



**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL  
DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
BACHARELADO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

**ANDRE MOREIRA DE JESUS**

**COVID-19 VERSUS ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE: UM OLHAR SOBRE A  
GESTÃO, NOVO FINANCIAMENTO E O PROCESSO DE TRABALHO**

**SÃO FRANCISCO DO CONDE**

**2020**

**ANDRE MOREIRA DE JESUS**

**COVID-19 VERSUS ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE: UM OLHAR SOBRE A  
GESTÃO, NOVO FINANCIAMENTO E O PROCESSO DE TRABALHO**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação Bacharelado em Administração Pública - 2014.1, da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Administração Pública.

Orientador: Prof. M.e Carlos Alberto Pereira Leite Filho.

**SÃO FRANCISCO DO CONDE**

**2020**

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
Sistema de Bibliotecas da Unilab  
Catalogação de Publicação na Fonte

J56c

Jesus, Andre Moreira de.

Covid-19 versus Atenção Básica a Saúde : um olhar sobre a gestão, novo financiamento e o processo de trabalho / Andre Moreira de Jesus. - 2020.

64 f. : il. mapas, color.

Monografia (graduação) - Instituto de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, 2020.

Orientador: Prof. M.e Carlos Alberto Pereira Leite Filho.

1. Atenção Básica a Saúde da Família. 2. Covid-19 (Doença) - Aspectos econômicos - São Francisco do Conde (BA). 3. Saúde pública - São Francisco do Conde (BA) - Administração.  
I. Título.

BA/UF/BSCM

CDD 614.1508142

**ANDRE MOREIRA DE JESUS**

**COVID-19 VERSUS ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE: UM OLHAR SOBRE A  
GESTÃO, NOVO FINANCIAMENTO E O PROCESSO DE TRABALHO**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação Bacharelado em Administração Pública - 2014.1, da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Administração Pública.

Data de aprovação: 21/11/2020.

**BANCA EXAMINADORA**

**Prof. M.e Carlos Alberto Pereira Leite Filho (Orientador)**

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Polyana Karina Mendes Ximenes**

Instituto de Tecnologia da Informação e Comunicação / Faculdade Christus

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rejane Felix Pereira**

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

## AGRADECIMENTOS

Do íntimo do meu coração, quero agradecer à trindade santa (o pai, o filho e o espírito santo) por serem autores da minha vida e de tudo que nela há.

À minha grandiosa mãe – Tânia Regina Moreira de Jesus, mulher guerreira, de fibra e obra divina para conceber a minha vida. Com grande participação na formação do Homem que hoje sou. Obrigado mãinha!

Agradeço também a uma pessoa especial em minha vida, a minha fonte de inspiração, presenteada por Deus, ao meu filho Gabriel Silva Moreira de Jesus.

Ao meu irmão, Adriano Moreira de Jesus, pela parceria e irmandade que trouxe grande contribuição para o meu sucesso.

À saudosa Ruth Brilhante de Souza, a brilhante mãe de todos os agentes de saúde e de endemias do Brasil, ex. presidente da CONACS e símbolo de todas as conquistas desta classe. Que no dia 03/05/2017 nos deixou para poder brilhar no céu.

Ao Diretor de Vigilância em saúde – Reinaldo Xavier da Silva- que disponibilizou o seu precioso tempo, em meio aos serviços de saúde, demandados pela pandemia, para auxilia-me com as coletas de dados epidemiológicos e outros relacionados às questões de saúde pública.

A minha equipe de trabalho do PSF- Centro II, por ter contribuído para a formação do profissional que hoje sou.

A todo corpo docente da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). Em especial o Prof. Dr. Carlos Alberto Pereira Leite Filho, pela sua competência e dedicação no norteamento deste trabalho de conclusão de curso.

Não é somente importante o aonde se quer chegar, mas sim, como irá chegar, sem esquecer-se de espalhar as boas sementes ao longo do percurso até a chegada!

Autoria própria.

## RESUMO

A presente obra acadêmica ocorreu na cidade de São Francisco do Conde-BA. Em que pode-se vislumbrar principais as interferências do Covid-19 na estrutura da atenção primária a saúde, após a sua ocorrência na Ásia, em dezembro de 2019. Infectando bilhões de pessoas em todo o globo terrestre. Seus efeitos foram percebidos em todo o mundo, principalmente no município estudado. Com isso, houve-se a necessidade da realização da pesquisa com os seguintes objetivos: descrever as mudanças no comportamento do processo de trabalho, no novo modelo de financiamento e na gestão da atenção primária à saúde. A metodologia: uma pesquisa descritiva, qualitativa e quantitativa quanto ao objetivo; quanto ao procedimento - ex-post- facto (acontecimento após um fato). Dando-se origem aos seguintes resultados: constatação do afastamento de diversos profissionais de saúde; o comprometimento da transição do novo financiamento da atenção básica a saúde, das atividades de gestão tática e estratégica comum a atenção básica a saúde e do processo de trabalho. Entretanto, as ações e planejamentos inclinaram-se para o enfrentamento ao covid-19. Também, constatou-se que, tanto o financiamento, quanto a gestão e o processo de trabalho, a tríade motriz da atenção primária à saúde, tiveram-se comportamento atípico.

**Palavras-chave:** Atenção Básica a Saúde da Família. Covid-19 (Doença) - Aspectos econômicos - São Francisco do Conde (BA). Saúde pública - São Francisco do Conde (BA) - Administração.

## ABSTRACT

The present academic work took place in the city of São Francisco do Conde-BA. In which the main interference of Covid-19 in the structure of primary health care can be glimpsed, after its occurrence in Asia, in December 2019. Infecting billions of people across the globe. Its effects were noticed all over the world, mainly in the municipality studied. Thus, there was a need to conduct research with the following objectives: to describe changes in the behavior of the work process, in the new financing model and in the management of primary health care. The methodology: a descriptive, qualitative and quantitative research regarding the objective; as to the procedure - ex-post-facto (event after a fact). Giving rise to the following results: confirmation of the departure of several health professionals; the commitment to transition from the new financing of primary health care, to tactical and strategic management activities common to primary health care and the work process. However, the actions and plans were inclined to face the covi-19. Also, it was found that both the financing, the management and the work process, the driving force of primary health care, had atypical behavior.

**Keywords:** Covid-19 (Disease) - Economic aspects - São Francisco do Conde (BA). Primary Health Care for the Family. Public health - São Francisco do Conde (BA) - Administration.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACE	Agente Comunitário de Endemias
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CDS	Coleta de Dados Simplificados
DeCS	Descritores em Ciência da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
EPI	Equipamento de Proteção Individual
GM	Gabinete Ministerial
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Atenção a Saúde da Família
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa do Agente Comunitário de Saúde
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica a Saúde
PNAS	Programa Nacional do Agente Comunitário de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RLC	Receita Liquida Corrente
SB	Saúde Bucal
SCNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
SISAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	11
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	14
2.1	ATENÇÃO PRIMARIA A SAÚDE	15
2.1.1	<b>A gestão da Atenção Primária</b>	15
2.1.2	<b>Sistema de informação da Atenção Primária a Saúde</b>	16
2.1.3	<b>Repassé financeiro da Atenção Primária a Saúde</b>	17
2.1.4	<b>Processo de trabalho da equipe multiprofissional da Atenção Primária a Saúde e o agente de saúde</b>	23
2.2	ENTENDENDO O COVID-19	25
2.2.1	<b>Os Coronavírus humanos</b>	25
2.2.2	<i>Spillover</i> (transbordamento)	29
2.2.3	<b>Mapa mental - Covid-19</b>	30
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b>	34
<b>4</b>	<b>DADOS DO MUNICÍPIO</b>	35
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	37
5.1	COVID-19 E A VARIAÇÃO NO PROCESSO DE TRABALHO	37
5.1.1	<b>Os números do Covid-19</b>	37
5.1.2	<b>Os aspectos da gestão, financiamento e o processo de trabalho, antes do Covid-19</b>	39
5.2	A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E A REMODELAÇÃO DAS SUAS ATIVIDADES PROVOCADA PELO COVI-19	40
5.2.1	<b>Os agentes comunitários de saúde</b>	40
5.2.2	<b>O enfermeiro / médico / odontólogo e os técnicos</b>	44
5.3	COVID-19 E A VARIAÇÃO NA GESTÃO DAS UNIDADES BÁSICA DE SAÚDE	52
5.4	A INTERFERÊNCIA DA PANDEMIA DO COVID-19 NO NOVO MODELO DE FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMARIA A SAÚDE	54
5.5	O COVID-19 X A TRÍADE MOTORA DA ATENÇÃO PRIMARIA A SAÚDE	57
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	59
	<b>REFERÊNCIAS</b>	61

## 1 INTRODUÇÃO

Na seguinte data, 31 de dezembro de 2019, a OMS (Organização Mundial de saúde) recebeu uma alerta de ocorrência de diversos casos de pneumonia ocorrido na República Popular da China, precisamente na cidade de Wuhan e na província de Hubei, tratava-se do surgimento da nova cepa do coronavírus humano. (OMS, 2020).

Após uma semana, em 7 de janeiro de 2020, o governo da China confirmou a descoberta do novo vírus em seres humanos. E que o mesmo se difundiu por todo o território chinês, sendo a principal causa da ocorrência de resfriamento (MS, 2020).

Já em 30 de janeiro de 2020, a OMS emitiu o mais alto nível de alerta da organização, conforme previsto no regulamento sanitário internacional, que o surto da doença causada pela nova cepa (CONVID-19) constitui uma emergência de saúde pública de caráter internacional. Em seguida, na data de 11 de março de 2020, a mesma caracterizou o Covid-19 como uma pandemia (OMS, 2020).

Ainda OMS (2020) - é a sexta vez na história que uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional é declarada. As demais deram-se em:

- ✓ 25 de abril de 2009 – pandemia de H1N1;
- ✓ 5 de maio de 2014 – disseminação internacional de poliovírus;
- ✓ 8 de Agosto de 2014 – surto de Ebola na África Ocidental;
- ✓ 1 de fevereiro de 2016 – vírus zika e aumento de casos de microcefalia e outras malformações congênitas;
- ✓ 18 de Maio de 2018 – surto de ebola na República Democrática do Congo.

A sexta e atual alerta evoluiu para a situação pandêmica.

O MINISTÉRIO DA SAÚDE tornou público, em 26 de fevereiro de 2020, o primeiro caso de Covid-19 no Brasil, tratava-se de um senhor de 61 anos que tinha dado entrada no Hospital Israelita Albert Einstein, na data de 25 de fevereiro do ano corrente, em São Paulo. O caso em questão foi importado da Lombardia, Itália, país de regresso. (BRASIL, 2020).

Entretanto, a doença pandêmica, Covid-19, tem influenciado significativas mudanças em todo o globo terrestre. No Brasil, evidencia as suas perturbações no novo modelo de financiamento, no processo de trabalho e na gestão, da atenção primária à saúde.

Neste sentido a atenção básica à saúde passou a ter uma nova modelagem de financiamento. A proposta foi aprovada, em 31 de outubro de 2019, pela comissão intergestores

tripartite, em que passou a vigorar em janeiro de 2020. Com este novo modelo os gestores municipais terão que cadastrar os cidadãos, nas unidades de saúde, e atualizar o seu banco de dados. Uma vez que, a atenção primária a saúde terá o seu financiamento baseado no número de pessoas cadastradas nas unidades e o desempenho de cada equipe, levando em conta os indicadores de saúde. (MACHADO, 2019).

A nova proposta traz o fortalecimento da atenção primária por ser fácil e factível, bem como, utiliza critério técnico e científico. Em que valoriza a responsabilidade do profissional de saúde sobre os usuários do SUS e estimula a ampliação da cobertura da atenção primária à saúde. (BRASIL, 2020).

Conforme o pronunciamento do MINISTÉRIO DA SAÚDE é, necessário medir a saúde para transformar. Segunda o mesmo, há um número aproximadamente de 50 milhões de pessoas, algumas destas pessoas excluídas estão em vulnerabilidade, sem acesso aos serviços básicos de saúde. E que o número atual de usuários cadastrados é de 90 milhões, entre um universo de 140 milhões (BRASIL, 2019).

Diante da realidade apresentada, a problemática se segue: após o surgimento da variável independente, pandemia provocada pela nova cepa (Covid-19), quais variáveis dependentes relacionadas ao programa Previne Brasil financiamento, gestão e processo de trabalho na atenção primária a saúde, do município de São Francisco do Conde-Ba, foram afetadas pelos efeitos da pandemia causada pela nova cepa (Covid-19)?

A pesquisa em questão justifica-se devido a sua importância em evidenciar os reflexos das variáveis estudadas refletirem nas mudanças do sistema de informação, nas atividades dos profissionais, no planejamento dos gestores, na produtividade das equipes de saúde e no critério de captação da verba do ministério da saúde. Observa-se que essas mudanças veem causando insegurança nos gestores e profissionais de saúde quanto aos danos e o tempo de duração dos seus efeitos na forma de fazer gestão, no processo do trabalho, na produtividade da equipe e nos valores de captação de recursos financeiros necessária para a manutenção do desenvolvimento dos serviços em saúde.

Sabe-se que, a atenção primária é o primeiro nível de atenção à saúde, garantido pela constituição federal e leis complementares. Essas leis são responsáveis por criarem programas voltados para o fortalecimento da organização do processo de trabalho da atenção em questão. Elas, também, influenciam diretamente no comportamento da estrutura de financiamento e gestão.

Neste sentido, é essencial uma pesquisa voltada para o estudo da variável independente e das dependentes envolvidas neste processo de promoção a saúde em primeiro nível. Na

oportunidade, procura-se descreverem essas mudanças, prioritariamente, no município de São Francisco do Conde-Ba, durante o período pandêmico.

Para responder os problemas, ora apresentados, a pesquisa tem como objetivo geral-analisar as variáveis dependentes (processo de trabalho, gestão da atenção primária a saúde e o repasse financeiro do ministério ao fundo municipal de saúde), durante o surgimento da pandemia provocada pelo Covid-19 (a nossa variável independente), através de uma pesquisa ex-pos-facto. Objetivos específicos:

- ✓ Descrever as mudanças no comportamento do processo de trabalho das unidades básicas de saúde, no município de São Francisco do Conde - BA, durante a pandemia do Covid-19;
- ✓ Descrever as mudanças no novo modelo de financiamento da atenção primária, no município de São Francisco do Conde - BA, durante a pandemia do Covid-19;
- ✓ Descrever o comportamento da gestão da saúde primária, no município de São Francisco do Conde - BA, durante a pandemia do Covid-19.

Diante dessa formatação, o trabalho está estruturado em: 1 Introdução; 2 Fundamentações teóricas acerca do tema - Covid-19 versus atenção básica a saúde: um olhar sobre a gestão, novo financiamento e o processo de trabalho; 3 Metodologias que foram utilizadas na pesquisa; 4 Resultados e discussões, com a apresentação das informações coletadas e sua análise; 5 Considerações finais; Referências e, como apêndices, um glossário, com os termos das áreas estudadas e o roteiro da entrevista realizada.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

A atenção à saúde antes era meramente curativa até o século XIX. A mesma tinha a sua base separada da sociedade, ela objetivava impedir a morte do indivíduo diante do aparecimento dos principais sintomas de uma mazela. (MACHADO, 1978).

O Brasil passa a ter, no século XIX, duas principais características: a que realiza influência sobre a sociedade e o seu processo como um mecanismo científico para o poder do Estado. Em que, o médico tem a possibilidade de relacionar se a origem da doença vem do comportamento da sociedade ou não. Neste sentido é possível observar que a medicina já nasce com uma orientação voltada para intervir nas políticas públicas de saúde. (MACHADO, 1978).

O estudo do processo saúde/ doença leva em conta a coletividade humana. Em que é possível realizar uma análise da sua distribuição e dos seus fatores de determinação das enfermidades, agravos a saúde e eventos com associação a saúde coletiva. E Servindo de base para as medidas específicas de prevenção, do controle e/ ou erradicação de mazelas e, fornecimento de importantes indicadores para o planejamento estratégico, avaliações e o gerenciamento de ações para a promoção a saúde. (ROUQUAYROL, 2003).

Para promover a saúde, faz necessário conhecer a História natural da doença, em uma abordagem multicausais, não se limitando as questões biológicas, levando em conta o deslumbre do meio ambiente, as relações sociais, as políticas públicas e culturas como influenciador e condicionante para o bem estar da saúde popular. É um modelo que vai além do conceito de saúde como a ausência de doença e, não se prende apenas a uma única causa. Mas sim, ao processo natural da doença, com base científica, com a normalidade da doença, em uma visão positiva da saúde, e a valorização da prevenção a este agravo. Este modelo surgiu com uma necessidade de reorganização do conceito de política de saúde. Baseado nos anseios da UNO e da OMS, para formatar um conceito de saúde em uma perspectiva de estado completo de bem-estar físico, mental e social. Dois principais nomes delinearão o modelo explicativo multicausal- Leavell e Clark (1976).

Os pesquisadores mencionados anteriormente, não obstem o conhecimento da história da doença, bem como o mecanismo de prevenção, promoção à saúde e a reabilitação. Considerando três elementos de interação- o homem, o hospedeiro e o meio ambiente nos seus estágios explicativos sobre a evolução da patologia.

Ainda sobre o modelo de Leavell e Clark (1976) é considerável o meio externo como um ambiente influenciador do adoecimento e o meio interno como o ambiente propicio para o estágio de desenvolvimento da doença. É no ambiente externo que se promove as medidas de

prevenção, já no ambiente interno se tem o estágio patológico. Seguindo por este contexto de prevenção e marcha da doença, observa-se a fase pré-patogênica e a fase patogênica do processo natural da doença. O período pré-patogênico- é uma fase onde não se tem a manifestação da doença. É neste período que a ação da atenção primária à saúde deverá considerar os determinantes da doença, como agentes genéticos, físico-químico, culturais, econômicas, psicossociais, nutricionais e outros para promover ações de prevenção à doença. Medidas de educação em saúde e proteção específica, também, tem que ser realizadas.

## 2.1 ATENÇÃO PRIMARIA A SAÚDE

Diversas foram as mudanças, antes mesmo das provocadas pelo Covid-19, entre elas, vislumbram-se as do cenário político-econômico brasileiro, as quais refretem nas organizações dos serviços de saúde. A atenção primária sofreu uma grande mudança depois de 22 anos, um verdadeiro divisor de águas do sistema de saúde. Convergindo em um novo modelo de financiamento da atenção primária a saúde e consolidadas pelo ministério da saúde, no atual governo do presidente- Jair Bolsonaro (BRASIL, 2019).

### 2.1.1 A gestão da Atenção Primária

As atividades da atenção básica a saúde, sendo elas de caráter coletivas ou individuais, tem a missão de promover a saúde e a prevenção dos seus agravos. A reabilitação das problemáticas de saúde, também, é realizada por este nível de atenção. Em 2006 se iniciou no sistema único de saúde a orientação destas ações pelo seu pacto pela saúde. Com isso, há um fortalecimento da responsabilidade sanitária nos três níveis de gestão com organização do sistema (BRASIL, 2006a).

As práticas de gerenciamento são estrutura essencial para a delimitação do território e da alimentação dos bancos de dados de informações social, epidemiológicas e cultural de uma comunidade adstrita a área de atuação da equipe multiprofissional e equipe multidisciplinar da atenção básica a saúde. Os dados colhidos pelos agentes de saúde e demais profissionais auxiliam no desenvolvimento do planejamento das ações básicas em saúde. Com isso, pode-se pensar no planejamento favorecedor da eficiência e a eficácia das atividades de apoio, tais quais, de infraestrutura, instrumentos de organização e gestão, sem prejuízo dos de caráter de informação, educação, de pessoal, de materiais e resultados. (SHIGUNOV NETO; TEIXEIRA; CAMPOS, 2005).

A gestão das atividades da APS (atenção primária à saúde) tem o seu ponto de partida na análise situacional das problemáticas advindas do território de abrangência, para posteriormente realizar as tomadas de decisões pertinentes a melhor solução de cada problema. Essas atividades a serem realizadas pela equipe de saúde são norteadas pelos diagnósticos epidemiológicos e sociais, local, bem como, pelas diretrizes e parâmetros prioritários advindo dos programas do ministério da saúde. As programações são das espécies de ciclo vital e de situacional. A primeira se relaciona aos cuidados com as crianças, as mulheres, os homens e os idosos, quanto a última se relaciona com as condições de saúde, tais quais, pré-natal, puerpera, controle de hipertensão, diabetes, tuberculoses, hanseníases e outros (BRASIL,2006b).

Para desenvolver as ações de promoção, prevenção, fomento e gestão em saúde, é necessário fortalecer o sistema de informação da atenção primária à saúde. Isso é possível devido a um sistema de informações, o qual, é formado por conjuntos de unidades de produção, análise e consolidação de dados necessários para suprir as demandas por informações dos serviços e programas do sistema de saúde. Esses sistemas de informação trazem informações aos gestores em saúde para melhor gerenciar as suas unidades de saúde, refletindo na melhoria da saúde coletiva e individual (BRANCO, 2006).

### **2.1.2 Sistema de informação da Atenção Primária a Saúde**

A portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, instituiu o sistema de informação da atenção básica a saúde ( SISAB) mencionado anteriormente, com a finalidade de justificar os recursos financeiros para os programas e estratégias da política nacional de atenção básica através das informações da produtividade das equipes de saúde, substituindo o SIAB ( sistema de informação da atenção básica) e integrando a estratégia do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/ MS) passando a se chamar E-SUS ( AB).

Estruturado em dois sistemas de software que instrumentalizam a coleta dos dados. Dados estes que serão inseridos no SISAB, entre eles temos: Coleta de Dados Simplificados (CDS) e Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Neste sentido é possível registrar as atividades da equipe, cadastrar os usuários do sistema único de saúde, bem como, gerenciar todos os dados sobre os programas de saúde, ações de prevenção, promoção e cura da saúde no primeiro nível de atenção a saúde. Com o objetivo de melhor organizar e gerenciar as ações em saúde, bem como, fomentar serviços de saúde e informações de qualidade aos cidadãos vinculados ao SUS. (MS, 2013).

As informações quanto aos dados epidemiológicos e socioeconômico, os quais servirão de base para o planejamento da gestão em saúde e justificativa para o financiamento ministerial, é garantido pelas unidades de saúde através dos seus componentes, os quais realizam o cadastramento individual e domiciliar para alimentar a base de dados ministerial:

É atribuição da equipe da atenção primária a saúde- Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local. (BRASIL, 2017, pag. 14,15.).

### **2.1.3 Repasse financeiro da Atenção Primária a Saúde**

Os governantes são responsáveis pela a garantia dos repasses dos recursos financeiros para a manutenção dos serviços primários de saúde. Uma vez as equipes cadastradas e os usuários do sistema, também, cadastrados garantem a manutenção do repasse financeiro. O qual é garantido pela política nacional de atenção primária a saúde. A mesma se dá no formato tripartite:

Art. 7º São responsabilidades comuns a todas as esferas de governo: III - destinar recurso federal para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica, de modo mensal, regular e automático, prevendo, entre outras formas, o repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços. VI - Garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento da Atenção Básica. (BRASIL, 2017, pag.03).

A APS está inserida no SUS, este último foi criado após a constituição federal. Esta, por sua vez, foi instituída posteriormente a VIII conferência nacional de saúde, realizada em 1986. A constituição federal garantiu a saúde como um direito fundamental a todos e atribuiu ao governo a garanti-a por intermédio de políticas públicas sociais e econômicas. Com a finalidade de garantir esse direito à população foi que, se criou o SUS. Sendo este último responsável por garantir o repasse financeiro a APS. (Brasil, 1988).

Ainda sobre as leis infraconstitucionais, a lei 8142/90 e a 8080/90. A primeira regulamenta a participação popular na gestão do SUS e na transferência intergovernamentais dos recursos financeiros na área de saúde. Já a lei posterior, dispõe sobre as condicionantes para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como, as diretrizes e normas para o funcionamento destes serviços de saúde (BRASIL, 1990).

O resultado das grandes discussões acerca do financiamento do SUS deu origem a PAB ( Piso da Atenção Básica) Fixo e ao PAB variável: Norma Operacional Básica do Sistema

Único de Saúde, a NOB-SUS/96 instituído pela Portaria No. 2.203, publicada no Diário Oficial da União de 6 de novembro de 1996, originando o PAB, Piso Assistencial Básico, foi instituído para estipular um piso do repasse fundo a fundo para os municípios habilitados pela NOB, aos que não tem habilitação, o repasse será transferido para o fundo de saúde do Estado e repassado as esses Municípios.

O PAB consiste em um montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal. Esse Piso é definido pela multiplicação de um valor per capita nacional pela população de cada município (fornecida pelo IBGE), e transferido regular e automaticamente ao fundo de saúde ou conta especial dos municípios e, transitoriamente, ao fundo estadual, conforme condições estipuladas nesta NOB. As transferências do PAB aos estados correspondem, exclusivamente, ao valor para cobertura da população residente em municípios ainda não habilitados na forma desta Norma Operacional (BRASIL 1996).

Já o PAB variável: consiste em montante de recursos financeiros destinados a estimular a implantação das seguintes estratégias nacionais de reorganização do modelo de atenção à saúde: Saúde da Família (SF); ACS; Saúde Bucal (SB), compensação de Especificidades Regionais, Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF), Saúde Indígena (SI) e Saúde no Sistema Penitenciário. Brasil (2006).

Além dos fatores ocorridos no SUS anteriormente, o financiamento da saúde pública teve outro marco histórico, o surgimento da emenda constitucional de número 29/2000. Em que se teve a ratificação do vínculo do recurso financeiro da seguridade social, padronizando os percentuais de repasse financeiro do investimento da receita líquida corrente (RLC) de 12% para os Estados e 15% para os municípios, ficando ausente a definição para o governo. (BRASIL, 2000).

Notam-se as principais mudanças no sistema de financiamento da atenção primária à saúde, entre elas, temos a portaria do gabinete do ministério da saúde de número 06, de 28 de setembro de 2017, a qual regulamenta a transferência de recursos financeiro do governo federal para o fundo do Estado e município. O financiamento deu-se em forma de blocos, entre estes, tínhamos o bloco da atenção básica. Esta última era subdividido em piso, sendo o fixo e o variado, expresso no artigo nono desta portaria. (BRASIL, 2017).

Depois de um pouco mais que 2 anos, este sistema de financiamento da atenção básica em forma de bloco, deu lugar a portaria de número 2979, de 12 de novembro de 2019, a qual converteu em modelo de financiamento em bloco, por um sistema de capitação ponderada,

pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas. A portaria levou em conta os seguintes aspectos:

- a) A necessidade da ampliação dos serviços de atenção primária em saúde para a população, com a finalidade de garantir a universalidade do sistema único de saúde;
- b) A importância da implantação de ações estratégicas para atender as necessidades em saúde, atendendo as dimensões epidemiológicas, demográficas, socioeconômica e outras que houver;
- c) A necessidade de se reconhecer a estratégia saúde da família como orientadora da atenção primária em saúde e norteadora das redes de atenção à saúde nacional;
- d) A consideração da importância da territorialização e adstrição das pessoas aos serviços da atenção primária à saúde, priorizando a evolução do vínculo e responsabilidade entre a equipe e a população assistida.

Entre esses aspectos e outros, o principal é, a necessidade de revisar equitativamente a forma de financiamento federal de custeio referente à Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2019).

Com isso, o decreto ministerial mencionado bem anteriormente, tem a missão de contribuir para a ampliação da capacidade instalada e abrangente da oferta dos serviços de saúde primária com a atuação da equipe multiprofissional. Com a consideração do acesso de primeiro contato, da longitudinalidade, a coordenação, integralidade, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural. O mesmo, não deixa de fora a necessidade de se elevar o nível de desempenho da equipe, para alcançar os resultados esperando na melhoria dos serviços primários de atenção a saúde. (BRASIL, 2019).

Para a consolidação dos anseios, mencionados anteriormente, do ministério da saúde para com atenção primária à saúde, foi necessário a criação do novo modelo de financiamento, a Capitação Ponderada:

Art. 10, do decreto 2979 de 2019- O cálculo para a definição dos incentivos financeiros da capitação ponderada deverá considerar: I - a população cadastrada na equipe de Saúde da Família (eSF) e equipe de Atenção Primária (eAP) no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB); II - a vulnerabilidade socioeconômica da população cadastrada na eSF e na eAP; III - o perfil demográfico por faixa etária da população cadastrada na eSF e na eAP; e IV - classificação geográfica definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Parágrafo único. O cálculo que trata o caput será baseado no quantitativo da população cadastrada por eSF e eAP, com atribuição de peso por pessoa, considerando os critérios de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e classificação geográfica. (BRSIL, 2019, pag.02).

A capitação ponderada corresponde a primeira tipologia de repasse de recursos fundo a fundo para os municípios custearem os seus serviços de saúde, na atenção básica a saúde. Este repasse está relacionado à primeira etapa de transição de financiamento. O segundo é o pagamento por desempenho, seguindo pela a terceira que, é o incentivo para as ações estratégicas na atenção primária à saúde.

Segunda modalidade de financiamento da atenção básica a saúde-Pagamento por Desempenho Brasil (2019): “Portaria 2979, de 2019, em seu art. 12-C- O cálculo do incentivo financeiro do pagamento por desempenho será efetuado considerando os resultados de indicadores alcançados pelas equipes credenciadas e cadastradas no SCNES”.

É importante que a equipe de saúde esteja cadastrada no cadastro nacional de estabelecimento de saúde, o SCNES, para serem oficialmente contabilizada para fins de repasse do recurso financeiro.

Terceira modalidade de financiamento - Incentivo para Ações Estratégicas. Brasil (2019): “Art. 12-G. O cálculo para a definição dos recursos financeiros para incentivo para ações estratégicas deverá considerar: I - as especificidades e prioridades em saúde; II - os aspectos estruturais das equipes; e III - a produção em ações estratégicas em saúde”.

O desafio para o município será, justamente, o recadastramento da população adstrita ao território de atuação, manter devidamente cadastradas, a equipe multiprofissional no sistema de informação do ministério da saúde. Como, também, estruturar as unidades e qualificar a sua equipe para atender ao novo programa de financiamento. E mudar a sua estratégia para acompanhar os indicadores de saúde e levantar os seus dados, mantendo a qualidade do atendimento e o funcionamento dos programas de estratégia vinculados ao novo programa. Com isso, pode-se justificar o recebimento do financiamento, através do seu processo de trabalho, e adequar a gestão dos serviços de saúde às exigências da nova portaria, dentro do prazo estabelecido pela mesma. (CONASEMS, 2020).

Entretanto algumas características serão consideração no financiamento por ponderação, tais quais Brasil (2019):

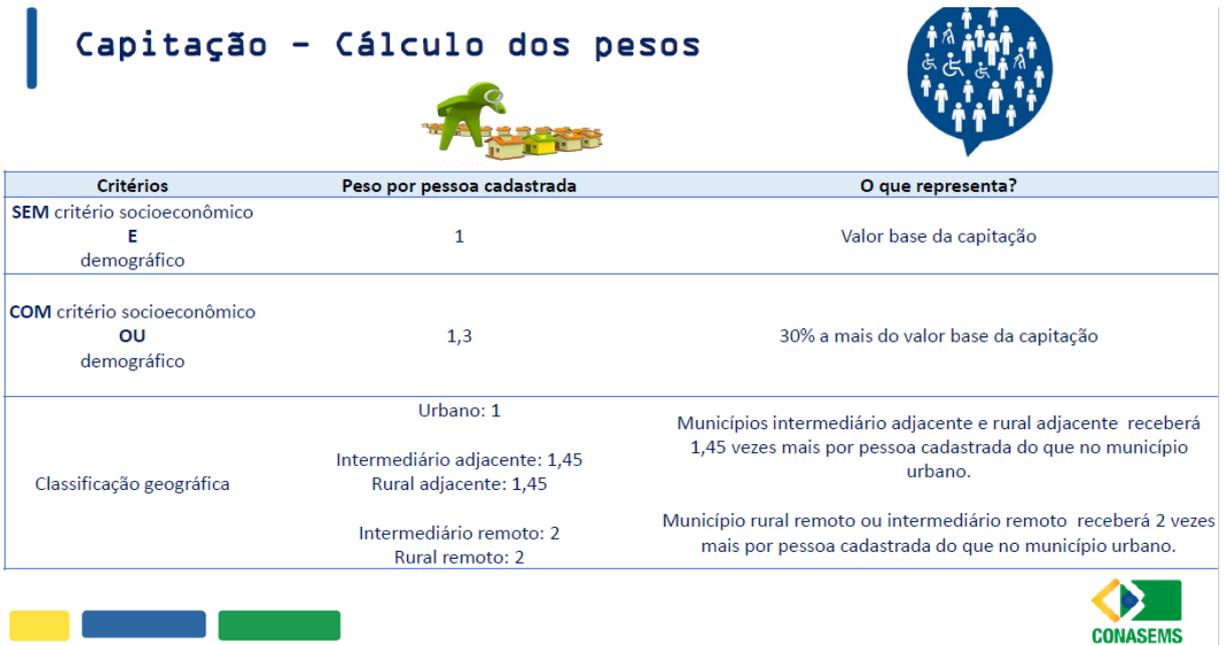
- ✓ População cadastrada - Em equipe de saúde da família e atenção primária credenciadas em vulnerabilidade socioeconômica;

- ✓ Considerando a proporção de pessoas cadastradas nas ESF e que recebam benefício financeiro do Programa Bolsa Família (PBF), Benefício de Prestação Continuada (BPC) ou benefício previdenciário no valor máximo de dois salários-mínimos;
- ✓ O Perfil demográfico - considera faixas etárias com maiores necessidades e gastos de saúde-população cadastrada nas ESF com até 5 anos e a partir de 65 anos de idade;
- ✓ A Classificação geográfica- classificação dos municípios de acordo com a tipologia rural-urbana definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).
- ✓ O valor per capita base anual é de: R\$50,50;
- ✓ Será transferido mensalmente e recalculado a cada 4 competências financeiras;
- ✓ A pontuação do município ou Distrito Federal para definição do cálculo de repasse será obtida pela multiplicação dos pesos e pelo quantitativo da população cadastrada, observado o limite de cadastro municipal;
- ✓ O valor total a ser repassado por município ou Distrito Federal será a multiplicação da pontuação estabelecida pelo valor per capita de R\$50,50.

Os critérios mencionados, anteriormente, são somados com os valores da tipologia do município que, segundo o IBGE são: Intermediário adjacente, intermediário remoto, rural adjacente e rural remoto. Esta classificação geográfica é utilizada como produto junto ao valor per capita da base de cálculo do peso por pessoa cadastrada.

O peso por pessoa cadastrada deverá ser calculado conforme o esquema posteriormente apresentado:

**Figura 1 - Cálculo de peso para a capitação por média ponderada**



Isso significa que, o município poderá ter um peso com amplitude entre 1 e 2, com a classificação geográfica, refletindo na possibilidade de maior capitação de recurso financeiro para a atenção primária do município.

Ainda sobre o peso por pessoas cadastradas para a capitação, podemos vislumbrar o valor per capita desta. Com valores que variam conforme a classificação, com ou sem os critérios socioeconômicos e/ ou demográficos:

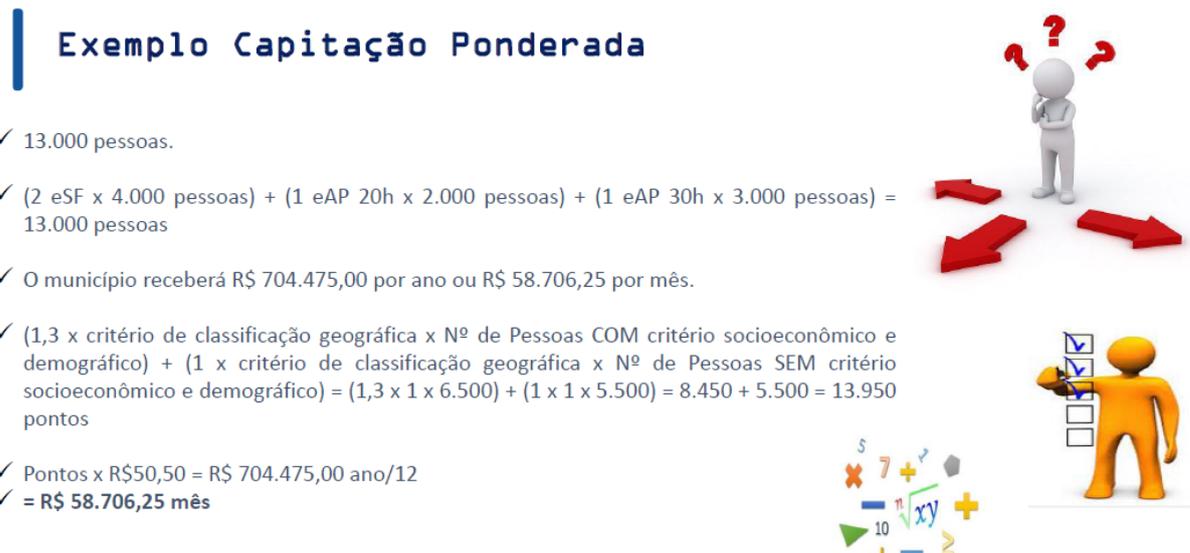
**Figura 2 - Valor per capita por ano**



A figura 02 refere-se ao valor per capita anual, leva em conta todos os critérios possíveis para a realização do cálculo da média ponderada.

Pode-se observar na figura abaixo como seria o cálculo para entender melhor a capitação ponderada na prática:

**Figura 3 - Exemplo de capitação por média ponderada**



A figura 03 exemplifica o modelo de capitação por média ponderada, auxiliando no entendimento dos gestores acerca de como se dá o processo de cálculo para tornar as ações de cadastramento mais eficiente e captar o máximo de recursos financeiros para atenção primária do município.

### **2.1.4 Processo de trabalho da equipe multiprofissional da Atenção Primária a Saúde e o agente de saúde**

A equipe multiprofissional da atenção básica a saúde tem em sua composição os seguintes profissionais: Mínimo de um médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde. E podendo ser acrescentados a essa composição, os profissionais de Saúde Bucal, tais quais: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

Essas equipes de saúde são responsáveis no máximo de 4.000 pessoas e mínimo de 3.000, respeitando os critérios de vulnerabilidade e equidade. (BRASIL, 2017).

A categoria do agente comunitário de saúde (ACS) foi criada em 10 de julho de 2002, com a lei 10.507. Sancionada pelo presidente Fernando Henrique Cardoso, a qual previa que seu exercício se daria exclusivamente no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Em seu 2º artigo cita que, o exercício das atividades profissionais teria como principal característica a prevenção de doenças e promoção da saúde, através de ações no domicílio ou na comunidade. Em que, tais ações podem ser individuais ou coletivas, desde que estejam em conformidade com as normas e diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local em saúde. O artigo 3º da mesma lei nos traz como requisito mínimo para ser agente de saúde: residir na comunidade de atuação, concluir com aproveitamento o curso de formação da classe (curso introdutório), ter o ensino fundamental completo e ser maior de 18 anos. (BRASIL 2002).

Contudo, essa profissão teve outras regulamentações, através da lei 11.350/2006. A qual foi alterada pela lei 13.595, de 5 de janeiro de 2018. Essa última tem como objetivo a regulamentação do ACS, a ampliação do acesso pela comunidade assistidas, as ações e aos serviços de informações, de promoção a saúde, proteção a cidadania, sob supervisão dos gestores tripartites – Federal, Estadual e Municipal. (BRASIL, 2018).

Vislumbra-se, nesta nova legislação, um modelo de atenção em saúde com fundamentação na assistência multiprofissional, em que o ACS tem como atividade precípua, em sua área geográfica de atuação (micro-área), a realização de visitas domiciliares de rotinas (casa a casa). Com a missão de realizar a busca-ativa de pessoas com presença de sinais ou sintomas de doenças de grau aguda ou crônicas e de agravo a saúde. Bem como, eventos de importância para a saúde. Uma vez encontrado tais circunstâncias, o ACS deverá encaminhar estes assistidos para a unidade de referência do seu território de atuação. (BRASIL, 2018).

Por ser a atenção básica a saúde, Conforme Tolentino e Andrade (2008), as principais portas de entrada para o sistema de saúde local. Entende-se que, o ACS é o profissional da ponta que realiza o primeiro contato com a comunidade do território, em uma relação de referência e contrarreferência para os próximos níveis de assistência.

Para Sousa, Franco e Mendonça (2014) a atenção básica a saúde é uma base determinante das ações em todos os níveis de atenção a saúde. Os mesmos afirmam que, esse nível é responsável pela detecção de problemas e situações de agravos a saúde individual ou coletivo, bem como, a coordenação da resolubilidade, com representação de proposta mais ampla que os programas de cuidado básico em saúde. Esses autores alertam para a necessidade

de uma saúde com qualidade e universal, com elevação de equivalência deste nível para com os demais de atenção à saúde.

O modelo de atenção em questão, em um aspecto mais específico, busca priorizar a convergência de ações integralizadas com finalidade do atendimento ao indivíduo, a família e principalmente a comunidade em que os produtos a serem ofertados são: promoção a saúde; prevenção de doenças e seus agravos, oferecer diagnóstico; tratamento e reabilitação com observância nas demandas coletivas e individuais. Essas ofertas têm no desenvolvimento de prática sanitária, democráticas, participativas, do trabalho da equipe multiprofissional, gestores e comunidade pertencente ao território determinado para as ações, a base de atuação desta tipologia de modelo de atenção a saúde. (SOUSA, FRANCO E MENDONÇA, 2014, pag.44).

## 2.2 ENTENDENDO O COVID-19

### 2.2.1 Os Coronavírus humanos

A cepa do coronavírus humano apresentou-se aos cientistas na década de 60. E estão proliferados por todas as partes do mundo, sendo um dos principais vírus causador do resfriado comum, até surgir outras derivações com potencial para causarem graves problemas a saúde humana. Freitas (2020).

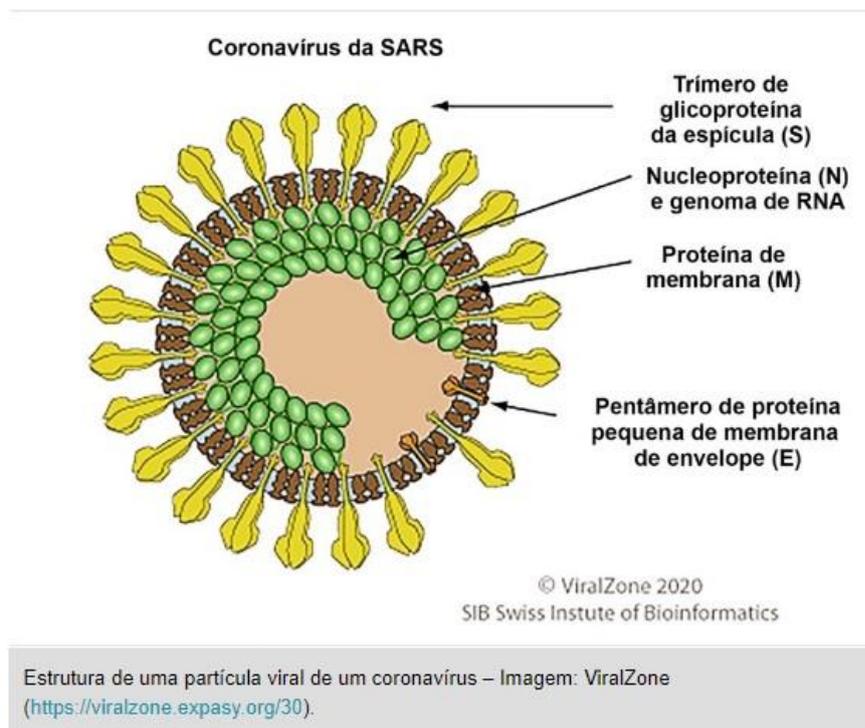
Segundo Portela (2020): os coronavírus estão associados a um terço dos casos de resfriamento e infecção respiratória no mundo, em época mais fria. É um vírus com estrutura genética RNA (ácido ribonucleico) com alta capacidade de mutação e infecção, alguns em animais, outros em humanos.

Sendo uma família de vírus responsável pela principal causa de infecção respiratória. O novo coronavírus teve a sua descoberta na China, na data de 31 de dezembro de 2019, dando origem a doença – Covid-19. A sua primeira ocorrência se deu em 1937, em que foi isolado em seres humano, porém, foi em 1965 que teve a sua descrição no mundo científico como coronavírus. Uma vez que, o mesmo semelha-se a uma coroa, em sua estrutura microscópica. Ao decorrer dos tempos, diversas foram às pessoas que se infectaram com uma variação do vírus. Entre esse, temos o alpha coronavírus (229E e NL63) e o beta coronavírus (OC43 e HKU1). (MS, 2020).

Pertencente à família *Coronaviridae*, o qual causa especialmente doença no trato respiratório. A partícula viral tem forma esférica, com um diâmetro que mede 125 nano milímetros, envelopado de fosfolipídio. Seu genoma é formado por uma fita simples de RNA e

senso positivo com 26 a 32 quilobases- associado à proteína, constituindo o nucleocapsídeo. As partículas apresentam projeções que emanam do envelope em forma de espículas, formadas por trímeros da proteína S (spike protein). Gerando uma modelagem de coroa, a partir de então, é chamada de coronavírus. Sabe-se que a proteína S tem a função de aderir o vírus a célula do hospedeiro, finalizando, com penetração da célula do hospedeiro, na fusão entre a membrana viral com a da celular, causando a entrada do RNA do vírus no citoplasma da célula. Gruber (2020):

**Figura 4** - Estrutura celular do coronavírus



Ainda Gruber (2020), Sars-CoV-2, causador da atual pandemia de Covid-19, a proteína S reconhece, através de seu domínio ligante do receptor (RBD), o receptor ACE2 (enzima conversora de angiotensina 2) da célula.

Sabe-se que são 7, os tipos de coronavírus humano ( HCOVs), sendo eles:

- ✓ Alpha Coronavírus 229E;
- ✓ Alpha Coronavírus NL63;
- ✓ Beta Coronavírus OC43;
- ✓ Beta Coronavírus HKU1;
- ✓ SARS-COV - Que causa Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG ou SARS), identificado na China do Final de 2002;

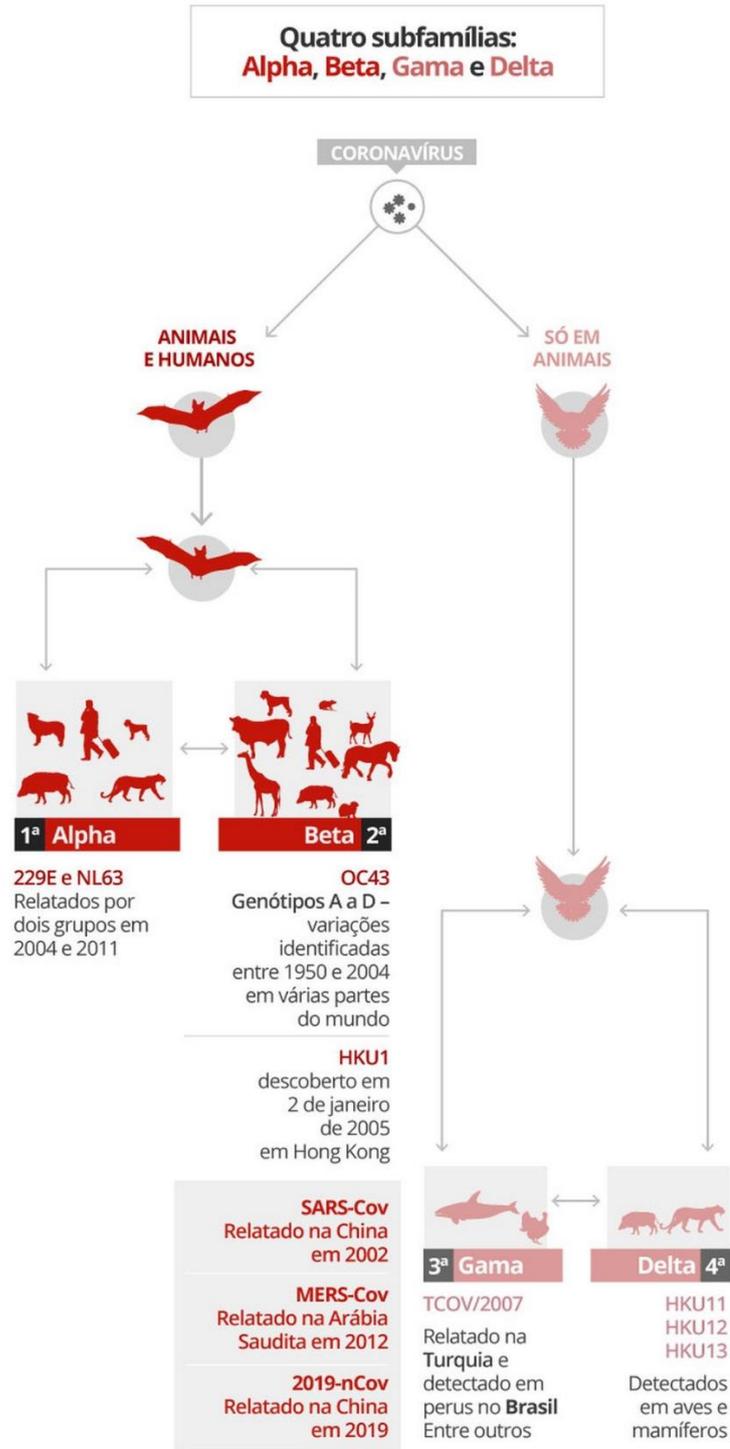
- ✓ MERS-COV- Middle East Respiratory Syndrome (Síndrome Respiratória do Oriente Médio), identificado em abril de 2012 na Arábia Saudita e espalhando para outros países do oriente médio e em alguns países da Europa e África;
- ✓ SARS-COV-2 - Causador da doença COVID-19.

Pode-se observar o esquema de ocorrência e tipo de coronavírus em animais e humanos na Figura 5: grupo familiar do coronavírus.

Figura 5 - Grupo familiar do coronavírus

## Família coronavírus

Tipos descobertos de 1960 a 2019



Fontes: Fonte: Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC); American Society for Microbiology

A figura 05 trás um esquema do tipo de corona que acomete animais (alfa e beta) e os que acometem os seres humanos (gama e delta), bem como o ano de sua ocorrência.

### **2.2.2 Spillover (transbordamento)**

O *Spillover*, é um termo em inglês que significa- transbordamento, na terminologia da biologia, é quando se dá uma transmissão de um agente etiológico de um hospedeiro para um outro. Em que, um vírus ou um microrganismo patológico adapta-se e realizar essa migração. Um exemplo atual de *spillover* tem-se na ocorrência do agente etiológico da Covid-19 em seres humanos.

Quammen (2012) entrevistou diversos cientistas ao redor de todo o mundo. Indagando acerca das doenças zoonóticas que evoluíram para uma patologia humana. A sua descoberta apontou para o primeiro caso envolvendo o vírus Hendra. O qual passou de um equino para humanos, na Austrália, nos anos 90. Apontando que, a sua origem em morcego, aves, porcos e outras espécies causam resfriado em humanos.

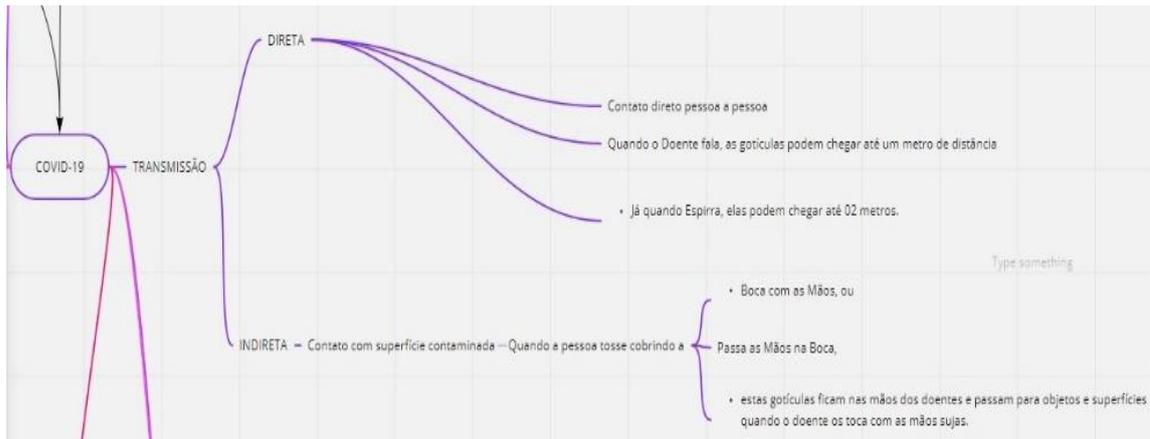
A Síndrome Respiratória Aguda Grave (Sars), com o comportamento evolutivo semelhante ao vírus hendra, teve a sua ocorrência na China, no início dos anos 2000, porém, esta foi contida. Sendo provocado por um coronavírus, o SARS-CoV-1. Uma cepa anterior a que causa a Covid-19, esta última é denominada de SARS-CoV-2.

Segundo Portela (2020): as ocorrências de coronavírus desde o início do milênio é conhecido como “salto de espécie”. reafirmando a argumentação de Quammen, em que o vírus passa de uma espécie, hospedeiro primário, para outra com o potencial de infectar humanos, dando origem a um novo agente etiológico de infecção respiratória.

Ainda Portela (2020), esses saltos originaram três novos coronavírus com potencial de causar uma pandemia, desde 2002, o primeiro foi o Sars-Cov em 2002, o segundo o Mers-Cov em 2012 e o atual Covid-19. Acreditando que, o morcego esteja na base do atual salto entre espécie animal e humana, mas é comum associar o fato a um animal intermediário.

Carbinatto (2020), em sua matéria na revista, “super interessante”, relata que os cientistas chineses encontraram um forte candidato a ser o hospedeiro intermediário, o animal silvestre – pangolim é endêmico do continente africano e da Ásia, comercializado em um mercado de animais silvestre em Wuhan (China), os testes molecular apontaram que o mesmo tem 90,3% de compatibilidade com o novo vírus, porém, não é possível afirmar que seja o transmissor intermediária. Já os morcegos detêm coronavírus com 96% de compatibilidade com o que acomete os humanos, porém, os testes moleculares apontam para a necessidade de um



**Figura 7 - Transmissão do Covid-19**

Fonte: adaptada pelo autor e dados do MS (2020).

A transmissão do covi-19, relatada na figura 07, se dá por duas vias, a direta- contato pessoas a pessoas, por gotículas e espirros; já a indireta se dá pelo contato das mãos em superfície contaminadas e levada a boca, olhos e mucosas.

**Figura 8 - Testes**

Fonte: adaptada pelo autor e dados do MS (2020).

A figura de número 08 ilustra os principais testes para a detecção da infecção por Covid-19 em humanos. O teste RT-PCR é o top de linha, porém, é realizado por laboratórios especializados. O que torna o resultado mais demorado e menos acessível. Diferente deste tem o teste rápido, o qual processa o resultado entre 10 a 15 minutos.

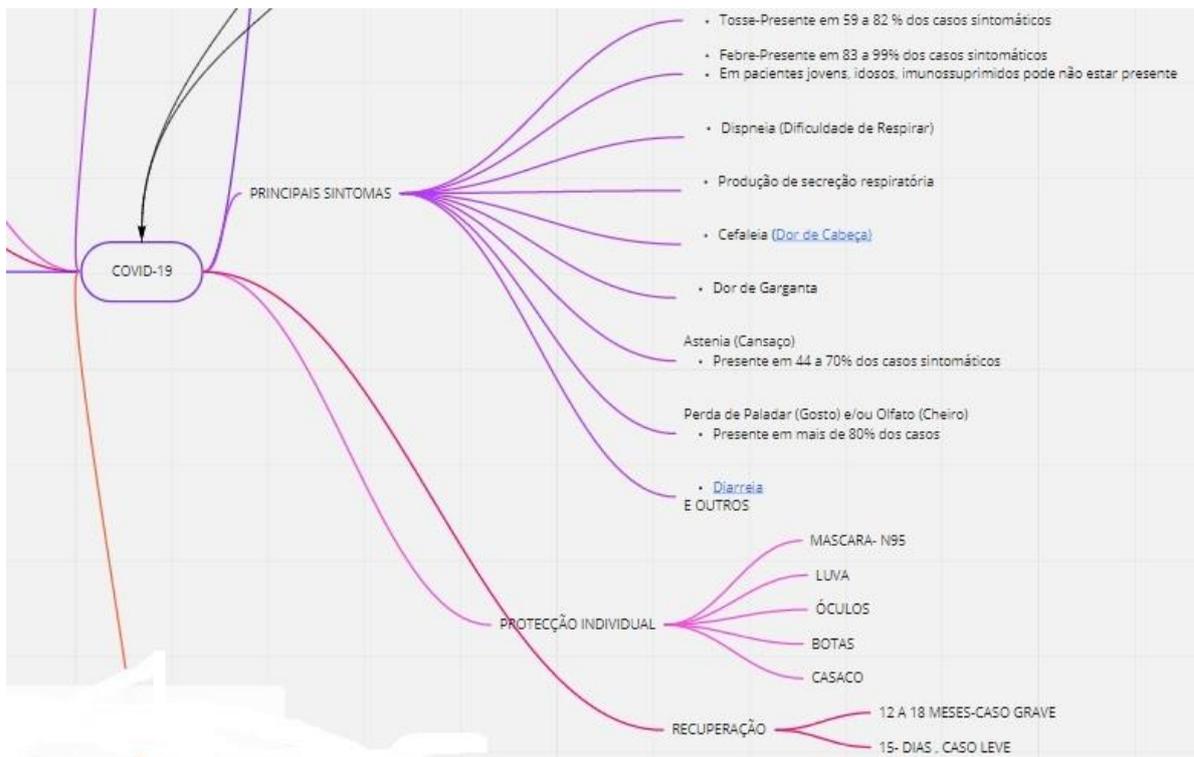
**Figura 9** - Período de incubação/capacidade de contágio e tempo de vida



Fonte: adaptada pelo autor e dados do MS (2020).

A figura 09 demonstra a capacidade de transmissão, tempo de sobrevivência e período de incubação do covi-19, tendo como referência outros coronas anteriores.

**Figura 10** - Principais sintomas/ proteção e recuperação

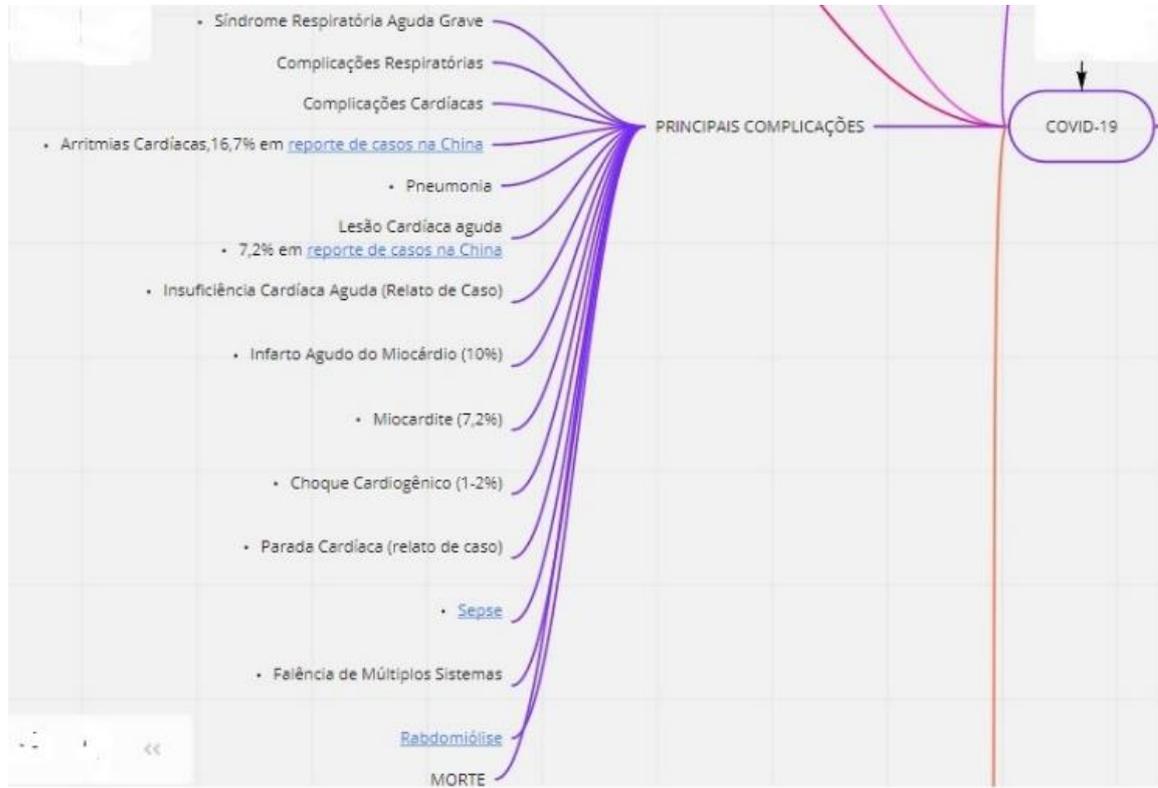


Fonte: adaptada pelo autor e dados do MS (2020).

A figura 10 esquematiza os principais sintomas provocados pelo covi-19, tais quais, dor de cabeça, febre acima de 38 graus célsius, fibromialgia, cansaço, diarreia, falta de olfato e

paladar e outros. Como também, os equipamentos básicos de proteção individual e o tempo de recuperação que varia de 15 dias a 18 meses, conforme o grau de acometimento da doença.

**Figura 11** - Principais complicações



Fonte: adaptada pelo autor e dados do MS (2020).

A figura 11 demonstra algumas particularidades do novo Covid-19, como as principais complicações cardíaca, renais, respiratórias e morte, porém, pouco se sabe acerca do novo agente etiológico causador da doença. Um dos motivos pode estar relacionado a sua capacidade de mutação e pelo seu recente *spillover*.

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, qualitativa e quantitativa quanto ao objetivo; quanto ao procedimento é ex-post- facto (acontecimento após um fato). Na pesquisa de campo realizará investigações que conjugaram a coleta de dados primário junto as pessoas e secundário, como também, pesquisa bibliográfica e/ou documental. Em que descrevem os efeitos da pandemia causa pela cepa (Covid-19) no financiamento, gestão e processo de trabalho da atenção primaria a saúde.

A seguinte pesquisa iniciou-se no mês de fevereiro de 2020 e teve o seu termino no mês de maio do ano corrente. Foram utilizadas as seguintes bases de dados: a plataforma da biblioteca virtual em saúde (Bireme), espaço virtual que reúne base de dados científica em saúde, o espaço de pesquisa em site de busca mais genérica (ex. Google), aplicação de questionário semiestruturado, diário de observação e outros.

Ainda sobre a estratégia de busca traçada e coleta de dados, analisaram-se seis recursos de informação, sendo três bases de dados eletrônicas (BDEnf, CINAHL, LILACS), o portal PubMed, que engloba o MEDLINE, duas bibliotecas digitais (Biremee SciELO) e um buscador acadêmico (Google Acadêmico). Assim, além das bases de dados de publicações científicas indexadas, explorou-se a literatura cinzenta, que veicula literatura não publicada como resumos de congresso e documentos técnicos. Buscou-se o levantamento com busca manual nas citações dos estudos primários identificados e expostos nesta obra acadêmica, bem como, aplicação de questionário semiestruturado e observações do cenário objeto de estudo e constado em diário de pesquisa.

Os dados colhidos possibilitaram a descrição do comportamento do novo modelo de financiamento da atenção primaria a saúde (o programa previne Brasil, do ministério da saúde), a gestão e o processo de trabalho da atenção primariam, após o surgimento da pandemia do Covid-19.

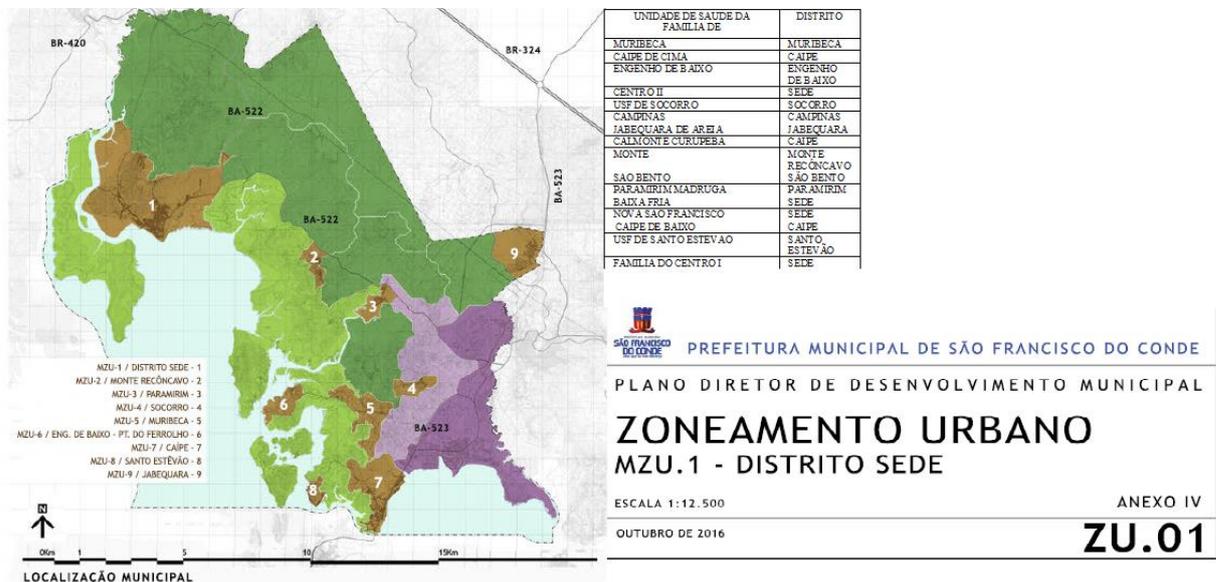
Os seguintes DESCRITORES foram utilizados para a coleta de dados: modelo de financiamento da atenção básica a saúde e os seus critérios para o custeio; atenção primaria a saúde; processo de trabalho da equipe da atenção primaria a saúde; pandemia causa pelo Covid-19; Leis de regulamentação da atenção primaria a saúde; gestão da atenção primaria a saúde; estratégia Saúde da Família, PSF e PACS.

## 4 DADOS DO MUNICÍPIO

O município pesquisado tem a seguinte característica: uma população estima em 39.802 habitantes, no ano de 2020, pelo o IBGE. Número este que poderá influenciar no valor da arrecadação de verbas advindo do ministério da saúde, financiamento da atenção básica a saúde para o município por média ponderada;

Segundo o cadastro nacional de estabelecimento de saúde (CNES), o município tem 16 centros de saúde/ unidade básica:

**Figura 12 - Zoneamento urbano do município estudado**



A figura 12 demonstra um mapa do zoneamento da cidade com a distribuição das 16 unidades de saúde do município. Está localizado na região metropolitana de Salvador e a sua classificação tipológica, segundo o IBGE, é município urbano.

Panorama econômico do município se encontra na figura abaixo:

**Figura 13** - Informações geográficas da cidade de São Francisco do Conde - BA

São Francisco do Conde		História	
Município do Brasil		Fundação	1697
		Administração	
Símbolos		Prefeito(a)	Evandro Almeida <sup>[1]</sup> (PP, 2017 – 2020)
		Características geográficas	
Brasão de armas		Área total <sup>[2]</sup>	262,856 km <sup>2</sup>
Hino		População total (IBGE/2020 <sup>[3]</sup> )	39 802 hab.
Lema	<i>Humilitis tamquam dives</i> "A humildade é nobre"	Densidade	151,4 hab./km <sup>2</sup>
Apelido(s)	"Chico do Conde"	Clima	<i>Não disponível</i>
Gentílico	<i>franciscano</i>	Fuso horário	Hora de Brasília (UTC-3)
Mapa de São Francisco do Conde		Indicadores	
Coordenadas	 12° 37′ 40″ S 38° 40′ 46″ O	IDH (PNUD/2010 <sup>[4]</sup> )	0,674 — <i>médio</i>
País	Brasil	Gini (PNUD/2010 <sup>[5]</sup> )	0,50
Unidade federativa	Bahia	PIB (IBGE/2017 <sup>[6]</sup> )	R\$ 10 211 680 mil
Região metropolitana	Salvador	PIB <i>per capita</i> (IBGE/2017 <sup>[6]</sup> )	R\$ 253 895,58
Municípios limítrofes	Candeias, Madre de Deus, Santo Amaro, São Sebastião do Passé, Saubara	Sítio	Sítio oficial (Prefeitura)
Distância até a capital	67 km		

Fonte: IBGE.

O município possui um PIB per capita que o coloca em sétimo no ranking nacional, o primeiro do Estado da Bahia e micro região. Conforme os dados disponibilizados pelo IBGE, no ano de 2020.

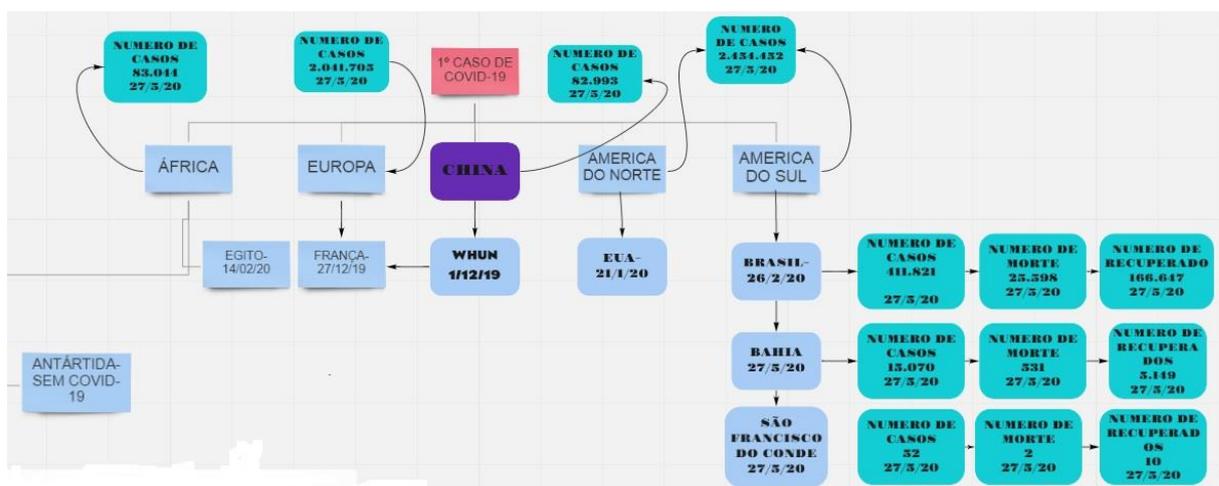
## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 COVID-19 E A VARIAÇÃO NO PROCESSO DE TRABALHO

#### 5.1.1 Os números do Covid-19

O Covid-19, a nova pandemia que surgiu no mundo no início do mês de dezembro de 2019, na cidade de Wuhan – China, e vem causando variações abruptas em diversa área e processos. Não foi diferente no processo de trabalho das equipes das unidades básica de saúde do Município baiano, de São Francisco do Conde. Mas antes, precisa-se demonstrar o caminho danoso deste vírus do início até o município objeto de estudo. Seguindo por este raciocínio analisaremos os dados a seguir:

**Figura 14** - Panorama do Covid-19 nos continentes e até a cidade de São Francisco do Conde - BA

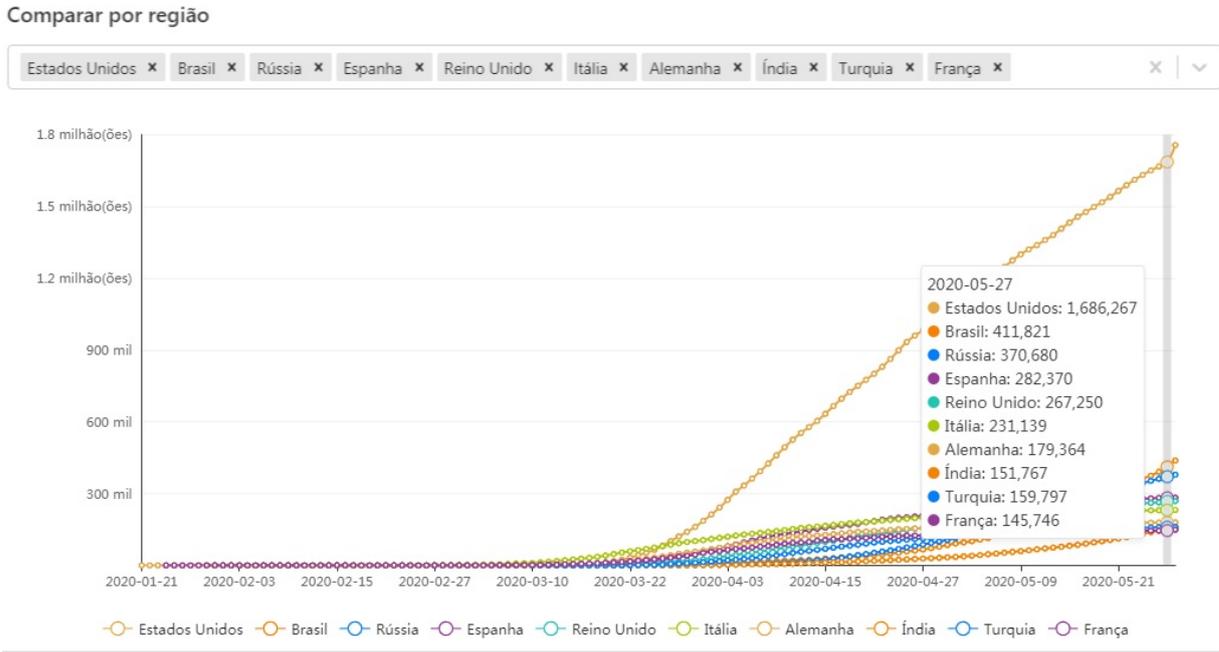


Fonte: OMS, MS e adaptado pelo autor.

Os últimos 5 meses foram marcados pela devastação provocada pelo Covid-19 em todos os lugares do mundo. No Brasil entre o dia 26/02/20 ao dia 27/05/20 foram contabilizados 411.821 casos, com 25.398 mortes, 166.647 recuperados e 219.776 casos ativos. Em percentual o número de morte chega a 6,2%, o número de recuperados ficou em torno de 40,46% e de casos ativos 53,36%.

Já o Estado da Bahia tem um total de 15.070 casos, 531 mortes (3,52%), 5.119 casos recuperados (33,97%) e 9.420 casos ativos (62,5%). O Município de São Francisco do Conde-Ba conta com 52 casos, 2 mortes (3,8%), 10 casos recuperados (19,2%) e 40 casos ativos (76,9%).

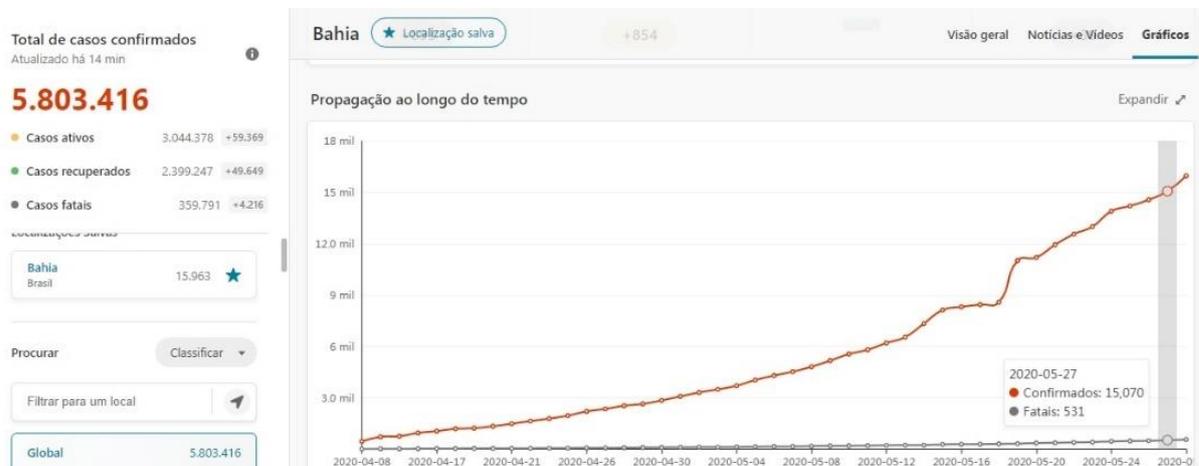
**Figura 15 - Caso de Covid-19 no mundo**



Fonte: <https://www.bing.com/covid/local/brazil>

A figura 15 apresenta a classificação por ordem decrescente por numero de casos de covi-19 entre os 10 países mais infectado pelo vírus, o Brasil, na data- 27-05-2020, ocupava a segunda posição com 411.821 casos. A posição de primeiro colocado no numero de casos era dos Estados Unidos, com 1,68 milhões de casos confirmados. Esses números são dinâmicos e aumenta a cada dia do período pandêmico.

**Figura 16 - Casos de Covid-19 no Estado da Bahia**



Fonte: <https://www.bing.com/covid/local/brazil>

A figura 16 demonstra a curva de crescimento dos casos de Covid-19 no Estado da Bahia entre o dia 8-04-2020 ao dia 27-05-2020, com um total de 15.070 casos confirmados e 531 mortes. O que evidencia um aumento brusco da curva em todo o mês de maio do ano corrente.

**Figura 17 - Informe Coronavírus São Francisco do Conde**



Fonte: Prefeitura Município de São Francisco do Conde.

A figura 17 contém os casos notificados, monitorados, descartados, recuperados e o número de óbitos tabulados pela secretaria municipal de saúde, bem como, as distribuições de casos por bairros até a data de 27-05-2020. Alerta-se que esses dados são dinâmicos e mudam diariamente.

### 5.1.2 Os aspectos da gestão, financiamento e o processo de trabalho, antes do Covid-19

Descreveram-se os números, a estrutura, a expansão da infecção do Covid-19, porém, é necessário realizar uma explanação dos aspectos de gestão, de financiamento e de processo de trabalho, da atenção primária a saúde, no município de São Francisco do Conde, antes da interferência dos efeitos pandêmicos:

- I. Gestão- a gestão seguia o seu fluxo dentro das normalidades, o planejamento e gerenciamento das unidades, do seu corpo humano e recursos seguia o cronograma dos planos de ações de curto, médio e longo prazo. O plano estratégico, tático e operacional seguia com as tomadas de decisões. Todos os programas e projetos de origem Federal, Estadual e municipal eram adaptados, planejado, monitorado, revisado, controlado e executado conforme a realidade local e as recomendações de suas entidades de origem;.

- II. O modelo de financiamento da atenção primária eram o PAB FIXO ( piso da atenção básica), o PAB VAREADO ( piso da atenção básica que variava conforme a produtividade) e o programa de agente comunitário de saúde. Este modelo de financiamento estava com transição para o modelo de financiamento por média ponderada, programada para o final de abril de 2020. Todas as ações de transições estavam ocorrendo como planejado pelo o ministério da saúde, porém, teve o seu fluxo interrompido com a chegada da nova pandemia;
- III. Observou-se no processo de trabalho das unidades de saúde que, antes do fenômeno pandêmico, os profissionais trabalhavam seguindo os protocolos de saúde em sua plenitude, realizando todos os programas de saúde, atendendo os usuários conforme as suas necessidades, cadastrando os usuários do SUS, realizando as ações de promoção a saúde de forma regular e outras atividades inerentes as suas funções.

## 5.2 A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E A REMODELAÇÃO DAS SUAS ATIVIDADES PROVOCADA PELO COVI-19

A gama de dados assustadores dos efeitos do Covid-19, nos últimos 3 meses, na saúde pública do mundo, do Brasil e principalmente do Município em estudo, modulou o processo de trabalho da equipe multiprofissional da atenção primária a saúde desta cidade. Conforme a nova política nacional de atenção primária à saúde de 2017, a equipe mínima é formada por um médico, preferencialmente especialista em saúde da família, agente comunitário de saúde, enfermeiro e técnico e / ou auxiliar de enfermagem, podendo ser implementada por um cirurgião dentista e técnico ou auxiliar técnico em saúde bucal:

### 5.2.1 Os agentes comunitários de saúde

Os agentes de saúde realizavam as visitas domiciliar casa a casa e o cadastramento individual de cada membro da família adstrita ao seu território. Em seguida vinculava-se esse indivíduo ao cadastro territorial. Na oportunidade era levantado todos os possíveis dados epidemiológicos, religioso e cultural da família e de seu território pertencente para contribuir com o planejamento das ações da unidade.

O município tem um total de 76 agentes de saúde, destes, 2 estão afastados e os demais estão com parte da sua atividade suspensa e outra parte limitada. O principal motivo foi a

interferência da pandemia. Em observação aos outros profissionais, observa-se que a relação de interferência do covid-19 foram unânime nas atividades dos demais profissionais da equipe. O quadro a seguir trás relatos de alguns agentes de saúde em tempo de pandemia:

**Quadro 1** - Interferência da pandemia nas atividades dos agentes de saúde

Questionário	PSF 01- Profissional- agente de saúde (A)-01-resposta:	PSF 1- Profissional- agente de saúde (B) 02-resposta:	PSF 01- Profissional- agente de saúde © 03-resposta:	PSF 02- Profissional- agente de saúde (D) 03-resposta:	PSF 01- Profissional- agente de saúde (E) 03-resposta:	PSF 03- Profissional- agente de saúde (F) 03-resposta:
01-Em tempo.de pandemia as visitas casa – casa deu continuidade? Sim ou não...se não, qual foi a motivação	Parcial, devido o distanciamento, as visitas estão sendo realizada em caso de urgência e/ou busca-ativa.	Em parte, devido o distanciamento social e a redução nos EPIs.	Em parte, devido o distanciamento social e por ser a minhas pessoas com histórico de AVC, estou tomando todo o cuidado, evitando aproximação.	A orientação é suspender as visitas de rotina, no primeiro momento, porém realizamos atendimento por telefone e orientação, mantendo o distanciamento.	<i>Não respondeu devido estar afastado das atividades, por ser este do grupo de risco e maior que 60 anos!</i>	<i>Não respondeu devido estar afastado das atividades, por ser este do grupo de risco e maior que 60 anos!</i>

<p>02-A pandemia impossibilitou de realizar o cadastramento individual e territorial? Sim, ou não. Se sim, por qual motivo?</p>	<p>Sim, devido o afastamento social.</p>	<p>Sim, mas uma vez o distanciamento e a escassez de EPIs contribuíram para a suspensão dos cadastros.</p>	<p>Sim, não tem como ter contato com as pessoas, são centenas de pessoas a serem cadastradas, o risco de encontrar uma pessoa infectada pelo Covid-19 é alto.</p>	<p>Sim, uma vez que, para realizar o cadastramento é necessário entrevistar o usuário do sistema de saúde, este contato poderia trazer risco de contágio para ambos.</p>		
<p>03-A vossa senhoria recebeu equipamentos de proteção individual, como álcool em gel, luvas, máscara, protetor visual e casaco de proteção?</p>	<p>Parcial, faltou o casaco de proteção, a máscara é entregue semanalmente, o álcool, veio apenas 50 ml, uma única vez</p>	<p>Recebi apenas a máscara.</p>	<p>Apenas máscara, e álcool em gel (50 ml).</p>	<p>Recebi apenas a máscara e o protetor facial, a máscara a cada 15 dias e o protetor facial de qualidade duvidosa.</p>		

Sim ou não, faltou algum item de proteção?						
04-Foi dado algum curso de capacitação para enfrentamento ao Covid-19? Sim ou não	Até o momento não	Não, pois precisamos conhecer o manejo para o enfrentamento deste vírus.	Até o momento não.	Não foi dado nenhum curso até agora, também não tenho informações acerca do mesmo.		

Fonte: o autor.

A cidade de São Francisco do Conde-Ba registrou o primeiro caso de COVID-19 no dia 6 de abril do ano corrente, no dia primeiro de maior de 2020- registrou a primeira morte pelo o corona. Segundo a secretaria as saúdes do município, tratava-se de um paciente do sexo masculino, 58 anos, o quinto infectado e fazia parte do grupo de risco. E que, a cidade tem 60% da sua população neste grupo, são pessoas com hipertensão, diabetes, problemas respiratórios, doença cardíaca, anemia falciforme, dentre outras.

Após estas ocorrências, conforme os relatos expressos na tabela 01, os agentes comunitário de saúde afirmaram que viram tudo mudar de forma abrupta, “ não tínhamos ideia do quanto o covi-19 poderia interferir em nossas atividades de trabalho e nossa vida como um todo” argumenta o agente de saúde – B. Tanto os agentes de saúde entrevistado quanto os que foram observados, declaravam e demonstravam as principais dificuldades enfrentadas nos últimos 60 dias depois da ocorrência do primeiro caso e óbito na cidade. A gestão em saúde foi pega de surpresa, isso refletiu nas atividades do agente de saúde como um todo. Os principais problemas e deficiências foram:

- ✓ As visitas domiciliares foram limitadas, com isso, ficando impossibilitado de dá continuidade aos cadastramentos individuais, de pessoas, do território e dos domicílios. Foi unanime essa interferência na atividade de toda a classe;
- ✓ A insuficiência de EPI (equipamento de proteção individual), os agentes de saúde receberam uma máscara, 50ml de álcool, a cada 8 e/ou 15 dias, e um protetor visual. A gestão explicou que, tudo estão se normalizando, estamos com muita dificuldade de encontrar fornecedores, a corrida dos gestores pelas compras destes itens tem aumentado diretamente proporcional ao aumento das cidades infectadas pelo novo Covid-19;
- ✓ A equipe sentiu a necessidade de um curso preparatório para o enfrentamento ao covi-19.

Observou-se a necessidade da equipe como um todo, conhecer melhor o agente etiológico e a história natural da doença do Covid-19, para melhor se preparar para o seu enfrentamento. Este conhecimento possibilitaria desenvolver com mais eficiência as ações de prevenção, promoção a saúde e terapia. A gestão sinalizou que estão disponibilizando, por intermédio da secretaria ministerial de atenção primaria a saúde, cursos online aos seus colaboradores e que tudo é muito novo e ainda temos muito o que aprender sobre a História natural da doença em questão.

### **5.2.2 O enfermeiro / médico / odontólogo e os técnicos**

Diferente dos agentes comunitário de saúde, o Enfermeiro, o Médico, o Dentista e os Técnicos, são profissionais que têm cerca de 90% de suas atividades realizadas dentro da unidade de saúde e os outros 10% no território adstrito junto com os agentes de saúde, o qual tem cerca de 90% de suas atividades no território ( fora da unidade de saúde). Por este motivo, todas as mudanças na unidade refletiram, com maior intensidade, nas atividades destes profissionais.

O quadro 02 traz informações advindas da gestão e dos profissionais da unidade de saúde:

**Quadro 2** - As principais mudanças provocadas pelo Covid-19 no processo de trabalho

Quais foram as principais mudanças provocadas pela pandemia do Covid-19 nos seguintes eixos temáticos da atenção primária à saúde, do município de São Francisco do Conde-Ba: processo de trabalho:			
	Técnica enfermagem	Enfermeira	Departamento de atenção básica, DAB.
1- Houve alguma alteração no protocolo de atendimento das suas unidades de saúde?	Sim, tivemos que adaptar todos os anteriores ao novo protocolo da covid-19 para a atenção básica.	Sim, tivemos que improvisar um local de atendimento  Fazer escala de acolhimento.	Houve, os atendimentos das unidades de saúde foram alterados para que todos os atendimentos fossem realizados de acordo com as regras do Ministério da Saúde e de forma que venha evitar uma maior propagação do vírus COVID-19, Foi criado protocolos de atendimento para paciente com sintomas de Síndrome gripal.
2- Houve alguma alteração no desenvolvimento da	Sim, estamos atendendo por teleatendimento e presencial, apenas	Sim, reduzimos os atendimentos, devido o	Sim, houve mudanças de protocolo e limitação no

sua atividade profissional?	os casos de urgência e suspeito de Covid-19.	distanciamento social.	atendimento. Passamos a priorizar os casos suspeita com sintomas leves e casos de urgências.
3- Quais foram as mudanças no atendimento da equipe aos assistidos?	Foi suspenso o atendimento é passamos atender apenas urgências e emergências	Hoje só atendemos as gestante e paciente com sintomas gripais.	O acolhimento com classificação de risco que não era tão freqüente, cadastramento que foi interrompido, os odontólogos estão realizando apenas consulta de emergência de acordo avaliação da necessidade do atendimento.
4- Quais foram os equipamentos de proteção individuais e coletivos fornecido aos colaboradores?	A cada 15 dias uma máscara N95, álcool em gel e um protetor facial.	Máscaras, protetor visual e aventais.	Touca, máscara cirúrgica e máscara N95, álcool gel, avental descartável, protetor facial e luvas.
5- Todos os programas de saúde estão funcionando perfeitamente durante a pandemia?	Não, estamos limitados ao atendimento de urgência e suspeita de Covid-19 com sintomas leves.	Não, apenas estamos priorizando o programa de saúde dos hipertensos e diabéticos e	Estão trabalhando com algumas restrições de atendimento, de acordo protocolo

		atendimento de urgência	do ministério e do município.
6. Quais foram as suas estratégias para realizar a sua atividade profissional em tempo de pandemia?	redobrar os cuidados com a higiene pessoal e seguir o protocolo de manejo do Covid-19.	Suspendeu alguma consulta de rotina, e priorizamos as gestantes, idosos e emergência.	Realizar um protocolo, afastar os colaboradores do grupo de risco (trabalhar em casa- Office home) e convocar os profissionais de férias, bem como, recomendar a realização de escala de acolhimento e teleatendimento.
7 a sua unidade está habilitada a receber paciente suspeita de Covid-19, se sim, há um protocolo de atendimento?	Sim, há um protocolo e toda a equipe o segue.	Sim, há um protocolo.	Todas as unidades seguem as recomendações do protocolo de manejo – Covid-19.

Fonte: o autor.

Conforme o quadro acima, as interferências no processo de trabalho da equipe foram bem acentuadas, deixando milhares de pessoas sem atendimento, uma vez que, os programas de saúde promovida pelo ministério da saúde e realizada nas unidades de saúde, ficaram comprometidos. Todas as atenções no momento estão voltadas para o enfrentamento ao Covid-19. As unidades deram prioridade ao atendimento dos casos suspeita de covid, com sintomas leves, bem como os atendimentos as urgências, conforme a classificação de risco.

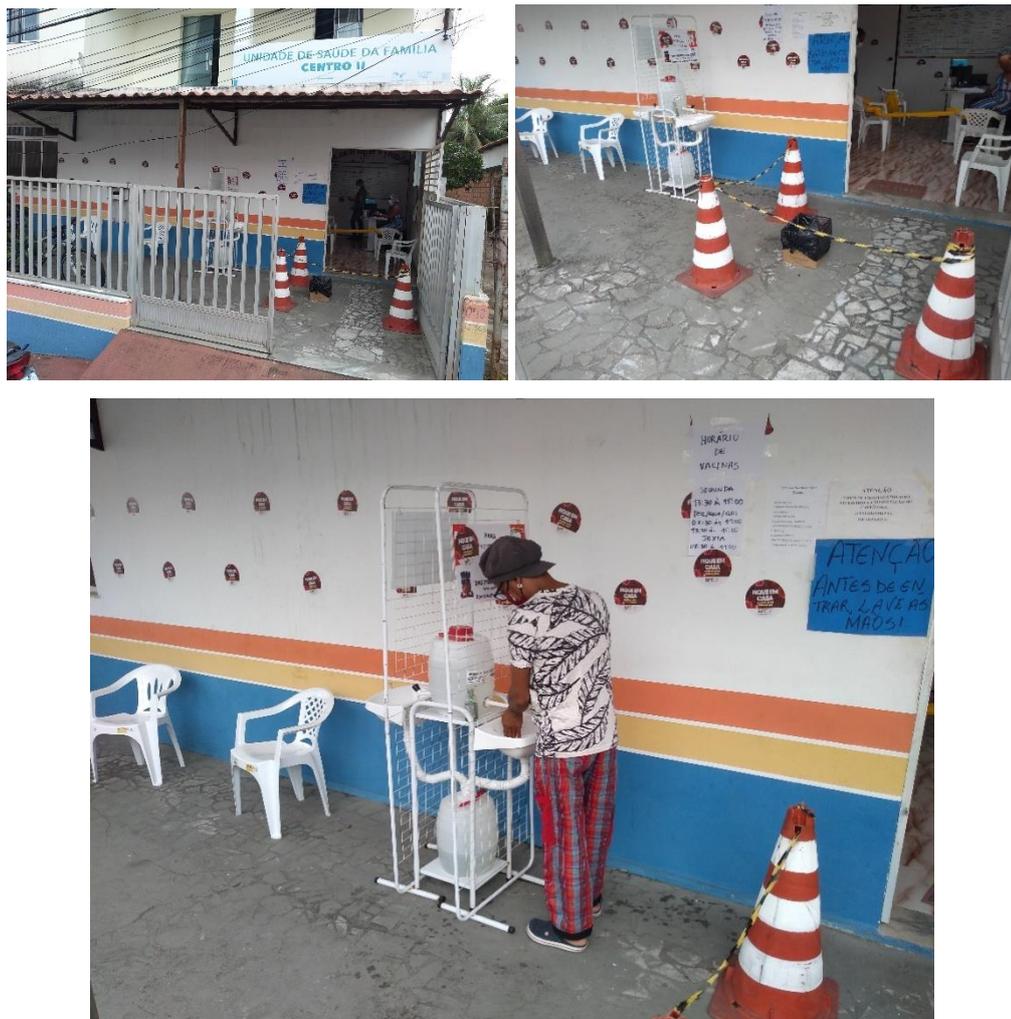
A pandemia variou as atividades de toda a equipe multiprofissional, variou os protocolos de atendimento, variou as escolhas de equipamento de proteção individual (os quais são

específico para a proteção ao vírus), variou nas prioridades de atendimento e no meio de realizar as consultas. As consultas e monitoramento dos pacientes, em sua maioria, estão sendo realizadas por telefone.

As equipes improvisaram e criaram novas estratégias para se proteger e proteger os assistidos, da infecção causada pelo novo agente etiológico. O isolamento do perímetro das unidades, sinalizando as áreas restritas e colocando barreira, para evitar a circulação de pessoas próxima aos funcionários da unidade. Outro exemplo de estratégia se deu na utilização do lavatório odontológico como lavatório de mãos na entrada da unidade. Água e sabão foram disponíveis, bem como álcool em gel.

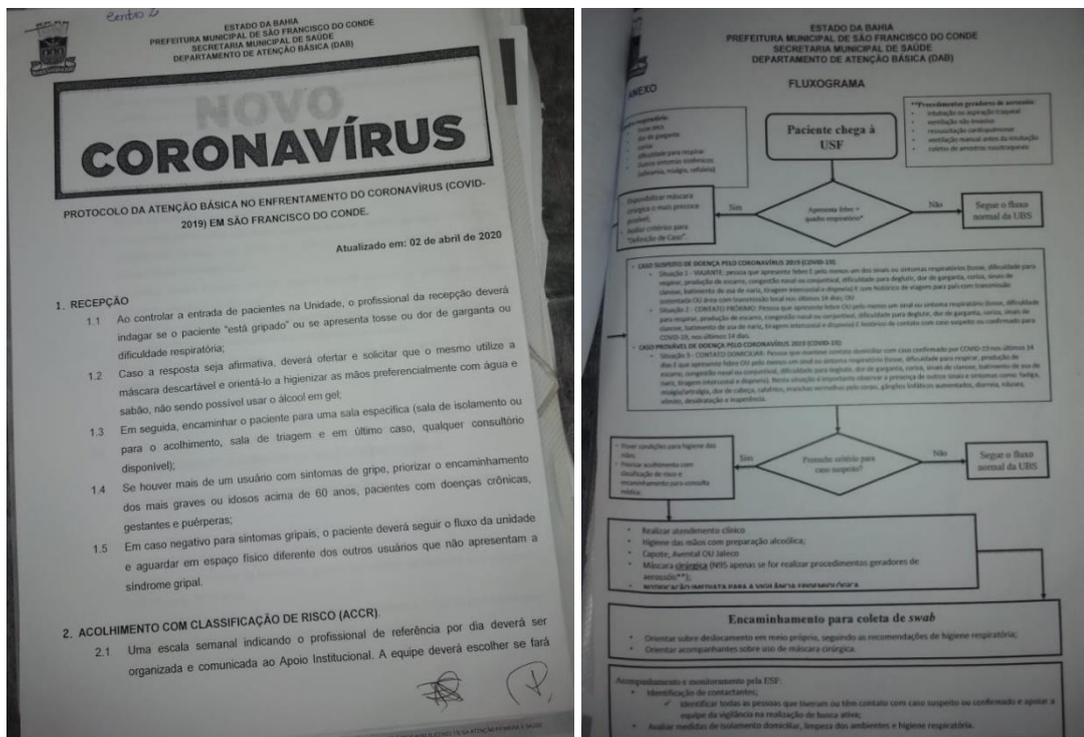
Os funcionários citaram que é muito importante e necessário as higienizações das mãos para evitar a proliferação do vírus entre os assistidos e os colaboradores. Abaixo pode-se ver a instalação do lavatório:

**Figura 18, 19 e 20** - Unidade de saúde, barreira de isolamento e ponto de higienização



A ação de higienização das mãos e o isolamento social são recomendações da organização mundial de saúde, do ministério da saúde e do protocolo da atenção básica para o enfrentamento ao coronavírus. As figuras 18, 19 e 20 representam a da barreira de isolamento produzida pela equipe da unidade de saúde, com a finalidade de prevenir o contágio pelo contato. As figuras, também, demonstram o ponto de higienização, em que foi utilizado a pia e o reservatório do consultório de odontologia, caracterizando uma medida pratica, improvisada e eficiente para conter a proliferação do vírus. Fato justificado pelo número zero de infectados nesta unidade de saúde até a coleta dos dados da pesquisa. Segue a imagem do protocolo:

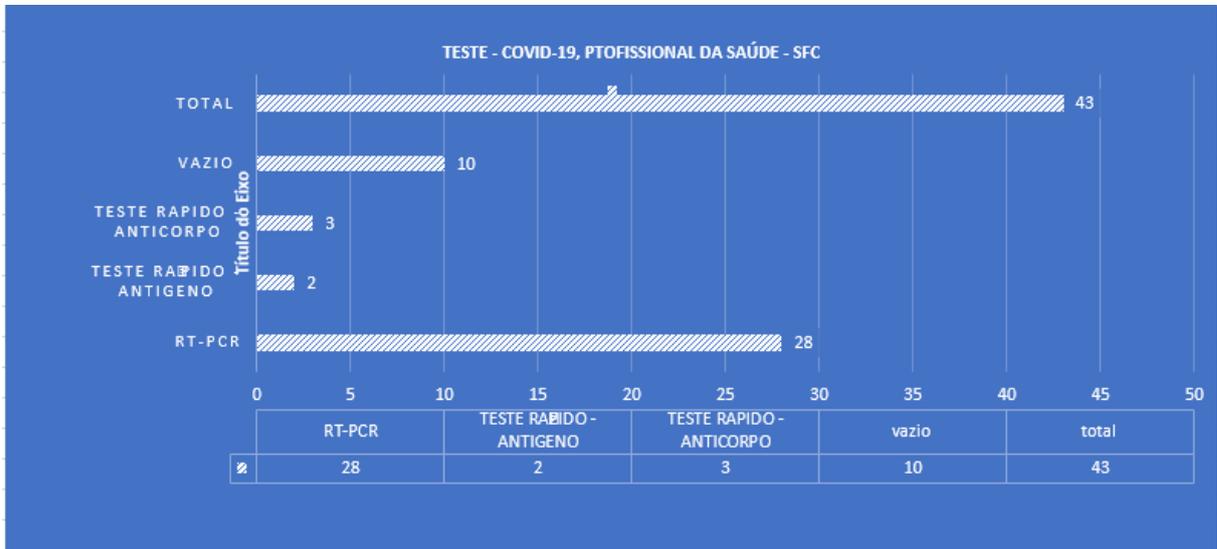
Figura 21 e 22 - Protocolo e fluxograma de atendimento



Os pacientes são orientados a manter a distância e a higienizar as mãos, logo depois são submetidos a uma triagem pelas técnicas de enfermagem, as quais irão direcionar o paciente ao profissional e atendimento pertinente a sua necessidade e grau de risco. Essas atividades estarão em conformidade ao protocolo de atendimento e a recomendações da secretaria ministerial de atenção básica a saúde. Caso o paciente estiver com os sintomas semelhantes ao do Covid-19, os profissionais de saúde realizarão a notificação a vigilância epidemiológica do município, essa por sua vez irá realizar o teste rápido ou mandar as amostras para o laboratório do Estado. Uma vez testando, esse paciente, positivo para o Covid-19, o mesmo será monitorado pela equipe de saúde pertencente ao seu território adstrito.

Medidas de prevenção mencionada na foto 21 e 22 têm a finalidade de reduzir os números de infecção, por Covid-19, expresso nos gráficos das figuras 23 e 24:

**Figura 23** - Tipos de testes de Covid-19 em profissionais da área de saúde do município



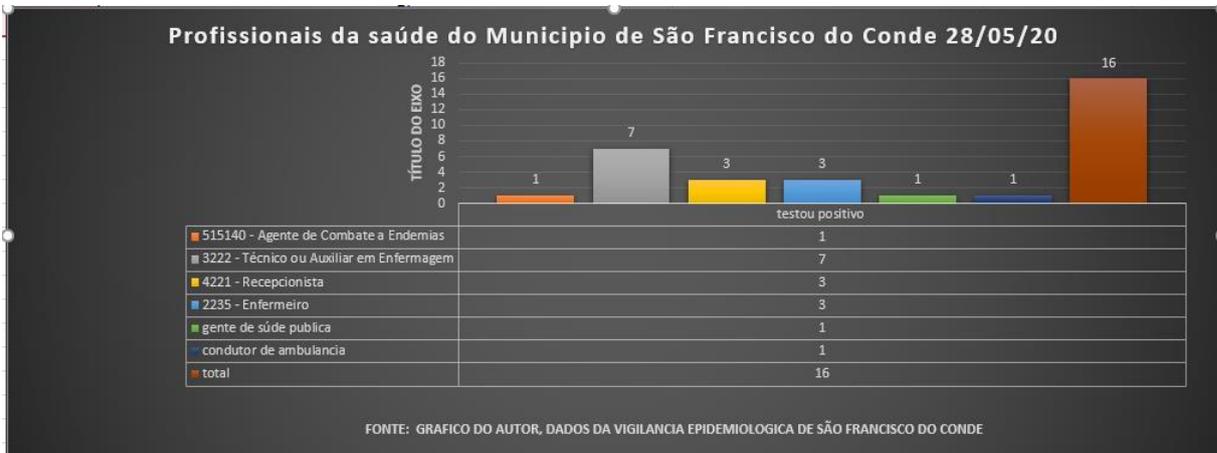
Fonte: do autor, dados fornecidos pela vigilância epidemiológica do município de São Francisco do Conde-Ba.

A figura 23 apresenta os dados referentes aos tipos de testes realizados em profissionais da saúde. Dentre eles se teve em percentual a realização de 65,11% de testes do tipo RT-PCR, 4,51% do tipo – teste rápido antígeno, 12,9 % teste rápido- anticorpo e 23,25% não testaram. Resultou em um total de 43 profissionais da saúde afastados, o que compromete o andamento e a eficiência das atividades pertinente ao processo de trabalho.

Já o gráfico seguinte, traz um levantamento dos profissionais da saúde testado positivo para o Covid-19:

**Figura 24** - Profissionais da área de saúde do município, testados

Teste de Covid-19:



Fonte: do autor, dados fornecidos pela vigilância epidemiológica do município de São Francisco do Conde-Ba.

Foram no total de 16 profissionais de saúde testado positivamente para o Covid-19, trazendo uma deficiência no fornecimento de serviços de saúde através de colaboradores. Essa é mais uma evidencia de que, realmente, o covi-19 trouxe variação no processo de trabalho da atenção primaria de saúde, como também se apresentou como uma ameaça à saúde dos profissionais em atividade.

Entretanto, foi realizada uma entrevista com um gerente da gestão municipal em saúde, o qual contraiu o covi-19. Quando indagado sobre o contágio, os sintomas, o tipo de teste utilizado para a detecção, a transmissão para outras pessoas e quanto tempo ocorreu para a recuperação, obtivemos a seguinte resposta por whatsapp :

Sou do grupo de risco, pois, tenho hipertensão e obesidade, contrair o Covid-19 trabalhando no setor de saúde, o qual sou gerente. Não sentir sintomas. Realizei o teste rápido- antígeno, disponibilizado pela secretaria de saúde, pois, todos os funcionários teriam que realizar o teste, fui um deles que testou positivo. Não passei a infecção para outras pessoas porque me isolei imediatamente em casa. Portanto, ainda estou em recuperação. Entrevista realizada em 08/05/2020.

Podemos observa na fala do profissional de saúde que, o mesmo testou positivo, é do grupo de risco, está se recuperando e é assintomático. Este é mais um reflexo dos efeitos do covi-19 na saúde do profissional e do processo de trabalho. Limitando o processo de trabalho em saúde por insuficiência de profissionais atuando nas unidades de saúde.

### 5.3 COVID-19 E A VARIAÇÃO NA GESTÃO DAS UNIDADES BÁSICA DE SAÚDE

O Covid-19 vem interferindo em diversos aspectos da atenção primária a saúde, assim como foi no processo de trabalho da equipe multiprofissional, não foi diferente com a gestão das unidades básicas de saúde. Observa-se que as interferências foram inúmeras e de forma brusca. Com isso, as tomadas de decisões eram exigidas com certa brevidade. Esse processo decisório se deu na gestão de pessoas, no fluxograma de atendimento, nos protocolos de atendimento e manejo, na gestão de pessoas, entre outros.

Notam-se as informações, trazidas através do relator de colaboradores e gestor, referente a interferência da pandemia do Covid-19 na gestão da atenção básica a saúde:

**Quadro 3** - Pergunta e respostas dos colaboradores quanto interferência da pandemia na gestão da saúde municipal

Questionário	Auxiliar de enfermagem	Enfermeira	Gestão
1-Quais foram as principais estratégias de gestão para manter o funcionamento das unidades?	Suspender os atendimentos agendados e atender apenas urgências e emergências. E não se esquecendo das gestantes	Convocar todos profissionais de saúde que estava de férias.	Criamos um protocolo de atendimento, remanejar profissionais para as unidades que teve profissionais afastados pelo, também, convocamos os profissionais de férias.
2- Como está se comportando a gestão de pessoas durante a pandemia?	De certa forma omissa	A população está aceitando da mudança.	Estamos priorizando a saúde dos nossos colaboradores, diminuimos a carga de trabalho, criamos novas estratégias de trabalho, como o teleatendimento, disponibilizamos acompanhamento psicológico e terapêutico, foram revistas as escala de trabalho.

3-Na sua unidade tem o serviço de tele saúde ou consultório virtual?	sim. Todos os pacientes da área e monitorado por 15 dias	Não, estamos com muita dificuldade para fazer uso do telefone uma vez que o mesmo é uma extensão da telefonia de um outro setor público.	Realizamos o teleatendimento na secretaria de saúde para fazer inquérito domiciliar, é um tipo de consulta e entrevista por telefone, em que ligamos para mais que 2 mil pessoas do município para investigar sobre o Covid-19. Com isso, diminui a sobre carga nas unidade de saúde e proliferação do vírus.
4- Quais foram as novas alternativas para a realização do processo de trabalho da equipe de saúde proposta pela DAB em tempo de pandemia?	nenhuma. As alternativas foram de forma geral	Eles pediram para cada unidade montar sua estratégia.	Reorganizamos o processo de trabalho conforme o protocolo de enfrentamento ao Covid-19 e criamos um fluxograma para o atendimento nas unidades.

Fonte: o autor.

As unidades básicas de saúde são as principais portas de entrada da população para os serviços de saúde do sistema único de saúde. Assim sendo, todas e quaisquer perturbações negativas na gestão desta, compromete todo o acesso ao serviço de saúde.

Entretanto, quando os efeitos da pandemia chegaram ao município, por se tratar de um agravo a saúde, comprometeu a saúde imunológica e psicológica dos colaboradores, bem como,

também exigiu um distanciamento social. Com isso, foi necessário realizar um cronograma de monitoramento e teste de profissionais da saúde, identificar os casos suspeitos entre estes. Uma vez identificando os casos suspeita ou confirmado, tomada de decisão na gestão de pessoas se fez necessário. A gestão optou pela convocação dos profissionais de férias, para repor os profissionais afastados das unidades. Fatores de risco e idade, também, eram pré-requisitos para o afastamento de profissionais da saúde.

A gestão de insumos e equipamento de proteção era um desafio, uma vez que, devido as demandas e baixa ofertas provocada pela pandemia, equipamentos como, luvas, protetor visual, casaco, toca, máscara N95, álcool em gel e outros, eram uma raridade para se comprar. Uma das estratégias foi participar de leilões para adquirir esses bens. Com isso, os profissionais estavam mais próximos do risco de contaminação.

Remetendo-se a tabela acima, podemos observar que algumas estratégias foram tomadas, como a criação do fluxograma e protocolo de atendimento e notificação específico para o Covid-19, a realização de inquérito domiciliar para identificar os casos suspeita e realizar as consultas por intermédio de um telefone. A realização de triagem com classificação de risco. Porém, os profissionais de saúde alegaram que há falta de estrutura para realizar o teleatendimento, devido a falta de recurso de telefonia.

O que se pode notar é que, a gestão precisa rever a questão estrutural das unidades de saúde e comparar com as exigências do protocolo e a necessidade dos profissionais de saúde.

#### 5.4 A INTERFERÊNCIA DA PANDEMIA DO COVID-19 NO NOVO MODELO DE FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMARIA A SAÚDE

O que se pode notar é que, a gestão precisa rever a questão estrutural das unidades de saúde e comparar com as exigências do protocolo e a necessidade dos profissionais de saúde.

A atenção primaria a saúde tem as suas ações financiada pelo ministério da saúde, o gestor municipal recebeu autonomia, através da portaria do ministério da saúde- 204/2007, para utilizar as verbas do PAB fixo ( piso fixo de financiamento da atenção básica) e o PAB variável ( piso variável de financiamento da atenção básica) em qualquer despesa do âmbito da atenção básica a saúde, porém, essas modalidades de financiamento foram substituídas, em primeiro de janeiro de 2020, pelo Programa previne Brasil, criado pela portaria 2979/2019- do ministério da saúde.

O programa Previne Brasil têm três etapas para o financiamento, dividido em três quadrimestres: o primeiro é a capitação ponderada, de janeiro a abril, a segunda o pagamento

por desempenho (medirá os indicadores de saúde, como saúde da mulher, do homem, da criança, do diabético, do hipertenso e outros) - sendo do mês de maio ao mês de agosto e a terceira- por Incentivo, parar as ações estratégicas, de setembro a dezembro.

Diferente do financiamento PAB fixo que, considerava apenas o cadastramento do indivíduo, a capitação ponderada leva em conta a situação socioeconômica, vulnerabilidade social, idade e a característica territorial do município. Esses cadastramentos são realizados pelos agentes comunitário de saúde e a equipe, porém a qualidade do cadastramento realizado pelo agente comunitário de saúde é relevante sobre os demais profissionais. A gente de saúde não realiza somente o cadastramento individual, mas sim, o individual e o territorial, em que vincula o usuário a um território, a sua característica cultural, religiosa e epidemiológica.

Entretanto, a doença pandêmica, Covid-19, tem influenciado significativas mudanças em todo o globo terrestre. No Brasil, evidencia as suas perturbações no novo modelo de financiamento, no processo de trabalho e na gestão, da atenção primária a saúde. O secretário de atenção primária a saúde do governo federal publicou a portaria nº 29, de 16 de abril de 2020, modificando os prazos para a finalização da primeira etapa do financiamento da atenção primária a saúde:

“Art. 2º Fica prorrogado o prazo de transição da capitação ponderada do Programa Previne Brasil de que trata o inciso I do Art. 4º da Portaria nº 2.979/GM/MS, de 12 de novembro de 2019, até a competência financeira junho do ano de 2020”. (MS, 2020,pag.01).

As modificações se deram devido à ocorrência da nova doença e de ser a atenção primária à saúde, a principal porta de entrada para o sistema único de saúde, estruturada para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus. Por ser essa a detentora do nível de atenção com capacidade de exercer a contenção do avanço de infecção pelo novo agente etiológico e a redução da ida de pessoas, com sintoma leve, aos serviços de urgências. (BRASIL, 2020).

Devido o alto risco de infecção, causada pelo covi-19, os cadastramentos foram suspensos por toda a equipe da unidade de saúde. Os agentes relataram a dificuldade de adentrarem nas casas das pessoas para realizarem o cadastramento, uma vez que, há de fato um risco mútuo de proliferação do vírus. O ministério considerou o valor cheio para a transição do financiamento até junho, isso significa que, o município irá receber o valor de financiamento como se estivessem cadastradas todas as pessoas de acordo com os níveis de suas exigências. Com isso, as equipes de saúde terão mais tempo, junto à gestão em saúde, para criarem estratégias para o enfrentamento a pandemia do Covid-19.

**Quadro 4** - Descreve a transição do financiamento da atenção básica no município de São Francisco do Conde - BA

Mês	PAB-fixo, valores orçados	PAB-fixo, valores arrecadados	PAB-vareado, valores orçados:	PAB-vareado, valores arrecadados:	PACS - Prog. Agentes Comunitário de Saúde - ,valores orçados:	PACS - Prog. Agentes Comunitário de Saúde - ,valores arrecadado:	Transferência de Recursos do Sistema Único de Saúde, valores orçados:	Transferência de Recursos do Sistema Único de Saúde, valores arrecadados:
Janeiro- 2019	2.038.173,96	92.843,33	489.438,00	0,00	815.256,00	0,00	0,00	0,00
Fevereiro- 2019	2.038.173,96	92.843,33	489.438,00	136.740,00	815.256,00	83.750,00	0,00	0,00
Março-2019	2.038.173,96	92.843,33	489.438,00	131.116,00	815.256,00	83.750,00	0,00	0,00
Abril-2019	2.038.173,96	92.843,33	489.438,00	136.740,00	815.256,00	83.750,00	0,00	0,00
Janeiro 2020	2.038.173,96	0,00	489.438,00	143.980,00	815.256,00	81.250,00	0,00	135.687,00
Fevereiro- 2020	2.038.173,96	0,00	489.438,00	0,00	815.256,00	91.000,00	0,00	261.414,95
Março- 2020	2.038.173,96	0,00	489.438,00	0,00	815.256,00	89.600,00	0,00	261.341,13
Abriel-2020	2.038.173,96	0,00	489.438,00	0,00	815.256,00	89.600,00	0,00	263.571,13
Total 2019	8.152.695,84	371373,32	1.957.752	404.596,00	3.261.024	251.250	0,00	0,00
Total 2020	8.152.695,84	0,00	1.957.752	143.980,00	3.261.024	351.450	0,00	922.014,21

Fonte: o autor.

O quadro 04 descreve a transição do financiamento da atenção básica no município de São Francisco do Conde - BA. Em que, deveria passar do modelo de piso da atenção básica, em janeiro de 2020 para a arrecadação por capitação ponderada (chamada de transferência de recurso do sistema único de saúde) no final do mês de abril do ano corrente, o que não houve devido à situação pandêmica. O quadro, também, demonstra os valores de orçamento e arrecadação do primeiro quadrimestre de 2019 e 2020.

Portando no aspecto financiamento, a pandemia do Covid-19 interferiu na finalização da transição, porém, não impediu a continuidade do repasse das verbas federal para o fundo de saúde do Município.

## 5.5 O COVID-19 X A TRÍADE MOTORA DA ATENÇÃO PRIMARIA A SAÚDE

A tríade motriz da atenção primaria é formada pela união entre o financiamento da atenção básica, a gestão desta atenção e o processo de trabalho. E a política nacional de atenção básica a saúde define a atenção primaria a saúde como a porta de entrada para os serviços fomentado pelo sistema único de saúde (SUS). Podemos descrever essa relação da seguinte forma:

O financiamento da atenção básica (previne Brasil) é a engrenagem motora que se une a gestão da atenção básica e ao processo de trabalho. A relação destas engrenagens criará um mecanismo para abrir e sustentar a porta de entrada (atenção primaria a saúde) para os cidadãos acessarem aos serviços do SUS. Essas engrenagens necessitam de elos (dentes) para realizar a relação entre elas. Os colaboradores, assim como os dentes das engrenagens estão para garantir a união entre elas, estão para garantir a conexão entre o financiamento, a gestão e o processo de trabalho.

Para o mecanismo funcionar perfeitamente é necessário uma relação harmônica na tríade. Na hipótese de algum destes componentes pararem ou sofrer interferência negativa, compromete toda a resposta ao comando de abertura e sustentação da porta de entrada para o SUS.

A pandemia causada pelo Covid-19 vem se comportando como um elemento oxidante (causador de ferrugem ou corrosão) que causa danos na tríade motriz. Essa oxidação para todas as atividades das engrenagens, sendo necessário um lubrificante especial para agir sobre os efeitos do mesmo. As ações estratégicas e implementadoras no financiamento, na gestão e no processo de trabalho, trazem uma resposta positiva ao enfrentamento ao Covid-19, como o lubrificante traz para combater o elemento oxidante.

Durante a pandemia do Covid-19, o ministério da saúde vem fortalecendo o financiamento da atenção primária, disponibilizando verbas extras para o custeio das ações contra a pandemia, nos municípios de todo o Brasil. O município de São Francisco do conde, no mês de abril de 2020, recebeu o valor de 3.779.686,09 reais, através do programa federativo de enfrentamento ao Covid-19, para custear as ações de enfreamento, sendo ela na atenção básica ou não. No mesmo mês, recebeu do ministério da saúde uma verba de 202.000,00 para custear as ações das unidades básicas de saúde no enfrentamento ao Covid-19.

Como ação de enfrentamento, o ministério da saúde disponibilizou protocolo da atenção básica a saúde para o enfrentamento ao Covid-19, servindo como uma referência para o gestor municipal adaptar à realidade do seu município, como também, a ferramenta- consultório virtual para a atenção primária a saúde. Essas ações tornam o processo de trabalho resolutivo e auxiliar na tomada de decisão da gestão.

Entretanto, sabemos que, a doença do Covid-19 é pandêmica, de alto nível de infecção, a sua proliferação se dá rapidamente, pouco se conhece sobre a sua história natural, para realizar o caminho do cuidado. Neste sentido é necessário criar protocolo específico para cada processo de trabalho e implementá-lo conforme o surgimento de novas informações relacionada a doença pandêmica. O trabalho comunitário de saúde necessita de um protocolo específico, assim como, o trabalho de enfermagem, o trabalho odontológico, o trabalho medico-clinico e o trabalho auxiliar técnico. Esse protocolo deverá ser específico para cada doença infecciosa, principalmente aquela com potencial pandêmico, como é o caso do Covid-19. Esses protocolos será um dos lubrificantes da tríade.

Na observação das ações realizadas e ferramentas utilizadas para o enfrentamento a pandemia nas unidades de saúde, como foi a criação de protocolo, evidencia uma necessidade de a gestão criar novas ferramentas de medição e controle da eficácia de todas as ferramentas, até então, utilizada para o enfrentamento a pandemia. Uma vez que, todas as ferramentas criadas foram emergenciais e superficiais. Por não se conhecer profundamente a história natural da doença, pouco se conhece sobre a eficácia dos métodos de prevenção, terapia e recuperação. Referente ao financiamento da atenção primária a saúde é, necessário dá continuidade a transferência de recursos para o enfrentamento de doenças infecciosas e a criação de programa de financiamento para esse fim.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Remetendo-se a variável independente (instalação da pandemia do Covid-19) e as suas interferências nas variáveis dependentes (as mudanças no processo de trabalho, da gestão e do financiamento da unidade básica de saúde). Vislumbram-se as variações abruptas na tríade, causada pelo efeito danoso do vírus, provocando preocupante instabilidade no fomento de serviços de saúde a população do município de São Francisco do Conde.

Sabe-se que, a pandemia é originária da China (Ásia), infectou e vem infectando bilhões de pessoas em todo o mundo, assim como provocou centenas de milhares de mortes por todo o globo terrestre. Esses impactos foram sentidos no processo de trabalhos da atenção primária da seguinte forma: diversos profissionais foram afastados por suspeita ou confirmação da doença, com isso, varias cargos da equipe multiprofissional de saúde ficaram vagos. Outro aspecto se teve no fato de se manter o distanciamento social, em que houve uma limitação nos atendimentos e continuidade dos programas de saúde, ex. pré-natal, hiperdia, planejamento familiar e outros. As unidades de saúde se prontificaram ao atendimento através do teleatendimento, inquérito domiciliar e presencialmente, os casos de urgência e suspeita de Covid-19. Para melhorar e tornar esse processo mais seguro foi necessário a criação de um protocolo de enfrentamento ao Covid-19, porém é preciso implementá-lo com novos métodos, conforme vai tendo conhecimento da história natural da doença.

Já no financiamento da atenção básica a saúde, através do programa Previne Brasil, houve um adiamento na transição do PAB fixo e PAB variado para a capitação ponderada, passou da vigência do primeiro quadrimestre de 2020 para a segunda e terceira vigência. Esse adiamento não comprometeu o financiamento da atenção básica, porém é necessário complementa-lo com um novo programa de financiamento para o enfrentamento do Covid-19 e as doenças infecciosas com potencial pandêmico. Por ser a atenção primária a saúde a porta de entrada para os serviços de saúde e desenvolverem atividades de prevenção, promoção e curativa, precisa ser fortalecida para continuar forte como linha de frente no combate aos agravos a saúde.

A pandemia impactou a gestão da atenção básica a saúde, assim como impactou a todas outras tipologias de gestão, impossibilitando a mesma de realizar os seus planejamento e estratégias de rotina, devido a exigência de uma resposta célere ao enfrentamento as ameaças e danos causada pela pandemia do Covid-19. O planejamento passou a ser para a aquisição de bens e insumo de saúde, estudo da origem, desenvolvimento, comportamento, expansão, manifestação da doença e a terapia. Com esse estudo da doença, a gestão pode desenvolver,

emergencialmente, um protocolo e fluxograma de enfrentamento e notificação da doença nas unidades de saúde, porém, é preciso criar um plano municipal de enfrentamento ao Covid-19 e as doenças infecciosas com potencial pandêmico e montar uma equipe de auditoria interna para controlar os avanços e ressurgimento da doença.

Portanto, todas essas medidas, mencionadas anteriormente, de enfrentamento ao Covid-19, demonstram o quanto a pandemia interferiu na tríade da atenção básica a saúde, variando os seus componentes, tais quais, o processo de trabalho, o financiamento da atenção primária e a sua gestão. Tornando necessário, uma intervenção mais sólida e evolutivas, conforme o conhecimento da história natural da doença, nesses seguimentos de sustentação da atenção primária e abertura para a porta de entrada para o sistema único de saúde- SUS. Pois a pandemia ainda está em desenvolvimento, motivo pelo qual, ainda se tem muito que aprender e pesquisar sobre os seus efeitos na saúde pública, principalmente na dinâmica dos serviços básicos de saúde.

## REFERÊNCIAS

BRANCO, M. A. F. Informação e saúde: uma ciência e suas políticas em uma nova era. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 23 fev. 2006a.

BRASIL: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180> acessado em 02 de fevereiro de 2020 as 16:30.

BRASIL: Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019. disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481>.

BRASIL: A Saúde Bate à Porta Programa Saúde da Família. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/asaudebateaporta/timeline.php>.

BRASIL. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato20042006/2006/Lei/L11350.htm#art21.2006](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20042006/2006/Lei/L11350.htm#art21.2006).

BRASIL. O modelo de Ficha para cadastro individual do ACS está disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Cadastro\\_Individual.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Cadastro_Individual.pdf) Já o manual que detalha as maneiras de cadastrar no e-SUS AB estão disponíveis em: [http://aps.saude.gov.br/ape/esus/manual\\_3\\_2/capitulo7#\\_4bvk7pj](http://aps.saude.gov.br/ape/esus/manual_3_2/capitulo7#_4bvk7pj) e

BRASIL. Brasil confirma primeiro caso da doença. Publicado: Quarta, 26 de Fevereiro de 2020, 11h44 Última atualização em Quinta, 27 de Fevereiro de 2020, 14h42. Disponível: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46435-brasil-confirma-primeiro-caso-de-novo-coronavirus>.

BRASIL. Ministério da Saúde- profissionais e gestores da saúde. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/profissional-gestor>.

BRASIL. Implementação do Consultório Virtual na APS. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/8577>

BRASIL. Lei n. 13.595, de 5 de janeiro de 2018. Altera a Lei n. 11350, de 5 de outubro de 2006, que dispõe sobre as atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias. Diário Oficial da União, Brasília, DF, ano 155, n. 5, 8 jan. 2018. Seção 1, p. 1-2. Disponível em: < <https://hdl.handle.net/20.500.12178/122994> >. Acesso em: 12 de maio de 2020.

BRASIL. Lei n.10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão do agente comunitário de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 11 julho 2002. [Citado 2008 out. 20]. Disponível em < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/110507.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110507.htm) >. Acessado em 21 març. de 2020.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm), e o Decreto 7508/11, de 28 de junho de 2011 que dispõe sobre a organização do SUS. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm). Obtido em 01/03/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. [acesso em 2020 mar. 30]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União* 1988; 5 out. [ [Links](#) ].

BRASIL. Emenda Constitucional n. 29, de 13/9/2000 Altera os Artigos 34,35, 156,160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.2000.

BRASIL. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/1996/prt2203\\_05\\_11\\_1996.html](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html). Acesso em 28/04/2020.1996.

CARBINATTO. Revista Super Interessante- Este pode ter sido o Animal que passou o novo Coronavírus para Humanos. Disponível em: <https://super.abril.com.br/saude/este-pode-ter-sido-o-animal-que-passou-o-novo-coronavirus-para-humanos/>. 25 mar 2020, 12h11 - Publicado em 7 fev 2020, 15h58.

CONASEMS , Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde: disponível em ;Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, Sala 144 - Zona Cívico-Administrativo, Brasília - DF, 70058-900(61) 3022-8900.

CONASEMS : disponível em <https://www.conasems.org.br/faq-novo-modelo-de-financiamento-de-custeio-da-atencao-primaria-a-saude/>.

CONASEMS:[https://www.conasems.org.br/wpcontent/uploads/2019/11/FAQ\\_NovoFinanciamento.pdf](https://www.conasems.org.br/wpcontent/uploads/2019/11/FAQ_NovoFinanciamento.pdf) acessado em 02 de fevereiro de 2020 as 16:30.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. p. 15.

FERNANDEZ, J. C. A.; MENDES, R. (Org.). Promoção da saúde e gestão local. São Paulo: CEPEDOC, 2007.

FIOCRUZ. Saúde /Coronavírus, por: Ana Palma. disponível em:  
<http://www.invivo.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=1438&sid=8>

FREITAS. Novo Coronavírus: Tudo O Que Você Precisa Saber. Disponível em:  
<https://www.drakeillafreitas.com.br/novo-coronavirus/>. 2020.  
 IBGE:[https://ww2.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/espacos\\_rurais\\_e\\_urbanos/default.shtm](https://ww2.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/espacos_rurais_e_urbanos/default.shtm).2020.

HARZHEIM. RS recebe Encontro sobre Atenção Primária. Disponível em:  
[https://aps.saude.gov.br/noticia/5583#:~:text=E%20%C3%A9%20com%20entregas%20que,faira%20\(21%2F08\)](https://aps.saude.gov.br/noticia/5583#:~:text=E%20%C3%A9%20com%20entregas%20que,faira%20(21%2F08)). Acessado em 22/4/2020.2020.

LEAVELL, H.; CLARK, E.G. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill, 1976. [ [Links](#) ]

MANDETTA. Brasil confirma primeiro caso da doença, disponível em:  
<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46435-brasil-confirma-primeiro-caso-de-novo-coronavirus>. Publicado: Quarta, 26 de Fevereiro de 2020, 11h44

MACHADO; NEVES. Atenção Primária à Saúde terá novo Modelo de Financiamento. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/atencao-primaria-a-saude-tera-novo-modelo-de-financiamento>. **EPSJV/Fiocruz** | 01/11/2019 12h44 - Atualizado em 11/11/2019 10h38.2019.

MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Ângela; LUZ, Rogério; MURICY, Kátia. *Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MENDONÇA, L.B.A. *Percepções do Agente Comunitário de Saúde Sobre sua Atuação na Estratégia Saúde da Família*. Universidade Federal do Ceará Av. Rogaciano Leite, 200 - 60810-000 - Fortaleza-CE-Brasil. *CogitareEnferm*. 2012 Jan/ Mar; 17(1):132-7.

MS. Secretaria de Atenção Primária a Saúde -Implementação do consultório virtual na APS. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/8577.2020>.

MS. APS Forte no SUS – no combate à pandemia, disponível em: <https://apsredes.org/aps-forte-sus-no-combate-a-pandemia/>.2020.

MS. Sobre a Doença- o que é covid. disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#o-que-e-covid.2020>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412\\_10\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html). Acesso em: 19/04/2020.

MS. Secretaria de Atenção Primária à Saúde Portaria nº 29, República Federativa do Brasil - Imprensa Nacional ano clviii nº 73-b Brasília - df., Disponível em:  
<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=601&pagina=1&data=16/04/2020&totalArquivos=1>. Quinta-feira, 16 de abril de 2020.

OPAS- Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus).  
 Atualizada em 19 de maio de 2020 disponível em:  
[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875.2020](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875.2020).

PMSFC. Transparência: Página Principal. Disponível em:  
<http://saofranciscoconde.ba.gov.br/transparencia-pagina-principal/>. Acessado em 23/04/2020.

POLITIZE. A História da Saúde Pública no Brasil e a Evolução do Direito à Saúde.  
 Disponível em: <https://www.politize.com.br/direito-a-saude-historia-da-saude-publica-no-brasil/>, 2020.

**PORTELA. Covid-19: Infectologista Estevão Portela fala sobre medidas preventivas e aspectos clínicos. Disponível em : <https://portal.fiocruz.br/noticia/Covid-19-infectologista-estevao-portela-fala-sobre-medidas-preventivas-e-aspectos-clinicos>, 2020.**  
 QUAMMEN. *Spillover: Animal Infections and the Next Human Pandemic*, 2012.

ROUQUAYROL, M. Z.; GOLDBAUM, M. Epidemiologia: história natural e prevenção de doenças. I ROUQUAYROL, M. Z; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia & saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

SANARMED. Coronavírus (COVID-19): origem, sinais, sintomas, achados, tratamento e mais.  
 Disponível em : <https://www.sanarmed.com/coronavirus-origem-sinais-sintomas-achados-tratamentos.2020>.

SHIGUNOV NETO, A.; TEIXEIRA, A. A.; CAMPOS, L. M. F. Fundamentos da ciência administrativa. Rio de Janeiro: Ciência Moderna, 2005.

SOUSA, M.F; FRANCO, M.S; MENDONÇA, M.M. Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: Os Reflexos dos 20 Anos no Espelho do Futuro. Editora: Saberes Editora, ISBN: 978-85-62844-45-4, p.44, 2014.

SPDM. Coronavirus: Saiba Tudo Sobre o Novo Alerta Mundial. Associação Paulista Para O Desenvolvimento da Medicina. Todos os direitos reservados. Disponível em:  
<https://www.spdm.org.br/saude/coronavirus/item/3290-coronavirus-saiba-tudo-sobre-o-novo-alerta-mundial>. 2020.

TOLENTINO, D. S.; ANDRADE, M. O trabalho do agente comunitário de saúde e suas implicações para o enfermeiro no programa de saúde da família. Informe-se em promoção da saúde, v.4, n.1. p.04-07, 2008. Disponível em: . Acesso em: 17 de Marc. De 2020.