



Dezembro de 2021

Nota Técnica

Atenção Primária à Saúde e o modelo da Vigilância à Saúde

Nília Maria de Brito Lima Prado – Instituto Multidisciplinar em Saúde
IMS/UFBA

Rosana Aquino – Instituto de Saúde Coletiva – ISC/UFBA

Ana Luiza Queiroz Vilasbôas – Instituto de Saúde Coletiva – ISC/UFBA

Sumário Executivo

Esta nota técnica aborda questões teóricas, metodológicas, avanços e desafios sobre a atenção primária à saúde (APS) e a vigilância à saúde no Brasil com o objetivo de compor a agenda estratégica da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (Rede APS) da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).

O ponto de partida da nossa reflexão é a necessidade de explicitar algumas questões cruciais do debate conceitual sobre APS e vigilância à saúde, pois, embora aparentemente ‘consensuais’, revelam distintas concepções, ainda que não antagônicas, que podem ser sumarizadas de maneira simplificada em duas vertentes principais: vigilância à saúde como conjunto de práticas ao interior da APS ou como modelo de atenção à saúde que incorpora a APS em seu desenho organizativo.

Na primeira vertente, a discussão está circunscrita ao elenco de práticas de promoção da saúde e de prevenção e controle de riscos e agravos implantadas pelas equipes de APS, geralmente em articulação com a vigilância epidemiológica e sanitária. Embora mais restrita, a reflexão acerca do escopo das práticas de vigilância das equipes de APS envolve diversos aspectos, dos quais se destacam a articulação entre os diferentes setores institucionais detentores de saberes e tecnologias próprios, que historicamente organizam, planejam e executam as ações específicas de caráter operacional da vigilância epidemiológica na saúde pública; a própria natureza das práticas quanto ao caráter individual e coletivo; a formação de profissionais e de gestores de saúde;

e instrumentos de planejamento e conjunto de atores envolvidos na organização das ações de saúde, com seus diferentes pontos de vista e de atuação, e nem sempre integrada às equipes de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Na segunda vertente, que engloba a primeira, a reflexão sobre a vigilância à saúde como modelo de atenção descortina questões mais amplas, pois refere-se à própria conformação da APS, se simplificada e seletiva ou integrada e ampliada, e seu papel nas redes de atenção à saúde. No Brasil, as diretrizes e os princípios normativos da APS que conformaram a Estratégia Saúde da Família foram consonantes ao modelo de vigilância à saúde nos seus elementos constitutivos, à exemplo da base territorial, orientação comunitária, trabalho de equipe multiprofissional, articulação setorial e intersetorial, e constituição de espaços e mecanismos de planejamento e gestão com participação popular.

Embora fortalecida por seu arcabouço normativo e consolidada por vários avanços evidenciados pelos impactos positivos de sua implantação no estado de saúde da população, a conformação da APS brasileira é uma construção histórica e social, fruto de um longo processo de implantação e reconfiguração de políticas que revelam disputas no âmbito nacional envolvendo a participação de diferentes atores e movimentos sociais (Aquino et al, 2014; Conill, 2008).

Assim, embora tenham sido alcançados grandes avanços, os movimentos em prol do fortalecimento da APS foram marcados pela convivência conflitiva ou complementar entre a conservação de modelos tradicionais e a construção de um novo modelo, caminhando ora na direção de um polo mais avançado ora retrocedendo em formatos mais seletivos. Essa trajetória tem sido fortemente condicionada pelo contexto político nacional, conformado em diferentes conjunturas por governos federais mais democráticos e permeáveis às demandas sociais, ou de extrema direita, ultra neoliberal e retrógrado, como no momento atual, que contribuem para o avanço da lógica neoliberal e mercantil. Nesse processo, concepções reducionistas e ampliadas sobre APS têm moldado seu escopo e suas configurações nos diversos sistemas locais de saúde no país e ao longo do tempo, observando-se variações na forma de implantação da APS em diferentes contextos locais (Medina e Hartz, 2009; Giovanella e Mendonça, 2012; Aquino *et al*, 2014).

No Brasil, o foco das nossas reflexões não é novo. O debate sobre as formas de organização das práticas de saúde tem sido intenso tanto no âmbito político como acadêmico, evidenciando a disputa entre o modelo biomédico hegemônico e os esforços contínuos para a reorientação da perspectiva de uma abordagem contra hegemônica e de consolidação do Sistema Único de Saúde.

Esta nota técnica não tem a pretensão de esgotar o tema, e sim estimular novas reflexões acerca dos avanços e desafios para a construção da APS integrada a toda rede de atenção do SUS, concebida nos processos sociais, históricos, complexos, fragmentados, conflitivos, dependentes, ambíguos e incertos na construção da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde da população. Para a elaboração deste documento, considerou-se como eixo condutor a inexistência de dicotomia entre práticas da atenção primária e da vigilância à saúde (Teixeira; Paim; Vilasbôas, 1998).

Conseqüentemente, toma-se como pilares estratégicos o território, os problemas de saúde, a intersectorialidade (Mendes, 1996) e a organização do trabalho em saúde em diferentes ambientes da comunidade, fundamentada a partir de três dimensões das necessidades de saúde: os danos, os riscos como parte dos problemas de saúde, e as necessidades sociais de saúde (Vilasbôas; Teixeira, 2007) para o planejamento das ações de atenção, prevenção e promoção da saúde em territórios específicos. Espera-se que as discussões aqui apresentadas contribuam para concatenar ponderações sobre a vigilância à saúde na APS, pois “articular o pensamento à ação supõe revisitar alguns conceitos que permitam a construção de uma cartografia da *práxis*” (Paim, 2006 p. 149).

Modelos de atenção à saúde

A conformação dos modelos de atenção à saúde está associada ao cenário histórico social de interesses de classes e à construção dos sistemas de saúde e das políticas de saúde (Fertonani *et al.*, 2015), considerando distintos projetos estruturantes que se encontram em debate em determinada conjuntura (Teixeira; Paim; Vilasbôas, 1998).

Nesse cenário, Teixeira e Paim (1998) sinalizaram que, do ponto de vista operacional, as estratégias relacionadas à vigilância à saúde no Brasil apresentaram mudanças sucessivas em suas finalidades, modificando ou complementando os objetivos iniciais de erradicação de determinadas doenças, incorporando a noção de risco e, especialmente, a procura pela identificação das redes multifatoriais de determinação das doenças. Nesse sentido, a incorporação de métodos, técnicas e instrumentos provindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde têm indicado possibilidades concretas de construção de modelos de atenção à saúde voltados para a qualidade de vida.

Constata-se, ao longo dos anos, como conseqüências do processo de implantação do SUS, em especial da desconcentração ou descentralização das ações de vigilância, a tentativa de apropriação dos objetos de saúde, tomando a determinação do processo saúde-doença como referência, e a integralidade, como princípio basilar da organização dos serviços. Silva e Vieira da Silva (2008) indicam distintos posicionamentos, determinados historicamente, com diferenças nítidas entre a burocracia estatal da vigilância epidemiológica e da vigilância sanitária, entre gestores municipais, docentes e pesquisadores partidários da Reforma Sanitária que conduzem a diferentes abordagens para a vigilância à saúde:

1. Abordagem com predomínio de uma racionalidade técnico-sanitária fundada na clínica e na epidemiologia, vinculada à institucionalização dos programas de erradicação e controle de doenças; implantação dos sistemas de vigilância epidemiológica tradicional em estruturas governamentais com organização centralizada (federal) e o propósito de organização das ações de vigilância no âmbito do SUS; e descentralização das ações e serviços direcionadas às doenças transmissíveis, investigações e sistematização de bancos de dados para execução de ações de investigação e controle (Teixeira; Paim; Vilasbôas, 1998; Silva e Vieira-da-Silva, 2008).

2. Abordagem fundada na racionalidade político-jurídica, com ênfase na proposta de 'integração' institucional entre vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental e saúde do trabalhador sob a forma de superintendências, diretorias, departamentos, coordenações e órgãos afins de vigilância em saúde pública de secretarias estaduais e municipais de saúde *pari passu* à implantação do SUS entre o final da década de 1990 e início dos anos 2000. Tal reorganização institucional significou concentração de poder político e ênfase ainda maior nas funções de normatização e de gestão administrativa. Objetivou-se a ampliação da normatização e regulamentação da produção, distribuição e consumo de bens e serviços alinhada aos programas de extensão de cobertura da atenção primária, numa perspectiva considerada reducionista naquela época. Contemplava aspectos político-institucionais e operativos, métodos, técnicas e instrumentos gerenciais necessários para a operacionalização das campanhas de imunização e controle estratégico de problemas de saúde emergentes ou definidos como prioritários, implantados por meio de ações programáticas definidas, e incorporação de novos atores sociais, gerentes de serviços e técnicos da área.

3. Abordagem direcionada à organização tecnológica do trabalho em saúde articulado aos pressupostos da Reforma Sanitária Brasileira. Esta proposta abrange uma dimensão técnica, por ser um modelo assistencial alternativo conformado por um conjunto de práticas sanitárias que encerram combinações tecnológicas distintas, destinadas a controlar determinantes, riscos e danos (Paim; 1993,1994); e uma dimensão gerencial, com o intuito de organizar os processos de trabalho em saúde sob a forma de operações (Mendes, 1993). A proposta aporta-se no deslocamento da sua base conceitual, do exclusivo controle ou erradicação dos agentes para a compreensão das relações sociais que definem as iniquidades sociais e em saúde (Mendonça et al., 1994). Tem por objetivo a superação da dicotomia entre as chamadas práticas coletivas, de vigilância epidemiológica e sanitária, e as práticas individuais, de assistência ambulatorial e hospitalar. Tal objetivo é alcançado por meio da articulação interdisciplinar via contribuições do planejamento, epidemiologia e ciências sociais para a reorganização dos serviços e das práticas de saúde ao nível local (Teixeira; Paim; Vilasbôas, 1998). O modelo assistencial contra hegemônico da vigilância à saúde inclui tanto a população organizada como novo sujeito das práticas, como profissionais e gestores da saúde. Esse modelo propõe a incorporação de tecnologias de comunicação social para apoiar a mobilização, organização e atuação dos diversos grupos na promoção e na defesa das condições de vida e saúde.

Dessa forma, a terceira abordagem, que considera a Vigilância à Saúde um modelo de atenção contra hegemônico, apresenta uma perspectiva diversa daquela orientada para a vigilância e controle dos processos endêmico-epidêmicos. Tal perspectiva emerge das reflexões e debate acadêmico sobre a vigilância nos modelos de atenção à saúde, com o objetivo de desenhar modelos de intervenção mais abrangentes para o SUS, consolidando a proposta de "um modelo assistencial que incorpora e supera os modelos vigentes de monitoramento e vigilância da situação de saúde através da inteligência epidemiológica ou a mera integração institucional das vigilâncias sanitária e epidemiológica" (Paim, 2006 p.66).

A vigilância à saúde corresponde não somente a uma 'imagem-objeto', modelo de atenção ou proposta de ação, mas a um objeto de reflexão teórica (Paim, 2003) comprometido com a diretriz da integralidade. Implica a redefinição do objeto, dos meios de trabalho, das atividades, das relações técnicas e sociais, bem como das organizações de saúde e da cultura sanitária (Paim & Teixeira, 1992). Essencialmente, a vigilância à saúde define problemas de saúde como objeto de trabalho, de modo a atender às necessidades reais e demandas potenciais dos sujeitos, grupos e coletividades, que requerem atenção e acompanhamento contínuos em um território determinado. Tem por finalidade a melhoria das condições de vida dos grupos populacionais em um dado território, o que implica a organização de um conjunto heterogêneo de políticas de acordo com a situação local de saúde (Silva & Vieira da Silva, 2008).

Qual o lugar da APS na conformação dos modelos de atenção à saúde?

As potencialidades e desafios da reorganização do modelo de atenção à saúde, sustentada no princípio da integralidade e na determinação social do processo saúde-doença (DSS) em bases territoriais, só se torna factível com uma atenção primária à saúde abrangente, forte e resolutiva, coordenadora do cuidado e centro de comunicação da rede de atenção à saúde.

Desde 2006, o papel da APS como coordenadora do cuidado na rede de atenção tem sido reiterado nas edições da Política Nacional de Atenção Básica 2006, 2011 e 2017 e nas portarias que regulamentam as redes de atenção à saúde publicadas a partir de 2010 (Portaria MS 4.279/2010), ambas reunidas na Portaria de Consolidação Nº 3 de 28/09/2017. Entretanto, ainda que haja base legal, o papel da APS na estruturação e funcionamento da rede de atenção à saúde, é uma situação desejada e não pode ser circunscrita à estrutura gerencial desse nível de atenção, devendo funcionar como lógica a orientar a organização requerida para o trabalho em rede.

A reorientação do modelo de atenção depende da conjunção de propostas e estratégias sinérgicas para a integralidade do cuidado na APS e em de toda rede de serviços de saúde, o que transcende o objeto deste documento. Assim, esta nota técnica propõe o exame da conformação de arranjos tecnológicos da APS e dos avanços e limites no momento atual a partir de alguns elementos considerados potencializadores para a construção do modelo da vigilância à saúde:

1. garantia de integralidade da atenção por meio do acesso dos usuários aos serviços de saúde segundo suas necessidades;
2. territorialização dos problemas de saúde para ampliação do objeto e espaços de intervenção do indivíduo e da unidade para famílias, comunidade e meio ambiente;
3. desenvolvimento de trabalho multiprofissional;
4. implantação de ações intersetoriais e de promoção da saúde;
5. garantia de mecanismos de participação popular e controle social; e
6. educação permanente das equipes e implantação de instrumentos de acompanhamento e avaliação.

As edições da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006 e de 2011 reafirmaram a eleição da Estratégia Saúde da Família como modelo prioritário de organização da APS no Brasil, que, em quase duas décadas, avançou no sentido de desenvolver propostas de atenção primária à saúde integral. Apresentou várias inovações organizacionais tais como abordagem territorial e orientação comunitária, trabalho em equipes multiprofissionais e articulação de ações de promoção, prevenção e cuidado desenvolvidas pelas equipes de saúde e pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Tais inovações viabilizam o planejamento e desenvolvimento de ações direcionadas a problemas específicos e ao estabelecimento de ações setoriais e intersetoriais para o controle de riscos, danos e a redução das iniquidades sociais e em saúde (Aquino *et al.*, 2014).

No âmbito dos sistemas de saúde, a APS, que tem por referência uma base territorial e uma população adscrita, representa o nível de atenção preferencial para a articulação das ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e de assistência à saúde, tornando-se cenário privilegiado de ações que promovam mudanças significativas nos padrões de adoecimento dos indivíduos e populações. Ao contrário dos demais níveis do sistema, que atuam apenas sobre indivíduos doentes, as práticas sanitárias da APS abrangem, além do cuidado com as doenças, a atenção aos grupos e indivíduos saudáveis na prevenção de riscos e promoção da saúde. Têm como alvo processos que são socialmente determinados, não dependem apenas das escolhas individuais e envolvem fatores que transcendem a ação isolada dos serviços de saúde.

O enfrentamento desses problemas demanda a articulação intersetorial do setor saúde com todos os outros setores sociais para implantação de políticas de promoção da vida e redução das desigualdades sociais, que se efetivam, especialmente, no âmbito dos territórios de atuação das equipes da APS. A participação da APS em intervenções intersetoriais tem um potencial integrador na construção de consensos e sinergias de políticas públicas transversais, nos territórios em que atuam as equipes de saúde, por meio da orientação comunitária e competência cultural, a partir do conhecimento acerca dos determinantes da saúde-doença das populações.

Em 2003, a criação do Programa Bolsa Família (PBF), um dos maiores programas de proteção social do mundo, incluiu, entre os seus componentes, além da transferência de renda, que promove um alívio imediato à pobreza, condicionalidades que estimulam o acesso à educação e à saúde. Diversos estudos têm destacado que o impacto do PBF sobre a redução de problemas de saúde dos beneficiários pode ser explicado por dois mecanismos sinérgicos: redução da pobreza e acesso aos serviços de saúde (Guanais, 2013; Rasella *et al.*, 2013; Nery *et al.*, 2014; Nery *et al.*, 2017).

A ampliação do acesso a serviços de saúde, entretanto, não foi alcançada com a mera instituição de obrigações para as famílias participantes, mas por meio da expansão massiva dos serviços de APS e de mecanismos de pactuação institucionais. Envolveu as três esferas do SUS, que normatizaram o acompanhamento das ações de saúde e nutrição dessas famílias na atenção primária à saúde, em especial pelas equipes de saúde da família. Destaque-se o importante papel do SUS na melhoria da qualidade de vida de todos, especialmente, desses cidadãos que se encontram abaixo da linha de pobreza do país.

Diversas políticas de promoção da saúde que compõem o escopo estratégico de reorganização da APS no Brasil convergiram em eixos prioritários de ação com o objetivo de estimular a ação intersetorial e o compromisso com a integralidade do cuidado. Destacam-se ações de promoção da alimentação saudável; da prática corporal ou atividade física; da prevenção e controle do tabagismo; da redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas e por acidentes de trânsito; da prevenção à violência e estímulo à cultura de paz; e da promoção do desenvolvimento sustentável (Vilasbôas et al., 2014).

O Programa Academia da Saúde e o Programa Saúde na Escola são estratégias que privilegiam ações de promoção da saúde na APS e objetivam o fortalecimento do protagonismo dos cidadãos em sua elaboração e implantação, ratificando os preceitos constitucionais de participação social, (Freitas, 2003) na ótica da integralidade da atenção à saúde e na perspectiva da intra e intersetorialidade (Freitas, 2003).

Algumas iniciativas reforçaram a formação e qualificação de recursos, à exemplo do Programa Mais Médicos, Residências Médicas e Multiprofissionais, dentre outros. Também, reforçaram aspectos técnicos e organizacionais ao fomentar mudanças na formação e capacitação dos sujeitos das práticas e nas relações de trabalho, como foi o caso das experiências que tomaram como foco a melhoria da qualidade, como PMAQ e outras iniciativas avaliativas. Esses projetos, iniciativas ou programas acabaram por problematizar aspectos críticos do modelo médico hegemônico, à exemplo do trabalho da equipe multiprofissional, das dimensões éticas e culturais da relação profissional-usuário, ou mesmo os limites dos tecnologias e conhecimentos utilizados tão intensamente e amplificados no contexto pandêmico da COVID-19.

Propostas de educação permanente incluíram, dentre outras, a interlocução entre a universidade e os serviços de saúde por meio de processos de integração ensino-serviço. As edições do Programa de Educação para o Trabalho (PET)-Saúde/Vigilância à Saúde (VS) promoveu a ampliação do conhecimento abrangente dos estudantes, profissionais de saúde e gestores acerca dos fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença e cuidado da comunidade local, bem como a implantação das ações de vigilância pelas equipes dos serviços da APS no SUS.

Em contrapartida, alguns desafios impediram que essas experiências avançassem, como alternativa teórico-metodológica transdisciplinar para a intervenção no âmbito comunitário. Em particular, a incorporação de práticas de vigilância ao processo de trabalho das equipes de saúde da família permanece como um grande desafio, dadas as condições sócio históricas de conformação do sistema de saúde.

A criação do SUS não rompeu completamente com a profunda dicotomia vigente, até então, entre a atenção aos indivíduos – a cargo da medicina previdenciária – e as ações coletivas – que, historicamente, se organizavam em programas e campanhas de saúde pública. No cotidiano da gestão e da execução das ações, desde a organização institucional no âmbito federal do Ministério da Saúde, permanecem estruturas separadas em todas as esferas administrativas do sistema de saúde, responsáveis pela vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e de saúde do trabalhador, o que tem gerado

dificuldades na assunção, pelas equipes de saúde da família, desse conjunto de práticas.

Ademais, ainda são incipientes iniciativas de educação permanente em saúde para permitir a troca de saberes operantes dos sanitaristas lotados em estruturas próprias de vigilância para os profissionais das equipes de APS. Da mesma forma, o planejamento conjunto entre a gestão da APS e das vigilâncias para o enfrentamento de problemas de saúde não tem sido adotado de forma rotineira. Vale mencionar que a realização de ações de vigilância nos territórios das áreas de abrangência das unidades básicas a cargo de suas equipes exige recomposição e aumento do número das equipes multiprofissionais com redução do número de indivíduos e famílias adscritas.

No contexto atual, forças políticas conservadoras enredam um discurso antidemocrático e políticas de austeridade fiscal que impõem um elenco de desafios para a atenção à saúde no Brasil. Os propósitos neoliberais orientados para o aprofundamento da mercantilização dos direitos sociais brasileiros desvelam tendências a retrocessos da APS, descrita nos documentos normativos do Ministério da Saúde, sob uma perspectiva seletiva. A promulgação da Emenda Constitucional nº 95/2016, que congelou por 20 anos a destinação de recursos públicos, reduziu de forma drástica o financiamento das ações de saúde e exacerbou as desigualdades na distribuição dos recursos financeiros, que já eram insuficientes. Com efeitos perversos sobre a implantação de diversas políticas sociais, que se estenderão por duas décadas, a 'PEC da Morte', como ficou conhecida, representa a maior ameaça ao futuro do SUS e às garantias dos direitos constitucionais de proteção social, saúde e educação.

A partir de 2017, com a revisão da PNAB, diversas medidas reduziram a concepção da APS a uma perspectiva residual e restrita, de focalização, que deslegitima os princípios da integralidade e da universalidade. A PNAB de 2017 traz em seu bojo a flexibilização da cobertura populacional, implantando outros arranjos de adscrição e segmentação do acesso; alterações nas regras de composição profissional e de distribuição da carga horária dos trabalhadores nas equipes de saúde; redução do número de agentes comunitários de saúde (ACS) por equipe; e reorganização do processo de trabalho. Tal flexibilização rompe com a vinculação ao território e impõe sérios riscos para as conquistas obtidas com o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde. Embora incorpore o agente de controle de endemias (ACE) como componente da equipe de APS, com ações comuns para esses profissionais e os ACS, a medida não minimiza os prejuízos da redução do número mínimo de ACS por equipe, principal vínculo com a comunidade, com consequências nefastas sobre o trabalho das equipes junto às famílias e comunidade nos territórios.

No bojo da criação do Programa Médicos pelo Brasil (PMB), a lei 13.958/2019 autorizou o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS) com a finalidade de promover, em âmbito nacional, a execução de políticas de desenvolvimento da atenção primária à saúde (BRASIL, 2019c). Essa medida confere maior centralização e verticalidade do Ministério da Saúde no controle da condução administrativa e na imposição de remodelagem com ênfase na APS. A perspectiva privatista da APS no SUS, com ações destinadas à desvinculação da ESF dos seus atributos essenciais e derivados – em especial, integralidade, coordenação do cuidado, orientação comunitária e

familiar – enfraquece sua ligação e responsabilidade sanitária com os territórios (Giovanella et al., 2019; Miranda, 2019).

As competências da ADAPS são amplas e incluem a execução da política e a prestação de serviços de APS; o desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e extensão; e a incorporação de tecnologias assistenciais e de gestão, dentre outras. Embora encarregada do desenvolvimento da política nacional de saúde, foi criada como serviço social autônomo (SSA), figura jurídica de direito privado sem fins lucrativos. Ou seja, não se constitui em órgão governamental da administração direta nem em agência similar às agências reguladoras, como a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). A opção por SSA representa um modelo de gestão paraestatal, para permitir agenciamento empresarial, dada a possibilidade de captação de recursos financeiros além do provimento estatal. Vale ressaltar que, não sendo uma modalidade de Administração Indireta, os SSA não estão submetidos à observância das regras da administração pública.

Nesse cenário de competências amplificadas da ADAPS, a participação do setor privado é explicitada. Em outubro de 2020, com a publicação do Decreto 10.530, posteriormente revogado após pressão social, o governo federal tentou incorporar a APS no âmbito do Programa de Parcerias de Investimentos da Presidência da República. Objetivava a elaboração de estudos, construção, modernização e operação de Unidades Básicas de Saúde dos Estados, Distrito Federal e municípios. Além da transferência da provisão para o setor privado e de elementos de flexibilização da força de trabalho, outra questão suscitada nas entrelinhas do documento é a mudança de relação entre os entes federados.

Considerando que o desenho do SUS pressupõe responsabilidades próprias dos três entes federados, cabendo ao ente municipal a gestão, o planejamento e a provisão da APS, tal intencionalidade explicitada pelo documento, embora revogado, merece destaque por criar a possibilidade de uma cunha de ingerência na gestão municipal, na contramão da construção política do SUS, ao propor maior flexibilidade de atuação do setor privado.

Em 2019, foi instituído o Programa Previne Brasil e um novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde que aprofundaram alguns dos entraves, dentre os quais se destaca a extinção do Piso da Atenção Básica e Variável, como consequência do fim dos incentivos para Estratégia Saúde da Família e para o NASF além do Incentivo Financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ.

Essa nova proposta de financiamento que também agregou preocupações ao aportar mudanças na APS referentes ao repasse de recursos federais, condicionado ao número de pessoas cadastradas, extinção dos pisos fixo e variável (PAB) e do financiamento universal da atenção básica. Tais mudanças ampliam a preocupação quanto ao enfoque da APS no indivíduo em detrimento da perspectiva comunitária e da atenção com foco no território (Morosini; Fonseca; Baptista, 2020).

Mais recentemente, em junho de 2021, a Secretaria de Atenção Primária (SAPS) do Ministério da Saúde publicou a Portaria de Consolidação Nº 1, que trata da regulamentação da Política Nacional de Atenção Primária à Saúde. Nesse instrumento normativo, a lógica de flexibilização das equipes de saúde da

família é reiterada para os municípios que aderiram ao Programa Saúde na Hora, o que tem comprometido a organização da APS com base territorial.

Esse mosaico de medidas federais promoveu mudanças nas funções gestoras do SUS e no modelo de atenção à saúde, contribuindo para o fortalecimento da lógica mercantil na política pública. Ademais, tendem a reforçar uma concepção destorcida de integralidade, restrita à racionalização da oferta de serviços na perspectiva do cuidado médico, individual, curativo, voltados ao atendimento da demanda espontânea, e, por conseguinte, com evidentes limitações quando se trata de atender às demandas da população com qualidade, efetividade e equidade. (Mendes; Carnut, 2019).

Experiências no enfrentamento da COVID-19: Há evidências de efetiva articulação da APS e vigilância à saúde no caso brasileiro?

O enfrentamento da COVID-19 reforçou os desafios para implantação da vigilância à saúde articulada à APS e tem exigido mudanças nos modelos de atenção hegemônicos, que, além do acesso a serviços especializados, de emergência e aos leitos hospitalares, priorizem a ampliação do acesso à APS resolutiva e de qualidade, com expansão do número de unidades básicas de saúde, equipes de saúde da família e de Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), e construção de redes regionalizadas de serviços com novos arranjos federativos de organização e gestão (Paim, 2021).

Tais proposições não só reforçam a necessidade de reavaliarmos os percursos para encontrar caminhos de legitimação da perspectiva de integração da APS e vigilância, mas, sobretudo, a de resgatarmos os propósitos relativos à reorientação do modelo de atenção brasileiro.

A análise do caso brasileiro revelou dificuldades operacionais nos sistemas estaduais e municipais ante a resposta tardia e negacionista do governo federal e decisões governamentais na contramão da maioria dos demais países que demonstraram êxito mediante a priorização de coordenação e consenso com base nos dados, informações e evidências científicas para orientar as políticas e ações para a gestão de riscos (Dunlop *et al.*, 2020; Prado *et al.*, 2021; Santos; Silva; Cataneli, 2021). A ausência de uma resposta oportuna e de negociação e diálogo com os demais entes federados configurou atrasos na alocação de recursos, em especial recursos financeiros, para a APS, municípios e estados, relegados a plano secundário das prioridades, o que comprometeu o planejamento de ações estratégicas e, conseqüentemente, dificultou ainda mais a reorganização das ações e serviços de saúde para o enfrentamento da pandemia (Giovanella *et al.*, 2020; Medina *et al.*, 2020; Sarti *et al.*, 2020).

Em um cenário político nacional de crise sanitária, política e social, o esforço das universidades e centros de pesquisa na sistematização de evidências científicas acumuladas e produção de materiais técnicos e operacionais tem sido fundamental, em especial para o apoio aos sistemas locais de saúde no planejamento das etapas de gestão da crise, i.e., prevenção, preparação, manejo e reconstrução. (Nicolelis, 2020). Na esteira da tentativa por respostas coletivas à pandemia, algumas estratégias derivadas das sínteses de

evidências foram adotadas por alguns governos subnacionais e permitiram, em certa medida, o delineamento de iniciativas que subsidiaram a tomada de decisão pelos gestores.

No escopo de ações organizacionais, em geral, as respostas implicaram a elaboração do desenvolvimento de normas técnicas com foco na integração da Assistência e Vigilância e implantação de Grupo de Trabalho (GT) para o planejamento das ações das equipes locais (Guimarães *et al.*, 2020). Implicaram, ainda, a capacitação sobre o manejo clínico da Covid-19 e sobre o uso de EPIs para proteção dos trabalhadores da saúde.

Por regra, a maioria dos estudos identificados descreveram a implantação de medidas de vigilância COVID-19 voltadas à interrupção da cadeia de transmissão na população por meio de adaptações de estratégias para a busca ativa de novos casos, seguimento de casos confirmados e para notificação e acompanhamento dos casos suspeitos (Sales; Silva; Maciel, 2020); ao manejo clínico, reabilitação e apoio psicossocial aos casos suspeitos ou confirmados de Covid-19, segundo níveis de gravidade, e aos respectivos contatos (Vale *et al.*, 2020).

Experiências de implantação de vigilância precoce e monitoramento clínico remoto dos sintomáticos respiratórios nas unidades de saúde (Silveira e Zonta, 2020), inclusão de Tecnologias digitais de Informação e Comunicação em Saúde (TICs) para viabilizar as tele consultas, tele consultorias e o tele monitoramento dos usuários (Cardona Júnior; Andrade; Caldas, 2020) e a ampliação da capacidade de resolução da APS foram, também, relatadas em estudos locais.

Ademais, as profundas diferenças organizacionais dos sistemas locais de saúde reverberaram uma preocupação referente à desvinculação das atribuições dos ACS, que nos meses iniciais da pandemia tiveram o processo de trabalho direcionado à recepção de sintomáticos respiratórios na UBS e USF de forma presencial ou por chamadas telefônicas ou por redes sociais *online*, à exemplo de chamada por vídeo ou por *WhatsApp*, dentre outras ações que configuraram um expressivo afastamento das atividades territorializadas e com maior vínculo com a comunidade, como visitas peridomiciliares recomendadas especialmente para o período da pandemia (Maciel *et al.*, 2020; Bousquat *et al.*, 2020).

Ademais, houve evidências de engajamento comunitário, ainda que localizadas, como práticas multidisciplinares desenvolvidas pelo núcleo de apoio à saúde da família do Recife no enfrentamento à pandemia COVID-19, que priorizou o matriciamento de temáticas para implantar ações de educação em saúde nos territórios, em articulação com redes de apoio comunitárias e de ações ou programas sociais (Oliveira *et al.*, 2020); abordagem comunicativa territorial utilizando dispositivos tais como rádios comunitárias, grupos de mensagens, carro de som, entre outros, e articulações com lideranças locais (Cardona, Andrade e Caldas, 2020); e algumas iniciativas em comunidades, à exemplo do projeto intitulado Periferia Viva, espalhado por todo o Brasil, que possui como premissa o desenvolvimento de ações para o combate às carências exacerbadas pela COVID-19 (Periferia viva, 2020), e da elaboração de cartilhas em português e na língua nativa de tribos indígenas da Associação das Mulheres Munduruku Wakoborun (Articulation Feminista Marcosur, 2020).

Tais iniciativas se incluem em outras que revelam o potencial do engajamento comunitário articulado aos serviços de APS nas comunidades para reduzir os riscos e o impacto das emergências em saúde pública (Santos *et al.*, 2021). O enfoque na integração da APS e na vigilância com triagem ativa e engajamento comunitário constitui importantes estratégias no enfrentamento da COVID-19. Todavia, embora se reconheça o esforço das equipes de APS em vários locais do Brasil, as experiências não evidenciaram resultados robustos capazes de correlacionar medidas de vigilância à saúde à integração efetiva com a APS e ao controle da disseminação comunitária da COVID-19.

O exemplo do enfrentamento da COVID-19 permitiu verificar que, embora haja portarias e resoluções que indicam a necessária integração entre a APS e a vigilância em saúde desde a criação do SUS, essa proposição não se consolidou na *práxis*. Embora os estudos a respeito ainda sejam incipientes, a evolução da pandemia em um contexto de desmonte da APS brasileira tem resultado em intervenções descoordenadas entre as esferas do SUS, em especial na articulação com setores da vigilância, com limitada resposta da APS, ainda restrita a algumas experiências estaduais e municipais que não abrangeram todo território nacional.

Desafios, proposições e estratégias ou recomendações

Em mais de duas décadas, a partir da eleição da Estratégia Saúde da Família como modelo substitutivo, vários avanços foram implantados na consolidação da APS. Entretanto, a partir de 2017, a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e um conjunto de medidas do governo federal, em especial, as mudanças na forma de financiamento e as propostas neoliberais de privatização dos serviços de atenção primária à saúde, têm marcado um cenário de desmonte dos avanços conquistados. Nesse novo cenário, tais retrocessos atingem os aspectos constitutivos da APS que avançavam na direção do fortalecimento de modelos de atenção voltados para as necessidades de saúde da população, com destaque para a organização de base comunitária e territorial e a constituição de equipes de saúde multiprofissionais, sobretudo o trabalho dos agentes comunitários de saúde. Ou seja, não se trata de ameaças em elementos pontuais, mas nos pilares da conformação ampliada da APS, que pressupõe atuação sanitária além dos muros das unidades de saúde, de forma a compreender e atuar sobre os territórios onde se desenvolvem os processos sociais que determinam a saúde e o adoecimento dos indivíduos e grupos, ou seja, sujeitos que se organizam para deter o controle de suas vidas e de sua saúde.

Ante tais desafios, esta nota técnica alerta para a necessidade de "transcender o agir instrumental, voltado para o êxito técnico que constrói objetos; passar pelo agir estratégico, com vistas ao sucesso político (distribuição do poder); e alcançar o agir comunicativo, que visa ao alcance existencial, construindo sujeitos, além da produção de bens e serviços" (Paim, 2006 p. 150). Discussões dessa natureza requerem o repensar de um movimento integrador na construção de consensos e na execução das agendas governamentais que estimulem e fortaleçam o protagonismo dos cidadãos em sua elaboração e implantação, ratificando o preceito constitucional de participação social.

O reforço à perspectiva democrática aposta na governança comunitária integrada aos territórios da ESF, em que sujeitos éticos, responsáveis e organizados possam participar ativamente da identificação dos problemas de saúde, e definir, priorizar e intervir nas condições de vida e saúde da coletividade. Do ponto de vista político mais geral, o desafio vai além da capacidade de mobilização, pois abrange reflexões acerca da vigilância à saúde na APS e implica profunda reorganização do modelo de atenção à saúde e da reorientação das políticas econômicas e sociais em seu conjunto, devendo envolver a academia, as lideranças dos diversos partidos e as organizações da sociedade civil empenhadas em encontrar alternativas ao modelo vigente.

Desse modo, a problematização permanente dos significados e caminhos para a operacionalização da vigilância à saúde na APS contempla não apenas aspectos relacionados aos serviços de saúde mas sobretudo um modo de vida e um valor social, que devem estar embutido no debate político, haja vista que, em tempos de intolerância, a utopia é tanto mais necessária quanto mais distante,.

Considerando as questões até então suscitadas, trazemos à discussão reflexões que podem viabilizar a construção de propostas ou recomendações. Desse modo, as proposições e estratégias expostas a seguir constituem uma sistematização preliminar, e seu propósito é estimular uma reflexão capaz de propiciar debates e encaminhamentos políticos que favoreçam a consolidação da vigilância à saúde na APS:

Ampliação de estratégias para priorizar a territorialização dos problemas de saúde, ampliando o objeto e espaços de intervenção para famílias, comunidade e meio ambiente

- Capacitação permanente dos profissionais de saúde, gestores e usuários para o fortalecimento da gestão participativa dos serviços de saúde, envolvendo a população e suas organizações, na condição de sujeitos ativos da definição das ações de saúde;
- Capacitação permanente dos profissionais de saúde para o desenvolvimento do planejamento situacional, pouco utilizado no âmbito da APS;
- Fortalecimento dos espaços de participação social tais como conselhos locais de saúde nos territórios de APS, com inclusão da comunidade na análise dos problemas de saúde e sociais e planejamento de intervenções no território junto com as equipes de saúde;
- Fortalecimento das parcerias intersetoriais e intrasetoriais para desenvolvimento de ações voltadas à informação, mobilização, participação e efetivo controle social, com vistas a garantir os direitos à saúde de toda a população.
- Fomento à participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direito à saúde e suas bases legais; incentivar a participação ativa da comunidade nos conselhos locais de saúde, no conselho municipal de saúde;
- Desenvolvimento de processo de formação e capacitação permanente para priorização do trabalho do agente comunitário em saúde com ênfase na orientação comunitária, territorial e cultural; e
- Ampliação da participação dos movimentos sociais na luta contra o modelo atual de financiamento, que resultará em retrocessos na cobertura da APS e na centralidade da adscrição populacional, a partir do território e do escopo de ações de saúde das equipes, especialmente quanto às ações de proteção e promoção da saúde.

Implantação de ações intersetoriais e de promoção da saúde

- Reforço do papel da APS como espaço privilegiado da articulação intersetorial do setor saúde com demais setores sociais na implantação de políticas de promoção da vida e redução das desigualdades sociais, divulgando as evidências do efeito sinérgico do Estratégia Saúde da Família e do Programa Bolsa Família na melhoria das condições de saúde da população;
- Construção de viabilidade operacional para a inclusão de estratégias e instrumentos de alcance da APS como coordenadora do cuidado nas redes regionalizadas do SUS, incorporando o social na análise do processo saúde-doença e dos valores que os profissionais assumem para reger sua prática;
- Fortalecimento da articulação dos diversos níveis de atenção e setores da vigilância na implantação de ações de cuidado, prevenção e promoção da saúde, tendo o território, os problemas de saúde e o planejamento local como pilares estratégicos;
- Fortalecimento da promoção da saúde como uma estratégia de articulação transversal para conferir maior visibilidade aos diferentes grupos sociais e às diferentes necessidades em saúde, sociais e culturas nos territórios; e
- Capacitação permanente das equipes de saúde para a proposição de intervenções culturalmente adaptadas ao contexto e às necessidades e demandas em saúde das populações, por meio da incorporação dos determinantes do processo saúde-doença tanto no ensino dos profissionais de saúde como no exercício da prática profissional.

Fortalecimento da necessidade de reorganização do processo de trabalho estruturado na ação multiprofissional

- Capacitação dos profissionais de saúde das equipes de APS para ampliação da capacidade de análise do contexto em relação às práticas que realiza; compreensão da organização e gestão do processo de trabalho em saúde; atenção a problemas e necessidades de saúde; senso crítico quanto à efetividade e ética das intervenções propostas ou realizadas e, finalmente, permanente questionamento sobre o processo de trabalho vinculado às necessidades e demandas do território;
- Fortalecimento da abordagem integral dos indivíduos e famílias pelas equipes multidisciplinares por meio do fomento ao desenvolvimento de ações de reorganização do trabalho das equipes. Ampliar estratégias de diálogo transdisciplinar dentre os núcleos de cada prática profissional e o caráter multiprofissional, com destaque para a importância dos agentes comunitários de saúde para a orientação comunitária, territorial e cultural;
- Desenvolvimento e revisão de métodos e instrumentos de trabalho para reforçar uma prática comunicativa por meio da qual os envolvidos objetivam o consenso para viabilizar ações e estratégias efetivas em cada território; e
- Prioridade para modalidades de contratação dos profissionais de APS que garantam estabilidade e progressão na carreira.

Fortalecimento das ações de acompanhamento e avaliação das práticas de APS

- Fomento à implantação de políticas de monitoramento e avaliação que orientem a formação dos profissionais de saúde e gestores para o planejamento local e execução de ações conjuntas dos vários setores do SUS que atuam no território de abrangência das equipes de saúde da família;
- Manutenção das estratégias de atualização das informações nos territórios por meio do reconhecimento do território, acompanhamento sistemático das características socio sanitárias como importantes instrumentos para a reorganização do trabalho das equipes de APS;
- Fortalecimento do debate em âmbito nacional sobre a necessidade de manter sistemas de informação em saúde atualizados e fidedignos à situação de saúde dos territórios, a fim garantir o planejamento, a implantação, a monitorização e a avaliação apropriados das intervenções de saúde baseadas em evidência e concentradas na família; e
- Qualificação e institucionalização da avaliação nos diversos níveis de governo comprometidos com as mudanças do modelo assistencial no SUS.

Estratégias de incorporação de práticas de vigilância ao processo de trabalho das equipes de saúde da família

- Oferta de processos educativos permanentes para capacitar os profissionais das equipes de saúde da família com vistas à incorporação de ações de vigilância à saúde, tendo como eixo prioritário a integralidade da atenção à saúde;
- Ampliação de qualificação e educação permanente das equipes de APS para implantar ações e propostas e contemplar a identificação periódica das necessidades, dos riscos e vulnerabilidades da população sob sua responsabilidade, de modo a responder de forma adequada e resolutiva; e
- Apoio técnico aos municípios com vistas a promover mecanismos de integração institucional entre a APS e as práticas de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental no âmbito da gestão e nos territórios de atuação das equipes multiprofissionais.

Fomentar o desenvolvimento e divulgação de pesquisas sobre a implantação da APS

- Ampliação de ações de atenção integral e fortalecimento da coordenação do cuidado em redes integradas;
- Efetividade de ações e programas de educação permanente dos profissionais e gestores para compreensão dos problemas e das necessidades em saúde individuais e coletivas e para o planejamento local das ações de saúde;
- Protagonismo das organizações comunitárias para fortalecimento da consciência sanitária coletiva, orientada pela determinação social do processo saúde-doença, pela concepção ampliada de saúde, pelo cuidado territorializado e pelo enfoque comunitário com maior participação no planejamento de ações em saúde; e

- Desenvolvimento de inovações tecnológicas relativas à estrutura, como internet, celulares e ferramentas informacionais, e à organização dos processos de trabalho relacionada aos modos de operação das ações de vigilância em saúde e de assistência no âmbito da APS junto às comunidades que favoreçam a participação e otimização do uso dos equipamentos sociais.

Referências

Aquino R, Medina MG, Nunes, CA, Sousa, MF. Estratégia de Saúde da Família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: Paim JS, Almeida Filho N, organizadores. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 353-71.

Articulation Feminista Marcosur. Movimentos sociais e populares formam redes de solidariedade para enfrentar o coronavírus [internet]. [acesso em 2020 dez 15]. Disponível em: <https://www.mujaresdelsur-afm.org/movimentos-sociais-populares-redes-solidariedade-coronavirus-covid19/>

Brasil. Emenda Constitucional nº 95, de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, 2016. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm> . Acesso em: 19 dez. 2017.

Brasil. Ministério da Saúde, Portaria de Consolidação Nº 3 de 28/09/2017. Diário Oficial da União, 2017.

Brasil. Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. Diário Oficial da União, 2018.

Brasil. Ministério da Saúde, Portaria GM nº. 1378 de 09 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Diário Oficial da União, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Teixeira CF, Vilasbôas ALQ. Diretrizes para a integração entre a APS e Vigilância em Saúde. Documento preliminar (mimeo). Brasília, 2009, 13 p.

Bousquat A et al. Desafios da atenção básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS. Relatório de Pesquisa. Realização: Rede de Pesquisa em APS-ABRASCO. Julho 2020.

Cardona Júnior A, Andrade C, Caldas L. (2020). Educação em saúde: programa e canal de comunicação via WhatsApp da unidade básica de

saúde do N6 para comunidade rural do sertão pernambucano. *APS EM REVISTA*, 2(2), 137-141.

Dunlop C, Howe A, Li D, Allen LN. The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. *BJGP Open*. 2020;4(1):bjgpopen20X101041. Published 2020 May 1. doi:10.3399/bjgpopen20X101041.

Freitas CM. A vigilância da saúde para a promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 141-159.

Fiocruz. Ajuste fiscal e injustiças em saúde – comentário de Ligia Giovanella ao relatório 'Um ajuste justo', do Banco Mundial. Ligia Giovanella (entrevista publicada em 08 de dezembro). Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz. 2017 disponível em: <http://cee.fiocruz.br/?q=node/699> acesso em 20 de agosto de 2021.

Giovanella L et al. Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 10, p. e00178619, 2019.

Gómez CM, Minayo MCS. Enfoque ecossistêmico de saúde: uma estratégia transdisciplinar. *InterfacEHS* 2006; 1(1):1-19.

Giovanella L. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados? / Lígia Giovanella, Maria Helena Magalhães de Mendonça. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

Guanais FC. The combined effects of the expansion of primary health care and conditional cash transfers on infant mortality in Brazil, 1998-2010. *Am J Public Health*. 2015 Oct;105 Suppl 4(Suppl 4):S593-9, S585-92. doi: 10.2105/AJPH.2013.301452r. PMID: 26313048; PMCID: PMC4561609.

Guimarães FG, Carvalho TML, Bernardes RM, Pinto JM. A organização da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte no enfrentamento da pandemia COVID-19: relato de experiência. *APS em Revista*. 2020; 2 (2); p. 74-82.

Maciel F et al. Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020; 25 (suppl 2).

Mendes EV. *Distritos Sanitários: processo social de mudanças nas práticas sanitárias para o Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec: Abrasco; 1993.

Mendes EV. *Um Novo Paradigma Sanitário: A Produção Social da Saúde*. In: *Uma Agenda para a Saúde*. Ed. HUCITEC. São Paulo, 1996.

Mendonça EF, Cosenza GW. Repensando a vigilância epidemiológica. In: Costa MF, Souza RP, organizadores. Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia Belo Horizonte: Coopmed/Abrasco; 1994. p. 277-280.

Medina MG et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2020; 36 (8); e00149720.

Miranda A. “Médicos pelo Brasil””: simulacro reciclado e agenciamento empresarial - Artigo de Alcides Miranda”. ABRASCO, 9 ago. 2019.

Disponível

em:https://www.abrasco.org.br/site/outrasnoticias/opiniao/medicos_brasil_bolsonaro_alcides_miranda/42108/>.

Morosini MVGC, Fonseca AFB, Faria TW. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2020, 36 (9). [Acessado 23 Setembro 2021] , e00040220.

Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220>>. Epub 04 Set 2020. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220>..

Nery JS, Pereira, SM, Rasella D, Penna, MLF, Aquino R, Rodrigues LC, Barreto ML, Penna GO. Effect of the Brazilian Conditional Cash Transfer and Primary Health Care Programs on the New Case Detection Rate of Leprosy. PLoS Neglected Tropical Diseases (Online). 2014; 8; p. e3357.

Nery JS, Rodrigues LC, Rasella D, Aquino R, Barreira D, Torrens, AW, Boccia D, Penna GO, Penna MLF, Barreto ML, Pereira SM. Effect of Brazil's conditional cash transfer programme on tuberculosis incidence. International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. 2017; 21; p. 790-796.

Nicolelis MAL. O Comitê Científico de Combate ao coronavírus (C4) do Consórcio Nordeste e a pandemia de COVID-19 no Brasil. In: Planejamento e gestão (coleção covid-19, volume 2). Conass, 2020; p. 126-145.

Oliveira MA et al A prática do núcleo de apoio à saúde da família do Recife no enfrentamento à pandemia COVID-19. APS EM REVISTA. 2020; 2(2), 142-150.

Paim JS. A COVID-19, a Atualidade da Reforma Sanitária e as Possibilidades do SUS. In: Reflexões e Futuro. CONASS: Brasília 2021. (coleção COVID -19, Volume 6) p.310-324.

Paim JS . Desafios para a saúde coletiva no século XXI Salvador: EDUFBA; 2006. 158 p.

Paim JS Vigilância da Saúde: tendências de reorientação de modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: Czeresnia D (org) Promoção

da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: editora Fiocruz; 2003. p. 161-174.

Paim JS, Teixeira MGLC. Reorganização do Sistema de Vigilância Epidemiológica na Perspectiva do Sistema Único de Saúde. Informe Epidemiológico do SUS. 1992; 5. p .27-57, 1992.

Periferia Viva. Força Tarefa Covid-19 [internet]. Disponível em: <http://periferiaviva.org.br/> [acesso em 01 de julho de 2021].

Prado NMBL.et al. The international response of primary health care to COVID-19: document analysis in selected countries. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2020; 36 (12) [Accessed 23 September 2021] , e00183820. Available from: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00183820>>. Epub 20 Nov 2020. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00183820>.

Prado NMBL.et al. Ações de vigilância à saúde integradas à Atenção Primária à Saúde diante da pandemia da COVID-19: contribuições para o debate. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 26 (7)[Acessado 23 Setembro 2021] , pp. 2843-2857. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.00582021>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.00582021>.

Rasella D, Aquino R, Santos CAT, Paes-Sousa R, Barreto ML. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. Lancet, Lancet (British edition). 2013; 381; p. 1-9.

Santos AO, Silva JF, Cataneli RCB. COVID-19: Respostas em Construção. In: Reflexões e Futuro. VoCONASS: Brasília 2021. (coleção COVID -19, Volume 6) P.248-268.

Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? Epidemiol. Serv. Saúde. 2020;29(2):e2020166.

Silveira JP, Zonta R. (2020). Experiência de reorganização da APS para o enfrentamento da COVID-19 em Florianópolis. *APS EM REVISTA*,. 2020; 2(2), 91-96.

Teixeira MG et al. Reorganização da atenção primária em saúde para a vigilância universal e controle da COVID-19. Epidemiol Serv Saude. 2020;29(4):e2020494.

Teixeira CF, Solla JP. Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família [online]. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. Sala de aula series, n. 3. 237 p.

Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas ALQ. Promoção e Vigilância da Saúde. Salvador: CEPS-ISC, 2002. 128 p.

Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da Saúde. Informe Epidemiológico do SUS. 1998; (2) CENEPI/MS.

Vilasbôas ALQ, Medina MG, Aquino R, Nunes CA. Atenção Primária e Promoção da Saúde no Brasil: Origens e Situação Atual. Relatório de Acompanhamento de Políticas. Observatório de Análise Política em Saúde. Disponível em <http://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/matriz/analises/1/> (acessado em 22/09/2021).

Vale, EP et al. Reorganização da Rede de Atenção à Saúde para o enfrentamento da COVID-19 no município de Canaã dos Carajás, Pará. APS em Revista. 2020. 2 (2); p. 83-90.