

<https://doi.org/10.51234/aben.20.e03.c02>

A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PÓS-PANDEMIA E A PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Inês Leoneza de Souza^I

ORCID: 0000-0001-8280-3306

Sonia Acioli de Oliveira^{II}

ORCID: 0000-0002-0772-8235

Ricardo de Mattos Russo Rafael^{III}

ORCID: 0000-0003-1315-4271

Paulo Henrique de Almeida Rodrigues^{IV}

ORCID: 0000-0002-3159-6711

^IUniversidade Federal do Rio de Janeiro, Campus Macaé (UFRJ-Macaé), Macaé, Rio de Janeiro, Brasil.

^{II,III}Membros do Departamento Científico de Enfermagem na Atenção Básica- ABEn seção RJ.

^{II,III,IV}Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Autor Correspondente:

Inês Leoneza de Souza
E-mail: ines.leoneza@gmail.com



Como citar:

Souza IL, Acioli S, Rafael RMR, Rodrigues PHA. A atenção primária à saúde na pós-pandemia e a prática dos profissionais de enfermagem. In: Teodósio SSS, Leandro SS (Orgs.). Enfermagem na atenção básica no contexto da COVID-19. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn, 2020. p. 11-17. (Série Enfermagem e Pandemias, 3). <https://doi.org/10.51234/aben.20.e03.c02>

INTRODUÇÃO

Entendemos como desafio propor uma abordagem sobre a organização da Atenção Primária à Saúde (APS) e as práticas que envolvem os profissionais de enfermagem, especialmente no Rio de Janeiro, numa conjuntura política, social e econômica, frente à pandemia da Covid-19.

Falar da APS, regida atualmente pela portaria MS 2539/2019⁽¹⁾, para compreender o nível de complexidade de assistência, que abrange a promoção, a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a redução de danos em sua origem, implica dar ênfase à manutenção da saúde numa perspectiva de atenção integral à saúde. Desenvolver uma atenção integral tem sido uma tarefa difícil e transformou-se em um problema tanto para os estados como para os municípios no acompanhamento das atividades de vigilância em saúde, das pessoas e grupos sociais.

Dentro do setor de saúde brasileiro, em especial do Sistema Único de Saúde (SUS), apresentar a APS como o contato preferencial – e necessariamente como a principal porta de entrada – exige que se considere o trabalho multiprofissional da equipe de saúde. Do mesmo modo, pautar os processos de trabalho nesse nível de atenção, assim como disponibilizar e promover uma agenda de atividades voltadas para atender às demandas dos usuários e de suas famílias prioritariamente, no território adstrito, é dar ênfase ao trabalho da Enfermagem na perspectiva de sua competência profissional e origem de formação.

A Enfermagem brasileira, em plena crise sanitária advinda da pandemia de COVID-19, tem demonstrado seu compromisso com a vida dos indivíduos e famílias, grupos e comunidades que cuida em articulação com as equipes de saúde. As universidades têm um papel decisivo na garantia da qualidade do cuidado por meio da formação profissional. A prática da enfermagem na APS no Brasil depende de políticas de fortalecimento da saúde como direito e da regulamentação profissional⁽²⁾.



A Enfermagem hoje constitui a maior força de trabalho em saúde, tendo atualmente um total de 2.305.946 profissionais entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem no Brasil e 288.271 no Rio de Janeiro, conforme dados do Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) de maio de 2020. No entanto, ainda vivemos carência na quantidade de profissionais por região e qualificação adequada para garantir o acesso de todos os brasileiros a um cuidado de qualidade nos serviços de saúde, como também um contingente que atenda às necessidades das atenções primária, secundária e terciária.

O atual cenário político e econômico em que ocorre a pandemia da Covid-19 revela falta de comprometimento com o fortalecimento das políticas públicas, em especial na APS. Um verdadeiro descaso com a causa e a coisa pública neste cenário de pandemia. Entendemos que o enfrentamento à pandemia pressupõe refletirmos sobre a organização da APS e o papel dos profissionais de saúde nessa organização. Desse modo, vamos debater, neste capítulo, a pandemia da Covid-19 a partir de sua contextualização política, social e econômica, buscando pensar de forma articulada os problemas sociais e de saúde para o fortalecimento das práticas dos profissionais de enfermagem.

A CONJUNTURA POLÍTICA, SOCIAL E ECONÔMICA E A PANDEMIA DA COVID-19

Difícilmente, poderia haver um momento pior para pensar a implantação de mudanças nas práticas de enfermagem na APS brasileira. O SUS, além de sofrer com um longo processo de desmonte da capacidade do Estado de gerir e operar os serviços públicos de saúde, ainda tem arcado com o esforço principal do combate à pandemia de Covid-19, numa situação extremamente crítica. Nunca o Ministério da Saúde, a principal autoridade sanitária do país, esteve tão enfraquecido e sem rumo quanto no governo atual. Desde o golpe parlamentar de 2016, medidas tomadas pelos governos Michel Temer e Jair Bolsonaro contribuíram para agravar o quadro crônico de subfinanciamento do SUS, principalmente o congelamento das despesas primárias do governo determinado pela Emenda Constitucional nº 95 (EC 95), de dezembro de 2016⁽³⁾. Outras medidas dos mesmos governos vêm desestabilizando as condições de funcionamento da APS, piorando, por consequência, o ambiente para a valorização do perfil profissional e das práticas da enfermagem neste nível de atenção. Abordamos, em linhas gerais, alguns desses elementos que conformam um quadro político e institucional desfavorável para os profissionais de saúde em geral e, especificamente, para os profissionais de enfermagem.

A valorização do perfil profissional e das práticas de enfermagem depende da existência de condições que favoreçam uma gestão adequada e continuada de recursos humanos no SUS, em geral, e da enfermagem, em particular. Desde o regime militar, entretanto, vêm sendo minadas as condições necessárias para a gestão dos serviços públicos, principalmente os de caráter social, assim como para que estes pudessem contar com os recursos humanos adequados. O decreto-lei 200 (DL 200), de 1967, inverteu uma tendência de décadas de fortalecimento do serviço público civil, dando prioridade à contratação de serviços privados, inclusive na área da saúde. O mesmo decreto-lei enfraqueceu o regime estatutário na administração pública, permitindo que a administração pública indireta contratasse pessoal pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), ao invés de servidores públicos concursados, com carreira e estabilidade. Sete anos depois, a lei nº 6.185/1974 generalizou a possibilidade de contratação de empregados pelo regime celetista no serviço público⁽⁴⁾.

Paralelamente à criação do direito à saúde e à criação do SUS, a Constituição Federal de 1988 criou o Regime Jurídico Único na tentativa de fortalecer o regime estatutário no Estado Brasileiro, o que poderia redundar num quadro positivo para a gestão dos recursos humanos na saúde. Diversas medidas contrárias, de cunho neoliberal, foram sendo tomadas, entretanto resultaram numa reversão completa da intenção do texto constitucional. A Reforma Administrativa do Estado dos anos 1990 subverteu toda a lógica, considerando que as áreas sociais, como saúde, educação, assistência social, entre outras, não eram funções essenciais de Estado, podendo ser sua execução contratada do setor privado, retornando às formulações do DL 200, do período militar. Logo após, a Lei de Responsabilidade Fiscal de 1998 (lei complementar nº 101/2000) estabeleceu o teto

de gastos com pessoal de 50% das receitas públicas correntes para a União e 60% para estados e municípios. Como as funções sociais dependem de um grande número de profissionais especializados, isso abriu a porta para uma imensa terceirização dos serviços de saúde, que passaram a ser executados por entidades privadas diversas. Além das atividades operacionais de promoção, prevenção e recuperação da saúde, as atividades de gestão do SUS foram profundamente enfraquecidas pelas medidas neoliberais.

O resultado deste processo de longo prazo é o prevailecimento de um quadro profundamente desfavorável ao exercício pleno pelo Estado de sua capacidade de gerir e operar o SUS. Há uma grande instabilidade no exercício da função pública pelos profissionais de gestão e de operação dos serviços de saúde, que não contam com vínculos estáveis de trabalho, mudando constantemente de emprego e empregador. Tal situação não contribui para o desenvolvimento de experiência prática nem de gestão nem de operação dos serviços. Os profissionais estão sendo constantemente contratados, demitidos, recontratados, o que obriga a um ciclo constante e irracional, além de gerar reiterados treinamentos de pessoal. Como pensar a sério numa valorização da profissão de enfermagem num quadro como acabamos de descrever?

A nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2017 (portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017), constituiu um primeiro fator de instabilidade para a APS no período posterior ao golpe de 2016. A nova PNAB ampliou a flexibilidade da jornada de trabalho dos profissionais de Saúde da Família, principal estratégia de reorganização da APS no Brasil, enfraquecendo a lógica do trabalho em equipe. A PNAB/2017 também criou incentivos indiretos para o fortalecimento da atenção primária tradicional, baseada na atenção da demanda espontânea e não na promoção, prevenção e controle da saúde, com base no conhecimento do território de adscrição da clientela e da participação comunitária.

Antes mesmo de assumir o governo, o atual presidente criou um conflito com a presença dos médicos cubanos que vinham atuando na Saúde da Família nas populações mais distantes e carentes do país. Esta atitude provocou a saída desses profissionais, o enfraquecimento das equipes de APS onde atuavam, o que resultou em enorme retrocesso nas condições sanitárias dessas populações. O Programa Mais Médicos (lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013), que dera um passo adiante para a regulação da profissão médica, via residência, e criara as condições para o provimento de profissionais médicos junto a essas populações, foi substituído pelo Programa Médicos pelo Brasil (lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019), o qual abandonou os elementos de regulação da profissão e não criou incentivos suficientes para recolocar esses profissionais nas áreas mais distantes e carentes.

A forma de transferência de recursos federais para a APS foi modificada profundamente em 2019, reduzindo drasticamente o financiamento federal nos municípios de maior porte e demais municípios que integram as áreas metropolitanas, além de ter imposto exigências impossíveis de serem cumpridas em relação à ampliação da população cadastrada na Saúde da Família nesses municípios. Todos esses problemas recentes na APS vêm tendo forte reflexo negativo sobre a capacidade de os municípios organizarem esses serviços, aumentando as dificuldades de gestão dos recursos humanos das equipes de APS, inclusive dos profissionais de enfermagem.

Para culminar esse quadro amplamente desfavorável, a emergência da pandemia de Covid-19 tem sido constantemente negada pelo presidente da República, o que praticamente anulou a capacidade de o Ministério da Saúde assumir sua função de principal autoridade sanitária do país e impediu que o governo tomasse medidas econômicas à altura dos problemas colocados pela doença. Do ponto de vista administrativo, o Ministério da Saúde sofreu duas trocas do titular da pasta, estando sob a tutela de um ministro interino militar, sem formação e experiência na área da saúde, uma situação inédita que não aconteceu nem durante o regime militar (1964 a 1985). A incapacidade administrativa do atual Ministério revela-se no fato de que só conseguiu gastar 29,3% de recursos para combater a Covid-19, segundo matéria publicada pelo jornal Estado de Minas, em 29/06/2020.

Ao invés de assumir o papel de coordenação e liderança na organização e sistematização das informações epidemiológicas, o Ministério tentou esconder dados. Ao invés de liderar a compra e a distribuição dos

insumos necessários para combater a doença – testes, equipamentos de proteção individual, respiradores, entre outros –, o Ministério abriu mão desse papel. Como consequência, o Brasil figura entre os países que menos realiza testes diagnósticos⁽⁵⁾ e, também, menos protege seus cidadãos e profissionais de saúde.

O descaso e a inépcia das autoridades federais estão entre as principais causas do virtual colapso da capacidade de atendimento do SUS em importantes centros urbanos e diversos estados do país, cujas secretarias de saúde tiveram que lidar com o problema cada uma por si, literalmente. Neste quadro, foram os profissionais de enfermagem os mais expostos e sacrificados no combate à pandemia. Como o fim da pandemia ainda é imprevisível e a situação no país vem se mantendo especialmente grave, tanto em número de casos, como de mortos, a ausência de coordenação das ações pelo Ministério da Saúde continua e coloca o SUS, como um todo, sob situação de estresse, com efeitos negativos também sobre a APS, que é, no momento, o nível de atenção que menos tem tido atenção das autoridades.

A ORGANIZAÇÃO DA APS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO E SUA EXPRESSÃO NA PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA PANDEMIA

De características incertas, a pandemia de Covid-19 trouxe à tona a necessidade de distanciamento social como um dos poucos métodos capazes de reduzir o contágio da doença e, com isso, enfrentá-la de modo mais eficaz. A ausência de imunobiológicos e medicamentos capazes de controlar uma doença respiratória de elevada infectividade parou o mundo, quer seja como estratégia de redução de novas infecções, quer seja tornando as pessoas paralisadas por assistir o colapso dos sistemas de saúde de países europeus. O mundo realmente parou.

No Brasil, não houve grandes diferenças nas graves expectativas para o adoecimento populacional, exceto por uma política do Governo Federal – especialmente, mas não exclusivamente – de construir narrativas que feriram de morte a organização do sistema de isolamento ao longo do período pandêmico. Aliada a questões de ordem biológica e de características do próprio agente patogênico, a guerra discursiva produzida por um diminuto e barulhento grupo político tratou de acentuar o adoecimento, ampliando, sobretudo, as iniquidades sociais já experimentadas pela sociedade brasileira. Estudo recente demonstra, por exemplo, a influência da renda *per capita* populacional na capacidade de testagem no município do Rio de Janeiro, corroborando para investigações sobre outras doenças infecciosas⁽⁶⁾. Neste sentido, o *status* social passou a modular a possibilidade de acessar os serviços de saúde e, conseqüentemente, a possibilidade de viver das pessoas.

Enquanto uma camada social passou pela pandemia conservando seu direito ao trabalho remoto, ao distanciamento social e acessando serviços de saúde que incluíam consultas aos leitos de terapia intensiva, outro grupo, a partir das abismais diferenças sociais, precisava enfrentar filas nos transportes públicos e ter empregos ruindo pela própria necessidade de se distanciar. As filas por leitos de terapia intensiva e por respiradores, equipamentos muito utilizados no tratamento desta doença, passou a se acentuar em muitos lugares do Brasil, inclusive nas capitais. E, por mais que tenham atingido o setor hospitalar privado, parece fundamental compreender que a coisa pública sofreu antes, mais e de modo diferente, por questões de desfinanciamento.

Se a ampliação de leitos e de acesso aos exames são temáticas urgentes, a retomada dos investimentos no SUS parece ser igualmente imprescindível. Não há como produzir respostas a uma crise sanitária de grandes proporções como a experimentada pela Covid-19 sem enfrentar o problema do (des)financiamento do sistema como uma questão central. Dito isso, é importante considerar que desde a sua criação, na década de 90, não houve, de fato, uma Política de Estado que produzisse financiamento capaz de atender às necessidades de saúde da população.

Ao contrário, o que se viu ao longo dos anos foi uma redução sistemática na transferência de recursos aos municípios, produzindo uma perversa culpabilização das mazelas de acesso aos municípios, aspecto que foi agravado pela edição da Emenda Constitucional 95 e do Teto dos Gastos, em 2016, já citados anteriormente.

Com a fixação orçamentária por 20 anos, o que se observa, sob o discurso liberal, é a ideia de redução das responsabilidades do Estado sobre as necessidades dos cidadãos, ainda que contraditoriamente este mesmo Estado priorize investimentos no setor privado da saúde por meio de políticas que fomentam novos seguros. Exemplo disso foi o debate sobre a criação de seguros populares de saúde na Era Temer, entre os anos de 2016 e 2018.

Outro exemplo foi a desconstrução da Política Nacional de Atenção Básica ao longo dos anos. Enquanto de 1994 a 2012 um conjunto de dispositivos avançavam na concepção de uma APS abrangente e capaz de estimular a produção de saúde com base territorial, inclusive sob a égide do trabalho multiprofissional de saúde, a partir de 2017, o que se vê é a fragmentação destas atividades e a retomada de um atenção médico-centrada. Um exemplo deste fragmento histórico foi o percurso do município do Rio de Janeiro.

A expressiva expansão da Atenção Primária à Saúde carioca entre os anos de 2009 e 2015⁽⁷⁾ trouxe o município do Rio de Janeiro para o centro do debate nacional, produzindo uma espécie de vitrine sobre a dinâmica ideal a ser construída na Rede de Atenção à Saúde. Não à toa outros municípios do Estado copiaram este modelo, que serviu, inclusive, de debate para a atualização do regimento da APS no Departamento do Ministério da Saúde. O crescimento das contratações profissionais, inclusive de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, também foi aspecto positivo. Entretanto, o modelo trouxe efeitos deletérios ao processo, como no caso da incorporação de um sistema de contratação e gestão de recursos públicos por Organizações Sociais de Saúde (OSS). No limite, o que se viu neste aspecto foi a transferência de responsabilidades da gestão municipal para representações no grande estilo empresarial. O epíteto da transferência de responsabilidades foi a passagem, ao menos em parte, da produção de dados nos sistemas de informações para estas organizações, ou seja, uma espécie de transferência da produção de informações que auxiliam a programação de políticas públicas.

Outro aspecto que parece “problemático” foi o sistema de pagamentos por resultados implementados na ocasião. Se, de um lado, este sistema tem boas características em diversos sistemas de saúde do mundo, estimula a organização dos serviços para o alcance de resultados e desfechos positivos, por outro, ao menos na experiência carioca, a adoção de uma gestão baseada em indicadores de processo parece ter produzido problemas. Exemplo material desta reflexão é o conjunto de indicadores praticados na época, que se voltavam ao número de exames, de consultas e visitas, e não necessariamente ao alcance de resultados. Deste modo, para esta estratégia importava menos se a incidência de câncer do colo do útero estava aumentando no território e mais o número de preventivos executados.

O que se quer refletir com isto é a mudança da lógica abrangente para a incorporação de aspectos liberais e produtivistas nas práticas profissionais, mesmo que sob o discurso de uma “APS forte e abrangente”. Este conjunto de ações facilitou ainda mais o desmonte deste ponto da rede de atenção. Seguindo a linha de raciocínio da Cobertura Universal em detrimento ao Acesso Universal à saúde, a gestão municipal para o período de 2017 a 2020 provocou uma importante redução dos equipamentos de saúde, tudo isso sob a chancela da Nova Política Nacional de Atenção Básica de 2017. Por meio de um malabarismo no cálculo de cobertura, unidades que contavam com cinco equipes poderiam passar a desempenhar suas ações com menos equipes. Nessa toada, as barreiras de acesso aos serviços, que sempre foram consideradas como um importante problema para o desenvolvimento de ações de saúde, passaram a ser naturalizadas na região.

E foi justamente neste complexo cenário que o Rio de Janeiro precisou enfrentar a pior crise sanitária do último século. Deste modo, além da redução de capilaridade da rede de atenção nos últimos anos, dos atrasos salariais recorrentes e da desterritorialização da Atenção Primária, também precisou ser potente na atenção e escuta de pessoas que viviam a morte e a iniquidade sempre ao lado de casa. Por fim, pensar na reorganização da Atenção Primária no período pós-pandêmico parece passar pela compreensão da saúde como direito universal. Do mesmo modo, tal reestruturação deve contemplar a retomada de princípios basilares, como a integralidade do cuidado, a redução de iniquidades seculares aos povos e a participação da sociedade na gestão dos serviços – sempre no limite da exaustão!

REFLEXOS DA PANDEMIA NA REORGANIZAÇÃO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM NA APS

No Brasil, chegamos ao inacreditável número de mais de 1 milhão de pessoas infectadas pelo vírus e mais de 50 mil mortes e, segundo dados do COFEn, de 06/07/2020, temos 23.147 casos reportados e 239 óbitos apenas de profissionais de enfermagem no Brasil. São profissionais de saúde que adoeceram e morreram na linha de frente. São números que poderiam ter sido evitados.

O que observamos é a vida ser subordinada ao lucro. Ameaças a uma parcela da população que não teve a opção de realizar o isolamento social e continua trabalhando. Estamos falando da enfermagem, a força de trabalho na saúde que representa quase 50% destes trabalhadores, em sua maioria, mulheres.

Um perfil de trabalhadores marcados por lutas e enfrentamentos da categoria pelo reconhecimento social, por condições dignas de trabalho, pela própria definição do seu papel e seus processos de trabalho. Há anos nossas entidades profissionais lutam por condições de trabalho mais dignas, salários justos e com isonomia perante outras categorias. Pelo estabelecimento de uma jornada de trabalho adequada, pelo direito de horário e local de descanso nos plantões. Esse é o contexto histórico das lutas da enfermagem brasileira que se agravaram na pandemia.

A organização da APS no Brasil tem papel fundamental de articular ações, com a possibilidade de incluir a vida produzida nos territórios, e continuar cuidando das pessoas adoecidas de outras comorbidades, criando meios de acompanhar essas pessoas, produzindo ações de cuidado antes das pessoas agravarem ou morrerem. Nesse sentido, reorganizar esses fluxos é função da APS. Nesse reencontro das equipes, com a vida cotidiana das pessoas e suas dificuldades, vão sendo construídos sentidos e caminhos. Nessa jornada, percebe-se a necessidade de se aprender com as experiências e saberes científicos e populares.

As organizações populares – movimentos e coletivos – são fundamentais nos serviços de APS para articular e produzir processos de enfrentamento conjuntos. Esses encontros potencializam e fortalecem os grupos sociais e profissionais nas ações de enfrentamento à pandemia. Entendemos que esse é um caminho a se construir por trabalhadores de saúde, gestores, estudantes, professores, movimentos, grupos populares, entidades, associações, conselhos e todos que se interessam pela saúde.

Quando se trata de formar enfermeiros para o exercício de sua profissão na perspectiva desinteressada, da linha de defesa entre o individual e o coletivo ou na sua prática e no ensino, haverá contradições entre o ideal, o real e o necessário, com um longo caminho a ser percorrido⁽⁸⁾. Faz-se necessário, portanto, retomar com radicalidade a ideia teórico-prática da enfermagem como prática social.

Parece-nos que há lições a aprender com os desafios que a pandemia nos coloca, que indicam a importância de compartilhar experiências e iniciativas exitosas de trabalho em equipe na APS e de construir ações em rede para apoiar e participar dos processos de organização comunitária, que já vêm acontecendo em alguns municípios, especialmente no Estado do Rio.

Por fim, temos que nos unir em ações políticas em defesa da saúde e da seguridade social como direito à vida. A pandemia tornou evidente a necessidade de sistemas públicos de saúde robustos. O SUS e seus trabalhadores são fundamentais para a sustentabilidade do Estado, no provimento do bem-estar social para todos os brasileiros, conforme preconiza nossa Constituição Federal.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

As entidades científicas da área de saúde têm indicado o que pode e deve ser feito em relação às normas internacionais na pandemia; entretanto, sem acesso aos serviços de saúde, tememos que a situação se agrave para todos, principalmente para quem está na linha de frente dos serviços de saúde: os profissionais de enfermagem.

Mais do que a falta de equipamentos e condições adequadas para o desempenho das atividades, faz-se necessário e urgente buscar compreender, caracterizar e analisar criticamente as repercussões sobre o trabalho em saúde e da sua subordinação aos princípios do capital. Tais princípios foram abordados, aqui

neste capítulo, apenas superficialmente e devem ser considerados no contexto sociopolítico, para além do trabalho da enfermagem, e na perspectiva de pós-pandemia, no nível de atenção primária à saúde no país.

Ao tentar responder às necessidades de saúde da população e dos trabalhadores, objeto de nossa reflexão neste capítulo, entendemos a importância de nos debruçarmos sobre as formas de articulação entre os problemas de saúde e os problemas sociais, visando ao seu enfrentamento.

São décadas de desvalorização social do trabalho da enfermagem. São anos de descaso com o sistema de saúde. São questões estruturais e estruturantes da nossa sociedade colonizada. Obviamente, a precarização e os riscos intensificariam-se com a pandemia. Que esse tempo de pandemia nos traga como aprendizado mais solidariedade, mais força para as lutas e compreensão tanto para o trabalho coletivo quanto para os fenômenos em saúde, no desenvolvimento de ações e serviços baseados em conhecimento científico, adotando medidas assertivas de escopo e escala baseadas em evidências, com a devida valorização do setor público e, conseqüentemente, da enfermagem brasileira.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.539, de 26 de setembro de 2019 que altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e nº 6, de 28 de setembro de 2017 [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, 2019 Sept 27. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [cited 2020 Sept 20]. Available from: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.539-de-26-de-setembro-de-2019-218535009>
2. Thumé E, Fehn AC, Acioli S, Fassa MEG. Formação e prática de enfermeiros para a Atenção Primária à Saúde: avanços, desafios e estratégias para fortalecimento do Sistema Único de Saúde. Saúde debate [Internet]. 2018; 42(spe1):275-88. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s118>
3. Vieira FS, Santos IS, Reis CO, Rodrigues PH. A. Políticas Sociais e austeridade fiscal: como as políticas sociais são afetadas pelo austericídio da agenda neoliberal no Brasil e no mundo. Rio de Janeiro: CEBES; 2018.
4. Ney MS, Gonçalves CA. G. Reformas administrativas e o desmonte neoliberal do Estado brasileiro: desafios para o enfrentamento ao novo coronavírus. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2020; 30(3), e300301. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312020300301>
5. University of John Hopkins & Medicine. Coronavirus Resource Center. International Comparison of Positivity Rates and Tests Per Capita. [cited 2020 Jul 05]. Available from: <https://coronavirus.jhu.edu/testing/international-comparison>
6. Rafael RMR, Neto M, Depret DG, Gil AC, Fonseca MHS, Souza-Santos R. Effect of income on the cumulative incidence of COVID-19: an ecological study. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020[cited 2020 Jun 30]; 28:e3344. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4475.3344>.
7. Soranz D, Pinto LF, Penna GO. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2016[cited 2020 Jul 06]; 21(5):1327-1338. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.01022016>
8. Cunha CLF, Souza IL. Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: Cunha CLF, Souza I, organizadores. Guia prático para o enfermeiro na Atenção Primária à saúde. Curitiba: CRV, 2017. p. 13-28.