSAP. **Avaliação do impacto das ações do programa de saúde da família na redução das internações hospitalares por condições sensíveis à Atenção básica em adultos e idosos**. Relatório final de pesquisa. Belo Horizonte, 2012. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3261.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2019.

QUEIROS, A. A. L.; LIMA, L. P. A institucionalização do trabalho do agente comunitário de saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v10n2/05.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2014.

QUEIROZ, V. M.; EGRY, E Y. Bases metodológicas para a assistência de enfermagem em saúde coletiva, fundamentadas no materialismo histórico e dialético. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 41, n. 1, p. 26-33, 1988. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v41n1/v41n1a05.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2019.

RAMOS, A. P. O quadro fiscal e o novo regime fiscal (EC 95): potenciais impactos para o desenvolvimento do Brasil. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA POLÍTICA, 23., 2018, Niterói. **Anais [...]**. Niterói: Sociedade Brasileira de Economia Política., 2018.

RAMOS, L. H.; GRIGOLETTO, M. V. D. **Gestão de Serviços de Saúde**. 2014. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/178>. Acesso em: 23 jul. 2017.

REIS, A. A. C. *et al.* Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. **Saúde Debate**, Londrina, v. 40, n. esp., p. 122-135, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042016S11>. Acesso em: 26 fev. 2019.

REIS, V. **Contra a reformulação da PNAB** - nota sobre a revisão da política nacional de atenção básica. Rio de Janeiro: Abrasco, 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: 20 out. 2021.

REIS, V. A crise que esmaga a saúde do Rio de Janeiro. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. **Abrasco**, 2018. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/crivella-e-crise-que-esmaga-saude-do-rio-de-janeiro/38022/>. Acesso em: 18 set. 2020.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D. E.; BLANK, V. L. G. A Temática do Processo de Trabalho em Saúde como Instrumental para Análise do Trabalho no Programa Saúde da Família. *In*: FONSECA, A. F.; STAUFFER, A. B. **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2007. p. 189-211.

RIO DE JANEIRO (Estado). **Dados SUS**. Cobertura de Atenção Primária. 2020a. Disponível em:
http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/webtabx.exe?at_primaria/at_primaria_cobertura.def.
Acesso em: 18 out. 2021.

RIO DE JANEIRO (Estado). **Novo Corona Vírus**. COVID 2019. Orientações para agentes comunitários de saúde no enfrentamento à COVID-19. 2020b. Disponível em:
<https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/cartilha%20ACS%20covid.pdf>. Acesso em: 10 out. 2021.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. **Atualização do Plano Diretor de Regionalização-2012/2013**. 2014. Disponível em:
<https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzA0OQ%2C%2C>.
Acesso em: 17 out. 2021.

RIO DE JANEIRO (RJ). Observatório de Tecnologias de Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde. **O que é a Rede de Estações OTICS-Rio?** 2020c. Disponível em: <https://oticsrio.subpav.org/institucional>. Acesso em: 21 ago. 2021.

RIO DE JANEIRO (RJ). Reorganização dos serviços de Atenção Primária à Saúde. **Estudo para otimização de recursos**. Rio de Janeiro: SMS-RJ/SUBPAV, 2018. Disponível em:
<https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2018/11/REORGANIZA%C3%87%C3%83O-DOS-SERVI%C3%87OS-DE-ATEN%C3%87%C3%83O-PRIM%C3%81RIA-A-SA%C3%9ADE-ESTUDO-PARA-OTIMIZA%C3%87%C3%83O-DE-RECURSOS.pdf>. Acesso em: 22 maio 2021.

RIO DE JANEIRO (RJ). Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. **Guia de Referência Rápida**. Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro, 2011. 128p. Disponível em:
<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/137240/DLFE-228987.pdf/1.0>. Acesso em: 21 ago. 2021.

RIO DE JANEIRO (RJ). Subsecretaria de Promoção. Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV). **Consulta dos dados de Atenção Primária da Área Programática 3.1**. 23 set. 2020c. Disponível em: <https://www.subpav.org/aps/>. Acesso em: 10 set. 2020.

RIQUINHO, D. L. *et al.* O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dificuldade e a potência. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 163-182, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00086>. Acesso em: 25 jun. 2021

RIZZOTO, M. L. F. **O Banco Mundial e as políticas de saúde nos anos 90**: um projeto de desmonte do SUS. 2000. 226f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

RODRIGUES, P. H. A. Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 37-60, mar. 2014. Disponível em
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000100037&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 28 fev. 2019.

ROBERTS, M. **The long depression**: how it happened, why it happened, and what happens next. Chicago: Haymarket Books, 2016 apud MENDES, A.; CARNUT, L. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 1105-1119, 2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4062/406263892015/html/>. Acesso em: 18 out. 2021.

ROSEN, G. A **Era Bacteriológica e suas consequências**. Cap VIII de uma história da Saúde Pública. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 267-371 apud ANDRADE, L. O. M. *et al.* Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2017. p. 845-902.

RUSCHI, O. **Palavra do presidente**: Alexandre Ruschi escreve sobre o novo programa do governo “Médicos pelo Brasil”. UNIMED. [s.l.], 07 ago. 2019. Disponível em: <https://www.unimed.coop.br/web/cnu-central/publicacoes/palavra-do-presidente-alexandre-ruschi-escreve-sobre-o-novo-programa-do-governo-medicos-pelo-brasil->. Acesso em: 18 out. 2021.

SALES, W. B. *et al.* A importância da equipe NASF/AB: encontros e multidisciplinaridade: uma revisão narrativa/crítica. **REAS/EJCH**, [s.l.], v. supl. 48, e3256, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e3256.2020>. Acesso em: 18 out. 2021.

SANTOS, J. F. E. *et al.* The importance of civilian nursing organizations: integrative literature review. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 69, n. 3, p. 572-580, 2016a. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690326i>. Acesso em: 18 out. 2021.

SANTOS, J. L. G. *et al.* Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. **Texto Contexto-Enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 3, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/cXFB8wSVvTm6zMTx3GQLWcM/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 18 out. 2021.

SANTOS, N. *et al.* Presença e extensão dos atributos de atenção primária à saúde da criança em distintos modelos de cuidado. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, e00014216, jan. 2016b. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/337/presenca-e-extensao-dos-atributos-de-atencao-primaria-a-saude-da-crianca-em-distintos-modelos-de-cuidado>. acessos em 24 Mai. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00014216>. Acesso em: 21 ago. 2021.

SANTOS, R. A. B. G.; UCHÔA-FIGUEIREDO, L. R.; LIMA, L. C. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. **Saúde Debate**, Londrina, v. 41, n. 114, p. 694-706, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711402>. Acesso em: 2 jun. 2021.

SANTOS, R. C. A.; MIRANDA, F. A. N. Importância do vínculo entre profissional-usuário na estratégia de saúde da família. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 6, n. 3, p. 350-359, jul./set. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/17313/pdf>. Acesso em: 18 out. 2021.

SANTOS, F.; SZWAKO, J. Da ruptura à reconstrução democrática no Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. esp., p. 114-121, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042016S10>. Acesso em: 21 out. 2021.

SARTI, T. D. *et al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 29, n. 2, e2020166, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>. Acesso em: 21 ago. 2021.

SCÓZ, T. M. X.; FENILI, R. M. Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no programa de saúde da família. **Rev. Eletrônica Enferm.**, Goiânia, v. 5, n. 2, 2003. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/779/870>. Acesso em: 21 out. 2021.

SECRETARIA DO TESOUREIRO NACIONAL. **Aspectos fiscais da saúde no Brasil**. Brasília, DF, 2018.

SEVERINO, A. J. **Filosofia**. São Paulo: Cortez; 2005 apud SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S.; YONEKURA, T. Marxism as a theoretical and methodological framework in collective health: implications for systematic review and synthesis of evidence. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1403-1409, 2013. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/78107>. Acesso em: 15 out. 2021.

SILLS, S.; SONG, C. Innovations in survey research: an application of web-based surveys. **Soc. Sci. Comput. Rev.**, [s. l.], v. 20, p. 22-30, 2002. Disponível em: https://libres.uncg.edu/ir/uncg/f/S_Sills_Innovations_2002.pdf. Acesso em: 17 set. 2009.

SILVA, A. T. M. C.; BARROS, S. O trabalho da enfermagem no hospital dia na perspectiva da reforma psiquiátrica em João Pessoa – Paraíba. **Rev. Esc. Enferm.**, Brasília, DF, v. 39, n. 3, p. 310-316, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000300009. Acesso em: 28 set. 2019.

SILVA, B. Z. Pela DesCrivelização da saúde: reflexões sobre a crise da saúde no Rio de Janeiro-RJ e seu agravamento na pandemia. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, e300308, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300308>. Acesso em: 25 maio 2021.

SILVA, F. T.; BORGES, L. F. F. Materialismo histórico e dialético em pesquisas do campo curricular: o ensino de História no curso de Pedagogia. **Educação**, [s. l.], v. 43, n. 3, p. 565-582, 2018.

SILVA, G. S. **Teoria monetária marxista**: análise do estado das artes. 2012. 136 f. Dissertação (Mestrado em Economia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

SILVA, J. F.; TENÓRIO, L. D. Privatização das políticas sociais na conjuntura neoliberal: os “novos modelos de gestão” e os desafios ao projeto ético-político do serviço social brasileiro. In: PAIVA, M. J. G. *et al.* (org.). **Capitalismo, trabalho e política social**. São Paulo: Editora Blucher, 2017. p. 66- 85. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788580391879/>. Acesso em: 10 out. 2021.

SILVA, T. L. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do agente comunitário de saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 124, p. 58-69, 2020.

SILVA, T. R.; MOTTA, R. F. A percepção dos usuários sobre a política de saúde na atenção básica. **Mudanças**, São Bernardo do Campo, v. 23, n. 02, p. 17-25, 2015. Disponível em: Acesso em: 09 nov. 2017.

SILVA, V. G.; MOTTA, M. C. S.; ZEITOUNE, R. C. G. A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 12, n. 3, p. 441-448, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.5278>. Acesso em: 1 fev. 2015.

SILVA JÚNIOR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A. (org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV; Fiocruz, 2007. p. 27-41,

SINDICATO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE, TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL NO ESTADO DO RIO. Possibilidade de efetivação é incluída na PEC 007 pelo Senado. **Jornal do Sindsprev**, Rio de Janeiro, Ano 15, 15 fev. 2006 *apud* PEREIRA JUNIOR, A. J. **A luta contra a precarização do trabalho dos agentes de combate às endemias (ACE) no estado do Rio de Janeiro (1989-2014)**. 2018. 199 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, 2018.

SMALL, M. L. How to conduct a mixed methods study: Recent trends in rapidly growing literature. **Annu. Rev. Sociol.**, Palo Alto, v. 37, p. 57-86, 2011.

SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S.; YONEKURA, T. Marxism as a theoretical and methodological framework in collective health: implications for systematic review and synthesis of evidence. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1403-1409, 2013. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/78107>. Acesso em: 15 out. 2021.

SOUSA, A. M. C. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. **Rev. katálysis**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 227-234, dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802014000200227&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05Fev. 2019.

SOUSA, G.; CARNEIRO, J. Notas sobre dinheiro em Marx: fundamentos teóricos. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL MARX E ENGELS, 8., 2015, Campinas. **Anais[...]**. Campinas: Cemarx, 2015. Disponível em: https://www.ifch.unicamp.br/formulario_cemarx/selecao/2015/trabalhos2015/Giliad%20souza%20e%20jarbas%20carneiro%2010090.pdf. Acesso em: 07 out, 2021.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta ?. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1325-1335, out. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 fev. 2019.

SOUZA, E. C. F. *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s100-s110, 2008.

SOUZA GOMES, C. B.; GUTIÉRREZ, A. C.; SORANZ, D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 2020, v. 25, n. 4, p. 1327-1338. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31512019>. Acesso em: 13 jun. 2021.

SOUZA, H. M. Saúde da Família: desafios e conquistas. In: NEGRI, B.; VIANA A. L. (org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos/Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão, 2002. p. 221-240.

SOUZA, L. A. *et al.* Relações entre a atenção primária e as internações por condições sensíveis em um hospital universitário. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 39, p. e2017-0067, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0067>. Acesso em: 28 fev. 2019.

SOUZA, S. S. *et al.* Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 12, n. 3, p. 449-455, 2010.

SOUZA, T. S. *et al.* Eu mudo, nós mudamos? Perspectivas sobre o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. **Rev. Espaço Saúde**, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 16-25, jul. 2020.

SOUZA, T. S.; MEDINA, M. G. NASF: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS?. **Saúde Debate**, Londrina, v. 42, n. esp. 2, p. 145-158, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S210>. Acesso em: 2 jun. 2021.

SOUZA, M. L. *et al.* O cuidado em enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto Contexto-Enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 266-270, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/RPGd7WQhG6bbszqZZzjG4Rr/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 18 out. 2021.

SOUZA, M. L.; SARTOR, V. V. B.; PRADO, M. L.. Subsídios para uma ética da responsabilidade em Enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 75-81, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000100010>. Acesso em: 18 out. 2021.

SPERLING, S. Política Nacional de Atenção Básica: consolidação do modelo de cuidado ou conciliação com o mercado de saúde?. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 341-345, 2018.

SPERONI, K. S. *et al.* Percepções dos agentes comunitários de saúde: contribuições para a gestão em saúde. **Rev. Cuid.**, Bucaramanga, v. 7, n. 2, p. 1325-1337, dez. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.338>. Acesso em: 12 set. 2021.

STATISTICAL package for the social sciences. Versão 23.0. Chicago: McGraw-Hill, 2021, Programa de computador.

TAHAN- SANTOS, E. **Estratégia Saúde da Família: satisfação dos usuários**. 2011. 133f. Dissertação (Mestrado em Filosofia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

TEIXEIRA JUNIOR, J. E. *et al.* Interloquções entre a Declaração de Astana, o Direito à Saúde e a formação em Medicina de Família e Comunidade no Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1261-1268, abr. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401261&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 set. 2020.

TEIXEIRA, C. **Os princípios do Sistema Único de Saúde**. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, jun. 2011. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf. Acesso em: 17 set. 2014.

TEIXEIRA, C. F. S.; PAIM, J. S. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. **Saúde Debate**, Londrina, v. 42, n. esp. 2, p. 11-21, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S201>. Acesso em: 17 jan. 2019.

TEIXEIRA, C. F. Vigilância da saúde: novo pensar e novo fazer. *In*: TEIXEIRA, C. F. **O futuro da prevenção**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. p. 65-76.

TEIXEIRA, E. R.; NOGUEIRA, J. F. O uso popular das ervas terapêuticas no cuidado PESQUISA com o corpo. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 231-241, ago. 2005.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um "super-herói". **Interface**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 84-87, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832002000100008>. Acesso em: 12 set. 2021.

TORRES, R. Público e privado na saúde: o SUS e a filantropia. **Revista Poli saúde educ. trabalho**, Rio de Janeiro, Ano IV, n. 20, nov./dez.2011.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2009.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Habilidades e competências entre trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. **Interface**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 149-160, jan./mar. 2012.

UNGLERT, C. V. S. Territorialização em Sistemas de Saúde. *In*: MENDES, E. V. (org.). **Distritos sanitários**: processo social de mudança nas práticas sanitárias para o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec: Abrasco, 1993. p. 221-235.

URSINE, B. L.; TRELHA, C. S. O.; NUNES, E. F. P. A. O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. **Rev. Bras. Saude Ocup.**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 327-339, 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572010000200015>. Acesso em: 07 out. 2021.

VENTURA, C. A. A. *et al.* Aliança da enfermagem com usuário na defesa do SUS. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, DF, v. 65, n. 6, p. 893-898, dez. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000600002&lng=en. Acesso em: 29 dez. 2019.

- VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000300011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 jan. 2015.
- VIANA, A. L. D.; MACHADO, C. V. **Capitalismo e Estado Social**: qual o sentido do SUS? 2013. Disponível em: <http://cebes.org.br/2013/12/capitalismo-e-estado-social-qual-o-sentido-do-sus/>. Acesso em: 14 jul. 2021.
- VIANA, A. L. D.; SILVA, H. P.; ELIAS, P. E. M. Economia política da saúde: introduzindo o debate. **Divulg. Saúde Debate**, Londrina, v. 37, p. 7-20, 2007.
- VIANA, N. **O capitalismo na era da acumulação integral**. Aparecida: Ideias e Letras, 2009.
- VIEIRA, F. S. **Crise econômica, austeridade fiscal e saúde**: que lições podem ser aprendidas? Brasília, DF: Ipea, 2016a. [Nota técnica]
- VIEIRA, F. S. Implicações de decisões e discussões recentes para o financiamento do Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Londrina, v. 40, n. 109, p. 187-199, 2016b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201610915>. Acesso em: 14 set. 2020.
- VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. **Os impactos do novo regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. Brasília, DF: Ipea, 2016. (Nota Técnica, n. 28). Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/7270>. Acesso em: 16 nov. 2018.
- VILAS, C. M. O Banco Mundial e a reforma do Estado na América Latina: fundamentos teóricos e prescrições políticas. In: PEREIRA, J. M. M.; PRONKO, M. (org.). **A demolição de direitos**: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde: 1980-2013. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2014. p. 65-85.
- WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- WEBSTER, C. **The National Health Service**: a political history. Oxford: Oxford University Press, 2002 apud KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2010.v15n5/2307-2316/pt>. Acesso em: 13 fev. 2019.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Declaration of Astana**. Astana: World Health Organization, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>. Acesso em: 10 out. 2021.
- ZOBOLI, E. L. P.; FRACOLLI, L. A.; CHIESA, A. M. O cuidado de enfermagem em saúde coletiva. In: SOARES, B. C.; CAMPOS, C. M. S. (org.). **Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem**. São Paulo: Manole, 2013. p. 244-264.

APÊNDICE A - Formulário online para os Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde**ROTEIRO DO QUESTIONÁRIO ONLINE****SEÇÃO 1- DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E PROFISSIONAIS- ENFERMEIROS**

1. Qual é nome da sua unidade de saúde? (Não divulgaremos a sua Unidade de Saúde, esse dado será utilizado somente para fins de identificação para a organização dos dados) _____

2. Qual o seu sexo?

- Feminino
- masculino
- Prefiro não dizer

3. Qual a sua idade?

- Até 27 anos
- De 28 a 39 anos
- De 40 a 49 anos
- Acima de 50 anos

4. Como você se considera?

- Branco (a).
- Negro (a).
- Pardo (a)/ mulato (a)
- Amarelo (a) (de origem oriental)
- Indígena ou de origem indígena

5. Qual o seu estado civil?

- Solteiro (a).
- Casado (a)/união estável.
- Separado (a)/ Desquitado (a)/ Divorciado (a).
- Viúvo (a).
- Outro.

6. Há quanto tempo você trabalha na Estratégia Saúde da Família?

- até um (1) ano.
- De 1 a 3 anos.
- De 3 a 5 anos
- De 5 a 10 anos
- Mais de 10 anos

7. Qual a natureza jurídica da sua instituição formadora?

- Pública
- Privada

8. Quanto tempo você tem de formação?

- até 5 anos
- 6 a 10 anos
- 11 a 15 anos
- 16 a 20 anos
- + 20 anos

9. Você possui especialização (latu senso)?

- Sim.
- Não.

9.1 Se você assinalou sim na pergunta anterior, especifique qual (is): _____

10. Você possui formação à nível strictu senso?

- Não
- Mestrado Acadêmico
- Mestrado Profissional
- Doutorado
- Pós-doutorado
- Mestrado Acadêmico em andamento
- Mestrado Profissional em andamento
- Doutorado em andamento

11. Você participou de algum evento científico na área de enfermagem nos últimos 3 anos?

Sim. Não.

12. Você possui outro vínculo empregatício no setor público?

Sim Não

13. Você possui outro vínculo empregatício no setor privado?

Sim Não

14. Você é associado (a) a alguma entidade de caráter técnico- científico e cultural na área de saúde e/ ou enfermagem (ABRASCO, ABEn, ABEFACO etc.)?

Sim Não

15. Você já participou de alguma reunião do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro nos últimos 3 anos?

Sim Não

16. Você participou de algum Fórum/ Debate/ Mesa Redonda sobre a Política Nacional de Atenção Básica de 2017?

Sim Não

SEÇÃO 2- DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E PROFISSIONAIS- AGENTE COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

1. Qual é nome da sua unidade de saúde? (Não divulgaremos a sua Unidade de Saúde, esse dado será utilizado somente para fins de identificação para a organização dos dados)

2. Qual o seu sexo?

- Feminino
 masculino
 Prefiro não dizer

3. Qual a sua idade?

- Até 27 anos
 De 28 a 39 anos
 De 40 a 49 anos
 Acima de 50 anos

4. Como você se considera?

- Branco (a).
 Negro (a).
 Pardo (a)/ mulato (a)
 Amarelo (a) (de origem oriental).
 Indígena ou de origem indígena.

5. Qual o seu estado civil?

- Solteiro (a).
 Casado (a)/união estável.
 Separado (a)/ Desquitado (a)/ Divorciado (a).
 Viúvo (a).
 Outro.

6. Há quanto tempo você trabalha na Estratégia Saúde da Família?

- até um (1) ano.
 De 1 a 3 anos.
 De 3 a 5 anos
 De 5 a 10 anos
 Mais de 10 anos

7. Participou de algum evento científico na área da saúde nos últimos 3 anos?

- Sim Não

8. Já participou de alguma reunião do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro nos últimos 2 anos?

- Sim Não

9. Você participou de algum Fórum/ Debate/ Mesa Redonda sobre a Política Nacional de Atenção Básica de Saúde em 2017?

- Sim Não

SEÇÃO 3- A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (PNAB) 2017**(SEÇÃO COMUM AOS ENFERMEIROS E ACS)****AS MUDANÇAS NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (PNAB) DE 2017
REPERCUTEM NA SUA PRÁTICA PROFISSIONAL?**

Analise cada afirmativa abaixo e marque: (1) para "Repercute Negativamente", (2) "Nem positivamente, nem negativamente", (3) " Repercute positivamente" e (4) "Não sei".

1. FINANCIAMENTO DE MODELOS DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

1.1 A PNAB 2017 mantém o financiamento das equipes de saúde de família (eSF) como prioritário e passa a financiar, com valor inferior, as equipes de Atenção Básica (eAB). Como essa mudança repercute na sua prática profissional?

(1) Repercute Negativamente	(2) Nem positivamente, nem negativamente	(3) Repercute Positivamente	(4) Não sei
-----------------------------------	--	--------------------------------	----------------

2. AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS) E AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS (ACE)

2.1 Na PNAB 2017 o ACS é obrigatório na Estratégia Saúde da Família, em número a depender da necessidade e perfil epidemiológico local. Em áreas de vulnerabilidade, um ACS para o máximo de 750 pessoas, cobrindo 100% da população, sem número máximo por equipe. Essa mudança repercute na sua prática profissional?

(1) Repercute Negativamente	(2) Nem positivamente, nem negativamente	(3) Repercute Positivamente	(4) Não sei
--------------------------------	---	--------------------------------	----------------

2.2 Na PNAB 2017 a presença do ACS é facultativa na equipe de Atenção Básica (eAB). Como essa mudança repercute na sua prática profissional?

(1) Repercute Negativamente	(2) Nem positivamente, nem negativamente	(3) Repercute Positivamente	(4) Não sei
--------------------------------	---	--------------------------------	----------------

2.3 A PNAB 2017 preconiza que o agente de combate a endemia (ACE) pode ser incluído na equipe de saúde da família, e além das suas acumula algumas atribuições dos agentes comunitários de saúde (ACS). Como essa mudança repercute na sua prática profissional?

(1) Repercute Negativamente	(2) Nem positivamente, nem negativamente	(3) Repercute Positivamente	(4) Não sei
--------------------------------	---	--------------------------------	----------------

2.4 A PNAB 2017 amplia as atribuições dos ACS, incluindo a aferição da pressão arterial, aferição de glicemia capilar e a troca de curativos. Como essa mudança repercute na sua prática profissional?

(1) Repercute Negativamente	(2) Nem positivamente, nem negativamente	(3) Repercute Positivamente	(4) Não sei
--------------------------------	---	--------------------------------	----------------

2.5 A PNAB 2017 coordenação do trabalho do ACS passa a ser responsabilidade de toda a equipe de nível superior. Como essa mudança repercute na sua prática profissional?

(1) Repercute Negativamente	(2) Nem positivamente, nem negativamente	(3) Repercute Positivamente	(4) Não sei
--------------------------------	---	--------------------------------	----------------

3. INTEGRAÇÃO ENTRE ATENÇÃO BÁSICA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

3.1. Na PNAB 2017 a vigilância em saúde é introduzida tanto no campo da gestão e organização de serviços quanto na produção do cuidado, como responsabilidade dos municípios, estados, governo Federal e de todos os profissionais. Como essa mudança repercute na sua prática profissional?

(1) Repercute Negativamente	(2) Nem positivamente, nem negativamente	(3) Repercute Positivamente	(4) Não sei
--------------------------------	---	--------------------------------	----------------

4. NÚCLEOS AMPLIADOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA

4.1 A PNAB 2017 altera a denominação alterada de Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), que passa a apoiar, além das equipes de saúde da família (eSF) também as equipes de Atenção Básica (eAB). Como essa mudança repercute na sua prática profissional?

(1) Repercute Negativamente	(2) Nem positivamente, nem negativamente	(3) Repercute Positivamente	(4) Não sei
--------------------------------	---	--------------------------------	----------------

5. GERÊNCIA DE ATENÇÃO BÁSICA

5.1 A PNAB 2017 reconhece a figura do gerente de Unidade Básica de Saúde, recomendando sua inserção como novo membro da equipe. Como essa mudança repercute na sua prática profissional?

(1) Repercute Negativamente	(2) Nem positivamente, nem negativamente	(3) Repercute Positivamente	(4) Não sei
--------------------------------	---	--------------------------------	----------------

5.2 A PNAB 2017 preconiza que o gerente da Unidade Básica de Saúde deve ter formação de nível superior e preferencialmente da área da saúde. Como essa mudança repercute na sua prática profissional?

(1) Repercute Negativamente	(2) Nem positivamente, nem negativamente	(3) Repercute Positivamente	(4) Não sei
--------------------------------	---	--------------------------------	----------------

6. OFERTA NACIONAL DE SERVIÇOS E AÇÕES ESSENCIAIS E AMPLIADOS DA ATENÇÃO BÁSICA

6.1 A PNAB 2017 incorpora os pacotes de serviços essenciais e ampliados na Atenção Primária. Sendo os padrões essenciais definidos como as ações e procedimentos básicos relacionados a condições básicas/essenciais de acesso e qualidade na Atenção Básica e os padrões ampliados como ações e procedimentos considerados estratégicos para se avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na Atenção Básica, considerando especificidades locais, indicadores e parâmetros estabelecidos nas Regiões de Saúde. Como essa incorporação repercute na sua prática profissional?

(1) Repercute Negativamente	(2) Nem positivamente, nem negativamente	(3) Repercute Positivamente	(4) Não sei
-----------------------------------	--	--------------------------------	----------------

7. TERRITORIALIZAÇÃO E VÍNCULO USUÁRIO-PROFISSIONAL

7.1 Na PNAB 2017 a vinculação do usuário em mais de uma unidade de saúde, repercute na sua prática profissional?

(1) Repercute Negativamente	(2) Nem positivamente, nem negativamente	(3) Repercute Positivamente	(4) Não sei
-----------------------------------	--	--------------------------------	----------------

8. CARGA HORÁRIA SEMANAL DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E DA ATENÇÃO BÁSICA

8.1 A PNAB 2017 estabelece que a carga horária da equipe de Atenção Básica (eAB) será de 40 h por categoria profissional (máximo de três profissionais e mínimo de 10 h por categoria), ou seja, poderá ter profissionais cumprindo 10 horas semanais. Enquanto a equipe de Saúde da Família permanece a carga horária de 40 h semanais para todos os profissionais. Essa diferenciação repercute na sua prática profissional?

(1) Repercute Negativamente	(2) Nem positivamente, nem negativamente	(3) Repercute Positivamente	(4) Não sei
--------------------------------	--	--------------------------------	----------------

9. COBERTURA POPULACIONAL POR EQUIPE

9.1 A PNAB 2017 prega a cobertura populacional será de 2000 a 3500 pessoas por equipe, com parâmetros baseados nos riscos e vulnerabilidades do território. Significa que a cobertura que era de 100% para todos, agora será 100% da população vulnerável. Como essa mudança repercute na sua prática profissional?

(1) Repercute Negativamente	(2) Nem positivamente, nem negativamente	(3) Repercute Positivamente	(4) Não sei
-----------------------------------	--	-----------------------------------	----------------

9.2 A PNAB 2017 preconiza que a população adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) seja de 2.000 a 3.500 pessoas. Além dessa faixa populacional, podem existir outros arranjos de adscrição, conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, facultando aos gestores locais, conjuntamente com as equipes e Conselhos, a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe, podendo ser maior ou menor do que o parâmetro recomendado. Essa alteração repercute na sua prática profissional?

(1) Repercuta Negativamente	(2) Nem positivamente, nem negativamente	(3) Repercuta Positivamente	(4) Não sei
--------------------------------	--	--------------------------------	----------------

10. Você gostaria de deixar alguma observação?

APÊNDICE B- Roteiro da entrevista por videoconferência- Enfermeiros e ACS

EIXO 1- REPERCUSSÕES DA PNAB 2017 E AS PRÁTICAS DE SAÚDE

- I. De que forma a PNAB 2017 repercute na sua prática? (individualmente e em relação com contexto de vida e profissional). Quais alterações da PNAB mais repercutiram na sua prática?

FINANCIAMENTO DE MODELOS DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

1. A PNAB 2017 mantém o financiamento das equipes de saúde de família (eSF) como prioritário e passa a financiar, com valor inferior, as equipes de Atenção Básica (eAB). Como essa mudança repercute na sua prática profissional?

CARGA HORÁRIA SEMANAL DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E DA ATENÇÃO BÁSICA

2. A PNAB 2017 estabelece que a carga horária da equipe de Atenção Básica (eAB) será de 40 h por categoria profissional (máximo de três profissionais e mínimo de 10 h por categoria), ou seja, poderá ter profissionais cumprindo 10 horas semanais. Enquanto a equipe de Saúde da Família permanece a carga horária de 40 h semanais para todos os profissionais. Essa diferenciação repercute na sua prática profissional?

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS) E AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS (ACE)

3. Na PNAB 2017 o ACS é obrigatório na Estratégia Saúde da Família, em número a depender da necessidade e perfil epidemiológico local. Em áreas de vulnerabilidade, um ACS para o máximo de 750 pessoas, cobrindo 100% da população, sem número máximo por equipe. Essa mudança repercute na sua prática profissional?

4. Na PNAB 2017 a presença do ACS é facultativa na equipe de Atenção Básica (eAB). Como essa mudança repercute na sua prática profissional?

5. A PNAB 2017 amplia as atribuições dos ACS, incluindo a aferição da pressão arterial, aferição de glicemia capilar e a troca de curativos. Como essa mudança repercute na sua prática profissional?

6. A PNAB 2017 preconiza que o agente de combate a endemia (ACE) pode ser incluído na equipe de saúde da família, e além das suas acumula algumas atribuições dos agentes comunitários de saúde (ACS). Como essa mudança repercute na sua prática profissional?

7. A PNAB 2017, coordenação do trabalho do ACS passa a ser responsabilidade de toda a equipe de nível superior. Como essa mudança repercute na sua prática profissional?

COBERTURA POPULACIONAL POR EQUIPE

8. A PNAB 2017 prega a cobertura populacional será de 2000 a 3500 pessoas por equipe, com parâmetros baseados nos riscos e vulnerabilidades do território. Significa que a cobertura que era de 100% para todos, agora será 100% da população vulnerável. Como essa mudança repercute na sua prática profissional?

9. A PNAB 2017 preconiza que a população adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) seja de 2.000 a 3.500 pessoas. Além dessa faixa populacional, podem existir outros arranjos de adscrição, conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, facultando aos gestores locais, conjuntamente com as equipes e Conselhos, a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe, podendo ser maior ou menor do que o parâmetro recomendado. Essa alteração repercute na sua prática profissional?

TERRITORIALIZAÇÃO E VÍNCULO USUÁRIO-PROFISSIONAL

10. Na PNAB 2017 a vinculação do usuário em mais de uma unidade de saúde, repercute na sua prática profissional?

NÚCLEOS AMPLIADOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA

11. A PNAB 2017 altera a denominação alterada de Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), que passa a apoiar, além das equipes de saúde da família (eSF) também as equipes de Atenção Básica (eAB). Como essa mudança repercute na sua prática profissional?

GERÊNCIA DE ATENÇÃO BÁSICA

12. A PNAB 2017 reconhece a figura do gerente de Unidade Básica de Saúde, recomendando sua inserção como novo membro da equipe. Como essa mudança repercute na sua prática profissional?

13. A PNAB 2017 preconiza que o gerente da Unidade Básica de Saúde deve ter formação de nível superior e preferencialmente da área da saúde. Como essa mudança repercute na sua prática profissional?

OFERTA NACIONAL DE SERVIÇOS E AÇÕES ESSENCIAIS E AMPLIADOS DA ATENÇÃO BÁSICA

14. A PNAB 2017 incorpora os pacotes de serviços essenciais e ampliados na Atenção Primária. Sendo os padrões essenciais definidos como as ações e procedimentos básicos relacionados a condições básicas/essenciais de acesso e qualidade na Atenção Básica e os padrões ampliados como ações e procedimentos considerados estratégicos para se avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na Atenção Básica, considerando especificidades locais, indicadores e parâmetros estabelecidos nas Regiões de Saúde. Como essa incorporação repercute na sua prática profissional?

II. Como você percebe essas repercussões da PNAB junto aos usuários e comunidade?

EIXO 2- PNAB 2017 E OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE (ESF)

III. A PNAB 2017 repercute nos modelos assistenciais da ESF e no SUS? (como? exemplos?)

EIXO 3- PNAB 2017 E A GESTÃO MUNICIPAL

I. Você acredita que essas repercussões da PNAB tiveram influências da gestão municipal de saúde?

II. Você tem mais algum comentário em relação à PNAB 2017?

BOLA DE NEVE

-Indique 1 enfermeiro e 1 ACS da sua unidade (Pode ser de outra CF da AP.3.1)

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Questionário online para Enfermeiros e ACS



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

CENTRO BIOMÉDICO

FACULDADE DE ENFERMAGEM



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: **“A Política Nacional de Atenção Básica 2017: repercussões nas práticas de saúde de Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde”** que será realizada sob a responsabilidade da Doutoranda Juliana Roza Dias e sob orientação da Prof.a Dra. Sonia Acioli. Tem como objetivo geral, analisar as repercussões da Política Nacional de Atenção Básica de 2017 nas práticas dos enfermeiros e agentes comunitários de saúde do município do Rio de Janeiro, considerando as políticas voltadas para a Atenção Primária à Saúde e a gestão de saúde dos municípios.

Este convite se deve ao fato de que você é **Enfermeiro ou ACS** da Estratégia Saúde da Família da área programática (AP) 3.1 do município do Rio de Janeiro. A sua participação é inteiramente voluntária, estando você livre para abandonar o estudo em qualquer momento, sem que isto afete o seu relacionamento com a instituição. Caso o pesquisador julgue necessário para o seu bem-estar, também poderá retirá-lo da pesquisa. Você não terá custos ou quaisquer compensações financeiras.

Ao aceitar este consentimento, o (a) senhor (a) não desiste de nenhum de seus direitos. Além disso, não libera os pesquisadores de suas responsabilidades legais e profissionais no caso de alguma situação que lhe prejudique e caso sinta-se lesado terá o direito legal de requerer indenização pelas vias judiciais. No entanto, o benefício relacionado à sua participação consiste na possibilidade de contribuir para o aprimoramento e reflexão das práticas de saúde do Enfermeiro na APS preservando a sua autonomia, competências e habilidades.

A sua participação nesta pesquisa será através do preenchimento de um formulário online que conterá perguntas sobre seus dados sociais, informações sobre o seu perfil institucional e de formação e a Política Nacional de Atenção Básica de 2017 e a repercussão nas suas práticas de saúde na ESF. O preenchimento do formulário online terá duração em média de 10 minutos. Essa fase ocorrerá entre os meses de agosto a fevereiro de 2021. É assegurado o completo sigilo de sua identidade quanto a sua participação neste estudo, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos, logo não serão publicados dados ou informações que possibilitem sua identificação. Reiteramos que também serão protegidos os seus dados pessoais como e-mail e contato telefônico cedidos e que serão utilizados apenas para esta pesquisa. Os registros obtidos pelas suas respostas no formulário online serão armazenados e organizados em planilhas do Microsoft Excel de acesso restrito da pesquisadora e serão apagados do Google Drive após 5 anos do término da pesquisa.

Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, você deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos- subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa e órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante de pesquisa: Juliana Roza Dias, doutoranda do PPGENF/UERJ, e-mail: jullyroza2003@yahoo.com.br- Celular: (21) 98380-1043 (Pesquisadora Responsável) ou/e a Sonia Acioli de Oliveira, Prof.a do Programa de Pós- Graduação da Faculdade de Enfermagem da UERJ (PPGENF/UERJ), e-mail: soacioli@gmail.com- Celular: (21) 99764-1180 (Pesquisadora e Orientadora) que estarão sob contato permanente. Ou contatando o Comitê de Ética em Pesquisa das instituições: Comissão de Ética em Pesquisa da SMSDC-RJ: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar, sala 401, Centro – RJ- CEP: 20031-040/ Telefone: 2215-1485- e-mail: cepsms@rio.rj.gov.br ou cepsmsrj@yahoo.com.br - Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa> ou Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, Maracanã, Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br- Telefone: (021) 2334-2180.

Caso deseje receber esse documento assinado, você poderá solicitar através dos contatos da Pesquisadora, sendo necessário também a sua assinatura. Você receberá cópia de todas as suas respostas registradas no seu endereço eletrônico.

Após a leitura deste termo de Consentimento Livre e Esclarecido, marque a opção desejada em relação a sua participação neste estudo:

Ao marcar a opção “ACEITO PARTICIPAR DESTES ESTUDO”, você declara que:

- 1) Eu li e fui completamente orientado pela pesquisadora Juliana Roza Dias, de acordo com sua natureza, propósito e duração do estudo;
- 2) Eu pude questioná-la sobre todos os aspectos do estudo;
- 3) Recebi plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação nesta pesquisa;
- 4) Estou ciente que sou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar.
- 5) A minha identidade/imagem jamais será publicada e meu e-mail não será divulgado ou publicado;
- 6) Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada do pesquisador.

Aceito participar do estudo

Não aceito participar deste estudo

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os Enfermeiros/
ACS - Entrevista semiestruturada por videoconferência



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

CENTRO BIOMÉDICO

FACULDADE DE ENFERMAGEM



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada: “A Política Nacional de Atenção Básica 2017: repercussões nas práticas de saúde de Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde” que será realizada sob a responsabilidade da Doutoranda Juliana Roza Dias sob orientação da Prof.^a Dra. Sonia Acioli. Tem como objetivo geral, analisar as repercussões da Política Nacional de Atenção Básica de 2017 nas práticas dos enfermeiros e agentes comunitários de saúde do município do Rio de Janeiro, considerando as políticas voltadas para a Atenção Primária à Saúde e a gestão de saúde dos municípios.

Este convite se deve ao fato de que você é Enfermeiro ou ACS da Estratégia Saúde da Família da área programática (AP) 3.1 do município do Rio de Janeiro. A sua participação é inteiramente voluntária, estando você livre para abandonar o estudo em qualquer momento, sem que isto afete o seu relacionamento com a instituição. Caso o pesquisador julgue necessário para o seu bem-estar, também poderá retirá-lo da pesquisa. Você não terá custos e não haverá pagamento por sua participação. Ao aceitar esse termo de consentimento, o (a) senhor (a) não desiste de nenhum de seus direitos. Além disso, não libera os pesquisadores de suas responsabilidades legais e profissionais no caso de alguma situação que lhe prejudique e caso sintam-se lesados terão o direito legal de requerer indenização pelas vias judiciais. No entanto, o benefício relacionado à sua participação consiste na possibilidade de contribuir para o aprimoramento e reflexão das práticas de saúde do Enfermeiro na APS preservando a sua autonomia, competências e habilidades.

Este estudo tem duas etapas. A primeira consistiu no preenchimento de um questionário eletrônico. Neste momento, você está sendo selecionado(a) para a segunda etapa que consistirá na sua participação de uma entrevista realizada por videoconferência através das plataformas do zoom meeting ou Skype, conforme a sua escolha. Vale ressaltar que a entrevista será gravada e apenas o áudio será analisado. O aplicativo apesar de realizar a

gravação em vídeo e som, você poderá optar por manter a câmera ligada/ desligada durante a entrevista. Caso deseje optar pela câmera desligada, será captado apenas o áudio da entrevista. Nesta entrevista você responderá sobre as Políticas Nacionais de Atenção Básica e as suas repercussões nas suas práticas de saúde na ESF. A duração da entrevista será de no máximo 30 minutos podendo ser prorrogado ou interrompida conforme a sua vontade. Essas gravações serão mantidas sob a responsabilidade da pesquisadora por um período de 5 anos após o término da pesquisa sob formato digital e serão apagadas após este prazo.

A entrevista ocorrerá entre os meses de janeiro a fevereiro de 2021 e serão agendadas com você previamente de modo não atrapalhar suas atividades pessoais e/ou profissionais. É assegurado o completo sigilo de sua identidade quanto a sua participação neste estudo, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos, logo não serão publicados dados ou informações que possibilitem sua identificação. Reiteramos que também serão protegidos os seus dados pessoais como e-mail e contato telefônico cedidos e que serão utilizados apenas para esta pesquisa.

Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, você deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos- subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa e órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante de pesquisa: Juliana Roza Dias, doutoranda do PPGENF/UERJ, E-mail: jullyroza2003@yahoo.com.br- Celular: (21) 98380-1043 (Pesquisadora Responsável) ou/e a Sonia Acioli de Oliveira, Prof.^a do Programa de Pós- Graduação da Faculdade de Enfermagem da UERJ (PPGENF/UERJ). E-mail: soacioli@gmail.com- Celular: (21) 99764-1180 (Pesquisadora e Orientadora), que estarão sob contato permanente. Ou contatando o Comitê de Ética em Pesquisa das instituições: Comissão de Ética em Pesquisa da SMSDC-RJ: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar, sala 401, Centro – RJ- CEP: 20031-040/ Telefone: 2215-1485- E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br ou cepmsrj@yahoo.com.br - Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa> ou Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, Maracanã, Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br- Telefone: (021) 2334-2180.

Caso deseje receber esse documento assinado, você poderá solicitar através dos contatos da Pesquisadora, sendo necessário também a sua assinatura. Você receberá cópia de todas as suas respostas registradas no seu endereço eletrônico.

Após a leitura deste termo de Consentimento Livre e Esclarecido, marque a opção desejada em relação a sua participação neste estudo:

Ao marcar a opção “ACEITO PARTICIPAR DESTE ESTUDO”, você declara que:

- 1) Eu li e fui completamente orientado pela pesquisadora Juliana Roza Dias, de acordo com sua natureza, propósito e duração do estudo;
- 2) Eu pude questioná-la sobre todos os aspectos do estudo;
- 3) Recebi plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação nesta pesquisa;
- 4) Estou ciente que sou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar.
- 5) A minha identidade/imagem jamais será publicada e meu e-mail não será divulgado ou publicado;
- 6) Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada do pesquisador.

Aceito participar do estudo

Não aceito participar deste estudo

APÊNDICE E - Síntese das unidades de registro e temas na análise de conteúdo

Quadro 19 – Síntese das unidades de registro e temas na análise de conteúdo (continua)

C O D.	UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO OU TEMAS	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	A11	Total de UR's	Total de Entr vist as
1	Financiamento de outras modalidades de APS	1	0	1	3	1	1	0	2	5	1	6	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	24	12
2	Informações sobre a PNAB 2017 pela gestão	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2
3	Crerios de Vulnerabilidade para os parâmetros de cobertura e adscrição do território	2	1	1	2	2	4	2	3	2	4	0	8	1	2	2	1	4	2	1	0	1	2	47	20
4	Número de usuários acima do parâmetro recomendado	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
5	Diminuição das equipes de ESF	0	2	2	0	2	0	0	2	8	4	3	8	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	35	9
6	Indeção do parâmetro de cobertura populacional	3	3	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	1	3	0	4	9	12
7	NASF e NASF-AB	1	2	2	3	0	1	1	1	2	1	3	2	1	3	3	1	0	2	1	2	1	1	34	19
8	A figura do gerente na APS	2	1	3	2	6	4	3	3	0	3	3	1	2	4	2	4	2	3	0	3	1	2	54	20
9	A vinculação do usuário em outras UBSF e o Prontuário eletrônico	1	0	0	1	0	1	1	0	1	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	7
10	A vinculação do usuário em outras UBSF e o vínculo profissional-usuário	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	6	3	2	2	6	3	2	2	0	0	1	16	12
11	A vinculação do usuário em outras UBSF somente para urgências	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	6
12	A vinculação do usuário em outras UBSF e a coordenação do cuidado	2	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	6
13	A vinculação do usuário em outras UBSF e condutas profissionais diferenciadas	1	1	1	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	5
14	Não houve repercussões acerca da oferta dos serviços essenciais e ampliados	2	1	0	1	0	2	3	1	2	3	5	3	0	0	1	0	0	0	1	0	2	4	24	14
15	A diferenciação da CH entre os profissionais da APS	2	7	2	1	0	1	1	2	2	12	6	2	1	1	0	4	1	0	1	1	1	4	47	19
16	Impactos nas práticas do ACS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	7	1	3	8	6	0	3	4	8	4	3	49	11

Quadro 19 – Síntese das unidades de registro e temas na análise de conteúdo (conclusão)

C O D.	UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO OU TEMAS	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	A11	Total de UR's	Total de Entr vist as
17	Favoráveis à ampliação das atribuições relacionados aos procedimentos técnicos	0	0	1	0	0	7	0	9	0	4	0	6	2	0	3	2	0	0	0	3	5	0	42	11
18	Contrários à ampliação das atribuições relacionados aos procedimentos técnicos	1	0	0	3	0	0	0	0	8	1	9	0	2	1	0	0	2	3	3	0	0	5	38	11
19	O ACS facultativo na eAB	3	2	2	1	5	1	0	1	9	4	2	2	1	5	2	1	1	1	1	5	3	2	54	21
20	A redução do nº de ACS na equipe de Saúde da Família	2	3	3	3	0	2	2	0	0	3	3	4	3	2	2	0	1	0	8	3	4	1	49	17
21	Aumento de usuários assistidos pelos ACS	1	1	0	1	1	0	0	4	4	1	0	0	3	0	2	2	0	0	0	1	1	1	23	13
22	As atribuições comuns entre o ACE e ACS	1	1	3	2	2	2	1	1	0	2	0	3	2	0	1	1	1	2	0	1	8	4	38	18
23	A coordenação do trabalho do ACS	1	2	4	4	4	1	2	3	10	9	4	2	2	2	1	2	1	2	1	3	3	2	65	22
24	Impactos nas práticas dos Enfermeiros	0	0	3	0	1	4	2	2	2	12	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	29	9
25	Repercussões para os usuários	1	2	4	1	2	2	2	2	2	5	3	8	1	1	5	1	1	1	2	2	4	3	55	22
26	Retrocessos e a politização da APS	5	1	4	1	8	3	3	2	4	6	6	1	1	0	2	1	3	0	4	1	6	3	65	20
27	Influências da gestão municipal	0	1	9	2	4	2	1	0	0	12	5	4	1	3	2	3	3	1	2	2	3	3	63	18
28	As expectativas da reformulação da PNAB	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	12	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	18	5
29	Descaracterização da ESF	1	0	3	0	1	0	1	1	0	0	1	1	2	1	4	3	1	0	1	2	2	3	28	16
30	Problemas anteriores à implantação da PNAB 2017	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6	4

Fonte: A autora, 2021

APÊNDICE F - Demonstrativo da construção de categorias na análise de categorias

Quadro 20 - Demonstrativo da construção de categorias na análise de categorias (continua)

COD	UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO OU TEMAS	Total de UR's	%UR	Subcategoria	Categoria	Nº UR/ Categoria	% UR/ Categoria
1	Financiamento de outras modalidades de APS	24	2,53				
2	Informações sobre a PNAB 2017 pela gestão	4	0,42				
3	Critérios de Vulnerabilidade para definição dos parâmetros de cobertura	47	4,96				
4	Número de usuários acima do parâmetro recomendado	3	0,32				
5	Diminuição das equipes de ESF	35	3,70				
6	Indefinição do parâmetro de cobertura populacional	9	0,95				
7	NASF e NASF-AB	34	3,59				
8	A figura do gerente na APS	54	5,70				
15	A diferenciação da CH entre os profissionais da APS	47	4,96				
9	A vinculação do usuário em outras UBSF e o Prontuário eletrônico	9	0,95		As alterações estruturais e funcionais da Atenção Primária à Saúde	325	34,32
10	A vinculação do usuário em outras UBSF e o vínculo profissional-usuário	16	1,69				
11	A vinculação do usuário em outras UBSF, mas somente para urgências	6	0,63				
12	A vinculação do usuário em outras UBSF e a coordenação do cuidado	7	0,74				
13	A vinculação do usuário em outras UBSF e condutas profissionais diferenciadas	6	0,63				
14	Não houve repercussões acerca da oferta dos serviços essenciais e ampliados	24	2,53				

Quadro 20 - Demonstrativo da construção de categorias na análise de categorias (continuação)

COD	UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO OU TEMAS	Total de UR's	%UR	Subcategoria	Categoria	Nº UR/ Categoria	% UR/ Categoria
17	Favoráveis à realização de procedimentos técnicos pelos ACS	42	4,44	A inclusão de procedimentos técnicos de enfermagem como atribuições dos agentes comunitário de saúde	As implicações da reestruturação do processo de trabalho, atribuições e organização do agente comunitário de saúde na Atenção Primária à Saúde	309	32,63
18	Contrários à realização de procedimentos técnicos pelos ACS	38	4,01				
22	As atribuições comuns entre o ACE e ACS	38	4,01	A integração das ações entre o agentes comunitário de saúde e agente de combate a endemia			
19	O ACS facultativo na eAB	54	5,70	As mudanças na organização e as configurações das práticas de saúde do agente comunitário de saúde			
20	A redução do nº de ACS na equipe de Saúde da Família	49	5,17				
21	Aumento de usuários assistidos pelos ACS	23	2,43				
23	A coordenação do trabalho do ACS	65	6,86				

Quadro 20 - Demonstrativo da construção de categorias na análise de categorias (conclusão)

COD	UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO OU TEMAS	Total de UR's	%UR	Subcategoria	Categoria	Nº UR/ Categoria	% UR/ Categoria
16	Impactos nas práticas do ACS	49	5,17	As repercussões da PNAB 2017 para os usuários e comunidade na visão dos agentes comunitários de Saúde e enfermeiros da ESF	A PNAB 2017 e suas repercussões para os usuários e para a Estratégia Saúde da Família	78	14,05
24	Impactos nas práticas dos Enfermeiros	29	3,06				
25	Os reflexos para os usuários e comunidade	55	5,81			55	
26	Retrocessos e a politização da APS	65	6,86	As repercussões para os modelos de Atenção à Saúde e as influências da gestão municipal		180	19,01
27	Influências da gestão municipal	63	6,65				
28	As expectativas da reformulação da PNAB	18	1,90				
29	Descaracterização da ESF	28	2,96				
30	Problemas anteriores à implantação da PNAB 2017	6	0,63				
		947	100,00				

Fonte: A autora, 2021

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética da UERJ

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>UERJ - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO;</p> </div> <div style="text-align: center;">  </div> </div>																
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP																
DADOS DA EMENDA																
Título da Pesquisa: A Política Nacional de Atenção Básica 2017: repercussões nas práticas de saúde de Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde																
Pesquisador: Juliana Roza Dias																
Área Temática:																
Versão: 5																
CAAE: 26546619.0.0000.5282																
Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da UERJ																
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio																
DADOS DO PARECER																
Número do Parecer: 4.195.760																
Apresentação do Projeto:																
Projeto examinado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UERJ (COEP/UERJ) e aprovado em 22 de maio de 2020, sob o parecer de número 4.042.970. O pesquisador principal apresentou uma emenda para incluir as pendências apontadas pelo Comitê de Ética (CEP) da instituição co-participante (SMS/RJ), sendo o projeto novamente aprovado pela COEP em 23 de junho 2020. O COEP/UERJ recebeu nova emenda (atendendo às pendências indicadas pelo CEP da SMS/RJ), o que não comprometeu o parecer exarado previamente, haja visto que foram mantidos os elementos essenciais do referido projeto. Segue aprovado pelo COEP/UERJ, considerando atender às exigências éticas recomendadas para a realização da pesquisa com seres humanos.																
Os esclarecimentos oferecidos na segunda emenda (AGO/2020) se referem à:																
1) Comprometimento da pesquisadora em divulgar os resultados para os participantes do estudo, quando da conclusão do mesmo.																
2) Atualização do cronograma, de forma a adequar as etapas a serem desenvolvidas, em face da atual pandemia de COVID-19.																
Objetivo da Pesquisa:																
Projeto examinado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UERJ (COEP/UERJ) e aprovado em 22 de maio de 2020, sob o parecer de número 4.042.970. O pesquisador principal apresentou uma emenda para incluir as pendências apontadas pelo Comitê de Ética (CEP) da instituição co-																
<table border="0" style="width: 100%; font-size: small;"> <tr> <td colspan="4">Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ªand. SI 3018</td> </tr> <tr> <td>Bairro: Maracanã</td> <td></td> <td>CEP: 20.550-900</td> <td></td> </tr> <tr> <td>UF: RJ</td> <td>Município: RIO DE JANEIRO</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Telefone: (21)2334-2180</td> <td>Fax: (21)2334-2180</td> <td>E-mail: etica@uerj.br</td> <td></td> </tr> </table>	Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ªand. SI 3018				Bairro: Maracanã		CEP: 20.550-900		UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO			Telefone: (21)2334-2180	Fax: (21)2334-2180	E-mail: etica@uerj.br	
Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ªand. SI 3018																
Bairro: Maracanã		CEP: 20.550-900														
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO															
Telefone: (21)2334-2180	Fax: (21)2334-2180	E-mail: etica@uerj.br														
Página 01 de 03																

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 4.185.760

Outros	instrumentosdecoletadedados_emenda_pendencias.pdf	15/06/2020 12:25:48	Juliana Roza Dias	Aceito
Orçamento	ORÇAMENTO.pdf	22/04/2020 17:08:18	Juliana Roza Dias	Aceito
Outros	TERMOS_24UBS_2019_20191220091540.pdf	20/12/2019 09:28:04	Juliana Roza Dias	Aceito
Outros	CurriculoLattes_SoniaAciolideOliveira.pdf	13/11/2019 00:49:49	Juliana Roza Dias	Aceito
Outros	CurriculoLattes_JULIANARCOZADIAS.pdf	13/11/2019 00:45:48	Juliana Roza Dias	Aceito
Outros	DeclaracaoNegativade Custos.pdf	13/11/2019 00:27:39	Juliana Roza Dias	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosioplataformabrasil_assinada.pdf	12/11/2019 21:55:25	Juliana Roza Dias	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 06 de Agosto de 2020

Assinado por:
ALBA LUCIA CASTELO BRANCO
(Coordenador(a))

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, Bl. C 3ºand. SI 2018
Bairro: Maracanã CEP: 20.539-900
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: alba@uerj.br

ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética da SMS/RJ

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Política Nacional de Atenção Básica 2017: repercussões nas práticas de saúde de Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde

Pesquisador: Juliana Roza Dias

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 26546619.0.3001.5279

Instituição Proponente: RIO DE JANEIRO SEC MUNICIPAL DE SAUDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.218.626

Apresentação do Projeto:

PERÍODO DE ANÁLISE: (AGOSTO DE 2020)

A justificativa da emenda, o resumo, a metodologia proposta, a metodologia de análise de dados e os critérios de inclusão e exclusão foram copiados na íntegra do documento Informações Básicas do Projeto (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1604602_E3.pdf - postagem em 30/07/2020):

JUSTIFICATIVA DA EMENDA: "Realizo esta emenda para responder as pendências/inaquedações apontadas pelo CEP da SMS/RJ já que há necessidade de alterações nas informações básicas não sendo possível realizá-las pela via coparticipante na plataforma Brasil e devido as seguintes reformulações da pesquisa: 1) roteiro de entrevista semi-estruturada a ser realizada por meio da videoconferência; 2) da alteração na estratégia de divulgação e captação dos participantes do estudo e; 3) no cronograma da pesquisa já que recentemente o Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UERJ prorrogou os prazos de conclusão da pesquisa devido a pandemia por COVID19 no Brasil. O restante permanece inalterado de acordo com a última avaliação do CEP da Faculdade de Enfermagem da UERJ e do CEP SMS/RJ".

RESUMO: "O projeto de pesquisa tem como objeto do estudo as repercussões nas práticas de saúde de Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde do município do Rio de Janeiro/RJ a partir

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepsmrj@yahoo.com.br



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 4.218.626

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Cartaderespostas_pendencias_CEPSM S.pdf	30/07/2020 16:28:31	Juliana Roza Dias	Aceito
Outros	Roteiro_entrevistasemiestruturada_eme ndia3.pdf	30/07/2020 16:25:30	Juliana Roza Dias	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_emenda_repostaspendencia s3.pdf	30/07/2020 16:25:06	Juliana Roza Dias	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_emenda_pendencias.pdf	30/07/2020 16:24:31	Juliana Roza Dias	Aceito
Outros	instrumentosdecoletadedados_emenda_pendencias.pdf	15/06/2020 12:25:48	Juliana Roza Dias	Aceito
Outros	TERMOS_24UBS_2019_201912200915 40.pdf	20/12/2019 09:28:04	Juliana Roza Dias	Aceito
Outros	CuriculosLattes_SoniaAciolideOliveira.p df	13/11/2019 00:49:49	Juliana Roza Dias	Aceito
Outros	CuriculoLattes_JULIANARZADIAS.pdf	13/11/2019 00:45:48	Juliana Roza Dias	Aceito
Outros	DeclaracaoNegativadecustos.pdf	13/11/2019 00:27:39	Juliana Roza Dias	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 17 de Agosto de 2020

Assinado por:
Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro CEP: 20.031-040
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cpsmsrj@yahoo.com.br