

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - CAMPUS DE FOZ DO
IGUAÇU
CENTRO DE EDUCAÇÃO, LETRAS E SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA EM REGIÃO DE
FRONTEIRA - MESTRADO**

ALEXANDRA URNAU SANTIAGO

**Análise do Programa de Fortalecimento da Qualidade da Atenção Primária em
Saúde em municípios de região de fronteira do Paraná**

FOZ DO IGUAÇU

2021

ALEXANDRA URNAU SANTIAGO

Análise do Programa de Fortalecimento da Qualidade da Atenção Primária em Saúde em municípios de região de fronteira do Paraná

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira. Mestrado, do Centro de Educação, Letras e Saúde da Universidade Estadual do Paraná, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Enfermagem. Linha de pesquisa: Políticas de saúde em região de fronteira.

Área de concentração: Saúde Pública em Região de Fronteira

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Lucia Frizon Rizzotto

FOZ DO IGUAÇU

2021

FICHA CATALOGRÁFICA

Urnau Santiago, Alexandra

Análise do Programa de Fortalecimento da Qualidade da Atenção Primária em Saúde em Municípios de Região de Fronteira do Paraná / Alexandra Urnau Santiago; orientadora Maria Lucia Frizon Rizzotto. -- Foz do Iguaçu, 2021.

126 p.

Dissertação (Mestrado Acadêmico Campus de Foz do Iguaçu) -- Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Centro de Educação, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira, 2021.

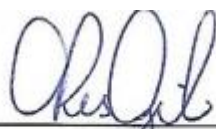
1. Avaliação. 2. Qualidade em saúde. 3. Atenção primária à saúde. I. Frizon Rizzotto, Maria Lucia, orient. II. Título.

SANTIAGO, A.U. Análise do Programa de Fortalecimento da Qualidade da Atenção Primária em Saúde em municípios de região de fronteira do Paraná. (126). Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientadora: Dr^a Maria Lucia Frizon Rizzotto. Foz do Iguaçu, 2021. ALEXANDRA URNAU SANTIAGO.

BANCA EXAMINADORA



Prof^a Dr^a Maria Lúcia Frizon Rizzotto
Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Unioeste



Prof^a Dr^a Célia Regina Rodrigues Gil
Universidade Estadual de Londrina- UEL



Prof^a Dr^a Manoela de Carvalho
Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Unioeste

A minha querida mãe, por sempre estar ao meu lado, ajudando a tornar todos meus sonhos possíveis.

A todos os trabalhadores do SUS, pela força e persistência, mesmo em momentos tão difíceis.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus.

Aos meus familiares, em especial minha mãe Nadir e a minha prima Natalia, a primeira pelo incentivo, força e apoio de sempre, a segunda pela ajuda em todos os momentos que precisei.

A minha orientadora Maria Lucia Frizon Rizzotto, pela paciência e sabedoria com que me conduziu, pela compreensão diante dos momentos de adversidade que atravessaram a trajetória do mestrado.

Aos meus colegas de trabalho na Vigilância em Saúde de Santa Terezinha de Itaipu, pelo incentivo e amizade.

Aos meus colegas de mestrado, pelos inúmeros desabafos, pelo carinho e troca de experiências nesta jornada.

A Universidade Estadual do Oeste do Paraná, a todos os docentes e aos colaboradores do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira.

A todos os trabalhadores do SUS, em especial aos que participaram desta pesquisa, que mesmo com todo retrocesso e dificuldades, desempenham tão importante papel.

Meu carinho a todos que perderam entes queridos na pandemia de Covid-19.

SANTIAGO, A.U. Análise do Programa de Fortalecimento da Qualidade da Atenção Primária em Saúde em municípios de região de fronteira do Paraná. (126). Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientadora: Dr^a Maria Lucia Frizon Rizzotto. Foz do Iguaçu, 2021.

RESUMO

A atenção primária se constitui na principal porta de entrada dos serviços de saúde ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O estado do Paraná, com o objetivo de melhorar os serviços prestados neste nível de atenção, instituiu o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APSUS), estabelecendo protocolos e padrões para a organização do processo de trabalho, a garantia de segurança do usuário e equipe, o gerenciamento de processos e a melhoria dos indicadores de saúde da população. Os municípios que realizaram a adesão ao Programa passaram por uma avaliação criteriosa e monitoramento de itens que compreendem a estrutura, o processo de trabalho e os indicadores de saúde. A presente pesquisa caracteriza-se como descritiva exploratória de abordagem mista, tendo como objetivo geral analisar os resultados da implementação do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APSUS) em municípios de região de fronteira do Paraná que receberam algum tipo de selo do programa de qualidade. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada com enfermeiros, coordenador da Atenção Básica e secretários municipais de saúde de sete municípios. Os dados coletados foram analisados com base na proposta do Ciclo da Política. A amostra da pesquisa é constituída pelos Secretários Municipais de Saúde (05), Coordenador da Atenção Básica (01) e Enfermeiros das unidades de saúde (8), totalizando 14 sujeitos pertencentes a municípios da 8^a, 9^a e 20^a Regionais de Saúde. A coleta dos dados foi realizada no período de outubro de 2020 a janeiro de 2021 e compreende informações sobre o perfil dos entrevistados, formação e composição das equipes objeto da pesquisa, análise dos principais indicadores de saúde, implantação do Programa de Qualificação da Atenção Primária na perspectiva de gestores e enfermeiros, o atendimento ao estrangeiro e as implicações da pandemia no processo de trabalho da Atenção Básica. Os resultados, tanto na perspectiva dos gestores como dos enfermeiros, indicaram mudanças importantes no processo de trabalho, no registro das informações, aumento do vínculo com a comunidade e contribuição da tutoria no apoio e planejamento das ações da equipe. Observaram-se dificuldades iniciais na adesão e comprometimento da equipe com os objetivos e pressupostos do programa, certa relutância da população em aceitar as mudanças implementadas e o efeito negativo na equipe com a interrupção do programa por parte do governo do estado. A análise dos indicadores de saúde evidenciaram que não houveram alterações significativas na maioria dos municípios no período analisado. No que se refere ao atendimento ao estrangeiro, embora todos os municípios relatem que ocorre o atendimento, este vem acompanhado de uma série de restrições e sendo realizado somente em casos de urgência e emergência. Foram colocadas também as principais implicações da pandemia no processo de trabalho das equipes de saúde e a descontinuidade dos serviços neste momento de grave crise sanitária com possíveis consequências para a saúde da população, especialmente no caso do controle das doenças crônicas. Conclui-se que avaliar políticas e programas mostra-se de suma importância, tanto para apontar os avanços como as fragilidades das mudanças, mesmo quando intrínsecas ao trabalho das equipes.

Palavras-chave: Avaliação; Qualidade em saúde; Atenção primária à saúde.

SANTIAGO, A.U. Analysis of the Enhancement in the Health Quality Program of Primary Care within cities from Paraná frontier regions. (126). MSc. Thesis (Master's degree in Public Health in Frontier Regions) – Western Paraná State University. Advisor: Dr. Maria Lucia Frizon Rizzotto. Foz do Iguaçu, 2021.

ABSTRACT

Primary Care has constituted itself as the main gateway for the health services provided by the National Health System (SUS). The state of Paraná, with the objective of enhancing the services at this level of attention (primary care), has enacted the Qualification Program of Primary Care in Health Services (APSUS), establishing protocols and conventions to organize the work process, the guarantee of the users' and the workers' safety, the processes' management and the improvement of the population health indicators. The cities that have adhered to this Program, have been thoroughly assessed and monitored concerning the items that comprehend the structure, the work process and the health indicators. The following research is characterized as exploratory-descriptive with a mixed approach, having as its main objective to analyze the results of the implementation of the Qualification Program of Primary Care in Health Services (APSUS) in cities of frontier region from Paraná that have received any type of label or seal from the Quality Program. The Data Collection was carried out through semi-structured interviews with nurses, coordinators of Primary Health Care and municipal health secretaries from seven cities. The data collected were analyzed based on the Policy Cycle proposal. The research sample is constituted by: municipal health secretaries (05), Primary Health Coordinator (01) and Nurses from the Health Centers (8), totaling 14 participants from the cities belonging to the 8, 9^o and 20^o Health District. The data collection was carried out in the period from October 2020 to January 2021 and comprehends information from the interviewees profile, their qualifications and the composition of the teams, the research object, analyses of the main health indicators, implementation of the Qualification Program of Primary Care in the managers' and nurses' perspective, the attendance to foreigners and the pandemic influences in the work process of Primary Care. The results, both in the managers' and the nurses' perspective, have indicated important changes in: (i) work process, (ii) information registration, (iii) increase of the relationship with the community and (iv) contribution of tutoring processes in the support and planning of the team's actions. Some initial difficulties in the adherence and engagement of the team with the Program's objectives and premises were noted, as well as some reluctance from the population in accepting the implemented changes and the negative effect in the team with the decision of the state government to interrupt the program. When analyzing the health indicators, it was demonstrated that no significant changes were found in most of the cities in the analyzed period. Concerning the attendance to foreigners, although all the cities have demonstrated this attendance, there are a series of restrictions and is mostly held in cases of emergency and urgency. The main influences of the pandemic were also put forward when considering the work process of the health teams, and the discontinuation of the program in this major health crisis, with possible consequences to the population health, especially in the control of chronic diseases. It is concluded that evaluating and assessing policies and programs is of great importance, to point out the advances and the fragilities arising from changes, even when they are intrinsic to the health team's work.

Keywords: Evaluation; Health Quality; Health Primary Care.

SANTIAGO, A.U. Análisis del programa de Fortalecimiento de la Calidad de la Atención Primaria de Salud en municipios de la región fronteriza de Paraná. (126). Disertación (Maestría en Salud Pública en Región de Frontera) - Universidad Estadual do Oeste do Paraná. Orientadora: Dr^a. Maria Lucia Frizon Rizzotto. Foz do Iguaçu, 2021.

RESUMEN

La atención primaria es la principal puerta de acceso a los servicios de salud que ofrece el Sistema Único de Salud (SUS). El estado de Paraná (BR), con el objetivo de mejorar los servicios prestados en este nivel de atención, instituyó el Programa de Calificación de la Atención Primaria a la Salud (APSUS), estableciendo protocolos y normas para la organización del proceso de trabajo, la garantía de la seguridad del usuario y del equipo, la gestión de los procesos y la mejora de los indicadores de salud de la población. Los municipios que realizan a adhesión al Programa, fueron sometidos a una cuidadosa evaluación y monitoreo de los ítems que incluyen la estructura, el proceso de trabajo y los indicadores de salud. Esta investigación se caracteriza como un abordaje descriptivo exploratorio mixto, con el objetivo general de Analizar los resultados de la implementación del Programa de Calificación de la Atención Primaria a la Salud (APSUS) en municipios de la región fronteriza de Paraná que recibieron algún tipo de sello de programa de calidad. La colecta de datos fue realizada por medio de entrevistas semi-estructuradas con enfermeros, coordinadores de Atención Primaria y secretarios municipales de salud de siete municipios. Los datos colectados fueron analizados con base en la propuesta del Ciclo de Políticas. La muestra de la investigación está formada por los Secretarios Municipales de Salud (05), Coordinador de Atención Primaria (01) y Enfermeros de las unidades de salud (8), totalizando 14 sujetos pertenecientes a los municipios de la 8^a, 9^a y 20^a Regionales de Salud. La colecta de datos fue realizada entre los meses de octubre de 2020 y enero de 2021 e incluye información sobre el perfil de los entrevistados, la formación y composición de los equipos de investigación, el análisis de los principales indicadores de salud, la implementación del Programa de Calificación de la Atención Primaria desde la perspectiva de gestores y enfermeros, la atención al extranjero y las implicaciones de la pandemia en el proceso de trabajo de Atención Primaria. Los resultados, tanto desde la perspectiva de los gestores como de los enfermeros, indicaron cambios importantes en el proceso de trabajo, en el registro de las informaciones, en el aumento del vínculo con la comunidad y en la contribución de la tutoría en el apoyo y planificación de las acciones del equipo. Se observaron dificultades iniciales en la adhesión y compromiso del equipo con los objetivos y supuestos del programa, cierta reticencia de la población a aceptar los cambios implementados y el efecto negativo en el equipo con la interrupción del programa por parte del gobierno estatal. El análisis de los indicadores de salud mostró que no hubo cambios significativos en la mayoría de los municipios en el período analizado. En cuanto a la atención a los extranjeros, aunque todos los municipios informan que ocurre la atención, se acompaña una serie de restricciones y se lleva a cabo únicamente en casos de urgencia y emergencia. También se colocaron las principales implicaciones de la pandemia en el proceso de trabajo de los equipos de salud y la discontinuidad de los servicios en este momento de grave crisis de salud con posibles consecuencias para la salud de la población, especialmente en el caso del control de enfermedades crónicas. Se concluye que la evaluación de políticas y programas es de suma importancia, tanto para señalar los avances como las debilidades de los cambios, incluso cuando son intrínsecos al trabajo de los equipos.

Palabras clave: Evaluación; Calidad en salud; Atención primaria de salud.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Número e porcentagem dos gestores e enfermeiros segundo sexo, faixa etária, profissão, formação profissional, tempo de formação, tempo de trabalho na instituição, tempo de trabalho na gestão ou instituição de saúde e vínculo institucional.	56
Tabela 2- Cobertura vacinal em municípios de fronteira nos anos de 2015 a 2019	68
Tabela 3- Taxa e número absoluto de óbito infantil por mil nascidos vivos em municípios de fronteira e estado do Paraná nos anos de 2015 a 2019	70
Tabela 4- Incidência de tuberculose pulmonar, por 100 mil habitantes, em municípios de fronteira e do estado do Paraná nos anos de 2015 a 2020	71
Tabela 5- Número de coletas de citologia do colo uterino e mamografias em municípios de fronteira nos anos de 2015 a 2019	73
Tabela 6- Incidência de hanseníase, por 100 mil habitantes, em municípios de fronteira e do estado do Paraná nos anos de 2015 a 2019	74

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Unidades certificadas, segundo Regional de Saúde, município e selo obtido	42
Quadro 2 - Unidades de saúde, objeto da pesquisa, certificadas segundo regional, município, selo recebido e ano da certificação.	53
Quadro 3 - Especializações realizadas pelos enfermeiros e gestores dos municípios de fronteira que receberam selos de qualidade. Foz do Iguaçu, 2021.	59
Quadro 4 - Composição das equipes de saúde que receberam selos de qualidade. Foz do Iguaçu, 2021.	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACE	Agente Comunitário de Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMQ	Avaliação para a Melhoria da Qualidade
APS	Atenção Primária em Saúde
APSUS	Programa de Qualificação da Atenção Primária em Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
COE	Centro de Operações Estratégicas
COSEMS-PR	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná
CPF	Cadastro de Pessoa Física
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia Saúde da Família
EqSF	Equipes de Saúde da Família
FMI	Fundo Monetário Internacional
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDSUS	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MP	Mobilidade Pendular
MRS	Movimento da Reforma Sanitária
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMC	Organização Mundial do Comércio
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PFQAPS	Programa de Fortalecimento da Qualidade da Atenção Primária em Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNASH	Política Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar
PNASS	Política Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PQA-VS	Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde
POADESS	Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família
PRMP	Programa Rede Mãe Paranaense
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SESA-PR	Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Paraná

SGTES	Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SISAB	Sistema de Informação de Saúde da Atenção Básica
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SI-PNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização
SNVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 OBJETIVOS.....	19
2.1 Objetivo Geral.....	18
2.2 Objetivo específico.....	18
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	20
3.1 A saúde na fronteira.....	20
3.2 Atenção Primária em Saúde.....	22
3.2.1 A emergência de Atenção Primária no Mundo.....	22
3.2.2 A Atenção Primária em Saúde no Brasil.....	24
3.2.3 A Estratégia Saúde da Família como modelo de atenção à saúde.....	26
3.3 O Trabalho em saúde.....	29
3.4 Indicadores de saúde.....	31
3.4.1 Mortalidade Infantil.....	32
3.4.2 Cobertura vacinal.....	34
3.4.3 Coleta de exame de citologia de colo uterino e mamografia.....	35
3.4.4.Acompanhamento de pacientes com Hanseníase e Tuberculose.....	37
3.5 Monitoramento.....	38
3.6 Programa de Qualificação da Atenção Primária no Paraná.....	40
3.7 Avaliação de Políticas Públicas.....	46
3.7.1 O Ciclo da Política.....	48
3.8 A Pandemia de Covid-19 e a Atenção Primária à Saúde.....	50
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	52
4.1 Tipo de pesquisa.....	52
4.2 Campo de estudo	52
4.3 População e amostra.....	53
4.4 Coleta de dados.....	53
4.5 Sistematização e análise dos dados.....	54
4.6 Aspectos éticos.....	55
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	56
5.1 Perfil dos entrevistados, formação e composição das equipes objeto da pesquisa.	56
5.2 Cobertura vacinal, taxa de mortalidade infantil, incidência de tuberculose pulmonar, número de coletas de citologia de colo uterino e incidência de hanseníase.....	68

5.3 A implementação do Programa de Qualificação da Atenção Primária na perspectiva de gestores e enfermeiros das unidades certificadas.....	75
5.3.1 O processo de trabalho nas unidades básicas de saúde contempladas com selos de qualidade.....	75
5.3.2 Vínculo com a comunidade.....	78
5.3.3 Agendamento e atendimento da demanda espontânea.....	78
5.3.4 A tutoria como experiência.....	79
5.3.5 Os desafios na implantação e implementação do Programa de Qualificação da Atenção Primária em Saúde.....	81
5.3.6 O significado da certificação para as equipes e município e a suspensão do Programa de Qualificação da Atenção Primária.....	83
5.4 Atendimento ao estrangeiro em municípios contemplados com selos de qualidade.....	85
5.5 Implicações da Pandemia no trabalho das equipes de Atenção Básica.....	91
6 CONCLUSÕES.....	99
7 REFERÊNCIAS.....	101
8 APÊNDICE	117
Apêndice I: Roteiro da Entrevista destinada aos enfermeiros.....	117
Apêndice II: Roteiro da Entrevista destinada aos Gestores / Coordenadores da Atenção Básica.....	119
Apêndice III: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	121
Apêndice IV: Artigo Científico submetido a Revista Gaucha de Enfermagem.....	124
9 ANEXO.....	123
Parecer substanciado CEP.....	123

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o Movimento da Reforma Sanitária (MRS) foi decisivo para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988 e tem sido protagonista importante tanto no processo de implementação como de resistência ao desmonte do SUS na atualidade. A proposta de um sistema universal, integral, igualitário, descentralizado, hierarquizado, regionalizado e com a participação da comunidade teve como pressupostos o entendimento da saúde como direito de todos e dever do Estado e uma visão ampliada do processo saúde-doença (SAFFER; MATTOS ; MORAES REGO, 2020).

Ao longo das três décadas de implementação do SUS, políticas foram propostas visando ampliar a oferta de serviços e garantir a atenção à saúde da população de acordo com suas necessidades. No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), destaca-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF), com papel importante na mudança do modelo assistencial, historicamente erigido com base em uma visão curativista, hospitalocêntrica e centrado na figura do profissional médico. O novo modelo deveria ter a APS como ordenadora do cuidado e contemplar aspectos preventivos, curativos, de reabilitação e promoção da saúde (SAFFER; MATTOS ; MORAES REGO, 2020).

A ESF deve atuar com base em território definido, clientela adscrita, trabalho em equipe, sendo responsável pelo acesso humanizado, pela coordenação do cuidado, integralidade da oferta de serviços e equidade em suas ações, dando ênfase à promoção da saúde. Oliveira et al. (2017) afirmam que os programas de promoção à saúde têm como finalidade a redução das desigualdades e a melhoria da assistência prestada à população.

Mas o SUS não é composto apenas de serviços de APS, contempla todos os níveis de atenção (primário, secundário e terciário), o que implica na construção de Redes de Atenção à Saúde (RAS), que tem como objetivo fortalecer a APS, representando um avanço no SUS. Entre as principais características das RAS está a APS como centro da comunicação, responsabilização por atenção contínua e integral, cuidado multiprofissional, compartilhamento de objetivos e compromisso com resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2014a).

Para consolidar a APS como ordenadora do cuidado e qualificar a atenção neste nível de atenção foram propostos programas específicos, em âmbito nacional, com incentivo financeiro, como a ESF, criada em 1996; o Projeto Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), criado em 2002; o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da

Qualidade da Atenção Básica (PMAQ- AB), criado em 2011; e o Programa Mais Médicos (PMM), criado em 2013. O PMAQ-AB ocorre em ciclos e prevê fases de adesão, implementação e avaliação, já o PMM se desenvolve com base em várias estratégias, entre elas a tutoria in loco.

Concomitante ao PMAQ-AB, criado pelo Ministério da Saúde em 2011, a Secretaria Estadual de Saúde do Paraná adotou iniciativa similar, em 2012, por meio do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APSUS), que estabelece protocolos e padrões para a organização do processo de trabalho, a garantia da segurança do usuário e da equipe, o gerenciamento de processos e a melhoria dos indicadores de saúde da população. Para isso, foi definido um instrumento de avaliação da Qualidade da APS, no qual os municípios que aderiam ao programa passavam por uma avaliação de itens que contemplavam estrutura, processos de trabalho e indicadores de saúde.

Entre os anos de 2011 e 2014 foram realizadas oficinas com a finalidade de homogeneizar conceitos e fundamentos da APS como coordenadora das RAS. Complementarmente, em 2014, foi introduzida a Tutoria, realizada in loco por servidores das regionais de saúde, com a finalidade de apoiar as equipes no gerenciamento dos micro e macroprocessos prioritários e assumir a coordenação das RAS. A Tutoria foi desenhada em etapas, com o intuito de contribuir com as equipes para que cumpram as atribuições e funções da APS (PARANÁ, 2018a).

O APSUS possuía um instrumento padronizado para a avaliação da qualidade na APS e atribuía os Selos Bronze, Prata, Ouro e Diamante às equipes que alcançassem os padrões de qualidade esperados. As equipes de saúde deveriam também se comprometer em investir na melhoria contínua da qualidade dos serviços e no fortalecimento dos sistemas de monitoramento e avaliação. O Selo Bronze adota itens que visam garantir a segurança do cidadão e da equipe de saúde, com implementação de processos e metas de qualidade de segurança do paciente, classificação de risco e plano de cuidados para eventos agudos e crônicos de acordo com as linhas-guia. O Selo Prata tem como objetivo aperfeiçoar as ações desenvolvidas no Selo Bronze e gerenciar os processos de trabalho agregando valor aos cidadãos. O Selo Ouro engloba itens que objetivam o gerenciamento dos resultados com o propósito de melhorar os indicadores de saúde da população, já o Selo Diamante une a tripla meta: mais saúde, melhor cuidado e maior eficiência (PARANÁ, 2018a).

O presente estudo contempla a análise de possíveis mudanças provocadas pela implementação do APSUS nos municípios de fronteira internacional do Paraná, tendo em

vista que esta região possui características específicas, com integração cultural, social e econômica, criando uma espécie de terceiro espaço, com cultura e valores próprios destas localidades. Segundo Santos-Melo, Andrade e Ruoff (2018, p. 106):

Os acordos internacionais nessas regiões, na área de saúde, tendem a garantir o direito à saúde da população local, visto que, além de características próprias, as fronteiras são distantes dos centros político-governamentais de seus países, em regiões montanhosas ou isoladas geograficamente e, em geral, com baixa infraestrutura de saúde. Nessa condição, os recursos de saúde resultam do sistema complementar próprio de seu país ou de serviços existentes do outro lado da fronteira, pois, quando doentes, as pessoas escolhem os caminhos que melhor lhe fazem sentido, com base nas possibilidades que visualizam.

Estudar a região de fronteira, tendo em vista que os países que fazem divisa com o Brasil não possuem um sistema de saúde gratuito como o SUS, torna-se de grande importância, pois a vinda de estrangeiros e brasileiros que moram nos países vizinhos para utilizar os serviços de saúde pode ocasionar uma sobrecarga no sistema, que afeta principalmente a qualidade do atendimento prestado, gera aumento das contas públicas, entre outros problemas que são comuns aos gestores (GADELHA; COSTA, 2007; GIOVANELLA et al., 2007).

Com base nessas considerações, elaborou-se como pergunta de pesquisa: quais as mudanças ocorridas com a implementação do Programa de Fortalecimento da Atenção Primária em Saúde nos municípios do estado do Paraná que fazem fronteira com a Argentina ou Paraguai?

Embora os objetivos iniciais da pesquisa não envolvessem aspectos relacionados à pandemia provocada pelo SARS-COV 2, este fato não poderia deixar de ser registrado no presente trabalho, considerando que a coleta de dados ocorreu durante a pandemia, com impacto profundo na atenção à saúde da população oferecida pelos serviços de AB. Assim, objetivos específicos foram adicionados e incluídas perguntas ao instrumento de coleta de dados.

O trabalho está estruturado da seguinte forma: (1) introdução, onde é contextualizado o problema de pesquisa; (2) objetivo geral e específicos; (3) revisão de literatura, composta por oito itens: Saúde na fronteira, Atenção Primária em Saúde, O Trabalho em saúde, Indicadores de saúde, Monitoramento, Programa de Qualificação da Atenção Primária no Paraná, Avaliação de Políticas Públicas, A Pandemia de Covid-19 e a Atenção Primária à Saúde; (4) Metodologia; (5) Resultados e discussão com cinco núcleos temáticos a saber: Perfil dos entrevistados, formação e composição das equipes objeto da pesquisa; Cobertura

vacinal, taxa de mortalidade infantil, incidência de tuberculose pulmonar, número de coletas de citologia de colo uterino e incidência de hanseníase; A implementação do Programa de Qualificação da Atenção Primária na perspectiva de gestores e enfermeiros das unidades certificadas; Atendimento ao estrangeiro em municípios contemplados com selos de qualidade; Implicações da Pandemia no Processo de Trabalho das equipes de Atenção Básica; (6) Considerações Finais; (7) Referências e, em seguida, apêndices e anexos. Entre os apêndices está o artigo intitulado Programa de Fortalecimento da Qualidade da Atenção Primária em Saúde em Municípios de Região de Fronteira do Paraná, submetido à Revista Gaúcha de Enfermagem.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar os resultados da implementação do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APSUS) em municípios de região de fronteira do Paraná que receberam algum tipo de selo do programa de qualidade.

2.2 Objetivos Específicos

- Analisar as mudanças na infraestrutura, no gerenciamento de risco e no processo de trabalho das equipes contempladas com selo de qualidade do APSUS em municípios de fronteira do Paraná;
- Analisar a evolução dos indicadores de saúde de 2015 a 2019 dos municípios contemplados com selos de qualidade, nos municípios de fronteira do Paraná e sua relação com o APSUS;
- Identificar possíveis mudanças no processo de trabalho das equipes de Atenção Primária em Saúde, objeto da presente pesquisa, face à pandemia da Covid-19.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 A saúde na fronteira

A fronteira, para ser entendida, deve ser vista além da perspectiva tradicional de limite territorial, deve ser levado em conta suas complexas determinações que demandam uma visão de totalidade, que supera o limite territorial e área de segmentação política e social (NOGUEIRA; FAGUNDES, 2014).

As regiões fronteiriças, em sua maioria, estão afastadas dos grandes centros urbanos, o que pode refletir negativamente nas condições de saúde da população nelas residentes. Os processos de integração entre países, em especial em região de fronteira, são motivados por questões econômicas e geopolíticas e reguladas por acordos bilaterais ou regionais, a exemplo do Mercado Comum do Sul (Mercosul). Os acordos, em geral, resultam em abolição de barreiras tarifárias legais e institucionais, que facilitam a circulação de mercadorias e o consumo de serviços sociais entre os países. (SANTOS-MELO; ANDRADE; RUOFF, 2018).

Aikes e Rizzotto (2020, p. 1), analisando documentos do Mercosul e Unasul sobre saúde nas fronteiras, concluíram que as preocupações expressadas na maioria dos documentos do Mercosul se relacionam à vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e a aspectos administrativos do trânsito em pontos de fronteira. Já a Unasul apresenta “uma visão mais solidária sobre o tema da saúde em região de fronteira, tendo como ponto de partida a garantia do direito à saúde aos residentes nesses territórios”.

Para Gadelha e Costa (2017), a saúde nas fronteiras é considerada um setor estratégico para o desenvolvimento sustentável, devendo ser notada pelos responsáveis pelo planejamento de políticas voltadas para a integração. Segundo os autores, sem um planejamento integrado de saúde nas fronteiras, dificilmente se poderá superar as dificuldades de integração regional e as desigualdades locais.

A falta dessas políticas e de planejamentos que visem ao atendimento à população transfronteiriça pode gerar tensões locais. Nogueira e Fagundes (2014) apontam que na proteção social entre países da fronteira do Brasil e demais países do Mercosul, o aspecto financeiro seria o maior obstáculo apontado por gestores e pelos profissionais de saúde no que se refere à garantia dos atendimentos aos estrangeiros que procuram os serviços do SUS. Isso porque a população flutuante entre os municípios de fronteira não é contabilizada nos

repasse de recursos, associada à falta de recursos humanos especializados, insuficiência de equipamentos para realização de procedimentos de alta e média complexidade, além da distância com os centros de referência configurando-se entre os principais empecilhos no planejamento de políticas para a região (GADELHA; COSTA, 2007).

A procura pelos serviços de saúde pela população transfronteiriça é uma realidade nos serviços de saúde de municípios fronteiriços, em especial naqueles de regiões de fronteira empobrecidas, tendo em vista a concepção integral de saúde do SUS, a gratuidade e a qualidade dos serviços prestados no Brasil se comparados com alguns países vizinhos (NOGUEIRA; FAGUNDES, 2014).

Segundo apontam Hortelan et al. (2019), a população transfronteiriça procura o primeiro atendimento em território brasileiro, uma vez que em seus países os serviços de saúde são predominantemente privados com falta de acesso para a grande maioria da população. Isso onera o serviço de saúde de várias formas: sobrecarga no atendimento, ausência de programas de saúde nas áreas de fronteira, precariedade social nos países vizinhos, entre outros. Esses fatores não são contabilizados pelo governo federal, não se conseguindo justificar necessidade de mais verba e mais funcionários para essas localidades.

No ano de 2005, o governo implantou o projeto Sistema de Informação de Saúde da Fronteira (SIS-Fronteira), que esteve vigente até 2014, com o objetivo de promover a integração de ações e serviços de saúde na região de fronteiras e contribuir para a organização e fortalecimento dos sistemas locais de saúde. O projeto contava com três fases de execução: Fase I- realização do diagnóstico local de saúde, quali-quantitativo e elaboração do plano operacional; Fase II- qualificação da gestão, serviços e ações, implementação da rede de saúde nos municípios fronteiriços, e Fase III- implantação de serviços e ações nos municípios fronteiriços. O objetivo deste projeto era ampliar a capacidade de atendimento de 121 municípios da linha de fronteira, por meio de um sistema de compensação financeira, uma vez que a população itinerante não era contabilizada para fins de repasse financeiro do governo federal (BRASIL, 2005; 2006)

Zaslavsky e Goulart (2017) afirmam que estudos realizados sobre mobilidade humana consideram como tema principal dos movimentos migratórios pendulares o trabalho e o estudo, com pouca atenção à busca por serviços de saúde. Quando consideramos a Mobilidade Pendular (MP) internacional para uso dos serviços públicos de saúde, esta se torna ainda mais complexa. A busca por estes serviços ocorre mais frequentemente quando os países que possuem fronteira entre si apresentam disparidades em termos

socioeconômicos e de oferta e qualidade nos serviços de saúde. A formulação de políticas públicas que incluam os usuários transfronteiriços necessita da quantificação e mapeamento desta população, mas isso pode ser de difícil solução, dado que a identificação dessas pessoas, pelos serviços, pode inviabilizar a atenção à saúde, o que leva muitos a buscarem formas extraoficiais de comprovar endereço na cidade brasileira para obter atendimento, gerando um ciclo vicioso.

3.2 Atenção Primária em Saúde

3.2.1 A emergência de Atenção Primária no Mundo

A concepção de atenção primária como modelo de organização dos sistemas de saúde foi proposta inicialmente no chamado Relatório de Dawson, em 1920, na Inglaterra, que analisava a relação entre os altos custos, a crescente complexidade da atenção médica e sua baixa resolutividade, além de problemas na organização dos serviços prestados. O referido relatório se contrapunha ao modelo Flexneriano americano de caráter curativo, fundamentado no reducionismo biológico e na atenção individual. A proposta do relatório contemplava a organização dos serviços de saúde em nível primário, secundário e terciário, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino. Apresentava a organização dos serviços primários e de atendimento domiciliar de forma regionalizada, com resolução dos principais problemas de saúde apresentados em sua comunidade, sendo resolvidos pelo clínico geral. No processo de construção do modelo inglês, houve hierarquização dos níveis de atenção à saúde, onde os casos que não pudessem ser resolvidos no nível primário seriam encaminhados aos serviços secundários com especialistas ou aos hospitais. Esse modelo de saúde influenciou a organização dos serviços de saúde de todo o mundo em duas características básicas: a regionalização com a identificação das necessidades de saúde de cada região e a integralidade que fortalece a indissociabilidade entre ações curativas e preventivas (MATTA; MOROSINI, 2009).

Ainda segundo esses autores, havia uma preocupação dos países desenvolvidos com os elevados custos com a saúde, baixa resolutividade e uso indiscriminado de tecnologias que poderia comprometer a sustentação econômica dos serviços de saúde nestes países. Já nos países pobres ou em desenvolvimento, a falta de acesso aos cuidados básicos, alta

mortalidade infantil e precárias condições sanitárias, econômicas e sociais eram os principais pontos de atenção a serem solucionados.

No ano de 1978, foi realizada a I Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde, em Alma Ata no Cazaquistão, antiga União Soviética. Na ocasião foi assinada a Declaração de Alma-Ata, por 134 países que defendiam um acordo e uma meta de atingir o maior nível de saúde até o ano 2000, conhecido como “Saúde para Todos no Ano 2000”. Na Declaração de Alma Ata é reafirmado que a saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças, sendo um direito humano fundamental e que demanda a ação não somente da saúde, mas também dos setores sociais e econômicos. Enfatiza ainda que as desigualdades de saúde entre os países desenvolvidos e os em desenvolvimento são inaceitáveis devendo ser objeto de preocupação de todos os governos. Afirma, também, que os cuidados primários de saúde devem representar o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade, sendo levados o mais proximamente onde as pessoas vivem e trabalham, resolvendo os principais problemas de saúde da comunidade (OMS, 1978).

Para Giovanella (2008), a APS, nas proposições da Alma-Ata, tem função central no sistema de saúde, que inclui a prevenção, promoção, cura e reabilitação, envolvendo integração com outros setores para promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde garantindo atenção integral à população.

Facchini (2018) afirma que a Alma-Ata foi o primeiro destaque dado à APS em termos globais, recuperando experiências e reflexões teóricas de outros países. Em contraposição às propostas apresentadas em Alma-Ata, em 1980, o Banco Mundial e o próprio Unicef apresentaram um pacote de APS seletiva, centrada fundamentalmente na saúde da mulher e da criança, como sendo uma proposta alternativa à Alma-Ata, sob argumento de que faltaria dinheiro, vontade política e infraestrutura para o que se pretendia. Essa proposta foi aceita por boa parte dos países que passaram a seguir as orientações do Banco Mundial, desenvolvendo a lógica de uma APS seletiva e fragmentada.

Embora as metas de Alma-Ata não tenham sido alcançadas plenamente, a APS tornou-se referência para as reformas sanitárias nos anos de 1980 e 1990. No entanto, muitos países e organismos internacionais, como o Banco Mundial, tomaram a APS numa perspectiva focalizada, como sendo serviços de baixa complexidade voltados para populações de baixa renda visando diminuir a exclusão social, não voltados para os reais objetivos da Alma-Ata, da defesa da saúde como um direito (MATTA; MOROSINI, 2009).

Nas últimas décadas, documentos divulgados por Organismos Internacionais como o Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional (FMI), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Organização das Nações Unidas para a Educação Ciência e a Cultura (Unesco) entre outros, passaram a pressionar os governos dos países dependentes a implementar projetos e programas sociais dirigidos à população mais pobre, com o intuito de amenizar a situação de miserabilidade e manter a coesão social necessária para a perpetuação da concentração capitalista em nível mundial. Essas ações centradas em políticas sociais direcionadas somente às camadas mais desfavorecidas da população se contrapõem ao princípio da universalidade, inscrito na Constituição brasileira (RIZZOTTO, 2009).

3.2.2 A Atenção Primária em Saúde no Brasil

A atenção primária tem passado por profundas transformações ao longo do tempo. Anteriormente ao início do SUS, não existia uma política nacional de APS, as ações eram segmentadas e com fragmentação da assistência. A ênfase era na atenção especializada, não existindo o médico da família e comunidade ou generalista, sendo a assistência médica prestada por serviços de pronto atendimento e atenção ambulatorial. A maioria dos municípios não prestava serviços de saúde em geral, ficando a assistência apenas nos serviços de urgência. A grande maioria da população era descoberta dos serviços de saúde, tendo que resolver seus problemas no âmbito privado ou sendo tratada como indigentes, no casos dos mais pobres, apelando a hospitais filantrópicos (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

A reforma sanitária brasileira, iniciada na década de 1970, abrangeu a sociedade civil organizada, governo, comunidade técnico-científica e profissionais da saúde, compondo o que ficou conhecido como Movimento da Reforma Sanitária (MRS). As idéias advindas dos debates promovidos por esse movimento resultaram na proposta do SUS, que contrariou a tendência neoliberal existente. Os princípios do SUS foram incorporados à Constituição de 1988 e a saúde foi reconhecida como um direito de todos e dever do Estado. A mudança no modelo assistencial era vista como fundamental do novo sistema de saúde, não sendo mais priorizado o modelo curativo, mas um modelo que privilegie a promoção e prevenção da saúde (LEVINO; CARVALHO, 2011).

Assim, o SUS alinha-se com a Declaração de Alma-Ata de 1978, passando a oferecer acesso universal, integral, igualitário, com participação social e no seu contexto propõe aos

governos a formulação de políticas nacionais para a implementação da APS como parte de um sistema de saúde integral, vinculado a outros setores com vistas ao enfrentamento dos determinantes sociais e ambientais da saúde (GIOVANELLA et al., 2019).

No processo de implementação do SUS, a APS passa a ser a principal porta de entrada dos usuários aos serviços de saúde, desenvolvida por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo que visam garantir à população promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, recuperação e reabilitação. Tais atividades são desenvolvidas em territórios definidos, onde deve-se levar em consideração as particularidades existentes em cada território (BRASIL, 2012).

Com a descentralização do sistema público de saúde, os municípios brasileiros assumiram a responsabilidade pela atenção à saúde de seus habitantes no primeiro nível, criando uma estrutura gerencial, a Secretaria Municipal de Saúde, implantando serviços onde, até então, não existia uma única unidade de saúde, além de participar no financiamento da atenção à saúde. Os municípios, juntamente com as secretarias estaduais de saúde e com outros municípios de sua região, são responsáveis também pela atenção especializada e hospitalar (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Segundo Mendes (2012; 2019), a atenção primária deve cumprir funções essenciais que lhes conferem a característica de ordenação dos sistemas de saúde, sendo elas: solucionar 85% dos problemas mais comuns de saúde; exercer a coordenação dos fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações nas redes, além da responsabilização da saúde de sua população adscrita. Para o autor, somente com a atenção primária capacitada é que se pode organizar as redes de atenção à saúde a um custo mais baixo e com efetividade.

Existe uma visão equivocada da complexidade na atenção primária, o que ocasiona sua desvalorização e uma supervalorização dos níveis de atenção secundários e terciários. Os cuidados primários atendem as condições de saúde mais frequentes, o que não significa que são mais simples. A divisão das complexidades como baixa, média e alta complexidade está relacionada com o grau de densidade das tecnologias utilizadas e não com o tipo de atenção que realiza (MENDES, 2019).

Faria et al. (2009) ressaltam um ponto importante a ser lembrado, que o sistema de saúde é parte do Estado Nacional e organizado pela lógica política, respondendo assim aos objetivos políticos que se apresentam em cada nível de gestão do Estado. Devido à sua forte inserção comunitária, a APS, em especial as equipes de ESF, sofrem forte influência dos objetivos políticos locais e municipais.

Apesar dessa influência e da impossibilidade de isolar os resultados da APS das demais políticas sociais, estudos como de O’Dwyer et al. (2019, p. 4556) apontam resultados positivos no trabalho da ESF “é bastante plausível que o resultado da redução das taxas padronizadas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICSAPS), de 45% entre 2001 e 2016, esteja vinculado ao avanço da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil”.

3.2.3 A Estratégia Saúde da Família como modelo de atenção à saúde para a APS

Os modelos assistenciais são percebidos por Paim (2008) como formas de resolver problemas e atender necessidades de saúde em determinada realidade e população adstrita, organizar serviços de saúde ou intervir em situações em função do perfil epidemiológico e da investigação dos danos e riscos à saúde.

No Brasil, desde o século XX, o modelo biomédico foi hegemônico no modo de fazer saúde, no qual a organização das práticas de saúde são centradas nas queixas dos indivíduos, no uso de tecnologias, na organização da assistência a partir das demandas espontâneas, no trabalho fragmentado, com predomínio de práticas hierarquizadas e de desigualdade entre as diferentes categorias profissionais (FERTONANI et al., 2015).

Com vistas a atender a Constituição de 1988 e aos princípios do SUS e incentivar mudanças no modelo assistencial, foi criado em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF), sendo inicialmente voltado apenas para a população mais vulnerável, levando à ampliação da cobertura em saúde. Posteriormente, em 1996, passou a ser a principal estratégia para mudança do modelo de atenção em saúde.

Com a Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB/96), o PSF assumiu a condição de estratégia de reorientação da APS, em substituição às modalidades tradicionais. A NOB/96 instituiu os componentes fixo e variável do Piso da Atenção Básica (PAB) e estabeleceu incentivos financeiros aos municípios que adotassem o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e o PSF, tornando automática e regular a transferência de recursos federais para o financiamento desses programas (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018 p. 12)

No ano de 2002, objetivando a reorientação do modelo de atenção e de abranger não somente os municípios de pequeno porte e área rural, foi criado o Projeto de Extensão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf), voltado para municípios com mais de 100 mil habitantes. Ainda no âmbito do Proesf, em 2005 foi criada a Avaliação para a Melhoria da

Qualidade (AMQ), instituindo uma metodologia de avaliação nos diversos níveis: gestores, coordenadores, unidades de saúde e Equipes de Saúde da Família (EqSF), com vistas à qualificação da Atenção Básica por meio da autoavaliação (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Com o fortalecimento gradativo da APS por meio da ESF, foi publicada em 2006 e revisada em 2011 e 2017 a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que buscava preservar e consolidar uma APS forte visando promover cuidados integrais e desenvolver a promoção da saúde, sendo a principal porta de entrada dos usuários no SUS. Ainda no ano de 2011 foi implantado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que ampliou a avaliação e permitiu vincular formas de transferência de recursos do Piso de Atenção Básica (PAB) variável de acordo com os resultados obtidos na avaliação (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

A revisão da PNAB, em 2017, sofreu várias críticas de entidades do Movimento de Reforma Sanitária como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp). Entre as denúncias que as três instituições realizaram encontra-se a perda de prioridade dada à ESF e a provável perda de recursos destinados a este nível de atenção (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Almeida et al. (2018) e Melo et al. (2018) apontam ainda como principais mudanças ocorridas na PNAB, publicada em 2017, a definição de valor inferior para financiamento de novas equipes de atenção básica, a possibilidade da redução do número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por Equipe de Saúde da Família (EqSF), de modo a vincular esse quantitativo aos territórios ditos de maior risco e mais vulneráveis, além de oportunizar a possibilidade de aumento de suas atribuições, com recomendação de unificar suas funções com as dos Agentes Comunitários de Endemias (ACE) e facultar competências atualmente desempenhadas pelos técnicos de enfermagem (glicemia capilar, aferição de pressão arterial, curativos limpos). A exigência da carga horária dos médicos de 40 horas semanais, as equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que possuíam o objetivo de ampliar a capacidade de cuidado da AB apoiados na lógica do apoio matricial, passam a possuir nova nomenclatura, Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e podem perder a função de apoio com interferência negativa na sua forma de funcionamento. Na PNAB 2011 era previsto que até 8 horas semanais dos profissionais das EqSF pudessem ser utilizadas para atividades de formação, educação permanente, apoio matricial e plantão

na rede de urgência, o que não mais se encontra na publicação de 2017. Percebe-se também uma menor valorização da educação permanente, peça-chave para o processo de trabalho na APS. Giovanella (2018) coloca que a PNAB reformulada em 2017 rompe com a prioridade para a ESF e provavelmente terá repercussões negativas no modelo, podendo afetar a saúde da população.

A APS, entendida como componente primário das redes de serviço de saúde, é desempenhada em várias regiões com população definida e o atendimento da ESF realizado pelo médico generalista ou médico da família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo ainda ser composta por equipe de saúde bucal com dentista generalista ou especialista em saúde da família e auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012).

Em documento produzido por meio de entrevistas com especialistas em cuidados primários pela OPAS foram destacadas as seguintes intervenções para alcançar uma APS forte: a consolidação da ESF com base nos atributos essenciais dos cuidados primários; ampliação do acesso; qualificação dos vínculos das pessoas às equipes; realização de ações e serviços de acordo com as necessidades da população; qualificação das equipes de APS em relação à comunidade e à tecnologia do cuidado; informatizar as unidades de saúde; desenvolver sistema de regulação centrado na APS; aumentar o financiamento até atingir níveis adequados e suficientes; garantir estrutura física e tecnológica adequada; planejar a oferta de recursos humanos para a APS e preparar plano de formação profissional com ênfase em suas especialidades; garantir provimento de médicos para a APS, em especial em áreas de grande rotatividade; avaliar e monitorar a qualidade do desempenho das equipes de APS, com estabelecimento de mecanismos de remuneração e incentivos por desempenho; promoção de estratégias de defesa e fortalecimento da APS; produção de conhecimento científico e divulgação das experiências exitosas e inovadoras; incentivar a participação das pessoas, o controle social e a avaliação dos serviços; promover a saúde e reduzir desigualdades (MENDES, 2019).

Giovanella (2018) aponta diversos avanços da APS e do SUS com impactos positivos no acesso, na redução de desigualdades e na melhoria da situação de saúde da população e alerta para atuais ameaças ao SUS decorrentes da definição de teto para gastos em saúde, com congelamento de despesas por vinte anos, com elevadas perdas de recursos para o SUS e agravamento do subfinanciamento, com pressão crescente sobre municípios.

Massuda (2020, p. 1184) afirma que:

A implantação da ESF propiciou avanços consistentes no aumento da cobertura de serviços de APS no Brasil. De 1998 a 2018, a ESF foi adotada por mais de 95% dos municípios brasileiros, e o número de equipes de ESF cresceu de 2 mil para 43 mil, passando a cobrir cerca de 130 milhões de pessoas (62,5% da população brasileira). Estudos demonstram que o crescimento da cobertura de ESF no municípios está associado ao aumento no acesso a serviços de saúde, redução de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária, e melhoria nos resultados, com a queda da mortalidade infantil em todas as regiões do país, beneficiando populações mais vulneráveis, com o impacto positivo na redução de iniquidades no país.

O mesmo autor coloca ainda que, em 2019, o início da gestão de Jair Bolsonaro marcou uma guinada ideológica para a extrema direita no Brasil, resultando em profundas mudanças em um conjunto de políticas do governo federal. Aponta que a alteração no modelo de financiamento da APS pode resultar em impactos sobre o SUS e sobre a saúde da população. A adoção de capitação e avaliação de desempenho adotadas como critérios para cálculo de transferências intergovernamentais parecem servir mais a propósitos restritivos do que à qualificação dos serviços, devendo limitar a universalidade, ampliar distorções no financiamento e induzir a focalização das ações na APS no SUS. Essa nova política de prolongada restrição orçamentária, que agrava o subfinanciamento público da saúde no Brasil, pode contribuir para reverter conquistas históricas de redução de desigualdades em saúde, ocorridas desde a implantação do SUS e da ESF.

3.3 O Trabalho em saúde

O processo de trabalho constitui-se no modo como desenvolvemos as atividades profissionais, sendo um conjunto de procedimentos pelos quais os homens atuam por intermédio dos meios, visando a transformação de determinado objeto para obtenção de um produto (FARIA et al., 2009).

No início do século XX, os princípios da gerência científica, baseados nas formulações de Taylor, ficaram conhecidos e ampliados de forma crescente, influenciando não só o trabalho industrial como também o setor de serviços. Desde então, o processo de trabalho vem sendo modificado com o objetivo da diminuição do tempo gasto e aumento da produção, expandindo-se a divisão do trabalho e a mecanização da produção, o que leva os trabalhadores a perderem a compreensão da totalidade do trabalho que realizam. O tempo

empregado no desenvolvimento das atividades está sob constante monitoramento, a maioria executa atividades de caráter manual e o trabalho pensante fica limitado a um pequeno grupo. O trabalho em saúde faz parte do setor de serviços e é uma atividade essencial para a vida humana, não tendo como resultado um produto material. No setor de saúde, em sua maioria, o trabalho é coletivo, executado por diversos profissionais tanto de saúde quanto de setores que desenvolvem atividades necessárias para a manutenção da estrutura institucional (RIBEIRO et al., 2004).

Para Faria et al. (2009), o processo de trabalho em saúde se distingue em alguns aspectos dos demais processos de trabalho na produção de bens e produtos, pois se caracteriza por ser uma produção de serviço e não de bens de consumo. No caso da saúde, o usuário é o objeto no processo de trabalho e também um agente. Distinguir o que atende as necessidades sociais do que preocupa aos interesses corporativos mostra-se um trabalho difícil, mas é fundamental para seleção de alternativas mais custo-eficazes que verdadeiramente acolham as necessidades da população. Para tanto, Faria et al. (2009) apontam como o uso das evidências vindas da epidemiologia e da clínica, da história e dos outros campos do conhecimento social como sendo recursos que podem colaborar no processo.

Na APS e na ESF é essencial que os profissionais desenvolvam habilidades para aplicação de instrumentos que permitam a reflexão crítica e a transformação de seu processo de trabalho cuja finalidade deve ser a projeção de resultados que visem satisfazer as necessidades e perspectivas dos indivíduos, conforme sua organização social e o momento histórico de determinada sociedade (FARIA et al., 2009).

O setor saúde necessita responder as demandas por intervenções tecnológicas de alta complexidade e especialidade que surgem nos hospitais e no atendimento terciário, além de ter que agir nas comunidades de modo a proporcionar uma vida saudável. As necessidades de saúde não são mais respondidas apenas pela intervenção e recuperação do corpo biológico, mas necessitam de atenção que considere a integralidade do corpo humano, a qualidade de vida e a promoção da saúde. O foco passa a ser então a família, considerando o meio ambiente, o estilo de vida e a promoção da saúde como fundamentos básicos (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

A combinação de fatores organizacionais, estruturais e financeiros, tais como dificuldades gerenciais, burocracia excessiva, sobrecarga de trabalho, precariedade das condições de trabalho, deficiências estruturais, falta de

equipamentos adequados, baixos salários e ausência de uma política de educação continuada repercute substancialmente na insatisfação dos profissionais das equipes de saúde da família e coloca em discussão questões sobre a qualificação dos profissionais, a resolubilidade dos serviços e a necessidade de monitorar e avaliar a APS. Ainda, essas condições podem resultar em problemas de saúde nos próprios trabalhadores que prestam serviços de saúde (OLIVEIRA; PEDRAZA, 2019, p. 766)

Na ESF há a necessidade de condições estruturais mínimas para realização das ações que superem o modelo biomédico e que favoreçam a equidade em saúde. Estrutura adequada, organização das ações em conformidade com os princípios do SUS e suporte administrativo estão entre os temas centrais na prestação dos serviços pelas equipes de saúde. Assim, para garantia da promoção à saúde é essencial que o ambiente de trabalho contribua para a integração da equipe multidisciplinar, além de favorecer a qualidade de vida, motivação, satisfação e possibilidade de desenvolvimento ao profissional de saúde. A qualidade das ações direcionadas à população tem relação direta com a satisfação/insatisfação dos profissionais de saúde no que se refere às características do processo de trabalho no modelo da ESF (OLIVEIRA; PEDRAZA, 2019).

3.4 Indicadores de saúde

Os indicadores de saúde são ferramentas importantes para avaliação e acompanhamento das condições de saúde da população devendo orientar os gestores de saúde no planejamento e controle das atividades locais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) coloca os Sistemas de Informação como sendo um dos aspectos essenciais para a construção de um sistema de saúde, devendo este não somente garantir a produção de informação confiável e oportuna sobre o estado de saúde da população, seus determinantes e o desempenho do sistema de saúde, mas além disso permitir a produção de análises que orientem as atividades a serem desenvolvidas (LIMA; ANTUNES; SILVA, 2015).

Essas informações, apoiadas em dados válidos e confiáveis, fornecem condições essenciais para análise objetiva da situação sanitária e a tomada de decisões baseadas em evidências para a programação de ações de saúde. Com a finalidade de facilitar a quantificação e a avaliação das informações é que foram desenvolvidos os indicadores de saúde, que analisados em conjunto, devem mostrar a situação sanitária de uma população e servir para vigilância das condições de saúde (RIPSA, 2008).

O Ministério da Saúde desenvolve sistemas nacionais de informação e os disponibiliza de forma ampla nos meios eletrônicos, que são utilizados cada vez mais no ensino de saúde pública e no planejamento das ações de saúde. Mesmo com as melhorias ocorridas, ainda se encontram desafios para o avanço do aproveitamento dessas informações na gestão do SUS, em especial no que diz respeito ao uso dessas informações para subsidiar decisões de política (RIPSA, 2008).

Estudo realizado por Lima, Antunes e Silva (2015) aponta que, muito embora se fale da importância dos indicadores de saúde no planejamento das ações, na prática as ações são realizadas em função principalmente da demanda espontânea dos usuários. Outro ponto citado pelos autores é o reduzido conhecimento sobre os sistemas de informação e como podem ser usados, os quais acabam sendo vistos como um instrumento técnico-burocrático, cuja única interação com as unidades é representada pelo esforço em alimentar os dados solicitados.

As alterações que vêm acontecendo no cenário político, em especial a rigidez fiscal no Brasil e a consequente perspectiva de redução de investimento em programas sociais de grande impacto como o Bolsa Família e a ESF, podem impactar negativamente em indicadores como a mortalidade infantil, tendo em vista que a pobreza é um dos mais importantes determinantes sociais de saúde infantil (O'DWYER et al., 2019).

Uma das estratégias tidas como mais adequada e efetiva nos desafios encontrados de indicadores como os de morbi-mortalidade e acompanhamento dos portadores de agravos crônicos é a APS, por seus atributos de abordagem integral dos indivíduos, ser o serviço de primeiro contato e por incorporar tecnologias menos intervencionistas e econômicas (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

No presente estudo serão abordados alguns dos principais indicadores de saúde que se mostram pertinentes ao trabalho das equipes de APS, sendo eles: mortalidade materno-infantil, cobertura vacinal, coleta de exame de citologia de colo de útero e mamografia e acompanhamento de pacientes com hanseníase e tuberculose que serão utilizados como subsídios para as entrevistas a serem realizadas.

3.4.1 Mortalidade Infantil

A taxa de mortalidade infantil é um importante indicador de saúde, pois está vinculado às condições sociais, econômicas e ambientais às quais as crianças e membros da

sociedade estão inseridos. A Organização das Nações Unidas propôs, em 1990, a redução da mortalidade infantil em dois terços até 2015.

A meta não foi cumprida em muitos países, mas atingiu-se no período uma queda de 53% da mortalidade infantil, reduzindo de 91 para 43 mortes por 1.000 nascidos vivos. Porém, nem todos os subgrupos de renda partilharam de forma equitativa destes avanços e as crianças dos grupos mais pobres permanecem desproporcionalmente vulneráveis em comparação com grupos mais ricos. A taxa de mortalidade infantil chega a ser quase duas vezes maior entre as crianças mais pobres, comparadas às mais ricas. Grande parte desses óbitos são evitáveis com medidas simples, como vacinação, amamentação, higiene, acesso a água potável e a medicamentos (TEJADA et al., 2019).

No Brasil, a meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio de redução de 2/3 da mortalidade de menores de cinco anos até 2015 foi alcançada antecipadamente, o que não significa que o Brasil não possua inúmeras dificuldades na redução da mortalidade infantil, em especial em áreas com condições socioeconômicas mais desfavorecidas (KALE et al., 2019).

Souza et al. (2021) apontam que a preocupação com a mortalidade infantil é justificável tendo em vista que reflete o grau de desenvolvimento socioeconômico de determinada localidade, a infraestrutura ambiental existente e o acesso e qualidade dos serviços de saúde materno e infantil. Esse indicador é importante no monitoramento do impacto das iniquidades em saúde sobre o risco de morte das crianças, quanto maior for o indicador, maiores são as desigualdades sociais existentes. Avaliar a tendência da mortalidade infantil pode colaborar para a avaliação dos serviços de saúde, além de subsidiar o processo de planejamento e gestão de políticas públicas e/ou planos voltados para a saúde materno-infantil.

Dentre as ações que mais impactaram na redução da mortalidade infantil notadas em estudo realizado por Souza et al. (2021) encontra-se a implantação da ESF, principal mecanismo de reorganização da atenção primária no Brasil, que ampliou o acesso a serviços de qualidade para as famílias adscritas. Os autores colocam que um acréscimo de 10% da cobertura de saúde da família implicaria, por exemplo, em redução de 4,5% da mortalidade infantil. A Rede Cegonha, implantada em 2011, por meio da Portaria 1.459 do Ministério da Saúde, que tem por objetivo ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal, a assistência ao parto e ao puerpério, assim como ofertar assistência a criança até os 24 meses de vida, além do incentivo ao aleitamento materno são outras ações assinaladas como importantes redutoras da mortalidade infantil. Os autores apontam ainda que as melhorias

sociais gerais, em especial o papel das políticas de transferência de renda, como o Programa Bolsa Família, são importantes determinantes da redução da mortalidade infantil no Brasil, com maior impacto no componente pós neo-natal, principalmente por evitar a ocorrência de óbitos por desnutrição e doenças diarreicas. Em avaliação dos primeiros cinco anos do Programa Bolsa Família, ocorreu uma diminuição de 9,3% da mortalidade infantil.

Em estudo realizado por Martins e Pontes (2020) sobre as taxas de mortalidade infantil em áreas de fronteira e não fronteira, observa-se que há diferenças nas taxas segundo as áreas estudadas e que características demográficas, econômicas e culturais nos municípios de fronteira influenciam na maior taxa de mortalidade infantil. O risco do óbito infantil por causas evitáveis mostra-se mais evidente nos municípios de fronteira. Outro ponto evidenciado foi de que a proximidade com países com taxas de mortalidade piores reflete negativamente nas taxas de mortalidade dos municípios fronteiriços. O estudo coloca ainda como desvantagem os municípios de fronteira estarem a uma maior distância dos serviços de maior complexidade, o que dificulta a integração e a articulação dos serviços de saúde.

3.4.2 Cobertura vacinal

Segundo Gadelha et al. (2020), o desenvolvimento de vacinas e o estabelecimento de estratégias globais de vacinação contra doenças altamente infecciosas foram decisivas para a alteração no padrão das doenças que afetam a humanidade. Nos últimos 50 anos as vacinas foram responsáveis por salvar mais vidas do que qualquer outro produto ou procedimento médico, sendo reconhecida como uma das mais efetivas intervenções de saúde pública do mundo, constituindo em um componente essencial do direito à saúde, uma responsabilidade individual, comunitária, social e governamental.

No Brasil, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) foi criado em 1973, regulamentado pela Lei Federal nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, e pelo Decreto nº 78.321, de 12 de agosto de 1976, instituindo o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE). O PNI organiza toda a política nacional de vacinação da população brasileira e tem como missão o controle, a erradicação e a eliminação de doenças imunopreveníveis. É uma das ações mais custo-efetivas e de maior impacto na ocorrência de doenças infecciosas, oferecendo, atualmente, acesso universal e gratuito de 44 imunobiológicos, sendo 19 vacinas do calendário de rotina para todas as faixas etárias, além de promover anualmente campanhas de vacinação contra influenza (FERREIRA et al., 2018; BRASIL, 2014b).

Os principais aliados no âmbito do SUS são as secretarias estaduais e municipais de saúde. As diretrizes e responsabilidades para a execução das ações de vigilância em saúde, entre as quais se incluem as ações de vacinação, estão definidas em legislação nacional que aponta que a gestão das ações é compartilhada pela União, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios. As ações devem ser pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), tendo por base a regionalização, a rede de serviços e as tecnologias disponíveis (BRASIL, 2014b, p. 13).

Segundo Domingues et al.(2020) o PNI, sob coordenação do Ministério da Saúde, com participação das secretarias municipais e estaduais de saúde, vem se consolidando como uma das mais importantes intervenções em saúde pública, com trajetória de mais de 46 anos. Caracteriza-se como uma política pública eficiente, impactando cada vez mais no perfil de morbimortalidade da população brasileira, adequando-se nos campos político, epidemiológico e social. O sucesso do programa pode ser atribuído em parte ao fato do PNI seguir os princípios doutrinários do SUS, da universalidade e equidade da atenção, bem como o princípio organizativo de descentralização.

O Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) foi utilizado até o ano de 2019 para estimar as coberturas vacinais e sua homogeneidade entre as vacinas e entre os municípios das Unidades da Federação do país. Mesmo com adequadas coberturas vacinais, nos municípios as coberturas são heterogêneas, não alcançando toda a população alvo.

A Portaria 2.499 de 23 de setembro de 2019 inclui que os registros de aplicação das vacinas e de outros imunobiológicos passam a ser realizados exclusivamente no Prontuário Eletrônico do Cidadão; na coleta de dados Simplificada ou nos sistemas próprios ou de terceiros devidamente integrados ao Sistema de Informação em saúde para a Atenção Básica (SISAB). Os registros no SI-PNI permanecem somente para efeitos adversos pós-vacinação e ao monitoramento rápido de coberturas vacinais (BRASIL, 2019b).

3.4.3 Coleta de exame de citologia de colo uterino e mamografia

O câncer de mama e de colo de útero são considerados pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) como sendo o primeiro e quarto lugares, respectivamente, entre as principais neoplasias que acometem as mulheres em países desenvolvidos e, em primeiro e terceiro nas mulheres brasileiras. A mamografia e o exame Papanicolau são as formas de detecção precoce do câncer de mama e de colo uterino, respectivamente, essenciais para um bom

prognóstico. A sobrevida média das mulheres com câncer de mama, após cinco anos do diagnóstico, é de cerca de 85% nos países de renda alta e em torno de 60% nos países com renda média e baixa (SADOVSKY et al., 2015).

O câncer de colo uterino foi o quarto tipo de câncer mais comum em mulheres no mundo, sendo as maiores taxas de incidência observadas em países menos desenvolvidos, chegando a 42,7 casos novos por 100 mil mulheres na África Oriental, e as menores na Austrália/Nova Zelândia de 5,5 por 100 mil mulheres e na Ásia Ocidental 4,4 por 100 mil mulheres. No Brasil, o câncer de colo uterino é o terceiro mais incidente com taxa de 15,3 casos novos por 100 mil habitantes e o INCA demonstra que há diferenças nas incidências de acordo com o local de residência das mulheres evidenciando desigualdades regionais na epidemiologia do câncer (OLIVEIRA et al., 2018).

O rastreamento por meio do exame de Papanicolau é recomendado no Brasil para mulheres de 25 a 64 anos que já tiveram relação sexual, com intervalo de 3 anos, após dois exames anuais negativos. O exame de Papanicolau é de baixo custo e no geral apresenta boa aceitabilidade pela população, sendo ofertado em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Ainda na perspectiva da saúde da mulher, o câncer de mama lidera os diagnósticos por câncer em mulheres no Brasil e no mundo, tendo ocorrido diminuição nas mortes em países desenvolvidos; já nos países menos desenvolvidos ocorre o inverso, possivelmente relacionado ao menor acesso à detecção precoce e ao tratamento oportuno:

No Brasil, 80% dos diagnósticos de câncer de mama ocorrem em estágios avançados, e esse cenário é pior para mulheres com baixa escolaridade que dependem do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, o acesso à mamografia, principal exame de detecção precoce, não é igualitário entre as mulheres brasileiras. Estudos de base populacional apontam que maior nível de escolaridade e renda, residir em área urbana e nas regiões mais desenvolvidas do país são fatores relacionados à maior realização do exame mamográfico (BARBOSA et al., 2019, p. 2)

A recomendação do Ministério da Saúde é que seja realizada mamografia a cada dois anos para mulheres entre 50 a 69 anos e para as mulheres consideradas de risco elevado (alto risco) para câncer de mama (aquelas com história familiar de câncer de mama em parentes de primeiro grau), recomenda-se o acompanhamento clínico individualizado.

Segundo SadoVsky et al. (2015), apesar da tendência crescente na realização desses exames na população alvo, a cobertura ainda é baixa nas mulheres com maior vulnerabilidade social e está intimamente relacionada com a pobreza e baixa escolaridade

da população, sendo portanto de suma importância a compreensão dos determinantes sociais que podem estar relacionados à disponibilidade e realização da mamografia e do exame Papanicolau, identificando grupos populacionais com menor acesso a esses exames e elaboração de estratégias que combatam essas iniquidades.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que descreve as características socioeconômicas e é composto por dados sobre a expectativa de vida ao nascer, a educação e o Produto Interno Bruto per capita está inversamente associado com as taxas de incidência de câncer no geral e quando se consideram os tipos de câncer individualmente, essa associação se mantém para o câncer de colo uterino, mas torna-se diretamente associada com taxas de câncer de mama (SADOVSKY et al., 2015).

3.4.4 Acompanhamento de pacientes com Hanseníase e Tuberculose

A hanseníase, embora se tenha implementado estratégias de controle e eliminação como um problema de saúde pública, ainda atinge cerca de 1.500.000 pessoas no mundo, sendo a Índia responsável por 58% dos casos e o Brasil encontra-se em segundo lugar com 16% dos casos notificados em 2011. O diagnóstico tardio e a pouca estruturação da rede de atenção, além do baixo conhecimento da população contribuem para uma grande parcela da comunidade apresentar sequelas, como o acometimento neural periférico e instalação de incapacidades físicas (PINHEIRO et al., 2017).

No Brasil se observam disparidades regionais, o que resulta na manutenção da doença circulante e entre os principais motivos apontados estão a grande extensão territorial e as desigualdades socioeconômicas entre as regiões do Brasil, as regiões mais pobres são também as mais endêmicas. Ribeiro, Silva e Oliveira (2018, p.5) apontam “que o ritmo lento de queda na prevalência da hanseníase pode estar relacionado a diferenças no desenvolvimento e padrão de vida entre as regiões brasileiras. Da mesma forma, a detecção precoce e a redução de incapacidades parecem estar relacionadas à eficiência dos serviços de atenção básica de saúde”.

A OMS, com o objetivo de reduzir a carga da hanseníase no âmbito global e local, desenvolveu a Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020, que visa acelerar a ação rumo a um mundo sem hanseníase. Essa ação é voltada em especial para os países que ainda não alcançaram a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública e está pautada em três pilares: fortalecimento do controle, coordenação e parceria do governo; combate à

hanseníase e suas complicações; e o combate à discriminação e promoção da inclusão (SANTOS et al., 2019).

A tuberculose é uma doença infecciosa e transmissível que afeta prioritariamente os pulmões, embora possa afetar outros órgãos ou sistemas, causada pelo *Mycobacterium Tuberculosis* ou bacilo de Koch. No Brasil, a tuberculose é um sério problema de saúde pública, com profundas raízes sociais. A cada ano são notificados aproximadamente 70 mil casos novos da doença e ocorrem cerca de 4,5 mil mortes em decorrência da tuberculose (BRASIL, 2019a).

No Brasil ocorre uma distribuição heterogênea dos casos de tuberculose nas unidades federativas, o estado do Paraná no ano de 2010, apresentou 2.415 novos casos de tuberculose, sendo que 125 tiveram como situação de encerramento o óbito, o que evidencia que este Estado tem enfrentado dificuldades com o controle da doença devido ao abandono do tratamento, limitação quanto ao diagnóstico precoce e dificuldade no cumprimento da meta de 85% de cura quando diagnosticada precocemente. Segundo estudo realizado por Silva et al (2018), nas áreas de fronteira o panorama no contexto da tuberculose é ainda mais grave, sendo a doença considerada um grande desafio, tendo em vista que ocorre um intenso fluxo de pessoas nos municípios fronteiriços, favorecendo a disseminação da doença.

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose envolve coordenar os esforços nacionais e a formulação de políticas públicas e estratégias para a redução da mortalidade por tuberculose no Brasil, respeitando os direitos individuais e em concordância com os princípios e diretrizes do SUS. Ações de descentralização das medidas de controle para a AB ampliam o acesso da população em geral e das populações mais vulneráveis ou sob risco acrescido de contrair a tuberculose. Outra medida inovadora é a estratégia do tratamento diretamente observado, com enfoque no cuidado e na adesão ao tratamento e na articulação com organizações não governamentais ou da sociedade civil para fortalecer o controle social e garantir a sustentabilidade das ações de controle da doença (BRASIL, 2019 a).

3.5 Monitoramento

O monitoramento, embora ainda pouco institucionalizado em grande parte dos órgãos governamentais brasileiros, tem despertado crescente interesse do setor público, governo e academia para promover efetividade, eficiência e desempenho na gestão pública. O monitoramento estratégico fundamenta-se na busca pelo conhecimento por meio do

registro, análise e interpretação da realidade da execução das políticas públicas a fim de produzir informações oportunas para a tomada de decisões (SILVA; ELIAS, 2019).

Para Sellera et al. (2019), o monitoramento é fundamental para o acompanhamento rotineiro de informações prioritárias, tanto para o processo de implementação de um programa como para o acompanhamento de seus resultados. Para tanto, deve-se institucionalizar a avaliação e o monitoramento nas gestões nacional, estadual e municipal de forma a integrá-la em um sistema organizacional.

O monitoramento está relacionado a ações que visam resgatar ou construir uma tradição de planejamento no SUS. Nesta ação é envolvida a implementação das políticas de saúde com o intuito de mudar o perfil epidemiológico e demográfico da população brasileira.

O monitoramento e a avaliação procuram captar o conhecimento, a compreensão e os diferentes pontos de vista, os olhares diversos e as distintas formas de perceber o planejamento na esfera de gestão em que ela se processa. Também indica aos responsáveis por essa função necessidades de investimentos, de capacitação, de atualização, de aperfeiçoamento, sempre na perspectiva de avançar na construção/consolidação da cultura do planejamento no âmbito do SUS. (BRASIL, 2010, p. 15).

Segundo Carvalho et al. (2012), o monitoramento e a avaliação são instrumentos muito importantes para a gestão, pois realiza o acompanhamento de informações prioritárias, tanto para o processo de implantação de um programa, o seu desenvolvimento, desempenho quanto para o alcance dos objetivos propostos.

A avaliação e monitoramento dos sistemas e políticas de saúde constituem-se em um importante desafio para os gestores de todo o mundo, mesmo que as organizações possuam finalidades diferentes. Para Bezerra et al. (2020, p. 5018), “A medição do desempenho é multidimensional, podendo se dar em termos de qualidade, eficácia, eficiência, equidade, produtividade, entre outros”. Assim, independente do modelo a ser utilizado, o monitoramento e a avaliação são práticas essenciais em qualquer organização de alto desempenho. O principal desafio no desenvolvimento dessas ações encontra-se em quais estratégias utilizar para que se tornem atividades rotineiras da gestão.

Bezerra et al. (2020) apontam que no Brasil foram realizadas diversas iniciativas de implementação de políticas ou estratégias de monitoramento e avaliação pelo Ministério da Saúde (MS), tendo focos e objetivos distintos e vulneráveis às mudanças de gestão nacional. Entre as ações encontram-se: em 1998 a Política Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASH), reformulada, em 2004, para Política Nacional de Avaliação dos

Serviços de Saúde (PNASS); em 2003, a Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica; em 2006, a Política de Avaliação do Desempenho do Setor Saúde em 2008, o Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde (PROADESS); o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), criado em 2011; o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), criado em 2012 para monitorar o desempenho dos sistemas municipais e estaduais de saúde; o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS), que vincula o alcance de metas ao repasse de um valor financeiro a estados e municípios, desde 2013.

Para Souza (2018) os principais desafios para institucionalização de uma agenda da avaliação na atenção básica são: a) A consolidação do PMAQ-AB como principal instrumento de monitoramento, avaliação, qualificação e financiamento da atenção básica; b) A construção e aperfeiçoamento de ferramentas e dispositivos de monitoramento e avaliação, adequados aos padrões tecnológicos atuais, capazes de contribuir para a qualificação dos processos de gestão e de gestão do cuidado; c) O seguimento de investimentos para o aumento da capacidade avaliativa de gestores e trabalhadores da atenção básica; d) A regulação do mercado de prontuário eletrônico na atenção básica, com a definição de critérios, funcionalidades e modelos de informação que favoreçam uma atenção básica acessível, acolhedora e resolutiva; e) A consolidação do eSUS Atenção Básica como principal ferramenta de prontuário eletrônico na atenção básica, integrando e/ou interoperando com os demais sistemas de informação; f) O reforço do investimento, fomento e uso de pesquisas avaliativas para o aprimoramento da Política Nacional de Atenção Básica, e; g) O aperfeiçoamento dos mecanismos de publicização, comunicação e uso dos resultados produzidos por processos avaliativos.

3.6 Programa de Qualificação da Atenção Primária no Paraná

O Programa de Qualificação da Atenção Primária (APSUS), no Paraná, foi implantado como uma ação estratégica para que a APS pudesse exercer o papel de coordenação do cuidado do cidadão. O programa de apoio aos municípios possuía três componentes: o de investimento na melhoria da estrutura das unidades, o de custeio para as equipes e o componente de educação permanente. Nos anos de 2011 a 2014 foi desenvolvido o componente de educação, com a realização de nove oficinas do APSUS, bem como diversos cursos e capacitações técnicas para as equipes de APS (PARANÁ, 2018a).

A Resolução 276/2012 da SESA-PR institui o Incentivo Financeiro de custeio do APSUS, na modalidade “Fundo a Fundo” (PARANÁ, 2018c), para tanto, os municípios deveriam: 1) aderir à Rede Mãe Paranaense: organizando as ações de pré-natal e puerpério, e o acompanhamento das crianças; 2) implantar a classificação de risco, conforme protocolo estabelecido pela SESA, para as gestantes e crianças menores de 1 ano; vincular as gestantes ao hospital, conforme classificação de risco; 4) adotar medidas para a melhoria do acesso da população às Unidades Básicas de Saúde, mantendo as equipes e as condições de ambiência para a realização das ações; 5) aderir ao Programa de Qualificação da Atenção Primária em Saúde do APSUS, no Paraná; 6) manter o número de equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal existentes atualmente e apresentar proposta de expansão do número de equipes, de forma a ter no mínimo 70% da população coberta; 7) realizar a avaliação das equipes de saúde, por meio do instrumento de Avaliação da Melhoria do Acesso e Qualidade – AMAQ do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ, do Ministério da Saúde; 8) manter atualizado o cadastro das famílias e dos indivíduos no Sistema de Informação da Atenção Básica – SISAB, do Ministério da Saúde; 9) manter atualizado o Cadastro das Unidades Básicas de Saúde e dos profissionais de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; 10) investigar todos os óbitos infantis e maternos; 11) ter Fundo Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde instituídos e em funcionamento; 12) Ter Plano Municipal de Saúde atualizado.

Após a adesão, os municípios participaram de nove oficinas realizadas com o intuito de alinhamento conceitual das equipes de APS pelo APSUS, sendo elas:

- Oficina APSUS 1: As Redes de Atenção à Saúde no Paraná;
- Oficina APSUS 2: Rede Mãe Paranaense;
- Oficina APSUS 3: Urgência e Emergência;
- Oficina APSUS 4: Monitoramento e Avaliação;
- Oficina APSUS 5: Planejamento Municipal da Estrutura da APS no Paraná;
- Oficina APSUS 6: Programação da Atenção Primária à Saúde;
- Oficina APSUS 7: Vigilância em Saúde na Atenção Primária à Saúde;
- Oficina APSUS 8: Saúde Mental;
- Oficina APSUS 9: Saúde do Idoso

Como parte integrante do APSUS, foi proposta a Tutoria, esta inserida a partir de 2014 com o objetivo de promover a aplicação dos conceitos apresentados nas oficinas do APSUS na realidade de cada equipe. Visou contribuir para organizar os processos de

trabalho, garantindo segurança ao usuário e à equipe de saúde, o que promoveria a melhoria da atenção, satisfação do usuário e dos indicadores de saúde. Para tanto, os municípios deveriam realizar a adesão ao programa, as equipes responderem ao questionário de Autoavaliação e em conjunto, os gestores, equipes de APS e as Regionais de Saúde elaborarem plano de adequação, execução e monitoramento dos planos de ação (PARANÁ, 2018a).

Após as avaliações ocorre o processo de certificação por meio dos selos de qualidade. O Selo Bronze contempla as ações que visam garantir a segurança do cidadão e da equipe. O Selo Prata tem por objetivo aprimorar as ações desenvolvidas e gerenciar os processos de trabalho adicionando valor aos cidadãos. Os instrumentos de avaliação estão estruturados em 2 eixos: gestão e atributos da APS, totalizando 105 e 108 itens avaliados, respectivamente, sendo divididos em sete atributos: gestão da unidade, primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, centralização na família e orientação comunitária. O Selo Ouro reúne itens que tem por objetivo o gerenciamento dos resultados com a finalidade de melhorar os indicadores de saúde da população, com 124 itens em sua avaliação. O selo Diamante apresenta como condição a obtenção anterior dos Selos Bronze, Prata e Ouro e visam garantir a consolidação do processo de trabalho, com excelência na gestão, promovendo mais saúde, melhor cuidado e maior eficiência. (PARANÁ, 2018b).

Quadro 1: Quantidade de unidades certificadas, segundo Regional de Saúde; município e selo obtido no Paraná, 2019.

Regional de Saúde	Município	Quantidade de Unidades Certificadas	Selo obtido
1ª Paranaguá	Guaratuba	01	Bronze
	Matinhos	01	Bronze
2ª Curitiba	Agudos do Sul	01	Bronze
	Almirante Tamandaré	03	Bronze
	Balsa Nova	01	Bronze
	Bocaiúva do Sul	01	Bronze
	Campo Largo	08	Bronze
	Colombo	08	06 Bronze; 02
	Curitiba	17	Prata
	Pien	01	Bronze
	Pinhais	01	Bronze
	Piraquara	06	Bronze
	Quatro Barras	02	Bronze
	Quitandinha	03	Bronze

	Rio Branco do Sul Rio Negro São José dos Pinhais Mandirituba Pinhais	01 06 13 01 10	Bronze Bronze Bronze 10 Bronze; 03 Prata Prata 10 Prata
3ª Ponta Grossa	Castro Jaguariaiva Palmeira	04 01 02	02 Bronze; 02 Prata Bronze Prata
4ª Irati	Fernandes Pinheiro Imbituva Inácio Martins Mallet Rebouças	02 03 01 02 04	Bronze Bronze Bronze Bronze Bronze
5ª Guarapuava	Guarapuava Nova Laranjeiras Pitanga	06 01 02	Bronze Bronze Bronze
6ª União da Vitória	Bituruna União da Vitória Cruz Machado	02 02 02	Bronze Bronze Bronze
7ª Pato Branco	Chopinzinho Clevelândia Coronel Vivida Mangueirinha	05 01 03 01	03 Bronze; 02 Prata Bronze Bronze Bronze
8ª Francisco Beltrão	Barracão Boa Esperança do Iguaçu Bom Jesus do Sul Capanema Cruzeiro do Iguaçu Dois Vizinhos Francisco Beltrão Manfrinópolis Nova Esperança do Sudoeste Pinhal de São Bento Planalto Pranchita Salgado Filho Santa Izabel D'Oeste Santo Antonio do Sudoeste São Jorge D'Oeste	01 01 02 01 01 01 01 01 02 01 01 02 02 02 04 01	Prata Bronze Bronze Bronze Prata Bronze Bronze Bronze Bronze Bronze Bronze Bronze Bronze Bronze Bronze Prata
9ª Foz do Iguaçu	Itaipulândia Matelândia Medianeira Missal	03 05 05 03	Prata Prata Bronze

	Santa Terezinha de Itaipu	04	02 Bronze; 01 Prata Bronze
10ª Cascavel	Anahy Cascavel Céu Azul Corbélia Iguatu Lindoeste Nova Aurora Santa Tereza do Oeste Vera Cruz do Oeste	01 17 05 05 01 02 01 03 03	Prata 12 Bronze; 05 Prata Bronze Bronze Prata Bronze Bronze Bronze Prata
11ª Campo Mourão	Boa Esperança Campo Mourão Goioerê Mamborê Terra Boa Ubiratã	01 05 01 03 02 08	Bronze Bronze Bronze Bronze Bronze Bronze
12ª Umuarama	Alto Piquiri Altônia Cafezal do Sul Cruzeiro do Oeste Esperança Nova Iporã Maria Helena Nova Olímpia Perobal Umuarama Xambrê	01 01 01 01 01 01 01 01 01 02 01	Bronze Bronze Bronze Bronze Bronze Bronze Bronze Bronze Bronze Bronze Prata
13ª Cianorte	Cianorte Indianópolis	03 01	Bronze Bronze
14ª Paranavaí	Alto Paraná Amaporã Diamante do Norte Jardim Olinda Mirador Marilena Nova Aliança do Ivaí Paraíso do Norte Paranapoema Paranavaí Planaltina do Paraná Porto Rico Santa Mônica Santo Antônio do Caiuá São Pedro do Paraná São Carlos do Ivaí São João do Caiuá	01 02 02 01 01 01 01 01 01 01 05 01 01 01 01 01 01 01 01	Bronze Bronze 01 Bronze; 01 Prata Ouro Prata Bronze Prata Bronze Prata 03 Bronze; 02 Prata Bronze Bronze Bronze Bronze Ouro

	Tamboara Terra Rica	01 05	Bronze Bronze Bronze Bronze
15ª Maringá	Floresta Maringá Munhoz de Mello Santa Fé	01 14 01 01	Prata 12 Bronze; 02 Ouro Ouro Prata
16ª Apucarana	Apucarana Arapongas Faxinal Jandaia do Sul Kaloré Mauá da Serra Novo Itacolomi Rio Bom	04 06 01 06 01 01 01 01	Bronze Bronze Bronze Bronze Prata Bronze Prata Bronze
17ª Londrina	Alvorada do Sul Bela Vista do Paraíso Cafeara Cambé Sertanópolis Ibiporã Jataizinho Londrina Lupionópolis Miraselva Rolândia Pitangueiras Sertanópolis Tamarana	01 01 01 08 01 08 01 05 01 01 01 08 01 01 02	Bronze Bronze Prata Bronze Bronze 05 Bronze; 03 Prata Bronze 03 Bronze; 2 Prata Prata Bronze Bronze Bronze Bronze 01 Bronze; 01 Prata
18ª Cornélio Procópio	Nova America da Colina Sapopema Sertaneja	01 01 01	Bronze Bronze Prata
19ª Jacarezinho	Barra do Jacaré Cambará Figueira Guapirama Jacarezinho Joaquim Távora Quatiguá Pinhalão Tomazina Salto do Itararé Santana do Itararé Santo Antonio da Platina	01 05 01 01 04 03 01 02 01 01 01 04	Prata 04 Bronze; 01 Prata Ouro Bronze Bronze 1 Bronze; 01 Prata; 01 Ouro Bronze Bronze Bronze Bronze Prata

	Tomazina Wenceslau Braz	01 02	02 Bronze; 02 Prata Prata 01 Prata; 01 Ouro
20ª Toledo	Assis Chateaubriand Diamante D'Oeste Guaíra Maripá Terra Roxa Toledo	03 01 04 02 04 02	Bronze Bronze Bronze Bronze Bronze Bronze
21ª Telêmaco Borba	Telêmaco Borba Tibagi	03 04	Bronze Bronze
22ª Ivaiporã	Ariranha do Ivaí Godoy Moreira Ivaiporã Jardim Alegre Lidianópolis Mato Rico Nova Tebas Rosário do Ivaí	01 02 02 01 01 01 03 01	Bronze Bronze 01 Bronze; 01 Prata Bronze Prata Bronze 02 Bronze; 01 Prata Bronze

Fonte: SESA (2019)

Conforme Quadro 1, em todo o estado, 329 equipes receberam o Selo Bronze, 76 o Selo Prata e 09 o Selo Ouro.

3.7 Avaliação de Políticas Públicas

A avaliação constitui um instrumento essencial de apoio à gestão pela sua capacidade de melhorar a qualidade de tomada de decisão, porém, na gestão dos serviços de saúde, seu uso ainda se encontra incipiente.

A avaliação de programas públicos emergiu da necessidade de melhoria da eficácia da aplicação dos recursos pelo Estado, surgindo logo após a Segunda Grande Guerra, quando foram desenvolvidos diversos métodos com o intuito de analisar as vantagens e custos de programas. No Brasil, a partir da década de 1980 é que se iniciou a pesquisa de avaliação de políticas, tanto do ponto de vista acadêmico quanto na administração pública (UCHIMURA; BOSI, 2002). Para Drachler et al. (2003, p. 462):

Uma estratégia de governo para identificar prioridades de atuação governamental para maior equidade em saúde tem sido as “pesquisas avaliativas de prioridades para a gestão pública” realizadas por solicitação de governos a grupos de pesquisadores independentes, essas pesquisas têm o objetivo de investigar

evidências da abrangência e magnitude das desigualdades sociais nos níveis de saúde da população; analisar a determinação social dessas desigualdades; e examinar os fundamentos científicos, a eficácia, a efetividade e a pertinência de intervenções, visando subsidiar estratégias governamentais que sejam potencialmente efetivas, tenham alcance universal e aumentem a equidade em saúde.

Na área da saúde, há a necessidade da avaliação permanente das intervenções realizadas, já que ocorre um crescimento muito grande de novas tecnologias voltadas para o cuidado e estas nem sempre tem sua eficácia comprovada, o que algumas vezes pode gerar efeitos indesejáveis e altos custos, o que demanda o desenvolvimento e aprimoramento de metodologias de investigação dos serviços de saúde. Quando se fala em avaliação de programas de saúde, há dificuldade adicional na sua realização, pois nem sempre há consenso entre objetivos, metas e resultados por parte da equipe que os concebem e sua operacionalização apresenta uma grande variabilidade na prática local (HARTZ; SILVA, 2005). Felisberto (2006, p. 554) aponta alguns limites da avaliação das Políticas Públicas:

1) a ausência ou insuficiência da explicitação das diretrizes políticas e da definição estratégica que orientam a avaliação; 2) a fragmentação e a decorrente diversidade de orientações que presidem os processos de avaliação, impedindo que possam ser úteis a uma ação coordenada; 3) a ênfase em variáveis relacionadas a processo e; 4) avaliações de resultados pontuais e/ou espacialmente restritas.

No Brasil, a avaliação ainda não faz parte da cultura institucional, ocorrendo de forma pouco sistemática e sistematizada, nem sempre fornecendo subsídios para o processo decisório, o que demonstra a necessidade de investimentos de ordem técnica e política por parte da administração pública setorial. A incorporação de uma “cultura avaliativa” demanda a qualificação da capacidade técnica, nos diversos níveis do sistema de saúde, o que viabiliza a associação das ações de monitoramento e avaliação no planejamento auxiliando na formulação de políticas, no processo de decisão e de formação dos sujeitos envolvidos (FELISBERTO, 2006).

Outro desafio a ser considerado nas avaliações é a dimensão subjetiva do processo de avaliação, que sempre será orientado por uma visão de mundo. Os usuários dos serviços de saúde, os profissionais de saúde, os representantes da população e os gestores possuem diferentes objetivos e percepções em relação aos serviços de saúde, e também possuem distintas prioridades quando avaliam a qualidade destes serviços (HARTZ; SILVA, 2005).

O ato de avaliar, para Felisberto (2006), só acrescenta valor quando o conhecimento e o uso das informações produzidas geram aperfeiçoamento institucional e profissional.

Aponta também a necessidade da utilização de um conjunto de ferramentas como a decisão político-institucional, recursos financeiros, mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos que se adapte às necessidades específicas da gestão da atenção básica e dos princípios do SUS.

As avaliações podem ser realizadas de diferentes formas, não existindo uma única definição de avaliação, sendo uma atividade permanente e não restrita à fase final do ciclo da política pública, que inclui as fases de definição da agenda, formulação, implementação e avaliação. A finalidade da avaliação é guiar os tomadores de decisão, orientando-os quanto à continuidade, necessidade de correções ou mesmo suspensão de determinada política ou programa, permitindo aos formuladores e gestores de políticas públicas elaborar políticas mais consistentes, com melhores resultados e utilização de recursos. Ramos e Schabbach (2012, p. 1274) afirmam que “As questões imediatas e centrais a serem respondidas pelos estudos de avaliação são: em que medida os objetivos propostos na formulação do programa-projeto são ou foram alcançados? Como o programa funciona? Quais os motivos que levam ou levaram a atingir ou não os resultados?”. Os tipos de avaliação citados pelas autoras podem ser divididos conforme o agente que avalia e quem participa do processo de avaliação; conforme a natureza da avaliação; o momento da realização da avaliação; o tipo de problema a qual a avaliação responde.

3.7.1 O Ciclo da Política

O ciclo da política permite explorar e investigar o processo das políticas públicas em etapas ou categorias de análise tornando o processo mais facilmente apreensível. Assim, a ação pública orientada para a resolução dos problemas é analisada como um processo sequencial e inacabado que se repete e reconstrói, em resultado de mudanças induzidas por efeito de feedback das próprias políticas públicas ou por alteração do contexto ou da relação entre os atores e instituições envolvidas (ARAÚJO; RODRIGUES, 2017).

A principal contribuição da idéia do ciclo da política, apontado por Baptista e Rezende (2015), encontra-se na percepção de que existem diferentes momentos no processo de construção de uma política assinalando para a necessidade de se reconhecer as especificidades de cada um destes momentos, permitindo maior conhecimento e intervenção sobre o processo político.

Para Baptista e Rezende (2015) e Araújo e Rodrigues (2017), o principal modelo de fases do processo da política pública seria proposto por Howlett e Ramesh, em 1990, no qual o denominaram de ‘Improved model’, que se apresenta em cinco fases:

1) Montagem da agenda: trata da inclusão de um problema na relação de prioridades do poder público. No âmbito da saúde, os problemas são socialmente construídos, ou seja, expressam “demandas de grupos sociais que conseguem, de algum modo, apresentar suas questões de maneira organizada e sensibilizar outros grupos para atender suas reivindicações” (PINTO; SILVA; BAPTISTA, 2014, p. 71).

Segundo Dalfior, Lima e Andrade (2015), a montagem da agenda consiste no espaço de constituição da lista de problemas ou assuntos que chamam a atenção do governo e dos cidadãos. Para um assunto atingir a agenda decisória de governo, um assunto ou tema precisa ser alvo de atenções e envolver a interação de uma série de elementos complexos (governamentais e não governamentais) e os processos pelos quais os problemas ganham prioridade.

2) Formulação da política: o momento no qual, dentro do governo, se formulam soluções e alternativas para o problema, podendo ser entendido como o momento de diálogo entre intenções e ações.

3) Tomada de decisão: envolve o processo de escolha pelo governo de uma solução específica ou um combinado de soluções, nesta etapa desenham-se as metas a serem atingidas, os recursos utilizados e o horizonte temporal da intervenção. As escolhas políticas estão inseridas numa cultura política e social e em condições socioeconômicas que interferem nas decisões. Segundo Baptista e Rezende (2015), no processo de formulação e decisão ainda há conhecimento limitado sobre o impacto efetivo das novas medidas propostas, o que explicaria muitas decisões serem adiadas para a fase seguinte da política, a fase de implementação.

4) Implementação: momento em que se coloca uma determinada solução em prática, envolve uma série de sistemas ou atividades da administração pública como o sistema gerencial e decisório, os sistemas de informação, os agentes implementadores da política, os sistemas logísticos e operacionais entre outros. Essa fase, segundo Baptista e Rezende (2015), é vista como um momento crucial no ciclo da política, pois pode indicar a necessidade de se buscar entender o processo político de forma mais dinâmica e interativa.

5) Avaliação: embora tenha sido apontada no ciclo da política como uma fase específica, ela tem sido adotada dentro dos modelos que adotam esta perspectiva, como uma

ferramenta para subsidiar a tomada de decisões nos mais variados momentos que ocorrem ao longo das diversas fases do ciclo, não se restringindo à etapa final do processo.

Para Araújo e Rodrigues (2017, p.19), a fase de avaliação tem o objetivo de:

... aferir os seus efeitos e impactos, a distância em relação aos objetivos e metas estabelecidos, a eficiência e eficácia da intervenção pública, os processos de modificação dos objetivos e dos meios políticos decorrentes de novas informações, de alterações no contexto de espaço e de tempo, a partir dos quais (por efeito de feedback) se inicia um novo ciclo político em que as etapas se repetem.

O Ciclo da política é um modelo cíclico, iniciando a partir da percepção dos problemas, passando por um processo de formulação de propostas e decisões, implementação e avaliação, dando início a um novo processo de reconhecimento de problemas e formulação de políticas.

3.8 A Pandemia de Covid-19 e a Atenção Primária à Saúde

No ano de 2019, iniciou-se na província de Hubei, na China, a epidemia causada por uma nova cepa viral da família Coronaviridae (SARS-CoV-2) que causa a doença COVID-19, se disseminando rapidamente por todos os continentes. Pouco mais de dois meses após o início da epidemia, em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou estado de pandemia da doença. Devido ao curso e a gravidade da pandemia, muitos governos adotaram intervenções de grande intensidade, como estratégias de *lockdown*, com a finalidade de conter a infecção de novos indivíduos e reduzir a sobrecarga social da doença e sua mortalidade. As medidas adotadas trouxeram mudanças na vida dos indivíduos para além das questões sanitárias, pôs em prova a governança dos países e agências internacionais evidenciando os limites da globalização (SARTI et al., 2020).

Estudos indicam que 80% dos casos de Covid-19 são leves e grande parte dos moderados procuram a rede básica de saúde como primeiro acesso na busca de cuidados, evidenciando assim a necessidade de discussão do papel da APS no enfrentamento a esta pandemia. O conhecimento do território, o acesso, o vínculo entre o usuário e a equipe de saúde, a integralidade da assistência, o monitoramento das famílias vulneráveis e o acompanhamento aos casos suspeitos e leves são estratégias fundamentais tanto para a contenção da pandemia, quanto para o não agravamento das pessoas com Covid-19. Caberá também à APS a abordagem de problemas oriundos do isolamento social prolongado e da

precarização da vida social e econômica, como transtornos mentais, violência doméstica, alcoolismo e agudização de agravos crônicos, além dos problemas já vivenciados pelas pessoas que se apresentam no cotidiano dos serviços (SARTI et al., 2020).

A APS alcança parcelas expressivas da população exposta a riscos excessivos devido às suas condições de vida e se mostra como um meio potente de redução das iniquidades em saúde, devendo ser fortalecida e estruturada, o que coloca em xeque os discursos e práticas de redução do tamanho do Estado, flexibilização das leis trabalhistas, desmonte do sistema de proteção social, desvalorização e desinvestimento em ciência, tecnologia e ensino e a precarização de serviços públicos de saúde. A restrição orçamentária em todos os níveis de atenção e o impacto da mudança do financiamento da APS tem gerado ainda mais sobrecarga à rede de atenção à saúde que já vive em um cenário marcado por instabilidade e precarização das relações de trabalho (SARTI et al., 2020; CABRAL et al., 2020).

Daumas et al. (2020) apontam ainda que o teto de gastos estabelecido pela Emenda Constitucional n.95 que congelou por 20 anos os recursos para a saúde, além da descontinuidade de programas importantes para a APS como o Programa Mais Médicos pelo Brasil, criado para promover atendimento médico em lugares remotos e em periferias urbanas agravou os vazios assistenciais em locais altamente vulneráveis. Em sequência, o novo modelo de financiamento da atenção básica imposto pelo Governo Federal coloca em risco a universalidade do sistema. Apesar de todas as suas deficiências, a importância do SUS no enfrentamento da pandemia tem sido demonstrada de forma inquestionável e evidencia a discussão da necessidade de mais recursos para que o sistema faça frente à crise. Os autores também apontam a priorização da APS e o fortalecimento de seus atributos como medidas essenciais para conter a propagação do Covid-19.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de campo, transversal, que tem como foco a avaliação da implementação de uma política estadual associando a avaliação normativa com a percepção de secretários e profissionais das equipes de ESF contempladas com selos atribuídos no âmbito do Programa de Qualificação da Atenção Primária em Saúde (APSUS).

A pesquisa de campo pretende buscar a informação diretamente com a população pesquisada. O pesquisador precisa ir ao espaço onde o fenômeno ocorre, ou ocorreu, e reunir informações a serem documentadas (GONSALES, 2001).

A avaliação da implementação consiste, no levantamento e descrição dos diferentes processos envolvidos na execução da política pública, necessários para a transformação dos insumos nos produtos a serem entregues para a sociedade. Essa etapa antecede a realização da avaliação de impacto, pois assim se diminui a possibilidade de gastar recursos e esforços em uma política que pode estar com falhas graves na sua implementação, assim evita-se que essas falhas possam acarretar distorções relevantes nas conclusões finais da avaliação (BRASIL, 2018).

A avaliação normativa, segundo Hartz (1997, p. 34), “é a atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios e normas”. As avaliações normativas se apoiam no fundamento de que existe uma relação forte entre o respeito aos critérios e às normas escolhidas e os efeitos reais do programa ou da intervenção.

4.2 Campo de estudo

O campo de pesquisa foi composto por municípios de região de fronteira com a Argentina ou Paraguai, que participaram do Programa de Qualificação da Atenção Primária (APSUS) e que obtiveram algum dos selos oferecidos pelo programa. Ao todo 7 municípios aceitaram participar da pesquisa, sendo cinco municípios da 8ª Regional de Saúde (Barracão, Bom Jesus do Sul, Capanema, Pranchita e Santo Antônio do Sudoeste), um município da 9ª

Regional de Saúde (Itaipulândia) e um município da 20ª Regional de Saúde (Guaíra) totalizando 17 equipes de Saúde.

Quadro 2. Unidades de saúde certificadas segundo regional, município, selo recebido e ano da certificação.

Regional de Saúde	Município	População	Unidade de Saúde	Selo	Ano da certificação
8ª RS	Barracão	10.312	1 unidade	1 Bronze; 1 Prata	2017
8ª RS	Bom Jesus do Sul	3.506	2 unidades	Bronze	2017
8ª RS	Capanema	19.148	1 unidade	Bronze	2017
8ª RS	Pranchita	5.095	2 unidades	Bronze	2017
8ª RS	Santo Antônio do Sudoeste	20.261	4 unidades	Bronze	2017
9ª RS	Itaipulândia	11.385	3 unidades	3 Prata	2017
20ª RS	Guaíra	33.310	4 unidades	Bronze	2018

Fonte: SESA (2019); IBGE (2019)

4.3 População e amostra

A população da pesquisa foi constituída pelos Secretários Municipais de Saúde (05), Coordenador da Atenção Básica (01) e Enfermeiros das unidades de saúde (8), totalizando 14 sujeitos. Os indivíduos que não aceitaram participar da pesquisa foram excluídos.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de outubro de 2020 a janeiro de 2021 mediante aplicação de entrevista semiestruturada por meio de contato telefônico com os secretários municipais de saúde, coordenador da atenção básica e enfermeiros responsáveis pelas equipes de saúde que receberam a certificação. O instrumento foi avaliado por especialistas e realizado teste-piloto. As entrevistas foram gravadas com aparelho áudio digital e posteriormente transcritas na íntegra.

Também foram coletados dados dos indicadores de saúde: mortalidade infantil, cobertura vacinal, cobertura de coleta de preventivos (citologia de colo de útero e mamografia) e acompanhamento de hanseníase e tuberculose, nos anos de 2015 a 2019 por meio de informações de acesso livre disponíveis nos meios eletrônicos como Datasus, Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI). A coleta de dados foi realizada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Os dados epidemiológicos dos anos de 2015 a 2019 foram úteis ao objetivo de identificar variações antes e depois da implantação do Programa de Qualificação da Atenção Primária, tendo em vista que os municípios passaram por certificação nos anos de 2017 e 2018.

4.5 Sistematização e análise dos dados

A sistematização e análise dos dados subjetivos foi realizada pela técnica de análise temática de conteúdo, organizando as respostas em categorias. Para Campos (2004, p. 613), “a análise de conteúdo como conjunto de técnicas se vale da comunicação como ponto de partida. Diferente de outras técnicas como a estocagem ou indexação de informações, crítica literária, é sempre feita a partir da mensagem e tem por finalidade a produção de inferências”. Assim, o ato de inferir admite uma proposição em virtude de sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras, conferindo ao método relevância teórica.

A interpretação dos resultados obtidos nas entrevistas foi feita dialogando com o referencial teórico, os quais se constituíram em categorias analíticas dos dados empíricos.

A análise de conteúdo compreende várias técnicas na qual se busca descrever o conteúdo emitido no processo de comunicação, seja ele por meio de falas ou de textos. Desta forma, a análise de conteúdo é composta por procedimentos sistemáticos que proporcionam o levantamento de indicadores (quantitativos ou não) permitindo a realização de inferência de conhecimentos (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014)

Segundo Minayo (2010), a análise temática de conteúdo desdobra-se nas etapas de pré-análise, exploração dos dados e tratamento, inferência e a interpretação dos dados. A primeira etapa compreende a leitura flutuante do material de todas as entrevistas transcritas, o que demanda o contato direto e intenso com o material de campo, em que pode surgir a

relação entre as hipóteses ou pressupostos iniciais e as teorias relacionadas ao tema. Na segunda etapa realiza-se a exploração dos dados das entrevistas, sendo que nesta etapa buscou-se encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo será organizado. Na terceira etapa foi realizado o tratamento dos resultados, inferência e interpretação dos dados. Nessa etapa, a organização dos dados favoreceu a visualização dos núcleos temáticos que foram analisados dialogando com a literatura que trata do tema, buscando responder aos objetivos da pesquisa.

4.6 Aspectos éticos

Foram respeitados todos os aspectos éticos relacionados à pesquisa com seres humanos contidos na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos - CEP da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, com CAAE: 26181619.5.0000.0107 e aprovada com Parecer nº 4.215.079. Os dados foram coletados somente após informações sobre a pesquisa e aceite verbal que foi gravado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os secretários municipais de saúde, coordenador da atenção básica e enfermeiros que concordaram em participar da presente pesquisa realizaram o aceite verbal em contato telefônico após a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), anexo I, e após o questionário (Apêndices I e II) composto por perguntas abertas.

Na presente pesquisa foram garantidos o sigilo e o anonimato dos participantes, sendo que as entrevistas serão nominadas pela letra G para secretários municipais de saúde/coordenadores da atenção básica e a letra E para os enfermeiros das equipes.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa são apresentados em cinco itens a saber: 5.1) Perfil dos entrevistados, formação e composição das equipes objeto da pesquisa; 5.2) Cobertura vacinal, taxa de mortalidade infantil, incidência de tuberculose pulmonar, número de coletas de citologia de colo uterino, incidência de hanseníase; 5.3) A implementação do Programa de Qualificação da Atenção Primária na perspectiva de gestores e enfermeiros das unidades certificadas; 5.4) Atendimento ao estrangeiro em municípios contemplados com selos de qualidade e 5.5) Implicações da Pandemia no Processo de Trabalho das equipes de Atenção Básica. Optou-se por realizar a discussão logo após a apresentação dos dados por considerarmos mais adequada levando em consideração a especificidade de cada item.

5.1 Perfil dos entrevistados, formação e composição das equipes objeto da pesquisa

Na Tabela 1 são apresentados os dados relativos ao perfil dos gestores e dos enfermeiros das unidades que participaram do Programa de Qualificação da Atenção Primária (APSUS) nos municípios de fronteira. Entre os gestores, 50% são do sexo feminino e 50% do sexo masculino, já entre os enfermeiros 100% são do sexo feminino. No que diz respeito à profissão dos gestores, 50% não são da área da saúde, sendo dois administradores de empresas e um filósofo. Os demais 50% são enfermeiros e assistente social. Em relação à idade observou-se que as enfermeiras são mais jovens que os gestores, todas possuem menos de 50 anos, já entre os gestores, ao menos dois tem mais de 50 anos. Também o tempo de formação das enfermeiras é menor do que dos gestores, o que pode indicar maior tempo de experiência entre os gestores.

Tabela 1. Número e porcentagem dos gestores e enfermeiros dos municípios da fronteira que receberam selo de qualidade, segundo sexo, faixa etária, tempo de formação, tempo de trabalho na gestão ou instituição de saúde e vínculo institucional. Foz do Iguaçu, 2021.

Variável		Gestores		Enfermeiros	
		N	%	N	%
Sexo	Feminino	3	50,0	8	100,0
	Masculino	3	50,0	0	-
	Total	6	100,0	8	100,0
Faixa etária	30- 39 anos	2	33,3	5	62,5
	40-49 anos	2	33,3	3	37,5
	50-59 anos	2	33,4	-	-

	Total	6	100	8	100,0
Formação	Graduação	2	33,3	0	-
Profissional	Especialização	4	66,7	8	100,0
	Total	6	100,0	8	100,0
Tempo de Formação	0 a 5 anos	1	16,6	0	-
	6 a 10 anos	1	16,7	7	87,5
	11 a 15 anos	2	33,3	1	12,5
	16 a 20 anos	1	16,7	0	-
	Mais de 20 anos	1	16,7	0	-
	Total	6	100,0	8	100,0
Tempo de trabalho na Instituição	0 a 5 anos	0	0,0	2	25,0
	6 a 10 anos	3	50,0	5	62,5
	11 a 15 anos	2	33,3	1	12,5
	16 a 20 anos	0	0,0	0	-
	Mais de 20 anos	1	16,7	0	-
	Total	6	100,0	8	100,0
Tempo de Trabalho na Gestão ou UBS	< de 1 ano	0	0,0	1*	12,5
	1 a 5 anos	3	50,0	5	62,5
	6 a 10 anos	3	50,0	2	25,0
	Total	6	100,0	8	100,0
Vínculo Institucional	Contratado	2	33,3	0	-
	Comissionado	2	33,3	0	-
	Estatutário	1	16,6	8	100,0
	Celetista	1	16,7	-	-
	Total	6	100,0	8	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa de Campo

*embora esta profissional esteja na tabela com menos de 1 ano, ela já trabalha há mais de 4 anos no município, sendo que trabalhou na equipe que foi certificada no ano de 2017, mas a gestão extinguiu a unidade que foi certificada, remanejando os pacientes e funcionários para outras unidades de saúde, estando, portanto, esta profissional há menos de 1 ano na atual equipe de saúde.

Borges e Detoni (2017) afirmam que o setor de saúde tem sido reconhecido socialmente como trabalho feminino, pois as atividades geralmente são semelhantes às aquelas desempenhadas no cotidiano das mulheres e no cuidado com a família. Alegam que as mulheres são treinadas desde a infância para exercer funções de cuidado e estas acabam por se naturalizar em suas práticas diárias. Cabe destacar que somente a partir de 1932 é que as mulheres puderam assumir trabalhos com direitos sociais no Brasil, direitos estes frutos das lutas sociais e dos movimentos feministas.

Os dados da pesquisa vão ao encontro do que afirma Machado et al (2015), que a saúde é estrutural e historicamente feminina, muito embora os autores apontem uma crescente tendência à masculinização da categoria, tendência esta recente, que data do início da década de 1990 e vem se firmando.

Em relação ao tempo de trabalho, todos os profissionais enfermeiros estão há 5 anos ou menos na instituição e na unidade de saúde, o que demonstra um tempo curto de inserção nessas instituições e equipes de saúde. Segundo Machado et al. (2015), utilizando a classificação de “Fases da Vida Profissional”, esta é de fato definida e constituída após sua inclusão no mercado de trabalho, seja como assalariado ou autônomo. A primeira fase é o ‘Início da Vida Profissional’ no qual estão inseridos os sujeitos com menos de dois anos de formação. Na segunda fase, ‘Formação Profissional’, estão inclusos os indivíduos que estão no mercado de trabalho de 2 a 10 anos, nesta fase encontra-se a maioria dos gestores e enfermeiros entrevistados, 1 gestor possui mais de 10 anos de formação, ou seja, na ‘Maturidade Profissional’, a qual é caracterizada pelo autor por já ter adquirido capacitação/formação e ser capaz de permitir escolhas profissionais, ainda, um gestor que possui mais de 20 anos de formação.

Quanto ao vínculo institucional, os gestores apresentam as mais variadas formas de contratação, tendo em vista que este cargo é predominantemente político. Entre os enfermeiros todos são estatutários. Menezes et al. (2020) afirmam que estratégias para a melhoria e a regularização dos vínculos de trabalho, mesmo que de forma incipiente tem sido implantadas. A redução na contratação do trabalho precário na ESF entre 2001 e 2009, com aumento da contratação protegida pelas prefeituras é uma delas, porém a precarização dos vínculos de trabalho ainda se constitui como importante problema na maioria dos municípios brasileiros, em especial em municípios de grande porte.

Também chamou a atenção o fato de 50% dos gestores serem do sexo feminino, o que indica que as mulheres estão assumindo cargos de gestão, sobretudo na área das políticas sociais como a de saúde. Arcari et al. (2020) apontam a tendência crescente da presença feminina na gestão do SUS, que vem sendo observada há alguns anos, com crescimento progressivo. Os autores colocam ainda que esta tendência é mais expressiva em municípios de pequeno porte.

No quadro 3 constam as especializações realizadas pelos enfermeiros e gestores entrevistados. Com exceção de E6 e E8, os demais realizaram pelo menos duas especializações, sendo que E7 realizou 5 especializações. Também cabe destacar que todos realizaram especialização em saúde da família ou saúde pública, com exceção de E2 e E4. Entre os gestores, observa-se que somente G5 e G6 possuem especialização na área da saúde, G2 e G3 possuem especialização em outras áreas que não a da saúde e G1 e G4 não possuem nenhuma especialização.

Quadro 3- Especialização realizada pelos enfermeiros e gestores dos municípios da fronteira que receberam selo de qualidade. Foz do Iguaçu, 2021.

Especialização	E	E	E	E	E	E	E	E	G	G	G	G	G	G
	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6
Saúde da Família	X		X			X								X
Urgência e Emergência	X	X					X							
Enfermagem do Trabalho		X												
Ginecologia e Obstetrícia			X				X							
UTI adulto			X											
Estomaterapia			X											
Saúde da Mulher				X										
Projetos Sociais				X										
Saúde Pública					X		X	X						
Psicomotricidade					X									
Ciências da Homeopatia							X							
Auditoria em Saúde Pública (em andamento)							X						X	
Mestrado em Saúde Pública (em andamento)					X									
Gestão Pública													X	
Finanças										X				
Violência											X			
Não possui									X			X		

Fonte: Dados da Pesquisa de Campo

Segundo Sherer et al. (2016), realizar uma prática para além do modelo biomédico exige alterar o cotidiano do trabalho em saúde e as concepções dos profissionais sobre os

modos de produção em saúde, compondo equipes com capacidade de articular as diferentes políticas sociais e os recursos existentes, para tanto a oferta de cursos de pós-graduação devem vir como estratégia para formar profissionais com competência para atuar na ESF, segundo as diretrizes da PNAB.

Brito et al. (2016) corroboram os dados apresentados no presente estudo, pois colocam que os profissionais de saúde investem em capacitação após a graduação, concluindo ao menos um curso de especialização lato sensu e que os enfermeiros procuram especializações principalmente nas áreas de Saúde Pública/Saúde Coletiva, enquanto que os médicos procuram especializações em áreas clínicas. O mesmo é afirmado por Barbosa et al. (2019), que evidenciam a busca e/ou acesso dos trabalhadores ao aperfeiçoamento da prática profissional em áreas do conhecimento importantes para a implementação e consolidação da proposta da ESF.

Maciel et al. (2010) realizaram estudo com egressos do cursos de especialização em saúde da família e assinalam que o curso produz mudanças nas práticas profissionais com base nos conhecimentos internalizados durante a especialização e que as informações adquiridas tiveram aplicabilidade no cotidiano do trabalho e no planejamento das ações com base no perfil epidemiológico das áreas onde atuam, evidenciando a relevância do curso para a capacitação profissional.

A educação permanente foi citada pelos entrevistados como sendo uma demanda das equipes de saúde, e que a educação permanente contribui para a qualificação do trabalho: “[...] o que mais nós precisamos, nós profissionais, é estarmos atualizados, estarmos capacitados e pra isso a gente precisa de apoio das esferas estadual e federal [...]” (G5). Essa fala de um gestor evidencia que a educação permanente não pode ser uma atribuição apenas da gestão municipal, mas das outras esferas de gestão do SUS. A formação dos trabalhadores de saúde após a criação do SUS passou a receber maior importância. A Constituição Federal de 1988, artigo 200, estabelece que compete ao Sistema Único de Saúde, entre outras atribuições, ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde. Consta na Lei número 8.080, de 19 de setembro de 1990, que compete ao SUS a organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, além de programas permanentes de aperfeiçoamento pessoal. Silva et al. (2021) apontam que para a consolidação do SUS há a necessidade de elaboração de conteúdo do ensino na saúde que causem a conscientização dos trabalhadores no que tange a concretização dos princípios de universalidade, equidade e participação social.

Lemos (2016) e Cardoso et al. (2017) afirmam que no final da década de 1970, com o início do MRS, já se assinalava para a necessidade de uma política pública específica para a Educação na Saúde, na qual se repensassem as propostas tidas como tradicionais e que não contemplam as necessidades dos serviços. Em 2003, o Ministério da Saúde criou a Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) com o objetivo de construir e implementar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), na qual teria a responsabilidade de formular políticas orientadoras da gestão, formulação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil. As Portarias GM N°198/20044 e a GM N° 1.996/20075 recomendam que a qualificação dos trabalhadores tenha como referencial as necessidades e a realidade local de saúde, objetivando a mudança das práticas profissionais e a organização do processo de trabalho.

A educação permanente visa favorecer as relações entre ensino e serviço, assim como fortalecer a docência e a atenção à saúde, agindo nos eixos de formação, gestão, desenvolvimento e controle social. Os trabalhadores de saúde são, neste contexto, entendidos como protagonistas do cotidiano nos serviços de saúde, modificando contextos, contruindo e desconstruindo saberes (SILVA; MATOS; FRANÇA, 2017).

Cardoso et al (2021) afirmam que o trabalho de educação em saúde com equipes multidisciplinares ainda é pouco encontrado, sendo realizadas as capacitações para categorias específicas de trabalhadores e estas separadas da gestão. Outro aspecto apontado pelo autor é que os médicos dificilmente participam de propostas pedagógicas multidisciplinares.

Para Lemos (2016, p. 920) não devem ser considerados somente os métodos ditos problematizadores como possibilidade de uma formação diferenciada, mas o resgate de uma Educação Permanente em Saúde (EPS) que de fato articule a “utopia” da “saúde como direito de todos” como possibilidade de qualidade de vida, para usuários e trabalhadores, que em tempos de fortalecimento do neoliberalismo no país se mostra extremamente necessária. A luta deve se dar nos espaços políticos, nas articulações coletivas que fortaleçam o movimento da reforma sanitária e a concretização do SUS constitucional.

Menezes et al. (2020) afirmam que o estímulo e a viabilização da formação para os trabalhadores na área da saúde deve ser responsabilidade de todas as esferas do governo, os autores apontam ainda a mudança verificada na última PNAB, como a remoção da possibilidade de dedicação de até 8 horas semanais do trabalho na ESF em cursos de especialização em saúde da família, em residências multiprofissionais e/ou medicina da

família e de comunidade, bem como em atividades de educação permanente e apoio matricial.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) define a EPS como um processo dinâmico de ensino e aprendizagem, que tem por objetivo o melhoramento da capacitação de pessoas e de grupos frente à educação tecnológica, às necessidades sociais e aos objetivos e metas institucionais. Segundo Oliveira et al. (2020), após a expansão do sistema de saúde brasileiro, iniciado na década de 1970, e a consequente necessidade de desenvolvimento de recursos humanos para o setor, induziram ao surgimento de diversos programas de formação, que buscavam construir modelos políticos-pedagógicos empenhados com a promoção do diálogo entre educação e formação de serviços de saúde. Os autores salientam ainda que na atual conjuntura política, inúmeras dificuldades devem ser consideradas no contexto de subfinanciamento histórico do sistema, de rupturas e descontinuidades de alguns programas e uma onda de retrocessos promovida pelo abissal congelamento dos gastos em saúde e pela austeridade fiscal. Outro ponto a ser considerado é a opção de alguns gestores que privilegiam a produção em detrimento da inclusão de profissionais em iniciativas de educação permanente, além da precariedade de infraestrutura, o que leva as equipes à criação de estratégias contingentes para a reinvenção do trabalho e da própria realidade.

Importante salientar que o APSUS, logo de seu início, promoveu nove oficinas de alinhamento conceitual às equipes com os seguintes temas: As Redes de Atenção à Saúde no Paraná; Rede Mãe Paranaense; Urgência e Emergência; Monitoramento e Avaliação; Planejamento Municipal da Estrutura da APS no Paraná; Programação da Atenção Primária à Saúde; Vigilância em Saúde na Atenção Primária à Saúde; Saúde Mental e Saúde do Idoso. Ao serem questionados sobre a participação nestes momentos de formação, metade dos gestores 50% (3), afirmaram ter participado de todas as oficinas, já entre os enfermeiros apenas 37,5% afirmaram ter participado de todas as oficinas. Chamou a atenção a fala de E8: *“Participei de algumas, na verdade cada vez ia um profissional diferente a gente não foi em todas”*, referindo haver uma “escala” de participação nas oficinas.

As oficinas do APSUS não assumiram um caráter de educação permanente, mas de capacitação centralizada, que exigia a ausência dos profissionais por até três dias do local de trabalho, o que certamente limitou ou mesmo inviabilizou a participação das equipes. Outro aspecto é que nestes processos de capacitação centralizada frequentemente quem participa não é o profissional da equipe, mas um representante da gestão que teria a responsabilidade

de repassar o conhecimento aos membros das equipes, o que frequentemente não ocorre ou se ocorre é a partir de um filtro pessoal.

Quanto à composição das equipes participantes do estudo, no geral seguem a recomendação do Ministério da Saúde para a quadro mínimo das equipes de ESF (Quadro 4), ou seja, todas as equipes possuem enfermeiro, médico, auxiliar de enfermagem e ACS. O profissional dentista esteve presente em 87,5% das equipes, o técnico em saúde bucal em 75,0% e os ACE e gerentes de AB não foram citados como membros das equipes.

Quadro 4. Composição das equipes de saúde dos municípios da fronteira que receberam selo de qualidade. Foz do Iguaçu, 2021.

Profissionais	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8
Enfermeiro	1	1	1	1	1	1	1	1
Médico	1	1	1	1	1	1	1	1
Dentista	0	1	1	1	1	1	1	1
Farmacêutico	0	0	0	0	0	0	1	0
Auxiliar/ técnico de enfermagem	1	2	1	3	1	1	2	1
Auxiliar/ técnico saúde bucal	0	0	1	1	1	1	1	1
Agente Comunitário de Saúde	2	5	3	10	4	4	6	4
Recepcionista	0	1	0	0	1	0	0	1
Auxiliar de serviços gerais	0	1	0	0	0	0	0	1
Atendente de farmácia	0	0	0	1	1	0	0	0
Psicólogo	0	0	0	1	0	0	0	0
Equipe NASF	0	0	0	0	1	0	0	0

Fonte: Dados da Pesquisa de Campo

Cabe destacar a ausência de dentista em uma das equipes e a diferença do número de ACS entre as equipes entrevistadas, que varia de 2 a 10 ACS por equipe. Somente uma equipe possui farmacêutico e duas equipes possuem atendente de farmácia, este fato pode ser explicado, pois em municípios de pequeno porte, como é o caso da totalidade dos municípios integrantes da pesquisa, as unidades de saúde não possuem farmácia, sendo centralizado este serviço em apenas um local. Observa-se também que somente uma equipe possui atendimento do profissional psicólogo, isso pode ser devido à unidade ser central e

esse profissional ocupar o espaço físico da unidade para seus atendimentos. O Nasf também foi referenciado somente por uma das equipes de saúde.

A PNAB de 2017 define que as equipes devem ser compostas por no mínimo um médico, preferencialmente especialista em saúde da família e comunidade, um enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. Também podem fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal (BRASIL, 2017a).

A PNAB de 2017 não define número mínimo de ACS por equipe de saúde, aponta somente que este deve ser decidido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com a definição local, e que em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, é recomendada a cobertura de 100% da população, com no máximo 750 pessoas por ACS (BRASIL, 2017a).

Silva et al. (2020) destacam que a PNAB 2017, além da possibilidade de redução dos ACS, propõe mudanças significativas nas modalidades e composição das equipes, a flexibilização da carga horária dos profissionais da APS, a não priorização da ESF do ponto de vista da indução financeira, além de mudanças nas atribuições de alguns profissionais como os ACS. As mudanças na PNAB 2017, no que tange o trabalho do ACS, descaracteriza a ação deste profissional como educador e incorpora atribuições ao seu escopo de atuação. Em estudo realizado pelos autores, os mesmos encontraram que os próprios ACS reconhecem a centralidade educativa de seu trabalho e entendem que a incorporação de atribuições de ordem curativa como a aferição de pressão arterial, temperatura, glicemia capilar e realização de curativos por técnicas limpas, promove uma concorrência equivocada entre a natureza preventiva e de promoção de saúde, que são próprios de sua atuação, e a realização de procedimentos considerados curativos. Além desses prejuízos, essa incorporação pode trazer prejuízos à periodicidade e à abrangência das visitas domiciliares, pois podem diminuir o tempo disponível para as mesmas.

A PNAB 2017 tem recebido duras críticas por diversas instituições que historicamente são ligadas ao SUS, entre as preocupações apontadas está o retrocesso em relação à construção de uma APS integral, que vinha direcionando o modelo de AB baseado na ESF. Outro ponto indicado é a flexibilização da cobertura populacional, que na atual PNAB coloca que a cobertura de ACS deve ser 100% somente em áreas de vulnerabilidade social, abrindo brecha para outros arranjos de adscrição podendo ter alcance maior ou menor

que o recomendado, ficando esta decisão a critério do gestor municipal. Morosini, Fonseca e Lima (2018) colocam que a PNAB 2017 desestabiliza o compromisso da política com a universalidade da atenção à saúde no SUS e com a integralidade das ações. Apontam ainda que a referida PNAB representa uma regressão, instituindo condições para a expansão da AB tradicional e fortalecendo o binômio queixa-conduta, além de mercantilizar a saúde e desassistir frações da classe trabalhadora com alguma capacidade de comprar serviços de saúde, ampliando a participação do setor privado na saúde.

A presença de dentista na grande maioria das equipes (87,5%) revela o avanço em termos de cobertura da saúde bucal no Brasil. Com a criação do programa Brasil Sorridente, em 2004, e a publicação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), deu início à expansão de serviços de saúde bucal, visando uma mudança no modelo biomédico, considerando a realidade local, promovendo ações multidisciplinares e intersetoriais, atividades nos âmbitos individual e coletivo de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico e reabilitação (MENEZES et al., 2021). Esses mesmos autores afirmam que, embora as equipes de saúde bucal tenham aumentado nos últimos anos, não acompanharam o crescimento das EqSF, pois de 2002 a 2018, o número de EqSF aumentou de 16.734 para 42.975, expansão da cobertura de 31,9% para 64%, enquanto que no mesmo período as equipes de saúde bucal apresentavam 4.261 equipes e finalizou o recorte com 26.712, ampliando de 15% para 40% dos usuários cobertos.

Nenhum dos entrevistados citou o NASF como parte das EqSF, mesmo este tendo sido proposto em 2008 pelo Ministério da Saúde, com vistas à ampliação da resolutividade da AB, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que representa a incorporação pela AB de novos saberes procedentes de especialidades da saúde por meio do apoio ofertado às eSF. Em 2017, a PNAB estabelece nova nomenclatura para os NASF que passariam a se chamar Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Entre as principais contribuições dos núcleos encontram-se a ampliação do escopo de ações e a melhoria do bem-estar. Entre as principais dificuldades apontadas para o desenvolvimento do trabalho está a infraestrutura inapropriada, a frágil integração entre as equipes e o excesso de demanda da AB (IACABO; FURTADO, 2020; MOREIRA et al., 2020).

Moreira et al. (2020) colocam que embora o NASF-AB seja considerado integrante da APS, suas atribuições não podem ser avaliadas da mesma forma que uma EqSF, tendo em vista que o NASF-AB não presta serviço de acesso direto e também não são responsáveis pelo acompanhamento longitudinal de toda a população adscrita. A Portaria 2.979/2019, na

qual são suprimidos os mecanismos de financiamento federal para sua implementação e custeio, configura-se em ameaça à manutenção dos núcleos ampliados. Esta portaria dificulta a manutenção por parte dos municípios, podendo significar a extinção do NASF-AB em diversas localidades.

No que se refere à farmácia nas unidades de saúde, o que se percebeu é que nos municípios estudados não há farmácias em todas as unidades de saúde, ficando estas centralizadas, provavelmente devido à Lei nº13.021 de 8 de agosto de 2014 que consta que “no âmbito da assistência farmacêutica, as farmácias de qualquer natureza requerem, obrigatoriamente, para seu funcionamento, a responsabilidade e a assistência técnica de farmacêutico habilitado na forma da lei” (BRASIL, 2014a). Com vistas à redução de gastos com este profissional, o que ocorre na maioria dos municípios de pequeno porte, é a distribuição de medicamentos em um único local, o que dificulta o acesso da população das áreas mais periféricas, assim como da população rural à assistência farmacêutica.

Mendes et al. (2014) apontam que a assistência farmacêutica sofreu importantes mudanças no marco legal, a Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) possuem como objetivo central garantir o acesso aos medicamentos à população. A definição dos municípios como um dos principais responsáveis na provisão desses produtos na atenção básica foi uma das estratégias adotadas, o que trouxe novos desafios à gestão.

Chama a atenção a ausência de gerente de AB nas equipes estudadas. A PNAB de 2017 recomendou a inclusão de gerente de AB com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas UBS. O gerente de AB deve ser um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior e com experiência em AB, que tem o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho e a coordenação e integração das ações. A PNAB 2017 ainda recomenda que este gerente não seja profissional integrante das equipes vinculadas à unidade (BRASIL, 2017a).

Prata et al. (2019) apontam que, embora a portaria que estabelece o trabalho do gerente nas unidades já tenha sido instituída há algum tempo, não houve ainda um movimento importante dos municípios em atender de forma satisfatória aos parâmetros estabelecidos, e que ainda levará um tempo para que os municípios se adequem às determinações da Portaria n. 1.808 de 8 de junho de 2018 que recomenda o perfil técnico para o cargo de gerente.

Pertile et al. (2019) assinalam que a discussão em torno do papel do gerente das UBS remonta a década de 1990, quando já se debatia a importância desses atores na implementação da Reforma Sanitária. Na PNAB de 2012 a prática gerencial já havia sido apontada como algo importante para o desenvolvimento de ações sanitárias democráticas e participativas, mas somente na Portaria de 2017 fica recomendada explicitamente a necessidade de um gerente local. Os mesmos autores ainda ponderam que, apesar da recomendação e da importância de gerentes, nem todos os municípios brasileiros contam com esses profissionais em suas UBS. Outro ponto comentado é que em grande parte dos municípios onde há gerente nas unidades, eles não tem formação específica para atuar no cargo. Menezes et al. (2020) afirmam que a presença de gerentes nas UBS com formação adequada e com apoio da gestão municipal pode potencializar processos democráticos de produção de saúde.

Os profissionais que poderiam estar exercendo a função de gerente nas unidades de saúde, tendo em vista que se solicita que seja alguém que conheça o perfil de saúde da área de abrangência e que tenha conhecimento na área de saúde, poderia ser o profissional sanitário, o enfermeiro, dentista, médico, psicólogo, entre outros, que possuem capacitação técnica nesta área, e que trariam contribuição para estas equipes. O que se percebe em alguns municípios, em especial nos de pequeno porte, é que este cargo tem sido preenchido por pessoas que não possuem nenhuma qualificação na área da saúde e que são escolhidos por critérios políticos e não técnicos.

A função de gerente da UBS, segundo Prata et al. (2019), é um cargo que até 2018 não possuía perfil técnico definido pelo Ministério da Saúde, sendo exercido por profissionais com baixa escolaridade, pouco ou nenhum conhecimento da Política Nacional de Atenção Básica, sendo inseridos nas UBS por indicação política, com atribuições limitadas aos aspectos administrativos e burocráticos, com raríssimas interações com a equipe de saúde, comunidade e território que a unidade de saúde está inserida.

Loch (2019) aponta que o gerenciamento e o processo de trabalho das UBS são complexos, envolvem equipes multiprofissionais e com ações que vão desde a promoção da saúde até a reabilitação de pacientes, com demanda diversificada e não programada. O gerenciamento das UBS, segundo a autora, é difícil e com alto nível de estresse em decorrência da alta demanda da população, da sobrecarga das agendas, da interferência dos níveis mais centrais de gestão e dificuldades de gerenciamento de equipes. Há uma grande

rotatividade neste cargo e pouco se faz para apoiar este profissional, as capacitações são pautadas em métodos ultrapassados que respondem apenas aos interesses institucionais.

5.2 Cobertura vacinal, taxa de mortalidade infantil, incidência de tuberculose pulmonar, número de coletas de citologia de colo uterino e incidência de hanseníase

Os dados de cobertura vacinal, mortalidade infantil, casos de tuberculose, coleta de exame citológico e mamografia foram analisados com o propósito de identificar possíveis mudanças com a implementação do APSUS nos indicadores epidemiológicos do município. A escolha desses indicadores se deve ao fato de que estes foram tratados nas oficinas e sua melhoria se constitui em aspecto central do APSUS.

Na tabela 2 observa-se uma variação na cobertura vacinal do esquema básico em crianças ao longo do período, sem evidenciar uma relação direta com a implementação do APSUS. Com exceção de Capanema, no ano de 2105, e de Santo Antônio do Sudoeste, nos anos de 2016 e 2019, os dados mostram uma cobertura maior nos municípios estudados do que a média estadual ao longo de todo período. Também observou-se que a maioria dos municípios teve cobertura vacinal superior a 100% em vários anos, sendo que no município de Guaíra, em 2018, a cobertura foi de 145,83%.

Tabela 2 Cobertura vacinal em crianças até 1 ano no período de 2015 a 2019 no estado do Paraná e nos municípios da fronteira que receberam selo de qualidade. Foz do Iguaçu, 2021.

Município	Ano				
	2015	2016	2017	2018	2019
Barracão	98,61%	94,15%	132,14%	102,86%	102,47%
Bom Jesus do Sul	134,04%	77,23%	98,09%	128,63%	90,44%
Capanema	93,84%	76,82%	96,57%	104,83%	100,73%
Guaíra	105,23%	69,40%	102,32%	145,07%	107,09%
Itaipulândia	107,15%	76,71%	128,95%	135,99%	95,88%
Pranchita	140,06%	102,04%	131,78%	123,06%	88,54%
Santo Antônio do Sudoeste	97,70%	55,22%	93,32%	98,72%	77,33%

PARANÁ	96,41%	55,32%	79,78%	82,41%	82,87%
--------	--------	--------	--------	--------	--------

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI), 2021

A cobertura vacinal superior a 100% (tabela 2) observada nos municípios de fronteira pode ser explicada pela vacinação da população transfronteiriça, a qual não é computada como residente, mas tem acesso à vacinação. Segundo Arroyo et al. (2020), as coberturas acima de 100% podem estar relacionadas, especialmente em municípios de pequeno porte e sem maternidades, a recém-nascidos registrados em localidades distintas daquelas de residência da mãe, alterando o denominador de nascidos vivos no cálculo de cobertura; além desse fator, a maior facilidade de acesso às salas de vacinação por alguns usuários de municípios vizinhos, elevando o número de vacinados acima da população-alvo, o que resulta em coberturas vacinais superiores a 100%.

O Programa Nacional de Imunização (PNI) possui grandes desafios, pois a despeito de todas as conquistas, muitas doenças tornaram-se ausentes do imaginário da população, fazendo com que se minimize a gravidade e o risco da reintrodução das mesmas que já haviam sido controladas ou erradicadas no país. Em diversos países tem-se notado a redução do alcance nas metas de coberturas vacinais, em especial a partir do ano de 2016, o que não pode ser atribuído a uma única causa, sendo necessário entender os múltiplos fatores que estão colaborando para esta diminuição, como o desconhecimento da importância da vacinação, a hesitação em vacinar, as falsas notícias, em especial em redes sociais, o desabastecimento parcial de alguns produtos, os problemas operacionais para a execução adequada da vacinação, o que inclui registro adequado das doses, até a dificuldade de acesso à unidade de saúde (DOMINGUES et al., 2020).

No Brasil, além das prováveis causas já citadas, a Portaria 2.499 de 23 de setembro de 2019, instituiu que os registros de aplicação das vacinas e de outros imunobiológicos possam ser realizados exclusivamente no Prontuário Eletrônico do Cidadão, na coleta de dados Simplificada ou nos sistemas próprios ou de terceiros devidamente integrados ao Sistema de Informação de Saúde da Atenção Básica (SISAB). Os registros no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI) permanecem somente para efeitos adversos pós-vacinação e ao monitoramento rápido de coberturas vacinais (BRASIL, 2019 b).

Essa mudança na forma de registro faz com que as vacinas aplicadas em cidadãos transfronteiriços que não possuem cadastro nas unidades de saúde e cartão SUS não sejam computadas nos registros de imunização que migram para o PNI, “trabalhar na fronteira é

bem complicado, existe muita subnotificação, porque os indicadores às vezes estão 110%, 100%, mas a gente sabe que não é bem assim [...] porque 100% das nossas crianças não estão vacinadas porque infelizmente o sistema do governo, da regional, ele não deixa marcar um item dizendo que a pessoa é estrangeira, então a gente registra como vacinado nosso[...]" (E3).

Na tabela 3 encontram-se as taxas de mortalidade infantil nos anos de 2015 a 2019 nos municípios de fronteira e no estado do Paraná. Observa-se que três municípios, Bom Jesus do Sul, Itaipulândia e Pranchita possuem, em alguns anos, taxas mais elevadas que as do estado do Paraná e que somente um município, Capanema, apresentou redução na mortalidade infantil no período de vigência do APSUS. Essas taxas em municípios de pequeno porte devem ser analisadas com cuidado, pois um óbito pode impactar de forma expressiva na taxa de mortalidade, vide o caso de Bom Jesus do Sul, que uma morte infantil, em 2016, resultou numa taxa de 23,91/mil, bem acima da média do estado.

Tabela 3. Taxa e número absoluto de óbito infantil por mil nascidos vivos em municípios de fronteira e estado do Paraná nos anos de 2015 a 2019

Município	Ano									
	2015		2016		2017		2018		2019	
	Taxa	N	Taxa	N	Taxa	N	Taxa	N	Taxa	N
Barracão	6,54	01	0,00	00	6,71	01	9,09	03	6,71	01
Bom Jesus do Sul	19,61	01	23,81	01	16,13	01	58,82	03	0,00	00
Capanema	8,40	02	4,27	01	4,00	01	3,61	01	8,00	02
Guaíra	12,80	07	19,19	09	14,11	07	10,81	06	10,00	05
Itaipulândia	13,07	02	0,00	00	15,46	03	25,48	04	6,02	01
Pranchita	0,00	00	30,77	02	0,00	00	0,00	00	11,11	01
Santo Antônio do Sudoeste	6,83	02	11,07	03	3,27	01	18,87	01	7,30	02
PARANÁ	10,92	1.758	10,51	1.630	10,40	1.633	10,33	1.613	10,31	1.582

Fonte: DATASUS, 2021.

Uma das formas de se avaliar as condições de vida de uma sociedade é por meio da taxa de mortalidade infantil, que é calculada pelo número de crianças que morrem antes de completar um ano de vida a cada mil nascidos vivos. Entre as principais causas de óbito nessa idade estão a prematuridade, doenças diarréicas, anomalias congênitas, asfixia no

parto, sepse neonatal e desnutrição. Condições relacionadas com as causas perinatais, como a prematuridade, demonstram a importância dos fatores ligados à gestação, ao parto e ao pós-parto e geralmente são passíveis de prevenção por meio de assistência à saúde de qualidade (ALVES; COELHO, 2021).

Em 2012, o estado do Paraná implantou o Programa Rede Mãe Paranaense (PRMP) com o objetivo de reduzir a mortalidade materno-infantil por meio da melhoria da qualidade e responsabilidade da assistência ao pré-natal, parto e puerpério, implantar e implementar a Linha Guia da Atenção Materno-Infantil, estratificação de risco em todos os níveis de atenção para as gestantes e crianças, vincular as gestantes aos hospitais de referência conforme a estratificação de risco, melhoria do pré-natal de risco, acompanhamento de crianças menores de 1 ano e as crianças em situação de risco, disponibilização de exames de apoio e diagnóstico de pré-natal de risco padronizados pela linha guia (SANTOS et al., 2020).

Santos et al. (2020) apontam a redução da mortalidade infantil no estado após a implantação do PRMP de 11,6/mil Nascidos Vivos (NV), em 2012, para 10,4/mil NV, em 2017. Porém, a maioria dos óbitos registrados foi considerada evitável – aproximadamente 66,6%, de 2011 a 2013, e 35,7%, de 2014 a 2016. Ou seja, o APSUS parece não ter impactado significativamente na mortalidade infantil dos municípios estudados.

Quanto aos casos de tuberculose pulmonar (Tabela 4), observou-se maior incidência de casos no município de Guaíra em relação aos demais municípios, superando em todos os anos a média do Paraná. Os municípios de Bom Jesus do Sul e Barracão apresentaram as menores incidências no período analisado. Também no caso da incidência de tuberculose não observou-se impacto que possa ser atribuído à implementação do APSUS nos municípios estudados.

Tabela 4. Incidência de tuberculose pulmonar, por 100 mil habitantes, em municípios de fronteira e do estado do Paraná nos anos de 2015 a 2020

Município	Ano					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Barracão	0,0	9,7	0,0	0,0	9,7	0,0
Bom Jesus do Sul	0,0	28,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Capanema	31,0	10,4	15,5	15,7	15,7	15,7
Guaíra	24,0	36,0	24,3	36,4	39,3	36,2

Itaipulândia	9,4	9,4	9,4	27,4	17,9	8,0
Pranchita	19,4	0,0	36,5	19,2	19,4	19,4
Santo Antônio do Sudoeste	0,0	4,9	14,0	34,9	19,8	0,0
PARANÁ	19,4	19,2	18,2	20,8	20,6	19,4

Fonte: PARANÁ, 2021.

A tuberculose, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é considerada um importante problema de saúde pública, sendo responsável, no ano de 2018, pelo óbito de 1,2 milhões de pessoas. O Brasil segue na lista dos 30 países prioritários para o controle da doença no momento. No ano de 2020 foram registrados no Brasil cerca de 68 mil casos da doença (PARANÁ, 2021).

Boletim epidemiológico divulgado pelo estado do Paraná indica que o bacilo da tuberculose continua em circulação no estado, sendo que no ano de 2020 houve uma redução de 5,8% no diagnóstico de casos novos de tuberculose em comparação com o ano de 2019. Entre as regionais que apresentaram redução de diagnósticos de casos novos de tuberculose estão a 18ª RS Cornélio Procopio (39,1%), 01ª RS Paranaguá (31,1%) e a 9ª RS Foz do Iguaçu (30,4%), em quatro regionais foi observado aumento de mais de 20% nos casos novos, com destaque para Irati com aumento de 75% (PARANÁ, 2021). Neste período, observou-se também uma redução significativa na realização de exames, o que pode explicar também a redução no número de casos da doença, sugerindo que as pessoas podem estar sem diagnóstico e expondo os indivíduos de seu convívio familiar aos bacilos.

Guáira encontra-se entre os municípios do estado do Paraná com mais de 10 casos novos de tuberculose em 2019 e maior redução de casos em 2020. A tuberculose apresenta forte associação com determinantes sociais da saúde que foram acentuados frente ao contexto da pandemia de Covid-19 (PARANÁ, 2021).

Na tabela 5 estão registradas as coletas de citologia de colo uterino e de mamografias nos anos de 2015 a 2019, nota-se que não houve alterações expressivas na maioria dos municípios na quantidade de coletas de exame preventivo de colo uterino antes e após a vigência do programa; apenas um município, Pranchita, apresentou um aumento das coletas de exames preventivos de colo uterino e um dos municípios, Capanema, houve redução nas coletas de exames preventivos de colo uterino no período. Quanto à realização de mamografias, observa-se que na maioria dos municípios houve aumento na das mamografias e somente um dos municípios apresentou redução na neste exame. Isso leva ao

questionamento de por que somente as mamografias apresentaram elevação no número, não havendo provavelmente olhar integral sobre a população e priorizando exames que são feitos basicamente por meio de convênios com serviços privados.

Tabela 5. Número de coletas de citologia do colo uterino e mamografias em municípios de fronteira nos anos de 2015 a 2019

Município	Ano									
	2015		2016		2017		2018		2019	
	PREV	MMG	PREV	MMG	PREV	MMG	PREV	MMG	PREV	MMG
Barracão	702	401	921	463	736	434	797	467	698	330
Bom Jesus do Sul	476	148	528	214	489	232	509	201	484	309
Capanema	2195	696	1509	686	2135	1177	1718	756	1553	867
Guairá	1550	1279	2150	1147	2186	1632	1714	1442	1796	1393
Itaipulândia	1103	685	1069	446	1387	877	1323	528	1118	501
Pranchita	37	204	423	248	469	271	407	252	562	331
Santo Antônio do Sudoeste	1468	402	1650	676	1657	512	1357	1031	1549	657

Fonte: DATASUS, 2021.

A articulação da rede de cuidados e um bom sistema de comunicação entre as usuárias e os serviços em saúde, acompanhado de um seguimento adequado e oportuno, pode reduzir em torno de 80% a incidência de câncer de colo uterino. Entre as estratégias eficazes para a detecção precoce do câncer de colo uterino estão os programas de rastreamento, que no caso brasileiro dependem da ampla cobertura e organização da APS, tanto para a captação das mulheres, quanto para a realização do exame citológico. Avaliar o acesso ao teste de Papanicolau mostra a qualidade da assistência neste nível de atenção e da Rede de Atenção à Saúde (FERNANDES et al, 2019).

A APS deveria ser o centro de comunicação da RAS, do acolhimento dos usuários e do envolvimento de diferentes demandas, inclusive da demanda espontânea, com o estabelecimento de prioridades como urgência, vulnerabilidade social e condições de saúde (FERNANDES et al, 2019).

O acesso ao exame Papanicolau em municípios de fronteira fica restrito às mulheres que são moradoras destes municípios, tendo em vista que para se obter atendimento nas unidades de saúde são necessários o Cartão SUS, Cadastro de Pessoa Física e o cadastro atualizado, restringindo assim o acesso das mulheres transfronteiriças ao serviço de prevenção, ficando limitadas aos serviços de urgência e emergência.

O acesso à mamografia, principal exame na detecção precoce do câncer de mama, não é igualitário entre as mulheres brasileiras. Residir em área urbana e nas regiões mais desenvolvidas do país, maior nível de escolaridade e de renda, estão entre os fatores relacionados à maior realização do exame mamográfico. Assim, os serviços de saúde, com vistas à defesa dos princípios da equidade, universalidade no acesso aos serviços, devem ter um olhar equitativo sobre as mulheres em situação de vulnerabilidade (SILVA et al., 2019).

No que se refere à mamografia, assim como acontece no exame preventivo, existe restrição às mulheres transfronteiriças ao acesso, tendo em vista a obrigatoriedade de documentação e cadastro nas unidades de saúde, ficando esta população descoberta desse serviço de prevenção, podendo obter atendimento somente nos casos de urgência e emergência.

Na Tabela 7 pode-se observar que os municípios pesquisados possuem incidência de hanseníase abaixo das apresentadas pelo estado do Paraná, com exceção de um município, Itaipulândia, que apresentou taxas semelhantes as do estado. Bom Jesus do Sul não teve nenhum registro de hanseníase em todo o período, podendo indicar subnotificação, tendo em vista que a hanseníase encontra-se entre as principais doenças negligenciadas. Observa-se que o padrão de incidência de hanseníase não se alterou com a implementação do programa APSUS.

Tabela 6: Incidência de hanseníase, por 100 mil habitantes, em municípios de fronteira e do estado do Paraná nos anos de 2015 a 2019

Município	Ano				
	2015	2016	2017	2018	2019
Barracão	19,39	0,00	9,69	0,00	19,39
Bom Jesus do Sul	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Capanema	15,66	10,44	5,22	15,66	10,44
Guaíra	39,02	27,01	21,01	18,01	15,01
Itaipulândia	35,13	43,91	35,13	35,13	35,15

Pranchita	19,62	0,00	0,00	19,62	19,62
Santo Antônio do Sudoeste	9,87	9,87	4,93	9,87	14,80
PARANÁ	48,18	39,41	38,48	37,56	39,15

Fonte: SINAN, 2021.

Em 2018, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), globalmente foram detectados 208.619 casos, em 161 países, com taxa de detecção de 2,74 por 100 mil habitantes (LOPES et al., 2021). Percebe-se que comparada com estas taxas, as do estado do Paraná, assim como as dos municípios pesquisados, encontram-se em sua grande maioria bem acima das taxas apresentadas pela OMS.

A hanseníase está associada à desigualdade social e condições socioeconômicas desfavoráveis, como condições precárias de moradia, analfabetismo, falta de saneamento básico, crescimento desorganizado dos centros urbanos e serviços de saúde ineficazes. Ainda considerada como uma doença negligenciada, pode ocasionar limitações físicas e sociais, aumentar os custos para os serviços de saúde, além de colaborar para a estagnação do panorama de desigualdades sociais nestas localidades (LOPES et al., 2021).

5.3 A implementação do Programa de Qualificação da Atenção Primária na perspectiva de gestores e enfermeiros das unidades certificadas

Neste item são apresentados os resultados das questões subjetivas em cinco núcleos temáticos a saber: processo de trabalho nas unidades básicas de saúde contempladas como selos de qualidade; vínculo com a comunidade; agendamento e atendimento da demanda espontânea; a tutoria como experiência; os desafios na implantação e implementação do Programa; o significado da certificação para as equipes e município e impactos da suspensão do Programa APSUS.

5.3.1 O processo de trabalho nas unidades básicas de saúde contempladas com selos de qualidade

No que se refere à percepção das melhorias na APS após a adesão ao APSUS e implementação dos selos de qualidade, o processo de trabalho foi o aspecto mais citado tanto entre gestores quanto em enfermeiros, mudanças na estrutura física e melhoria nos

indicadores de saúde também foram salientados pelos entrevistados. Somente um dos entrevistados relata não ter percebido mudanças. Sobre melhoria nos indicadores, conforme apresentado no item anterior, de fato não foram identificadas mudanças que possam ser atribuídas à implementação do programa, o que pode indicar desconhecimento ou ausência de acompanhamento dos indicadores pelos entrevistados.

Na fala a seguir, embora faça referência ao processo de trabalho, efetivamente discorre sobre organização do serviço e não propriamente sobre as características do trabalho em saúde.

O processo de trabalho foi todo modificado, a gente começou com o planejamento das ações, depois a própria avaliação dos indicadores era uma coisa que não era feita e que se passou a fazer. As estratificações de risco, a gente tinha controle de toda a população, a gente conseguia visualizar quais eram as áreas de maior risco, onde que estavam as pessoas com maior vulnerabilidade. (E1)

Cavalli (2020) afirma que a organização dos processos de trabalho em saúde implica em repensar os procedimentos que envolvem o conjunto de ações em saúde e não significa olhar apenas o modelo a ser implementado, mas sim o contexto social, quais os objetivos enquanto instituição e quais meios serão utilizados na construção de novos conhecimentos e aplicação destes.

Menezes et al. (2020) colocam que o planejamento das ações deve ser compartilhado com base nas necessidades da população, contemplando ações para grupos específicos e para a demanda espontânea. O planejamento é um importante instrumento de gestão, expressa propósitos e interesses, propondo ações futuras, sendo uma ferramenta indispensável utilizada pelas equipes que amparam a organização dos diversos e complexos processo de trabalho da AB. Silva et al. (2021) colocam que a importância do planejamento de ações com base no diagnóstico epidemiológico do território da equipe de estratégia de saúde da família e a realização do trabalho com território definido para manter vínculo com a comunidade, baseado nas realidades locais e com atuação conjunta das equipes multiprofissionais, é essencial para melhores resultados.

O processo de trabalho das equipes e a estrutura das UBS são essenciais para a formação de um modelo assistencial eficaz, de qualidade, integral e voltado para o planejamento das ações com base no território, determinantes de saúde, no quadro demográfico e epidemiológico da população atendida (BRANDÃO et al., 2020).

O planejamento deve ter lugar de destaque na agenda da gestão dos sistema de saúde, sendo realizado de forma ascendente, contínua e articulada entre todas as esferas do governo federal, estadual e municipal. As interferências locais regionais e nacionais devem ser baseadas nas necessidades de saúde da população. Somente com a consciência e conhecimento das realidades e particularidades locais, com o respeito aos aspectos culturais, geográficos e sociais com foco na qualidade do serviço, é que o planejamento poderá conduzir o processo de reorientação das ações e serviços, junto com o apoio institucional, sendo estes marcos importantes na organização dos serviços de saúde. Realizar ações que efetivamente atendam as necessidades das pessoas e dos grupos e que eleve o escopo de resolutividade do processo de trabalho e da integralidade do cuidado será possível por meio do fortalecimento do planejamento em equipe (PEREIRA; TOMASI, 2016; SILVA et al., 2021).

Para Silva e Elias (2019), embora o monitoramento e a avaliação sejam práticas recentes em muitos países e na administração pública, eles têm despertado interesse do setor público, governo e academia. Baseiam-se na busca pelo conhecimento por meio do registro, análise e interpretação da realidade da execução das políticas públicas, com o objetivo de produzir informações oportunas para a tomada de decisões.

Ainda no que se refere à organização do serviço, outro entrevistado afirma que:

Na parte do atendimento a gente pode padronizar o atendimento, aqui no município era meio que cada equipe fazia uma coisa diferente né, cada um fazia como achava melhor. A gente padronizou o atendimento, todo mundo começou a atender da mesma forma. Eu acredito que para os pacientes melhorou bastante porque a gente começou a fazer consultas de acordo com protocolos né, das linhas guia, mudou bastante este vínculo do paciente com a unidade. (E8)

Entre os gestores, as principais mudanças apontadas dizem respeito à padronização, ou seja, “*dar uma cara mais de unidade a toda a saúde*” (G1); “*mais conhecimento, para que eles tenham mais qualidade no atendimento a ser prestadoorganização, ... para conseguir desenvolver este trabalho*”(G5).

Percebe-se pela fala dos entrevistados a necessidade de um direcionamento, tanto dos enfermeiros como dos gestores no que diz respeito à padronização e utilização de linhas guias e protocolos que norteiem os trabalhos da AB. A padronização do trabalho, por meio de protocolos, deve levar em conta as características da população, observando o perfil da população, suas vulnerabilidades entre outras.

Para a construção de Linhas Guias, a proposta é de um modelo de gestão que seja centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva e em colegiados que garantem que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações coletivamente (BRASIL, 2009).

5.3.2 Vínculo com a comunidade

O aumento do vínculo com a comunidade foi citado entre os entrevistados como uma das melhorias vindas com o APSUS: *“vínculo maior com o usuário [...] através dos primeiros selos foi esta busca do usuário, esta aproximação do usuário com a unidade de saúde, então a gente tinha ele mais próximo da gente”*(E4).

O vínculo com a comunidade eleva a satisfação do usuário com o serviço prestado, o que pode acarretar na melhoria na qualidade de vida, pois ocorre adesão ao tratamento e há continuidade no uso dos serviços de saúde. Analisar a satisfação do usuário potencializa a participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação dos serviços de saúde, fortalecendo os direitos como cidadãos e na corresponsabilização da produção do cuidado à saúde (VIEIRA et al., 2021).

Galavote et al. (2016) afirmam que o vínculo com a comunidade compõe uma das diretrizes operacionais da ESF, sendo uma ferramenta de trabalho que se situa no campo das tecnologias leves em saúde, causadora de relações e que tem o potencial de garantir a face humanitária, imprescindível ao trabalho em saúde. Segundo os autores, a tríade acolhimento, vínculo e responsabilização, como diretrizes do modelo assistencial, agem em especial por tecnologias leves produtoras do cuidado e colaboram para uma nova postura dos profissionais nas relações com os usuários, o que gera uma nova organização dos processos coletivos.

5.3.3 Agendamento e atendimento da demanda espontânea

Outra melhora apontada pelos entrevistados foi quanto aos agendamentos e atendimentos à demanda espontânea, que por meio das linhas guias houve mais organização. Embora efetivamente as melhorias não tenham sido citadas, como por exemplo aumento no número de vagas, redução nas filas de espera entre outras, *“primeira coisa a organização, a gente acabou conhecendo também melhor o nosso público, enfim, eu acho assim que ficou*

bem organizado, a gente tinha a consulta já agendada para todos os nossos, vamos supor, hipertensos” (E5).

Vieira et al. (2021) afirmam que entre os fatores de satisfação apontados pelos usuários da AB encontra-se a melhoria da organização no que se refere ao acesso à UBS, que deve superar o modelo tradicional de filas e fichas, devendo ser implantadas novas tecnologias como internet e telefone.

A necessidade de esforços para o reconhecimento das demandas do território, indução de práticas participativas e integradas e a valorização do acolhimento para se assegurar o acesso e a integralidade do cuidado são apontadas por Vieira et al. (2021) como ferramentas para contribuir para o fortalecimento do SUS e o atendimento das necessidades da população. Segundo os autores, ações como o atendimento ser realizado pelo mesmo profissional, ou caso o paciente falte à consulta alguém entrar em contato, elevam a satisfação dos usuários em relação aos serviços.

Menezes et al. (2020) colocam que a territorialização deve ser trabalhada como instrumento de planejamento das ações prioritárias em acordo com o princípio da equidade, por meio da definição do território, classificação de risco e vulnerabilidade para a implantação das UBS, reduzindo distâncias entre a UBS e a população, acompanhando de forma dinâmica a situação de saúde, levando em consideração os aspectos geográficos, ambientais, sociais, econômicos, culturais, religiosos, demográficos e epidemiológicos. Para os autores, a agenda deve ser formulada e compartilhada com base nas necessidades de saúde da população considerando as ações para grupos específicos e demanda espontânea. Com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso à unidade de saúde deve receber e ouvir todas as pessoas que a procuram de modo universal e sem diferenciações excludentes, com escuta qualificada, classificação de risco e vulnerabilidades, utilização de protocolos e definição de critérios para o agendamento das consultas.

5.3.4 A tutoria como experiência

A tutoria foi colocada como uma das principais contribuições do programa, sendo apontada tanto pelos gestores quanto enfermeiros, o que mostra a necessidade de matriciamento das equipes.

Castro (2011) define o tutor, enquanto função de apoiador, como um agente transformador para diferentes possibilidades de formação dos sujeitos, reconhecendo que os

sujeitos do processo estão em constante processo dialético e dinâmico e são constituídas de situações singulares e situacionais em que o ser humano é compreendido como produto e produtor de si mesmo.

A Tutoria proposta no âmbito do APSUS consiste no apoio à APS para a melhoria do processo de trabalho nas unidades, composta por instrumento de avaliação e de atividades que promovem a reflexão das equipes e gestores sobre o papel da APS, gerenciando os processos prioritários, identificando as ações críticas e padronizando as ações (PARANÁ, 2018b).

Em estudo realizado por Cavalli (2020) sobre o Programa de Tutoria na APS, aponta como sendo as principais contribuições do programa o vínculo estabelecido entre as equipes, o direcionamento das ações, a consciência da qualidade em serviços de saúde além de reformas e adequações estruturais nas unidades e aquisição de insumos, pontos estes também abordados pelos gestores e enfermeiros do presente estudo.

Quando questionados se os gestores haviam acompanhado o trabalho dos tutores das regionais de saúde a maioria referiu ter participado em alguns momentos em que as reuniões estavam direcionadas aos gestores. Todos os gestores relataram o apoio da Tutoria como ponto positivo do programa, como se observa nas falas que seguem: *“diante das tutorias os problemas eles ficavam mais claros”* (G1); *“A tutoria trouxe benefício, ela nos auxiliou em alguns aspectos para melhorar, qualificar o serviço [...]”* (G3). Os tutores *“...sanavam bastante as dúvidas, davam uma luz assim, a gente estava em dúvida de como fazer por exemplo uma agenda de saúde mental que não estava fechando em alguma unidade, eles vinham e davam uma luz, uma organizada. Acho que foi bem importante a participação dos tutores”*(G6).

Existem diferentes formas de se realizar a Tutoria, mas segundo Luna e Bernardes (2016), todas promovem a aproximação de concepções de aprendizagem em grupos, objetivando desenvolver habilidades, conhecimentos e atitudes por parte do aluno ou de uma equipe.

A Tutoria se colocou como uma das principais contribuições do APSUS, evidenciando a necessidade dos trabalhadores da APS de matriciamento, que pode ser suprida pelas Regionais de Saúde mesmo com o término do programa, não necessitando de grandes investimentos ou programas específicos para a sua realização. O empoderamento das equipes, por meio da Tutoria, deveria dar autonomia às equipes de saúde para fazer frente aos problemas encontrados no seu cotidiano.

5.3.5 Os desafios na implantação e implementação do Programa de Qualificação da Atenção Primária em Saúde

As principais dificuldades apontadas pelos entrevistados na implementação do APSUS foram com relação à mudança na reorganização do trabalho e na aceitação por parte da população: *“Quando a gente mudou para o modelo de agendamento foi chiado, brigado né, mas depois eles entenderam a importância [...]”* (E7), além da falta de apoio da gestão e de alguns membros das equipes *“[...], enquanto o gestor não percebeu que era necessária algumas mudanças na estrutura, nós tivemos esta dificuldade para convencer. Alguns membros da equipe também não queriam aderir ao processo, porque achavam que era muito trabalhoso e não entendiam a importância (E1).*

Nem todas as equipes do município participaram do processo de certificação, segundo relato de uma das enfermeiras, a escolha das unidades que iriam participar do processo de certificação das equipes ficou a cargo da gestão, não sendo possível a participação das equipes nesse processo de decisão. Esse fator pode gerar resistência na implementação das políticas (FARIA, 2009).

A aquisição de insumos também foi apontada como dificuldade encontrada: *“foi alguns insumos que precisava para ter o carrinho de emergência, alguma coisa mais assim que era da administração, que era mais difícil, que não tinha na unidade básica antes né. Alguma coisa desta parte de emergência”* (E8).

A promoção de condições de trabalho adequadas às atividades a serem desenvolvidas é apontada por Mendonça et al. (2010) como uma das dificuldades da gestão do trabalho na ESF, devendo receber intervenção gerencial nas unidades de saúde para melhoria das condições de trabalho, por meio da reestruturação das dependências físicas, a oferta de insumos em quantidade suficiente e segurança física e ambiental. Essas adequações, segundo os autores, constitui um componente facilitador do trabalho de gestão em saúde.

Brandão et al. (2020) apontam que, entre os anos de 2006 e 2011, procurou-se normatizar a questão da estrutura física, equipamentos e insumos necessários para o desenvolvimento das ações na atenção básica. Entre as normativas apontadas pelos autores estão a PNAB (2006), que destacou os aspectos estruturais das unidades de saúde, bem como itens necessários à realização das atividades de AB; o Manual de estrutura física das Unidades Básicas de Saúde (2008), que guia os gestores municipais e profissionais de saúde

no planejamento, programação e elaboração de projetos para o adequado funcionamento das UBS; a Portaria 2.226 de 2009, que estabelece o Plano Nacional de Implantação de UBS para Estratégia de Saúde da Família; o Programa de Requalificação das UBS (2011), que recomenda a estrutura física adequada para o funcionamento das UBS, além de criar incentivo financeiro para esta finalidade.

Outro aspecto levantado pelos entrevistados é a alta rotatividade no setor de saúde e a descontinuidade dos programas: *“O problema é que a gente tem uma rotatividade dos próprios profissionais de saúde né, então aquele profissional que participou, que pegou conhecimento não vai se perder, ele vai dar continuidade, o outro que não teve não consegue dar continuidade, por isso a importância dos programas terem permanência”* (G3)

A fala do gestor é indicada também em estudo realizado por Vieira et al. (2021), em que a rotatividade de membros da equipe de APS é um dos empecilhos para assegurar a qualidade do serviço nos aspectos de continuidade do cuidado e formação de vínculos.

Uma das grandes dificuldades e desafios que permeiam a ampliação e o aperfeiçoamento do SUS provém da deficiência e rotatividade de profissionais, em especial nos municípios do interior, Norte e Nordeste do país, nas periferias das grandes metrópoles e em áreas de risco. A rotatividade dos profissionais da ESF é uma questão emblemática no SUS, gerando perdas estratégicas, rupturas e falta de identidade com a equipe de saúde. Além de prejuízos custo-efetividade e eficácia organizacional do serviço, afetam também o vínculo com a população e dificultam o alcance dos resultados esperados (CAMPOY et al., 2020).

Campoy et al. (2020) colocam que a força de trabalho do SUS no Brasil pode ser considerada um grande desafio para o sistema, em especial devido às decisões político-jurídicas que facilitaram a abertura do setor ao capital estrangeiro, bem como a proposição de um novo SUS sob a égide da gestão privada. Ainda que a política de saúde priorize a organização de equipes multiprofissionais, a alta rotatividade de trabalhadores, em especial médicos e enfermeiros, tem gerado a descontinuidade e fragmentação do cuidado prestado por esses profissionais.

A PNAB publicada em 2017, entre outras mudanças, trouxe novas possibilidades de vínculos profissionais, em especial formas de contratação de pessoal, que desenvolveu a proliferação de vínculos empregatícios transitórios. Nota-se na estrutura jurídico-administrativa do SUS, inclusive na APS, contratação de profissionais com salários diferentes para a realização de trabalhos semelhantes, com multiplicidade de remunerações,

vínculos e formas de contratação, o que repercute na fragilidade dos direitos trabalhistas e reflete no modelo de atenção (GLERIANO, 2021; GARRIDO-PINZÓN, BERNARDO, 2017).

Garrido-Pinzón e Bernardo (2017) apontam que o neoliberalismo tem ocasionado instabilidade do vínculo laboral e baixo salário, sensação de mal-estar dos trabalhadores deste setor com relação ao trabalho, dificuldade de realizar adequadamente as funções, terceirização e precariedade associada à iminência do desemprego, aumento do ritmo de trabalho, estresse, depressão, esgotamento físico que são observadas tipicamente nas empresas capitalistas e que também estão presentes nas instituições públicas.

Em um dos municípios, os enfermeiros relataram que houve troca da gestão durante o processo de certificação das unidades, com troca de prefeito e secretário de saúde, *“nesta troca a gente acabou perdendo a linha, [...] então foi deixado de lado a princípio todo trabalho que tinha sido realizado para conquistar os selos, a gente não conseguiu dar continuidade, avaliar posterior a isso se foi eficaz ou não, porque a gente ia começar a ter os resultados e depois foi interrompido”* (E4). Esta fala mostra a falta de autonomia que existe nas equipes de ESF, que com a mudança de gestão não conseguem manter os avanços alcançados, evidenciando que a ingerência política frente à técnica é muito forte, impedindo a consolidação e o fortalecimento da APS como proposta de cuidado.

Garrido-Pinzón e Bernardo (2017) colocam ainda que atualmente um conjunto de ações converge para o desmonte do sistema público de saúde, com o excesso de demandas para as equipes, a falta de direcionamento sistemático dos programas, o que faz com que o sistema dependa da gestão pública do momento, gerando descontentamento dos trabalhadores e descontinuidade dos programas assim como o que afirmou anteriormente a entrevistada.

5.3.6 O significado da certificação para as equipes e município e a suspensão do Programa de Qualificação da Atenção Primária

Dentre os principais significados da certificação das equipes destaca-se a valorização da equipe mesmo não sendo uma valorização financeira: *“Na verdade o selo eu acho que deveria retomar tudo de novo, tinha que voltar lá quando a gente tinha entusiasmo para fazer e tinha vontade de mudança.... Eu acho que tinha que voltar isso, para dar um ânimo na gente, para a gente fazer as coisas”* (E7).

Embora o APSUS tenha sido baseado no PMAQ-AB, que vinculava repasse financeiro de acordo com o desempenho da equipe, este não assumiu essa característica. No entanto, o reconhecimento do trabalho realizado por meio da certificação se mostrou como importante mecanismo de motivação para as equipes. Para Rotta e Nascimento (2020), a motivação envolve forças biológicas, emocionais, sociais e cognitivas. Para os autores, comportamentos intrinsecamente motivados são aqueles em que a satisfação está associada à atividade em si, não sendo influenciados por direcionamentos psicológicos, pela obtenção de recompensas ou para se evitar eventos indesejáveis.

Em estudo realizado por Cavali (2020) com equipes que receberam a certificação pelo APSUS, um dos pontos negativos colocados pelos entrevistados foi o não pagamento financeiro pela qualificação obtida em cada selo, além da resistência inicial à implantação e às mudanças propostas pelo programa, o aumento da sobrecarga de trabalho e a baixa participação da gestão no apoio institucional.

Entre os principais impactos da suspensão do Programa de Qualificação da Atenção Primária citados pelos gestores e enfermeiros estão a quebra dos processos de trabalho implantados, o término da Tutoria e a desmotivação das equipes pela descontinuidade dos programas. O fim da Tutoria “[...]deixa a gente numa certa insegurança e com um pouco de medo de perder os rumos, no sentido de por onde andar” (G1).

Cavali (2020) coloca que a Tutoria no APSUS possui a função de apoiar, como um agente transformador para diferentes possibilidades, possuindo papel primordial no processo de ensino-aprendizagem à distância, viabilizando a articulação necessária entre os elementos para atingir os objetivos propostos.

A descontinuidade do programa, segundo os entrevistados, pode trazer alguns retrocessos no atendimento: “a gente deixa de trabalhar com prevenção e volta a ser aquele negócio de novo de atender e atender e não fazer o trabalho preventivo, educação em saúde. Acho que se perde muito isso de educação em saúde” (G6)

Szwarcwald (2021) coloca que as mudanças na organização dos serviços de saúde após a criação do SUS pela Constituição de 1988, com foco na APS e na descentralização dos serviços, visando aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e a descentralização, com vistas a aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção.

Eu fico na expectativa que o programa da tutoria volte e venha como uma estratégia, que os planos dos governos não possam excluí-las depois né, que seja

uma condição que chegue e que vá dar continuidade para que a gente consiga trabalhar conforme tem que ser, tanto para os profissionais facilita o trabalho quando vemos os resultados na população. Parece que todo trabalho que tu fez depois não valeu de nada (E1)

A maioria das equipes referiu não conseguir manter as mudanças após o término do programa, seja por falta de apoio da gestão, rotatividade de profissionais ou outros fatores. Machado, Cotta e Soares (2015) afirmam que a descontinuidade em instituições públicas são consequências do preenchimento de cargos de confiança a cada mudança de governo ou trocas de dirigentes. Entre as consequências dessa descontinuidade estão a interrupção de projetos, de programas e obras, assim como a reavaliação de prioridades. Os atrasos e interrupções dos projetos podem acarretar prejuízos financeiros, organizacionais e pessoais.

5.4 Atendimento ao estrangeiro em municípios contemplados com selos de qualidade

Estudos em região de fronteira se mostram importantes devido a especificidades dessas áreas, devendo ser vistas além do limite territorial, mas levando em conta as singularidades que superam o limite territorial, político e social.

Quando questionados se as equipes de ESF realizam atendimento à população estrangeira, tanto gestores quanto enfermeiros referiram que o atendimento ao estrangeiro é realizado em seus municípios, mas somente urgência e emergência. Para obter atendimento, em especial o atendimento médico, o estrangeiro necessita ter o cartão do SUS, CPF e comprovante de residência, fato este que restringe muito o acesso da população estrangeira aos serviços de prevenção realizados na APS, “*Tem que ter obrigatoriamente o CPF e cartão SUS porque senão não consigo passar a consulta né*” (E7), outro entrevistado aponta ainda que além da obrigatoriedade dos documentos citados precisa “*receber pelos menos 2 a 3 visitas da ACS para confirmar a residência, para que este cadastro depois não fique bloqueado [...]*” (E3)

Mais é urgência e emergência, nós não temos uma estrutura específica para acolhimento dessas pessoas ta entrando [...]. Também porque temos uma estrutura um pouco reduzida pelo tamanho do município e tal, mas eles chegam mais na questão de urgência e emergência, quando eles estão entrando por aqui, e a gente busca acolhe-los neste sentido (E1).

Martinez (2020) coloca que, embora no SUS não conste nenhum marco que regulamente o direito do estrangeiro transfronteiriço à saúde, pelo princípio de

universalização do sistema, todos os indivíduos em território brasileiro possuem direito à saúde, incluindo os estrangeiros. A Lei de Migração Nº 13.445, de 24 de maio de 2017, que substitui a Lei do Estatuto do Estrangeiro de 1980 e amplia seus direitos, garante aos migrantes residentes as mesmas condições de igualdade no território brasileiro, conforme o artigo 4, VIII, tendo acesso aos serviços públicos tanto de saúde como de assistência social, sem discriminação em razão da nacionalidade ou da condição migratória (BRASIL, 2017).

Em estudo realizado por Giovanella et al. (2007) com gestores de saúde, estes apontam que embora ocorra atendimento aos estrangeiros e a brasileiros não residentes, estes atendimentos possuem uma série de barreiras como a necessidade de comprovação de residência e a carência de 30 dias para atendimento a novos moradores, a exemplo do que foi citado pelos entrevistados da presente pesquisa.

Além destas dificuldades, estão entre os obstáculos encontrados pelos estrangeiros no acesso à saúde a dificuldade de comunicação por falta de conhecimento do idioma, o comportamento de discriminação pelos profissionais da saúde e as diferenças culturais no que diz respeito ao cuidado, como por exemplo a crença na medicina natural (GUERRA; VENTURA, 2017).

O comportamento discriminatório de alguns profissionais de saúde e gestores fica evidente em falas como: *“Não é nem ser contra, mas se você é de outro país você deveria ser atendido no seu país, mas os que moram aqui a gente acaba atendendo normal, como outro morador qualquer”* (E2), ou então quando perguntado o que ajudaria no problema do atendimento à população estrangeira, falas como *“Nem sei dizer ao certo, é eles virem morar aqui”* (E7); *“nós não vamos fazer serviço de saúde em área que não é nossa, elas vem desovar em nossas mãos”* (G1) demonstram algumas das barreiras discriminatórias encontradas por esta população assim como citado por Guerra e Ventura anteriormente.

Aikes e Rizzotto (2018), em estudo realizado em cidades gêmeas do Paraná, colocam que entre os gestores ocorrem dois posicionamentos frente ao atendimento ao transfronteiriço, aqueles que entendem ser o atendimento ao estrangeiro um direito pautado na preservação da vida e que atendem portanto independente de qualquer critério restritivo, e aqueles que acham que o direito à saúde é restrito aos nacionais e intensificam os mecanismos de controle. Nenhuma das situações leva para soluções mais equitativas, éticas e politicamente negociadas.

Todos os gestores, a exceção de um, relataram que possuem poucos atendimentos à população estrangeira durante o decorrer do mês. Os enfermeiros do município em que o

gestor refere que 20% dos atendimentos prestados é para a população estrangeira, contradizem a fala do gestor. *“Nossa é muito pouco, acredito que se der uns 3, 4 no mês. Mesmo antes da pandemia” (E5).*

A baixa quantidade de atendimentos realizada à população estrangeira pela APS foi constatada também por Strada (2018) em sua pesquisa em município de Tríplice Fronteira, que apontou baixo registro de atendimentos a usuários estrangeiros em relação aos atendimentos de usuários brasileiros, somente um Distrito Sanitário teve mais que 1% dos atendimentos realizados pelas unidades de saúde para a população estrangeira.

A abordagem do tema fronteira nas reuniões de equipes e qualificações foi apontado por todos os entrevistados como sendo importante. Embora alguns gestores tenham colocado que o tema fronteira foi abordado nas oficinas do APSUS, este fato foi contradito pelos enfermeiros entrevistados que relataram que não houve abordagem por parte dos tutores na questão da fronteira durante as oficinas e que este seria uma tema de extrema relevância.

[...] eles não olharam a gente como uma região de fronteira, eles olharam como uma região como outra qualquer do estado do Paraná, inclusive nas nossas reuniões eu ficava assim, perplexo com algumas experiências que alguns municípios colocavam, que lá tava dando certo, mas que não cabe aqui na nossa região. Justamente porque nós temos a fronteira com o Paraguai, fronteira com o Mato Grosso e a gente acaba atendendo uma demanda que não é nossa” (G4).

Quanto a levar em consideração a fronteira no momento de planejamento das ações, as principais respostas dos gestores foram: *“Nós temos que levar em consideração no nosso planejamento, porque eles estão ai, eles estão no nosso município, mesmo que na sombra” (G4)*, o que demonstra a preocupação dos gestores com a população que circula entre os países nos municípios de fronteira e que não são levadas em consideração no planejamento das ações em saúde e nem no repasse de valores a estes municípios.

Outro gestor coloca que:

Não é levado muito em consideração porque o nosso município, por mais que faça parte da fronteira, do outro lado a cidade é muito longe, nós temos alguns problemas, mas não são problemas muito graves, a diferença de Barracão ai que é onde que as cidades são gêmeas ai a circulação de pessoas é muito maior. (G3)

Aikes e Rizzotto (2018) apontam que a população flutuante que não consta nos dados de repasses públicos federais brasileiros faz com que os gestores reivindiquem políticas públicas específicas para os municípios fronteiriços. Para as autoras, a integração econômica

nas cidades gêmeas é completa, os processos de transfronteirização que respondem a preceitos neoliberais, como o consumo de serviços privados, são legalizados e às vezes incentivados, mas quando se fala na esfera social, por exemplo no caso da saúde pública, essa integração não avança da mesma maneira.

A transfronteirização pode ser percebida como um conjunto de processos de aproveitamento de uma fronteira, no qual os habitantes transcendem a fronteira imposta pelos Estados como uma barreira/limite e as incorporam em suas estratégias de vida, estes locais por muito tempo foram marginalizados pelos Estados Nacionais, mas os transfronteirizos asseguraram a continuidade das interações. Para que ocorra a legitimação dos processos de transfronteirização, são necessárias regras especiais de funcionamento, legitimadas por acordos bi ou multilaterais, pois transcendem a escala local e englobam sistemas políticos e sociais distintos que demandam intervenção do nível nacional de governo (AIKES; RIZZOTTO, 2018).

A grande maioria, tanto de gestores e enfermeiros, afirmaram que por ser um município de fronteira isso impacta nos indicadores de saúde de seu município. Os indicadores que segundo os entrevistados possui mais impacto é nas imunizações e os procedimentos que são realizados e não conseguem ser enviados, pois a população estrangeira não possui cadastro no eSUS. *“Causa sim, na verdade você atende um paciente ali na hora, principalmente da saúde do viajante, tu faz um cadastro provisório, mas assim no nosso sistema e no sistema para transferência de dados.... Ele tá no sistema, mas na hora de transmitir ele só vai transmitir se ele tiver vinculado a uma família” (E7),*

Outro enfermeiro afirma que causa impacto *“porque como eles não estão dentro dos dados do eSUS, fica aquela coisa assim vagando ali, eles acabam não fazendo parte destes indicadores e todo trabalho que a gente muitas vezes faz com eles não é visto né. O dado do trabalho morre na unidade” (E6)*

A maior parte dos fluxos de transfronteirização dirigidos ao Brasil estão relacionados aos serviços públicos de saúde e educação. O acesso aos serviços de saúde, legitimado pela universalidade e integralidade do SUS, é colocado como característica determinante para que este deslocamento ocorra. Esse deslocamento para a utilização dos serviços de saúde traz preocupação aos gestores que argumentam que a ampliação da demanda pode trazer sobrecarga aos serviços de saúde destas localidades. Esta demanda não é dimensionada e os serviços de saúde, em geral, não apresentam continuidade por serem quase sempre de caráter

emergencial, o que dificulta inclusive a vigilância e o controle epidemiológico de doenças (AIKES; RIZZOTTO, 2018).

A falta de sistematização e/ou insuficiência de registro dos dados de atendimentos tanto de usuários brasileiros quanto de estrangeiros nas UBS pesquisadas também foram apontadas por Strada (2018). Além disso, o desconhecimento dos fluxos de atendimento a esta população foi outro fator a ser pontuado.

O impacto nos indicadores do município contradiz a resposta que é dada posteriormente sobre o número de atendimentos que é realizado no município, pois a grande maioria dos entrevistados refere baixa procura de atendimentos por partes dos estrangeiros nas unidades de saúde dos municípios.

A falta de um sistema de registro do atendimento para a população estrangeira também foi apontada por um dos entrevistados que refere *“Sim, atendemos. O atendimento médico não né, porque a gente faz registro manual mesmo, a gente tem uma ficha manual específica para estes pacientes que não tem cadastro, aí a gente faz o primeiro atendimento, mas para seguir na rede de atenção aí tem dificuldade” (E6).*

Estudo realizado por Strada (2018) quanto ao atendimento à população estrangeira no município de Foz do Iguaçu, a autora aponta a importância de um sistema de informação que promova a cooperação e a mobilização das áreas de fronteira, ressaltou que a exemplo dos municípios entrevistados, Foz do Iguaçu também não possui políticas públicas específicas para o atendimento aos estrangeiros, e que realiza os atendimentos na APS somente aos que comprovarem residência no Brasil, ficando os usuários estrangeiros, turistas e flutuantes fronteiriços restritos ao atendimento de urgência e emergência.

Quando perguntados sobre o que ajudaria a gestão municipal no enfrentamento do problema da atenção à saúde do estrangeiro, foi indicada a importância de *“Ter um protocolo estabelecido, como faria para atender esta população que vem” (E1).* Outras sugestões e contribuições foram dadas por um profissional entrevistado:

Primeiro uma capacitação, algo que realmente nos deixasse orientado quanto aos direitos deles, que é uma questão que a gente tem muita dificuldade de entender até onde a gente pode ou não pode estar incluindo eles nos serviços,[...] o que seria de direito deste estrangeiro e estar nos instruindo com relação ao fluxo, o que a gente faz com eles quando a gente recebe eles aqui. O município não tem nenhum protocolo estabelecido, o que a gente faz é toda vez que a gente atende uma situação assim, que é uma situação para nós atípica a gente entra em contato com a secretaria e a gente conversa lá com eles o que a gente pode estar fazendo, mas não tem nada estabelecido (E6).

A elaboração de protocolos não depende, necessariamente, do poder centralizado, pode ser uma iniciativa da própria equipe, apoiada na gestão municipal no sentido de resolver demandas específicas da equipe ou mesmo do acesso do estrangeiro aos serviços de saúde.

Strada (2018) coloca a necessidade de uma adoção de gestão de saúde envolvida por intermédio de políticas públicas específicas para a realidade da fronteira, pois este local possui muitas particularidades que não existem em outros locais do Brasil. Refere ainda a importância de pesquisas sobre a realidade dos serviços de fronteira, como eles se organizam e se são efetivos na prática. A falta dessas políticas públicas de orientação dos fluxos para a população estrangeira pode gerar estresse entre as partes envolvidas, tanto usuário quanto profissionais de saúde.

Os gestores apontaram a importância da vinda de recursos e a inexistência de programas que levem em consideração a área de fronteira, *“Recurso financeiro, porque uma vez nós tínhamos os SIS Fronteira, era um recurso que vinha, [...]. Eles não entram na fatura do SUS, não consigo faturar AIH no hospital, eu não consigo colocar ele na nossa ...”* (G3), outro gestor afirmou que

A gente antigamente por exemplo tinha um recurso que era Saúde do Viajante, esse recurso eu poderia utilizar nos atendimentos da UPA para este tipo de paciente, eu não era pego de surpresa por que eu contava com esse recurso, mas infelizmente foi cortado né...e aí nos ficamos descobertos, hoje existe outras situações que eles mandam recurso mas porque tem pandemia, se não fosse essa pandemia talvez a gente estaria passando dificuldade da mesma forma (G4)

O programa Saúde do Viajante, que foi citado pelos gestores como um programa de incentivo financeiro, foi criado por meio da deliberação da Comissão Intergestora Bipartite de nº 204 de 15 de dezembro de 2015, sendo denominada Programa Estadual de Saúde do Viajante, com vistas à implantação de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde do viajante. Os municípios do Estado do Paraná que possuíam flutuações sazonais de pessoas, independente da finalidade, vinda de outro país ou estado, potencial risco de adoecer ou introduzir/reintroduzir ou disseminar agravos à saúde foram contemplados com este programa, tendo como componente o financiamento para custeio e capital a ser repassado do Fundo Estadual de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, devendo ainda obedecer aos critérios dispostos em resolução regulamentadora e firmar termo de adesão ao Programa Estadual de Saúde do Viajante (SANTOS, 2018).

Segundo estudo realizado por Santos (2018), o Programa de Saúde do Viajante possuiu os valores mais significativos entre os programas realizados de repasse financeiro

aos municípios de fronteira, sendo composto por três eixos principais: informação, vigilância e assistência.

A interrupção de políticas públicas que visem ao fortalecimento da APS, como o PMAQ-AB, APSUS e de políticas que levam em consideração áreas como a da fronteira a exemplo da Saúde do Viajante, corroboram com o desmonte que vem ocorrendo face às políticas neoliberais, que levam ao enfraquecimento do SUS.

5.5 Implicações da Pandemia no Processo de Trabalho das equipes de Atenção Básica

Embora os objetivos iniciais da pesquisa não envolvessem aspectos relacionados à pandemia provocada pelo SARS-COV 2, este fato não poderia deixar de ser registrado no presente trabalho, pois que a coleta de dados ocorreu durante a pandemia, com impacto profundo na atenção à saúde da população oferecida pelos serviços de AB.

Dada a ausência de uma coordenação nacional e mesmo estadual que orientasse o trabalho nos municípios no enfrentamento à pandemia, cada gestor acabou definindo estratégias próprias. Registrar essas experiências é fundamental para estudos posteriores e mesmo para registro histórico, dado que se trata do mais grave fenômeno sanitário dos últimos cem anos, cujas consequências irão merecer estudos futuros.

As entrevistas foram realizadas entre outubro de 2020 e janeiro de 2021, momento este em que havia ocorrido um declínio nos casos de Covid-19, vindo agravar logo após este período. A maioria dos entrevistados afirmou que o atendimento foi organizado por meio de Unidades Sentinelas nas quais eram atendidos os sintomáticos respiratórios. *“Nós temos quatro ESF, então a gente pegou uma e fez a unidade sentinela da síndrome gripal” (G1).* Foi relatado também que para o funcionamento das unidades sentinelas algumas equipes de saúde não realizaram mais atendimento, sendo seus pacientes remanejados a outras unidades de saúde e os funcionários direcionados para o atendimento nas unidades de atendimento às síndromes gripais: *“Nós tivemos uma época que a nossa unidade ficou fechada para os usuários adscritos, ficou atendendo somente os pacientes suspeitos de covid, independente da área” (E2).*

Embora a maioria dos municípios tenha fechado algumas unidades para redirecionar os funcionários para as unidades sentinelas, *“nós fechamos duas unidades porque nós precisávamos de recursos humanos [...]”(G4)* houveram também relatos que em alguns municípios as unidades não fecharam: *“A gente não fechou em nenhum momento, a gente*

ficou atendendo”(E3). As condutas frente ao enfrentamento da pandemia foram diferenciadas mesmo para os municípios que faziam parte da mesma regional de saúde, pois não houve uniformidade nas orientações dadas pelo Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde, ficando a cargo dos municípios decidir quais seriam as ações que iriam realizar.

Entre os principais impactos citados pelos entrevistados encontra-se a mudança no processo de trabalho, a maioria dos entrevistados relata que realizavam as reuniões mensalmente, antes da pandemia, que todos os membros participavam destas reuniões, mas com a pandemia a grande maioria parou de realizar as reuniões.

A falta de uniformidade nas orientações enviadas aos municípios no que tange as ações da AB foi apontada por um dos gestores *“nós tivemos dificuldades dos três entes conversarem e uma unificação das ações. Nós tivemos uma queda de braço entre município, estado e nação, então esta foi a maior dificuldade que nós tivemos, nós não tivemos um rumo a seguir, nós estávamos a deriva, então nós do município tivemos que montar nossa estratégia” (G3).*

Esta fala demonstra a desorganização e falta de uniformidade nas ações para enfrentamento da pandemia, ficando a cargo dos estados e municípios conduzirem a saúde em um momento que o governo federal deveria ter tomado a frente nas conduções de medidas oportunas que reduzissem os impactos de tão importante problema sanitário, fato este que não aconteceu, pelo contrário, o negacionismo e despreparo do atual governo federal impactou muito nos índices de mortalidade em nosso país, levando o Brasil a uma das piores, se não a pior forma de enfrentamento da doença, quando poderia ter sido modelo na condução da pandemia, dada a existência do SUS, com capilaridade em todo o território nacional e um dos melhores programas de imunização do mundo.

Seixas et al. (2021) apontam para um movimento de reorganização dos serviços de saúde para atender a essa demanda tão intensa quanto não homogênea entre os estados, cidades e até mesmo entre diferentes áreas de um mesmo município. A formulação de novos protocolos clínicos, estabelecimento de novos fluxos, o fortalecimento de certas modalidades de atenção e estruturas para a assistência em saúde, além da ressignificação de diferentes espaços de cuidados e de seus atores são fatores que podem contribuir para esta adequação dos serviços.

O atendimento prestado aos grupos prioritários nestas unidades que permaneceram abertas apresentou em sua maioria redução no número de atendimentos e implantação da

Telemedicina *“o atendimento continuou nas unidades e orientamos as pessoas a fazer atendimento por telefone, implantamos o Telemedicina, consultas por vídeo [...]”* (G3).

Alguns enfermeiros referiram, como medidas tomadas, a centralização de atendimentos como o pré-natal e vacinação. *“A vacinação foi centralizada, na unidade de saúde central, o atendimento a gestante ficou por parte do centro materno também que é outra centralização e os diabéticos e hipertensos que estavam com alguma condição clínica associada eram atendidos aqui na unidade. Se fosse só a questão da renovação da receita era feita por meio da central de regulação”* (E1).

Houve uma descontinuidade nos programas da AB *“[...] as crianças da puericultura, menor de um ano a gente atendia só se apresentasse algum quadro, mas não foi feito por uns dois, três meses a puericultura”* (E3); *“[...]sete meses que a gente ficou sem fazer preventivo, as puericulturas, os hipertensos”* (E5).

Somente um dos entrevistados relatou que não houve diminuição da procura ao atendimento na AB, todos os demais relataram que houve uma diminuição significativa. O entrevistado que referiu que não houve mudança na procura de atendimento pertence a um município pequeno, entre os analisados é o de menor porte e possui somente uma unidade de saúde, o que pode explicar a não alteração no número de atendimentos, tendo em vista que possui somente um local para toda a demanda.

A diminuição da demanda nas unidades de saúde pode ter como determinante o medo da infecção pelo vírus, como apresentado em estudo realizado por Bezerra et al. (2020), no qual os indivíduos relataram preocupação com a necessidade de sair de casa, além de alteração na rotina diária, no padrão de sono entre outros.

Seixas et al. (2021) apontam que apesar de todos os problemas e desafios, os pontos de atenção que trabalham próximos às casas das pessoas, com equipes multiprofissionais, compostos de trabalhadores como os ACS, agentes de endemias, possuem possibilidades de implementar formas locais de cuidado em uma magnitude que poucos sistemas de saúde no mundo têm, com potencial de impactar os processos de adoecimento nos diversos territórios em que estão inseridos.

Quanto às consequências dessa diminuição da demanda no atendimento dos programas da AB e a descontinuidade dos programas, a maioria dos entrevistados acredita que irá ocorrer uma agudização das condições crônicas a curto e médio prazo. *“Eu acho que principalmente os grupos de risco, hipertensos e diabéticos vão descompensar, [...]a longo*

prazo esses pacientes vão precisar de muito mais coisa, fisioterapia, especializado, vai impactar pra caramba, toda a continuidade do atendimento que ficou parado né' (E7).

A AB durante a pandemia foi desmobilizada de suas ações de rotina de cuidado às populações adscritas, ficando sem realizar a maioria de suas ações de promoção e prevenção em saúde e os profissionais de saúde que ali realizavam suas atividades foram remanejados para a área hospitalar. Para Seixas et al. (2021), seria crucial neste momento de pandemia a comparecimento dos membros das equipes de saúde com presença ativa junto à população, reafirmando a potência dos cuidados de proximidade como parte das ações táticas para se defender a vida e evitar mais mortes. As ações diretamente realizadas nos locais de maior insegurança poderiam ter papel decisivo neste momento, articulando-se com diferentes coletivos e organizações com a finalidade de construir estratégias de proteção e identificando situações de extrema precariedade e articulando ações intersetoriais para promover estratégias de segurança epidêmica, alimentar, entre outras para as populações cada vez mais empobrecidas.

Os vínculos que já possuíam fragilidades, em especial devido à grande rotatividade de profissionais, foram ainda mais impactados com a pandemia *“Acho que foi terrível porque a gente perdeu o vínculo com o paciente, gestante, todos os grupos na verdade, gestante, idoso, hipertenso, a gente perdeu totalmente o vínculo e controle que a gente vinha fazendo aquele trabalho de cuidar do paciente. Até hoje tem crianças que eu não conheço” (E8).*

Sarti et al. (2020) colocam que a APS é um importante pilar frente a situações emergenciais, pois possui o conhecimento do território, facilita o acesso, vínculo entre o usuário e a equipe de saúde e tem a integralidade da assistência como princípio, sendo fundamental no monitoramento das famílias vulneráveis e o acompanhamento dos casos suspeitos e leves de Covid-19. Cabe também à equipe de APS a abordagem de problemas oriundos do isolamento social prolongado e a precarização da vida social e econômica, como transtornos mentais, violência doméstica, alcoolismo, agudização ou desenvolvimento de agravos crônicos, cujas consequências são de difícil previsão.

No Brasil, assim como internacionalmente, as principais ações para responder à crise tem como foco o distanciamento físico, a testagem e o aumento do número de leitos hospitalares para pessoas com Covid-19, especialmente de UTI. Em muitas cidades brasileiras, para se atingir esse último objetivo ocorreram aberturas de leitos específicos em hospitais públicos e privados para pacientes com Covid-19; interrupção de atividades

eletivas em ambulatórios e hospitais, além da preparação destes para receber pacientes infectados pela Covid-19; construção de hospitais de campanha; aquisição de insumos, respiradores e outros equipamentos, além da contratação emergencial de profissionais e capacitação para sua atuação. A criação de centros de referência para Covid-19 tem sido outra medida implantada pelos municípios, com a finalidade de triagem e primeiro atendimento aos sintomáticos respiratórios, o que gera desativação de outros serviços e centralização da avaliação dos suspeitos (SEIXAS et al., 2021).

Os autores apontam ainda que as ações dos gestores de saúde alicerçadas na subjetivação do modelo biomédico, que se fundamenta na medicina científica moderna, para a qual a doença consiste em um defeito biológico-mecânico, levou a um investimento tecnicista da atenção à saúde, centrada na incorporação de tecnologias duras o que foge de um conceito mais amplo de saúde, que inclui as singularidades, as relações, inclusões e exclusões, valores e culturas, que certamente influenciam a possibilidade e o curso dos adoecimentos.

Estudo realizado por Teixeira et al. (2020) levantou problemas no que diz respeito à disponibilidade e distribuição das diversas categorias profissionais para atender às necessidades de funcionamento adequado dos serviços, nos vários níveis de atenção, assim como problemas relacionados com a gestão do trabalho, os mecanismos de contratação, qualificação e valorização da força de trabalho neste setor. Chamam a atenção para a necessidade de uma política de desenvolvimento de recursos humanos em saúde que valorize o planejamento, a regulação das relações de trabalho e a educação permanente dos profissionais e trabalhadores do setor, em oposição do que se observa no cotidiano da gestão do SUS a nível federal, estadual e municipal.

Para Seixas et al. (2021), a falta de coordenação em países que não articularam a rede de serviços em saúde, incorporando as tecnologias adequadas a cada momento, acabaram por não obter sucesso em suas ações.

Nesse sentido, o modelo biomédico hospitalocêntrico privatista hegemônico tem se revelado um fracasso ao trabalhar sozinho, isolado de uma rede ampliada e desconectado dos territórios de existência. Essa situação coloca, então, uma grande discussão: sem um sistema universal de saúde que articule as tecnologias de cuidado – leves, leve-duras e duras – em um arranjo tecnológico que torne mais efetivas as ações de enfrentamento da Covid-19, menores serão as possibilidades de ultrapassar a pandemia com menor perda de vidas (SEIXAS et al., 2021, p.8).

Além disso, no Brasil, a APS tem sido seriamente afetada pelas mudanças na lógica de financiamento ocorrida nos últimos anos, o subfinanciamento do SUS, o congelamento dos gastos, a deteriorização dos serviços e da precarização da força de trabalho estão entre os efeitos negativos, configurando uma crise permanente do sistema de saúde intensamente afetada pela reorganização das políticas de saúde adotadas (TEIXEIRA et al., 2020).

O curso da pandemia e seus impactos nas redes locais de saúde são definidos pelo enfrentamento político que tem sido dado para a mesma. No Brasil, assim como Milão e Nova Iorque, os discursos e ações contraditórias entre diferentes instâncias do governo no que se refere ao reconhecimento da gravidade do problema tiveram como consequência o aumento acelerado de casos de Covid-19, sobrecarregando a rede hospitalar pública já sucateada e elevando o número de mortes evitáveis (SEIXAS et al., 2021).

A APS, segundo Sarti et al. (2020), é potente na redução de iniquidades em saúde, devendo ser fortalecida como uma das mais importantes respostas do setor de saúde à pandemia devido seu alto grau de capilarização e o alcance de parcelas da população expostas a riscos excessivos devido a suas condições de vida. Discursos e práticas de redução do tamanho do Estado, da flexibilização das leis trabalhistas, o desmonte do sistema de proteção social, a desvalorização e a falta de investimento em ciência, além da precarização de serviços públicos de saúde, são colocadas em xeque frente a pandemias como a do Covid-19. A crise não se resume somente a uma questão sanitária, mas sim aos campos político, social e econômico que demandam um conjunto de medidas que se sobrepõem à contenção da cadeia de transmissão do vírus.

Nota apresentada pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), núcleo do Paraná, traz uma análise sobre a condução da pandemia no estado, considerando as fragilidades que levaram ao agravamento do cenário. Entre elas, encontram-se: o alinhamento do governo estadual com as ações e omissões do desgoverno federal, no qual apresentou postura de um discurso único, impermeável a críticas e sugestões, limitando a contribuição de instituições acadêmicas, de outras instâncias da gestão pública e da própria sociedade. A falta de articulação do poder público na política de rastreamento e monitoramento dos contatos de casos confirmados, favorecendo o descontrole da doença; a postura frente à Atenção Básica, que foi colocada de lado, centralizando a discussão na assistência de alta complexidade, como quantidade de leitos hospitalares e ocupação de leitos da UTI, além da responsabilização individual no controle da pandemia, retirando do estado a responsabilidade sobre o controle da pandemia. A falta de uma matriz de risco clara para

todas as regionais de saúde fragilizou a tomada de decisão dos Centro de Operações Estratégicas (COEs) dos municípios, permitindo as mais diversas influências, em especial políticas, na tomada de decisões e construção de decretos municipais. A interrupção de estratégias exitosas como o Programa de Apoio Institucional para Ações Extensionistas de Prevenção, Cuidados e Combate à Pandemia do Novo Coronavírus, financiado pela Fundação Araucária de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Estado do Paraná (FA) em parceria com a SESA, Superintendência Geral de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (SETI), que permitiu a prevenção, o registro epidemiológico da Covid-19 e o atendimento da população em diversos estados, colaborando com o Plano de Contingência do Estado do Paraná. A nota denuncia o aumento da mortalidade materna no Paraná, devido à demora na criação de estratégias de enfrentamento específicas para este grupo de risco, além da demora na divulgação da mudança do padrão dos óbitos, que não mais se concentrou nas gestantes de alto risco, mas sim em todas as gestantes no último trimestre, puérperas e também as gestantes com comorbidades (CEBES, 2021).

A postura negacionista do presidente Jair Bolsonaro, que segundo Calil (2021), desde o início da pandemia mostrava-se contra as próprias orientações do Ministério da Saúde, bloqueando ações que já eram tomadas em outros países, como por exemplo, o impedimento de partidas e chegadas de cruzeiros na costa brasileira entre tantas outras ações, evidenciam a postura de desqualificação das medidas necessárias para a contenção da doença e este propagou falsas ilusões com divulgação de medicamentos sem eficiência comprovada, sabotando as políticas de contenção que estavam sendo desenvolvidas no âmbito dos estados e municípios, naturalizou a morte e se utilizou de uma espécie de teoria da conspiração para justificar sua postura. Bolsonaro conseguiu eliminar a possibilidade de contenção efetiva da doença e apresentou um falso dilema entre salvar vidas ou salvar a economia, atribuindo a responsabilidade pela crise aos defensores do isolamento social, embora a sua postura política seja a responsável pela crise ao prolongar a vigência da pandemia.

No Brasil, para Ximenes et al. (2021), a crise enfrentada pela população é tripla, pois abrange os setores político, sanitário e econômico, tendo em vista que o governo federal se coloca em uma postura contrária às experiências de outros países, assim como as recomendações da OMS. Para os autores, a pandemia encontrou um país onde duras medidas de cunho neoliberais, socioeconômicas e políticas colaboraram para sua imersão num período de estagnação econômica, ampliada por fortes restrições da utilização de recursos públicos para financiar políticas sociais, além do agravamento do subfinanciamento do SUS

em razão do teto de gastos para saúde e educação, conferido pela PEC 95/168. Além destes, os autores colocam que para a efetivação das medidas de distanciamento social, são necessárias de forma concomitante as políticas de competência do governo federal, de proteção social voltadas às populações mais vulneráveis, tendo em vista a desigualdade social e pobreza e o amplo contingente da população (41,3%) que está inserida no mercado informal de trabalho e submetida às precárias condições de trabalho.

6 CONCLUSÕES

Os resultados da pesquisa mostraram um perfil dos entrevistados – gestores e profissionais da AB – com algumas especificidades como a presença de 50% dos gestores do sexo feminino, evidenciando a tendência de aumento do número de mulheres a ocupar cargos de gestão e que metade dos gestores não era da área da saúde.

Retomando o objetivo geral da pesquisa de analisar os resultados da implementação do APSUS em municípios de região de fronteira do Paraná que receberam algum tipo de selo de qualidade, é possível afirmar que o Programa trouxe benefícios aos municípios participantes, em especial no que diz respeito à organização e planejamento das ações da equipe, com destaque para a padronização dos protocolos, sendo este citado por todos os entrevistados. Entre os principais entraves apontados encontram-se principalmente a descontinuidade do programa e a falta de ações voltadas a municípios da região de fronteira.

Em relação aos indicadores de saúde analisados, não houveram alterações significativas na maioria dos municípios durante a vigência do Programa de Qualificação da Atenção Primária, mas chama a atenção que alguns indicadores como a cobertura vacinal e a mortalidade infantil apresentam taxas mais elevadas que a do estado do Paraná, podendo ser explicadas pelo atendimento à população transfronteiriça nestas localidades.

Várias barreiras foram encontradas na realização desta pesquisa, em especial a troca de gestão estadual e descontinuidade do Programa, a alta rotatividade de funcionários, o que dificultou a entrevista de profissionais que participaram de todo o processo de implantação e implementação do programa, a sobrecarga de trabalho dos funcionários da atenção primária, além da pandemia de Covid-19, que impossibilitou a entrevista presencial e sobrecarregou ainda mais os gestores e trabalhadores de saúde.

Avaliar os programas implantados mostra-se de suma importância tendo em vista que trazem alterações no processo de trabalho e evidenciam as dificuldades e potencialidades dos programas, além de demonstrar as consequências da descontinuidade dos mesmos. Dentre os municípios avaliados, somente Barracão e Itaipulândia conseguiram uma continuidade no programa avançando com o Selo Prata, as outras unidades ficaram somente no primeiro momento do APSUS, com o Selo Bronze, que visava à organização das unidades de saúde.

Pelos resultados, pode-se afirmar que a implementação do programa não resultou em mudanças permanentes no trabalho das equipes, que pudessem contribuir para consolidar o

SUS, empoderando de forma efetiva as equipes de saúde, visto que com o término do programa tanto gestores como enfermeiros relataram a descontinuidade das ações.

Por fim, pode-se afirmar que municípios de região de fronteira enfrentam em seu dia a dia barreiras que não são encontradas por municípios não fronteiriços, como a falta de protocolos para atendimento desta população, além da ausência de políticas públicas voltadas ao transfronteiriço. A uniformidade da documentação solicitada, a falta de registros dos atendimentos, além do preconceito com esta população foram apontados como nós críticos.

A pandemia de Covid-19 trouxe inúmeras mudanças e desafios na atenção à saúde, em especial para a APS que já vem sofrendo uma série de ataques e desmonte, sendo deixada de lado no momento tão importante como a pandemia. A descontinuidade dos programas, a sobrecarga de trabalho e a falta de padronização das ações de combate à pandemia poderão trazer consequências com agravamento de problemas de saúde.

7 REFERÊNCIAS

AIKES, S.; RIZZOTTO, M.L.F. **Integração regional em cidades gêmeas do Paraná, Brasil, no âmbito da saúde.** Cad. Saúde Pública 2018; 34(8):e00182117. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2018.v34n8/e00182117/pt>. Acesso em: 07 de maio de 2021.

AIKES, S.; RIZZOTTO, M.L.F. **A saúde em região de fronteira: o que dizem os documentos do Mercosul e Unasul.** Saúde Soc. São Paulo, v.29, n.2, e180196, 2020 1. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2020.v29n2/e180196/pt>. Acesso em: 14 de março 2021.

ALMEIDA, E.R.; et al. **Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017).** Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e180. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.180>. Acesso em: 15 de out. 2020.

ALVES, T. F., COELHO, A. B. **Mortalidade infantil e gênero no Brasil: uma investigação usando dados em painel.** Ciência & Saúde Coletiva, 26(4):1259-1264, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2021.v26n4/1259-1264/pt>. Acesso em: 26 de junho de 2021.

AMARAL, V.S., et al. **Os nós críticos do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde: uma pesquisa-ação.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 31(1), e310106, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2021.v31n1/e310106/pt>. Acesso em: 07 de abril 2021.

ARAUJO, L., RODRIGUES, M.L. **Modelo de Análise das Políticas Públicas.** Sociologia, Problemas e Práticas, n.º 83, 2017, pp. 11-35. DOI:10.7458/SPP2017839969. Disponível em : <file:///D:/Users/User/Downloads/spp-2662.pdf>. Acesso em: 07 de dezembro 2020.

ARCARI, J.M., et al. **Perfil do gestor e práticas de gestão municipal no Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com porte populacional nos municípios do estado do Rio Grande do Sul.** Ciência & Saúde Coletiva, 25(2):407-420, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2020.v25n2/407-420/pt>. Acesso em 01 de agosto de 2021.

ARROYO, L.H., et al. **Áreas com queda da cobertura vacinal para BCG, poliomielite e tríplice viral no Brasil (2006-2016): mapas da heterogeneidade regional.** Cad. Saúde Pública 2020; 36(4):e00015619. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2020.v36n4/e00015619/pt>. Acesso em: 12 de abril 2021.

BAPTISTA, T.W.F.; REZENDE, M. **A ideia de ciclo na análise de políticas públicas.** In MATTOS, R.A.; BAPTISTA, T.W.F. (Org). Caminhos para análise das políticas de saúde, 1.ed.– Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015

BARBOSA, Y. C.; et al. **Fatores associados à não realização de mamografia: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.** Rev Bras Epidemiol 2019; 22: E190069. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rbepid/2019.v22/e190069/pt>. Acesso em: 20 fev. 2020.

BEZERRA, C.B., et al. **Impacto psicossocial do isolamento durante pandemia de covid-19 na população brasileira: análise transversal preliminar**. Saúde Soc. São Paulo, v.29, n.4, e200412, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2020.v29n4/e200412/pt>. Acesso em: 28 de julho de 2021.

BEZERRA, I.C.A. et al. **Desafios à Gestão do Desempenho: análise lógica de uma Política de Avaliação na Vigilância em Saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, 25(12):5017-5028, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2020.v25n12/5017-5028/pt>. Acesso em: 22 de abril 2021.

BORGES, T.M.B; DETONI, P.P. **Trajetórias de feminização no trabalho hospitalar**. Cad. psicol. soc. trab. 2017, v. 20, n. 2, pp: 143- 157. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cpst/v20n2/a04v20n2.pdf>. Acesso em: 15 de março 2021.

BRANDÃO, A. L., et al. **Estrutura e adequação dos processos de trabalhos no cuidado à obesidade na Atenção Básica brasileira**. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 44, n. 126, p. 678-693, jul-set 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2020.v44n126/678-693/pt>. Acesso em: 22 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.120, de 6 de julho de 2005**. Elaboração do Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS Fronteiras. Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2005 jul. 7; Seção 1.p 48-49.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.188, de 5 de junho de 2006**. Nova redação a Portaria 1.120 que instituiu o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS Fronteiras. Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1188_05_06_2006.html. Acesso em: 20 de abril de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Sistema e Planejamento do SUS: uma construção coletiva. Monitoramento e avaliação: processo de formulação, conteúdo e uso dos instrumentos do Planeja SUS**. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014 a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para**

Vacinação / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014 b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 622, de 23 de abril de 2014 b**: Elaboração dos Prazos para conclusão das ações previstas no Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS Fronteira) e sobre o repasse e incentivo financeiro. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2014 mai. 24; Seção 1. p 27. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0622_23_04_2014.html. Acesso em: 20 de abril de 2020.

_____. Lei Nº 13.445, de 24 de maio de 2017. Institui a Lei de Migração. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 de maio de 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação de políticas públicas: guia prático de análise ex post**, volume 2 / Casa Civil da Presidência da República ... [et al.]. – Brasília: Casa Civil da Presidência da República, 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.499, de 23 de setembro de 2019b**. Estabelece o registro de dados de aplicação de vacinas não mais no SI-PNI. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.499-de-23-de-setembro-de-2019-217773758>. Acesso em: 10 fevereiro 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União. Brasília, DF. Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/portaria2436.pdf>. Acesso em: 10 de fevereiro 2021.

BRITO, G.E.G., et al. **Perfil dos trabalhadores da estratégia saúde da família de uma capital do nordeste do Brasil**. Rev APS. 2016;19(3):434-45. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15770>. Acesso em: 7 abril 2021.

CABRAL, E.R.M., et al. **Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de COVID-19**. InterAm J Med Health 2020;3:e202003012. Disponível em: <https://iajmh.emnuvens.com.br/iajmh/article/view/87/130>. Acesso em: 4 novembro de 2020.

CALIL, G.G. **A negação da pandemia: reflexões sobre a estratégia bolsonarista**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 140, p. 30-47, jan./abr. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/ZPF6DGX5n4xhfJNTypm87qS/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 22 de junho de 2021.

CAMPOY, L. T. et al. **A distribuição espacial e a tendência temporal de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde e para a Saúde Suplementar, Brasil, 2005 a**

2016*. Epidemiol. Serv. Saude, Brasília, 29(2):e2018376, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/ress/2020.v29n2/e2018376/pt>. Acesso em: 10 maio 2021.

CAMPOS, C.J. G. **Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde**. Rev Bras Enferm, Brasília (DF) 2004 set/out;57(5):611-4. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5.pdf>. Acesso em: 15 março 2020.

CARDOSO, M. L. M., et al. **A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática**. Ciência & Saúde Coletiva, 22(5):1489-1500, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n5/1413-8123-csc-22-05-1489.pdf>. Acesso em: 07 maio 2021.

CARVALHO, A. L.B. *et. al.* **A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para o desenvolvimento de uma agenda estatística**. Ciência & Saúde Coletiva, 2012. Disponível em <https://www.scielo.org/pdf/csc/2012.v17n4/901-911/pt>. Acesso em: 02 novembro 2019.

CASTRO, C. P. **Avaliação da utilização do método de apoio Paideia em saúde: clínica ampliada e cogestão**. Campinas: UNICAMP, 2011. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/>. Acesso em: 06 de abril de 2020

CAVALCANTE, R.B., CALIXTO, P., PINHEIRO, M.M.K. **Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método**. Inf. & Soc.:Est., João Pessoa, v.24, n.1, p. 13-18, jan./abr. 2014. Disponível em: https://www.ets.ufpb.br/pdf/2013/2%20Metodos%20quantitat%20e%20qualitat%20-%20IFES/An%C3%A1lise%20de%20Conte%C3%BAdo/cavalcante_calixto%20e%20pinheiro%20analise%20se%20conteudo_pdf_ba8d5805e9_0000018457.pdf. Acesso em: 20 abril 2021.

CAVALLI, A. A. S. **Análise da implementação do programa na atenção primária à saúde em municípios do oeste do Paraná que receberam selo prata**. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual do Oeste do Paraná, campus Cascavel. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde, 2020.

CEBES. **A gestão da pandemia no Paraná: como chegamos a 25 mil mortes**. Disponível em: <http://cebes.org.br/2021/05/a-gestao-da-pandemia-no-parana-como-chegamos-a-25-mil-mortes/>. Acesso em: 29 de junho de 2021.

DALFIOR, E.T., LIMA, R.C.D, ANDRADE, M.A.C. **Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde**. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 210-225, JAN-MAR 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00210.pdf>. Acesso em: 02 de dezembro 2020.

DAUMAS, R. P., et al. **O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19**. Cad. Saúde Pública 2020; 36(6):e00104120. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2020.v36n6/e00104120/pt>. Acesso em: 7 de novembro de 2020.

DOMINGUES, C.M.A.S., et al. **46 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma história repleta de conquistas e desafios a serem superados.** Cad. Saúde Pública 2020; 36 Sup 2:e00222919. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2020.v36suppl2/e00222919/pt>. Acesso em: 5 de abril 2021.

DRACHLER, M.L., et al. **Proposta de metodologia para selecionar indicadores de desigualdade em saúde visando definir prioridades de políticas públicas no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2003.v8n2/461-470/pt>. Acesso em: 15 dezembro 2019.

FACCHINI, L.A. **A declaração de Alma-Ata se revestiu de uma grande relevância em vários contextos-** entrevista. Portal EPSJV/Fiocruz- 14/09/2018. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/a-declaracao-de-alma-ata-se-revestiu-de-uma-grande-relevancia-em-varios>. Acesso em: 01 março 2020.

FARIA, H.P., et al. **O processo de trabalho em atenção básica a saúde.** Núcleo de educação em saúde coletiva. Faculdade de Medicina de Minas Gerais, 2009. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4248.pdf>. Acesso em 15 de junho de 2020.

FERTONANI, H.P., et al. **Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira.** Ciência & Saúde Coletiva, 20(6):1869-1878, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1869.pdf>. Acesso em: 01 março 2020.

FELISBERTO, E. **Da Teoria à Formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate.** Ciência & Saúde Coletiva, 11 (3)- 553-563, 2006. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30969.pdf>. Acesso em: 10 novembro 2019.

FERNANDES, N. F.S., et al. **Acesso ao exame citológico do colo do útero em região de saúde: mulheres invisíveis e corpos vulneráveis.** Cad. Saúde Pública 2019; 35(10):e00234618. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2019.v35n10/e00234618/pt>. Acesso em: 29 de junho de 2021

FERREIRA, V.L.R.; et al. **Avaliação de coberturas vacinais de crianças em uma cidade de médio porte (Brasil) utilizando registro informatizado de imunização.** Cad. Saúde Pública 2018; 34(9):e00184317. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n9/1678-4464-csp-34-09-e00184317.pdf>. Acesso em: 07 fevereiro 2020.

GADELHA, C.A.G; COSTA L. **Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n.2, p.p. 214-226, 2007. Suplemento. (1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001400011. Acesso em: 25 de junho de 2019.

GADELHA, C.A.G., et al. **Acesso a vacinas no Brasil no contexto da dinâmica global do Complexo Econômico-Industrial da Saúde.** Cad. Saúde Pública 2020; 36 Sup

2:e00154519. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2020.v36suppl2/e00154519/pt>. Acesso em: 7 de abril de 2021.

GALOVETE, H. S., et al. **A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des)potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde**. Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.4, p.988-1002, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n4/1984-0470-sausoc-25-04-00988.pdf>. Acesso em: 18 de maio 2021.

GARRIDO-PINZÓN, J., BERNARDO M.H. **Vivências de trabalhadores da saúde em face da lógica neoliberal: um estudo da atenção básica na Colômbia e no Brasil**. Cad Saude Pública. 2017;33(9):e00050716. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ZZCG7cYCr9TRMfpy9SnVdzw/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 17 de junho de 2021.

GIOVANELLA, L. **Atenção primária à saúde seletiva ou abrangente**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S7-S27, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/05.pdf>. Acesso em: 02 junho 2019.

GIOVANELLA, L. **Atenção básica ou atenção primária à saúde?**. Cad. Saúde Pública 2018; 34(8):e00029818. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2018.v34n8/e00029818/pt>. Acesso em: 08 de agosto de 2020.

GIOVANELLA, L. et al. **Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 Sup 2:S251-S266, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/c3dJ5WtjKZZw5JyvVCN93fB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 de maio de 2020.

GIOVANELLA, L. et al. **De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental**. Caderno de Saúde Pública, 2019; 35 (3):e 0001, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2019.v35n3/e00012219/pt>. Acesso em: 22 junho 2019.

GLERIANO, J.S., et al. **Gestão do trabalho de equipes da saúde da família**. Esc Anna Nery 2021;25(1):e20200093. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/MmS9HhvNsTs9kdKtV4TN9sy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 de junho de 2021.

GOMES, C.B.S. et al. **Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família**. Ciência & Saúde Coletiva, 25(4):1327-1337, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2020.v25n4/1327-1338/pt>. Acesso em: 7 de fevereiro de 2021.

GONÇALVES, L.A.P. **Mais um ministério de farda: coronavírus e militarismo, a dupla carga epidêmica sobre a Saúde**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.

30(4), e300401, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2020.v30n4/e300401/pt>. Acesso em: 10 de março de 2021.

GONSALVES, E.P. Iniciação à pesquisa científica. Campinas, SP: Alínea, 2001.

GUERRA, K.; VENTURA, M.; **Bioética, imigração e assistência à saúde: tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na integração regional dos países.** Cad. Saúde Coletiva. RJ, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/Bjx3pCWycxxjHDSZ5yMn7yg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 de junho de 2020.

HARTZ, ZMA., org. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p. ISBN 85-85676-36-1. Available from SciELO Books .

HARTZ, Z.M.A., e SILVA, L.M.V. orgs. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde** [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, 275 p. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/xzdnf/epub/hartz-9788575415160.epub>. Acesso em: 14 dezembro 2019.

HORTELAN M.S., et al. **Papel do gestor de saúde pública em região de fronteira: scoping review.** Acta Paul Enferm. 2019;32(2):229-36. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v32n2/1982-0194-ape-32-02-0229.pdf>. Acesso em: 20 de abril de 2020.

IACABO, P., FURTADO, J.P. **Núcleos de Apoio à Saúde da Família: análises estratégica e lógica.** Saúde Debate. Rio de Janeiro, V. 44, N. 126, P. 666-677, Jul-Set 2020. <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2020.v44n126/666-677/pt>. Acesso em: 06 junho de 2021.

KALE, P.L.; et al. **Ameaça à vida ao nascer: uma análise das causas de morte e estimativa de sobrevivência de menores de cinco anos em coortes de nascidos vivos.** Cad. Saúde Pública 2019; 35(7):e00186418. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v35n7/1678-4464-csp-35-07-e00186418.pdf>. Acesso em: 19 fevereiro 2020.

LEMOS, C. L. S. **Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente?.** Ciência & Saúde Coletiva, 21(3):913-922, 2016 Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n3/1413-8123-csc-21-03-0913.pdf>. Acesso em: 22 maio de 2021.

LEVINO, A.; CARVALHO, E.F. **Análise comparativa dos sistemas de saúde da tríplice fronteira: Brasil/Colômbia/Peru.** 2011;30(5):490–500. Rev Panam Salud Publica 30(5), 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2011.v30n5/490-500/pt>. Acesso em: 19 junho 2019.

LIMA, K.W.S.; ANTUNES,J.L.F.; SILVA, Z.P. **Percepção dos gestores sobre o uso de**

indicadores nos serviços de saúde. Saúde Soc. São Paulo, v.24, n.1, p.61-71, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0061.pdf>. Acesso em: 07 janeiro 2020.

LOCH, S. **Desafios e estratégias no gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde.** Saúde Debate. Rio de Janeiro, V. 43, N. especial 6, P. 48-58, Dez 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2019.v43nspe6/48-58/pt>. Acesso em: 15 de maio de 2021.

LOPES, F.C., et al. **Hanseníase no contexto da Estratégia Saúde da Família em cenário endêmico do Maranhão: prevalência e fatores associados.** Ciência & Saúde Coletiva, 26(5):1805-1816, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2021.v26n5/1805-1816/pt>. Acesso em: 3 de julho de 2021.

LUNA, W.F.; BERNARDES, J.S. **Tutoria como Estratégia para Aprendizagem Significativa do Estudante de Medicina.** Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro , v. 40, n. 4, p. 653-662, Dec. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000400653&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 de julho de 2021.

MACIEL, E.L.N., et al. **Avaliação dos egressos do curso de especialização em Saúde da Família no Espírito Santo, Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, 15(4):2021-2028, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2010.v15n4/2021-2028/pt>. Acesso em: 22 de abril 2021.

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.** Ciência & Saúde Coletiva, 25(Supl.2):4185-4195, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2020.v25suppl2/4185-4195/pt>. Acesso em: 15 de março de 2021.

MACHADO, J. C., COTTA, R. M. M., SOARES, J. B. **Reflexões sobre o processo de municipalização das políticas de saúde: a questão da descontinuidade político-administrativa.** Interface, Comunicação Saúde, Educação 2015; 19(52):159-70 Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2015.v19n52/159-170/pt>. Acesso em: 04 de maio 2021.

MACHADO, M.H., XIMENES NETO, F.R.G. **Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios.** Ciência & Saúde Coletiva, 23(6):1971-1980, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2018.v23n6/1971-1979/pt>. Acesso em: 15 fevereiro de 2021.

MACHADO, M. H. et al. **Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico.** Enferm. Foco 2015; 6 (1/4): 11-17. Disponível em: [file:///D:/Users/User/Downloads/686-1743-1-SM%20\(3\).PDF](file:///D:/Users/User/Downloads/686-1743-1-SM%20(3).PDF). Acesso em: 15 de junho de 2021.

MARTINEZ, V.R.M.E. **O acesso dos usuários transfronteiriços paraguaios aos serviços**

públicos de saúde no Brasil. (154 f.). Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientadora: Dr^a Ana Maria de Almeida. Foz do Iguaçu, 2020.

MARTINS, P.C.R., PONTES, E.R.J.C. **Mortalidade infantil por causas evitáveis em municípios de fronteira e não fronteira.** Cad Saúde Colet, 2020;28(2):201-210. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028020096>. Acesso em: 25 setembro 2020.

MASSUDA, A. **Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?.** Ciência & Saúde Coletiva, 25(4):1181-1188, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2020.v25n4/1181-1188/pt>. Acesso em : 12 de dezembro 2020.

MATTA, G.C., MOROSINI, M.V.G. **Atenção Primária à Saúde.** In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>. Acesso em: 04 junho de 2020.

MATIAS-PEREIRA, J. **Manual de Metodologia da Pesquisa Científica.** 3ª edição. São Paulo: Atlas, 2012.

MENDES, E.V. **O cuidados das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

_____. E. V. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. 2015.

_____. E. V. **Desafios do SUS.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. 2019.

MENDES, L. V., et al. **Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal.** Saúde Debate. Rio de Janeiro, V. 38, N. especial, P. 109-123, out 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/n4Nwv8hcvy7MLNsXTFDC8hr/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 12 de junho de 2021.

MENDONÇA, M. H. M. et al. **Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2355-2365, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a11.pdf>. Acesso em: 23 de maio de 2021.

MENEZES, E.L.C., et al. **Modos de produção do cuidado e a universalidade do acesso – análise de orientações federais para o trabalho das equipes da APS no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, 25(5):1751-1763, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2020.v25n5/1751-1764/pt>. Acesso em: 02 de fevereiro de 2021.

MENEZES, L.S., et al. **Estudo comparativo entre indicadores assistenciais de saúde**

bucal na Atenção Básica em Recife, Pernambuco. Saúde Debate, Rio de Janeiro, V. 45, N. 128, P. 152-163, Jan-Mar 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2021.v45n128/152-163/pt>. Acesso em junho: 13 de junho de 2021.

MELO, E. A. et al. **Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios.** Saúde e Debate, Rio de Janeiro, V. 42, Número especial 1, P. 38-51, Setembro 2018, Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe1/38-51/pt>. Acesso em: 17 de outubro de 2020.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12 ed.; São Paulo: HUCITEC, 2010.

MOREIRA, D. C., et al. **Avaliação do trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) por usuários, segundo os atributos da atenção primária.** Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2020.v36n12/e00031420/pt>. Acesso em: 13 de junho de 2021.

MOROSONI, 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, Rio de Janeiro, v.42, n. 116. P 11-24, jan-mar 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0011.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2020.

NOGUEIRA, V.M.R.; FAGUNDES, H.S. **A Implementação do SIS Fronteiras- Perspectivas para a ampliação do direito à saúde na fronteira Arco Sul.** Serv. Soc. & Saúde, Campinas, SP, v. 13, n. 2 (18) p. 245-260. Jul/dez. 2014.

NOVAES H. M. D **Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde** Rev. Saúde Pública, 34 (5): 547-59, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n5/3227.pdf>. Acesso em: 13 março 2020.

NUNES, E.F.P.A., et al. **Força de trabalho em saúde na Atenção Básica em Municípios de Pequeno Porte do Paraná*.** Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 29-41, Jan-Mar 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00030.pdf>. Acesso em: 04 de fevereiro 2021.

O' DWYER G., et. al. **A crise financeira e a saúde: o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva 24(12): 4555-4567, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2019.v24n12/4555-4568/pt>. Acesso em: 20 dezembro 2019.

OLIVEIRA, M. M., PEDRAZA, D. F. **Contexto de trabalho e satisfação profissional de enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família.** Saúde Debate. Rio de Janeiro v. 43, N. 122, p. 765-779, jul-set 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43n122/0103-1104-sdeb-43-122-0765.pdf>. Acesso em: 15 dezembro 2019.

OLIVEIRA, I. V. **Educação Permanente em Saúde e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: um estudo transversal e descritivo.** Saúde Debate Rio de Janeiro, V. 44, N. 124, P. 47-57, Jan-Mar 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/8w7BsHDDS97nhJBYYrByvvKz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 de junho de 2021.

OLIVEIRA, M. M., et al. **Cobertura de exame Papanicolaou em mulheres de 25 a 64 anos, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde e o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, 2013.** Rev Bras Epidemiol 2018; 21: e180014, Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v21/1980-5497-rbepid-21-e180014.pdf>. Acesso em: 02 de fevereiro 2020.

OLIVEIRA, R. T. Q., et al.. **Matriz de avaliação de programas de promoção da saúde em territórios de vulnerabilidade social.** Ciência de saúde coletiva 2017; 22(2): Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n12/1413-8123-csc-22-12-3915.pdf> Acesso em Agosto/2018. Acesso em: 14 janeiro 2020

OMS. **Declaração de Alma-Ata: conferência internacional sobre cuidados de saúde primários,** Alma-Ata, URSS; 6-12 September 1978. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 1 março 2020.

PAIM, J. S. **Modelos de atenção à saúde no Brasil.** In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 547-573

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **A Tutoria na APS.** Secretaria de Saúde do Paraná- Curitiba, 2018a.

_____. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Tutoria na Atenção Primária à Saúde. Manual Operativo Selo Bronze.** Secretaria de Saúde do Paraná- Curitiba, 2018b.

_____.Secretaria de Estado da Saúde. **Resolução SESA-PR 741/2018, de 20 de setembro de 2018 – Institui e regulariza a Tutoria como Processo de Qualidade 99 na APS.** Curitiba: SESA, 2018c. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/>. Acesso em: dezembro 2020.

_____.Secretaria de Estado da Saúde. **Boletim epidemiológico Tuberculose.** Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde. Curitiba, 2021.

PEREIRA, B. S., TOMASI, E. **Instrumento de apoio à gestão regional de saúde para monitoramento de indicadores de saúde*.** Epidemiol. Serv. Saude, Brasília, 25(2):411-418, abr-jun 2016 Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/ress/2016.v25n2/411-418/pt>. Acesso em: 15 de junho de 2021.

PERTILE, K.C. et al. **O uso de ferramentas no processo de formação de gerentes de Unidades Básicas de Saúde: um relato de experiência.** Saúde Debate. Rio de Janeiro, V. 43, N. especial 6, P. 117-128, dez 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2019.v43nspe6/117-128/pt>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2021.

PINHEIRO, M.G.C.; et al. **Compreendendo a “alta em hanseníase”: uma análise de conceito.** Rev Gaúcha Enferm. 2017;38(4):e63290. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n4/1983-1447-rgenf-38-04-e63290.pdf>. Acesso em: 01 fevereiro 2020.

PINTO, L. F., GIOVANELLA L. **Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB).** Ciência & Saúde Coletiva, 23(6): 1903-1913, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1903.pdf>. Acesso em: 02 dezembro 2019.

PINTO, I. C. M.; SILVA, L. M. V.; BAPTISTA, T. V. F. **Ciclo de uma política pública de saúde: problematização, construção da agenda, institucionalização, formulação, implementação e avaliação.** In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 69-81

PRATA, L.M.G.M.; et al. **Furando ondas para a qualificação dos gerentes de Unidades Básicas de Saúde.** Saúde Debate. Rio de Janeiro, V. 43, N. Especial 6, P. 154-160, DEZ 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2019.v43nspe6/154-160/pt>. Acesso em: 27 de março de 2021.

RAMOS, M. P.; SCHABBACH, L. M. **O estado da arte da avaliação de políticas públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil.** Rev. Adm. Pública — Rio de Janeiro 46(5):1271-294, set./out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v46n5/a05v46n5.pdf>. Acesso em: 16 março 2020.

REIS, E.J.F.B.; et al. **Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: Notas Bibliográficas.** Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 6(1): 50-61, jan-mar, 1990. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v6n1/v6n1a06.pdf>. Acesso em: 19 janeiro 2020.

RIBEIRO, E. M., et al. **A Teorização sobre o Processo de Trabalho em Saúde como Instrumental para Análise do Trabalho no Programa Saúde da Família.** Cad. de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2004.v20n2/438-446/pt>. Acesso em: 16 dezembro 2019.

RIBEIRO, M.D.A., SILVA, J.C.A., OLIVEIRA, SB. **Estudo epidemiológico da hanseníase no Brasil: reflexão sobre as metas de eliminação.** Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e42. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.42>. Disponível em <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2018.v42/e42/pt>. Acesso em: 28 de agosto de 2020.

RIZZOTTO, M.L.F. **Focalização em saúde.** In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/focsau.html>. Acesso em: 18 março 2020.

RIZZOTTO, M.L.F., et al. **Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná.** Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 237-251, out 2014. Disponível em : <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0237.pdf>. Acesso em: 8 de fevereiro 2021.

RIPSA. **Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: Conceitos e Aplicações.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

ROCHA, S.M.M.; ALMEIDA, M.C.P.de. **O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade.** Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, dezembro 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n6/12354>. Acesso em: 13 dezembro 2019.

ROTTA, M.F.O., NASCIMENTO, D.D.G. **Perspectivas profissionais e motivações de estudantes de Medicina para atuação na Estratégia Saúde da Família.** Interface (Botucatu). 2020; 24(Supl. 1): e190531 <https://doi.org/10.1590/Interface.190531>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/icse/2020.v24suppl1/e190531/pt>. Acesso em: 03 de agosto de 2021.

SADOVSKY, A.D.I., et al. **Índice de Desenvolvimento Humano e prevenção secundária de câncer de mama e colo do útero: um estudo ecológico.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31(7):1539-1550, jul, 2015. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2015.v31n7/1539-1550/pt>. Acesso em: 12 abril 2021. Acesso em: 20 de março de 2020.

SAFFER, D.A; MATTOS, L.V; MORAES REGO, S.R. **Nenhum Serviço de Saúde a Menos: movimentos sociais, novos sujeitos políticos e direito à saúde em tempos de crise no Rio de Janeiro, Brasil.** Saúde Debate, Rio de Janeiro, V. 44, N. ESPECIAL 1, P. 147-159, JAN 2020. <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2020.v44nspe1/147-159/pt>. Acesso em: 30 de julho de 2020.

SANTOS, C. T. **Financiamento Público do Sistema Único de Saúde em cidades gêmeas do estado do Paraná de 2000 a 2016.** 97 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientador: Maria Lúcia Frizon Rizzotto. Foz do Iguaçu, 2018.

SANTOS, D. R., et al. **Avaliação da eficácia do Programa Rede Mãe Paranaense.** Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2020.v44n124/70-85/pt>. Acesso em: 26 de junho de 2021.

SANTOS, K.C.B.; et al. **Estratégias de controle e vigilância de contatos de hanseníase: revisão integrativa.** Saúde Debate | Rio de Janeiro, V. 43, N. 121, P. 576-591, abr-jun, 2019. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2019.v43n121/576-591/pt>. Acesso em: 02 fevereiro 2020.

SANTOS-MELO, G.Z., ANDRADE, S.R., RUOFF, A.B. **A integração de saúde entre fronteiras internacionais: uma revisão integrativa.** Acta Paul Enferm. 2018;31(1):102-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v31n1/0103-2100-ape-31-01-0102.pdf>.

Acesso em: 10 de abril de 2020.

SARTI, T. D. et al. **Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?**. In: Atenção Primária à Saúde diante da pandemia. Epidemiol. Serv. Saude, Brasília, 29(2):e2020166, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/ress/2020.v29n2/e2020166/pt>. Acesso em: 10 novembro de 2020.

SEIXAS, C.T., et al. **A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela Covid-19**. Interface (Botucatu). 2021; 25(Supl. 1): e200379. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200379>. Acesso em: 23 abril 2021.

SELLERA, P.E.G., et al. **A Implantação do Sistema de Monitoramento e Avaliação da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal (SES/DF)**. Ciência & Saúde Coletiva, 24(6):2085-2094, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v24n6/1413-8123-csc-24-06-2085.pdf>. Acesso em: 04 fevereiro 2020.

SCHERER, M.D.A, et al. **Cursos de especialização em Saúde da Família: o que muda no trabalho com a formação?** Interface (Botucatu). 2016; 20(58):691- 702. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2016.v20n58/691-702/pt>. Acesso em: abril 2021.

SILVA, G.O.; ELIAS, F.T.S. **Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo: uma proposta de monitoramento estratégico**. Saúde Debate, V. 43, N. Especial 2, P. 217-233, Nov 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2019.v43nspe2/217-233/pt>. Acesso em: 03 fevereiro 2020.

SILVA, I.V. et al. **Tuberculose em áreas de fronteira: óbitos e doenças associadas**. Pleiade, 12(26): 14-22, Jul./Dez., 2018. Disponível em: <file:///D:/Users/User/Downloads/485-Texto%20do%20artigo-1567-1-10-20190612.pdf>. Acesso em: 7 de setembro de 2020.

SILVA, G.T., et al. **Planejamento e apoio no processo de trabalho das equipes de atenção básica no Nordeste: análise do PMAQ-AB (3º ciclo)**. Ciência & Saúde Coletiva, 26(5):1749-1755, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2021.v26n5/1749-1755/pt>. Acesso em: 21 de junho de 2021.

SILVA, K. L., MATOS, J. A.V., FRANÇA, B. D. **A construção da educação permanente no processo de trabalho em saúde no estado de Minas Gerais, Brasil**. Esc Anna Nery 2017;21(4):e20170060. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0060.pdf. Acesso em: 5 de maio 2021.

SILVA, P. H. B., et al. **Formação profissional em Práticas Integrativas e Complementares: o sentido atribuído por trabalhadores da Atenção Primária à Saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, 26(2):399-408, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2021.v26n2/399-408/pt>. Acesso em: 5 de maio de 2021.

SILVA, R.P., et al. **Fatores associados à realização de mamografia em usuárias da**

atenção primária à saúde em Vitória, Espírito Santo*. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 28(1):e2018048, 2019. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/ress/2019.v28n1/e2018048/pt>. Acesso em: 2 de julho de 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, Jan-Mar 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2020.v44n124/58-69/pt>. Acesso em: 7 de maio de 2021.

SILVA-SOBRINHO, R.A., et al. **Retardo no diagnóstico da tuberculose em município da tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina**. Rev Panam Salud Publica. 2012;31(6):461-8. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2012.v31n6/461-468/pt>. Acesso em: 10 de abril 2021.

SOUZA, A.N. **Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação**. Saúde Debate. Rio de Janeiro, V. 42, Número especial 1, P. 289-301, setembro 2018. Disponível em: [scielosp.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe1/289-301/pt](https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe1/289-301/pt). Acesso em: 10 de abril 2021.

SOUZA, C.D.F., et al. **Novo século, velho problema: tendência da mortalidade infantil e seus componentes no Nordeste brasileiro**. Cad Saúde Colet, 2021 Ahead of Print . Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202129010340>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/2021nahead/1414-462X-cadsc-1414-462X202129010340.pdf>. Acesso em: 10 de abril 2021.

STRADA, C.F.O. **Organização dos atendimentos de saúde aos estrangeiros de um município da tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina: uma análise da política**. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Instituto Latino Americano de Economia, Sociedade e Política. Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento. Foz do Iguaçu- PR, 2018.

SZWARCWALD, C. L., et al. **Mudanças no padrão de utilização de serviços de saúde no Brasil entre 2013 e 2019**. Ciência & Saúde Coletiva, 26(Supl. 1):2515-2528, 2021. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2021.v26suppl1/2515-2528/pt>. Acesso em: 07 de agosto de 2021.

TEIXEIRA, M. G., et al. **Áreas Sentinelas: uma estratégia de monitoramento em Saúde Pública**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 2003. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v12n1/v12n1a03.pdf>. Acesso em: 14 dezembro 2019.

TEIXEIRA, C.F.S., et al. **A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid- 19**. Ciência & Saúde Coletiva, 25(9):3465-3474, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2020.v25n9/3465-3474/pt>. Acesso em abril 2021.

TEJADA, C.A.O.; et al. **Crises econômicas, mortalidade de crianças, e o papel protetor do gasto público em saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, 24(12):4395-4404, 2019. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2019.v24n12/4395-4404/pt>. Acesso em: 05 fevereiro 2020.

UCHIMURA, K. Y; BOSI, M. L. M. **Qualidade e Subjetividade na avaliação de Programas e Serviços em Saúde.** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n6/13251.pdf>. Acesso em: 7 de novembro 2019.

VIANA, S. M., et al. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001.

VIEIRA, S. P.; et al. **Planos de carreira, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde: além dos limites e testando possibilidades.** Saúde Debate. Rio de Janeiro, V. 41, N. 112, P. 110-121, Jan-Mar 2017. Disponível em : <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2017.v41n112/110-121/pt>. Acesso em: 7 fevereiro de 2021.

VIEIRA, N.F.C.; et al. **Fatores presentes na satisfação dos usuários na Atenção Básica.** Interface (Botucatu). 2021; 25: e200516. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2021.v25/e200516/pt>. Acesso em: 18 de março de 2021.

XIMENES, R.A.A., et al. **Covid-19 no nordeste do Brasil: entre o lockdown e o relaxamento das medidas de distanciamento social.** Ciência & Saúde Coletiva, 26(4):1441-1456, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tPJ3Mn4n7RVMWBz4VyRFB5S/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 de junho de 2021.

ZASLAVSKY, R.; GOULART, B.N.G. **Migração pendular e atenção à saúde na região de fronteira.** Ciência & Saúde Coletiva, 22(12):3981-3986, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n12/1413-8123-csc-22-12-3981.pdf>. Acesso em: 19 de abril de 2020.

APÊNDICE I

Roteiro da Entrevista Destinada aos Enfermeiros dos Municípios de Fronteira

Data:

Bloco Dados de Identificação

1. Selo Obtido
2. Nome Completo:
3. Idade
4. Município onde trabalha
5. Unidade de saúde onde trabalha
6. Município de residência
7. Qual escolaridade ? Graduação? Pós graduação?
8. Qual o tempo de formação na graduação?
9. Há quanto tempo trabalha nesta instituição?
10. Qual seu vinculo institucional?
11. Há quanto tempo trabalha nesta equipe de ESF?
12. Atualmente sua equipe é composta por quais profissionais?
13. Qual a população atendida pela equipe de ESF? (urbana e rural?)

Bloco APSUS

14. O senhor participou de alguma das oficinas do APSUS?
15. Poderia citar quais as oficinas que participou?
16. Participou do processo de implantação e implementação do selo de qualidade na unidade?
17. Quais membros da equipe participaram do processo de Auto avaliação do Programa da Qualificação daAtenção Primária?
18. Quais membros participaram do processo de Tutoria do Programa da Qualificação daAtenção Primária?
19. Na sua unidade são realizadas reuniões de monitoramento dos indicadores de saúde?
20. Quais membros da equipe participam destas reuniões?
21. Qual a periodicidade das reuniões?
22. Na sua opinião quais foram as principais mudanças que ocorreram após a tutoria e a certificação da equipe, em relação ao processo de trabalho, infraestrutura, recursos tecnológicos e outros?
23. Na sua opinião houveram mudanças nos indicadores de saúde com a implantação dos selos? poderia citar quais indicadores que melhoraram?

24. A equipe está conseguindo manter as mudanças ocorridas com a implantação dos selos de qualidade?
25. A equipe estava peliteando outros selos?
26. Quais as principais dificuldades encontradas na implantação, implementação, obtenção e manutenção dos selos de qualidade?
27. Na sua opinião quais serão os principais impactos da suspensão do Programa da Qualificação da Atenção Primária?
28. Com a mudança de governo para a atual gestão do estado o senhor acredita que houve mudança na condução dos programas? E na sua opinião estas mudanças impactaram como no processo de trabalho da unidade?

Bloco Fronteira

29. Durante as oficinas do APSUS o território de fronteira foi abordado como um tema específico?
30. O senhor acha que este é um tema de interesse da equipe da equipe de saúde e deveria ser objeto de discussão em momentos de formação como nas oficinas, reuniões de equipe, reuniões do Conselho Municipal de Saúde?
31. A sua unidade de saúde realiza atendimento a população estrangeira?
32. Sabe dizer quantos atendimentos semanais, são realizados a população estrangeira?
33. Existe alguma forma de restrição ao atendimento a população estrangeira na sua unidade?
34. Por ser um município de fronteira você acredita que isto cause impacto nos indicadores de saúde do município? Poderia dar exemplo de impactos causados?
35. O que ajudaria a equipe no enfrentamento do problema da atenção a saúde do estrangeiro?

Bloco Pandemia

36. Como a equipe tem atuado na pandemia?
37. Que mudanças foram implementadas no trabalho da equipe?
38. Como a equipe esta atuando nos programas dos grupos prioritários como gestantes, hipertensos e diabéticos, atendimento as crianças, vacinação, etc
39. Considera que com a pandemia houve diminuição na procura dos serviços de saúde de atenção básica?
40. Houve afastamento de membros das equipes por ser do grupo de risco ou ter contraído a Covid-19? Quais membros foram afastados? Houve reposição ou deslocamento? Como isso impactou no processo de trabalho da equipe?
41. Como você avalia o impacto da pandemia nas ações da atenção primária a curto e médio prazo?
42. Deseja comentar mais alguma coisa? Acrescentar mais alguma informação?

APÊNDICE II

Roteiro da Entrevista Destinada aos Gestores de Saúde de Região de Fronteira

Data:

Bloco Dados de Identificação

1. Selo Obtido
2. Nome Completo:
3. Idade
4. Município onde trabalha
5. Município de residência
6. Qual escolaridade ? Graduação? Pós graduação?
7. Qual tempo de formação na graduação?
8. O senhor é secretário de saúde ou coordenador da atenção básica?
9. Há quanto tempo trabalha nesta instituição?
10. Há quanto tempo trabalha na gestão em saúde?
11. Qual seu vinculo institucional?

Bloco APSUS

12. O senhor acompanhou a implantação do APSUS no município?
13. O senhor participou de alguma das oficinas do APSUS? Poderia citar quais as oficinas que participou?
14. Como gestor, percebeu melhorias na Atenção Primária à Saúde após a adesão ao APSUS e implantação dos selos? Se sim, poderia citar algumas?
15. O que o selo representou para o seu município?
16. O senhor chegou a acompanhar o trabalho dos tutores da regional de saúde no município?
17. O que significou a tutoria para a gestão municipal?
18. Percebeu mudanças nos indicadores de saúde após a implantação da tutoria e obtenção dos selos? poderia citar quais indicadores?
19. Na sua opinião quais serão os principais impactos da suspensão do Programa de Qualificação da Atenção Primária?
20. Considera que as mudanças podem ser mantidas mesmo com o fim do programa?
21. Como o senhor avalia a política de saúde da gestão estadual?
22. O que mudou na relação com a gestão municipal?

Bloco Fronteira

23. Durante as oficinas do APSUS o território de fronteira foi abordado como um tema específico? Se sim, o senhor pode descrever como foi abordado?

24. O senhor acha que este é um tema de interesse da gestão e deveria ser objeto de discussão em momentos de formação como nas oficinas e em instancias de decisão colegiada como as reuniões da bipartite, reuniões do Conselho Municipal de Saúde?
25. No planejamento das ações, em nível de gestão, o fato do município fazer parte de região de fronteira é levado em consideração? Se sim, poderia exemplificar?
26. Por ser um município de fronteira o senhor acredita que isto cause impacto nos indicadores de saúde de seu município? Pode dar algum exemplo?
27. As equipes de ESF do município realizam atendimento à população estrangeira?
28. Existe alguma forma de restrição ao atendimento à população estrangeira?
29. O senhor acredita que por estar em um município de região de fronteira enfrenta mais dificuldades para desenvolver/planejar a política municipal de saúde?
30. O que ajudaria a gestão municipal no enfrentamento do problema da atenção a saúde ao estrangeiro?

Bloco Pandemia

31. Como o município tem enfrentado a pandemia? Que mudanças foram implementadas no trabalho das equipes?
32. Como o município esta atuando como os programas aos grupos prioritários como gestantes, hipertensos e diabéticos, no atendimento as crianças, vacinação, etc?
33. Considera que com a pandemia houve diminuição na procura dos serviços de saúde de atenção básica?
34. Houve afastamento de membros das equipes por ser do grupo de risco ou ter contraído a Covid-19? Pode dizer quantos por cento foi afastado? Houve reposição ou deslocamento?
35. Como avalia os impactos da pandemia nas ações da atenção primária a curto e médio prazo?
36. Deseja comentar mais alguma coisa?

APÊNDICE III

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Título do Projeto: **ANÁLISE DO PROGRAMA DE FORTALECIMENTO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE EM MUNICÍPIOS DE REGIÃO DE FRONTEIRA DO PARANÁ**

Pesquisador responsável e telefones de contato: ALEXANDRA URNAU SANTIAGO / (45) 99977-4879 / 3541-1149

Convidamos você a participar de nossa pesquisa que tem o objetivo analisar o processo de implantação da qualificação da atenção básica e principais mudanças ocorridas após a certificação dos municípios de fronteira do Paraná na visão dos Enfermeiros, Coordenadores da Atenção Básica e/ou Secretários Municipais de Saúde, para isso será realizada a aplicação de um questionário composto por 28(vinte e oito) questões fechadas que serão respondidas por você. Durante a execução do projeto, os riscos que você poderá correr será de não se sentir confortável com os questionamentos, se isso ocorrer, deverá ser comunicado prontamente ao entrevistador o seu desconforto. Para algum questionamento, dúvida ou relato de algum acontecimento os pesquisadores poderão ser contatados a qualquer momento. Suas respostas nos darão embasamento para que fortaleçamos ou modifiquemos a Política em estudo.

- O TCLE será entregue em duas vias, sendo que uma ficará em seu poder;
- Você não terá custos e nem receberá para participar do estudo;
- Será mantido a sua confidencialidade seus dados serão utilizados só para fins científicos;
- Você poderá cancelar sua participação a qualquer momento;
- O telefone do comitê de ética é 3220-3272, caso necessite de maiores informações;
- Se ocorrer algum imprevisto durante a aplicação dos questionários, você terá o atendimento precocemente dado ao pesquisador, mesmo que seja chamar o SIATE;
- Ao final, você receberá sua via do TCLE e se tiver ainda alguma dúvida quanto ao projeto de pesquisa será sanada pelo pesquisador prontamente.

Declaro estar ciente do exposto e **desejo participar do projeto.**

Nome do sujeito de pesquisa ou responsável:

Assinatura:

Eu, **Alexandra Urnau Santiago**, declaro que forneci todas as informações do projeto ao participante e/ou responsável.

Foz do Iguaçu, _____ de _____ de 20____.



UNIOESTE - UNIVERSIDADE
ESTADUAL DO OESTE DO
PARANÁ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do Programa de Qualidade da Atenção Primária em Saúde em Municípios de Região de Fronteira

Pesquisador: ALEXANDRA URNAU SANTIAGO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 26481619.5.0000.0107

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.215.079

Apresentação do Projeto:

Título da Pesquisa: Avaliação do Programa de Qualidade da Atenção Primária em Saúde em Municípios de Região de Fronteira

Pesquisador Responsável: ALEXANDRA URNAU SANTIAGO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 26481619.5.0000.0107

Submetido em: 15/08/2020

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA

Situação da Versão do Projeto: Em relatoria

Objetivo da Pesquisa:

Saneamento de pendências

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Descrito anteriormente

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Descrito anteriormente

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Descrito anteriormente

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br



UNIOESTE - UNIVERSIDADE
ESTADUAL DO OESTE DO
PARANÁ



Continuação do Parecer: 4.215.079

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências saneadas. O sistema da Plataforma Brasil não identificou o saneamento das pendências no prazo de ocorrência. Portanto, considerar-se-á prazo de saneamento ainda em vigência.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1480683.pdf	15/08/2020 22:28:29		Aceito
Cronograma	Cronograma_ale.docx	15/08/2020 12:30:03	ALEXANDRA URNAU SANTIAGO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	negativa_ale.pdf	15/08/2020 12:29:22	ALEXANDRA URNAU SANTIAGO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	temo.pdf	08/01/2020 19:18:39	ALEXANDRA URNAU SANTIAGO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetocep.docx	01/12/2019 20:00:03	ALEXANDRA URNAU SANTIAGO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Sas.pdf	01/12/2019 19:58:28	ALEXANDRA URNAU SANTIAGO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Bjs.pdf	01/12/2019 19:57:26	ALEXANDRA URNAU SANTIAGO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Barracao.pdf	01/12/2019 19:56:19	ALEXANDRA URNAU SANTIAGO	Aceito
Folha de Rosto	cep.pdf	01/12/2019 19:55:06	ALEXANDRA URNAU SANTIAGO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Pranchita.pdf	01/12/2019 17:13:11	ALEXANDRA URNAU SANTIAGO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Itaipulandia.pdf	01/12/2019 17:12:56	ALEXANDRA URNAU SANTIAGO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	Guaira.pdf	01/12/2019 17:12:45	ALEXANDRA URNAU SANTIAGO	Aceito

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR **Município:** CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prrpg@unioeste.br



UNIOESTE - UNIVERSIDADE
ESTADUAL DO OESTE DO
PARANÁ



Continuação do Parecer: 4.215.079

Justificativa de Ausência	Guaira.pdf	01/12/2019 17:12:45	ALEXANDRA URNAU SANTIAGO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Capanema.pdf	01/12/2019 17:12:28	ALEXANDRA URNAU SANTIAGO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CASCADEL, 16 de Agosto de 2020

Assinado por:
Dartel Ferrari de Lima
(Coordenador(a))

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCADEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prrpg@unioeste.br