



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

VIVIANE GRANADO BARREIRA DA SILVA

**REPERCUSSÕES DAS POLÍTICAS FEDERAIS NO
TRABALHO DA GESTÃO DA APS EM MUNICÍPIOS DA
MACRORREGIÃO NORTE DO PARANÁ**

Londrina, PR
2024

VIVIANE GRANADO BARREIRA DA SILVA

**REPERCUSSÕES DAS POLÍTICAS FEDERAIS, NO
TRABALHO DA GESTÃO DA APS EM MUNICÍPIOS DA
MACRORREGIÃO NORTE DO PARANÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL) como requisito parcial à obtenção ao título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof. Dr.^a Brígida Gimenez Carvalho

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

S586r Silva, Viviane Granado Barreira Da.
Repercussões das políticas federais no trabalho da gestão da APS em municípios da macrorregião norte do Paraná / Viviane Granado Barreira da Silva. - Londrina, 2024.
90 f. : il.

Orientador: Brígida Gimenez Carvalho.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2024.
Inclui bibliografia.

1. Sistema Único de Saúde - Tese. 2. Atenção Primária à Saúde - Tese. 3. Gestão em Saúde - Tese. 4. Organização e Administração - Tese. I. Carvalho, Brígida Gimenez. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614

VIVIANE GRANADO BARREIRA DA SILVA

**REPERCUSSÕES DAS REGRAS FEDERAIS, A PARTIR DE
2017, NO TRABALHO DA GESTÃO DA APS EM MUNICÍPIOS
DA MACRORREGIÃO NORTE DO PARANÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL) como requisito parcial à obtenção ao título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof. Dr.^a Brígida Gimenez Carvalho

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Luciana Dias de Lima
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof. Dr. João Felipe Marques da Silva
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, ____ de _____ de ____.

Dedico este trabalho à minha família, meu bem maior! Ao meu esposo Marco, pelo apoio e compreensão, e aos nossos filhos Melina e Murilo, que deram maior sentido a minha vida. Aos meus pais, Eitor (*in memorian*) e Nadir, expresso meu profundo agradecimento pelo amor, exemplo e ensinamentos recebidos que permearam toda a minha vida e que me permitiram chegar até aqui.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela oportunidade do mestrado, pelo discernimento e proteção e por ter provido todas as condições para chegar até aqui!

Agradeço à minha família, meu esposo Marco, e filhos Murilo e Melina, pelo amor, paciência e compreensão. Minhas desculpas pelas ausências nos finais de semana;

Agradeço à minha mãe pelo suporte incondicional e à minha irmã Elaine, digo minha segunda mãe, por estar sempre ao meu lado em todos os momentos da minha vida;

Agradeço ao meu irmão Ivair, sobrinhos, e demais familiares, desculpem pelas ausências durante a “fase do mestrado”

Agradeço à minha prima, Rosimeire, minha companheira de infância e mocidade, que acreditou na minha capacidade e me impulsionou em todas as etapas do mestrado

Agradeço à minha admirável orientadora Dr^a. Brígida Gimenez Carvalho, mulher inspiradora, de fé e humildade, cuja capacidade, habilidade e experiência no ensino me guiaram no percurso do mestrado.

Agradeço à Ednalva, Stella, Luana, pessoas queridas que a 16^a Regional de Saúde me permitiu conhecer e conviver, pelo incentivo ao mestrado.

Agradeço ao programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, por me proporcionar oportunidade e crescimento, ao corpo docente do programa, pelo comprometimento, aprendizado, e pelo momentos em que estivemos juntos.

Agradeço à banca examinadora pelo aceite e por suas valiosas contribuições durante a qualificação do meu trabalho, meu respeito e admiração!

Aos colegas e amigos do mestrado, gostaria de expressar minha gratidão pela excepcionalidade de vocês. Ao longo do curso, aprendi muito, especialmente com Marina e Priscila, que me proporcionaram amizade, e momentos que foram inestimáveis.

Aos membros do grupo de pesquisa GestSUS, minha gratidão pelo aprendizado, pela colaboração e pelos momentos de convívio durante nossos encontros de estudo, troca de ideias e café compartilhado.

Aos colegas de trabalho pelo constante apoio e incentivo durante a jornada de trabalho, que me fazem acreditar na importância do SUS, e me encorajam à buscar incessantemente por mais conhecimento e aprimoramento profissional.

- 1** Aquele que habita no esconderijo do Altíssimo, à sombra do Onipotente descansará.
- 2** Direi do SENHOR: *Ele é* o meu Deus, o meu refúgio, a minha fortaleza, e nele confiarei.
- 3** Porque ele te livrará do laço do passarinho, e da peste perniciosa.
- 4** Ele te cobrirá com as suas penas, e debaixo das suas asas te confiarás; a sua verdade *será o teu* escudo e broquel.
- 5** Não terás medo do terror de noite *nem* da seta que voa de dia,
- 6** *Nem* da peste *que* anda na escuridão, *nem* da mortandade *que* assola ao meio-dia.
- 7** Mil cairão ao teu lado, e dez mil à tua direita, *mas* não chegará a ti.
- 8** Somente com os teus olhos contemplarás, e verás a recompensa dos ímpios.
- 9** Porque tu, ó SENHOR, és o meu refúgio. No Altíssimo fizeste a tua habitação.
- 10** Nenhum mal te sucederá, nem praga *alguma* chegará à tua tenda.
- 11** Porque aos seus anjos dará ordem a teu respeito para te guardarem em todos os teus caminhos.
- 12** Eles te sustentarão nas suas mãos, para que não tropeces com o teu pé em pedra.
- 13** Pisarás o leão e a cobra; calcarás aos pés o filho do leão e a serpente.
- 14** Porquanto tão encarecidamente me amou, também eu o livrarei; pô-lo-ei em retiro alto, porque conheceu o meu nome.
- 15** Ele me invocará, e eu lhe responderei; *estarei* com ele na angústia; *dela* o retirarei, e o glorificarei.
- 16** Fartá-lo-ei com longos dias, e lhe mostrarei a minha salvação.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa da Macrorregião Norte do Paraná. Paraná, 2023.....	37
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Escolaridade da equipe gestora dos municípios estudados, Macrorregião Norte do Paraná, 2023.....	42
Quadro 2	Perfil da equipe gestora dos municípios estudados, segundo o tempo de atuação na função, Macrorregião Norte do Paraná, 2023.....	43

LISTA DE TABELAS

Tabela1 -	Classificação de Municípios por número de habitantes, Brasil, 2004ª....	37
Tabela2 -	Características da equipe gestora dos municípios estudados, Macrorregião Norte do Paraná, 2023.....	41

LISTA DE ABREVIATURASESIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CDS	Coleta de Dados Simplificada
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CRESEMS	Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde
CNM	Confederação Nacional dos Municípios
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COSEMS/PR	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
eAP	Equipe de Atenção Primária
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
ISF	Indicador Sintético Final
LC	Lei Complementar
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal

MGP	Município de Grande Porte
MPP	Município de Pequeno Porte
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo de Apoio a Saúde da Família e Atenção Básica
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPB	Programa Previne Brasil
PREPS	Polo Regional de Educação Permanente em Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações em Saúde e Saneamento
PSF	Programa Saúde da Família
SESAI	Secretaria de Saúde Indígena
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

RESUMO

DA SILVA, Viviane Granado Barreira. **Repercussões das regras federais, a partir de 2017, no trabalho da gestão da APS em municípios da Macrorregião Norte do Paraná.** 2024. 96 fls. Dissertação de Mestrado – Departamento de Saúde Coletiva – Universidade Estadual de Londrina, 2024.

A Constituição Federal e as normativas do Ministério da Saúde instituíram mecanismos para descentralizar as políticas públicas de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), atribuindo responsabilidades para cada esfera de governo. Nos últimos anos ocorreram mudanças importantes Atenção Primária à Saúde (APS), porta de entrada preferencial para a atenção à saúde do SUS, com a publicação da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) 2017 e do Programa Previne Brasil (PPB). Este estudo teve como objetivo analisar as alterações no trabalho das equipes gestoras da saúde decorrentes da implantação das políticas públicas para a APS, a partir de 2017, em nove municípios da macrorregião norte do Paraná. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, e integra uma pesquisa maior denominada “Mudanças nas regras de transferência de recursos federais do Sistema Único de Saúde: implicações e desafios para o financiamento e a organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil”. A seleção de nove municípios se deu pela análise de indicadores de financiamento da saúde, visando contemplar na seleção a diversidade de municípios da macrorregião norte do Paraná. As entrevistas, ocorridas entre junho a setembro de 2022, foram realizadas presencialmente, nas secretarias de saúde dos municípios, a partir de um roteiro semiestruturado, tendo como participantes os nove gestores municipais de saúde e nove coordenadores da APS. A análise das entrevistas seguiu a metodologia de análise de discurso. Os resultados foram organizados nas seguintes categorias: características das equipes gestoras; apropriação e posicionamento dos gestores sobre as políticas da APS; mudanças ocorridas no processo de trabalho e desafios encontrados frente à essas mudanças. A maior parte dos municípios da pesquisa são de pequeno porte e as equipes gestoras compostas pelos secretários de saúde e coordenadores da atenção básica, tendo o predomínio de mulheres, na faixa etária de 36 a 51 anos. Verificou-se que sete gestores tinham ensino superior completo, cinco deles com formação na área da saúde e seis possuíam até três anos de atuação na área de gestão como secretário de saúde, apenas um gestor referiu não ter experiência anterior na saúde. A coordenação da APS é composta por profissionais com ensino superior em saúde, a maioria enfermeiras, sendo oito pós-graduadas, a maioria em saúde coletiva, sete possuíam mais de quatro anos de atuação na coordenação da APS. Foram identificados diferentes níveis de apropriação dos entrevistados a respeito das políticas da APS a partir de 2017, evidenciando distintos entendimentos e a maioria demonstrou posicionamento favorável às novas políticas. Foram relatadas mudanças nos processos de trabalho em saúde, para o cadastramento da população no sistema e-SUS e para o monitoramento dos indicadores do Previne Brasil. A implantação do prontuário eletrônico foi a mudança mais impactante, e menos da metade dos municípios pesquisados optaram por adotar o sistema público (e-SUS), principalmente devido à falta de suporte técnico do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde. Também se constituem em desafios: funcionários mais antigos com dificuldades em lidar com sistemas eletrônicos e municípios com áreas rurais muito extensas e sem acesso à internet. O referencial teórico possibilitou a análise das repercussões da implantação de políticas públicas, como a PNAB e o PPB, no trabalho das equipes gestoras, considerando como as responsabilidades estão sendo compartilhadas, como a cooperação entre os entes está sendo promovida ou desafiada, bem como a falta de suporte técnico pode criar obstáculos institucionais.

Palavra-chave: Sistema Único de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Gestão em Saúde; Organização e Administração.

ABSTRACT

DA SILVA, Viviane Granado Barreira. **Repercussions of federal rules, from 2017 onwards, on the work of PHC management in municipalities of the Northern Macroregion of Paraná.** 2024. 96 pp. Master's Dissertation – Department of Collective Health – State University of Londrina, 2024.

The Federal Constitution and the regulations of the Ministry of Health established mechanisms to decentralize public health policies in the Unified Health System (SUS), assigning responsibilities to each sphere of government. In recent years, significant changes have occurred in Primary Health Care (APS-Primary Health Care), the preferred gateway to SUS healthcare, with the publication of the National Primary Care Policy (PNAB) 2017 and the Previnhe Brasil Program (PPB). This study aimed to analyze the changes in the work of health management teams resulting from the implementation of public policies for PHC, from 2017 onwards, in nine municipalities in the northern macroregion of Paraná. It is a qualitative study, part of a larger research project entitled "Changes in the rules for the transfer of federal funds from the Unified Health System: implications and challenges for the financing and organization of Primary Health Care in Brazil". The selection of nine municipalities was based on the analysis of health financing indicators, aiming to encompass the diversity of municipalities in the northern macroregion of Paraná. Interviews, conducted between June and September 2022, were carried out in person, at the health departments of the municipalities, using a semi-structured script, with the participation of the nine municipal health managers and nine PHC coordinators. The analysis of the interviews followed the methodology of discourse analysis. The results were organized into the following categories: characteristics of the management teams; appropriation and positioning of managers regarding PHC policies; changes in the work process and challenges encountered in the face of these changes. Most of the municipalities in the study are small, with management teams composed of health secretaries and primary care coordinators, predominantly women aged 36 to 51. It was found that seven of the managers had completed higher education, five of them with a background in health, and six of them had up to three years of experience in management as health secretaries, with only one manager reporting no previous experience in health. PHC coordination is composed of professionals with higher education in health, mostly nurses, with eight among them holding postgraduate degrees, mostly in public health, and seven having more than four years of experience in PHC coordination. Different levels of appropriation of the interviewees regarding PHC policies from 2017 onwards were identified, evidencing different understandings, with the majority showing a favorable stance towards the new policies. Changes in health work processes were reported for population registration in the e-SUS system and for monitoring Previnhe Brasil indicators. The implementation of electronic medical records was the most impactful change, and less than half of the surveyed municipalities opted to adopt the public system (e-SUS), mainly due to the lack of technical support from the Ministry of Health and the State Health Secretariat. Challenges also include: older employees struggling with electronic systems and municipalities with very extensive rural areas and no internet access. The theoretical framework used enabled the analysis of the repercussions of the implementation of public policies, such as the PNAB and the PPB, on the work of management teams, considering how responsibilities are being shared, how cooperation between entities is being promoted or challenged, as well as how the lack of technical support can create institutional obstacles.

Keywords: Unified Health System; Primary Health Care; Health Management; Organization and Administration.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVO	20
2.1 OBJETIVO GERAL.....	20
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
3 REFERENCIAL TEÓRICO	21
3.1 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL SOB O ENFOQUE DO FEDERALISMO	21
3.2 ORGANIZAÇÃO DA APS NO SUS.....	24
3.3 DESAFIOS DA GESTÃO DA APS	30
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	36
4.1 DELINEAMENTOS DA PESQUISA.....	36
4.2 LOCAIS E PARTICIPANTES DO ESTUDO	36
4.3 OBTENÇÃO DOS DADOS.....	39
4.4 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	39
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	40
5 RESULTADOS	41
5.1 CARACTERÍSTICAS DOS MUNICÍPIOS E DAS EQUIPES GESTORAS.....	41
5.2 APROPRIAÇÃO E POSICIONAMENTO DAS EQUIPES GESTORAS SOBRE AS POLÍTICAS PARA A APS, A PARTIR DE 2017	43
5.3 MUDANÇAS PERCEBIDAS NO PROCESSO DE TRABALHO DOS MUNICÍPIOS APÓS A PNAB 2017 E PROGRAMA PREVINE BRASIL	47
5.4 DESAFIOS FRENTE ÀS MUDANÇAS REQUERIDAS NOS PROCESSOS DE TRABALHO NA APS	56
6 DISCUSSÃO	61
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
REFERÊNCIAS	74
ANEXOS	80
ANEXO A – ROTEIRO ORIGINAL DA PESQUISA	80
ANEXO B –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	88

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Brasileira de 1988, ao criar o Sistema Único de Saúde (SUS), estabeleceu as bases legais para o atual modelo de assistência pública à saúde instituindo o princípio de universalidade, a descentralização aos municípios e um novo formato de organização dos serviços de saúde, sob a lógica da integralidade, da regionalização e da hierarquização, com definição da porta de entrada preferencial. Além disso, as ações preventivas e curativas passaram a ser responsabilidade compartilhada entre gestores públicos das esferas federais, estaduais e municipais (COELHO, 2020).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), por ser o primeiro contato da população usuária com os serviços de saúde, tida como a porta de entrada preferencial e ordenadora do cuidado. Também foi eleita para reorientar o modelo assistencial, sendo capaz de assumir a coordenação do cuidado e toda organização do sistema de saúde, por meio de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos e doenças (COELHO, 2020).

O financiamento da APS é tripartite, isto é, de responsabilidade da União, estados, municípios e Distrito Federal. A União repassa os recursos financeiros para custeio da APS aos municípios, de maneira regular e automática, por meio da transferência entre o Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos Municipais de Saúde (FMS) para custeio e investimento em ações e serviços (COELHO, 2020).

Apesar dos avanços na construção do SUS, ainda são muitos os desafios encontrados acerca do subfinanciamento, pois os recursos destinados à operacionalização do Sistema são escassos e aquém de suas necessidades (CECÍLIO *et al.*, 2007). Além disso, as regras para o financiamento do sistema de saúde no Brasil vêm passando por diversas alterações desde sua criação.

O sistema federativo elaborado pela Constituição Federal de 1988 para o Brasil, juntamente com as Leis Orgânicas da Saúde e, posteriormente, com as demais Normas Operacionais Básicas (de 1991, 1993 e 1996), Norma Operacional da Assistência à Saúde de 2001, Pacto pela Saúde de 2006 e Decreto nº7.508 de 2011, instituíram mecanismos para descentralizar as políticas públicas de saúde no SUS, delegando responsabilidades específicas para cada esfera de governo (DOMINGOS, 2018).

Diante da relevância de superar desafios organizacionais e garantir recursos para a APS, considerando o cenário atual de distribuição de recursos para a saúde pública no País, aponta-se para a necessidade de definir um modelo de financiamento que busque consolidar esse nível

de atenção como um potente ordenador do sistema de saúde, concretizando os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade do SUS (BRASIL, 2021).

Apesar do subfinanciamento e transcorridos mais de três décadas da criação do SUS, desde a promulgação das Leis nº 8.080 e nº 8.142, de 1990, é possível dizer que as políticas direcionadas para o fortalecimento da APS no Brasil foram as que mais favoreceram a implantação dos princípios e diretrizes do SUS (MOROSINI; FONSECA; BATISTA, 2020).

É notória a importância do governo federal acerca das políticas descentralizadas que contenham garantias e incentivos às demais esferas de governo para as quais se pretendem transferir responsabilidades, considerando as desigualdades regionais associadas às diferenças de capacidades econômica e administrativa dos governos locais (ARRETCHE, 2004).

O Ministério da Saúde (MS) é responsável pela formulação das políticas nacionais de saúde no âmbito federal, pela alocação de recursos financeiros e pela coordenação geral do sistema de saúde. A edição de portarias ministeriais tem sido o principal instrumento de coordenação das ações nacionais em saúde, quanto ao fluxo das transferências, e regramento para a efetivação das políticas e das ações dos governos estaduais e municipais. Os Estados e municípios, por sua vez, são responsáveis pela gestão e execução das ações de saúde em seus territórios, de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo governo federal, mas com autonomia para organizar as ações e serviços de acordo com suas necessidades loco regionais (ARRETCHE, 2004).

Para regulamentar as ações de saúde, no ano de 2006, foi publicada a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), republicada em 2011 com algumas alterações. Nestas publicações a PNAB foi entendida como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É realizada sob a forma de trabalho de equipe, dirigida à população de territórios delimitados, pelos quais assumem a responsabilidade sanitária (BRASIL, 2021).

No ano de 2017, mudanças importantes ocorreram após a revisão e a publicação da nova PNAB e, posteriormente no ano de 2019, com o Programa Previne Brasil (PPB), novas diretrizes foram instituídas, formas de organização dos serviços, composição das equipes, processos de trabalho e um novo modelo de financiamento para a APS, resultando em impactos substanciais no modelo de atenção e no direito à saúde (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

A PNAB 2017 permitiu diferentes composições e carga horária para Equipe de Atenção Primária (eAP), flexibilizadas pela Portaria nº 2.539/19, modalidades de equipes com carga

horária mínima de 20 horas semanais e 50% da população adscrita a uma equipe de saúde da família; e modalidade de equipe com 30 horas semanais e 75% da população adscrita a uma equipe de saúde da família. Paralelamente, observa-se um declínio na influência do Agente Comunitário de Saúde (ACS), refletindo uma desestruturação na Equipe de Saúde da Família (eSF) e na abordagem comunitária, uma tendência intensificada pela PNAB 2017, que deixou de impor um número mínimo de ACS nas equipes de saúde da família e permitiu equipes de eAP sem esse profissional (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

Em 2019, o governo brasileiro implementou um novo modelo de financiamento para a APS por meio do PPB, estabelecido pela Portaria GM/MS nº 2.979 de 2019. O programa alterou a forma de financiamento da APS para os municípios, substituindo o cálculo das transferências intergovernamentais baseadas no número de habitantes e equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) por uma avaliação que considera o número de pessoas cadastradas nos serviços de APS e os resultados alcançados em indicadores selecionados. Essas mudanças acarretaram diversos impactos, tanto para o SUS quanto para a saúde da população, exigindo uma identificação e um acompanhamento rigorosos (MASSUDA, 2020).

A proposta do PPB, elimina o Piso de Atenção Básica (PAB)Fixo e a dimensão do PAB Variável relacionada à implementação de Equipe de Saúde da Família (eSF), das equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), e a sua vinculação ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), substituindo-os por um conjunto de indicadores, abrangendo processo, resultados intermediários e resultados em saúde nas equipes. Além disso, incorpora incentivos para ações estratégicas, como o Programa Saúde na Hora, Informatização e Formação em Residência Médica e Multiprofissional, Saúde Bucal (SB), ACS, Promoção da Saúde (Saúde na Escola e Academia da Saúde) (MELO *et al.*, 2019).

Após muitas discussões sobre o risco de redução dos recursos financeiros decorrentes do PPB, foi regulamentado, por meio da Portaria 2.254/2021, um incentivo financeiro para a APS, com base em critério populacional. Para o ano de 2023, o valor deste incentivo foi fixado em R\$ 5,95. Também no ano de 2023 foi aprovado, pela Portaria GM/MS nº 635, o incentivo financeiro federal para implantação, custeio e desempenho para as equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde.

Em síntese, a proposta de financiamento do PPB, aporta três mudanças principais para a atenção básica: introduz o repasse dos recursos federais pelo número de pessoas cadastradas (Capitação ponderada); estabelece nova forma de pagamento por indicadores de desempenho

(Pagamento por desempenho); estabelece Incentivo para Ações Estratégicas (programas, estratégias e serviços) (BRASIL, 2021).

A Capitação ponderada considera pesos na alocação de recursos, baseando-se em critérios socioeconômicos, demográficos e geográficos. O Incentivo para ações estratégicas leva em conta programas e serviços específicos da APS, enquanto o Pagamento por Desempenho se dá de acordo com os indicadores de saúde alcançados pelas equipes de saúde. Para o Ministério da Saúde, apesar dos avanços, como a ampliação da ESF, ainda há necessidade de fortalecer os atributos essenciais APS, destacando-se o Pagamento por Desempenho como um incentivo para monitoramento e avaliação mais eficazes das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2021).

A Portaria GM/MS nº 3.222/2019 definiu o rol de indicadores do PPB e as ações estratégicas que foram contempladas, também prevê os indicadores do pagamento por desempenho para os anos de 2021 e 2022 que serão definidos após monitoramento, avaliação e pactuação tripartite durante os anos de 2020 e 2021. Para o ano de 2020 foram priorizados indicadores no âmbito do pré-natal (proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação; proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado), saúde da mulher (cobertura de exame citopatológico), imunização (cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente), e condições crônicas (percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre; percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada (BRASIL, 2021).

Conforme o Manual Instrutivo do Financiamento da Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2021), a incorporação de novos indicadores no futuro é uma possibilidade, sujeita à disponibilidade orçamentária e à concordância entre as esferas federal, estadual e municipal (CARVALHO *et al.*, 2022).

A partir dos indicadores é gerado um Indicador Sintético Final (ISF), determinando o montante a ser repassado ao município. Todos os indicadores serão monitorados individualmente a cada quadrimestre e estarão disponíveis na plataforma e-Gestor, seção Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB). Essa plataforma permite o acesso aos resultados dos indicadores de desempenho e ao cálculo do ISF, que servirá de base para o pagamento por desempenho das equipes de APS pelo PPB.

Apesar das políticas implantadas (PNAB 2017 e PPB) terem tido apoio da instância nacional de representação dos gestores municipais de saúde, vários autores ressaltam críticas direcionadas a essas políticas e as caracterizam pela abordagem individualizante em relação ao

modelo de atenção e financiamento (SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021; ANDRADE COUTO; MENDES; CARNUT, 2023; MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020; MASSUDA, 2020).

Para alguns autores, o PPB é apresentado como uma proposta de reforma na APS, alinhada à dinâmica liberal de contrarreformas do Estado Social brasileiro, caracterizada por políticas austeras que impactam direitos sociais e promovem uma abordagem operacional orientada pelo gerencialismo, desconsiderando as solicitações do Conselho Nacional de Saúde(CNS) para um debate mais aberto com participação social (ANDRADE COUTO; MENDES; CARNUT, 2023). De acordo com esses autores, o pagamento por desempenho, funciona mais como uma ferramenta gerencialista baseada em métricas do que como uma avaliação efetiva, além de introduzir uma dinâmica de controle profissional e competição, já que as recompensas financeiras são ligadas ao desempenho, incentivando uma busca individual pelo alcance das metas (ANDRADE COUTO; MENDES; CARNUT, 2023)

Massuda (2020, p. 05) destaca, que a introdução da avaliação de desempenho como critério de financiamento da APS no SUS pode fazer com que os municípios concentrem sua atenção nos indicadores monitorados, desviando o foco das equipes de APS e dos problemas de saúde da comunidade. O pagamento por desempenho, apresenta eficácia limitada, resultando em melhorias modestas nos indicadores de processo e nenhuma melhoria significativa nos indicadores de resultados em saúde. Ou seja, essa abordagem pode gerar uma focalização nas ações mensuradas, uma vez que as atividades se direcionam às metas estabelecidas, influenciadas pelo vínculo financeiro (MASSUDA, 2020).

Já para Morosini, Fonseca, Baptista, (2020), o conjunto de propostas de mudanças na APS, que visa aprimorar a gestão de recursos e a efetividade, é impulsionado por uma lógica financeira que transforma a saúde em uma mercadoria aos interesses privados. Para os autores, essas alterações fomentam uma abordagem individualizada no modelo de atendimento e no processo de trabalho, e ao vincular o incentivo financeiro à reorganização da atenção, o gestor federal assume um papel central na definição da política local, limitando a autonomia do gestor municipal no uso dos recursos federais (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

Considerando os aspectos apresentados, justifica-se a relevância de estudar essas políticas públicas e suas transformações, em especial o PPB e os novos desafios encontrados acerca do subfinanciamento do SUS e, considerando minha atuação como gestora de saúde em um município de pequeno porte, especialmente por compartilhar as angústias e incertezas com os gestores de saúde e coordenadores da APS, em relação a nova PNAB, ao PPB e suas consequências para o financiamento da saúde.

Partindo do pressuposto de que os gestores de saúde e suas equipes enfrentaram limitações e tiveram necessidade de alterar seus processos de trabalho para o monitoramento e cumprimento dos indicadores de desempenho, e que estes impactam diretamente no financiamento da saúde do seu município, definiu-se como pergunta norteadora da pesquisa: Quais alterações as normativas relacionadas à APS, publicadas a partir de 2017, produziram na organização do trabalho da equipe gestora?

Para uma compreensão mais profunda do problema da pesquisa é apresentado um referencial teórico que aborda as políticas públicas de saúde no Brasil sob o enfoque do Federalismo, a organização da APS no SUS e os desafios da gestão da APS. Destaca-se a importância dessa abordagem para compreender as transformações na política de atenção primária à saúde, proporcionando uma análise mais contextualizada ao longo do tempo.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as alterações no trabalho das equipes gestoras da saúde decorrentes da implantação das políticas públicas para a APS, a partir de 2017.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar a apropriação e posicionamento das equipes gestoras sobre as políticas para a APS, a partir de 2017;
- Descrever as mudanças no trabalho das equipes gestoras da saúde decorrentes da implantação da PNAB 2017 e do PPB.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL SOB O ENFOQUE DO FEDERALISMO

Segundo Abrucio (2005, p.234), o termo "federal" é derivado do latim *foedus*, o qual significa pacto, e o arranjo federal torna-se uma parceria, estabelecida pelo acordo, cujas relações internas refletem a divisão de poder entre os entes. Já o conceito Federalismo pode ser entendido como um conjunto de instituições políticas que dão forma à combinação de dois princípios: autogoverno e governo compartilhado (*self-rule and shared-rule*). A federação é uma forma de organização política baseada na distribuição territorial de poder e autoridade entre instâncias de governo, constitucionalmente definidas e asseguradas, de forma que o governo nacional e os subnacionais são autônomos nas suas esferas próprias de ação (ALMEIDA, 2001). Ou seja, o Estado federal deriva da formação de uma nação onde a soberania é compartilhada entre o governo central e os subnacionais, na busca da compatibilização entre o autogoverno e a interdependência (ABRUCIO, 2005).

O federalismo no Brasil foi instituído após sua independência por meio da Constituição Federal (CF) de 1891 e ao longo dos anos, seus arranjos foram intercalados, ora democráticos ou autoritários. A Constituição de 1988, redesenhou a estrutura do Estado, dando-lhe forma de uma federação descentralizada, na redefinição de competências e atribuições das esferas de governo no âmbito da proteção social (SOUZA, 2005).

Desta forma, a CF de 1988 estabeleceu os princípios do SUS, fortaleceu a descentralização, trazendo autonomia político-administrativa aos municípios brasileiros, com obrigações específicas para o desenvolvimento de políticas sociais e com previsão de transferências de recursos federais (FLEURY, 2007). A descentralização fiscal e administrativa também fortaleceu os governos subnacionais possibilitando uma maior autonomia na gestão de recursos públicos (ALMEIDA, 2001). Assim, durante os anos 1980, com a reinstauração do federalismo democrático e a implantação do processo de descentralização, os governos subnacionais gradualmente assumiram suas responsabilidades administrativas e econômicas em relação às políticas públicas (ARRETCHE, 2004).

Segundo Abrucio (2005), a relação entre federalismo e democracia é marcada por quatro temas principais. O primeiro é que, numa federação democrática, os cidadãos participam do processo político por meio de uma dupla identidade: a individual e a territorial. O segundo tema é que toda federação restringe o poder da maioria pela soma de votos de todos os indivíduos

que constitui o governo nacional (*demos constraining*). O terceiro tema refere-se aos mecanismos em que os Poderes do Estado mutuamente se controlam, denominados de *checkand balances*, podendo ser citados: a fiscalização recíproca entre os poderes; o controle mútuo entre os níveis de governo e a criação de mecanismos múltiplos de controle dos governantes, especialmente no plano subnacional.

Já o quarto tema, de maior interesse neste estudo, refere-se à necessária coordenação entre os níveis de governo na implementação das políticas, e justifica-se tendo em vista que

O crescimento e a complexificação da intervenção estatal levaram não só à descentralização, mas sobretudo à necessidade de compartilhamento de decisões e políticas, especialmente nos estados federais, marcados pela existência de entes autônomos que só atuam conjuntamente se assim o desejarem (ABRUCIO, 2005, p.237).

Ou seja, a necessidade de compartilhar decisões políticas entre os diferentes entes implica a necessidade de montar arenas de discussão e deliberação acerca dos problemas intergovernamentais (ABRUCIO, 2005). Para Almeida (2001, p.24), um sistema descentralizado e democrático, torna mais complexo os processos decisórios, pois aumenta o número de participantes no jogo, sendo mais suscetível às negociações. A institucionalização dos conselhos de saúde, com representação de Estados e municípios, que atuam na formulação de políticas, é um exemplo desse processo de democratização, que exercem um mecanismo de contrapeso à concentração de autoridade representada pelo Executivo federal (ARRETCHE, 2004).

A criação de espaços institucionais de representação e pactuação proporcionam a participação de gestores municipais, estaduais e federais nas decisões sobre a política nacional de saúde, através das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite (CIT e CIB). Estes colegiados foram respaldados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) (FRANZESE *et al.*, 2013), e colaboram para a reconfiguração do modelo federativo no Brasil, ampliando as formas de negociação intergovernamental e descentralizando a gestão e prestação de serviços de saúde, envolvendo gestores em níveis municipais, estaduais e federal (FRANZESE *et al.*, 2013).

No entanto, a existência desses espaços não garante um equilíbrio pleno de poder entre os entes federativos nas relações intergovernamentais. Os espaços de negociação são palcos de disputas políticas, onde cada ente federativo busca soluções mais favoráveis aos seus interesses. O governo federal emprega seu poder financeiro, enquanto os governos subnacionais fazem uso de seu poder de implementação para alcançar seus objetivos (FRANZESE *et al.*, 2013).

A complexidade na coordenação entre entes federativos também impacta na implementação eficaz de políticas públicas, principalmente diante de discordâncias políticas ou administrativas. Além disso, a descentralização de recursos pode resultar em disparidades na capacidade financeira e administrativa das unidades subnacionais, especialmente dos entes municipais, impactando a qualidade e a extensão das políticas em distintas regiões do país (SOUZA, 2019). Devido aos desafios vivenciados no federalismo brasileiro, a autora aponta que “seu desenho é crucial para sua sobrevivência” (SOUZA, 2019, p. 2).

Souza (2019), também sintetiza em quatro pares de opostos, os principais dilemas federativos: cooperação versus coordenação; uniformidade versus diversidade; autonomia versus compartilhamento de autoridade e centralização versus descentralização na formulação e implementação de políticas (SOUZA, 2019). Neste cenário, as estratégias e os mecanismos desenvolvidos para garantir os princípios e a uniformidade das políticas públicas nacionais tem se tornado um desafio do federalismo, especialmente frente a autonomia dos entes subnacionais na implementação de tais políticas.

Cabe destacar que as políticas implementadas pelos governos locais são fortemente dependentes das transferências federais e das regras definidas pelo Ministério da Saúde. O governo federal dispõe de recursos institucionais para influenciar as escolhas dos governos locais, afetando sua agenda de governo (ARRETCHE, 2004). Na saúde, o Ministério da Saúde lidera a formulação de políticas nacionais e alocação de recursos, enquanto estados e municípios executam ações de saúde seguindo diretrizes federais. Essa dinâmica reflete como o federalismo impacta a implementação das políticas públicas no país.

Nesse processo de descentralização da gestão SUS, os municípios brasileiros vêm enfrentando dificuldades na gestão do sistema de saúde em suas regiões. Ou seja, apesar das normatizações federais, a implementação do SUS reforçou uma rede de serviços de cunho municipal, impactando a posição dos municípios no contexto federativo (FRANZESE *et al.*, 2013). Apesar desta dificuldade, o Federalismo permitiu a implementação de abordagens adaptadas às diversas realidades locais e regionais, ao mesmo tempo em que estimulou a participação ativa dos municípios na gestão da APS.

Desta forma, considera-se destacada a importância do federalismo no desenvolvimento das políticas públicas no Brasil e na relação entre os entes federados. A seguir, será explorado como se deu a organização da APS no SUS.

3.2 ORGANIZAÇÃO DA APS NO SUS

O sistema de saúde do Brasil tem evoluído ao longo do último século, acompanhando as mudanças econômicas, socioculturais e políticas do país. No final da década de 1980 a promulgação da Constituição Federal, introduziu transformações significativas no papel do Estado e reconfigurou o Sistema Público de Saúde, que resultaram em novas dinâmicas nas relações entre as distintas esferas de governo, redefiniu o papel dos diversos atores e criou o SUS. Para concretizar a implementação do SUS, foi necessário um processo de criação e aprovação da legislação infraconstitucional, conhecidas como "Leis Orgânicas da Saúde" (Lei nº 8.080 e Lei nº 8.142). Essas leis detalharam os princípios, diretrizes gerais e condições para a organização e operação do Sistema (CARVALHO *et al.*, 2017).

Reconhece-se, no entanto, que a conformação da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil se deu por meio de várias iniciativas anteriores à criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse processo contou com a participação não apenas do governo federal, mas também dos governos estaduais e municipais, profissionais de saúde e diversas outras instituições e atores sociais, e foi marcado por contradições, progressos e retrocessos, resultando em mudanças substanciais na prestação de serviços de saúde no país (CUETO, 2021).

Dois cenários foram importantes marcos para a construção da APS no Brasil: um internacional – a Conferência de Alma Ata, e outro nacional – o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira. Porém, algumas experiências institucionais desenvolvidas anteriormente foram referência para a organização da saúde pública brasileira e se alinharam conceitualmente ao que iria se conformar posteriormente como APS. A Reforma Capanema foi um desses acontecimentos. Desenvolvida nos anos de 1930, deixou como marcas alguns processos que permaneceram na conformação da APS: a concepção de um território, o cuidado de base familiar e comunitária, a combinação de ações de cura e prevenção e um papel coordenador dos Centros de Saúde na sua região de abrangência. Essas ideias foram recuperadas no contexto da segunda metade da década de 1970, especialmente na retomada da democracia e discussão sobre a importância do papel do Estado para a implementação de políticas sociais que respondessem aos problemas das pessoas, processo que ficou conhecido como Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (PAIVA, 2023).

Este movimento se constituiu em um processo muito difuso que envolveu diversos atores e interesses, desencadeando pelo menos três perspectivas sobre sua origem. A primeira perspectiva destaca a criação de instituições multiprofissionais como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

(ABRASCO), que teve a missão histórica de lutar pela democratização da sociedade e pela defesa dos direitos sociais, em particular o direito universal à saúde, demarcando uma abordagem mais intelectual e sanitária para a saúde. Na segunda perspectiva, estudiosos apontaram para a criação de políticas e programas estratégicos, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e o Polo Regional de Educação Permanente em Saúde (PREPS), sendo políticas importantes de interiorização dos serviços de saúde e na formação de recursos humanos, trazendo críticas à medicalização e ao hospitalocentrismo. Uma terceira perspectiva destaca a disseminação de ideias por meio de periódicos e congressos, enfatizando a necessidade de políticas públicas para viabilizar a vida democrática, estabelecendo uma relação entre saúde e democracia (PAIVA, 2023).

Todas essas iniciativas desempenharam um papel crucial na edificação de uma base sólida para a implementação da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, e posteriormente estabelecer o Sistema Único de Saúde (SUS). Este último consolidou os princípios de universalidade, integralidade e equidade no acesso à saúde, tendo a atenção primária como um de seus pilares (PAIVA, 2023).

A concepção de APS proposta no SUS é abrangente e incorpora aspectos de uma APS de primeiro nível, integral com foco territorial e comunitário, mas que também enfatiza processos emancipatórios na defesa do direito à saúde, visando a criação de sistemas públicos universais. Destaca a saúde como direito humano, a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos e estabelecer políticas de desenvolvimento inclusivas e legalmente instituídas para reduzir desigualdades e promover a equidade em saúde (CARVALHO *et al.*, 2022). No entanto esta não é a única concepção existente. Giovanella (2018), aponta outras três abordagens distintas de APS, que permitem a incorporação de iniciativas com propósitos muito diversos. Uma concepção mais restrita de APS, chamada APS Seletiva, está associada ao modelo biomédico de saúde, enfocando a oferta mínima de serviços para atenção materno-infantil e doenças infecciosas, especialmente para populações vulneráveis. Esta abordagem, difundida durante os anos 1990 em meio às reformas neoliberais, foi amplamente promovida por organismos multilaterais, e recomendava programas focados e seletivos, sugerindo que o governo se responsabilizasse apenas por uma seleção de ações de saúde de baixo custo (GIOVANELLA, 2018).

Outra concepção conhecida, seria a APS de Primeiro Nível, que representa os serviços de saúde primários como o ponto inicial de contato do usuário com o sistema de saúde, oferecendo uma ampla gama de serviços clínicos e ações de saúde pública. Diferentemente da APS Seletiva, essa abordagem não é seletiva e está associada à organização de sistemas de

saúde universais, embora não enfatize a orientação comunitária e a participação social (GIOVANELLA, 2018). A terceira concepção é a APS integral, que foi inicialmente proposta na Conferência de Alma Ata, em 1978. Essa abordagem considera a APS como a base do modelo de assistência e organização do sistema de saúde, defendendo o acesso universal e organizado para atender às necessidades de saúde com tecnologias apropriadas e eficazes. Além disso, prioriza a compreensão da determinação social do processo de adoecimento, a participação social e a promoção da saúde por meio de ações intersetoriais. Essa concepção também engloba os atributos da APS propostos por Starfield (2004) e a orientação comunitária, que é mais comum nos sistemas de saúde latino-americanos e pouco consolidada nos países europeus (CARVALHO *et al.*, 2022).

Ao longo dos mais de trinta anos do SUS, o processo de municipalização promoveu uma expressiva expansão da APS, com ampliação do número de unidades básicas de saúde (UBS), a formação de equipes multiprofissionais e um aumento no investimento público em saúde em nível municipal. A gestão municipal da APS tem acesso a programas e ações estratégicas, delineados pelas diretrizes nacionais do SUS, para atender às demandas de saúde locais. Para implementar essas iniciativas de maneira eficaz, é fundamental um profundo conhecimento da população e do território sob responsabilidade municipal (CARVALHO *et al.*, 2022). Assim, a territorialização continua sendo essencial para que o gestor estabeleça as modalidades de acesso e compreenda, monitor e e avalie a abrangência e os efeitos das ações e serviços de saúde nos níveis de saúde da população, incluindo os serviços da APS (SILVA *et al.*, 2017).

Após a promulgação da Lei Orgânica do SUS em 1990, a centralidade da APS no sistema de saúde brasileiro foi estabelecida de forma gradual, tendo, no início desta década, a implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Quatro anos após, em 1994, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF). Porém, foi só com a publicação da NOB 96, por meio da Portaria nº 2.203 de 05 de novembro de 1996, seguido por mais dois anos até a mudança no modelo de financiamento federal, que foi instituído, em 1998, o Piso da Atenção Básica (PAB). Este piso se constituiu em um mecanismo regular de transferência de recursos aos municípios, que condicionava o repasse ao porte populacional, superando os antigos mecanismos centrados no faturamento de serviços (SELLERA *et al.*, 2020).

A implementação e ampliação dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), no SUS, formam orientados por várias políticas, programas e ações. Ao longo dos anos, foram publicadas diversas normativas federais com foco na organização da APS, em especial as Políticas Nacionais da Atenção Básica: PNAB 2006, PNAB 2011 e PNAB 2017.

A PNAB 2006 foi fundamental para a expansão da APS na primeira década dos anos 2000, conferindo-lhe um papel central na política de saúde. Ela incentivou o modelo de organização da APS, destacando a Estratégia Saúde da Família e vários programas complementares que integravam o Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável). Durante esse período, o repasse de recursos para esse âmbito ocorreu por meio do PAB (fixo e variável). Enquanto o PAB fixo era independente da produção de atos de saúde, o PAB variável dependia da implantação de equipes e serviços. Essa forma de repasse promoveu a descentralização dos recursos federais para os municípios (CARVALHO *et al.*, 2022).

A PNAB 2011 teve como objetivo fortalecer a Estratégia Saúde da Família (ESF) ao integrar, à política nacional, iniciativas estratégicas já implantadas, como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Essa norma também manteve a obrigatoriedade da cobertura de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em todos os territórios e garantiu a manutenção das Equipes de Saúde Bucal (ESB) (PINTO, 2018).

Já a PNAB de 2017 ampliou as possibilidades de organização da APS, flexibilizando a presença dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas equipes. Essa revisão reflete mudanças funcionais no contexto das contrarreformas do governo à época e na desestruturação da política de saúde. As alterações introduzidas pela PNAB de 2017, como a diminuição do enfoque na Estratégia de Saúde da Família e a promoção de uma abordagem mais tradicional na Atenção Básica, ressaltaram desafios antigos e novos na implementação desse nível de atenção no Brasil. Esses desafios incluem a dificuldade na retenção de profissionais, a coordenação do cuidado, a integração com outros serviços e níveis de atenção, a expansão do acesso e da base social e o subfinanciamento do setor (ALMEIDA, 2021).

Em novembro de 2019, a Portaria GM/MS n. 2.979/2019 foi emitida, estabelecendo uma nova política de financiamento para a APS chamada Programa Previne Brasil (PPB). Essa iniciativa ocorreu durante uma transição no comando executivo da Presidência da República e introduziu mudanças no financiamento da APS que estavam vigentes desde 1998 (DIAS, [s. d.]). O novo modelo de financiamento da APS, que agora vincula o repasse de recursos ao número de pessoas cadastradas, pode representar uma restrição adicional à atuação do SUS e à oferta de serviços nesse nível de atenção. Antes, as equipes eram incentivadas a dirigir suas ações à toda a população do território, sendo, em muitos municípios, os únicos serviços de saúde disponíveis. Com o Programa Previne Brasil, a ênfase é a atenção aos grupos prioritários (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

A nova definição de critérios para o repasse de verbas à APS pode resultar em possíveis perdas de recursos financeiros e em uma maior focalização e seletividade dos serviços. De

acordo com as autoras, esse novo modelo de financiamento não apenas prejudica a responsabilidade constitucional do SUS com relação à segurança sanitária e à prevenção de riscos, ao enfatizar o cuidado ao público "cadastrado", mas também compromete as ações coletivas de promoção da saúde e rompe com os princípios de universalidade e equidade preconizados pelo SUS e pela PNAB. Essa nova proposta de organização e de financiamento da APS revela a ruptura de uma APS abrangente, e se volta para uma APS seletiva e focalizada (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

É importante destacar que o repasse de recursos com base em indicadores de desempenho e produtividade, embora defendido como uma forma mais eficiente de alocar recursos de saúde, está intimamente ligado à lógica de racionalização dos gastos públicos, que tem respaldado as contrarreformas na área da saúde e a adoção de valores empresariais nos processos de trabalho em saúde. Além disso, essa abordagem pode agravar a disparidade entre os municípios, privilegiando aqueles com melhor desempenho, unidades informatizadas, horários de funcionamento ampliados, profissionais especializados em saúde da família e atividades de promoção à saúde. Cabe destacar que a nova proposta de APS destaca a necessidade de aumentar os recursos destinados a essa área, mas não aborda o aumento do financiamento do Ministério da Saúde, que tem sido drasticamente reduzido nos últimos anos (ALMEIDA, 2021).

O PPB, como proposta de reforma da Atenção Primária à Saúde (APS), reflete a tendência liberal das contrarreformas no Estado Social brasileiro em desenvolvimento. Essas políticas austeras comprometem os direitos sociais e promovem uma abordagem operacional baseada na lógica de mercado. Autores apontam que o Previner Brasil sugere uma APS cujo processo de trabalho é orientado com base no gerencialismo (ANDRADE COUTO; MENDES; CARNUT, 2023).

Essa estratégia de organização visa principalmente direcionar o trabalho dos profissionais de saúde para alcançar metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde (MS), enquanto introduz um sistema de controle profissional e de competição. A lógica de desempenho incentiva os serviços em busca de uma recompensa financeira, promovendo uma busca individual para atingir as metas. Essa abordagem, fundamentada no paradigma gerencial de mercado, associa desempenho à produtividade e quantidade de trabalho, desconsiderando as especificidades do trabalho em saúde durante a avaliação do desempenho. Ou seja, a incorporação do pagamento por desempenho evidencia a incorporação de mecanismos do gerencialismo na APS, o qual importa a ideia de competição advinda do mercado (ANDRADE COUTO; MENDES; CARNUT, 2023).

O sistema de pagamento por desempenho para aumentar a produtividade apresenta eficácia limitada. Embora haja melhorias modestas nos indicadores de processo, não há avanços significativos nos indicadores de resultados em saúde. Além disso, o uso de indicadores pode levar a uma focalização excessiva nas atividades medidas, pois as equipes se concentram em atingir as metas estabelecidas para garantir o financiamento (ANDRADE COUTO; MENDES; CARNUT, 2023)

A cobrança para o atingimento de indicadores pode também fazer com que as organizações, sujeitas a maior pressão, tendam a recorrer mais a estratégias de manipulação de indicadores. Isso engloba tanto organizações que utilizam os indicadores para atender às exigências da alta administração quanto aquelas que os empregam apenas como forma de prestar contas a entidades externas, aumentando assim a probabilidade de manipulação dos dados (VAN DOREEN, 2008).

O ranqueamento entre os municípios com base nos indicadores do programa também pode aumentar a competição entre eles, incentivando a busca por resultados a qualquer custo, o que pode comprometer a qualidade dos registros ou até induzir a manipulação dos indicadores no sistema. Hood (2006), afirma que a probabilidade de uma organização manipular os dados aumenta quando está sujeita a algum sistema de ranking entre instituições, ou quando há possíveis penalidades associadas ao não cumprimento das metas.

Para a ampliação da APS torna-se necessário o uso de ferramentas para conhecer a população do território, identificar problemas de saúde e gerenciar os recursos disponíveis. O aproveitamento pleno das tecnologias de gestão depende da capacidade técnica dos gestores municipais e de seu compromisso político com a defesa do SUS.

Para garantir a coesão e evitar fragmentação na organização do SUS, considerando a diversidade dos entes federativos, é essencial que o governo central assuma o papel de liderança e coordenação das ações e serviços de saúde. Essa responsabilidade visa estabelecer diretrizes unificadas para a implementação de políticas nacionais de saúde, respeitando a autonomia constitucionalmente garantida aos municípios e estados (PEREIRA, 2014; LIMA, 2017).

O governo federal induz e coordena a política de saúde principalmente por meio da padronização e estabelecimento de modalidades de financiamento para programas, serviços e ações estratégicas de saúde. Essa padronização visa organizar os serviços em diferentes níveis de gestão e territórios, a fim de atender efetivamente às necessidades da população. Esse processo é caracterizado por continuidades e discontinuidades, avanços e retrocessos que podem alterar significativamente o modelo de atenção, além do que, diversas formas de financiamento são definidas como parte desse processo (CARVALHO *et al.*, 2022).

É importante destacar que a organização da APS no Brasil atravessou várias fases e momentos cruciais ao longo das últimas décadas. Esta jornada foi caracterizada por uma luta constante, progressos significativos e obstáculos a superar até a consolidação do SUS. Nesse contexto, a APS emerge como a principal estratégia de atenção à saúde para o SUS. Apesar dos avanços alcançados, ainda persistem desafios significativos na gestão da APS, que serão abordados adiante.

3.3 DESAFIOS DA GESTÃO DA APS

Os desafios na gestão da saúde são variados, complexos e em constante transformação. A gestão na área da saúde, e em especial da APS envolve a coordenação e a responsabilidade pelo funcionamento do sistema, incluindo atividades como planejamento, monitoramento, avaliação e controle. Isso implica em comandar e articular as diferentes áreas envolvidas, negociar recursos e garantir que as políticas e práticas adotadas estejam alinhadas com os objetivos e necessidades de saúde da população (BRASIL, 1996).

A administração pública da saúde é de responsabilidade dos gestores do SUS, que representam cada ente federado. O termo "gestor do SUS", se popularizou, e é empregado para designar o ministro da saúde no nível federal, os secretários de saúde, tanto em nível estadual quanto municipal (CARVALHO *et al.*, 2017). No entanto, esses gestores não são apenas administradores, mas sim as autoridades sanitárias em cada esfera de governo, cujas ações políticas e técnicas devem estar alinhadas com os princípios da reforma sanitária brasileira (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2009, p. 51).

A atuação dos gestores do SUS envolve duas dimensões essenciais: a política e a técnica, ambas inseparáveis e fundamentais para lidar com a complexidade e os desafios inerentes ao cargo de autoridade sanitária. Na esfera política, o ministro ou secretário de saúde desempenha um papel significativo, sendo indicado pelo chefe do Executivo em cada nível de governo. Essa posição envolve a responsabilidade de integrar uma equipe responsável por um projeto de governo específico, exigindo interações com outros órgãos governamentais, poderes legislativo e judiciário, gestores de outras esferas e sociedade civil, além de prestar contas ao chefe do executivo correspondente (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2009).

Na esfera técnica, os gestores têm a responsabilidade de implementar políticas de saúde em conformidade com os princípios e leis do SUS, além de atender às necessidades de saúde da população de forma contínua, independentemente das mudanças de governo. Para isso, é essencial que possuam conhecimentos, habilidades e experiência em gestão pública e saúde,

estando capacitados para tomar decisões e conduzir políticas de saúde de forma eficiente e eficaz. É essencial considerar a interação entre o projeto de governo e a política setorial de saúde, representando as dimensões política e técnica, pois frequentemente essa interação revela tensões que afetam a consolidação e a continuidade das políticas públicas de saúde (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2009).

A falta de habilidade técnica do gestor apresenta-se como um desafio significativo para a gestão da APS, dado que os gestores são responsáveis por implementar políticas de saúde em conformidade com os princípios e leis do SUS, além de atender às necessidades da população. A falta de habilidade técnica pode dificultar a tomada de decisões acertadas e a condução eficiente das políticas de saúde, que pode resultar em problemas na organização e na prestação dos serviços, afetando negativamente o acesso e a qualidade do cuidado oferecido à população.

No âmbito municipal, o desempenho das funções da gestão da APS não se limita apenas ao secretário municipal de saúde, abrange também outros profissionais que ocupam cargos técnicos e assistenciais na equipe (SOUZA, 2008). Nesse sentido outros profissionais de saúde como coordenadores de atenção primária, gerentes de unidades, coordenadores de programas podem compor informalmente ou formalmente a equipe de gestão, conforme organograma ou estrutura administrativa municipal.

Quanto às funções gestoras na saúde, elas podem ser agrupadas em quatro categorias principais, também chamadas de macrofunções gestoras e englobam várias subfunções e atribuições dos gestores: formulação de políticas/planejamento; financiamento; coordenação, regulação, controle e avaliação do sistema, e prestação direta de serviços de saúde (SOUZA, 2002). Considerando a complexidade do processo, os gestores enfrentam desafios significativos ao tentar garantir a eficiência dos serviços de saúde e a qualidade do atendimento prestado à população.

A escassez de profissionais envolvidos no processo de gestão em saúde é evidente. Além disso, nos pequenos municípios, várias responsabilidades de gestão acabam sendo atribuídas a uma única pessoa, principalmente ao secretário de saúde, o que sobrecarrega o dia a dia do trabalho da gestão e limita o tempo disponível para o planejamento (CARVALHO *et al.*, 2018).

Um dos principais desafios que os gestores enfrentam para gerir a APS é a gestão dos trabalhadores. Comumente são referidas dificuldades para selecionar e reter profissionais qualificados, devido a vínculos precários e altas taxas de rotatividade são causadas por condições de trabalho precárias, baixos salários e falta de incentivos. Além disso, a falta de profissionais devido a afastamentos médicos também sobrecarrega os remanescentes, comprometendo a qualidade e eficiência dos serviços. Isso pode resultar em longas filas de

espera e dificuldades de acesso aos cuidados de saúde necessários, impactando negativamente na satisfação dos usuários (CONASEMS, 2021).

Na gestão dos trabalhadores também são encontradas dificuldades para garantir treinamento contínuo sobre protocolos de tratamento e atualizações para um melhor desempenho de suas funções, especialmente devido a restrições orçamentárias, falta de infraestrutura adequada e de um setor de gestão do trabalho que organize tais treinamentos, além de limitações de tempo dos profissionais de saúde. O desenvolvimento de processos de educação permanente também se constitui em desafio. Tais desafios se ampliaram nos últimos anos devido ao apagamento, no cenário nacional, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), órgão do MS responsável por formular políticas públicas orientadoras da gestão, formação e qualificação dos trabalhadores e da regulação profissional na área da saúde no Brasil (CONASEMS, 2021).

Na gestão dos trabalhadores, outro desafio comum se deve a resistência à mudança por parte de servidores mais antigos. Essa resistência surge da familiaridade com os processos estabelecidos ao longo dos anos, causando incerteza e desconforto em relação às mudanças propostas. Os funcionários mais antigos podem temer que as mudanças afetem suas rotinas ou posições na organização, questionando sua necessidade e resistindo devido à falta de comunicação clara sobre os motivos e benefícios esperados. Sobre este aspecto Cecílio (2007) aponta que ao exercer a gestão em saúde, é crucial reconhecer a presença de um espaço de liberdade para os trabalhadores da saúde, onde são gerados significados que por vezes contradizem propostas consideradas inovadoras e necessárias pela gestão atual. O autor salienta que as práticas desses trabalhadores são influenciadas por um conjunto de regras, normas, saberes, hierarquias e referências instituídas, que moldam seus ambientes de trabalho. Isso proporciona aos gestores o desafio de conciliar a liberdade e os sentidos atribuídos pelos trabalhadores ao seu trabalho com o desenvolvimento dos projetos propostos pela gestão.

Os gestores municipais também enfrentam desafios significativos devido à gestão orçamentária. Um dos maiores obstáculos é lidar com o aumento da demanda por serviços de saúde sem um correspondente aumento no orçamento, o que dificulta não apenas a expansão da oferta, mas também a manutenção da qualidade dos serviços. Com a descentralização, os municípios assumiram mais responsabilidades na formulação, execução e financiamento das estratégias de saúde. Embora recebam repasses federais e estaduais para complementar os investimentos municipais em saúde, o ente federal tem reduzido proporcionalmente sua participação no financiamento da saúde, com aumento significativo pelo ente municipal (PIOLA *et al.*, 2013; SERVO *et al.*, 2020).

A regulamentação da Emenda Constitucional n° 29, pela Lei Complementar 141/2012, reforçou a destinação de 15% da arrecadação municipal para a saúde, no entanto, a redução proporcional de gastos em saúde pelo governo federal, fez com que os municípios, responsáveis diretos pela execução das ações e serviços públicos de saúde (ASPS), investissem muito mais que os 15% definidos pela lei 141/2011, tendo havido no ano 2017 um percentual médio de investimento pelos municípios brasileiros de 24,2% em saúde (BRASIL, 2018). Desta forma, nos municípios, especialmente naqueles de menor porte onde há baixa arrecadação municipal, os recursos tornam-se insuficientes para atender às necessidades de saúde da população. Assim, o financiamento da saúde continua sendo um dos principais desafios para os gestores, pois tem um impacto direto no planejamento e na implementação das políticas públicas (JORGE *et al.*, 2022).

Os municípios também enfrentam dificuldades em relação à Lei de Responsabilidade Fiscal, que impõe limites para gastos com pessoal e outras despesas, o que pode restringir as possibilidades de investimento em ações e serviços de saúde, incluindo a APS. Essa situação pode comprometer a capacidade dos municípios de oferecer uma APS de qualidade à população, afetando a efetividade e a abrangência dos serviços de saúde oferecidos (MEDEIROS *et al.*, 2017). Outra questão relacionada ao financiamento da saúde está na prática de gestores que transferem a responsabilidade de ordenar despesas da saúde para profissionais da área financeira, como contadores e secretários de fazenda. Isso acaba dificultando a gestão adequada dos recursos da saúde. Além disso, quando os recursos estão vinculados a programas e incentivos do Ministério da Saúde, a capacidade de realocá-los para outras áreas da saúde é limitada. Isso gera situações em que os municípios enfrentam dificuldades até mesmo para manter suas redes de unidades básicas, quanto mais expandi-las para outros serviços.

O papel político do gestor, torna-se um desafio importante, especialmente em nível municipal, tendo em vista que os gestores acabam assumindo um papel político significativo, dedicando parte do seu tempo para lidar diretamente com demandas da população que chegam por meio dos vereadores, de lideranças comunitárias ou mesmo dos usuários. Também envolve a negociação com outros poderes e instituições para garantir recursos e apoio para o sistema de saúde local. Esse envolvimento político pode desviar a atenção do gestor de outras responsabilidades administrativas e técnicas, impactando na eficiência da gestão.

Os avanços do SUS são notáveis, porém persistem desafios para consolidá-lo como um sistema público universal e equitativo. Nesse contexto, a participação da população é essencial. O controle social pode ser compreendido como a capacidade da sociedade civil de influenciar

a gestão pública, direcionando as ações do Estado e os gastos estatais para atender aos interesses coletivos, especialmente nas políticas de saúde. É um processo de compartilhamento de poder e construção de cidadania, visando fortalecer a sociedade (SILVA, 2011). No entanto, a falta de compreensão e informação da população sobre o SUS e de seus direitos relacionados à assistência também se constitui num desafio relevante para gestores, pois muitas vezes serve como uma estratégia para obscurecer os direitos dos usuários e as responsabilidades do Estado como gestor e provedor de saúde, afetando a experiência dos indivíduos com os serviços de saúde (TAVARES, 2003). Isso pode resultar em expectativas irreais ou demandas inadequadas, sobrecarregando o sistema de saúde com solicitações de tratamentos ou serviços não ofertados pelo SUS. Além disso, o desconhecimento dos usuários sobre seus direitos pode levar a situações de abuso político, onde o apoio político é condicionado a promessas de benefícios individuais, prejudicando o sistema como um todo.

Também a escassa participação dos usuários nas instâncias de controle social como nos conselhos de saúde e nas conferências municipais de saúde se constituem em desafio para garantir a transparência, a prestação de contas e a melhoria contínua do sistema de saúde, já que muitas vezes, a participação dos usuários nessas instâncias é limitada, seja por falta de informação, interesse ou recursos. Esse fator, dificulta a identificação e a resolução de problemas locais, além de comprometer a legitimidade e a representatividade dessas instâncias.

A gestão de políticas descentralizadas no SUS, com maior responsabilidade atribuída aos municípios, apresenta desafios complexos, e embora a implementação de mudanças exija mais do que apenas a atuação do gestor, este desempenha um papel crucial na condução política do sistema (MARQUES; MENDES, 2002). Ou seja, esse modelo de gestão demanda não apenas gestores capazes de implementar políticas e novos modelos de atenção, mas também competência para lidar com os desafios que surgem nesse processo (MEZOMO, 2001). Essas questões reforçam a necessidade de que os gestores sejam proficientes em planejamento, organização e avaliação das ações realizadas. Além disso, é crucial que tenham acesso a informações técnicas, científicas e políticas para possam analisar a proposição de políticas pelos outros entes e implementá-las visando, especialmente, a melhoria do estado de saúde da população (MARTINS; WACLAWOVSKY, 2015).

No contexto das relações federalistas, do compartilhamento da gestão e implementação de políticas, como a APS, um dos principais desafios que podem contribuir ou não para o seu êxito é o papel e processo de trabalho do gestor municipal e da equipe gestora. Desta forma, a sistematização dos referenciais abordados sobre as políticas públicas de saúde no Brasil sob o enfoque do federalismo, a organização da APS no SUS e os desafios da gestão da APS, buscou

subsidiar a compreensão sobre as repercussões que as políticas públicas produziram no trabalho das equipes gestoras da APS.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 DELINEAMENTOS DA PESQUISA

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa que integra uma pesquisa maior denominada “*Mudanças nas regras de transferência de recursos federais do Sistema Único de Saúde: implicações e desafios para o financiamento e a organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil*”, um projeto multicêntrico, desenvolvido em parceria com pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ Fiocruz e Universidade Estadual de Londrina. Para o desenvolvimento da pesquisa previamente foi elaborado um manual de campo por alguns membros do grupo de pesquisa, que teve como objetivo orientar quanto aos procedimentos envolvidos nas diferentes fases da etapa do projeto: fase preparatória, fase de execução, e fase de finalização.

Segundo Minayo (2008), a pesquisa qualitativa direciona-se a questões específicas relacionadas à realidade que não são passíveis de quantificação. Seu objetivo é adentrar em aspectos mais profundos das relações, processos e fenômenos que não podem ser simplificados ou reduzidos à mera mensuração de variáveis.

4.2 LOCAIS E PARTICIPANTES DO ESTUDO

No Paraná a pesquisa foi realizada na macrorregião norte, que contempla cinco regionais de saúde (RS): 16^a, 17^a, 18^a, 19^a e 22^a RS, onde se situam 97 municípios (Figura 1). Essa região possui uma população estimada de 2.013.163 habitantes, tendo como destaque o município de Londrina, sede da macrorregião e segundo mais populoso município do Estado do Paraná (PARANÁ, 2020).

O local de estudo foram nove municípios da macrorregião norte, sendo sete deles, municípios de pequeno porte (MPP) (população de até 20.000 hab) e dois municípios de grande porte populacional (MGP) (população entre 100.001 a 900.000), de acordo com a classificação de municípios por número de habitantes (Tabela 1).

Figura 1 - Mapa da Macrorregião Norte do Paraná. Paraná, 2023.

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado do Paraná – SESA/PR

Tabela 1- Classificação de Municípios por número de habitantes, Brasil, 2004a.

CLASSIFICAÇÃO DOS MUNICÍPIOS	PORTE POPULACIONAL
Pequenos I	Até 20.000 habitantes
Pequenos II	De 20.001 a 50.000 habitantes
Médios	De 50.001 a 100.000 habitantes
Grandes	De 100.001 a 900.000 habitantes
Metrópoles	Acima de 900.000 habitantes

Fonte: Brasil (2004a). IBGE (2019)

A seleção dos municípios participantes da pesquisa se deu por meio de dois critérios: a aplicação de recursos próprios em APS, bem como os recursos transferidos via emendas parlamentares, com a intenção de selecionar municípios com perfis diversos, do ponto de vista de investimentos próprios em APS (alto e baixo investimento próprio em APS), bem como da dependência da transferência de recursos de emendas parlamentares (altos e baixos valores transferidos). A aplicação dos critérios resultou na seleção de oito municípios e, além desses foi definido que o município sede da região também seria incluído para a realização do estudo. Outros municípios também foram pré-selecionados para substituir algum município em caso de recusa, o que ocorreu em três situações.

Os municípios selecionados foram: Apucarana (16ªRS), Arapuã (22ªRS), Cândido de Abreu (22ªRS), Cruz Maltina (22ªRS), Conselheiro Mairinck (19ªRS), Pinhalão (19ªRS), Porecatu (17ªRS) e Santo Antônio do Paraíso (18ªRS), além de Londrina (17ª RS), por ser o município sede da macrorregião norte do Paraná. Os participantes do estudo foram os gestores municipais de saúde e os coordenadores da APS dos municípios selecionados. Participaram da pesquisa dezoito pessoas, sendo nove gestores municipais de saúde (oito secretários de saúde e uma diretora geral) e nove coordenadores da APS. Entre os gestores, três foram acompanhados durante a entrevista por assessores que ocupavam cargos de apoio da gestão.

4.3 OBTENÇÃO DOS DADOS

As entrevistas foram realizadas por integrantes do grupo de pesquisa, a partir de um roteiro semi-estruturado (Anexo A), na perspectiva da dimensão de análise – Modelo de Atenção: Regras federais da APS, que abordou: Concepção (percepção sobre o PPB); Composição e organização (alteração na organização da APS no município a partir de 2017, implantação ou fechamento de novas equipes/serviços) e Monitoramento e avaliação (programas e ações desenvolvidas, incluindo cadastramento, indicadores de processo e de resultado, pontos positivos e negativos das alterações produzidas).

As entrevistas foram previamente agendadas, através do contato via telefone ou e-mail com os gestores municipais de saúde e/ou coordenadores da APS dos municípios. Na data agendada, os encontros ocorreram de forma presencial, nos próprios municípios, em ambiente reservado, onde estavam presentes apenas o entrevistado e dois entrevistadores, integrantes do grupo de pesquisa. As entrevistas ocorreram no período compreendido entre junho e setembro de 2022.

4.4 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Após realizadas as entrevistas, a gravação dos áudios foi encaminhada para transcrição, para uma empresa contratada para esta finalidade. Posteriormente ao recebimento do material transcrito, iniciou-se uma leitura aprofundada do material transcrito, concomitante à audição das gravações para correção de possíveis incorreções do texto. Feitas as correções e, visando a impregnação do conteúdo das entrevistas pela pesquisadora, foram realizadas várias leituras do texto.

A análise das entrevistas foi conduzida utilizando o método de análise de discurso proposto por Orlandi (2020). A Análise do Discurso (AD) surge do interesse pela linguagem e foca no próprio discurso. Permite compreender melhor a capacidade humana de significação, sendo uma mediação entre o indivíduo e a realidade social. Explora como a linguagem gera sentidos, desafiando certezas e ampliando a compreensão do mundo (ORLANDI, 2020).

Para a análise, os conteúdos das entrevistas de cada município foram sintetizados, buscando destacar os resultados relacionando-os a cada objetivo do presente estudo. Estas sínteses foram então organizadas de acordo com os objetivos da pesquisa, com o intuito de oferecer uma visualização e compreensão mais clara do conteúdo.

Em seguida, uma nova leitura mais aprofundada de cada síntese foi realizada, sendo selecionadas frases relevantes relacionadas ao fenômeno em estudo, formando unidades de significado (US) que foram interpretadas. Na etapa seguinte, essas US foram agrupadas, identificando convergências e divergências entre elas. Esse processo permitiu a elaboração das categorias de análise.

Para a manutenção da confidencialidade dos dados foi atribuído códigos aos entrevistados. Para os gestores atribuiu-se a letra G, para o apoiador do secretário de saúde atribuiu-se a letra A e para os coordenadores da APS a letra C, e a ordem de numeração dos municípios foi definida de acordo com a ordem alfabética dos municípios. Para este estudo, os textos foram recortados em unidades de registro mantendo a integridade do contexto original.

Ao final da análise, os registros foram sintetizados e agrupados por categorias, não mais organizadas por município. Foi possível identificar três categorias de análise: Apropriação e posicionamento dos entrevistados sobre as políticas para a APS, Mudanças percebidas no processo de trabalho dos municípios após a PNAB 2017 e Programa Previne Brasil e Desafios frente às mudanças requeridas nos processos de trabalho na APS.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa obedeceu às exigências preconizadas pela Resolução n.º 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo o projeto submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, sob o parecer n.º 4.014.705/2020 e CAAE 30675420.6.0000.5240.

Os entrevistados foram orientados quanto ao objetivo da pesquisa e o direito de recusar-se a participar desta, em qualquer fase de sua execução, bem como a garantia do sigilo em relação às informações prestadas, autorizando a realização da arguição por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo C).

5 RESULTADOS

Os resultados estão organizados em quatro categorias, a primeira apresenta os achados em relação às características dos municípios e das equipes gestoras, a segunda explora a apropriação e posicionamento das equipes gestoras sobre as políticas para a APS, a partir de 2017; a terceira as mudanças ocorridas no processo de trabalho dos municípios após a PNAB 2017 e o Programa Previne Brasil e a última os desafios encontrados frente à essas mudanças.

5.1 CARACTERÍSTICAS DOS MUNICÍPIOS E DAS EQUIPES GESTORAS

A maior parte dos municípios pesquisados (sete) são considerados municípios de pequeno porte, cinco deles com população inferior à 20 mil habitantes e dois com população tem entre 10 e 20 mil habitantes. Outros dois municípios, incluindo o município sede da macrorregião, são considerados como municípios de grande porte, com população entre 100 e 600 mil habitantes (IBGE, 2019).

Uma característica relevante dos municípios estudados é que a equipe gestora das secretarias municipais de saúde, composta pelo gestor de saúde e coordenadores da atenção básica, tem predomínio de mulheres, na faixa etária de 36 a 51 anos (Tabela 2).

Tabela 2– Características da equipe gestora dos municípios estudados, Macrorregião Norte do Paraná, 2023.

Perfil equipe gestora	Gênero		Faixa etária*			Total
	F	M	até 35a	36 a 51	52a e +	
Total	14	04	05	09	03	18

* a idade de um gestor é ignorada

Fonte: Elaboração própria, 2023.

Ao analisar a escolaridade dos gestores, verificou-se que sete referiram possuir ensino superior completo, cinco deles com formação na área da saúde, e três com especialização em saúde coletiva (Quadro 2). A formação em Enfermagem foi a que mais se destacou dentre os cursos de graduação e também chama a atenção o fato de quatro gestores não possuírem formação na área da saúde.

Analisou-se também a escolaridade da coordenação da APS. Foi verificado, que todas entrevistadas possuem ensino superior completo na área da saúde, e quase a totalidade relatou ter alguma formação de pós-graduação, a maioria em saúde coletiva (Quadro 2).

Quadro 1 - Escolaridade da equipe gestora dos municípios estudados, Macrorregião Norte do Paraná, 2023.

ESCOLARIDADE	GRADUAÇÃO	GESTORES	COORDENADORES APS
Nível superior na área da saúde	Enfermagem	03	08
	Farmácia	01	-
	Odontologia	01	-
	Medicina	-	01
Nível superior outras áreas	Pedagogia	02	-
Nível médio e fundamental	Ensino médio e fundamental	02	-
TOTAL		09	09
Área de especialização	Saúde coletiva	03	05
	Especialização outras áreas	02	02
	Doutorado	-	01
	Não possui especialização	02	-
	Não informado	02	01
TOTAL		09	09

Fonte: Elaboração própria, 2023.

Analisou-se o tempo de atuação do gestor nas funções de gestão da saúde, e sua trajetória anterior no município. Quanto ao tempo de atuação na função de gestão da saúde, seis gestores possuíam até três anos de atuação na área de gestão como secretário de saúde (Quadro 3).

Em relação à trajetória dos gestores nos municípios, apenas um gestor referiu não ter experiência anterior na saúde, seja como secretário de saúde ou ocupando outras funções na gestão (Quadro 3).

Outro aspecto analisado foi o tempo de atuação da equipe gestora na função de coordenação da APS, demonstrando que a maioria das entrevistadas tinham mais de quatro anos de atuação na coordenação da APS, ou seja, mais que um mandato de gestão (Quadro 3).

Quadro 2 - Perfil da equipe gestora dos municípios estudados, segundo o tempo de atuação na função, Macrorregião Norte do Paraná, 2023.

GESTOR	
Tempo de atuação como gestor nas funções de gestão de saúde	Nº
De 01 a 03 anos	06
De 05 a 10 anos	01
10 ou +	02
TOTAL	09
Trajetória do gestor do município	Nº
Sem experiência anterior na área da saúde	01
Experiência anterior na saúde, não na APS	02
Experiência anterior na área da saúde na APS	01
Experiência anterior na equipe gestora	04
Não identificado	01
TOTAL	09
COORDENADORES APS	
Tempo de atuação na coordenação da APS	Nº
Até 03 anos	02
De 05 a 10 anos	05
De 10 ou +	02
TOTAL	09

Fonte: Elaboração própria, 2023.

5.2 APROPRIAÇÃO E POSICIONAMENTO DAS EQUIPES GESTORAS SOBRE AS POLÍTICAS PARA A APS, A PARTIR DE 2017

Foram identificados diferentes níveis apropriação sobre as políticas da APS a partir de 2017 e seus reflexos na organização da APS nos municípios pesquisados. Os gestores puderam ser categorizados em dois grupos: um que conhecia de forma aprofundada as novas políticas, e seus possíveis reflexos sobre a organização da APS e outro que desconhecia completamente, tanto as regras como suas possíveis repercussões na organização da APS.

Quanto ao grupo de gestores que desconheciam as novas regras, constatou-se que eram de pequenos municípios, sem formação na área e/ou com pouco tempo no cargo. Ao serem questionados demonstraram completo desconhecimento da PNAB 2017 e do PPB, tanto sobre o conteúdo destas normativas quanto sobre o seu reflexo no município, relacionado ao recebimento de recursos e de mudanças na composição das equipes na APS, apresentando

respostas muito vagas ou se reportaram à contadora quando o tema era recebimento de recursos pelo município ou à coordenadora da APS quando o tema era número de profissionais/ equipes da APS.

Devo ter ouvido alguma coisa a respeito disso. G2.

Talvez até tenha, porque eu não estava acompanhando no início, não sei dizer. G4

Eu já ouvi falar, porém eu ainda não peguei para mim me inteirar a respeito dele, mas outros profissionais acredito que o pessoal da enfermagem foi mais adiante em relação ao Previne Brasil. A2

Agora tem o Previne Brasil. Não estou mais a par, mas já ouvi falar. C5

A gestora de um município de pequeno porte referiu estar há pouco tempo no cargo e demonstrou desconhecer as políticas da APS e seu reflexo na organização desta área no município. Referiu dificuldade em se apropriar das questões administrativas da secretaria de saúde e, justificando sua não apropriação, ela referiu “*Eles chegam aqui e querem falar com os secretários e muitas vezes o secretário não consegue fazer as atribuições mesmo, a parte administrativa, porque o assistencial te consome bastante*”. (G8) E, ao ser abordada sobre as mudanças na forma de financiamento da APS demonstra dificuldade de entendimento:

Eu consigo ter noção do que mudou [...] Por exemplo, a parte de financeiro. O que acontece? Antes era todo centralizado lá na prefeitura, agora que a gente começou... o meu interesse que a gente começou a participar da... Colocar nas tabelas, apresentar a questão financeira. Então, assim, estamos aprendendo ainda, estamos engatinhando. G8

Em relação ao grupo que estava apropriado das regras, este era composto pelos gestores dos maiores municípios, mas também de gestores e/ou coordenadores da APS de pequenos municípios com formação e experiência em APS.

Demonstrando conhecimento, a coordenadora da APS de um município de pequeno porte afirma que, na prática, não houve alteração na organização das equipes da atenção primária a partir de 2017 com a nova PNAB, e que a transformação de uma equipe da ESF em EAP, foi devido a perda de credenciamento da equipe da ESF, ou seja, essa mudança não foi em decorrência a nova PNAB.

Embora a PNAB de 2017 tenha trazido importantes mudanças para a organização APS, sendo algumas das principais alterações a flexibilização da composição das equipes de saúde, permitindo a formação de diferentes modalidades de equipes além da tradicional ESF, essa tendência não foi observada nos municípios pesquisados. A baixa quantidade de e AP

implementadas pode estar ligada ao porte reduzido dos municípios, ou seja, essa mudança não teve um impacto significativo nesses municípios devido à falta de uma população que justifique a ampliação das equipes.

Em relação ao horário estendido das UBS, como uma ação estratégica incentivada pelo PPB, a coordenadora da APS de um pequeno município afirma: *“Não (houve mudanças). Até porque a gente já tinha um horário estendido. Então quando saiu falando dos horários estendidos, a gente já tinha esse horário (estendido) porque não temos hospital”*. C5

A secretária de saúde de outro município de pequeno porte afirma que não houve mudanças em relação à forma de contratação de profissionais após a PNAB 2017, menciona que o setor jurídico do município é rigoroso quanto à legislação. Em sua opinião, o Ministério da Saúde foi estratégico ao atrelar o recurso financeiro ao cumprimento de metas o que, segundo ela, promoveu a mobilização de toda a equipe.

Então, eu achei que o Ministério, para mim, foi uma sacada inteligente, o Ministério, como ele não havia outra forma de cobrar, penso eu, ele amarrou a questão recurso aí e recurso mexe, mobiliza. G7

O gestor de outro município de grande porte afirmou que no seu município não houve mudança na forma de contratação de profissionais após a nova PNAB e ao Previne Brasil e, em relação à forma de atuação dos profissionais, ele não percebeu alterações, porém acredita que terá mudanças para melhor, com melhoras tanto quantitativas como qualitativas, porém não sentiram os reflexos até o momento.

Em relação às mudanças no financiamento trazidas pela nova PNAB e pelo Programa Previne Brasil, os posicionamentos mais críticos vieram de gestores dos maiores municípios. O secretário de saúde de um município de grande porte afirma que houve impacto financeiro no seu município, pois tiveram que aplicar mais recursos próprios nos últimos anos para manter todo o atendimento da AB.

Teve impacto financeiro. Como a gente manter como carro chefe a atenção básica, a gente faz um grande investimento. Então, nos últimos cinco anos o município teve que aportar mais recursos para a atenção básica, nós tivemos essa situação. G1

O Superintendente da APS e apoiador do secretário deste mesmo município demonstrou preocupação ao afirmar sobre a necessidade de mudanças no processo de trabalho das equipes, não somente pelos resultados dos indicadores, mas pelo financiamento, já que o atingimento

dos indicadores irá impactar diretamente no financiamento da APS. Ao ser questionado ele afirma que *“isso vai impactar diretamente no financiamento.”* A1.

Também a diretora geral de outro município de grande porte demonstrou uma visão mais crítica da nova política para a AB. Referiu que a nova política veio com uma nova proposta de financiamento, porém em compasso diferente para com a realidade do município. Relata que já conseguiram prever a perda financeira do seu município, e que a situação é assustadora, porque antes do Previne a captação de recursos era diferente e independia da produção realizada.

Já, a gente já previu essa perda financeira sim. Por isso que eu falei, quando eu fiz assim: "está assustador", porque antes a gente recebia 24 reais habitante/ano e mais os incentivos, aí quando você soma tudo isso, se transforma em um padrão de 50 reais, se você conseguir fazer isso e aquilo. Ali a gente já tinha perda[...], mas meio que se equiparava. Só que daí a gente já fez uma projeção (de perda) se não alcançar o que eles estão pedindo, os indicadores. (A6).

Essa entrevistada também aborda as alterações nos blocos de financiamento, que foram publicadas à mesma época que a PNAB, em 2017. Devido a requisitos legais, como a Lei de Responsabilidade Fiscal, há restrições à transferência de recursos sem autorização legislativa. A Portaria 3992/2017 é vista como uma resposta positiva para contornar essas limitações, no entanto, apesar das mudanças, a gestão ainda não tem total autonomia na administração dos recursos financeiros. Ela enfatiza que não era a redução das “caixinhas” que o município precisava e sim ter a liberdade financeira para executar a gestão da atenção básica de acordo com a sua necessidade.

Eu acho que enfraqueceu sim com essas novas políticas porque abriu né. Tem uma coisa que a gente sempre pedia para o ministério, para dar o dinheiro e deixar a gente desenvolver a política e os nossos indicadores, tira das caixinhas. Ele diminuiu das 140 caixinhas que tinha, fez em bloco e falou: "aqui você pode mexer, mas você tem que devolver dinheiro", você pode, mas não pode. (A6).

Já em relação aos novos formatos de equipe definidos pela PNAB 2017, a diretora tem posicionamento favorável, acredita que *“teve um avanço na PNAB que foi reconhecer as equipes de atenção básica. Isso foi bom.”* (A6).

Os demais gestores que estavam apropriados do conteúdo das normas e de suas possíveis repercussões sobre a organização da APS manifestaram posicionamento positivo sobre o Programa Previne Brasil.

Tanto para os gestores como para a equipe gestora, o PPB teve um impacto na reorganização dos processos de trabalho no município e na revitalização do papel das equipes da APS, cuja importância se diluiu durante a pandemia. Na visão dos entrevistados, as ações realizadas para alcançar os indicadores contribuíram significativamente para aprimorar a assistência à saúde aos usuários dos serviços da APS.

Então, eu vejo que o Previne Brasil veio para fazer com que a equipe de atenção primária cumpra com o seu papel, não só de terapêutico, mas de prevenção e promoção, são as coisas que a gente trabalha dentro desses indicadores, consulta de pré-natal, exames e programas de doenças crônicas, hipertenso, diabético, metas de vacinação. G7

É um programa que é interessante, porque vai direcionar recursos para aquelas equipes que estão funcionando de forma correta, só que não foi estruturado, a meu ver, de forma correta. G1

Olha, eu vejo assim, foi inicialmente uma mudança bem importante, impactou a gente no início, mas a gente já vinha trabalhando na lógica da informatização [...]. Eu entendo, hoje, que o Previne Brasil veio muito também... não vou falar forçar, mas estimular os municípios a informatizarem, o que eu acho que é uma coisa boa. C6

Cabe destacar que o financiamento da saúde se tornou uma preocupação evidenciada após a implementação do Programa Previne Brasil e, embora estivesse ligado à produção e à qualidade das informações registradas no sistema e-SUS, essa condição motivou a gestão a encorajar suas equipes a buscarem novas estratégias no trabalho e a reassumir suas responsabilidades conforme as diretrizes da APS.

5.3 MUDANÇAS PERCEBIDAS NO PROCESSO DE TRABALHO DOS MUNICÍPIOS APÓS A PNAB 2017 E PROGRAMA PREVINE BRASIL

Diante dos resultados apresentados, compreendeu-se que a implantação do PPB provocou muitas mudanças no processo de trabalho das equipes gestoras, para que houvesse o cadastro da população, o registro da produção dos atendimentos pelos trabalhadores das UBSs e não ocorresse redução do recurso financeiro recebido pelo município. As principais mudanças realizadas acerca do processo de trabalho das equipes foram: implantação do prontuário eletrônico; capacitação/treinamento das equipes para o uso de sistema informatizado; cadastramento da população conforme as regras da capitação ponderada e o monitoramento dos indicadores do PPB. Tais mudanças foram identificadas em todos os municípios participantes da pesquisa, independente do porte populacional e ou da característica das equipes gestoras.

Diante das alterações ocasionadas no trabalho das equipes gestoras, evidenciaram-se os novos formatos de organização do processo de trabalho nos serviços de saúde para o cadastramento ou recadastramento da população no sistema e-SUS e para o monitoramento dos indicadores do Previne Brasil. Foram citados: implantação do prontuário eletrônico, aquisição de sistema de informatização privado, compra de equipamentos de informática, expansão da rede de internet nas UBSs, organização de novos fluxos de atendimento e implantação de instrumentos para o monitoramento dos indicadores.

O relato de uma coordenadora da APS demonstra que, anteriormente ao previne, acompanhavam alguns indicadores, de forma aleatória, porém sem frequência estabelecida e sem monitoramento sistematizado.

Mas de ficar em cima de indicador e estar bem atento com isso, não. Não tinha tanta atenção. C2

Outra coordenadora da APS, menciona sobre a mudança no processo de trabalho após o previne, tendo a necessidade de constantes reuniões com a equipe para buscar o alcance dos indicadores e para realizar as mudanças no processo de trabalho das equipes da APS.

A gente está fazendo reuniões, a gente teve mudanças para atingir os indicadores, a gente está fazendo algumas mudanças no trabalho. C3

A coordenadora da ESF de outro município de pequeno porte e também nomeada como coordenadora técnica do Programa Previne, faz referência sobre as mudanças realizadas no processo de trabalho da equipe, alegando que todo o atendimento da população está direcionado ao cumprimento dos indicadores. Para acompanhar as ações realizadas, bem como o monitorar cumprimento das metas estabelecidas para o município, optaram pela utilização de alguns instrumentos, como planilhas e fichas de aprazamento. Informa ainda sobre a utilização de protocolos que favorecem o cumprimento dos indicadores, como por exemplo, a solicitação de exame pela enfermeira da unidade, e a realização dos testes rápidos exigidos no pré-natal. Refere também que já articularam uma agenda estratégica para o atendimento odontológico da gestante, no mesmo dia do pré-natal, para que haja maior adesão por parte delas.

A gente trabalha tentando organizar, tanto que eu que sou a coordenadora técnica do Previne. Eu fico mais em cima na questão dos hipertensos e diabéticos. A *Fulana* [nome da funcionária] cuida das gestantes e a gente trabalha junto nas gestantes vendo se está entrando todo o indicador. Para a gente, todo o atendimento gira em torno dos indicadores.

Em relação à implantação do prontuário eletrônico no município, uma gestora de MPP menciona sobre a aquisição de equipamentos de informática como computadores.

Estamos implantando agora, a gente comprou os computadores e agora a gente está implantando. G9

A coordenadora da APS de outro município pequeno, faz destaque de que a alteração no processo de trabalho da equipe foi após a chegada do PPB, tendo a necessidade de implantar prontuário eletrônico para a inclusão da produção de toda a equipe, inclusive com a necessidade de treinamento para os demais membros da equipe, citando a equipe médica.

[...] o Previne Brasil, por causa dos indicadores, a gente teve que mudar a forma de trabalhar, porque até hoje, por exemplo, a gente não implantou o e-SUS totalmente. Então, agora com o Previne Brasil ou eles implantam ou não tem produção. Igual eu falo, não é que a gente não fazia, a gente não registrava, porque hoje começou a colocar os computadores para treinar agora os médicos. C9

A mesma coordenadora relata que antes do previne a equipe estava condicionada a cumprir metas. Aponta ainda, que não eram provocados a repensar a prática e buscar novas estratégias, e que o fato de acompanhar os indicadores do Previne proporcionou uma reorganização no processo de trabalho e uma reflexão por parte da equipe, de quais ações que devem realizar para a melhoria da assistência.

Como eu falei não que a gente não fazia, mas a gente não colocava no papel, a gente não tinha essa visualização, essa dimensão. Hoje a gente consegue fazer, a gente tem essa visão, antes a gente não tinha e foi depois do Previne Brasil. Metas a gente sempre teve, mas assim, esse olhar de falar, “Nossa, olha quanto, o que nós vamos fazer para melhorar”? (isso não tinha) C9

O secretário de saúde de um município de grande porte afirma que as mudanças no processo de trabalho da equipe foram principalmente em decorrência dos requisitos para a nova forma de financiamento da APS, porém não exclusivamente devido a esse motivo, pois reconhece que o acompanhamento dos indicadores da APS é pertinente. Avalia que este trabalho é uma forma de avaliar a resposta deste nível da atenção, verificar se está ocorrendo a diminuição de internações por causas sensíveis à Atenção Básica (de pacientes crônicos descompensados), como também para avaliar a aplicabilidade do recurso financeiro neste nível de atenção.

Não exclusivamente por isso. Isso, lógico, que acaba sendo uma justificativa maior, mas o acompanhamento dos indicadores também é uma forma de a gente avaliar a nossa resposta, resposta dos recursos que a gente está aplicando, (se) estão sendo bem aplicados, (se) estão tendo a resposta do quadro, nós estamos diminuindo que nosso diabético vá parar no hospital descompensado, ou que os hipertensos tenham quadro de AVC.A1

Foi identificado que a implantação do prontuário eletrônico foi a alteração mais significativa e apontada pela maioria dos entrevistados, no entanto, a opção pela utilização do sistema público e-SUS foi feita por menos da metade dos municípios pesquisados, pois dos nove municípios pesquisados, cinco deles utilizam sistemas privados e quatro utilizam o sistema e-SUS. Notou-se ainda que a utilização do sistema e-SUS se deu naqueles municípios que já tinham uma equipe de apoio mais estruturada para uso do sistema informatizado e ou para aqueles municípios que já tinham algum profissional na APS com experiência prévia no sistema e-SUS, não sendo esta opção relacionada ao porte do município.

Entre os municípios que optaram pelo uso do sistema e-SUS, foi relatada uma visão positiva para o uso do sistema público. Esses municípios possuíam servidores que tinham experiência prévia na utilização do sistema, ou tinham equipes de informática para suporte na sua utilização.

Apenas um dos nove municípios analisados ainda não implantou o prontuário eletrônico nas unidades de saúde; outro município implantou parcialmente, não em todas as unidades, devido a dificuldade com a internet (município com área rural extensa). Todos os demais municípios já possuem o prontuário eletrônico implantado e em funcionamento em todas as unidades.

A coordenadora da APS de um município de pequeno porte, informou a utilização prévia de um sistema privado há alguns anos, mas com o vencimento do contrato, perderam todos os dados do prontuário eletrônico, e considera como positiva a utilização do sistema e-SUS.

Agora a gente está usando o prontuário eletrônico, o e-SUS...
Bem melhor, nossa. Outra vida. C4

O município sede da macro aderiu ao sistema e-SUS e, além desse sistema utilizam o programa 'Helper', também disponibilizado gratuitamente pelo Ministério da Saúde. A entrevistada refere que o município dispõe de dois técnicos da equipe de informática que se apropriaram do programa e se dedicaram para sua implantação no município, por conta dos indicadores do previne. Refere que o programa tem muitas funcionalidades, que permite

identificar o que falta para atingir o indicador, e ainda se ele será elegível ou não, para que eles possam programar em tempo, as ações que ainda são necessárias.

A gente usa um gratuito, ele chama Helper e-SUS. A gente instalou esse programa aqui no município, e a gente consegue fazer o levantamento por unidade, por equipe, geral, de cada indicador. C6

Outro município de pequeno porte que já utilizava um sistema privado refere que a equipe não se adaptou àquele sistema, ao ponto de apenas a coordenadora e as ACS utilizarem o sistema privado. Isso motivou a implantação do e-SUS e a descontinuidade da utilização do sistema privado.

Já os municípios que optaram e ainda usam o sistema privado, foi alegado que isso se deve à inexistência de suporte técnico para o sistema e-SUS, tendo na aquisição do sistema privado, a oferta de capacitação da equipe e os relatórios prévios dos indicadores, antes mesmo do fechamento do quadrimestre.

A coordenadora da APS de um município de pequeno porte demonstra dificuldade na utilização do sistema e-SUS, pela falta de suporte técnico, o que traz dificuldade no trabalho das equipes que não conseguem atingir o indicador pela dificuldade na inserção dos dados de forma correta no sistema, e ainda por não obterem um feedback acerca das inconsistências que impediram o alcance do indicador e o que pode ser feito para melhorar no registro dos dados.

Eu acho que a maior dificuldade quanto ao Previne Brasil está relacionada ao e-SUS. Na verdade, a gente não teve nenhum treinamento...suporte. Então, tem coisas que às vezes é um clique que você deixa de colocar no e-SUS. C9

Outro gestor menciona a compra de um sistema de informação privado para implantar o prontuário eletrônico, e que através dele, obtém o acesso das informações básicas. Informa que este programa disponibiliza para as equipes *“todas as informações básicas, inclusive nós estamos implantando um painel de indicadores para o gestor e para o pessoal da UBS também. Esse painel agregará todos os indicadores do previne como também outros indicadores que acharem necessário para avaliar e melhor controlar o atendimento da equipe”*. G1

A coordenadora da APS de um município de pequeno porte relata que já utilizavam um sistema privado para cadastrar a população. Esclarece que

Na questão dos indicadores a gente estava no começo meio com dificuldade, eles vieram e fizeram um treinamento com a gente, a gente fez uma reunião junto com a regional de saúde, eles também vieram para a gente pontuar

algumas coisas que precisavam ser melhoradas, eles deram e dão bastante apoio.C2

Outros entrevistados reforçam dificuldades encontradas na utilização do sistema e-SUS, principalmente por apresentar inconsistências e dificuldades na geração e transmissão dos relatórios. Esses fatores motivaram esses gestores a optarem pela aquisição de um sistema privado. Reforça também que as empresas contratadas proporcionam suporte técnico, treinamento para a equipe, monitoramento do indicador em tempo real, bem como a demonstração das ações que seriam necessárias para o alcance do mesmo. Na visão desses gestores, a opção pelo sistema privado foi uma maneira de enfrentar as mudanças do processo de trabalho, de uma forma mais amena.

Então, a gente veio, reestruturou toda essa rede de computador, de internet e impressora, a gente tinha muita dificuldade com o e-SUS. Então, eu vi na contratação de um sistema próprio uma forma de tentar enfrentar isso de outra forma, porque a empresa fica responsável por treinamento, você consegue ter um monitoramento em tempo real do indicador. G3

Então, ele ajudou bastante, porque como a gente estava com o e-SUS, a gente estava com bastante inconsistência e com o IDS (nome do programa privado) a gente consegue relatórios completos para a gente poder estar fazendo a impressão e fazendo reuniões com as equipes. C3.

Sobre o processo de monitoramento dos indicadores, a coordenadora da APS de um município de pequeno porte avalia os indicadores do previne como algo positivo, que vieram com um intuito, e se forem trabalhados da forma correta, proporcionará benefícios, “*não vieram para atrapalhar e sim para melhorar*” C4. Ela exemplifica citando a melhoria no acompanhamento dos pacientes diabéticos, que anteriormente ao previne renovavam suas receitas e não faziam exames, tendo complicações crônicas pela falta de acompanhamento.

Na maioria dos municípios pesquisados, o processo de monitoramento e avaliação dos indicadores é pouco estruturado. Naqueles municípios que possuem sistema privado o monitoramento dos indicadores é realizado mensalmente por meio dos relatórios emitidos pelo próprio sistema. Já naqueles que utilizam o sistema público e-SUS é realizado quadrimestralmente, através de relatórios do sistema e-gestor e outros instrumentos formulados pela equipe gestora, como planilhas de excel, entre outras, com exceção do município sede, que utiliza o programa e-SUS Helpere realiza o monitoramento mensal através desse programa. A partir dos relatórios gerados pelo sistema privado e pelo programa Helper, as equipes gestoras procuram identificar os problemas e corrigir as falhas na alimentação dos registros, através de reuniões com a equipe ou com cada profissional.

O monitoramento dos indicadores é realizado na grande maioria dos municípios por integrantes da equipe gestora, frequentemente na pessoa do próprio secretário, da coordenação da APS ou ainda da enfermeira da ESF, dependendo das habilidades de informática que dispõem. No município sede, além da equipe gestora, contam com o apoio de dois técnicos de informática para o monitoramento.

A gestora de um município de pequeno porte menciona, que é ela mesma quem realiza o monitoramento dos indicadores, o que requer dela tempo de estudo para a compreensão dos mesmos, conforme apontado na fala:

Eu faço um monitoramento, então, quando fecha o quadrimestre, eu fico, nem que seja de madrugada, para ver como é que está o meu indicador. G7

A maneira de como se dá o monitoramento dos indicadores está condicionada ao sistema informatizado utilizado pelo município. A coordenadora de APS de um dos municípios de grande porte refere, que inicialmente o monitoramento dos indicadores era realizado através de consultas nos prontuários dos pacientes, mas que já capacitaram as coordenadoras de cada unidade de saúde para o monitoramento, através do programa Helper, tendo realizado a sua instalação em todas as UBSs. A partir desse programa, é realizado o levantamento dos indicadores por unidade de saúde, por equipe e numa forma geral com o detalhamento de cada atendimento realizado e que, atualmente, foi delegado para cada coordenadora local a verificação das falhas nos registros para que possam intervir na correção dos problemas.

Então agora a gente está em um processo de monitoramento, com um sistema que ajuda a gente nisso, para a gente enxergar quem realmente não está alimentando (o sistema), para a gente poder conversar com esse servidor ou com aquela unidade, parar de falar no geral, e agora a gente já passou dessa etapa. A gente fez vários formatos de treinamentos, só por categoria, por unidade inteira, por equipe, agora a gente está monitorando e mostrando para elas, com a parceria da coordenadora. [...] Já está nas unidades, a maioria já tem, a gente já treinou as coordenadoras para usar o sistema, fizemos treinamento com todas, e elas já estão usando, a maioria, para elas mesmo fazerem esse monitoramento. C6

Ainda sobre o processo de monitoramento neste município de grande porte, o responsável pelo sistema de informação envia a lista dos indicadores por e-mail para as UBSs, sinalizando aqueles que ainda estão incompletos, que faltam alguma ação para seu atingimento, para que o coordenador de UBS possa visualizar e programar a execução em tempo oportuno. Refere que, semanalmente, o responsável pelo programa atualiza a base de dados para que eles

possam fazer esse monitoramento em tempo hábil dentro do quadrimestre, fazendo uma prévia de cada indicador e se ele ainda é atingível. A diretora da APS reconhece que o programa está ajudando muito porque ele permite essa visualização prévia.

O outro município de grande porte utiliza além da avaliação quantitativa (produção dos atendimentos), uma avaliação qualitativa, onde a equipe gestora possui uma agenda semanal para visita in loco nas UBSs. O monitoramento é realizado através de relatórios de produção geral dos atendimentos e dos componentes individuais de cada membro da equipe e que, a partir desses relatórios, a equipe gestora está realizando conversas individuais com os profissionais para demonstrar a produção realizada como também para retomar o papel da ESF.

Ah, qualitativa, nós fizemos visitas nas UBSs. Então, tanto o superintendente quanto a coordenadora de atenção básica, eles fazem... eles têm uma agenda, inclusive, eu cumpro uma agenda semanal, duas ou três UBSs. Eles acabam se reunindo com o pessoal da UBS mesmo, discutindo algumas coisas. Eu passo mais para verificar in loco, conversar com o pessoal mesmo. G1

A coordenadora deste município também menciona a solicitação realizada pela gestão para que o sistema privado disponibilize um painel com todos os indicadores, para que possam identificar mensalmente as falhas ocorridas no atendimento realizado, bem como no seu registro. E reconhece que o monitoramento de maneira oportuna, permite a identificação pontual dos indicadores que precisam ser melhorados antes do fechamento do quadrimestre.

Um dos municípios de pequeno porte, não demonstrou uma estratégia instituída pelo município para o monitoramento. Sobre isso, a coordenadora da APS menciona:

Eu tenho um... eu consegui com um amigo, tipo um hacker, que vai dentro do sistema e ele vai me mandando os relatórios).[...] Ele vai me mandando por whatsapp ... eu vou trabalhando por aquilo que ele vai me mandando, que é o que eu trabalho junto com o menino da informática. Ele vai me mandando assim. C4

Dessa forma ela conduz o monitoramento de cada indicador, por meio dos relatórios gerados, onde vai avaliando e pontuando o que precisam melhorar, inclusive realizando as cobranças necessárias para a gestão, como algum setor descoberto por falta de profissional.

Outro município de pequeno porte utiliza para o monitoramento, além dos relatórios emitidos pelo sistema privado, outros sistemas de informação do ministério da saúde, como sistema de informação de mortalidade e sistema de informação de nascidos vivos (SIM e SINASC). A utilização de mais de uma fonte de dados tem como objetivo o confronto dos dados emitidos pelos diversos relatórios, com os dados trazidos pela equipe. Refere ainda que, o

encontro de algumas discrepâncias traz por vezes, desconfiança da equipe no sistema informatizado, e induz a coordenadora a compreender e valorizar o olhar e o conhecimento do profissional acerca da população da sua área de abrangência.

Temos diversos tipos de relatório que o nosso sistema nos permite e por meio desses relatórios, que às vezes a gente até duvida que sejam confiáveis, mas enfim, é o que a gente tem. Mas sempre tem aquele olhar do profissional. Nossa, tem tantas crianças que não foram vacinadas? Não, não, tem! porque eu vacinei. "Só nasceram cinco, então eu sei que são cinco BCGs". "E por que não está no sistema?", "Ah, é problema do sistema". C5

Já a gestora de outro município de pequeno porte, refere que estão utilizando o sistema e-SUS, e que acompanham os indicadores. Citou como exemplo as estratégias utilizadas no monitoramento do indicador de exame citopatológico, compartilha as informações com a equipe e estimula a reflexão sobre a necessidade de cobertura e correção das inconsistências.

Nosso indicador está tanto, precisa chegar tanto. Qual a estratégia que nós vamos fazer? Vamos fazer campanha de preventivo. Quantas? Que dia? A gente faz isso sempre na reunião dos enfermeiros e a gente coloca sempre com os ACSs o que está acontecendo. Nós vamos receber por produção, é importante o registro, inconsistências. A gente conversa bastante com eles. G8

Essa mesma gestora também cita que utiliza a pesquisa de satisfação do usuário para o monitoramento da qualidade da atenção.

A coordenadora de outro município de pequeno porte menciona que o acompanhamento dos pacientes e o monitoramento dos indicadores do Previne está sendo realizado através de planilhas do programa excel, já que não possuem sistema eletrônico implantado, e que a nova organização no processo de trabalho permitiu a mensuração e uma melhor visualização dos hipertensos e diabéticos por parte da equipe, por uma dimensão até então despercebida. Esclarece que a chegada do previne também proporcionou a realização de exames não realizados anteriormente.

Também foi verificado, que a maioria dos municípios monitora apenas os indicadores do Previne Brasil, sendo que apenas dois municípios declararam monitorar outros indicadores, apesar da declaração de que houve uma pactuação regional de outros indicadores.

A gente montou um rol de 15 indicadores que achamos prioritários e de grande importância que continuássemos monitorando como era feito antes. [...] Foi pactuado regionalmente, não é só o nosso município. C5

Com relação ao cadastramento da população, o gestor de um município de pequeno porte, menciona que é uma prioridade o recadastramento da população de forma correta e que a equipe teve treinamento para tal. Informa ainda, sobre a estratégia organizada pelo município: “*elas (ACSs) tiveram treinamento e tal, então a gente está tendo na cidade, durante a semana, o cadastramento, e na área rural, no sábado, elas estão fazendo horas extras para fazer esse cadastramento na área rural.*” G4. E, para o monitoramento do alcance das estratégias utilizadas no cadastramento, também utilizam o relatório do E-SUS para monitorar a efetividade dos cadastros.

A coordenadora da APS de outro município exemplifica que, para melhorar a capitação ponderada, tiveram muito trabalho para rever todos os cadastros realizados.

Eu puxei todos os relatórios de cartão do SUS duplicado, vários fatores e aí a gente começou a arrumar. Como ia fechar em dezembro de 2020 acho, que foi o primeiro passo, aí foi prorrogando. A gente ficou louca, ninguém teve Natal, ninguém teve Ano Novo, arrumando essas inconsistências, quebrando a cabeça, pedindo ajuda, ninguém sabia (como fazer e que iria ser prorrogado o prazo).C8

A secretaria de saúde de outro município de pequeno porte destaca que o cadastramento da população está sendo feito em tempo real pelos ACS: “*A gente tem o computador na unidade para ele ir lá e digitar a produção, mas agora vai ser tudo em tempo real também. Vai à casa, marca visita na hora no tablet, depois chega na unidade que tem internet e todos esses dados já são transmitidos.*”G3

Em relação ao acompanhamento do cadastramento da população, a gestora do município de pequeno porte menciona que a enfermeira coordenadora da atenção básica é responsável por monitorar e cobrar da equipe, e os indicadores são discutidos entre a coordenação da AB, gestão, e vigilância, no intuito de integrar a equipe e buscar a melhoria nos resultados dos indicadores. G3.

Apesar de todas as mudanças realizadas nos processos de trabalho, os entrevistados apontaram que ainda existem situações muito desafiadoras.

5.4 DESAFIOS FRENTE ÀS MUDANÇAS REQUERIDAS NOS PROCESSOS DE TRABALHO NA APS

Na análise dos resultados foram identificados alguns desafios na utilização do sistema informatizado na APS. Dentre os desafios destacaram-se: falta de apoio técnico do Ministério

da Saúde ou da Regional de Saúde para implantação e utilização do sistema e-SUS; a dificuldade de muitos servidores antigos na utilização do sistema eletrônico; município com área rural muito extensa, distante da sede do município e sem acesso à internet. Esses problemas são apresentados a seguir:

Falta de Apoio Técnico

Dos desafios apresentados pelos entrevistados para a utilização do sistema informatizado, a falta de apoio técnico foi a maior dificuldade referida para o uso do e-SUS. E essa falta de apoio foi reportada tanto em relação à Regional de Saúde como em relação ao próprio Ministério da Saúde. Esse problema levou muitos municípios a adquirirem o sistema privado, pelo fato da empresa contratada, responsável pelo sistema, oferecer treinamento para as equipes e auxiliar na emissão de relatórios com também na transmissão dos dados para o e-SUS ainda que o sistema privado tivesse “custo” para esses municípios.

Eu acho que o ministério deveria ter testado um pouco mais, trabalhado um pouco mais essa questão de informática, essa questão tecnológica. Dar uma segurança para os municípios, para depois trabalhar dessa forma. A1

A coordenadora de um dos municípios refere que ainda teme que algum dia o município volte a utilizar o sistema e-SUS, já que inexistente apoio técnico desse sistema, inclusive pela sua regional de saúde. C5

O nosso medo de mudar para o e-SUS é a falta de apoio. C5

Em outro município a coordenadora cita ainda que o sistema “*e-gestor dá o relatório quadrimestral, mas quando sai o relatório já passou, aquele é do passado, você não consegue mais agir naquelas informações*” C6, ou seja, não há tempo hábil para realizar as correções.

Também em relação aos cadastros, o pior problema do município é em relação ao sistema. A coordenadora da APS de um município de pequeno porte refere que tem muita dúvida sobre o e-SUS, que nunca tiveram suporte na regional de saúde, e que embora tenham solicitado apoio da regional ainda estão aguardando. Refere também que, para tentar resolver os problemas existentes no município, tiveram que se apropriar das funcionalidades do sistema e-SUS, e traçar estratégias. Exemplifica que, para melhorar a capitação ponderada, o “agente

começou a fuçar sozinho para entender o que era. Eu puxei todos os relatórios de cartão do SUS duplicado, vários fatores e aí a gente começou a arrumar”C8

Dificuldade dos servidores em usar sistema informatizado

Outro desafio apresentado pelos municípios foi em relação a servidores antigos no quadro, como idosos, servidores que possuem dificuldade na digitação, e outros porque possuem resistência em digitar, como os profissionais médicos. Diante disso, a gestão possui um grande desafio que é o de sensibilizar os profissionais de saúde e de realizar reuniões frequentes com a equipe para que esta ação aconteça de forma conjunta e por todos. Isso ocorre mesmo nos grandes municípios pesquisados, conforme apresentado nos excertos a seguir.

Precisa anotar que fez isso, porque a nossa falha em alcançar o indicador é o registro, e a gente tem muito servidor idoso, que tem dificuldade no sistema, a gente tem os médicos que são birrentos, que não colocam o diagnóstico. C6

Temos aquele problema, eu tenho agente comunitário de saúde que entrou em 2000, 2001, essas pessoas não acompanharam a evolução da informática. G1

Municípios com área rural extensa: dificuldade de acesso à internet e de cobertura populacional

A falta de internet também se apresenta como um desafio para alguns serviços de saúde, principalmente devido à grande extensão rural de um dos municípios pesquisados. Sobre esse desafio, a gestora deste município esclarece que o prontuário eletrônico já está implantado nas unidades de saúde que possuem internet. Nas demais unidades que não estão na rede, utilizam o módulo CDS do e-SUS, e transmitem apenas a produção do serviço. Refere ainda que a implantação da internet em todos os pontos da rede municipal de saúde ainda é um desafio, mas que estão buscando medidas administrativas para que a internet possa abranger todos os serviços de saúde.

Em relação ao cadastramento da população, a coordenadora de outro município expõe sobre a dificuldade encontrada no cadastramento da população rural, devido à falta de cobertura de ACS nessa área, e que o fato de realizarem os cadastros nos dias de sábado dificulta a disponibilidade da equipe.

A gente cadastrou... consegui. Só a parte do sítio que ainda está muito difícil. A gente não tem acesso aos sítios.C4

Ainda em relação à dificuldade na cobertura populacional, outro desafio se refere ao cálculo das pessoas cadastradas, vinculado ao recebimento do recurso financeiro da capitação ponderada. Essa dificuldade (da base populacional) foi mencionada por um entrevistado em que o município tinha população indígena no território e para outro que relatou a falta de cobertura da ESF.

Em relação à existência de população indígena agregada no seu território, a dificuldade se deve à falta de governabilidade do município para com esta população, visto que a mesma é acompanhada por uma equipe de saúde vinculada à Secretaria de Saúde Indígena (SESAI), e não ao município, gerando uma impossibilidade no cadastramento desses indígenas no sistema e-SUS. Esse fato impede que essa população seja contabilizada na capitação ponderada, porém ela é considerada como população do município. Além disso, a população indígena também impacta nos indicadores de saúde do município, na mortalidade infantil, cobertura vacinal, entre outros.

A aldeia indígena tem uma equipe própria que é administrada pelo DSEI do SESAI. Então, assim, a gente não entra no território indígena... ele faz parte da nossa população, mas não está na capitação ponderada. G3

Em outro município, a gestora reconhece que o cadastramento das pessoas, e o atingimento dos indicadores é um processo difícil, pelo motivo de não ter no município um parâmetro real da população, não atualizada pelo IBGE. Cita ainda, a existência de muitas áreas rurais descobertas por ACS, e que a realização do novo processo de PSS proporcionará a contratação de profissionais para proporcionar maior cobertura populacional.

A gente está difícil de ter um parâmetro, porque não teve contagem de IBGE e até ficamos perdidos para entender qual é a nossa real população, mas a gente tinha muitas áreas descobertas de ACS. Então, agora nós fizemos um PSS e começamos a contratar e agora a gente vai conseguir ter um pouco desse parâmetro. G3

Nesse contexto, torna-se evidente o impacto das mudanças promovidas pelo Programa Previne Brasil no funcionamento da APS. Isso gerou uma demanda para que os municípios, independentemente do seu porte populacional, investissem na implementação de sistemas de informação e na reestruturação dos processos de trabalho, incluindo a capacitação e qualificação das equipes, assim como o planejamento em saúde. Embora os gestores tenham enfrentado diversos desafios ao implantar o prontuário eletrônico e garantir o registro adequado dos atendimentos, ao longo da implementação do programa, eles adaptaram suas estratégias

para aprimorar as práticas. Ficou claro, que sem um planejamento bem definido comprometeria o alcance dos indicadores de desempenho, resultando na dificuldade de obter os recursos financeiros necessários.

6 DISCUSSÃO

Ao analisar a visão dos gestores sobre as alterações nas políticas da APS, publicadas a partir de 2017 e as alterações que as novas normativas provocaram na organização do trabalho da equipe gestora, foram quatro os principais achados principais desta pesquisa

O primeiro resultado evidenciou que, apesar das diretrizes da PNAB 2017 terem introduzido novas oportunidades e formatos de equipe para o financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS), essas alterações não foram determinantes para modificações no cenário desta pesquisa, quanto à composição e organização de novas equipes nos municípios. Já o Previn Brasil, mobilizou o trabalho da equipe gestora e trouxe a preocupação quanto ao financiamento da saúde condicionado ao cadastramento da população e ao alcance dos indicadores de desempenho.

Apesar de não terem sido observadas mudanças significativas na composição das equipes nos municípios pesquisados, a orientação das políticas públicas, a partir de 2017, indica alterações e potenciais ameaças ao modelo de assistência da ESF e aos princípios de universalidade, integralidade e equidade no SUS. A PNAB de 2017 permitiu a formação de eSF com apenas um ACS e AP sem ACS. Essa ausência de ACS afeta o modelo assistencial da ESF, comprometendo seu aspecto comunitário e de promoção da saúde, fundamentado na determinação social do processo saúde-doença e na clínica ampliada (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

Foi identificada certa incompreensão de alguns gestores em relação às novas regras da PNAB 2017, havendo casos em que os entrevistados não possuíam nenhum conhecimento sobre as mudanças desta política. No entanto, houve predomínio de uma visão positiva dos entrevistados, provavelmente devido a esta permitir uma maior flexibilização na composição das equipes proporcionando uma certa autonomia municipal na adaptação das equipes de acordo com as demandas locais. Contudo, é importante observar que as diretrizes nacionais e o financiamento centralizado acabaram por impor limites à autonomia completa dos municípios nas decisões relacionadas à APS.

Em relação ao PPB foram encontradas opiniões favoráveis e positivas sobre o programa e apenas uma crítica relacionada ao risco de redução dos recursos recebidos do ente federal. Os gestores dos municípios de maior porte demonstraram estar cientes desse risco acerca de redução nos recursos da saúde após a implementação do programa e apesar da maioria dos gestores municípios de menor porte não ter observado mudanças financeiras significativas, alguns enfatizaram a importância de aprimorar o planejamento em conjunto com a equipe

gestora. Isso inclui estabelecer um processo de trabalho mais eficiente para a APS, bem como melhorar a comunicação e integração com a gestão local.

A publicação da PNAB em 2017 ocorreu durante um contexto de disputas de gestão entre os entes federativos. Foi marcada por debates com os Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e por um processo de consulta pública de curto prazo, que envolveu diversos participantes. O documento resultante foi criticado por alterações realizadas durante o processo, mas também trouxe importantes aprofundamentos conceituais para a organização da Atenção Básica (FELTRIN; CONEGLIAN, 2019).

O ambiente político na saúde esteve repleto de tensões e disputas. De um lado, uma defesa pela flexibilidade e autonomia na gestão local, liderada pelo Ministério da Saúde, pelo Conasems e por entidades médicas. Por outro lado, críticas por parte de sanitaristas, dos Cosems do Rio de Janeiro e de São Paulo e do CNS, que apontaram a proposta da APS como tendo um caráter privatizante, mercadológico, seletivo e focado, podendo ainda prejudicar a cobertura universal em saúde para o SUS (SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021).

A proposta de financiamento para a APS foi reformulada e apresentada em seminários realizados em vários estados, contando com a participação do Secretário de Atenção Primária, Erno Harzheim, conselhos de secretários estaduais e municipais de saúde, gestores locais e representantes do movimento sanitarista (SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021). Nesse sentido, tanto o CONASS quanto o CONASEMS, como a Confederação Nacional dos Municípios (CNM), emitiram várias notas técnicas e participaram ativamente das reuniões promovidas pelo Ministério da Saúde ao longo do segundo semestre de 2019, ocorridas em todas as 26 unidades federativas e no Distrito Federal. Os encontros envolveram mais de 10 mil técnicos e gestores dessas secretarias e contaram com a presença de especialistas das Universidades de Harvard e York em um Seminário Internacional (HARZHEIM, 2020).

Também na 9ª Reunião da CIT, em 31 de outubro de 2019, houve uma aprovação unânime do novo modelo misto de financiamento. A esse respeito, Harzheim (2020), aponta que o SUS não é gerido unicamente pelo Ministério da Saúde, mas sim de forma democrática, com representação das três esferas de poder: federal, (Ministério da Saúde), estadual (CONASS) e municipal (CONASEMS), e que o PPB foi uma nova proposta para a APS, construída, debatida e aprovada pela gestão do SUS como um todo. Já para Massuda (2020), a nova política recebeu apoio da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, mas foi alvo de críticas por parte da Associação Brasileira de Saúde Coletiva.

Nesse contexto, a mudança na direção das políticas de saúde, expressa tanto na PNAB 2017 como no PPB, provavelmente foi uma resposta a uma combinação de fatores, incluindo a

evolução do cenário político, avaliação de políticas anteriores, aprendizados práticos, participação da comunidade e considerações atualizadas sobre saúde pública.

Destaca-se que a PNAB 2017 representou uma revisão significativa em comparação à PNAB 2006 e a revisão de 2011, introduzindo alterações substanciais nas diretrizes para a Atenção Básica no Brasil. A PNAB 2017 levou em consideração a trajetória e as experiências anteriores na APS e sua revisão reflete uma mudança em relação às políticas anteriores, incorporando aprendizados, demanda dos gestores e ajustando-se ao contexto evolutivo do sistema de saúde. A revisão pode ser interpretada como uma resposta a feedbacks sobre a implementação da PNAB 2006 e da revisão de 2011. As mudanças foram influenciadas por resultados anteriores, pela avaliação do desempenho do sistema de saúde e pela resposta a desafios identificados.

A esse respeito, Menicucci (2003, p.30), esclarece que as políticas públicas delineiam as "regras do jogo", exercendo influência na distribuição de recursos econômicos e políticos. Elas fornecem incentivos e recursos aos atores políticos, facilitando a criação ou expansão de grupos específicos e promovendo ações específicas enquanto restringem outras. Essa dinâmica define um curso ou padrões de comportamento distintos.

O conceito de "regras do jogo" por Menicucci (2003), nesse contexto, sugere que as políticas públicas, como as estabelecidas pela PNAB 2017, não apenas ditam as diretrizes e objetivos, mas também influenciam a distribuição de recursos econômicos e políticos. Portanto, as mudanças introduzidas pela PNAB 2017 reconfiguraram não apenas o enfoque da APS, mas também a distribuição de recursos e incentivos para os atores políticos envolvidos. A compreensão dessas trajetórias é essencial para analisar as mudanças introduzidas pelo PPB em relação às políticas passadas e para avaliar como essas escolhas anteriores continuam a exercer influência no sistema de saúde brasileiro.

O segundo achado do estudo foi que o Previne Brasil provocou mudança no processo de trabalho da equipe gestora da APS, sendo a principal mudança, a implantação do prontuário eletrônico e o monitoramento dos indicadores de desempenho.

Entre os aspectos relevantes do Programa Previne Brasil, destaca-se o processo de trabalho relacionado ao registro dos usuários, à acessibilidade do sistema para monitorar e acompanhar o aumento no número de registros e, conseqüentemente, os esforços empenhados pelos municípios para realizar esses registros. Além disso, destaca-se a capacidade de gerar relatórios identificando inconsistências nos registros e os métodos para corrigir essas inconsistências (DO CARMO *et al.*, 2022).

A implantação do prontuário eletrônico foi o passo inicial para a maioria dos municípios, no âmbito do Programa Previne Brasil, e provavelmente influenciou para um acompanhamento mais detalhado do trabalho dos ACS no cadastramento da população. O prontuário eletrônico possibilitou um registro mais completo e preciso das informações coletadas durante os atendimentos domiciliares e individuais. Com um melhor controle e registro das atividades realizadas pelos ACS, houve uma maior facilidade para registrar, acompanhar e monitorar as ações executadas por todos os profissionais da equipe, garantindo a qualidade e a completude das informações registradas.

A introdução do prontuário eletrônico foi reconhecida como a mudança mais significativa, destacando as dificuldades enfrentadas pelos municípios na adoção do sistema eletrônico, principalmente o sistema e-SUS. Observou-se que o Previne Brasil estimulou os municípios a adotarem sistemas informatizados, uma estratégia positiva que favorece a integração dos processos de trabalho, proporcionando acesso mais rápido às informações. A evolução dessa tecnologia é percebida como benéfica para o trabalho e planejamento das equipes.

A implementação do prontuário eletrônico representou uma mudança fundamental na abordagem do registro e acesso às informações de saúde. Esse movimento promoveu uma transição do método convencional, baseado em papel, para um sistema mais eficiente, promovendo a facilidade no compartilhamento de dados e aprimorando a coordenação do cuidado. A adesão ao prontuário eletrônico reflete uma crescente valorização da tecnologia e do uso de dados para melhorar a entrega de serviços de saúde, uma melhor análise e interpretação dos indicadores de desempenho podem orientar decisões estratégicas e otimizar a alocação de recursos.

Entretanto, o PPB, ao condicionar repasses financeiros ao cumprimento de indicadores de desempenho, pode ter impactado a autonomia municipal, pressionando os municípios a atenderem às metas estabelecidas pelo programa para acessar recursos federais. Isso evidencia que, apesar da autonomia na gestão local da saúde, os municípios precisariam cumprir os indicadores de desempenho para garantir acesso aos recursos federais, destacando a influência contínua e indutora do governo federal nas políticas públicas municipais.

Embora com o federalismo tenha ocorrido a descentralização do poder político aos estados e municípios, essa estrutura se caracteriza por uma significativa centralização de recursos e autoridade na União, prejudicando as unidades subnacionais. Essa centralização prejudica a governabilidade e a efetividade do Estado, uma vez que a sobrecarga de responsabilidades e a escassez de recursos comprometem a capacidade dos governos loco

regionais de fornecer serviços públicos de alta qualidade. Apesar de reconhecer a importância do federalismo para a governança eficaz, é crucial estabelecer um equilíbrio adequado entre as diversas esferas de governo, implementando mecanismos de cooperação e transparência para aprimorar a entrega de serviços públicos (ALMEIDA,2001).

Tornou-se evidente que as alterações nos repasses federais para o financiamento da APS vêm exigindo que todos os municípios, independentemente do seu porte, façam investimentos em sistemas de informação, no aprimoramento dos processos de trabalho e no planejamento em saúde desenvolvido pela equipe gestora.

Ao analisar a implementação do PPB, identifica-se a presença marcante dos dilemas apresentados por Souza (2019), em especial a necessidade de coordenação do Programa pelo ente federal sendo indispensável a cooperação dos entes subnacionais, a uniformidade de uma política implementada para todo o país, nem sempre respeitando a diversidade loco - regional e ainda a centralização na formulação da política e a necessidade de descentralização na sua implementação, com autonomia relativa dos entes subnacionais.

Embora a definição das metas e indicadores tenha sido pactuada na instância Tripartite, incluindo a representatividade de todos os entes, os municípios não dispuseram de um período de tempo necessário para obter maior esclarecimento sobre a interpretação dos indicadores. Com um maior período de tempo e participação dos gestores, poderia haver uma maior compreensão e comprometimento com essas diretrizes. Desta forma, questiona-se: qual foi o suporte oferecido pelo ente federal em termos de capacitação e apoio técnico para a análise e interpretação dos indicadores e o correto registro das informações? A definição das metas e indicadores, única para todos os municípios, pode ser percebida como uma restrição à autonomia? A significativa dependência do financiamento federal pode criar uma dinâmica na qual os municípios se veem compelidos a seguir as diretrizes federais para garantir financiamento adequado?

Ainda não há respostas a estas questões, mas o desafio está em encontrar um equilíbrio entre metas e indicadores nacionais e a autonomia local para responder eficazmente às necessidades específicas de cada município. A ênfase dada à cooperação e coordenação deve ser cuidadosamente equilibrada para garantir que os municípios possam contribuir para o cumprimento das metas nacionais sem perder sua autonomia no processo de gestão da saúde.

O terceiro achado é que o Programa Previne Brasil foi visto como positivo porque proporcionou novas estratégias e melhor organização do trabalho das equipes, como a melhoria na qualidade da assistência à população, através do monitoramento dos indicadores.

Os gestores municipais de saúde participantes desta pesquisa, expressaram uma visão positiva em relação ao PPB. A percepção dos gestores de que dados mais precisos contribuem para a eficiência operacional e tomada de decisão informada foi apontada como um fator crucial para o acompanhamento e prestação eficaz de cuidados de saúde. As transformações no processo de trabalho da equipe gestora em decorrência da PNAB 2017 e do Programa Previnde Brasil, destacaram a relevância dos indicadores de desempenho e apontaram que essa forma de financiamento mobilizou gestores e equipes da APS a se comprometerem mais com a precisão e a qualidade dos dados registrados, tanto na produção quanto no registro.

A opinião positiva dos gestores em relação ao PPB pode estar relacionada à falta de compreensão sobre a nova política ou pela ausência de uma análise minuciosa do impacto financeiro provocado por ela. A falta de conhecimento sobre as mudanças nas regras da PNAB sugere uma possível lacuna na compreensão sobre as transformações que essas políticas podem trazer para os municípios. Além disso, a percepção positiva pôde ser influenciada pela falta de observação de mudanças financeiras significativas, especialmente em municípios menores, visto que a implementação das novas regras foi prorrogada por quase dois anos, em virtude da Pandemia da COVID 19. Essa ausência de impacto financeiro imediato pode contribuir para uma visão mais favorável. Outra possível explicação para o posicionamento favorável dos gestores se deve ao fato de que o PPB produziu um direcionamento para a organização dos processos de trabalho para o alcance dos indicadores, em um período em que a APS estava um tanto desorganizada pela pandemia da covid, que interferiu diretamente na organização e na oferta de serviços, especialmente no acompanhamento e controle de pessoas com agravos crônicos na APS (PEREIRA LOPES *et al.*, 2023).

Embora as atuais políticas da APS apontem para a priorização do cuidado individual, esse novo modelo de financiamento pode acarretar perdas substanciais para muitos municípios, que já enfrentam uma carga significativa. Uma parte crucial desse novo modelo de financiamento é a ênfase progressiva no desempenho e, apesar de não representar recursos adicionais, a proposta de desempenho também focalizará fortemente a reorientação das práticas (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

Para Seta e colaboradores (2021), desde 2017, o sistema de saúde brasileiro vem enfrentando uma série de contrarreformas que buscam modificar políticas de ampliação de cobertura e acesso, especialmente no âmbito da APS. O PPB, surge nesse contexto, com a justificativa governamental de proporcionar maior flexibilidade e autonomia local na organização de serviços, eficiência aprimorada e valorização do desempenho. Contudo, críticos, incluindo sanitaristas e conselhos de gestores municipais e do CNS, contestam a

proposta, destacando seu caráter privatizante, mercadológico, seletivo e focalizado, apontando para uma direção que contraria a ideia de cobertura universal em saúde (SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021).

Uma outra crítica ao PPB é de que este programa adota uma abordagem individualizada para o modelo de atenção e financiamento, resultando no enfraquecimento de elementos como a perspectiva territorial, o trabalho comunitário e a abordagem integral ao cuidado. Isso contribui para a rápida transformação do SUS em um sistema em que agentes públicos ou privados podem participar indiscriminadamente, indo contra o compromisso constitucional de saúde como dever do Estado. A adesão a uma abordagem individualizada desempenha um papel crucial na transição da atenção básica pública para uma orientação privatizada, notável na eliminação do PAB fixo e na introdução de práticas como a capitação baseada no cadastro individual e o pagamento por desempenho centrado em poucos aspectos clínicos, como visto no Previde Brasil (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

No entanto, a implantação do PPB nos municípios estudados resultou em algumas mudanças com impacto positivo para melhor organização do trabalho das equipes, como frequentes reuniões com os trabalhadores, capacitação dos profissionais para aprimorar as atividades de cadastro e criação de planilhas para o monitoramento contínuo dos indicadores, o que contribuiu significativamente para melhorar o processo de trabalho e de cuidado aos usuários, conforme apontado nos resultados desta pesquisa.

Corroborando os resultados da presente pesquisa, Carvalho *et al.* (2022, p. 43), revelam a importância de monitorar e avaliar a atenção oferecida aos usuários pela APS, e que os indicadores de saúde são capazes de auxiliar não apenas no processo de gestão, como também na ampliação da obtenção de recursos federais e estaduais.

Embora essas mudanças tenham trazido oportunidades para uma gestão mais informada e eficiente, também apresentou desafios, como a necessidade de treinamento para a equipe na utilização do prontuário eletrônico e a garantia de que o monitoramento de indicadores fosse significativo e contribuísse para a qualidade do atendimento.

A introdução dessas alterações refletiu a busca por uma integração mais ampla de práticas e políticas de saúde por parte das equipes gestoras e a tecnologia e o monitoramento emergiram como ferramentas cruciais para sustentar essa integração. O PPB, ao que parece, desencadeou importante transformação na gestão da APS, incorporando elementos tecnológicos e uma abordagem mais centrada em dados para aprimorar a eficácia e a eficiência dos serviços de saúde oferecidos à comunidade.

Embora a remuneração baseada na avaliação de desempenho busque incentivar as equipes para aumentar sua produtividade para alcançar metas definidas, evidências indicam melhorias modestas em indicadores de processos avaliados e nenhuma melhoria consistente nos resultados de saúde. Além disso, esse método pode levar as equipes a focar apenas nos problemas de saúde contemplados nas métricas de avaliação, e reduzirem sua atenção para problemas de saúde que não estejam contemplados nas métricas propostas. Dessa forma, ao vincular a avaliação de desempenho ao financiamento da APS no SUS, é possível que os municípios concentrem seus esforços nos indicadores monitorados, o que pode alterar o foco das equipes de APS para outros problemas de saúde presentes na comunidade (MASSUDA, 2020).

Apesar do Programa Previne ter contribuído para transformar o processo de trabalho das equipes gestoras, destacando a importância dos indicadores de desempenho, é essencial que a preocupação com o registro e alimentação dos dados estejam alinhados com a gestão do cuidado na APS. A finalidade principal da gestão dos dados deveria ser aprimorar o cuidado oferecido à comunidade, garantindo que as intervenções estejam focadas nas necessidades reais de saúde da população. Portanto, é crucial que os gestores e equipes de APS mantenham o equilíbrio entre atender aos requisitos do programa Previne e garantir uma abordagem integral e centrada no usuário e em seus serviços de saúde.

Caso esse cuidado não seja adotado pelas equipes gestoras, e as metas, a serem alcançadas, sejam impostas aos trabalhadores, pode fazer com que esses trabalhadores reduzam a qualidade ou quantidade de seu desempenho para atender exatamente ao que a meta exige. Ou ainda, com o modelo de pagamento baseado em cumprimento de metas, especialmente naquelas instituições sujeitas a maior pressão para seu atingimento, pode fazer com que os participantes recorram a estratégias de manipulação dos dados para garantia do alcance dos resultados a que se pretende alcançar (VAN DOREEN, 2008). E por outro lado, as metas também podem estimular uma mudança de comportamento, como demonstrado pelo efeito Hawthorne, onde as pessoas tendem a trabalhar mais e ter um melhor desempenho quando participam de uma nova experiência, muitas vezes devido à atenção recebida de seus superiores, resultando em uma mudança positiva na atitude dos colaboradores (HOOD, 2006), que pode não ser duradoura.

Se partimos do pressuposto de que os indicadores já deveriam fazer parte do processo de trabalho das equipes, como estimular a formação crítica para o olhar do território, para além do PPB? O pesquisador Gastão Wagner de Souza Campos demonstra preocupação com o

mecanicismo da APS – baseado em fluxos e regulamentos, e questiona como garantir a autonomia das equipes? Como avançar?

Sobre isso o autor aponta que é essencial reconhecer os desafios na gestão do SUS, especialmente na APS, em que tem se evidenciado uma abordagem gerencialista, que enfatiza a produção em massa, a padronização das ações de cuidado e a gestão baseada em resultados. Essa abordagem, embora eficaz na indústria, não se adapta bem à complexidade dos problemas de saúde, diminuindo a autonomia e motivação dos profissionais ao reduzir sua atuação para o cumprimento de indicadores. Deve-se avaliar resultados e estabelecer metas, mas é crucial adotar modelos de gestão que valorizem a motivação dos trabalhadores e promovam a co-gestão. Gerenciar a saúde vai além de técnicas e protocolos; envolve relacionamentos interpessoais e formação, algo tão complexo que não pode ser abordado por linhas de produção, sem que haja um genuíno desejo de curar e compreender o outro, de modo que nenhum protocolo ou chefia pode coordenar essa interação singular (CAMPOS, 2021).

Apesar da APS contar com equipes bem-preparadas e infraestrutura adequada em certos serviços de saúde, ainda são enfrentados desafios significativos. É essencial ampliar a compreensão sobre o trabalho na área da saúde, levando em consideração não apenas os profissionais e os usuários, mas também suas necessidades emocionais e sociais. Deve-se auxiliar a população a lidar com seus problemas de saúde e encorajar uma mudança de comportamento, fomentando a participação ativa dos indivíduos. Isso requer uma abordagem interdisciplinar e a implementação de ações intersetoriais para alcançar resultados efetivos (CAMPOS, 2021).

O quarto e último principal destaque nos resultados se refere ao maior desafio para a utilização do sistema informatizado na APS - a falta de apoio técnico, para a utilização do sistema e-SUS.

O e-SUS é uma ferramenta que integra o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) para substituir o antigo SIAB, e que desde sua criação poucos municípios o utilizavam de forma completa. Cabe destacar que ao longo dos anos, a APS sempre buscou aprimorar seus sistemas de informação. Em 1998, foi criado o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), destinado ao acompanhamento das ações e resultados das equipes do PSF. Posteriormente, em julho de 2013, o SIAB foi substituído pelo Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB), tornando-se o sistema vigente para fins de financiamento e adesão às estratégias da PNAB. A coleta de dados, que são processadas pelo SISAB, ocorre através de sistemas que também integram a estratégia e-SUS APS, são eles: Coleta de Dados Simplificado (CDS), Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e Aplicativos

(App) para dispositivos móveis. No componente de Pagamento por Desempenho do Programa Previne Brasil, os dados de produção das equipes da APS devem ser registrados no prontuário eletrônico (e-SUS PEC ou prontuário próprio/de terceiros compatível) ou no Coleta de Dados Simplificados (CDS) e enviados via centralizador do e-SUS para o SISAB. É essencial que as equipes de saúde registrem diariamente as informações, e a gestão municipal garanta o envio desses dados, no mínimo, mensalmente ao SISAB (BRASIL,2021).

Anteriormente ao Previne Brasil, o uso do e-SUS pelos municípios era menos enfatizado em relação ao registro diário de dados e seu envio ao SISAB. O e-SUS era principalmente usado para coletar informações sobre as atividades das equipes de saúde. Com a implementação do Previne Brasil, que condiciona o pagamento por desempenho à realização de metas mensuráveis e predeterminadas, houve uma demanda por um registro mais detalhado das atividades das equipes de saúde e um envio sistemático de dados, o que influencia diretamente no financiamento da saúde.

Para uma implementação eficiente do PPB, seria essencial integrar os esforços dos governos federal, estadual e municipal, sendo o sistema de informação e-SUS fundamental para a gestão de dados da APS. No entanto, os gestores entrevistados expressaram unanimidade quanto à falta de apoio técnico dos entes federal e estadual, devido à ausência de canais de feedback contínuo entre os usuários do sistema, o que resultou em dificuldades na obtenção de dados precisos e confiáveis pelo programa e-SUS. Além disso, provocou incertezas sobre os valores dos repasses financeiros, visto que falhas nos sistemas de informação poderiam levar à perda de financiamento, incentivando alguns gestores a optarem por programas privados, e resultando em impactos negativos para a implementação efetiva do programa.

Apesar de, em nota, o MS anunciar que visitou presencialmente todas as unidades federativas, realizando debates sobre a implementação do Previne Brasil e de ter promovido ações essenciais para o efetivo funcionamento do programa, incluindo oficinas, encontros, seminários, visitas técnicas e capacitações em todo o país (BRASIL, 2022), a ausência de suporte técnico para a implantação e funcionamento do sistema e-SUS gerou dificuldades operacionais para todos os municípios pesquisados, dada a necessidade de habilidade e a familiaridade com a tecnologia para a operação do sistema.

Municípios que dispunham de profissionais com experiência anterior no sistema e-SUS ou eram de maior porte e contavam com técnicos de informática na equipe, enfrentaram menos desafios ao implementar e operar o sistema público. Isso destaca a necessidade não apenas de capacitação teórica, mas também de suporte técnico contínuo para lidar com desafios práticos durante a implementação de novos sistemas de informação em saúde, o que o MS efetivamente

não promoveu. Diante dessa situação, alguns municípios se viram compelidos a contratar e pagar por sistemas privados, enfrentando custos adicionais, que seriam desnecessários, caso tivessem tido o apoio técnico necessário na implantação do sistema e-SUS.

A acelerada transição vivenciada na gestão da APS, com necessidade de suporte técnico aos municípios não disponibilizado pelo MS e Secretarias Estaduais de Saúde, tem proporcionado a abertura para interesses mercantis e privatistas no SUS, com a venda de *software* e assessoria para a implantação e funcionamento desses programas de gerenciamento de dados. Os municípios podem ter optado por adquirir soluções que ofereçam suporte técnico mais abrangente ou recursos adicionais que não estavam disponíveis ou facilmente acessados no e-SUS. Como resultado, o acesso gratuito ao e-SUS pode ter sido subutilizado ou até mesmo negligenciado em favor de opções pagas, o que pode criar desigualdades no acesso aos recursos de saúde digital entre os municípios.

Em síntese, a ausência de suporte para a implementação do e-SUS proporcionou uma oportunidade para empresas privadas entrarem nesse mercado e formarem grupos de interesse nesse setor. Além disso, o acesso aos dados da APS, que vão além dos dados públicos, possibilita uma maior participação e interferência do setor privado nessa área, incluindo informações estratégicas sobre a organização, funções e fluxos do setor.

Por fim, cabe ressaltar o desafio da gestão municipal naqueles municípios que possuem população indígena em seus territórios, acerca da interoperabilidade entre o sistema e-SUS e o sistema utilizado pela Saúde Indígena, ou seja, a falta de integração entre os sistemas, o que gera dificuldades devido à divisão de responsabilidades entre o município e a SESAI. Como os indígenas são atendidos por equipes de saúde vinculadas a este órgão, sua inclusão nos sistemas de registro de saúde do município, como o e-SUS, torna-se impossível. Isso resulta na subestimação da população atendida pelo município nos cálculos de capitação ponderada, apesar de serem considerados parte da população local. Além disso, a presença da população indígena afeta diretamente os indicadores de saúde do município, como a taxa de mortalidade infantil e a cobertura vacinal, destacando a necessidade de abordagens mais colaborativas e integradas para lidar com essa questão complexa.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa teve o objetivo de analisar a apropriação o posicionamento dos entrevistados sobre a PNAB 2017e sobre o PPB e as alterações no processo de trabalho da equipe gestora em decorrência das novas regras. Os resultados revelaram distintos graus de compreensão e perspectivas em relação às políticas a partir de 2017 e suas implicações na organização da APS nos municípios pesquisados.

Evidenciaram-se mudanças nos processos de trabalho em saúde, especialmente relacionadas ao cadastramento ou recadastramento da população no sistema e-SUS e ao monitoramento dos indicadores do Previne Brasil. Foram mencionadas iniciativas como a introdução do prontuário eletrônico, a aquisição de sistemas de informática privados, compra de equipamentos de informática, ampliação da infraestrutura de internet nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), reestruturação de fluxos de atendimento e implementação de ferramentas para monitorar os indicadores. Cabe destacar o risco dessa estratégia de organização da APS seguir a via do gerencialismo, especialmente ao direcionar o trabalho dos profissionais de saúde visando o alcance de metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde (MS) e introduzir um sistema de controle profissional e de competição para alcançar tal finalidade.

Identificou-se que a implantação do prontuário eletrônico foi a mudança mais impactante, conforme mencionado pela maioria dos entrevistados. No entanto, menos da metade dos municípios pesquisados optaram por adotar o sistema público e-SUS.

Na maioria dos municípios pesquisados, observa-se uma estrutura de monitoramento e avaliação dos indicadores pouco desenvolvida e essa tarefa é conduzida pelos membros da equipe gestora, geralmente pelo secretário de saúde e/ou coordenador da APS. Nos locais com sistema privado, o acompanhamento dos indicadores é realizado com mais precisão.

Alguns desafios proeminentes foram identificados, como a ausência de suporte técnico do ministério da saúde ou da regional de saúde para implementação e utilização do sistema e-SUS, além da dificuldade enfrentada por muitos funcionários mais antigos ao lidar com sistemas eletrônicos, e de municípios com áreas rurais muito extensas, distantes da sede municipal e sem acesso à internet.

A falta de suporte técnico para o sistema e-SUS levou os municípios a adotarem sistemas privados, o que, além de acarretar custos adicionais, levou à subutilização do programa gratuito e-SUS. Evidencia-se que, ao não dar o suporte técnico necessário aos municípios, favorece-se a entrada do mercado privado na APS, área até então gerida essencialmente pelo setor público. Além de produzir um custo desnecessário aos municípios com a compra de um programa

privado para a geração e transmissão dos dados, a atuação do setor privado nessa área também proporciona um acesso detalhado às informações estratégicas da APS e de seus usuários por parte deste setor, que poderá fazer outro uso dessa informação.

A remuneração baseada na avaliação de desempenho impulsionou o aumento da produtividade para alcançar metas específicas e essa abordagem pode resultar na concentração exclusiva das equipes nos problemas de saúde avaliados pelas métricas, negligenciando outros aspectos no cuidado da saúde da comunidade. Tendo em vista que os indicadores monitorados são indicadores de processo, destaca-se a necessidade premente de estudos que avaliem o impacto desses indicadores nos resultados de saúde, enfatizando como as práticas e abordagens dessa avaliação podem influenciar diretamente na morbimortalidade da população.

Cabe reconhecer como aspecto limitante, o fato de esta pesquisa ter se concentrado nas entrevistas com a equipe gestora em relação ao Programa Previne e à PNAB 2017, e de que essas perspectivas podem não contemplar o ponto de vista dos trabalhadores da APS. Apesar dos posicionamentos positivos expressos pelos gestores em relação à melhoria na precisão e qualidade dos dados, é essencial também avaliar as percepções e experiências dos profissionais de saúde que operam o sistema. A introdução de mudanças no processo de trabalho, como os prontuários eletrônicos, a cobrança para o atingimento de metas, pode ter impacto direto nesses trabalhadores. Assim, seria pertinente realizar pesquisas adicionais ou entrevistas específicas com esses profissionais para obter uma compreensão abrangente de como o Programa Previne influenciou seus processos de trabalho, os desafios enfrentados e suas percepções sobre a eficácia das mudanças implementadas. Essas informações detalhadas podem oferecer percepções valiosas sobre as alterações propostas pelo Programa Previne, do ponto de vista daqueles diretamente envolvidos na execução das tarefas diárias da APS.

Por fim, cabe considerar que o federalismo brasileiro implica uma distribuição de competências entre União, Estados, Municípios e o Distrito Federal. A implantação de políticas públicas, como a PNAB e o PPB, pode ser examinada à luz dessa estrutura, considerando como as responsabilidades estão sendo compartilhadas, como a cooperação entre os entes está sendo promovida ou desafiada, bem como a falta de suporte técnico pode criar obstáculos institucionais.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F.L. **Reforma política e federalismo**. Desafio para democratização brasileira: Instituto cidadania e editora Fundação Perseu Abramo, 2005.

ALMEIDA, M.H.T. Federalismo, democracia e governo no Brasil: ideias, hipóteses e evidências. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais (BIB)**,51:13-34, 2001. BIB, São Paulo, n° 51, 1° semestre de 2001.

ALMEIDA, E. G. **A análise da atenção básica no Brasil e os desafios contemporâneos**. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós Graduação em Serviço Social) Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

ANDRADE C. J. G.; MENDES, A.; CARNUT, L. Revisão crítica dos argumentos “oficiais” da nova alocação de recursos federais para Atenção Primária. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750**, v. 15, p. e009, 26 set. 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.14295/jmphc.v15.1293>>

ARRETCHE, M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, v. 18, n. 2, p. 17–26, jun. 2004. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-88392004000200003>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 2203, de 5 de novembro de 1996. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 nov. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. SIOPS: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde: indicadores municipais. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Manual instrutivo financiamento do APS** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. –Brasília: Ministério da Saúde, 2021.Modo de acesso: World Wide Web: Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_financiamento_aps.pdf> ISBN XXXX.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Ações para a Implementação do Programa Previnde Brasil**: modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 178 p.: il. ISBN 978-65-5993-386-0.

CAMPOS, G. W. DE S. **A Construção de Mecanismos para Ampliação do Acesso e Qualidade na Atenção Básica/Primária**.Vídeo (35min). Publicado pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Disponível em:<<https://www.youtube.com/watch?v=GSkRRgQ1ijg>> Acesso em:10 mar. 2024.

CARVALHO, B. G; JÚNIOR, L. C; SOUZA, R. K. T; MARTIN, G. B.; NICOLETTO, S. C. S. A organização do Sistema de Saúde no Brasil. *In*: MAFFEI, S. *et al. Bases da saúde coletiva*. 2. Londrina: EDUEL, 2017, 578 p. ISBN: 978-85-7216-921-9.

CARVALHO, B. G; NUNES, E. de F. P. de A; CORDONI JUNIOR, L; CARVALHO, B. G. (Orgs.). **Gestão da saúde em pequenos municípios: o caso do norte do Paraná**. Londrina, PR: Eduel, 2018.

CARVALHO, B. G; NUNES, E. de F. P. de A; SILVA, A. S. da; MARQUES, J.F; SANTINI, S. M.L; ANDRADE, S.K.A.V. Organização da Atenção Primária à Saúde e papel dos gestores do Sistema Único de Saúde. *In*: PEREIRA, A. M. M. *et al.* **Financiamento e organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil: mudanças e tendências nas regras federais do SUS**. Rio de Janeiro, RJ: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2022. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/55606>. Acesso em: 20 fev. 2024.

CONASEMS. Manual do (a) gestor (a) Municipal do SUS: diálogos no cotidiano. [2021]. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wpcontent/uploads/2021/02/manual_do_gestor_2021_F02-1.pdf.> Acesso em: 10 ago. 2023.

CECCIM, R. B; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 41-65, 2004.

CECÍLIO, L. *et al.* O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. **RECIIS. Revista eletrônica de comunicação, informação & inovação em saúde**, v. 1, p. 200-207, 2007. Disponível em: <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/903>.> Acesso em: 11 set. 2023.

COELHO, K T R. **Avaliação da Formulação do Programa Previne Brasil: O Novo Modelo de Financiamento da Atenção Primária a Saúde**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Avaliação de Políticas Públicas) – Escola Superior do Tribunal de Contas da União, Instituto Serzedello Corrêa, Brasília DF, 2020.

CUETO, M. Prefácio. *In*: PAIVA, C. H. A.; ALVES, F. P. **Atenção primária à saúde: uma história brasileira**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2021. p. 11-22

DO CARMO, W. L. N; PANTOJA, C. do S. M; PUREZA, N. da S; DA COSTA, D. F; DOS SANTOS, D. N; LADISLAU, E; TÁVORA, J. A; MACIEL, E. V. Projeto “APS Forte” e os reflexos nos indicadores do previne Brasil e no processo de trabalho das equipes de atenção primária dos municípios do Estado do Amapá / “APS Forte” Project and the reflections on previne Brasil indicators and on the work process of primary care teams in the municipalities of the State of Amapá. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 5, p. 40043–40063, 24 maio 2022.

DOMINGOS, C. M. **A Política de Saúde enquanto Política Social e a atuação do poder executivo federal**. Ensaio produzido como subsídio para a disciplina de Política, Planejamento e Gestão, UEL, 2018.

FELTRIN, A. F. dos S; CONEGLIAN, T. V. A nova política nacional de atenção básica e o contexto atual de saúde: uma reflexão crítica. **Cuid Arte, Enferm**; 13(1): 56-61, jan. 2019.

FLEURY, S.; OUVENEY, A.M. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

FRANZESE, C.; ABRUCIO, F.L. Efeitos recíprocos entre federalismo e políticas públicas no Brasil: os casos dos sistemas de saúde, de assistência social e de educação. In: HOCHMAN, G.; FARIA, C. A. (Org.). **Federalismo e políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. p. 361-386.

GIOVANELLA, L. **Ideologia e poder no planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mario Testa**. 1989. 292 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1989.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, p. e00029818, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00029818>. Acesso em:

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1475–1482, abr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>.

HARZHEIM, E. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1189–1196, abr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01552020>.

HOOD, C. (July/ August de 2006). Gaming in a Target world: The Targets Approach to Managing British Public Services. **Public Administratio Review**, 515-521.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 10 set. 2023.

JORGE, M. S. B.; MOREIRA, T. M. M.; SOUZA, A. R. de; GOMES JÚNIOR, D. M. **Os labirintos da gestão, práticas, modelos de protocolo e financiamento em saúde**. 1. ed. [S. l.]: Amplla Editora, 2022. DOI 10.51859/amplla.lgp065.1122-0. Disponível em: <https://ampllaeditora.com.br/publicacoes/4987/>. Acesso em: 18 fev. 2024.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social PNAS/2004 e Norma Operacional Básica NOB/SUAS. Brasília-DF, 2004a.

LIMA, L. D. **Financiamento e descentralização do SUS pautam primeiro Ceensp de 2017** Luciana Dias. [S. l.: s. n.], 2017. 1 vídeo (63 min). Publicado pelo canal Ensp Fiocruz. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=kHD5sXGx9XQ&t=782s>. Acesso em:

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS. In: GONDIM, R.; GABROIS, V.; MENDES JÚNIOR, W. (Org.). **Qualificação de gestores no SUS**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2009. p. 49-74.

MARQUES, R. M.; MENDES, Á. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. suppl, p. S163–S171, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700016>.

MARTINS, C. C; WACLAWOVSKY, A. J. Problemas e Desafios Enfrentados pelos Gestores Públicos no Processo de Gestão em Saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 04, n. 01, p. 100–109, 1 jun. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.5585/rgss.v4i1.157>>

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1181–1188, abr. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>>

MEDEIROS, K. R. De; ALBUQUERQUE, P. C. De; TAVARES, R. A. W; SOUZA, W. V. De. Lei de Responsabilidade Fiscal e as despesas com pessoal da saúde: uma análise da condição dos municípios brasileiros no período de 2004 a 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1759–1769, jun. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.22852016>>

MELO, E. A; ALMEIDA, P. F. De; LIMA, L. D. De; GIOVANELLA, L. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe5, p. 137–144, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042019s512>>

MENICUCCI, T.M.G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. Tese (Doutorado em Ciências Humanas – Sociologia e Política), UFMG, Belo Horizonte, 2003, p. 402.

MEZOMO, J.C. São Paulo; Manole; 2001.301 p. **Monografia em Português | Coleciona SUS | ID: biblio-934719**. Biblioteca

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa e saúde**: 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MOROSINI, M. V. G. C; FONSECA, A. F; BAPTISTA, T. W. De F.. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 9, p. e00040220, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311x00040220>>

ORLANDI, E. P. **Análise de Discurso: princípios e procedimentos**.13. ed. Campinas, SP: Pontes, 2020.

PAIVA, C.H.A. **A reforma sanitária e a relação com o SUS**. Vídeo (31min). Publicado pelo canal Ciclo Saúde Proteção Social. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=BGvDGIhWusU>>Acesso em: 22 fev. 2024.

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde. **Regiões de Saúde**. Disponível em: <<https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Macrorregional-Norte>>. Acesso em: 10 jan. 2023.

PEREIRA, L. W; CARVALHO, B, G; PAGANI M. C; NUNES, E. de F. P. de A. FREITAS, M. F. De. Repercussões da pandemia da covid-19 na organização e oferta de serviços da atenção básica. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 22, 14 ago. 2023. DOI 10.4025/ciencuidsaude.v22i0.65868. Disponível em: <<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/65868>> Acesso em: 28 mar. 2024.

PEREIRA, A. M. M. **Descentralização e regionalização em saúde no Brasil e na Espanha: trajetórias, características e condicionantes**. 2014. 229 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

PINTO, H. A. Análise do financiamento da Política Nacional para a Atenção Básica de 1996 até 2017. **Saúde em Redes**, v. 4, n. 1, p. 35, 2018.

PIOLA, S.F. et al. **Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo**. Brasília, DF: Ipea; 2013. (Texto para discussão n. 1846). Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1580/1/TD_1846.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2024.

SERVO, L.M.S. et. al. Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. **Saúde debate**, v. 44, n.e.4, p. 114-129, 2020. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2020/12/RSDE4-covid- web 1.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2024.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde, 2004

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. Plano de Ação Macrorregional Norte de Saúde de Urgência e Emergência. Paraná, 2020.

SELLERA, P. E. G.; PEDEBOS, L. A.; HARZHEIM, E.; MEDEIROS, O. L. De; RAMOS, L. G.; MARTINS, C.; D'AVILA, O. P. Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1401–1412, abr. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.36942019.>>

SETA, M. H. de; OCKÉ-REIS, C. O; RAMOS, A. L. P. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. suppl2, p. 3781–3786, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.01072020.>>

SILVA, S. C. C. da. L, de B. R. PARTICIPAÇÃO SOCIAL: A CONSTRUÇÃO DA DEMOCRACIA NA SAÚDE BRASILEIRA. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde** [online]. 2011, 24(3), 266-273 [fecha de Consulta 28 de Febrero de 2024]. ISSN: 1806-1222. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40820076012.>>

SILVA, A. M. R. *et al.* Análise da situação de saúde no território da Unidade Básica de Saúde. In: ANDRADE, S. M. de *et al.* **Bases da saúde coletiva**. 2. ed. Londrina: EDUEL, 2017. v. 1, p. 469-494.

SOUZA, R. R. **Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo**. 2002. 102 fls. Dissertação (Mestrado em Administração de Saúde) - Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

SOUZA, L. E. P. F. Quem são os gestores municipais do SUS? In: LUNA, S. M. M. **Perfil dos gestores municipais de saúde do estado de Mato Grosso**. Cáceres: Unemat, 2008. p. 19-21.

SOUZA, C. M. de. Coordenação, uniformidade e autonomia na formulação de políticas públicas: experiências federativas no cenário internacional e nacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. suppl2, p. e00046818, 2019. Disponível em:<<https://doi.org/10.1590/0102-311x00046818>.>

SOUZA, C. M. de. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. **Revista de Sociologia e Política**, nº 24: 105-121 jun. 2005.

STAHLSCHMIDT, A. P. M. Integralidade, construção e socialização de conhecimentos no contexto da educação permanente e atuação de profissionais da área da saúde. **Interface**, Botucatu, v. 16, n. 42, p. 819-827, 2012.

TAVARES FL, LAIGNIER MR, SILVA MZ, DAROS RF, LIMA RCD. O SUS que temos e a informação como estratégia de (in)visibilidade. **Saúde em Debate**, 2003; 27(65):405-413.

VAN DOOREN, W. (2008). **Performance indicators: a wolf in sheep's clothing?** Changing Educational Accountability in Europe, International Conference, 24 e 25 de junho 2008 (p. 16). Berlin, Germany: Social Science Research Center.

ANEXOS

ANEXO A – ROTEIRO ORIGINAL DA PESQUISA

Projeto: “Mudanças nas regras de transferência de recursos federais do Sistema Único de Saúde: implicações e desafios para o financiamento e a organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil”

Etapa de campo – maio a agosto de 2022

Roteiro de entrevista

- Perfil 1. Gestor/Tomador de decisão - e coordenador de APS

Dados do entrevistado:

Nome:

Data de nascimento:

Sexo:

Formação:

Conte-me sobre a sua trajetória profissional

-Formação complementar (especialização, mestrado, doutorado):

-Cargo:

-Tempo no cargo:

-Experiência anterior na gestão

Bloco 1. Modelo de Atenção à Saúde

1. O que é APS para você? Como você vê o papel da APS no sistema de saúde? (Nota: explorar sentidos da APS abrangente e focalizada).
2. Como vê o papel da Estratégia Saúde da Família na organização da APS? Quais os desafios para a consolidação da ESF (no que se refere aos seus atributos) na prática? Como vê o papel: eAP, eSB, Nasf, ACS na organização da APS? (Nota: explorar cada um dos pontos).
3. **Como você vê o papel do Programa Previne Brasil? Você sentiu reflexos desse programa na APS no seu município depois que foi implantado pelo Ministério da Saúde?**

4. Como está organizada a APS do seu município? (Nota: explorar projetos específicos, ações intersetoriais, processo de trabalho das equipes SF, NASF, Saúde Bucal, ACS – foco no trabalho interprofissional? No território? Existência de apoio matricial, apoio institucional).
5. **Na sua experiência, houve alguma alteração na organização da APS no município, a partir de 2017, devido às políticas ou regras federais do SUS? Se sim, você poderia citar exemplos do que mudou? A que você atribui essa(s) mudança(s)? (Nota: implantação ou fechamento de novas equipes/serviços, por exemplo). (Nota: caso o entrevistado não fale, fazer menção explícita à PNAB, Previne, EC 86/2015 e EC 95/2016).**
6. O município recebeu recursos federais para enfrentamento da pandemia de Covid-19? Como ele foi aplicado? (Nota: explorar os efeitos sobre a organização da APS: reorganização da atenção, implantação de serviços, integração entre vigilâncias e atenção).
7. O município fez adesão ao Programa Médicos pelo Brasil? A questão de provimento de médicos é um problema? Como foi ou está em seu município a transição entre o Programa Mais Médicos (PMM) e Programa Médicos pelo Brasil (PMpB)?
8. **Como é feito o monitoramento e avaliação da APS no município? (Nota: existência de prontuário eletrônico, de sistemas (*softwares*) e uso de indicadores para monitoramento e avaliação de ações/projetos/serviços)? Houve alteração nesse processo decorrente das novas regras de financiamento do SUS? Quais foram os desafios e facilidades?**
9. **Quem participa do monitoramento e avaliação? (Nota: gestão, profissionais, controle social)**

Bloco 2. Modelo de Gestão

10. O município conta com um setor de gestão do trabalho/Recursos Humanos? Quais estratégias têm sido usadas para provimento da força de trabalho? Essas estratégias têm relação com as mudanças das regras federais (PNAB 2017)? Quais os principais desafios na área da gestão do trabalho (dimensionamento; rotatividade; escassez e distribuição de profissionais)?

11. Após as alterações na normatização da APS (PNAB/2017; Previne Brasil) houve mudança na forma de contratação/vínculo de profissionais (ACS, profissionais do NASF, médicos 40h) (questionar sobre cada programa especificamente). Houve mudança na forma de atuação dos profissionais dessas equipes? (pedir para dar exemplo de cada programa NASF, ESF, PACS). Se sim, percebe efeitos para a oferta/organização e produção dos serviços e na assistência à população?
12. Quais formas de contratação, de vínculo e de regime de trabalho são adotadas pelo município na APS? Ocorreu alguma mudança com a pandemia? (Nota: explorar a questão da flexibilização da carga horária contratual como vantagem ou limite, terceirização, pejetização).
13. O município tem usado ferramentas de gestão do trabalho? Quais? Citar: avaliação de desempenho, PCCS, organização por coordenação de unidades/serviços ou por categoria profissional, existência do apoio matricial e apoio institucional. Se sim, são utilizados indicadores para avaliar o cumprimento dos indicadores de desempenho relativos ao Previne Brasil? (Em caso positivo, explorar como faz).
14. Como é definida a adesão aos programas federais/estaduais (quem participa das decisões, que critérios são considerados/ é avaliado custo/benefício para o município/população usuária)?
15. Como as instâncias de governança (CIR, CIB) participam no processo decisório de adesão dos municípios aos programas e estratégias direcionados à APS? Que pautas são levadas para a CIR e a CIB? (Nota: explorar como as pautas da CIR e CIB são definidas e como ocorre a participação do município nesse sentido).
16. Como a SES (e suas regionais) e o COSEMS participam da gestão da APS? (Nota: existência de apoio/colaboração/monitoramento, informativos, estabelecimento/incentivo de relações solidárias entre os municípios).
17. Existe co-financiamento estadual para a APS? Se sim, ele é complementar ou diferente dos incentivos federais? (Nota: existe definição e monitoramento de indicadores de desempenho? Se sim, explorar quais são).

18. Você acompanha a participação das emendas parlamentares (EP) no financiamento federal do SUS? (Caso a resposta seja não, podemos pular as questões sobre a temática EP e encerrar).

Bloco 3. Emendas Parlamentares

(SOMENTE PARA QUEM RESPONDEU POSITIVAMENTE À PERGUNTA 18)

19. Como o município se articula para captação dos recursos de emendas parlamentares para a saúde? Quem são os responsáveis pela captação no município? (principais atores envolvidos). Explorar os seguintes pontos relacionados a processos e fluxos:

- Como é estabelecido o contato e a negociação com os parlamentares? Trata-se de um contato regular ou esporádico?
- Os parlamentares/mandatos participam na definição do objeto financiável? Se sim, a participação do parlamentar foi ao encontro das necessidades e da decisão da equipe técnica? Caso negativa, pedir para relatar a situação.
- Como é a participação do prefeito (a) e secretário (a) de saúde no processo de negociação das emendas?
- No processo de negociação das emendas federais, há a participação de deputados (as) estaduais e vereadores?

20. No município, o alinhamento político da gestão municipal com os parlamentares proponentes das EP e/ou com o governo federal tem favorecido a captação de recursos? Você percebe alguma orientação partidária em relação à alocação de emendas? Ou o município capta recursos de EP para a saúde de parlamentares de diferentes espectros ideológicos?

21. Há discussão, negociação e aprovação acerca do uso dos recursos de EP por instâncias de gestão colegiada (CIR, CIB ou consórcio)? Se sim, como é o fluxo? Quais as principais tensões? (Pedir exemplos das possíveis tensões).

22. Quem são os atores da SMS envolvidos no processo de cadastramento e monitoramento das propostas nos sistemas do Fundo Nacional de Saúde (FNS)? O município sentiu necessidade de fazer mudanças nessa organização nos últimos anos, como por exemplo compor equipes específicas ou contratar consultorias?

23. Nos últimos anos, algumas mudanças têm ganhado relevância no debate sobre o financiamento do SUS, como o Novo Regime Fiscal, também conhecido como a EC 95/2016 e o Programa Previde Brasil na atenção básica. Considerando a execução obrigatória de emendas parlamentares nesse conjunto de mudanças, seria possível identificar alguns reflexos na gestão municipal do SUS? Quais? (abordar se recorda como era antes da impositividade, se entende como isso interferiu no volume de recursos recebidos, ser impositiva ou não).
24. Qual sua visão sobre a participação das emendas parlamentares no financiamento federal do SUS? E na APS? Como considera os critérios/a forma de distribuição dessa fonte de recursos? Você percebe diferenças?
25. Você vê vantagens/desvantagens desta forma de transferência, frente aos recursos provenientes de receitas programáticas? Percebe se há regularidade no recebimento dos recursos captados via EP nos últimos anos? Como avalia as consequências desta modalidade de financiamento para a o planejamento das ações? Poderia citar algum exemplo?
26. As emendas parlamentares para a saúde têm contribuído para atender as necessidades da população em seu município? E da APS, de maneira mais específica? (Se nesta tivermos resposta fechada, perguntar o porquê)
27. Os recursos recebidos de EP interferem/repercutem sobre a organização da APS? Como isso ocorre? (Nota: ampliação de serviços, compra de materiais e equipamentos, adequação/melhoria de espaços/construção de unidades. Explorar o quanto de recursos de emenda de investimentos o município recebeu e o que foi feito com esses recursos - ver Dossiê).
28. As transferências de recursos recebidas por EP repercutiram sobre a contratação de serviços de saúde? E da APS? Houve pagamento de prestação de serviços (médicos/odontológicos/de enfermagem) com recursos de emendas? (Nota: Ocorrência da pejetização ou outros formatos de terceirização/relação trabalhista como saída para o provimento de RH com recursos de EP).

29. Como foi definido o uso dos recursos das emendas parlamentares recebidas pelo município? Há especificidades para a APS? Como são feitas/planejadas essas ações (quais critérios)? O PMS é considerado para a aplicação dos recursos provenientes das EP? E o controle social? (Nota: Explorar como são definidos os objetos das emendas, se consideram o PMS e CMS neste processo).
30. Como é feita a incorporação dos recursos de EP ao orçamento municipal (é previsto ou são feitos ajustes posteriores à aprovação do orçamento?)?
31. Há algum tipo de planejamento e acompanhamento diferenciado para as emendas de custeio e de investimento? Como é feito? (Nota: destacar as especificidades do uso dos recursos de EP).
32. Como são executadas as EP de PAB/PAP (Piso da Atenção Primária) (custeio)? São elaborados planos de aplicação para as emendas de custeio? Existe dificuldade para execução das EP de PAB (custeio)? (pedir para descrever com que se gasta, quais as dificuldades, se há clareza com que pode ou não gastar)
33. Com que fonte de recursos o município realiza obras e compra de equipamentos? (Explorar se há ou não o uso de EP para essas ações, se há predomínio das emendas neste processo).
34. Como são executadas as EP de estruturação (investimento)? Existe dificuldade para execução das EP de estruturação (investimento)? Se sim, quais? (Nota: abordar separadamente a execução de obras e aquisição de equipamentos. Para equipamentos, que critérios foram utilizados para definição dos itens solicitados? Todos os equipamentos adquiridos estão em uso?).
35. Os itens financiáveis por EP (cardápio proposto pelo MS) atendem às necessidades de seu município? Os valores sugeridos para os respectivos itens são suficientes? (Nota: investigar se geralmente há necessidade de contrapartida municipal para execução do objeto).
36. Qual o tempo médio de execução das propostas? Quem participa do monitoramento e avaliação? Há participação do controle social? Se sim, de que forma? No seu município, existem propostas não executadas com os recursos recebidos por EP? Por quê?

37. Como é feita a prestação de contas dos recursos recebidos por EP? (Exemplos: aprovação do conselho e relatório de gestão, abordar para ambos os tipos: investimento e custeio).
38. Se vocês recebem de emenda parlamentar, de alguma forma contribui para a redução dos investimentos com recursos próprios por parte do município nas despesas com a saúde? (Refere-se ao mínimo de 15% estabelecido pela Lei 141/12, investigar também se mesmo não impactando sobre os 15%, houve menor investimento de recursos próprios na APS, direcionando em outras áreas, como atenção especializada ou vigilância)
39. Consórcios intermunicipais de saúde têm participado da captação de recursos de EP? Como? Quais as vantagens e desvantagens da articulação via consórcio?

ANEXO B –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada *Mudanças nas regras de transferência de recursos federais do Sistema Único de Saúde: implicações e desafios para o financiamento e a organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil* coordenada pela Prof. Dra. Luciana Dias de Lima da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz - ENSP/FIOCRUZ. O projeto se dá em parceria com a Universidade Estadual de Londrina (UEL), Paraná.

Esse trabalho tem como objetivo geral analisar as transformações na composição das transferências de recursos federais do Sistema Único de Saúde e suas repercussões para o financiamento e a organização da Atenção Primária à Saúde, em nível nacional e em diferentes contextos regionais e municipais.

O(a) Sr(a) foi selecionado(a) para responder às questões dessa pesquisa por exercer função, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura, relacionada à gestão do sistema de saúde e/ou da Atenção Primária à Saúde. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e o(a) Sr.(a) tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar. A qualquer momento o(a) Sr.(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a ENSP/FIOCRUZ. Sua colaboração nesta pesquisa consistirá em conceder entrevista após identificação do pesquisador, leitura e assinatura do TCLE, em dia, horário e local de trabalho de sua preferência, garantindo o sigilo e a privacidade das informações fornecidas ao pesquisador.

A execução da pesquisa envolve uma série de estratégias metodológicas, incluindo entrevistas com gestores e técnicos das secretarias de saúde dos estados e municípios do Rio de Janeiro e do Paraná, bem como representantes de instâncias de gestão regional e da gestão local da saúde, e do poder Legislativo; análise documental; e pesquisa em bases de dados secundários. Os resultados da pesquisa aos participantes e suas instituições serão divulgados após o término do estudo por intermédio de apresentações específicas voltadas para os gestores. Além disso, estão previstos a confecção de e-book interativo, infográfico e curso de curta duração para disseminação de produtos e resultados da pesquisa durante o seu desenvolvimento.

O tempo previsto para realização da entrevista é sessenta minutos. A realização da entrevista não deverá interferir na rotina e nas atividades de gestão da sua instituição Sua entrevista será gravada para transcrição posterior, visando facilitar o processamento do material. Entretanto, você pode solicitar ao pesquisador que interrompa a gravação a qualquer momento durante a realização da entrevista. Os dados coletados na entrevista serão arquivados, em arquivos digitais, por pelo menos 5 anos e serão acessados somente pela equipe de pesquisadores. Com o fim deste prazo, o material será descartado.

O benefício relacionado a sua participação na pesquisa é o de contribuir com o debate sobre os condicionantes e desafios do financiamento público e da organização da Atenção Primária à Saúde em seu estado, região ou município. Além disso, possibilitará a identificação dos elementos que favorecem ou dificultam a organização dos serviços de atenção básica, visando à proposição de estratégias para a superação de obstáculos à consolidação do SUS.

Rubrica pesquisador: 

Rubrica participante: _____

Toda pesquisa possui riscos potenciais, maiores ou menores, dependendo dos objetivos e metodologias adotadas. No caso deste estudo, há risco de ocorrer identificações dos sujeitos e constrangimentos dos entrevistados em razão do cargo público ou de notoriedade pública ocupado e da atividade profissional (função de gestão) desenvolvida, e do reduzido número de pessoas que serão entrevistadas.

Visando reduzir riscos de identificação, esclarecemos que as informações obtidas por meio da sua entrevista serão processadas e analisadas em conjunto com as demais entrevistas e material de outras fontes de pesquisa e que os resultados da análise são de responsabilidade dos pesquisadores; que citações diretas de falas, que permitam sua identificação serão evitadas; que após a transcrição, serão atribuídos códigos de modo a garantir o sigilo dos entrevistados; que seu nome e dados pessoais não serão de modo algum utilizados. Serão assegurados o sigilo e a privacidade das informações fornecidas em todas as etapas do estudo e de divulgação de seus resultados.

Ressaltamos que se o senhor (a) vier a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não neste termo de consentimento e resultante de sua participação nesta pesquisa receberá assistência integral, com direito à indenização, conforme itens III.2.0, IV.4.c, V.3, V.5 e V.6 da Resolução CNS 466/12.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para o senhor (a) e outra para o pesquisador. Nele constam os dados da pesquisadora responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. Suas dúvidas sobre a pesquisa, seus desdobramentos e sua participação serão esclarecidas a qualquer momento, inclusive após a conclusão do estudo.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Solicitamos que assinale a(s) opção(ões) abaixo que considerar pertinente(s), relativa(s) à autorização das condições de uso do seu depoimento para fins da pesquisa científica.

Autorizo que minha função institucional conste em uma listagem geral de entrevistados.

Sim () Não ()

Autorizo que minha função institucional seja vinculada às informações por mim fornecidas.

Sim () Não ()

Rubrica pesquisador: 

Rubrica participante: _____

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863 **E-Mail:** cep@ensp.fiocruz.br

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Prof. Dra. Luciana Dias de Lima

Pesquisadora – e-mail: luciana@ensp.fiocruz.br

DAPS – Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – 7º. Andar. Tel.: (21) 2598 – 2849

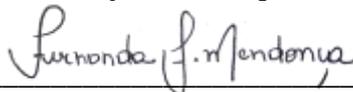
Tel. CEP/ENSP- (21) 2598-2863

Paraná, ____ de _____ de 2022.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.



Luciana Dias de Lima
Pesquisadora e Coordenadora do Projeto de Pesquisa (ENSP/Fiocruz/RJ)



Fernanda de Freitas Mendonça Pesquisadora do Projeto (UEL/PR)

Nome completo do entrevistado

Assinatura do entrevistado

Rubrica pesquisador: 

Rubrica participante: _____