

**RECOMENDAÇÃO Nº 008, DE 26 DE ABRIL DE 2021.**

*Recomenda ações relativas à operacionalização da vacinação contra a Covid-19 e a importância da Atenção Primária à Saúde.*

O Presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pelo Regimento Interno do CNS e garantidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e

Considerando que a saúde é um direito estabelecido pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, proclamada pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 10 de dezembro de 1948 e garantido pela Constituição Federal de 1988;

Considerando que a Constituição Federal estabelece a participação social no planejamento das políticas públicas, sendo o planejamento ascendente na nossa estrutura federativa, ou seja, este não diz respeito a competência exclusiva do Presidente da República, como prevê o Art. 84 da Constituição Federal;

Considerando que a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe que o Conselho Nacional de Saúde é o órgão competente para estabelecer as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa;

Considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que, entre outras providências, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;

Considerando que o Capítulo III do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, estabelece que o processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde;

Considerando que o Decreto nº 10.531, de 26 de outubro de 2020, fere os dispositivos da Lei Complementar nº 141/2012, haja vista que o poder executivo federal não tem a competência de definir, unilateralmente, o planejamento do SUS, sendo este uma parte importante das atribuições das conferências de saúde;

Considerando que a vacinação é um direito de todas as pessoas, além de ser a melhor evidência para que seja conferida a proteção necessária com

possibilidades de alcançar a endemicidade ou a interrupção da circulação do SARS-coV-2 no território nacional;

Considerando a Resolução CNS nº 572, de 31 de janeiro de 2018, que cria e confere atribuições à Câmara Técnica de Atenção Básica (CTAB/CNS);

Considerando que a Resolução CNS nº 600, de 11 de outubro de 2018, que aprovou o posicionamento brasileiro para a *Global Conference on Primary Health Care*, Astana, 2018, prevê que a promoção do cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser determinada pelas necessidades de saúde das pessoas, pelas condições objetivas do território onde vivem e que as equipes de saúde devem ser estruturadas a partir destas necessidades;

Considerando as diretrizes e moções aprovadas na 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8ª), publicadas por meio da Resolução CNS nº 617, de 23 de agosto de 2019;

Considerando a Recomendação nº 035, de 23 de agosto de 2019, do CNS, que reafirma o SUS como modelo de sistema universal de saúde instituído pela Constituição Federal de 1988, em seus princípios e diretrizes garantidores da universalidade, integralidade e equidade do acesso às ações e serviços públicos de saúde, incluindo a gestão descentralizada, hierarquizada, regionalizada e com a participação da comunidade;

Considerando que a relevância da Atenção Primária à Saúde (APS) foi demonstrada através da Pesquisa Nacional de Saúde do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que constatou que, em 2019, 17,3 milhões (10,7%) de pessoas de 18 anos ou mais de idade procuraram algum serviço da APS nos seis meses anteriores à entrevista e que, entre elas, 69,9% eram mulheres, 53,8% não tinham ocupação e 64,7% tinham renda domiciliar per capita inferior a um salário mínimo;

Considerando que a Recomendação nº 056, de 26 de agosto de 2020, do CNS, reforça a defesa da Atenção Básica no SUS e a saúde como direito da população e dever do Estado, consagrados na Constituição Federal de 1988, cujas premissas orientam a atuação do Conselho Nacional de Saúde e de suas Comissões Intersetoriais, assim como a CTAB/CNS, criada pela Resolução CNS nº 572, de 31 de janeiro de 2018;

Considerando os parágrafos 1º e 2º do Art. 2º da Política Nacional de Atenção Básica, que afirma que a Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede de forma hierarquizada, e ainda que seja ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com as necessidades e regulada num processo a partir das demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde;

Considerando a Recomendação nº 059, de 03 de setembro de 2020, do CNS, que aponta para a necessidade de o Ministério da Saúde realizar

campanha junto à população sobre a importância da vacinação como uma intervenção preventiva capaz de reduzir a morbimortalidade de doenças imunopreveníveis;

Considerando que o CNS, por meio da Recomendação nº 067, de 03 de novembro de 2020, destacou a importância da adoção de medidas nacionais que garantam o acesso às vacinas, tendo em vista o avanço nas pesquisas relacionadas às vacinas contra a Covid-19 em todo o mundo, por meio da aquisição e incorporação ao Programa Nacional de Imunização de todos os produtos que tenham comprovação de eficácia e segurança e que possam atender a complexidade logística do território nacional, as condições para transporte e armazenamento de vacinas e as especificidades dos vários grupos populacionais;

Considerando a Recomendação nº 071, de 11 de dezembro de 2020, por meio da qual o CNS recomenda ao Exmo. Sr. Presidente da República a adoção de medidas corretivas urgentes que promovam a execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde com a celeridade requerida pela situação de emergência sanitária causada pela pandemia do Covid-19 no Brasil;

Considerando o documento “Modelo de valores do SAGE OMS para alocação e priorização de vacinação contra a Covid-19”, de 14 de setembro de 2020, que fornece orientações globais para alocação de vacinas contra a Covid-19 entre os países, e orientações nacionais de priorização de grupos para vacinação dentro dos países em caso de oferta limitada, articula o objetivo geral do desenvolvimento de vacinas contra a Covid-19 e estabelece seis princípios fundamentais, que devem orientar a alocação, e doze objetivos que especificam em mais detalhes esses seis princípios;

Considerando que estudos identificam determinadas condições ou comorbidades que elevam o risco para o desenvolvimento de formas graves da doença e para o óbito decorrente da Covid-19, tais como: idade superior a 60 anos; diabetes mellitus; doença pulmonar obstrutiva crônica; doença renal; doenças cardiovasculares e cerebrovasculares; hipertensão; indivíduos transplantados de órgãos sólidos; anemia falciforme; câncer; obesidade grave (IMC≥40);

Considerando que um plano nacional de imunização contra a Covid-19 deve ser estratégico, ou seja, deve contemplar todas as diretrizes, estratégias e ações de curto, médio e longo prazos para que a imunização atinja toda a população brasileira;

Considerando o “Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19”, 1ª edição, de 17 de dezembro de 2020, elaborado pelo Ministério da Saúde; e

Considerando as atribuições conferidas ao Presidente do Conselho Nacional de Saúde, pela Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008, Art. 13, Inciso VI, que lhe possibilita decidir, *ad referendum*, acerca de assuntos

emergenciais, quando houver impossibilidade de consulta ao Plenário, submetendo o seu ato à deliberação do Pleno em reunião subsequente.

## **Recomenda *ad referendum* do Pleno do Conselho Nacional de Saúde**

### **Ao Congresso Nacional**

A criação de uma agenda política do CNS com o Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) e o Congresso Nacional, com audiências e reuniões para operacionalizar o pleito da Campanha “Vacina para Todas e Todos Já”; e

### **Ao Poder Executivo Federal**

I - O fortalecimento da APS pública e abrangente no processo de imunização da população brasileira, tendo em vista a Recomendação nº 073/2020 do Conselho Nacional de Saúde, com ampliação do financiamento público das três esferas de governo para ações neste nível de atenção;

II - A ampliação do Plano de Operacionalização da Vacinação contra a COVID 19, contemplando a equidade em saúde das populações: negra urbana; rural e quilombolas; cigana; indígenas aldeados e não aldeados; em situação de rua; LGBTQIA+; privados de liberdade ou em situação prisional; do campo, das águas e das florestas; com deficiência; transplantadas; com comorbidades e patologias que necessitam de assistência permanente do SUS e com risco alto para a COVID 19;

III - Que não sejam retomadas as aulas presenciais durante a pandemia, mesmo que haja fomento dos empresários da educação, até que ocorra a realização de vacinação em massa, com planejamento adequado e medidas efetivas para que as escolas tenham melhores condições de receber os estudantes e os trabalhadores;

IV - A ampliação do investimento de recursos públicos em educação continuada para capacitação dos trabalhadores das Equipes de Atenção Primária, em articulação com as Escolas Técnicas do SUS e demais instituições públicas formadoras, com foco em imunização e no atendimento das demais necessidades identificadas pelos trabalhadores para o enfrentamento da pandemia da COVID 19;

V - A disponibilização de insumos e EPI em qualidade e quantidade adequadas a todas as equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde, bem

como a preparação e a utilização das salas de vacinas já existentes nas Unidades de Saúde para aumento da vacinação, vigilância em saúde e o fortalecimento da rede de cuidados nos territórios;

VI - A implementação de recursos financeiros necessários para a vacinação em domicílio, para rastreamento de novos casos de COVID 19 e acompanhamento da situação de saúde nos territórios, face aos agravos e riscos devido às condições precárias de acesso à saúde e a situação socioeconômica das populações das periferias e comunidades;

VII - A inclusão dos espaços das religiões de matrizes africanas e outras no planejamento das ações de vacinação extramuros por constituírem locais privilegiados de acesso à população dos territórios;

VIII - A integração das informações sobre a execução do PNI junto à Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS) para transparência das informações e responsabilidades sanitária do Ministério da Saúde no enfrentamento da pandemia da COVID 19;

IX - A proibição da mercantilização da vacinação contra a COVID 19 com oferta exclusiva e massiva da vacina gratuita para toda a população brasileira, através do SUS;

X - A disponibilização pública de dados atualizados acerca do cronograma de compra, da distribuição e do número de doses aplicadas da vacina, especificando primeira e segunda doses, além do percentual de vacinação;

XI - A recomposição da força de trabalho na APS, com fortalecimento das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), para ampliação das ações territorializadas de vacinação contra a COVID 19, com garantia de vínculo empregatício estável e direitos trabalhistas aos profissionais de saúde;

XII - A inclusão da população em situação de rua nos planos municipais de vacinação, enquanto público prioritário dentro de uma das três fases da vacinação contra a COVID 19; e

XIII - A disponibilização pública de todas os planos municipais de vacinação com ampla divulgação para toda a população.

FERNANDO ZASSO PIGATTO  
Presidente do Conselho Nacional de Saúde

## PARECER TÉCNICO Nº 019/2021

*Dispõe sobre a análise da operacionalização da vacinação contra a Covid-19 e a importância da Atenção Primária à Saúde para o controle da disseminação do vírus nos territórios.*

### DO PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA PREVENÇÃO DE DOENÇAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE

A Atenção Primária em Saúde (APS) é conhecida mundialmente como uma forma de organização dos cuidados em saúde, que leva em consideração determinantes e condicionantes do processo saúde-doença da população de cada território. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o cerne da estratégia da APS se divide em 3 componentes essenciais:

- 1. Garantir que as pessoas tenham acesso a serviços abrangentes de promoção, proteção, prevenção, cura, reabilitação e cuidados paliativos ao longo da vida, priorizando estrategicamente as principais funções do sistema voltadas para indivíduos, famílias e para a população em geral como elementos centrais da prestação de serviços integrados em todos os níveis de atenção;*
- 2. Agir de forma sistemática sobre os determinantes mais amplos de saúde (incluindo características e comportamentos sociais, econômicos, ambientais, bem como das pessoas), por meio de políticas públicas e ações baseadas em evidências em todos os setores;*
- 3. Empoderar indivíduos, famílias e comunidades para otimizar sua saúde, como defensores de políticas que promovam e protejam a saúde e o bem-estar, como co-desenvolvedores de serviços sociais e de saúde por meio de sua participação e como cuidadores de saúde de si mesmos e de outras pessoas. (<https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>. Acessado em 16/02/2021).*

Deste modo, a APS é fundamental para a consolidação dos princípios constitucionais acerca da saúde no Brasil, haja vista ser a rede de atenção que mais elementos agrega em torno da integralidade e universalidade do Sistema Único de Saúde. A Constituição Federal de 1988 também compreende o

conceito ampliado de saúde e a responsabilidade do Estado para com a garantia deste direito social fundamental.

*Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.*

*Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.*

*Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:*

*I - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;*

*II - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;*

*III - Participação da comunidade.*

Tal entendimento também foi ratificado pela Lei nº 8.080/1990, quando da criação do SUS.

*Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.*

*§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.*

*§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.*

**Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.**

**Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (grifo nosso).**

Como é possível constatar, a concepção dos determinantes e condicionantes de saúde no Brasil estão expressos em legislação que possui

caráter ordenador e norteador para a operacionalização das políticas de saúde no país. Logo, a omissão do Estado diante da sua responsabilidade estabelecida em lei, constitui grave infração legal, podendo ser imputada responsabilidade criminal ao gestor responsável.

No Brasil, ações incipientes da APS podem ser identificadas desde 1924, onde se focava prioritariamente na educação sanitária. Entretanto, a Atenção Primária à Saúde se consolida com a criação do Programa Saúde da Família, em 1994. A partir de então, houve uma reorganização do modelo assistencial, tendo-se a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora das demais redes de atenção à saúde. À época, as equipes eram multiprofissionais e compostas por uma enfermeira, um médico, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. No decorrer da sua história, a APS agregou outros profissionais como cirurgiões-dentistas, auxiliares de saúde bucal, técnicos de enfermagem e de higiene dental, agentes de combate a endemias, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, farmacêuticos, técnicos de laboratório, veterinários, educadores físicos, entre outros. A inserção de várias profissões e disciplinas na APS tinha o intuito de garantir a integralidade da assistência prevista na Constituição Federal de 1988.

A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), consolidou as diversas ações a serem realizadas nesse nível de atenção, bem como suas diretrizes. Entre elas:

*IV - Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das **ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão** necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais assim como um alto grau de articulação entre os profissionais é*



*essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências ampliando assim a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica; e (Grifo Nosso).*

É possível assim, observar o papel da APS no controle de doenças transmissíveis e não-transmissíveis, uma vez que esta rede atenção é responsável por grande parte das ações de promoção e prevenção em saúde. A vigilância em saúde é essencial para o estabelecimento das medidas de controle relacionadas à quebra da cadeia de transmissão de várias doenças e infecções. Uma dessas medidas é a imunização que também está no escopo de atividades desenvolvidas pela APS.

O Programa Nacional de Imunização (PNI), criado em 1973, após uma longa campanha para erradicação da varíola, já surgiu no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Mesmo antes da criação do SUS, era possível compreender a essencialidade da APS focalizada nos territórios para efetivar diversas medidas de controle de doenças. O PNI surgiu com um foco *campanhista*, no entanto, com a Reforma Sanitária e a criação do SUS, foi possível compreender que a imunização no país precisaria se dar de forma contínua e integrada na assistência à saúde da população. A vacinação sempre foi uma estratégia de assistência à saúde pautada nas características de cada coletividade, sendo obrigatória, para o sucesso das campanhas, a observação da diversidade de cada território. Isso só é possível quando existe uma rede de APS fortalecida, universal e com um processo de trabalho integral, intersetorial e equânime.

A execução de ações com base no Programa Nacional de Imunizações e a realização de ações preventivas, curativas e de promoção da saúde são prioritariamente exercidas no âmbito da Atenção Primária à Saúde que é o nível de atenção do SUS em que se pode potencialmente produzir práticas coletivas e em equipe multiprofissional para o cuidado em saúde territorializado, especialmente, em tempos de pandemia.

## DO DESFINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

Em que pese ser essencial para a consolidação do SUS e do direito à saúde previsto na Constituição Federal de 1988, a APS vem passando por franco desmonte nos últimos anos. As mudanças na Política Nacional de Atenção Básica, em 2017, e no seu financiamento, em 2019, trouxeram diversos e imensos prejuízos à população brasileira quanto à garantia constitucional da saúde. A fragilização da APS refletiu-se inevitavelmente no agravamento da crise sanitária do país, na pandemia de COVID 19.

A Portaria MS nº 2.436/2017 foi construída e editada com a finalidade de esvaziar a política de saúde para que esta pudesse se adequar às restrições impostas pela Emenda Constitucional nº 95/2016, que altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências para o exercício de 20 anos. A redução drástica dos investimentos em saúde e educação públicas fica claro em seus dispositivos:

*Art. 110. Na vigência do Novo Regime Fiscal, as aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde e em manutenção e desenvolvimento do ensino equivalerão:*

*I - No exercício de 2017, às aplicações mínimas calculadas nos termos do inciso I do § 2º do art. 198 e do **caput** do art. 212, da Constituição Federal; e*

*II - Nos exercícios posteriores, aos valores calculados para as aplicações mínimas do exercício imediatamente anterior, corrigidos na forma estabelecida pelo inciso II do § 1º do art. 107 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.*

*Art. 111. A partir do exercício financeiro de 2018, até o último exercício de vigência do Novo Regime Fiscal, a aprovação e a execução previstas nos §§ 9º e 11 do art. 166 da Constituição Federal corresponderão ao montante de execução obrigatória para o exercício de 2017, corrigido na forma estabelecida pelo inciso II do § 1º do art. 107 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.*

Devido à emenda constitucional que veda despesas com concursos públicos e contratação de pessoal para os setores da saúde, educação e assistência social, a PNAB 2017 impôs a desestruturação das Equipes de Saúde da Família, abrindo caminho para a habilitação de Equipes de Atenção Primária

que excluem trabalhadores de saúde essenciais, como os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Desde então, esses profissionais têm sido exonerados ou demitidos e Equipes de Saúde da Família têm sido desabilitadas ou fragilizadas com as demissões de seus componentes. Até 2019, perdas financeiras do setor saúde giravam em torno de 20 bilhões de reais, segundo o Conselho Nacional de Saúde. Grande parte deste desinvestimento se concretizou na APS.

Para agravar ainda mais a situação, no final de 2019, foi instituído um novo modelo de financiamento de custeio da saúde, por meio do Programa Previne Brasil. A Portaria MS nº 2.979/2019, que regulamenta o programa, impõe duras perdas nos repasses financeiros federais aos fundos municipais. Acaba com o Piso de Atenção Básica Fixo que tinha como indexador a base populacional de cada município e estabelece que, para ter acesso a qualquer financiamento federal, os gestores municipais têm que cumprir metas. No entanto, as metas estabelecidas pelo são praticamente inexecutáveis. Tal quadro aprofundou as iniquidades sociais nos territórios.

O MS alega que as transferências aos cofres municipais seriam automáticas. Entretanto, é possível observar que a própria Portaria estabelece metas para todas as formas de custeio e, no caso da capitação ponderada, que substitui o PAB Fixo, ainda limita o cadastramento por município.

*Art. 9º O financiamento federal de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS) será constituído por:*

*I - Capitação ponderada;*

*II - Pagamento por desempenho; e*

*III - Incentivo para ações estratégicas.*

*Parágrafo único. Os recursos de que trata o caput serão transferidos na modalidade fundo a fundo, de forma regular e automática, aos Municípios, ao Distrito Federal e aos Estados e repassados pelo Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde.*

*Seção II*

*Da Capitação Ponderada*

*Art. 10. 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.*

*Art. 11. Para fins de repasse do incentivo financeiro será considerada a população cadastrada na eSF e na eAP até o limite de cadastro por município ou Distrito Federal.*

*...*

*Do Pagamento por Desempenho*

*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.*

*§1º O valor do pagamento por desempenho será calculado a partir do cumprimento de meta para cada indicador por equipe e condicionado ao tipo de equipe.*

*§ 2º O incentivo financeiro do pagamento por desempenho repassado ao município ou Distrito Federal corresponde ao somatório dos resultados obtidos por equipe, nos termos do § 1º.*

*...*

*Incentivo para Ações Estratégicas*

*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.*

Diante dos imensos prejuízos trazidos pelas Portarias MS nº 2.436/0217 e nº 2.979/2019, o CNS emitiu as recomendações nº 051/2017 e nº 070/2019, respectivamente, pedindo a revogação destas legislações. É importante frisar que as alterações do Modelo de Financiamento da APS, em meio à pandemia de COVID 19, também tem sido foco de preocupação dos gestores municipais. O tema foi pauta da reunião do Conselho Político da Confederação Nacional de Municípios, em janeiro de 2021, e a conclusão foi que tal situação pode culminar com a fragilização do financiamento dos serviços e representa grande risco potencial de desfinanciamento e de incertezas aos novos gestores.

A partir de maio de 2021, há previsão de redução de recursos para os municípios devido aos efeitos da portaria nº 2979/2019 e uma programação

orçamentária insuficiente para 2021, que corresponde ao valor do piso de 2017 atualizado somente pela inflação, como indica estudo do Instituto de Direito Sanitário Aplicado (IDISA, 2021). O agravamento deste desfinanciamento se refere não somente ao sucateamento dos serviços de APS, mas às ainda profundas consequências e demandas geradas pela alta transmissibilidade do novo coronavírus e do ainda alto índice de desemprego e queda de renda para uma ampla massa de trabalhadores no país.

### **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA E OPERACIONALIZAÇÃO DA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19**

Segundo o Parecer Técnico nº 161/2020 da Câmara Técnica de Atenção Básica à Saúde do CNS:

*A Atenção Primária em Saúde (APS) tem sido secundarizada frente à pandemia do novo coronavírus. No Brasil, a APS é composta por uma rede de 47.725 Equipes de Saúde da Família (ESF), distribuídas em cerca de 42,8 mil Unidades Básicas de Saúde (UBS), distribuídas em todo o território nacional. A cobertura da APS no país alcança cerca de 65% da população brasileira, em especial, as parcelas com menor renda, que têm os maiores índices de cobertura. Estima-se que, considerando os níveis atuais de testagem da população brasileira, cerca de 85% dos casos suspeitos de Covid-19 apresentem manifestações clínicas leves e, portanto, com condições de serem identificadas, assistidas e tratadas nas Unidades Básicas de Saúde.*

Atualmente, o Brasil acumula dados assombrosos acerca da COVID 19. Em 20 de fevereiro de 2021, eram cerca de 10.084.208 casos confirmados e 244.737 vidas ceifadas. Esse quadro alarmante poderia ser diferente, caso o Governo Federal tivesse implementado medidas de fortalecimento da APS no país.

A pandemia de Covid-19 atinge o Brasil em uma conjuntura de crise econômica, social, sanitária e humanitária, instaurada antes da chegada da doença. No ano de 2019, ocorreu ampliação das desigualdades econômicas e sociais, aumento da concentração de renda no país e intensificação das precariedades resultantes das políticas de austeridade fiscal e, especificamente, no setor da Saúde, aprofundamento da focalização da atenção primária no SUS,

conforme destacou estudo “Crise e pandemia”, publicado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

Com o advento da pandemia, houve acelerado aprofundamento do processo de precarização da rede de atenção básica. A força de trabalho no setor foi reduzida radicalmente, em detrimento do aumento crescente do número de casos e mortes. Os esforços governamentais focalizaram apenas nos serviços hospitalares que possuem maior densidade e custo para manutenção. A preocupação principal dos gestores era quanto à compra de respiradores artificiais e de materiais e insumos hospitalares, bem como voltada para a montagem de hospitais de campanha. Ao mesmo tempo, não foram valorizadas medidas preventivas como a testagem em massa e a adoção de medidas sanitárias como distanciamento social, redução de aglomeração populacional e uso de máscaras.

No Brasil, o número de trabalhadores da saúde infectados por Covid-19 confirma a alta transmissibilidade do vírus e revela as precárias condições às quais estão submetidos os profissionais que atuam na linha de frente do combate à pandemia. Desde o seu início, já foram notificados mais de 1,8 milhão de casos de síndrome gripal suspeitos de Covid-19 em trabalhadores da Saúde no e-SUS Notifica, com mais de 442 mil casos confirmados. As categorias profissionais que apresentam os maiores registros de casos confirmados de síndrome gripal por Covid-19 são, segundo o Boletim epidemiológico especial publicado pelo Ministério da Saúde: técnicos e auxiliares de enfermagem; enfermeiros; médicos e agentes comunitários de saúde (22.599).

Em 2020, houve intensa queda no número de atendimentos aos usuários do SUS, portadores de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), para o controle dessas morbidades. Segundo estudo apresentado no 46º Congresso Argentino de Cardiologia, realizado em Buenos Aires, em novembro de 2020, o isolamento social na pandemia retirou esses pacientes das Unidades Básicas de Saúde e provocou o aumento dos atendimentos de hipertensos em situação de urgência nos prontos-socorros, devido a complicações cardiovasculares. O estresse, o contato pessoal limitado, as dificuldades financeiras ou familiares, as mudanças comportamentais com ingestão de alimentos gordurosos e álcool, os

estilos de vida sedentários e o ganho de peso podem contribuir para o aumento de complicações cardiovasculares e óbitos por essas causas.

Por outro lado, diabéticos e hipertensos fazem parte dos principais grupos de risco para desenvolvimento da COVID 19. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde feita pelo IBGE, em 2019, o Brasil contava com mais de 38 milhões de hipertensos e mais de 12 milhões de diabéticos. Com a extinção dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, em 2020, diversos serviços com foco na prevenção e promoção de saúde territorializados foram suspensos, agravando ainda mais o acompanhamento dos usuários quanto às DCNT. A partir desses dados, é possível compreender que se a APS estivesse fortalecida, mortes por Covid-19 e complicações por outras doenças poderiam ter sido evitadas. O investimento robusto e adequado na APS fortalece a realização das ações de vigilância em saúde e assistência junto aos grupos prioritários, rastreamento de contatos e produção de informação territorial em saúde, entre outros processos que contribuem para o acolhimento e cuidados aos usuários do SUS.

No entanto, com o desfinanciamento do SUS promovido pela EC95 e as diversas portarias ministeriais que alteraram o financiamento da APS por terem estreita relação com o avanço das políticas de austeridade fiscal e cortes do orçamento da seguridade social, houve redução do número de ACS e de ESF. Nos primeiros meses da pandemia, a assistência à saúde e as visitas domiciliares também ficaram comprometidas pela insuficiência de EPI. Com isso, houve prejuízo das ações da vigilância em saúde que prevalentemente se dão por meio da busca ativa de casos em domicílios e em outros espaços das coletividades. Conseqüentemente, o acompanhamento de casos da Covid-19 nos territórios ficou bastante prejudicado.

As medidas de controle para a quebra da cadeia de transmissão de diversas doenças permeiam as atividades da vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária que estão intrinsecamente ligadas à rede de atenção primária à saúde. A busca ativa desenvolvida pelas equipes de saúde da família, também é extremamente importante para ações de prevenção de cânceres, como os de mama, útero e próstata, e também para reduzir óbitos materno-infantis devido a complicações durante a gestação e pós-parto. Assim, é preciso

compreender que, durante a pandemia da Covid-19, os demais problemas de saúde não desapareceram. Caso não haja continuidade da assistência às pessoas com demais patologias, os agravos à saúde irão disputar com a COVID 19 as mesmas vagas nos leitos de UTI e enfermarias de hospitais e UPA.

A operacionalização da vacinação contra a COVID 19 se dá no contexto social e de saúde relatado. Em dezembro de 2020, o Supremo Tribunal Federal obrigou o Ministério da Saúde a apresentar um Plano Nacional de Imunização a fim de minimizar o impacto da pandemia e reduzir as mortes pela doença no país. O MS lançou um documento permeado de problemas e com menção a diversos pesquisadores renomados que alegaram nunca ter visto a versão final do plano. Diante da celeuma, o Governo apresentou uma atualização do Plano em janeiro de 2021. Em 17 de janeiro, a campanha teve início em São Paulo, com a vacinação da enfermeira Mônica Calazans com o imunobiológico Coronavac, produto da parceria entre o Instituto Butantan e o laboratório chinês Sinovac-Biotech.

O Governo Federal se omitiu no cumprimento do seu papel de coordenador da Campanha Nacional de Vacinação. O início da imunização contra a COVID-19, se deu com apenas 6 milhões de doses da Coronavac, suficiente para vacinar apenas 2,8 milhões de pessoas. Só os 5,9 milhões de profissionais da saúde precisariam de quase 12 milhões de doses. Dessa forma, coube aos estados e municípios administrar uma campanha vacinal com doses insuficientes para o público-alvo, conforme noticiou fartamente a imprensa nacional.

O resultado de todos esses problemas foi a depreciação do PNI pelo próprio Governo Federal, que também passou a impor barreiras para a compra dos imunobiológicos para o setor público e a estimular o setor privado a adquirir vacinas para comercialização ou para vacinar os trabalhadores de suas empresas, com isto alavancando o processo de mercantilização e privatização da saúde. Lembramos que, em 2017, quando da alteração da PNAB, a narrativa do Governo Federal era que o SUS tinha de ser para os que não poderiam pagar pelos serviços de saúde. O ministro da saúde, à época, e atual líder do Governo na Câmara dos Deputados, Ricardo Barros, era ferrenho defensor da cobertura



universal e do aprofundamento da privatização do SUS, em contraposição à universalidade do sistema.

A fragilidade nas relações internacionais entre Brasil e China quase comprometeram o acesso aos insumos farmacêuticos ativos (IFA) tão necessários à produção interna de vacinas pelo Instituto Butantan e pela Fiocruz. Atualmente, apenas as vacinas produzidas nessas duas instituições têm registro da ANVISA para uso emergencial. Em janeiro, diante da omissão do Governo Federal ante à caótica crise sanitária causada pela pandemia da COVID 19, o Supremo Tribunal Federal autorizou os gestores estaduais e municipais a tomarem medidas mais assertivas para o controle da doença. A compra de vacinas seria uma dessas medidas. Dessa forma, o governo claramente abriu mão da coordenação da campanha de vacinação em todo o território nacional, medida essa que, historicamente, sempre foi dirigida pelo Programa Nacional de Imunização.

Na semana de 14 a 20 de fevereiro de 2021, diversos estados foram obrigados a suspender a imunização contra a COVID 19, devido à falta de vacinas e à época se observava a tendência dessa medida se alastrar pelo país. É flagrante a falta de planejamento por parte do Ministério da Saúde para aquisição de doses de vacinas necessárias à vacinação da população brasileira.

Assim sendo, é fundamental que o governo federal providencie com urgência insumos para a fabricação de vacinas contra a COVID 19, de forma a garantir o acesso universal ao imunizante e não medir esforços para que, ao longo do ano corrente, todos os grupos possam ser vacinados. Este processo é fundamental para que haja continuidade da etapa atual e início das próximas, de forma a evitar a perda da primeira dose por falta de vacinas para a segunda.

É fundamental também que o Ministério da Saúde especifique critérios de prioridade e inclua nos grupos prioritários com escalonamento detalhado, os trabalhadores da limpeza das unidades de saúde, bancários, motoristas de transportes coletivos, entregadores e profissionais envolvidos no processo de sepultamento de corpos, por estarem diretamente ligados aos serviços essenciais e estarem se expondo diariamente ao coronavírus, desde o início da pandemia.

Em nota emitida à imprensa, em 27 de janeiro de 2021, o governo federal se posicionou favoravelmente à comercialização da vacina e à sua aquisição por empresas privadas, indo na contramão de diversos países do mundo que organizaram a universalização do acesso à vacinação via sistemas públicos de saúde, com vistas a facilitar o monitoramento da cobertura vacinal. A mercantilização da vacina e a sua venda, em detrimento do acesso universal pelos serviços públicos de saúde, é mais uma ação de restrição de direito à saúde, produzido pelo avanço dos interesses empresariais e privatistas sobre o SUS.

## CONCLUSÃO

Diante do exposto, é possível concluir que o enfrentamento da pandemia da COVID 19, bem como da atual crise sanitária vivenciada no país, perpassa necessariamente pelo fortalecimento da Atenção Primária à Saúde. A revogação da EC95/2016 e da Portaria MS nº 2.979/2019 é vital para reorganização orçamentária no âmbito da saúde pública. Também é necessário adotar, de uma vez por todas, o protagonismo da APS, no planejamento e na operacionalização da campanha de vacinação contra a Covid-19. Assim, a Câmara Técnica de Atenção Básica, através de seus membros, sugere que a mesa diretora do CNS encaminhe recomendação *ad referendum* solicitando:

- O fortalecimento da APS pública e abrangente no processo de imunização da população brasileira, tendo em vista a recomendação nº 073/2020, do Conselho Nacional de Saúde, com ampliação do financiamento público das três esferas de governo para ações neste nível de atenção;

- A criação de uma agenda política do CNS com o Conselho Nacional do Ministério Público e o Congresso Nacional, com audiências e reuniões para operacionalizar o pleito da Campanha “Vacina para Todas e Todos Já”;

- A ampliação do Plano de Operacionalização da Vacinação contra a COVID 19, contemplando a equidade em saúde das populações: negra urbana; rural e quilombolas; cigana; indígenas aldeados e não aldeados; em situação de rua; LGBTQIA+; pessoas privadas de liberdade ou em situação prisional; do

campo, das águas e das florestas; com deficiência; transplantadas; com comorbidades e patologias que necessitam de assistência permanente do SUS e com risco alto para a COVID 19;

- Que não sejam retomadas as aulas presenciais durante a pandemia, mesmo que haja fomento dos empresários da educação, até que ocorra a realização de vacinação em massa, com planejamento adequado e medidas efetivas para que as escolas tenham melhores condições de receber os estudantes e os trabalhadores;

- A ampliação do investimento de recursos públicos em educação continuada para capacitação dos trabalhadores das Equipes de Atenção Primária, em articulação com as Escolas Técnicas do SUS e demais instituições públicas formadoras, com foco em imunização e no atendimento das demais necessidades identificadas pelos trabalhadores para o enfrentamento da pandemia da COVID 19;

- A disponibilização de insumos e EPI em qualidade e quantidade adequadas a todas as equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde, bem como a preparação e a utilização das salas de vacinas já existentes nas Unidades de Saúde para aumento da vacinação, vigilância em saúde e o fortalecimento da rede de cuidados nos territórios;

- A implementação de recursos financeiros necessários para a vacinação em domicílio, para rastreamento de novos casos de COVID 19 e acompanhamento da situação de saúde nos territórios, face aos agravos e riscos devido às condições precárias de acesso à saúde e a situação socioeconômica das populações das periferias e comunidades.

- A inclusão dos espaços das religiões de matrizes africanas e outras no planejamento das ações de vacinação extramuros por constituírem locais privilegiados de acesso à população dos territórios;

- A integração das informações sobre a execução do PNI junto à Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS) para transparência das informações e responsabilidades sanitária do Ministério da Saúde no enfrentamento da pandemia da COVID 19;

- A proibição da mercantilização da vacinação contra a COVID 19 com oferta exclusiva e massiva da vacina gratuita para toda a população brasileira, através do SUS;

- A disponibilização pública de dados atualizados acerca do cronograma de compra, da distribuição e do número de doses aplicadas da vacina, especificando primeira e segunda doses, além do percentual de vacinação;

- A recomposição da força de trabalho na APS, com fortalecimento das equipes da ESF e do NASF, para ampliação das ações territorializadas de vacinação contra a COVID 19, com garantia de vínculo empregatício estável e direitos trabalhistas aos profissionais de saúde;

- A inclusão da população em situação de rua nos planos municipais de vacinação, enquanto público prioritário dentro de uma das três fases da vacinação contra a COVID 19; e

- A disponibilização pública de todos os planos municipais de vacinação com ampla divulgação para toda a população.

Somente assim, poderemos ter certeza de que, no enfrentamento da pandemia da COVID 19, a população brasileira terá garantia do direito à saúde, conforme reza a nossa Carta Magna, direito esse materializado pelo SUS público, universal e gratuito.

CÂMARA TÉCNICA DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE - CNS  
Brasília, 22 de fevereiro de 2021.