

Resposta da atenção primária ao modelo de governança do Ministério da Saúde no enfrentamento à pandemia de COVID-19 no Brasil.

Primary attention response to the governance model of the Ministry of Health in combat the COVID-19 pandemic In Brazil.

Respuesta de atención primaria al modelo de gobernanza del Ministerio de Salud en el abordaje de la pandemia de COVID-19 en Brasil.

Celmário Castro Brandão¹
Ana Valéria Machando Mendonça²
Maria Fátima De Sousa³

¹Universidade de Brasília (UnB) | celmariocb@gmail.com

² Universidade de Brasília (UnB) | valeriamendonca@gmail.com

³Universidade de Brasília (UnB) | mariafatimasousa09@gmail.com

RESUMO

É apresentada uma análise da resposta dos serviços às proposições feitas pelo Ministério da Saúde (MS) para o enfrentamento à pandemia de covid-19 no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), levando em consideração o modelo de governança para o processo de formulação e implementação de tais políticas. Trata-se de estudo de análise de políticas utilizando-se de métodos mistos, com pesquisa documental e análise de dados de produção das equipes de APS, a partir da publicação de 6 portarias contendo proposições atreladas a repasses financeiros, visando estimular a realização de ações prioritárias pelas equipes na pandemia. Estas variáveis permitiram uma análise da resposta da APS a tais proposições, legitimando ou não o MS enquanto coordenador da rede de governança do SUS no cenário pandêmico. Ao se observar o efeito na produção das equipes ao 3º mês e na média entre o 4º e o 6º mês a partir da publicação das portarias percebeu-se que, na maioria das situações, as normativas não produziram qualquer desfecho de incremento de produção pelas equipes nas variáveis elencadas. Levando em consideração que mais de R\$1,7 bilhões foram aportados pelas portarias, esperava-se um aumento substancial na produção das equipes. Entretanto, acredita-se que houve uma deterioração da rede de governança do MS a ponto de prejudicar a sua condução e orientação da política de enfrentamento à pandemia na APS, evidenciada pela baixa produção das equipes nas variáveis em estudo.

Palavras-chave: Governança em saúde, política de saúde, atenção primária à saúde, pandemia, covid-19.

ABSTRACT

This study presents an analysis of the response of services to proposals made by the Ministry of Health to address the COVID-19 pandemic within the scope of Primary Health Care (PHC), taking into account the governance model for the formulation and implementation of such policies. It is a policy analysis study using mixed methods, with documentary research and analysis of production data from PHC teams, based on the publication of 6 ordinances containing proposals linked to financial transfers, aimed at stimulating the implementation of priority actions by the teams during the pandemic. These variables allowed an analysis of the PHC response to these proposals, legitimizing or not the Ministry of Health as coordinator of the SUS governance network in the pandemic scenario. Observing the effect on team production at the 3rd month and the average between the 4th and 6th months after the publication of the ordinances, it was noticed that, in most situations, the regulations did not produce any outcome of increased production by the teams in the variables listed. Considering that more than R\$1.7 billion was allocated through the ordinances, a substantial increase in the teams' output was expected. However, it is believed that the Ministry of Health's governance network

deteriorated to the point of impairing its management and guidance of the pandemic response policy within PHC, as evidenced by the teams' low output regarding the variables under study.

Keywords: Governance in health, health policy, primary health care, pandemic, Covid-19.

RESUMEN

Este estudio presenta un análisis de la respuesta de los servicios a las propuestas del Ministerio de Salud (MS) para abordar la pandemia de COVID-19 en el ámbito de la Atención Primaria de Salud (APS), considerando el modelo de gobernanza para la formulación e implementación de dichas políticas. Se trata de un estudio de análisis de políticas con métodos mixtos, con investigación documental y análisis de datos de producción de los equipos de APS, basado en la publicación de seis ordenanzas que contienen propuestas vinculadas a transferencias financieras, con el objetivo de estimular la implementación de acciones prioritarias por parte de los equipos durante la pandemia. Estas variables permitieron analizar la respuesta de la APS a estas propuestas, legitimando o no al MS como coordinador de la red de gobernanza del SUS en el escenario de la pandemia. Al observar el efecto en la producción de los equipos al tercer mes y el promedio entre el cuarto y el sexto mes tras la publicación de las ordenanzas, se observó que, en la mayoría de los casos, las regulaciones no generaron un aumento de la producción de los equipos en las variables enumeradas. Considerando que se asignaron más de R\$ 1.700 millones mediante las ordenanzas, se esperaba un aumento sustancial en la producción de los equipos. Sin embargo, se cree que se ha producido un deterioro en la red de gobernanza de los Estados miembros hasta el punto de obstaculizar su gestión y orientación de la política de respuesta a la pandemia en la atención primaria de salud, como lo demuestra el bajo rendimiento de los equipos en las variables estudiadas.

Palabras clave: Gobernanza en salud, política de salud, atención primaria de salud, pandemia, COVID-19.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1990, vem se consolidando com uma forte tradição democrática e um robusto arcabouço legal que define o pacto federativo entre União, estados e municípios, com uma estrutura clara de governança e diretrizes nacionais relacionadas à redistribuição de recursos, implementação descentralizada e espaços institucionais de participação social e negociação intergovernamental^{1,2,3,4}. Nesta estrutura, a implementação e gestão dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) ficam sob a responsabilidade dos municípios, com financiamento e definição de diretrizes gerais de funcionamento compartilhados com a União e os estados².

A ampla rede de APS, presente em todos os municípios brasileiros, bem como seus papéis de ordenadora da rede de atenção à saúde, responsabilização territorial e abordagem comunitária, a colocam em uma posição estratégica para executar e articular as ações intersetoriais necessárias ao enfrentamento à pandemia de covid-19 no SUS^{5,6}. O primeiro caso da doença foi registrado no Brasil em 26 de fevereiro de 2020, mas desde o dia 03 do mesmo mês o Ministério da Saúde (MS) já havia declarado a Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN)^{6,7,8}.

O financiamento de ações voltadas ao enfrentamento à pandemia de covid-19 no âmbito da APS brasileira teve início de maneira incremental, por meio da expansão do

Programa Saúde na Hora, em março de 2020, e se intensificou a partir de maio do mesmo ano, com a aprovação, pelo Congresso Nacional, da Emenda Constitucional n.º 106/2020, que instituiu o denominado “orçamento de guerra” para o enfrentamento da calamidade pública nacional decorrente da pandemia. Desde então, foram publicadas diversas portarias instituindo ações e direcionando recursos para o funcionamento regular da APS e para sua atuação no enfrentamento à covid-19.

Entretanto, a postura omissa e negacionista do governo federal brasileiro, sobretudo na pessoa do Presidente da República ^{9,10}, já levantava questionamentos acerca da governança do MS, para a coordenação do enfrentamento à pandemia nacionalmente. Embora a literatura nacional reconheça as grandes dificuldades no combate à pandemia em decorrência dessa ausência de coordenação central ^{1,3,5,7,9,11}, não foram identificados trabalhos que abordem a perspectiva da governança no cenário da APS.

A definição de governança mais recorrente na literatura envolve a maneira pela qual o poder é exercido na administração dos recursos sociais e econômicos de um país, visando seu desenvolvimento, o que implica na capacidade dos governos de planejar, formular e implementar políticas e desenvolver suas funções ^{12,13}.

O presente trabalho apresenta uma análise da resposta dos serviços às proposições feitas pelo MS para o enfrentamento à pandemia de covid-19 no âmbito da APS, levando em consideração o modelo de governança no MS para o processo de formulação e implementação de tais políticas. O trabalho integra pesquisa de doutorado intitulada “governança federal na gestão da atenção básica à saúde para o enfrentamento à pandemia de covid-19 no Brasil”, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (PPGSC/UnB).

MÉTODO

Trata-se de um estudo de análise de políticas utilizando-se de métodos mistos para compreender a resposta da APS à orientação política do MS para o enfrentamento à pandemia de covid-19 no Brasil. Esse tipo de estudo toma as políticas como variáveis dependentes e tenta compreendê-las em termos de fatores sociais, econômicos, tecnológicos, entre outros ¹⁴.

Foi realizada análise documental dos “Relatórios Avanços e Desafios da Atenção Primária à Saúde – Balanço das Ações” dos anos de 2020 e 2021 ^{15,16}, publicados pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS). Destes documentos, foram selecionadas seis portarias, as quais haviam instituído repasses financeiros atrelados a diretrizes gerais de

expansão do acesso, manutenção do funcionamento da APS e realização de ações específicas direcionadas a grupos populacionais pré-determinados. O critério essencial para a seleção das portarias foi a disponibilidade de dados de monitoramento nos relatórios públicos do, então, Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) do MS.

Todos os repasses financeiros definidos pelas normativas eram excepcionais, com transferências automáticas em parcela única, sem a necessidade de adesão pelos municípios. A única exceção foi a portaria n.º 430/2020 (programa Saúde na Hora Emergencial), na qual os repasses eram mensais, restritos a municípios que não haviam feito adesão ao Saúde na Hora “convencional”¹⁵.

A partir de leitura do conteúdo das portarias e dos relatórios emergiram 19 variáveis selecionadas com base nas ações que deveriam ser desenvolvidas pelas equipes em atuação na APS (equipes de Saúde da Família/eSF, equipes de Atenção Primária/eAP e equipes de Consultório na Rua/eCR) e informadas nos sistemas de informações oficiais, para o alcance dos objetivos estratégicos de cada portaria (Quadro 1). Dentre estas variáveis 11 são necessariamente relacionadas a atendimentos individuais e 8 relacionadas a atividades coletivas e visitas domiciliares (6 e 2, respectivamente).

Quadro 1: Identificação das portarias, montante de recursos e respectivas variáveis de análise das ações propostas.

Port.	Ementa	Diretriz principal / público prioritário	Valor	Variáveis
Portaria n.º 430, de 19 de março de 2020.	Estabelece incentivo financeiro federal de custeio no âmbito da APS, em caráter excepcional e temporário, com o objetivo de apoiar o funcionamento em horário estendido das UBS no país, para enfrentamento da ESPIN (covid-19).	Funcionamento em horário estendido das Unidades, possibilitando maior acesso a assistência, diagnóstico, tratamento, prevenção, controle do surto e interrupção da cadeia de transmissão da covid-19.	R\$ 125.385.000,00 (repassados de 03 a 09/2020 para unidades que cumpriram os requisitos do Saúde na Hora Emergencial).	1.a – Nº de atendimentos individuais, por mês. 1.b – Nº de atividades coletivas [†] do tipo educação em saúde, por mês.
Portaria n.º 894, de 11 de maio de 2021.	Institui, em caráter excepcional, incentivos financeiros federais de custeio no âmbito da Atenção Primária à Saúde, a serem transferidos, em parcela única, aos municípios e Distrito Federal, para enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da Covid-19.	Incentivo financeiro <i>per capita</i> . Auxiliar a manutenção do funcionamento de serviços na APS, qualificando a realização de visitas e atendimentos domiciliares; ações de prevenção, atenção à saúde, educação em saúde; identificação precoce e manejo de casos, acompanhamento, reabilitação e monitoramento das possíveis sequelas pós covid-19.	R\$ 395.076.595,00 (repassados em parcela única, sem necessidade de adesão).	
		Incentivo financeiro para cuidado em saúde das pessoas idosas. Ampliação das visitas	R\$ 120.143.804,00	2.a – Nº de atendimentos individuais realizados na

		e atendimentos domiciliares às pessoas idosas com limitações funcionais ou fragilidade, acompanhamento/ monitoramento daquelas que residem sozinhas; atendimento integral em saúde aos idosos residentes em instituições de acolhimento e o suporte às equipes destas instituições para o desenvolvimento de ações de prevenção à infecção pelo Sars-CoV-2.	(repassados em parcela única, sem necessidade de adesão).	UBS a pessoas idosas (>60 anos), por mês. 2.b - Nº de atendimentos individuais realizados em outros locais (domicílio, abrigos etc.) a pessoas idosas (>60 anos), por mês. 2.c - Nº de atividades coletivas (tipo: educação em saúde; atendimento em grupo; e avaliação/procedimento coletivo) voltadas ao público idoso, por mês.
		Incentivo financeiro para atenção à saúde de crianças menores de 7 anos de idade e gestantes do Programa Bolsa Família que apresentam má nutrição. Busca ativa e localização para diagnóstico do estado nutricional; implementação de ações integradas e de caráter familiar e comunitário para a segurança alimentar, a promoção da saúde, a prevenção, o controle e o tratamento da má nutrição nesse público; intensificação no número de atendimentos individuais nesse público, nas UBS.	R\$ 345.432.001,15 (repassados em parcela única, sem necessidade de adesão).	3.a - Nº de atendimentos individuais a crianças de 0 a 7 anos, tendo desnutrição como problema/condição avaliada, por mês. 3.b - Nº de atendimentos individuais a crianças de 0 a 7 anos, tendo obesidade como problema/condição avaliada, por mês. 3.c - Nº de atividades coletivas tendo como público crianças de 0 a 5 anos*, com o tema “alimentação saudável”, por mês. 3.d - Nº de atividades coletivas tendo como público gestantes, com o tema “alimentação saudável”, por mês.
Portari a n.º 2.222, de 25 de agosto de 2020.	Institui, em caráter excepcional e temporário, Ações Estratégicas de Apoio à Gestação, Pré-Natal e Puerpério e o incentivo financeiro federal de custeio para o enfrentamento da ESPIN decorrente da pandemia do coronavírus.	Identificação precoce, acompanhamento e monitoramento de gestantes e puérperas com síndrome gripal, síndrome respiratória aguda grave ou com suspeita ou confirmação de covid-19; qualificação das ações de atenção ao pré-natal, parto e puerpério.	R\$ 259.888.395,00 (repassados em parcela única, sem necessidade de adesão).	4.a - Nº de atendimentos individuais tendo o pré-natal como problema/condição avaliada, por mês. 4.b - Nº de atendimentos individuais tendo o puerpério (até 42 dias) como problema/condição avaliada, por mês.
Portari a n.º 731, de 16 de abril de 2021.	Institui, em caráter excepcional e temporário, incentivo financeiro federal de custeio para desenvolvimento de ações estratégicas de apoio à gestação, pré-natal e puerpério, com vistas ao enfrentamento da ESPIN decorrente da pandemia do coronavírus.	Identificação precoce, monitoramento de gestantes e puérperas com síndrome gripal, síndrome respiratória aguda grave ou com suspeita ou confirmação de covid-19; qualificação das ações de atenção ao pré-natal, parto e puerpério em todos os pontos da RAS, no contexto da pandemia de coronavírus.	R\$ 247.052.324,92 (repassados em parcela única, sem necessidade de adesão).	4.c - Nº de visitas domiciliares** para acompanhamento de gestantes, por mês. 4.d - Nº de visitas domiciliares para acompanhamento de puérperas, por mês.

Portaria n.º 2.994, de 29 de outubro de 2020.	Institui, em caráter excepcional e temporário, incentivo financeiro federal para atenção às pessoas com obesidade, diabetes mellitus ou hipertensão arterial sistêmica no âmbito da APS, no SUS, no contexto da ESPIN decorrente da pandemia do novo coronavírus.	Atenção às pessoas com obesidade, diabetes mellitus ou hipertensão arterial sistêmica no âmbito da APS, por meio da organização da assistência, buscando a redução de complicações associadas à covid-19, incluindo ações de promoção da saúde e de prevenção; fortalecer a atenção integral, priorizando a assistência terapêutica multiprofissional na APS; fortalecer a prevenção da transmissão do coronavírus nesse público na APS.	R\$ 221.811.937,50 (repassados em parcela única, sem necessidade de adesão).	5.a - Nº de atendimentos individuais tendo hipertensão arterial como problema/condição avaliada, por mês. 5.b - Nº de atendimentos individuais tendo diabetes como problema/condição avaliada, por mês. 5.c - Nº de atendimentos individuais tendo obesidade como problema/condição avaliada, por mês. 5.d - Nº de atividades coletivas do tipo educação em saúde, tendo como público-alvo pessoas com doenças crônicas, por mês.
Portaria n.º 1.253, de 18 de junho de 2021.	Institui, em caráter excepcional, incentivo financeiro federal de custeio aos municípios e Distrito Federal com eCR, para o enfrentamento da ESPIN decorrente da covid-19.	Incentivo financeiro destinado aos municípios e DF, para apoio na manutenção do funcionamento das eCR para o enfrentamento da Covid-19, conforme as necessidades sanitárias e epidemiológicas apresentadas no contexto local.	R\$ 2.813.812,52 (repassados em parcela única, sem necessidade de adesão).	6.a - Nº de atendimentos individuais realizados por eCR, por mês. 6.b - Nº de atividades coletivas (educação em saúde, atendimento em grupo, avaliação / procedimento coletivo) realizadas por eCR, por mês.

Fonte: Autoria própria.

†Embora tenham sido publicadas orientações restringindo as atividades coletivas a alguns públicos, as portarias sempre definem educação em saúde como uma das ações a serem realizadas. A única forma de se obter dados de educação em saúde no SISAB é por meio dos relatórios de atividades coletivas.

*O relatório público de atividade coletiva do SISAB não fornece estratificação de faixa etária com limite em 7 anos, o próximo estrato acima de 5 anos é 6 a 11 anos de idade. Assim, optou-se por uma amostra dentro da faixa etária direcionada pela portaria.

** O manual do e-SUS APS (https://cgiap-saps.github.io/Manual-eSUS-APS/docs/CDS/CDS_07/) orienta que exclusivamente agentes comunitários de saúde (ACS) e agentes de combate às endemias (ACE) devem registrar “Visita Domiciliar e Territorial” no sistema, ou seja, os dados levantados no trabalho referem-se exclusivamente à produção por estas duas categorias profissionais.

A fim de dimensionar os efeitos da publicação das portarias nas respectivas variáveis, foi realizada análise de dados secundários, extraídos do SISAB entre 23 e 26 de agosto de 2022, relativos à produção das equipes da APS entre 01 de janeiro de 2020 e 31 de dezembro de 2021. Também foram extraídos os dados de números de casos de covid-19, mês a mês, ao longo do mesmo período, disponíveis no painel coronavírus do MS (<https://covid.saude.gov.br/>).

Os dados foram apresentados em tabelas e gráficos sobre os quais também foram plotadas as datas de publicação das respectivas portarias ministeriais, permitindo a visualização do comportamento, ou dos “desfechos” – demarcados a partir do cruzamento da

marcação da data de publicação da portaria na série histórica de produção em cada variável –, de incremento ou de decréscimo na produção das equipes em atuação na APS, após a publicação das normativas que poderiam influenciar em cada variável.

A análise e discussão dos resultados foram realizadas sinteticamente com base no efeito de cada portaria em suas respectivas variáveis e sistematizadas sob quatro perspectivas. Primeiramente foi analisado o crescimento real da produção em cada variável ao 3º mês após a publicação de cada portaria. A escolha do 3º mês justifica-se pelo fato de ter decorrido tempo suficiente para que ocorresse a efetivação do crédito financeiro nas contas de cada município, a publicação pelas instituições e apropriação pelos trabalhadores de conteúdos de apoio (notas técnicas, manuais, instrutivos etc.) relacionados às diretrizes de cada portaria, e o tempo necessário para a eventual aquisição de insumos, recrutamento e qualificação de novos profissionais, entre outras iniciativas necessárias ao alcance dos objetivos das portarias.

A segunda perspectiva analítica se deu em torno do padrão de resposta dos serviços na média entre o 4º e o 6º mês após o mês de publicação das portarias. A escolha deste período para observação fundamenta-se na possibilidade de eventuais elevações tardias da produção, ou posteriores ao 3º mês, e caso tenha havido elevação neste 3º mês, da sustentabilidade do padrão ou perenidade no crescimento.

Na sequência foi realizada uma breve discussão sobre o montante financeiro definido nas portarias e repassado aos municípios, relacionando-o ao potencial de crescimento da produção caso esta dependesse estritamente de financiamento, bem como sobre a definição de prioridades na alocação dos recursos e monitoramento das ações.

Por fim, amparadas no referencial de governança em políticas públicas^{12,17,18,19}, foram feitas considerações acerca do modelo de tomada de decisão e de gestão do MS, que podem ter influenciado os resultados das variáveis. Jarman²⁰ considera governança a primeira capacidade relevante do Estado para a resposta à covid-19, pois espera-se que ele seja a primeira linha de defesa na proteção da vida da população em tantas áreas envolvidas no enfrentamento à pandemia.

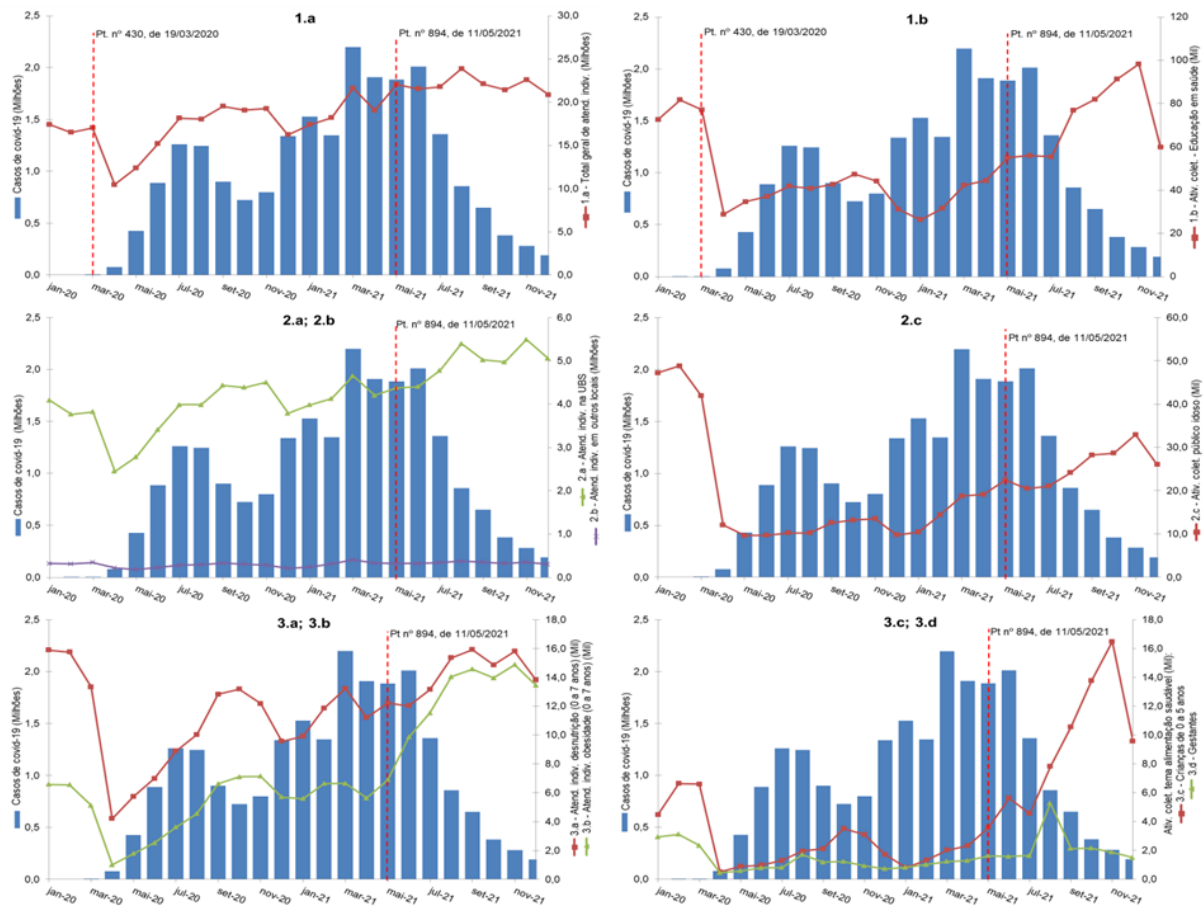
O estudo seguiu todos os preceitos éticos estabelecidos no Artigo 1º da Resolução CNS n.º 510/2016. Por tratar-se de estudo com dados secundários obtidos por meio de acesso a bases públicas, dispensou-se a apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa.

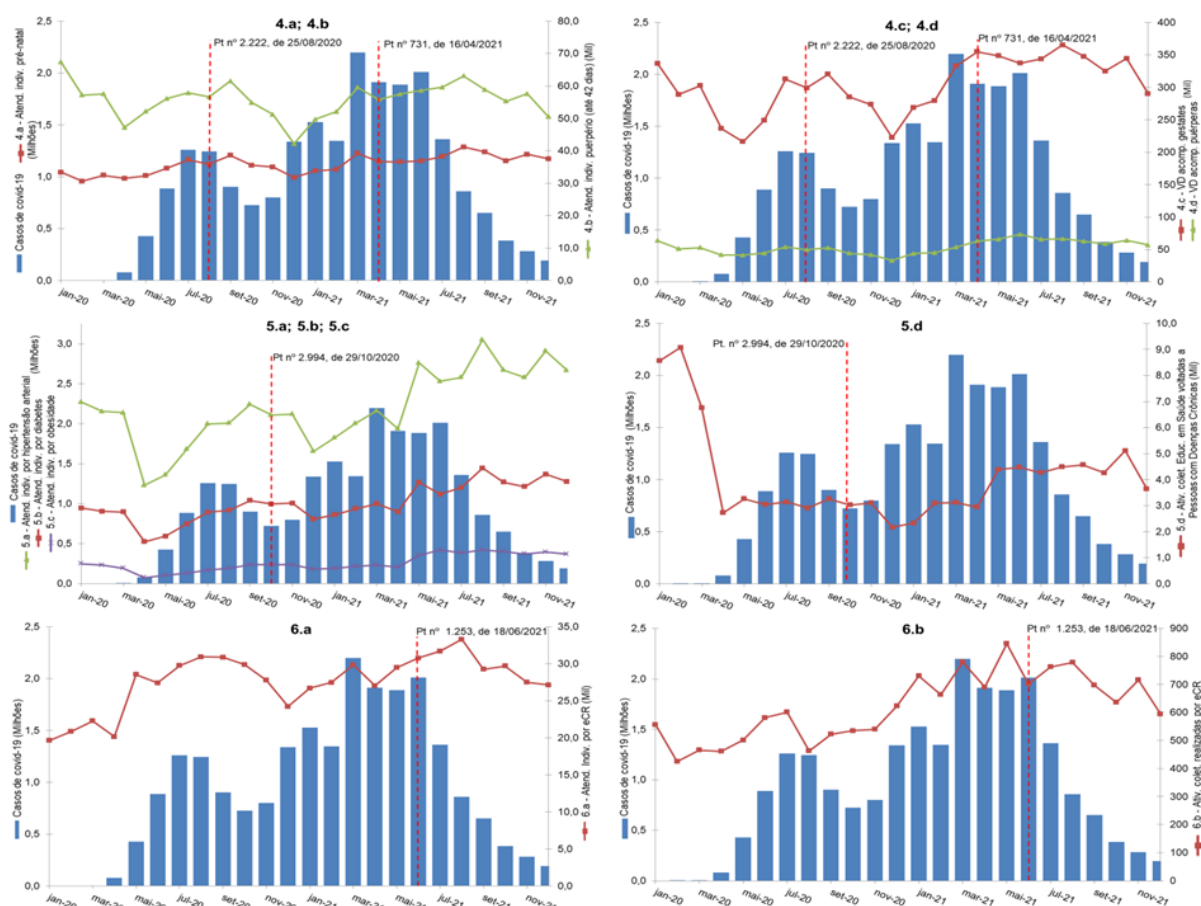
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao observar os dados de casos de covid-19 e os registros de produção (Figura 01) é fundamental que se tenha como pano de fundo a influência positiva da redução no número de casos, ao longo das diversas “ondas” da pandemia, para a elevação dessa produção das ações pelas equipes em atuação na APS após seu expressivo decaimento no início da pandemia. Neste cenário, destaca-se o momento do início da vacinação contra a covid-19 no país, em que se torna ainda mais marcante a percepção de incremento de produção em grande parte das variáveis aqui selecionadas ²¹.

Sobretudo com o início da aplicação das segundas doses de vacinas, em meados de março de 2021, acredita-se em uma diminuição do absenteísmo no trabalho por parte dos profissionais de saúde, que passam a contrair menos a doença, ou têm garantida uma maior segurança aos que fazem parte dos grupos de risco para covid-19 ^{6,8,21}. Paralelamente, a população – imunizada – começa a readquirir confiança para buscar os serviços para continuidade dos cuidados que corriqueiramente recebiam ou para cuidados associados ao pós-covid-19.

Figura 1: Evolução da produção nas variáveis, data de publicação das portarias e n.º de casos de covid-19, 2020 e 2021.





Fonte: Autoria própria.

Além disso, houve incremento no número de eSF credenciadas pelo MS da ordem de 3,44% (de 45.196 para 46.751) entre dezembro de 2019 e dezembro de 2020 e de 3,63% (de 46.751 para 48.447) entre dezembro de 2020 e dezembro de 2021. As eAP tiveram seu custeio iniciado em 2020, fechando o ano com um total de 2.275 equipes credenciadas, e tiveram um aumento de 77,89% (de 2.275 para 4.047) entre dezembro de 2020 e dezembro de 2021¹⁶.

Parte-se do pressuposto, então, de que as quedas no número de casos de covid-19, a aplicação das segundas doses de vacinas e a ampliação no número de equipes credenciadas, por si só, já deveriam elevar a produção dessas ações, com destaque para o ano de 2021. Carece, então, de análise o efeito das propostas feitas pelo MS por meio das portarias aqui analisadas, na produção das equipes, podendo assim discutir, olhando para essa resposta, o modelo da governança federal para a sua construção e apresentação.

Nesse sentido, foram observados nas variáveis 25 desfechos (14 nas variáveis de atendimento individuais, 7 de atividades coletivas e 4 de visitas domiciliares) distintos de

incremento ou decréscimo de produção das ações pelas equipes a partir do mês de publicação das respectivas portarias (Figura 1 e Tabela 1).

Tabela 1: Dados de produção em cada variável no mês, ao 3º mês e na média do 4º ao 6º mês das publicações das portarias.

Va riá vel *	Portaria correspo ndente**	Prod. do mês de publica ção da portari a	Prod. ao 3º mês após a publicaçã o da portaria	Diferença entre a prod. ao 3º mês e a do mês da portaria	Evolução % ao 3º mês em relação ao mês da portaria	Média de prod. entre o 4º e o 6º mês após a publicação da portaria	Diferença da média de prod. entre o 4º e o 6º mês e o mês da portaria	Evolução % da média de prod. entre o 4º e o 6º mês e o mês da portaria
<u>1.a</u>	430/2020	17.037.4 45	15.197.16 5	-1.840.280	-10,8	18.585.535	1.548.090	9,1
	894/2021	22.063.2 95	23.892.73 7	1.829.442	8,3	22.056.414	-6.881	0,0
<i>1.b</i>	430/2020	77.102	37.077	-40.025	-51,9	41.770	-35.332	-45,8
	894/2021	55.054	76.814	21.760	39,5	90.508	35.454	64,4
<u>2.a</u>	894/2021	4.375.05 0	5.396.722	1.021.672	23,4	5.161.627	786.577	18,0
<u>2.b</u>	894/2021	317.808	374.529	56.721	17,8	341.585	23.777	7,5
<u>2.c</u>	894/2021	22.473	24.165	1.692	7,5	29.949	7.476	33,3
<u>3.a</u>	894/2021	12.208	15.364	3.156	25,9	15.534	3.326	27,2
<u>3.b</u>	894/2021	6.897	14.048	7.151	103,7	14.470	7.573	109,8
<i>3.c</i>	894/2021	3.587	7.827	4.240	118,2	13.607	10.020	279,3
<i>3.d</i>	894/2021	1.625	5.277	3.652	224,7	2.055	430	26,5
	2.222/2020	1.121.21 2	1.094.129	-27.083	-2,4	1.039.493	-81.719	-7,3
<u>4.a</u>	731/2021	1.144.66 4	1.194.162	49.498	4,3	1.226.319	81.655	7,1
	2.222/2020	56.599	51.243	-5.356	-9,5	48.001	-8.598	-15,2
<u>4.b</u>	731/2021	55.822	59.622	3.800	6,8	59.103	3.281	5,9
	2.222/2020	299.213	273.748	-25.465	-8,5	257.026	-42.187	-14,1
<i>4.c</i>	731/2021	354.957	343.808	-11.149	-3,1	346.018	-8.939	-2,5
	2.222/2020	49.609	41.815	-7.794	-15,7	40.669	-8.940	-18,0
<i>4.d</i>	731/2021	63.054	65.696	2.642	4,2	62.651	-403	-0,6
<u>5.a</u>	2.994/2020	2.108.25 3	1.825.046	-283.207	-13,4	2.037.411	-70.842	-3,4
<u>5.b</u>	2.994/2020	995.747	862.225	-133.522	-13,4	945.978	-49.769	-5,0
<u>5.c</u>	2.994/2020	237.816	190.832	-46.984	-19,8	217.704	-20.112	-8,5
<i>5.d</i>	2.994/2020	3.029	2.326	-703	-23,2	3.056	27	0,9
<u>6.a</u>	1.253/2021	30.756	29.249	-1.507	-4,9	28.115	-2.641	-8,6
<i>6.b</i>	1.253/2021	702	697	-5	-0,7	649	-53	-7,5

Fonte: Autoria própria.

*Código da variável sublinhado = variável relacionada a atendimentos individuais. *Código da variável em itálico* = variável relacionada a atividades coletivas e visitas domiciliares.

**Cada portaria representa uma situação (demarca incremento ou redução de produção a partir da portaria) distinta da variável.

Retomada da produção pelas equipes

A primeira perspectiva aqui discutida trata-se da manutenção regular ou do incremento da produção das equipes ao 3º mês após a publicação das portarias. Foram observadas quedas na produção ao 3º mês de publicação das portarias em 13 dos 25 desfechos aqui demonstrados. No que se refere aos atendimentos individuais houve 7 (50%) desfechos de decréscimo de produção, com destaque para as variáveis 5.a, 5.b e 5.c, relacionadas a atendimentos individuais para as condições hipertensão arterial, diabetes e obesidade (portaria n.º 2.994/2020), dentre as quais sequer foram retomados os patamares de produção pré-pandemia.

Destaca-se, ainda, que na variável 1.a, associada aos atendimentos individuais e ao Programa Saúde na Hora Emergencial – por meio do qual seria possível praticamente dobrar o horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), e consequentemente produzir mais atendimentos –, além de não ter havido crescimento real no número de atendimentos, sequer ocorreu a retomada dos níveis de atendimentos aos padrões pré-pandêmico ao 3º mês após a publicação da portaria, o que aconteceu apenas ao 4º mês da sua instituição. Essa modalidade do programa obteve adesão de apenas 1.416 UBS (aproximadamente 3% do total), e teve início em março e término em setembro de 2020¹⁵.

Em relação às atividades coletivas e visitas domiciliares, percebeu-se 6 (55%) desfechos de redução da produção ao 3º mês após a publicação das portarias. Mais uma vez não se observou relação do Programa Saúde na Hora Emergencial com uma retomada da produção relativa a atividades de educação em saúde (1.b). Da mesma maneira, as variáveis relacionadas às atividades de educação em saúde especificamente voltadas a pessoas com doenças crônicas (5.d; portaria n.º 2.994/2020) e às visitas domiciliares para o acompanhamento de gestantes (4.c; portaria n.º 2.222/2020 e portaria n.º 731/2021) e puérperas (4.d; portaria n.º 731/2021) não foram positivamente influenciadas pelas respectivas portarias.

De maneira geral, é possível afirmar que as estratégias do MS de indução financeira de ações na APS tiveram como desfecho um incremento real de produção após 3 meses do mês de publicação das portarias em menos da metade das situações. Tal fato evidencia uma baixa resposta dos gestores e trabalhadores às orientações ministeriais, pois se trata de produção inferior ao mês em que foram estabelecidas as diretrizes, chegando até mesmo a decair essa produção em alguns casos.

Sustentabilidade da produção ao longo do tempo

Ao analisar a evolução da produção das equipes por meio da média entre o 4º e o 6º mês após a publicação das portarias, percebeu-se que em 13 (52%) dos 25 desfechos possíveis houve decréscimo da produção. Ao se detalhar estes desfechos constatou-se que em 11 deles (6 de atendimentos individuais, 3 de visitas domiciliares e 2 de atividades coletivas) a produção se encontrava em baixa ao 3º mês de publicação da portaria e seguiu em baixa na média de produção entre o 4º e o 6º mês após a publicação das portarias.

Merece destaque a acentuação expressiva na redução de atendimentos individuais de pré-natal e puerpério (4.a; 4.b), comparando-se a média do 4º ao 6º mês e a produção do 3º mês, após a publicação da portaria n.º 2.222/2020. Destaca-se, ainda, os atendimentos individuais e atividades coletivas realizados pelas eCR, que continuaram a decair mesmo após a destinação dos recursos pela portaria n.º 1.253/2021. Tal fato evidencia que as respectivas portarias não surtiram nenhum efeito, ou pode-se dizer que surtiram efeito negativo na produção das ações pelas equipes, já que houve redução da produção ao 3º mês, com acentuação dessa queda na média entre o 4º e o 6º mês após a publicação das portarias.

Observa-se, ainda, outros 6 desfechos (4 de atendimentos individuais, 1 de atividades coletivas e 1 de visitas domiciliares) nos quais a produção se encontrava em alta ao 3º mês de publicação das portarias e na média entre o 4º e o 6º mês esse crescimento diminuiu, chegando a se tornar negativo em 2 delas. Estes fatos demonstram que as portarias, apesar de terem favorecido o incremento de produção em um primeiro momento, não foram suficientes para sustentar uma tendência de crescimento ao longo dos meses subsequentes e, até mesmo, podendo ter produzido efeito contrário.

Assim, acredita-se que as mudanças ocorridas no primeiro momento (ao 3º mês) possam estar eventualmente associadas a um efeito gerado pela publicação das portarias e consequente exigência burocrática de se realizarem as ações que justificassem o emprego dos recursos financeiros recebidos automaticamente do MS, garantindo a “prestação de contas”. Tendo passado esse efeito, por serem propostas pouco dialógicas com as necessidades dos municípios, sucumbiu a produção, deixando as ações definidas nestas portarias de serem prioridades nas agendas das equipes.

Em 2 desfechos (1 de atendimentos individuais e 1 de atividades coletivas) a produção, em baixa ao 3º mês em relação ao mês de publicação das portarias, elevou-se na média do 4º ao 6º mês. Acredita-se ser pouco provável que elevações de produção que ocorram a partir do 4º mês de publicação das portarias de instituição dos repasses financeiros

sejam efeitos diretos das respectivas portarias ou dos repasses propriamente ditos, por já haver decorrido tempo suficiente para o emprego integral dos recursos na promoção das ações para o alcance dos objetivos definidos em portaria. Assim, supõe-se que tal elevação de produção tenha maior relação com os demais fatores gerais acima descritos (queda no número de casos, vacinação e elevação no número de equipes) do que predominantemente com a instituição da iniciativa em portaria.

Por fim, tem-se o cenário de mais provável assertividade e reconhecimento das diretrizes ministeriais por parte dos gestores e trabalhadores da APS. Em 6 desfechos (3 de atendimentos individuais e 3 de atividades coletivas), a produção cresceu ao 3º mês após a publicação das portarias e continuou crescendo em patamares superiores ao do 3º mês na média do 4º ao 6º mês. Avalia-se que o provimento de novos recursos financeiros para essas ações pode ter sido coerente com as necessidades assentidas pelos serviços de APS nos territórios, a ponto da produção continuar crescendo mesmo após 3 meses da publicação das portarias.

Ocasionais elevações de produção consideradas tardias em relação à data de publicação das portarias, ou a continuidade de uma elevação na produção podem então ser efeitos de um processo de reconhecimento e consequente inserção das prioridades definidas pelos instrumentos legais na agenda de gestores e equipes. Ademais, eventuais formações, insumos e outras ações desencadeadas pelas portarias podem despertar a atenção das equipes, passando a ter maior atuação focada no objeto das portarias.

Eficiência na gestão de uma APS subfinanciada

O subfinanciamento do SUS é uma realidade conhecida de longa data, e se traduz na degradação do acesso e da qualidade dos serviços, realidade essa cotidianamente encarada por trabalhadores, gestores e usuários. Desta forma, é inegável que recursos financeiros adicionais para a APS serão sempre muito bem recebidos, a despeito de sua excepcionalidade e transitoriedade ^{9,21}. Importa destacar que para a maioria das ações prioritárias definidas nas portarias ministeriais aqui analisadas, no cotidiano dos serviços não há qualquer financiamento especificamente dedicado, logo, tais ações “disputam” os escassos recursos da APS entre as inúmeras prioridades urgentes nos territórios.

Os dados apresentados evidenciaram que a orientação ministerial aos serviços, dimensionada pela evolução da produção das equipes nas variáveis elencadas, eventualmente não produziu os efeitos de melhoria geral na produção de ações de saúde na maioria dos

desfechos, mesmo tendo sido injetados nos municípios cerca de 1,7 bilhões de reais para o seu cumprimento, por meio das 6 portarias analisadas.

Estritamente da perspectiva do montante financeiro investido e considerando a defasagem de recursos federais no custeio da APS, seria possível esperar um crescimento muito mais significativo da produção que o que foi aqui demonstrado. A título de exemplo, a portaria nº 430/2020 promoveu um incremento mensal às unidades aderidas que poderia chegar a 100% (R\$30.000,00/mês para unidades 75 horas no âmbito do Saúde na Hora Emergencial) do valor de custeio mensal regular de uma eSF – tendo como base a média de R\$30.000,00 mensais, pela capitação ponderada, desempenho e 6 Agentes Comunitários de Saúde em cada equipe, no modelo de financiamento do Programa Previne Brasil.

Outro exemplo é a portaria n.º 1.253/2021, que também elevou em cerca de 90% (R\$17.808,00 por eCR) o valor do custeio mensal regular das eCR – tendo como base o valor de custeio mensal de R\$19.900,00 por eCR tipo I – entretanto, observou-se redução da produção de atendimentos individuais e atividades coletivas realizadas por essas equipes no curto (3º mês) e médio prazos (média do 4º ao 6º mês), em que pese o fato da população em situação de rua ter aumentado durante a pandemia ²².

Ademais, a portaria n.º 2.222/2020, a segunda maior em volume de recursos (R\$259.888.395,00) – não obstante a primeira (portaria n.º 894/2021) envolva pelo menos 4 tipos de ações/públicos distintos –, pela aferição realizada por meio das variáveis 4.a e 4.b (atendimentos individuais de pré-natal e puerpério, respectivamente) não surtiu nenhum efeito em termos de incremento de produção, mas sim um decaimento dessa produção ao longo do tempo.

Na maioria dos desfechos (15) aqui demonstrados as portarias foram publicadas em um momento em que os níveis de produção nas variáveis analisadas já se encontravam em patamares superiores aos pré-pandemia. Assim, questiona-se a real necessidade do direcionamento de recursos especificamente a essas ações em detrimento de outras, ou seja, se naquele dado momento seriam realmente aquelas as prioridades dos entes federados para a APS.

Greer e colaboradores ²³ apontam que o fechamento ao diálogo (por parte do MS) com os diferentes segmentos implicados na pesquisa, trabalho, gestão e participação social influenciou negativamente na definição das prioridades para a atuação nacional durante a pandemia.

Perspectivas da governança para a resposta da APS

Para além de analisar a adequação das prioridades eleitas, no presente trabalho é central a discussão acerca da forma como o território encarou as diretrizes advindas do MS, reconhecendo-as ou não a ponto de elevar a produção de ações a elas relacionadas e legitimando a capacidade da instituição de coordenar a formulação e implementação da política de enfrentamento à pandemia de covid-19 no âmbito da APS brasileira.

Mudanças no processo de trabalho das equipes no sentido do alcance de objetivos comuns dependem de reconhecimento e confluência da agenda dos trabalhadores com a dos demais níveis envolvidos na gestão. A valorização dessa agenda por parte da gestão em cada município se traduz no provimento de subsídios técnicos e estruturais, no compartilhamento de saberes e práticas, intimamente relacionados às realidades de cada território, para a priorização da atuação em lócus populacionais específicos, sobretudo em um contexto de elevado risco sanitário, depreciação das condições de trabalho e crise macro e microeconômica ^{8,4,9}.

Ainda, para que esses objetivos comuns sejam alcançados é fundamental que haja diálogo constante, negociação e coordenação intergovernamental ²³. Para tal, aprendendo e apreendendo-se ao exitoso processo histórico de construção do SUS, respeitando o pacto federativo e amparado em bases científicas, mostra-se de fundamental relevância o exercício de uma boa governança pelo MS na condução das políticas públicas, sobremaneira quando do enfrentamento da maior crise sanitária atravessada pelo SUS desde a sua criação ^{3,21}.

A compreensão do processo que levou à baixa resposta dos territórios às prioridades definidas pelo MS nos cenários aqui descritos passa por um possível exame da postura do governo brasileiro no reconhecimento da pandemia, bem como nas suas ações ou omissões diante dela ^{21,23}. A forma como encarou a pandemia ocasionalmente levou a uma deterioração da sua rede de governança, a ponto de ver corroída a legitimidade do MS na condução da política de enfrentamento à covid-19 ^{9,23}.

Sob as mesmas bases nas quais o SUS foi criado e legalmente alicerçado, uma governança em rede (União, estados, municípios, universidades, conselhos de saúde etc.), dentro da qual impera a confiança entre seus componentes, possibilitaria uma coordenação harmônica da política, produzindo resultados positivos na saúde geral da população ^{17,20}.

Apesar de relevante, a produção de normativas, orientações e a disponibilização de recursos financeiros emergenciais foram insuficientes e encontraram limites de efetividade na ausência de uma coordenação nacional forte que considerasse as características federativas do país e do sistema de saúde ²¹.

CONCLUSÃO

Por meio das variáveis elencadas a partir de portarias que instituíram o financiamento de ações e grupos populacionais prioritários para a atuação dos serviços de APS (gestores e trabalhadores) no enfrentamento à pandemia de covid-19 foi possível dimensionar o efeito destas orientações/normativas na produção de ações pelas equipes e discutir a legitimidade dada ao MS pelos territórios, evidenciando seu papel de coordenador e orientador da rede de governança do SUS para a resposta à pandemia na APS.

Os resultados obtidos demonstram uma baixa resposta dos serviços às orientações ministeriais na maioria dos desfechos aferidos por meio dos dados de produção das equipes ao 3º mês após a publicação das portarias. Da mesma forma, ao analisar a sustentabilidade das ações propostas, percebeu-se também uma baixa resposta com a não elevação da produção das equipes na média entre o 4º e o 6º mês após a publicação das portarias, assim como, na maioria dos casos em que no primeiro momento houve elevação, ela passou a decair na média dos meses subsequentes, chegando a se tornar negativa em alguns desfechos.

Destaca-se como principal limitação do delineamento do presente estudo a incidência sobre a oscilação na produção das equipes, sobretudo com incremento desta, de outras variáveis para além das selecionadas para análise, tais como o início da vacinação e o crescimento no número de equipes em atuação na APS. Desta forma, não é possível estabelecer relação de causalidade entre a variação de produção e a orientação do MS, no entanto, agrega-se novas perspectivas analíticas sobre o efeito da orientação ministerial na prática cotidiana dos serviços, valendo-se do modelo de governança construído pela instituição.

Ademais, a publicação das portarias instituindo financiamento direcionado a ações e públicos específicos – ainda que em algumas situações extremas se mostre estratégica – pode segmentar os serviços de APS e induz um modelo de atenção focalizada, distinto do que historicamente se busca por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), qual seja promotor de integralidade, universalidade, territorialização, eficiência e equidade.

REFERÊNCIAS

1. Sodré F. Epidemia de covid-19: questões críticas para a gestão da saúde pública no Brasil. *Trab Educ Saud.* 2020;18(3):1-12. doi: 10.1590/1981-7746-sol00302
2. Sousa MF, Prado EAJ, Leles FAG, Andrade NF, Marzola RF, Barros FPC, et al. Potencialidades da Atenção Básica à Saúde na consolidação dos sistemas universais. *Saúde Debate.* 2019;43(spe5):82-93. doi: 10.1590/0103-11042019S507

3. Abrúcio FL, Grin EJ, Franzese C, Segatto CI, Couto CG. Combate à covid-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. *Rev Adm Pub.* 2020;54(4):663-77. doi: 10.1590/0034-761220200354
4. Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM, Aquino R. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cad Saúde Pública.* 2020;36(8):1-5. doi: 10.1590/0102-311X00149720
5. Patiño-Escarcina JE, Medina MG. Vigilância em Saúde no âmbito da atenção primária para enfrentamento da pandemia da Covid-19: revisão documental. *Saúde debate.* 2022;46(spe1):119-30. doi: 0000-0003-2948-5550
6. Frota AC, Barreto ICHC, Carvalho ALB, Ouverney ALM, Andrade LOM, Machado NMS. Vínculo longitudinal da Estratégia Saúde da Família na linha de frente da pandemia da Covid-19. *Saúde debate.* 2022;46(spe1):131-51. doi: 10.1590/0103-11042022E109
7. Prado NMBL, Rossi TRA, Chaves SCL, Barros SG, Magno L, Santos HLPC, et al. The international response of primary health care to covid-19: document analysis in selected countries. *Cad Saúde Pública.* 2020;36(12):1-18. doi: 10.1590/0102-311X00183820
8. Biscarde DGS, Souza EA, Pinto KA, Silva LA, Silva MA, Gusmão MEN. Atenção primária à saúde e covid-19: desafios para universidades, trabalhadores e gestores em saúde. *Rev baiana enferm.* 2022;36:1-9. doi: 10.18471/rbe.v36.37824
9. Giovanella L, Martufi V, Mendoza DCR, Mendonça MHM, Bousquat AEM, Pereira RAG, et al. A contribuição da atenção primária à saúde na rede SUS de enfrentamento à covid-19. *Saúde debate.* 2020;44(spe4):161-76. doi: 10.1590/0103-11042020E410
10. Fonseca EM, Nattrass N, Arantes LB, Bastos FI. COVID-19 in Brazil: Presidential Denialism na the Subnational Government's Response. In: Greer SL, King EJ, Fonseca EM, Peralta-Santos A (eds.). *Coronavirus Politics: The comparative politics and policy of COVID-19.* United States of America: University of Michigan Press, 2021. p. 654.
11. Mendes A, Melo MA, Carnut L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. *Cad Saúde Pública.* 2022;38(2):1-14. doi: 10.1590/0102-311X00164621
12. Santos MHC. Governabilidade, governança e democracia: criação de capacidade governativa e relações executivo-legislativo no Brasil pós-constituinte. *Dados.* 1997;40(3):335-76. doi: 10.1590/S0011-52581997000300003
13. World Bank. *Governance and development.* Washington: World Bank; 1992. p. 58.
14. Ham C, Hill M. *The policy process in the modern capitalista state.* 2ed. Londres: Harvester Wheatsheaf; 1993. p. 270.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Relatório avanços e desafios da Atenção Primária à Saúde: balanço das ações 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2022; p.134. [acesso em 27 set 2022]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjA3Mg>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Relatório avanços e desafios da Atenção Primária à Saúde balanço das ações 2021. Brasília: Ministério da Saúde, 2022; p.178. [acesso em 27 set 2022]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/relatorio_avancos_desafios_aps.pdf
17. Bevir M. *Governance: a very short introduction.* Oxford: Oxford University Press. 2012. p. 132.
18. Martins L. *Estado Capitalista e burocracia no Brasil pós-64.* Rio de Janeiro, RJ. Paz e Terra, 1985. p. 265.
19. Gonçalves A. O conceito de governança. In: XV Congresso Nacional do CONPEDI/UEA. 3, 4 e 5 de novembro de 2005; Manaus (AM). *Anais de Congresso.* 2006. [acesso em 26 ago 2022]. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/XIVCongresso/078.pdf>
20. Jarman H. State responses to the COVID-19 pandemic: Governance, Surveillance, Coercion, and Social Policy. In: Greer SL, King EJ, Fonseca EM, Peralta-Santos A (eds.). *Coronavirus Politics: The comparative politics and policy of COVID-19.* United States of America: University of Michigan Press, 2021. p. 654.
21. Freitas CM, Pereira AMM, Machado CV. A resposta do Brasil à pandemia de covid-19 em um contexto de crise e desigualdades. In: Machado CV, Pereira AMM, Freitas CM (eds.). *Políticas e sistemas de saúde em tempos de pandemia: nove países, muitas lições* [online]. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2022. p. 342.

22. Santos ETA, Sarreta FO. População em situação de rua na pandemia: desdobramentos da crise do capital. *SER Social*. 2022;25(51):364-84. doi: 10.26512/sersocial.v24i51.42539
23. Greer SL, King EJ, Fonseca EM. Introduction: Explaining Pandemic Response. In: Greer SL, King EJ, Fonseca EM, Peralta-Santos A (eds.). *Coronavirus Politics: The comparative politics and policy of COVID-19*. United States of America: University of Michigan Press, 2021. p. 654.