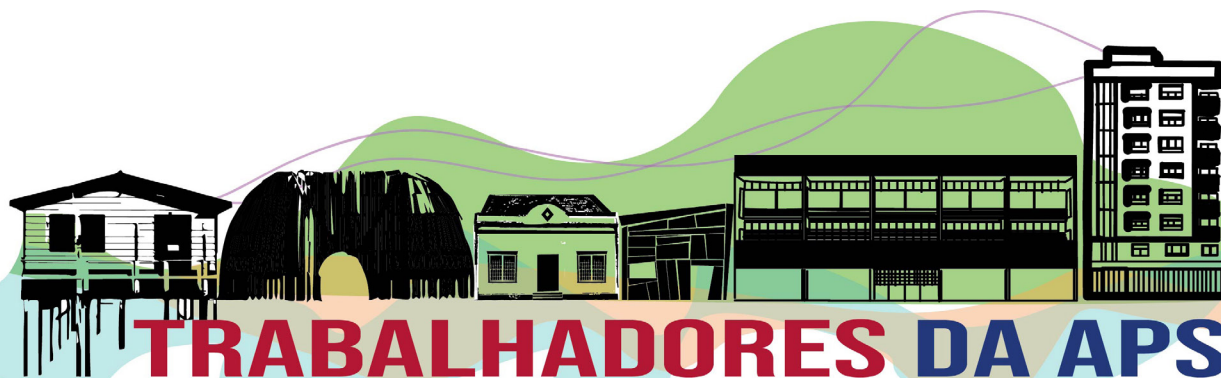


# Boletim 1

## CONFIGURAÇÕES DO TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA



Apresentamos o primeiro boletim da Pesquisa “Desafios do Trabalho na Atenção Primária à Saúde na Perspectiva dos Trabalhadores” que busca investigar as condições em que se realiza o trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS) em cinco capitais brasileiras: Palmas (TO), Porto Alegre (RS), Recife (PE), Rio de Janeiro (RJ) e Salvador (BA). Conhecer a realidade nesses municípios nos permite analisar as mudanças produzidas na APS a partir da publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 (BRASIL, 2017) e os efeitos da pandemia de Covid-19, com dados quantitativos e qualitativos sobre a situação dos médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, trabalhadores da composição mínima das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

### Por que escolhemos essas capitais

- 1)Pela capacidade de influenciar politicamente os demais municípios do estado e da região em que se localizam;
  - 2)Para reunir realidades de distintas regiões;
  - 3)Para incluir municípios nortentinos com longo tempo de implementação da ESF.
- Esta variedade permite análises de particularidades e tratamento de pontos em comum.



Palmas  
Porto Alegre  
Recife  
Rio de Janeiro  
Salvador



<b>Contextualizando a AB: mudanças recentes</b> .....	3
<b>Tabela 1</b> Número de Equipes de Atenção Básica ativas em Palmas, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro e Salvador, por tipo de equipe (estratégia de saúde da família e equipe de atenção primária) (maio/2022) .....	5
<b>Gráfico 1.</b> Percentual de Equipes de Atenção Básica ativas no CNES em Porto Alegre, por tipo de equipe (estratégia de saúde da família e equipe de atenção primária) (maio/2022) .....	5
<b>Gráfico 2.</b> Percentual de Equipes de Atenção Básica ativas no CNES em Salvador, por tipo de equipe (estratégia de saúde da família e equipe de atenção primária) (maio/2022) .....	5
<b>Quadro 1</b> - Características das Equipes de Saúde da Família e das Equipes de Atenção Primária à Saúde segundo a PNAB 2017 e a Portaria 259/2019 .....	7
<b>Tabela 2.</b> Número de Agentes Comunitários de Saúde por tipo de equipe (equipe de Saúde da Família e equipe de Atenção Primária) em Palmas, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro e Salvador (maio/2022) .....	7
<b>Quadro 2</b> - Distribuição das Unidades Básicas de Saúde (UBS) pelas instituições gestoras em Porto Alegre (outubro 2022) .....	10
<b>Considerações finais</b> .....	12
<b>Referências</b> .....	14
<b>Equipe da pesquisa</b> .....	15



Este é o primeiro de uma série de boletins que serão publicados com o objetivo de compartilhar os achados da pesquisa com os trabalhadores, gestores e usuários da saúde. Enfocamos as tendências do modelo de APS adotado nos municípios estudados que se expressam na forma como os serviços, as ações e o processo de trabalho estão organizados; que profissionais participam da atenção, o que fazem e como. Estas tendências estão diretamente relacionadas com as concepções de saúde que orientam as práticas dos trabalhadores e gestores. Partindo dessa ideia, formulamos questões que nos ajudaram a compor um primeiro recorte da realidade da APS nos municípios:

### **1) Quantas equipes compõem a Atenção Básica em Palmas, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro e Salvador?**

### **2) De que tipo são essas equipes – equipe de Saúde da Família ou equipe de Atenção Primária?**

### **3) Quantos agentes comunitários de saúde trabalham nessas equipes?**

Os dados foram obtidos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e nos relatórios públicos disponíveis na plataforma e-Gestor AB, em maio de 2022. Para construir nossa análise, diante de cada resposta alcançada, perguntamos: o que isto nos diz a respeito dos rumos que vêm sendo dados à Atenção Básica em cada município e no país?

## **Contextualizando a AB: mudanças recentes**

Desde meados da década de 1990 até a publicação da PNAB de 2017, a Estratégia Saúde da Família (ESF) representava o modelo prioritário para a reorganização da Atenção Básica (AB) em âmbito nacional, contando com incentivos financeiros oriundos do Ministério da Saúde para o seu desenvolvimento, expansão e qualificação no território nacional. A PNAB 2017 promoveu alterações que retiraram a centralidade da ESF na alocação dos recursos federais e em relação aos atributos que deveriam orientar a organização da AB nos municípios. Além das equipes de Saúde da Família (eSF), o Ministério da Saúde passou a financiar também as chamadas equipes de Atenção Primária (eAP), com composição e carga horária de trabalho modificados.

Historicamente, as eSF abrangem, em sua composição mínima: médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), atuando 40 horas semanais. Já a composição mínima das eAP, estabelecida pela Portaria 259 de 26 de setembro de 2019, prevê somente médico e enfermeiro, com possibilidade de atuarem 30 ou 20 horas semanais. Os técnicos e auxiliares de enfermagem, assim como os ACS, não são mencionados.



Os agentes comunitários de saúde, que sequer figuram nas eAP, também sofreram uma importante alteração no que diz respeito aos parâmetros de composição das próprias eSF. Antes da PNAB de 2017, o número de ACS era calculado considerando o tamanho da população que estaria sob a responsabilidade da equipe, visando a cobertura total de pessoas pelas eSF num dado território. Qual o problema hoje? A PNAB 2017 deixou de indicar um número mínimo de ACS por eSF. Isso significa que pode haver (e há, como veremos) equipes de Saúde da Família funcionando com um único ACS, por exemplo, independentemente do número de pessoas cadastradas na equipe.

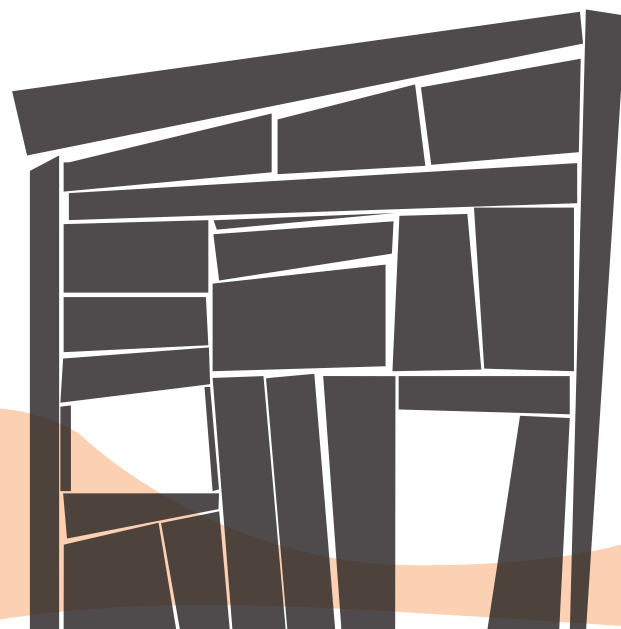
Que efeitos isso pode trazer para o trabalho dessas equipes, para o trabalhador e para a qualidade da atenção prestada pela AB? Para responder a essa questão, precisamos recuperar os atributos que caracterizam a ESF como um modelo de Atenção Primária à Saúde integral e o papel atribuído aos ACS nesse modelo.

### **APS Integral e o papel dos ACS**

Os atributos que caracterizam a APS integral estão relacionados à compreensão da determinação social do processo saúde-doença e da saúde como direito universal a ser garantido por meio de serviços públicos de qualidade, que integram uma rede ordenada com base na APS em um único sistema. Para alcançar essa condição, a ESF no âmbito do SUS seguiu como orientações: organizar-se de modo territorializado, estabelecendo um cuidado contínuo, longitudinal, e promovendo o vínculo entre os profissionais e as pessoas atendidas; ser capaz de resolver ou encaminhar os problemas de saúde da população adscrita, mantendo o acompanhamento das pessoas ao longo da vida e promovendo a participação popular e a educação em saúde.

Na equipe de Saúde da Família, tem se atribuído ao ACS a principal responsabilidade por promover a aproximação com os moradores dos territórios assistidos. Ele, que conhece o território, as condições de vida e os modos de lidar com a saúde das pessoas com quem convive, passa a ser a principal referência na mediação da relação com as equipes e o acesso aos serviços de saúde. Não por acaso, repetiu-se por décadas que o ACS seria o 'elo' entre os serviços e a 'comunidade'. Por meio de práticas de educação em saúde e da estratégia da visita domiciliar (VD), o ACS capilariza a presença do cuidado em saúde no território e possibilita a identificação e o encaminhamento de situações que escapariam a um olhar mais distante e descontínuo. A promoção da saúde e a participação popular estão no horizonte da sua atuação.

Podemos afirmar que a função de um trabalhador comunitário, como o ACS, foi concebida mediante a necessidade de expandir a cobertura de ações de saúde em sociedades desiguais, como a nossa. Mas devemos reconhecer que o seu trabalho no Brasil, integrado a equipes multidisciplinares, tornou-se fundamental para o desenvolvimento da APS integral. Por isso, neste boletim, nosso foco se dirige para os tipos de equipe que estão desenvolvendo a APS nos municípios estudados e para a presença dos ACS nas equipes.



# VAMOS AOS DADOS!

1) Quantas equipes compõem a Atenção Básica em Palmas, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro e Salvador?

2) De que tipo são essas equipes (eSF ou eAP)?

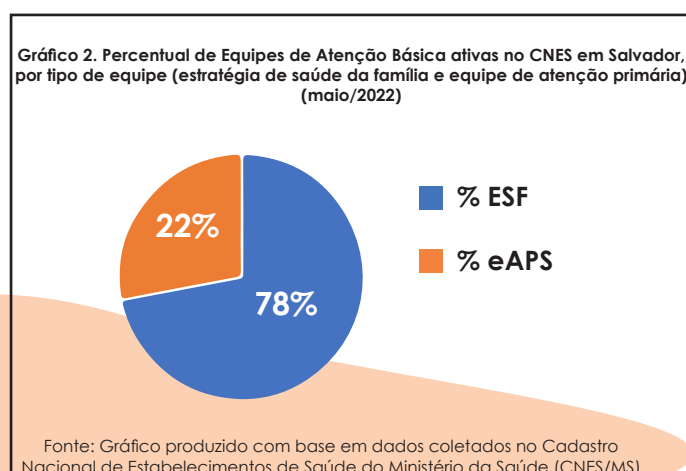
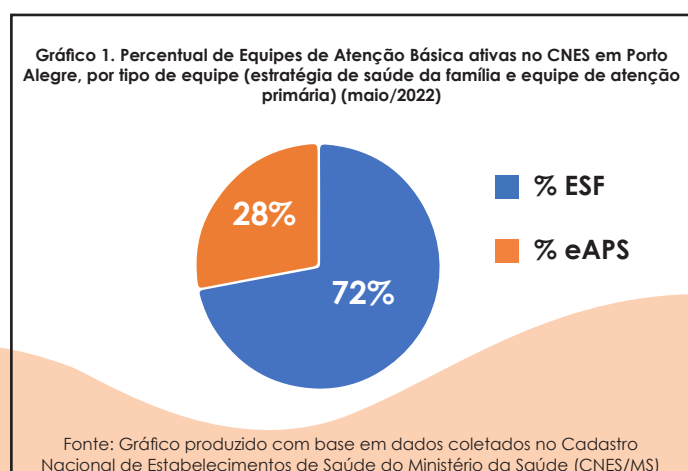
Tabela 1 Número de Equipes de Atenção Básica ativas em Palmas, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro e Salvador, por tipo de equipe (estratégia de saúde da família e equipe de atenção primária) (maio/2022)

Município	Equipes de saúde da família (nº)	Equipes de Atenção Primária (nº)	Total de equipes
Palmas	85	1	86
Porto Alegre	282	108	390
Recife	333	0	333
Rio de Janeiro	1233	42	1275
Salvador	369	106	475

Fonte: Ministério da Saúde – CNES – elaboração das autoras

Os dados mostram que o modelo da Estratégia Saúde da Família é predominante no Recife (totalidade das equipes), em Palmas (quase a totalidade) e no Rio de Janeiro (1.233 das 1.275 equipes).

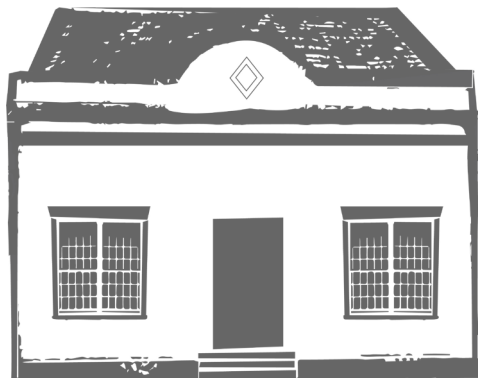
Porto Alegre e Salvador destacam-se pela presença significativa de equipes de Atenção Primária à Saúde. Em Porto Alegre, são 108 equipes de Atenção Primária, num total de 390 equipes de Atenção Básica e, em Salvador, temos 106 eAP num total de 475 equipes de Atenção Básica. Em termos percentuais significa dizer que 28% das equipes de Porto Alegre e 22% das equipes de Salvador são de Atenção Primária, conforme mostram os Gráficos 1 e 2 apresentados a seguir.





Ainda que as equipes de Saúde da Família sejam prevalentes nesses dois municípios, 72% em Porto Alegre e 78% em Salvador, é importante refletir sobre o que representa, em relação ao modelo de atenção, a adoção de equipes de Atenção Primária, expressa em mais de 20% das equipes de AB nos dois municípios. Para isso, recuperamos características das eSF e das eAP tornando mais fácil observar as principais diferenças. As eSF prevêem, em sua composição mínima, médicos, enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Cada profissional que integra a eSF deve cumprir a carga horária individual semanal de 40 horas numa mesma equipe, não podendo compor outra equipe. (BRASIL, 2017)

As eAPs são concebidas para funcionar com uma composição mínima de médico e enfermeiro e podem ser organizadas em duas modalidades, diferenciadas por carga horária e cobertura populacional. Na modalidade I, a carga horária mínima individual dos profissionais deverá ser de 20 horas semanais, com população adscrita correspondente a 50% da população adscrita para uma eSF. Na modalidade II, a carga horária mínima individual dos profissionais deverá ser de 30 horas semanais, com população adscrita correspondente a 75% da população adscrita para uma eSF. Além disso, os profissionais das eAP podem fazer parte de mais de uma equipe. (BRASIL, 2019)



Quadro 1 - Características das Equipes de Saúde da Família e das Equipes de Atenção Primária à Saúde segundo a PNAB 2017 e a Portaria 259/2019

Características	Tipos de equipe	
	eSF	eAP
Composição mínima	Médicos, enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem e ACS	Médico e enfermeiro
Carga horária semanal dos profissionais	40h	Modalidade I – 20h Modalidade II - 30h
População adscrita	De 2.000 a 3.500 pessoas	Mod. I – 50% Mod. II - 75%
Exigência de exclusividade de vinculação do profissional à equipe	Sim	Não

Fonte: Elaboração das autoras a partir das normativas

Quais as condições reais para se produzir uma clínica abrangente, territorializada, atenta à determinação social do processo saúde-doença com uma equipe formada exclusivamente por médico e enfermeiro? Como será possível, nessa composição reduzida das equipes, programar o acompanhamento das pessoas, as consultas regulares e o pronto atendimento complementar, quando necessário? Com esse arranjo é possível garantir a continuidade do cuidado por um mesmo profissional de uma equipe de referência para as pessoas de uma dada área ou microárea? Como se constroem vínculos entre usuários e profissionais de saúde se as cargas horárias distintas não permitem a presença diária e integral na Atenção Básica?

Esse tipo de arranjo tende a multiplicar seus efeitos deletérios na rede de APS, para os usuários e para os próprios trabalhadores, uma vez que o mesmo profissional pode compor mais de uma eAP, vinculando-se até mesmo a unidades diferentes, tendo que lidar com realidades, relações e condições de trabalho distintas.

Para caracterizar melhor essa situação, apresentamos a seguir como se dá atualmente a participação dos ACS nas equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária nos municípios estudados.

### 3) Quantos ACS trabalham nas equipes de Saúde da Família (eSF) e nas equipes de Atenção Primária (eAP) ativas em Palmas, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro e Salvador?

Tabela 2. Número de Agentes Comunitários de Saúde por tipo de equipe (equipe de Saúde da Família e equipe de Atenção Primária) em Palmas, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro e Salvador (maio/2022).

Nº de ACS	Palmas		Porto Alegre		Recife		Rio de Janeiro		Salvador	
	Nº eSF	Nº eAP	Nº eSF	Nº eAP	Nº eSF	Nº eAP	Nº eSF	Nº eAP	Nº eSF	Nº eAP
0	0	1	22	92	0	0	17	42	2	99
1	0	0	176	15	3	0	25	0	62	2
2	2	0	65	1	5	0	13	0	47	0
3	9	0	15	0	22	0	58	0	57	0
4	17	0	2	0	43	0	331	0	83	0
5	24	0	2	0	105	0	624	0	59	1
6	23	0	0	0	88	0	155	0	43	0
7	6	0	0	0	34	0	10	0	9	0
8	3	0	0	0	16	0	0	0	0	0
9	0	0	0	0	8	0	0	0	1	1
10 ou mais	1	0	0	0	9	0	0	0	6	3
Total	85	1	282	108	333	0	1233	42	369	106

Fonte: Ministério da Saúde – CNES – elaboração das autoras




Em relação à presença dos ACS nas equipes de Atenção Básica, Palmas e Recife concentram o maior número de equipes de Saúde da Família na faixa de quatro a seis ACS por equipe. O Rio de Janeiro, que sofreu com a redução de equipes e a demissão de ACS e outros trabalhadores durante a gestão municipal de 2017 a 2020, encontra-se em processo de recomposição das equipes, visando, no caso dos ACS, a retomar a composição de seis ACS por equipe, segundo depoimento de Souza (2022), dirigente do Sindicato de Agentes Comunitários de Saúde do Município do Rio de Janeiro (SINDACS/RJ). No momento de levantamento dos dados para esse boletim, a maioria das eSF deste município têm entre quatro e seis ACS. Metade do total das eSF têm cinco ACS.

Porto Alegre e Salvador destacam-se novamente, associando um número importante de eAP à ausência ou presença reduzida de ACS nas equipes.

Em Salvador, a hipótese é que a presença das eAP ocorreria pelo registro de equipes formadas por trabalhadores que já atuavam em unidades básicas de saúde que não atendiam aos critérios das eSF. Não se trataria, portanto, da criação de novas equipes, mas da formalização junto ao CNES do modelo de organização das unidades básicas de saúde pré-existentes que adquirem, depois da PNAB 2017 e da Portaria 259/2019, a possibilidade de financiamento por recursos federais. O funcionamento não se altera, caracterizando-se pelo atendimento ambulatorial de médicos generalistas, pediatras e ginecologistas e pela demanda espontânea, nos moldes da chamada AB tradicional, historicamente presente neste município. A concepção de resolutividade desse modelo sustenta-se no binômio queixa-conduta, sem territorialização do cuidado, sem condições de desenvolver vínculos duradouros, conseqüentemente, com dificuldade de oferecer cuidado contínuo e longitudinal, guiado pela perspectiva da integralidade.





Em relação aos ACS, em Salvador, 99 (93,4%) das 106 eAP não têm ACS em sua composição. Das 369 eSF, 168 (45,5%) contam com até 3 ACS; 201 (54,4%) das eSF têm quatro ou mais ACS, com maior concentração (83 equipes) na faixa de 4 ACS por equipe. Em relação ao total geral de equipes atuantes na Atenção Básica em Salvador, veremos que 165 equipes (34,7%) trabalham com apenas um ou nenhum ACS.

É importante lembrar que os ACS foram inseridos na rede de AB em Salvador por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que os vinculou às unidades básicas de saúde (UBS) tradicionais. Neste município, os ACS são servidores públicos concursados e o último concurso foi realizado em 2008. Desde então, não houve aumento no número de ACS, exceto pela contratação temporária para realizar o cadastramento de usuários atendendo aos requisitos do Previner Brasil. Desse modo, depreendemos que os ACS que compõem as equipes criadas após este último concurso são oriundos das equipes de PACS ligadas às UBS tradicionais ou das eSF existentes. O que tem sido realizado é a realocação de uma quantidade fixa de trabalhadores, impondo um limite importante ao número de ACS por equipe e, conseqüentemente, à expansão do modelo da ESF em Salvador.

Quanto a Porto Alegre, notamos uma presença significativa (29,3%) de equipes que atuam na Atenção Básica sem ACS - 85,2% das eAP e 7,8% das eSF. Quando ampliamos essa faixa para equipes que funcionam com nenhum ou 1 ACS, chegamos a 78,2% das equipes e, com até 3 ACS, atingimos 98,9% do total das equipes responsáveis pela Atenção Básica neste município.

Como se organiza o trabalho nas equipes sem ou com tão poucos ACS? Qual trabalho se espera que ele realize quando é o único ACS de sua equipe? O que tão poucos ACS podem fazer no território e por seus moradores? Fazem visitas domiciliares? Com que frequência? Com qual finalidade? Como ficam as atividades educativas? Como manter a dimensão coletiva do trabalho do ACS e das equipes?

Vale ressaltar que, em maio de 2022, Porto Alegre dispunha de 660 ACS contratados pela Administração Direta como cargo em extinção, o que significa dizer que não está prevista a reposição das vacâncias que estes cargos gerarem no futuro (PORTO ALEGRE, 2022a). Este quantitativo foi garantido mediante liminares concedidas pela justiça a ações impetradas pelos trabalhadores para retorno a suas funções, uma vez que a Prefeitura de Porto Alegre vem praticando demissões desses agentes desde dezembro de 2020, quando os ACS somavam 752 trabalhadores (PORTO ALEGRE, 2020). O entendimento da gestão municipal está expresso na Lei Complementar 932 de janeiro de 2022 (PORTO ALEGRE, 2022b) que autoriza a manutenção de apenas 351 ACS por meio de emprego público, implicando a demissão de 401 trabalhadores. Destaca-se que a própria Prefeitura previa, em 2018, a contratação de 1.316 ACS, por meio do extinto Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF), para a composição das eSF. (IMESF, 2018).

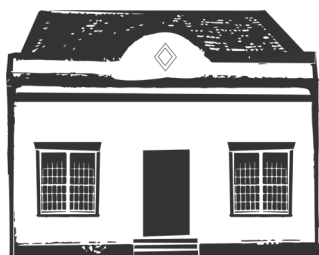
Soma-se a este cenário a crescente privatização da rede de serviços da APS em Porto Alegre. Das 135 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 116, ou seja, 96% do total das UBS, são terceirizadas por meio de termos de colaboração firmados entre a prefeitura de Porto Alegre e as instituições. No quadro a seguir, vemos a distribuição das UBS de Porto Alegre pelas instituições gestoras.

Quadro 2 - Distribuição das Unidades Básicas de Saúde (UBS) pelas instituições gestoras em Porto Alegre (outubro 2022)

Tipo de gestão	Instituições gestoras das UBS	Nº de UBS	%
Pública	Prefeitura Municipal de Porto Alegre	5	4%
	Grupo Hospitalar Conceição	12	9%
	Hospital de Clínicas de Porto Alegre	1	1%
Privada	Pontifícia Universidade Católica/RS	1	1%
	Santa Casa de Misericórdia/Porto Alegre	47	35%
	Hospital Divina Providência	40	30%
	Hospital Vila Nova	29	21%

Fonte: Dados do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre

Neste quadro, percebemos que a maioria das UBS terceirizadas são geridas por instituições privadas (Hospital Divina Providência, Hospital Vila Nova e Santa Casa de Misericórdia) com as quais a Prefeitura de Porto Alegre estabeleceu contratos de prestação de serviços de saúde.



Ainda que terceirizadas, por meio de termos de cooperação, consideramos que as UBS geridas pelo Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre permanecem como unidades de gestão pública.



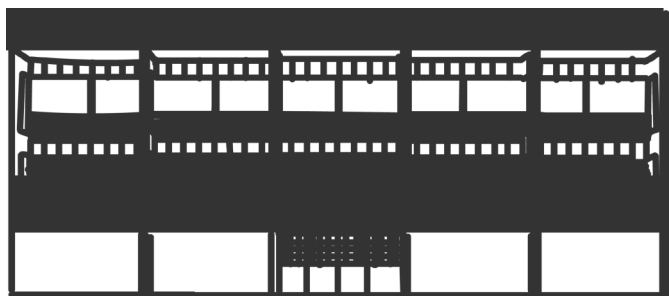
O GHC é uma entidade da Administração Pública Federal Indireta, vinculada ao Ministério da Saúde. O Hospital de Clínicas é uma empresa pública federal integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação, vinculada academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

A relação que se estabelece entre a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e a Prefeitura envolve aspectos diferentes. Trata-se de um campo de estágio de uma universidade privada, mantida pela União Brasileira de Educação e Assistência (UBEA). Foi com esta mantenedora, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, que a Prefeitura de Porto Alegre firmou um convênio para realização de ações e serviços e saúde em regime de mútua cooperação.

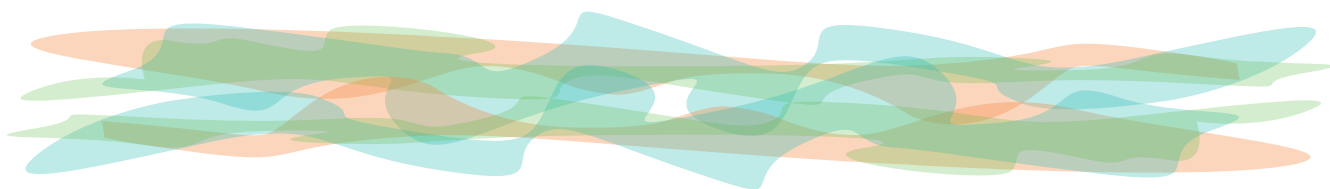
## O que o processo de privatização das unidades básicas de saúde de Porto Alegre tem a ver com a composição das equipes?

Para ser privatizada, a APS precisa ser reformulada de modo a se adaptar aos interesses e particularidades do setor privado. Deve ser modificada na direção de um modelo de atenção de caráter biomédico, de pronto atendimento, desvinculando-se dos territórios e afastando-se da perspectiva da determinação social do processo saúde-doença, com redução de custos e facilidade de precificação dos procedimentos.

As mudanças operadas na AB são realizadas com o suporte de alterações na legislação municipal, como ocorreu com a publicação da Lei Complementar 955 de 28 de setembro de 2022 (PORTO ALEGRE, 2022c) que modifica a composição e as atribuições do Conselho Municipal de Saúde, alterando a paridade entre os segmentos que compõem o controle social e seu caráter deliberativo. A pesquisa vem acompanhando um amplo movimento organizado de resistência a essas mudanças que reúne várias entidades, com a participação de trabalhadores e usuários do SUS, em defesa da democracia e do direito à saúde em Porto Alegre.



Entre as capitais estudadas, o Rio de Janeiro, que apresenta uma extensa rede de APS com 236 unidades básicas de saúde, abrangendo centros municipais e clínicas de saúde da família, também se destaca pela adoção da gestão terceirizada dos serviços e da força de trabalho. Este município opera por meio de contratos de gestão, celebrados entre a Secretaria Municipal de Saúde e as Organizações Sociais de Saúde. Entretanto, essa gestão terceirizada não significou um afastamento do modelo da ESF, ainda que se deva indicar a fragilidade de um modelo construído com base em relações não estáveis e dependentes dos interesses e compromissos dos diferentes governos. Os efeitos dessa precariedade se evidenciaram na fase de demissões e redução de equipes que afetou a Atenção Básica, seus trabalhadores e usuários, na gestão municipal de 2017 a 2020, cujos desdobramentos ainda estão presentes. O desmonte da Atenção Básica no município do Rio de Janeiro também foi enfrentado pelo movimento organizado dos trabalhadores da saúde.





## Considerações finais

Para compreendermos melhor o movimento em relação ao modelo de atenção orientador da Atenção Básica nos municípios, precisamos agregar outras análises às aquelas apresentadas neste Boletim. Os dados de cobertura, por exemplo, antes facilmente acessíveis, hoje representam um desafio que buscaremos superar para o próximo Boletim 2.

Entretanto, já é possível perceber que as equipes de Atenção Primária e a redução da participação dos ACS nas equipes são uma realidade visível. Nesse sentido, ganhou destaque, neste primeiro Boletim, o município de Porto Alegre, no qual se percebe um movimento acelerado de afastamento em relação ao modelo da Estratégia Saúde da Família, por meio da presença significativa de eAP e da ausência ou presença reduzida dos ACS tanto nas eAP, quanto nas eSF. Esse movimento tem sido acompanhado pelo processo de privatização da gestão das unidades básicas de saúde, entregues à gestão terceirizada de instituições hospitalares privadas.

Em Salvador, o movimento em relação ao modelo de atenção tem outras conotações, ainda que seja aparentemente semelhante ao de Porto Alegre. As eAP configuram-se mais como um arranjo burocrático-administrativo, e não como uma alteração em curso. Na verdade, historicamente, a ESF, implantada desde 2002, não chegou a se constituir em um modelo prioritário, coexistindo com o formato das UBS tradicionais. A Atenção Básica, de um modo geral, é desigualmente distribuída neste município, concentrando a presença de unidades em alguns bairros, deixando desprovida a maior parte da cidade, como pode ser observado no mapa da saúde em Salvador (SANTOS, 2022).

Nos próximos boletins, serão trazidas outras informações que, de modo articulado, permitam compor melhor a configuração da Atenção Básica e seus impactos para o trabalho e a atenção à saúde nas capitais estudadas.



## Referências

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). Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 25 out. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.539, de 26 de setembro de 2019. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir a equipe de Atenção Primária e dispor sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal com carga horária diferenciada. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2539\\_27\\_09\\_2019.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2539_27_09_2019.html). Acesso em: 25 out. 2022

INSTITUTO Municipal de Estratégia Saúde da Família (IMESF). Quantitativo de cargos criados, providos e vagos por referência. 2018. Disponível em: [http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/transparencia-entidades/usu\\_doc/03-2018\\_cargos.pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/transparencia-entidades/usu_doc/03-2018_cargos.pdf). Acesso em: 25 out. 2022.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão. Totais por cargo e secretaria: Administração Direta. 2020. Disponível em: <https://transparencia.portoalegre.rs.gov.br/sites/default/files/usudoc/uploads/smpg/2021/03/totais-cargo-adm-direta-dezembro/2020/totaisporcargoad-202012.pdf>. Acesso em: 25 out. 2022.


PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Administração e Patrimônio. Totais por cargo e secretaria - Administração Direta. Maio, 2022a. Disponível em: <https://transparencia.portoalegre.rs.gov.br/sites/default/files/usudoc/uploads/smap/2022/07/totais-cargo-maio/2022/totaisporcargoad-202205.pdf>. Acesso em: 25 out. 2022.

PORTO ALEGRE (Município). Lei Complementar Nº 932, de 6 de janeiro de 2022b. Autoriza o município a manter trezentos e cinquenta e um empregos públicos de ACS da estratégia de saúde da família e oitenta e um empregos públicos de agentes de ACE do IMESF, transferindo-os para quadro celetista em extinção da Administração Direta. Disponível em: [https://dopaonlineupload.procempa.com.br/dopaonlineupload/4224\\_ce\\_347445\\_1.pdf](https://dopaonlineupload.procempa.com.br/dopaonlineupload/4224_ce_347445_1.pdf). Acesso em: 25 out. 2022.

PORTO ALEGRE (Município). Lei Complementar Nº 955, de 28 de setembro de 2022c. Reorganiza o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (CMS/POA) e revoga a Lei Complementar nº 277, de 20 de maio de 1992; a Lei Complementar nº 287, de 8 de janeiro de 1993; o art. 8º da Lei Complementar nº 395, de 26 de dezembro de 1996; e os arts. 2º e 3º da Lei Complementar nº 660, de 7 de dezembro de 2010. Disponível em: <https://legislacao.portoalegre.rs.gov.br/norma/44374>. Acesso em: 09 dez. 2022.

SANTOS, Vinícius Rafael V. A saúde na cidade de Salvador sob o regime liberal-informal e a inflexão ultraliberal do Governo Bolsonaro. In: ZIMMERMANN, Clovis Roberto; CRUZ, Danilo Uzêda (org.) Políticas sociais no governo Bolsonaro: entre descasos, retrocessos e desmontes. Buenos Aires: CLACSO; Salvador: Pinaúna, 2022. p. 351-379. Disponível em: <https://alacip.org/?p=43864>. Acesso em: 09 dez. 2022.

SOUZA, Wagner. Situação dos agentes comunitários de saúde no município do Rio de Janeiro. [Entrevista cedida a] Marcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini para a Pesquisa Desafios do Trabalho na Atenção Primária à Saúde na Perspectiva dos Trabalhadores. 2022.





### **Equipe da pesquisa**

Este Boletim é fruto do trabalho coletivo de pesquisa desenvolvido por uma equipe múltipla, interinstitucional, composta de pesquisadores de todos os municípios estudados. Conheça nossa equipe!

### **Coordenação da pesquisa**

Márcia Valéria Morosini (EPSJV/Fiocruz) e Marcia Teixeira (ENSP/Fiocruz)

### **Equipe de pesquisadores**

Angelica Ferreira Fonseca (EPSJV/Fiocruz)  
 Ana Clara Newlands (ISC/UFBA)  
 Anna Violeta Durão (EPSJV/Fiocruz)  
 Carla Cabral G. Carneiro (EPSJV/Fiocruz)  
 Carolina Santana Krieger (Comitê Democrático Popular em Defesa do SUS e Contra as Terceirizações/Porto Alegre e ABEFACO)  
 Celita Almeida Rosário (Rio de Janeiro)  
 Clarissa Alves Fernandes de Menezes (UNITINS)  
 Filipina Chinelli (EPSJV/Fiocruz)  
 Gustavo Rego Muller Dantas (Recife)  
 Ialê Falleiros Braga (EPSJV/Fiocruz)  
 Paulo Roberto B. de Souza Júnior (ICICT/Fiocruz)  
 Renata Reis (EPSJV/Fiocruz)  
 Renato Penha de Oliveira Santos (UFRB-CES/UC)  
 Tereza Cristina O. da Silva (Mestranda EPSJV/Fiocruz)  
 Tiana Brum de Jesus (Conselho Municipal de Saúde/Porto Alegre)

### **Equipe de disseminação**

Gregório Galvão de Albuquerque (EPSJV/Fiocruz) e Hugo Marins (EPSJV/Fiocruz)

### **Design da marca do projeto**

Lucas Cavalcanti

### **Diagramação do boletim**

Gregorio Albuquerque e Hugo Marins

### **Agradecimentos aos parceiros:**

Alexandre Telles (SINMED/RJ)  
 Lília Cordeiro (SINDSEPS- Salvador/BA)  
 Marco Schiavo (SindEnf RJ)  
 Rodrigo Alves Rodrigues (SMS-Salvador)  
 Wagner Souza (Sindacs-RJ)



Como citar: MOROSINI, Márcia Valéria; CARNEIRO, Carla Cabral; FONSECA, Angelica Ferreira; TEIXEIRA, Marcia; BRAGA, Ialê Falleiros; MENEZES, Clarissa Alves; KRIEGER, Carolina; SANTOS, Renato Penha; BRUM, Tiana; NEWLANDS, Ana Clara; CHINELLI, Filippina; DANTAS, Gustavo Rego; DURÃO, Anna Violeta; REIS, Renata; ROSARIO, Celita. 1º Boletim da Pesquisa “Desafios do Trabalho na Atenção Primária à Saúde na Perspectiva dos Trabalhadores”. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz. Dezembro, 2022. 15 p. Disponível em: \_\_\_\_\_



Este Boletim é produto da pesquisa Desafios do Trabalho na Atenção Primária à Saúde na Perspectiva dos Trabalhadores, promovida pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) e pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e recebe apoio da Vice-Presidência de Pesquisa e Coleções Biológicas/ Programa de Políticas Públicas e Modelos de Atenção e Gestão à Saúde - Fiocruz/VPPCB/ PMA.

