

UNIVERSIDADE DE ARARAQUARA – UNIARA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL E
MEIO AMBIENTE

JOÃO ALDO ZANACHI

PROGRAMA PREVINE BRASIL: FINANCIAMENTO E GESTÃO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA EM SAÚDE

ARARAQUARA - SP

2024

JOÃO ALDO ZANACHI

**PROGRAMA PREVINE BRASIL: FINANCIAMENTO E GESTÃO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA EM SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Territorial e Meio Ambiente da Universidade de Araraquara/UNIARA, como requisito para obtenção do título de Doutor em Desenvolvimento Territorial e Meio Ambiente.

Área de Concentração: Desenvolvimento Territorial e Alternativas de Sustentabilidade.

Orientadora: Profa. Dra. Helena Carvalho De Lorenzo.

Coorientadora: Profa. Dra. Alessandra Santos Nascimento.

ARARAQUARA - SP

2024

FICHA CATALOGRÁFICA

Z31p Zanachi, João Aldo

Programa Previne Brasil: financiamento e gestão na atenção primária em saúde/João Aldo Zanachi. – Araraquara: Universidade de Araraquara, 2024.

129f.

Tese (Doutorado)- Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Territorial e Meio Ambiente- Universidade de Araraquara-UNIARA

Orientadora: Profa. Dra. Helena Carvalho de Lorenzo

Coorientadora: Profa. Dra. Alessandra Santos Nascimento

1. Gestão em saúde. 2. Previne Brasil. 3. Atenção primária.
4. Financiamento público. I. Título.

CDU 577.4

FOLHA DE APROVAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ARARAQUARA - UNIARA

Rua Voluntários da Pátria, 1309 - Centro - Araraquara - SP
CEP 14801-320 | (16) 3301-7100 | www.uniara.com.br

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome do Aluno: **João Aldo Zanachi**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Territorial e Meio Ambiente, curso de Doutorado, da Universidade de Araraquara – UNIARA – como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Desenvolvimento Territorial e Meio Ambiente.

Área de Concentração: Desenvolvimento Territorial e Alternativas de Sustentabilidade.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Helena Carvalho de Lorenzo

Prof. Dr. Zildo Gallo

Documento assinado digitalmente
gov.br ISABELA THAIS MACHADO DE JESUS
Data: 28/11/2024 16:49:57-0300
verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Profa. Dra. Isabela Thais Machado de Jesus

Profa. Dra. Maria Lucia Ribeiro

Profa. Dra. Regina Maria da Souza

Araraquara – SP, 28 de novembro de 2024

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil é responsável pela oferta de cuidados básicos à população, incluindo ações de prevenção, diagnóstico, tratamento de doenças e vigilância em saúde dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse papel exige um significativo volume de recursos, que são direcionados pelo Ministério da Saúde. Com o objetivo de garantir maior eficiência na transferência desses recursos, expandir o acesso da população aos serviços de atenção primária e estreitar o vínculo entre a população e a equipe gestora, foi criado, em 2019, o Programa Previne Brasil. Esse programa reformulou o modelo de financiamento da APS, que anteriormente se baseava na transferência per capita linear de recursos. O novo modelo de financiamento introduzido pelo Previne Brasil é fundamentado na análise dos resultados dos indicadores de desempenho das equipes de saúde, conforme registrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. O programa estabelece que as transferências de recursos para os municípios devem seguir critérios como: capitação ponderada, pagamento por desempenho, incentivo para ações estratégicas e incentivo financeiro baseado em critérios populacionais. Além disso, os valores financeiros obtidos pelo programa consideram tanto o número de pessoas cadastradas pelas equipes de saúde da família e atenção primária quanto o desempenho assistencial dessas equipes. Portanto, a atuação eficaz das equipes gestoras é crucial para o sucesso do programa. Neste contexto, o presente estudo investiga como a implementação do Programa Previne Brasil tem influenciado o processo de gestão na atenção primária. A pesquisa foi conduzida por meio de um estudo qualitativo, utilizando pesquisa documental, aplicação de formulário fechado junto aos membros das equipes gestoras municipais de saúde e realização de entrevistas semiestruturadas com gestores municipais. O recorte empírico da pesquisa foi na região de saúde do Departamento Regional de Saúde (DRS XV) de São José do Rio Preto. Os resultados revelam uma diversidade de opiniões entre os gestores entrevistados, evidenciando a falta de unanimidade em relação à eficácia do programa. Enquanto parte dos gestores reconhece avanços significativos, como melhorias na alocação de recursos e maior cobertura de ações preventivas, outros gestores demonstram desconhecimento ou falta de engajamento com as diretrizes do Previne Brasil. Aproximadamente 30% dos gestores admitiram não possuir informações detalhadas sobre o programa ou sobre os indicadores de desempenho, refletindo uma lacuna crítica de capacitação e monitoramento. A pesquisa também identificou que as dificuldades na gestão do programa variam conforme a estrutura e capacidade administrativa dos municípios. Municípios que demonstram maior preparo, tanto em termos de gestão (com profissionais qualificados e boas práticas de administração pública) quanto de capacidade material (como infraestrutura, recursos financeiros e tecnológicos), conseguem implementar políticas públicas de forma mais eficiente e alcançar os resultados esperados. Em contraste, locais com infraestrutura mais limitada enfrentam dificuldades em cumprir as metas estabelecidas, o que leva à perda de recursos e à diminuição da efetividade das políticas públicas. As divergências observadas nas respostas dos gestores reforçam a complexidade do programa e a necessidade de revisões na sua aplicação para garantir que ele promova uma gestão mais equitativa e eficiente da APS, respeitando as particularidades regionais.

Palavras-chave: Gestão em saúde; Previne Brasil; Atenção primária; Financiamento público.

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) in Brazil is responsible for providing basic care to the population, including prevention, diagnosis, treatment of diseases and health surveillance within the Unified Health System (SUS). This role requires a significant volume of resources, which are allocated by the Ministry of Health. In order to ensure greater efficiency in the transfer of these resources, expand the population's access to primary care services and strengthen the link between the population and the management team, the Previne Brasil Program was created in 2019. This program reformulated the PHC financing model, which was previously based on the linear per capita transfer of resources. The new financing model introduced by Previne Brasil is based on the analysis of the results of the performance indicators of health teams, as recorded in the National Registry of Health Establishments. The program establishes that transfers of resources to municipalities must follow criteria such as: weighted capitation, payment for performance, incentive for strategic actions and financial incentive based on population criteria. Furthermore, the financial values obtained by the program consider both the number of people registered by the family health and primary care teams and the care performance of these teams. Therefore, the effective performance of the management teams is crucial to the success of the program. In this context, this study investigates how the implementation of the Previne Brasil Program has influenced the management process in primary care. The research was conducted through a qualitative study, using documentary research, application of a closed form to members of the municipal health management teams and semi-structured interviews with municipal managers. The empirical focus of the research will be the health region of the Regional Health Department (DRS XV) of São José do Rio Preto. The results reveal a diversity of opinions among the managers interviewed, evidencing the lack of unanimity regarding the effectiveness of the program. While some managers recognize significant advances, such as improvements in resource allocation and greater coverage of preventive actions, other managers demonstrate ignorance or lack of engagement with the Previne Brasil guidelines. Approximately 30% of managers admitted to not having detailed information about the program or its performance indicators, reflecting a critical gap in training and monitoring. The survey also identified that difficulties in managing the program vary according to the structure and administrative capacity of the municipalities. Municipalities with greater preparation were able to optimize resources and present better indicators, while localities with less infrastructure faced resource losses due to the inability to meet the required targets. The discrepancies observed in the managers' responses reinforce the complexity of the program and the need for reviews in its implementation to ensure that it promotes more equitable and efficient management of PHC, respecting regional particularities.

Keywords: Health management; Previne Brasil; Primary care; Public financing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma da pesquisa	61
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Sinalização do alcance dos indicadores do Programa Previne	44
Quadro 2 - Fontes e tipos de materiais para revisão bibliográfica.....	48
Quadro 3 - Total de municípios a serem investigados	50
Quadro 4 - Caracterização dos municípios sorteados para amostra.....	51
Quadro 5 - Caracterização socioeconômica dos municípios sorteados	53
Quadro 6 - Indicadores que compõe o Programa Previne Brasil: dados quantitativos	57
Quadro 7 - Caracterização da quantidade de respostas ao questionário por município	78

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Indicador 1 - Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação.	66
Tabela 2 - Indicador 2 - Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.	67
Tabela 3 - Indicador 3 - Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado....	68
Tabela 4 - Indicador 4 - Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS.	69
Tabela 5 - Indicador 5 - Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche e Hepatite B.	70
Tabela 6 - Indicador 6 - Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre.	71
Tabela 7 - Indicador 7 - Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.	72
Tabela 8 - R. S. Rio Preto - Indicador Sintético final - % do incentivo financeiro.	76
Tabela 9 - R.S. Santa Fé: Indicador Sintético final - % do incentivo financeiro.....	77
Tabela 10 - Indicador Sintético final - % do incentivo financeiro - por município da amostra.	77

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Identificação da região de saúde de lotação	79
Gráfico 2 - Avaliação das condições da gestão em saúde na sub-região considerada	82
Gráfico 3 - Escuta ativa das queixas de demandas dos usuários	83
Gráfico 4 - Treinamento para e registro de dados para Análise Ponderada	86
Gráfico 5 - Análise de dados gestor e equipe	86
Gráfico 6 - Avaliação do aparato de apoio técnico de TI.....	87

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

Cebes - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CF/1988 - Constituição Federal

DRS XV - Departamento Regional de Saúde

EAB - Equipes de Atenção Básica

eAP - Equipes de Atenção Primária

eSF - Equipes de Saúde da Família

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCQS - Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

IRPS - Índice de Riqueza, Longevidade e Escolaridade

LACEN - Laboratórios de Saúde Pública

LDO - Leis de Diretrizes Orçamentárias

LOA - Leis Orçamentárias Anuais

MIT - Município de Interesse Turístico

MEC - Ministério da Educação

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOB - Norma Operacional Básica

OMS - Organização Mundial da Saúde

PAB - Piso da Atenção Básica

PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNS - Pesquisa Nacional de Saúde

PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

SAMU - Atendimento Médico de Urgência

SAPS - Secretaria de Atenção Primária à Saúde

SISAB - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SisLab - Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública

Sisab - Saúde para Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidades Básicas de Saúde

SCNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

ISF - Indicador Sintético Final

PEC - Prontuário Eletrônico do Cidadão

SAI - Sistema de Informações Ambulatoriais

SIH - Sistema de Informações Hospitalares

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	14
1.1 Apresentação do tema e do problema de pesquisa	14
1.2 Objetivos.....	19
1.2.1 <i>Objetivo geral</i>	19
1.2.2 <i>Objetivos específicos</i>	20
1.3 Organização do trabalho.....	20
2. ESTRUTURAÇÃO E FINANCIAMENTO DO SUS NO BRASIL.....	22
2.1 Da constituição do SUS até a implementação do Programa Previne Brasil	22
2.2 Organização da estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS).....	29
2.3 O Programa Previne: constituição e formas de financiamento propostas	34
2.4 Indicadores do Programa Previne Brasil.....	43
3. METODOLOGIA E CAMINHOS DA PESQUISA.....	48
3.1 Identificação da região e seleção dos municípios	49
3.2 Caracterização socioeconômica dos municípios selecionados	52
3.3 Aplicação de piloto da pesquisa	55
3.4 Etapas da pesquisa.....	55
3.4.1 <i>Primeira etapa</i>	55
3.4.2 <i>Segunda etapa</i>	58
3.5 Como serão analisados os resultados.....	61
4. FINANCIAMENTO E GESTÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE NO DRS XV SÃO JOSÉ DO RIO PRETO: ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA	62
4.1 Os indicadores de financiamento da Atenção Primária à Saúde no Departamento Regional de Saúde (DRS XV) de São José do Rio Preto.....	63
4.2 Os indicadores de desempenho do Programa Previne	64
4.2.1 <i>Os sete indicadores para a Atenção Primária à saúde: significado e evolução</i>	65
4.2.2 <i>Indicador sintético final</i>	73
4.3 Caracterização geral, perfil e percepção dos gestores e do pessoal envolvido com a implementação do Programa PREVINE	78
4.4 Papel e percepção dos gestores em saúde dos municípios selecionados nas regiões de saúde de São José do Rio Preto e Santa Fé do Sul	88
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	103
REFERÊNCIAS	111

APÊNDICES	119
APÊNDICE 1 - Autorização da Região de Saúde do Departamento Regional de Saúde (DRS XV) de São José do Rio Preto.....	119
APÊNDICE 2 - Formulário fechado: equipe gestora.....	120
APÊNDICE 3 - Roteiro para entrevistas com os gestores municipais de saúde.....	125
APÊNDICE 4 - Termo de consentimento livre e esclarecido.	127

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

1.1 Apresentação do tema e do problema de pesquisa

O Sistema Único de Saúde (SUS), desde que foi implantado, visa atingir a estabilidade e suficiência de recursos, de maneira que atenda às necessidades do sistema e da sociedade como um todo, em virtude dos direitos fundamentais, como o direito à saúde, que garante acesso universal e igualitário aos serviços previstos pela Constituição Federal (CF/1988) (Brasil, 1988).

São princípios fundamentais do SUS: a universalidade, que garante o direito de todos à saúde; a integralidade, que é o direito de promover, prevenir, tratar e reabilitar em todos os níveis de atenção e serviços; e a equidade, que é a garantia de que todo cidadão brasileiro tenha acesso aos serviços do sistema público de saúde, eliminando qualquer tipo de discriminação e/ou preconceito (Brasil, 1988).

O SUS visa atender às necessidades dos diversos grupos e comunidades de maneira que seja efetivada a promoção da saúde como um ato fundado na democracia própria do Estado de Direito (Brasil, 1988).

Entretanto, desde sua instituição, em 1990, o SUS tem enfrentado desafios. Nos últimos anos, destacam-se as modificações verificadas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), por meio da Portaria MS n. 2.436/2017, a Emenda Constitucional 95, que prevê o congelamento de gastos públicos por 20 anos, e o Programa Previne Brasil, instituído pela Portaria n. 2.972/2019, que tem atuado na contramão dos princípios constitucionais.

A Portaria MS n. 2.436/2017, em seu art. 2º, define que a Atenção Básica se constitui no conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvidas por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizadas por uma equipe multiprofissional e dirigidas à população em território definido, população sobre a qual tal equipe assume responsabilidade sanitária (Brasil, 2017).

Visando a garantir maior eficácia na transferência de recursos e na expansão do acesso da população aos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), estreitando a relação entre a população e a equipe gestora, em 2019 foi criado o Programa Previne Brasil, que modificou a forma de financiamento da APS. Até então, o modelo se baseava em transferência per capita

linear de recursos; entretanto, o novo modelo se baseia na análise dos resultados de indicadores de desempenho das equipes de saúde informados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Suscintamente, o Previne estabelece que as transferências sejam feitas para os municípios com base nos seguintes critérios:

- Capitação ponderada;
- Pagamento por desempenho;
- Incentivo para ações estratégicas;
- Incentivo financeiro com base em critério populacional.

Destaca-se ainda que as mudanças no modelo de financiamento da Atenção Básica à Saúde, introduzidas por meio do Programa Previne Brasil, estabeleceram como critério de transferência de recursos o número de pessoas cadastradas como resultado do cumprimento das atividades que devem ser desenvolvidas pelas equipes de saúde (Brasil, 2019b). Tais mudanças no modelo sugerem que não se trata apenas da construção de indicadores de saúde simples, mas da necessidade de estabelecer um diálogo crítico com os atores sociais envolvidos nas instâncias de controle social, para que a gestão do programa seja bem-sucedida e resulte em melhores condições para o financiamento das necessidades de atendimento às demandas dos municípios.

A proposta do Previne é melhorar o atendimento recebido pelas pessoas que utilizam o SUS como o principal ou único sistema de saúde individual ou familiar. Para cumprir tal propósito, o Programa se fundamenta em três critérios, a saber: quantidade de pessoas atendidas nos serviços de saúde (incluindo as que estão inseridas em programas sociais, idosos e crianças); a promoção para melhorar a condição de saúde da população, priorizando doenças crônicas como diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e a diminuição de óbitos em crianças e mães.

O Programa preconiza ainda a adesão dos municípios a programas estratégicos e até mesmo a melhoria da informatização das unidades, o que visa possibilitar um controle mais eficiente para a inserção dos dados fornecidos pelas mesmas, ampliando o horário nos estabelecimentos de saúde e oferecendo condições de trabalho mais adequadas nos serviços de saúde disponíveis para a população (Seta; Ocké-Reis; Ramos, 2021).

O Programa estabelece critérios como a capitação ponderada, pagamento por desempenho, incentivo para ações estratégicas e incentivo financeiro com base em critério populacional, explicitando a adoção do modelo biomédico, baseado na doença e não na prevenção, assim como no aumento do número de atendimentos.

A partir das análises realizadas sobre o Programa Previne Brasil, observa-se que o programa tem contribuído para a implantação de uma política de financiamento que, na prática, reduz o acesso da população aos serviços de saúde. Isso ocorre porque nenhum município consegue cadastrar 100% de seus usuários, embora, em muitas cidades, especialmente nas regiões Norte e Nordeste do país, a maioria da população dependa exclusivamente do SUS para garantir atendimento (Brasil, 2019b).

Desde a sua implantação em 2019, o Previne tem intensificado a burocracia envolvida na transferência de recursos para as prefeituras, o que tem levado à redução da qualidade dos serviços de saúde. Profissionais como Agentes Comunitários de Saúde (ACS), enfermeiros e médicos enfrentam uma carga de trabalho adicional, pois precisam equilibrar o atendimento aos pacientes com o preenchimento dos dados nos sistemas informatizados. Essa situação é ainda mais preocupante em municípios com acesso inadequado à internet. Com o Previne, observa-se uma sobrecarga de trabalho para esses profissionais, que devem informatizar e gerar dados para o sistema sem recursos adicionais, pessoal suficiente ou treinamento adequado para a digitalização e análise das informações. Além disso, a complexidade crescente dos sistemas informatizados e as mudanças frequentes nas nomenclaturas e na legislação agravam o problema (Brasil, 2019b).

No cotidiano das unidades de saúde, em alguns municípios, a implementação do Previne tem levado a uma piora no atendimento às demandas dos cidadãos e na execução de políticas públicas voltadas para populações vulneráveis. Um exemplo é a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que enfrenta dificuldades devido à falta de ação orçamentária específica, precisando responder à demanda de promover a saúde integral da população negra dentro do SUS. Isso requer significativa capacidade de articulação e comprometimento dos gestores públicos (Brasil, 2019b).

É fundamental considerar que o Previne Brasil se insere em um cenário caracterizado por grande diversidade étnica, etária e sexual, além de desigualdades econômicas e na disponibilidade de recursos humanos e materiais. Em particular, municípios pequenos e rurais, bem como comunidades indígenas e quilombolas, que frequentemente têm menor número de eleitores e são preteridos na alocação de emendas parlamentares destinadas a completar seus orçamentos e aprimorar os serviços públicos de saúde (Brasil, 2019b).

Vale ressaltar que há poucos estudos sobre o Programa Previne Brasil, especialmente em relação aos efeitos no financiamento da APS. Assim, seguem comparativos para melhor esclarecimento:

Araújo *et al.* (2024) destacam que o Programa Previne Brasil introduz um sistema de pagamento baseado em capitação e desempenho, além de oferecer incentivos voltados para a qualidade do atendimento. No entanto, eles apontam que o programa apresenta desafios de gestão, especialmente no processo de cadastramento, e traz melhorias nos indicadores de saúde, mas ainda enfrenta questões de desigualdade regional. Adicionalmente, os autores sublinham a necessidade de investimento em capacitação e infraestrutura para garantir a efetividade do programa.

Gomes *et al.* (2024) enfatizam a importância do preenchimento correto dos indicadores e da integração do programa com prontuários eletrônicos. Esses fatores, segundo os autores, são fundamentais para uma boa implementação do programa nos municípios e têm impactos significativos na gestão local.

Melo (2024) é crítico em relação ao novo modelo de alocação de recursos do Previne Brasil, argumentando que ele impõe desafios substanciais para a implementação nos municípios, o que, em sua visão, agrava as desigualdades regionais.

Sartoretto *et al.* (2024) apontam para uma desigualdade na distribuição de recursos que, segundo eles, reflete a sobrecarga de metas e dificuldades na implementação local. Além disso, criticam a exigência de cumprimento de indicadores sem que as condições locais sejam devidamente consideradas.

Raposo *et al.* (2022) observam que o programa foca excessivamente na assistência para grupos específicos, o que, segundo eles, limita a atenção à saúde bucal e aprofunda as desigualdades regionais. Eles também ressaltam problemas de implementação e integração dos serviços, além da sobrecarga de metas e um foco desproporcional em indicadores quantitativos, o que prejudica o suporte técnico e a infraestrutura oferecidos.

Os principais desafios e críticas ao programa incluem a desigualdade regional na alocação de recursos, a sobrecarga de metas para os profissionais de saúde, dificuldades na implementação e adaptação local, além da falta de flexibilidade para as diferentes realidades municipais e o risco de afastamento do princípio de universalização da saúde.

A análise dos autores revela uma tensão entre os efeitos positivos do Programa Previne Brasil, como o aumento de recursos e o incentivo à qualidade, e os desafios críticos, como desigualdade regional, sobrecarga de metas e dificuldades na implementação local, além de um viés que contraria a universalização da saúde. As críticas indicam que o programa tende a ser seletivo e focado, beneficiando certas regiões e prejudicando a eficiência e a universalização no SUS. Essa divisão reflete a falta de consenso entre especialistas: enquanto o governo defende

que maior flexibilidade e autonomia local impulsionariam a eficiência e valorização do desempenho, crítico como Massuda (2020) alerta para o possível paradoxo desse modelo em um cenário de restrição de gastos sociais. Sanitaristas e conselhos de saúde também criticam o programa por seu caráter mercadológico e privatizante, apontando que ele desvia dos princípios de cobertura universal e gera desafios adicionais para os gestores locais. Nesse contexto, é essencial avaliar o papel dos gestores na adaptação ao Previne Brasil, especialmente para compreender se o programa tem efetivamente contribuído para a melhoria da qualidade dos serviços e se a gestão tem conseguido otimizar a produção e análise dos indicadores para assegurar o financiamento adequado no SUS.

Para entender as especificidades do Previne, é necessário examinar a percepção da equipe gestora sobre o programa e se ela acredita que ele traz melhorias para a gestão municipal em saúde. Além disso, sob a perspectiva da municipalização dos recursos e da gestão, é crucial investigar os resultados do Previne Brasil no que diz respeito à desburocratização dos processos e à liberação de recursos para os municípios.

Diante dessas questões, foi organizada uma pesquisa para responder, ainda que parcialmente, aos questionamentos que a temática suscita e que permanecem sem resposta efetiva à luz do conhecimento científico atual sobre o tema.

Considerando que o Programa Previne Brasil se encontra em todo o território nacional, foi necessário estabelecer um recorte para viabilizar a análise empírica do processo. Nesse sentido, escolheu-se o Estado de São Paulo, mais especificamente o Departamento Regional de Saúde (DRS XV) de São José do Rio Preto, devido à sua extensão e diversidade, o que será detalhado na metodologia da pesquisa. A escolha do DRS XV justifica-se pela quantidade significativa de profissionais de saúde pública atuantes na região, sendo o maior departamento em número de municípios.

Para responder aos questionamentos da pesquisa, foram analisados os dados públicos sobre os resultados do Programa Previne Brasil referentes à maior região de saúde do DRS XV, São José do Rio Preto, e à menor região de saúde, Santa Fé do Sul. Além disso, foram realizadas entrevistas com os participantes e atores envolvidos nas equipes gestoras da Atenção Primária à Saúde, incluindo gestores municipais, ACS, enfermeiros, médicos e cirurgiões dentistas.

A pesquisa, com recorte de 2019 a 2023, envolveu a análise de dados sobre o Programa Previne, com o objetivo de investigar sua influência na gestão da APS, especialmente durante a pandemia de COVID-19. Nesse período, foram realizadas buscas de conteúdos relevantes para aprofundar o entendimento sobre o tema, além da coleta e análise de dados de indicadores

provenientes dos sistemas e-Gestor, CNES e DataSUS. Esses dados foram fundamentais para avaliar as adaptações do programa e seu impacto nas ações de saúde pública, auxiliando na investigação de como o Previne contribuiu para a gestão da Atenção Primária.

A intenção de realizar a pesquisa surgiu a partir da inquietação dos pesquisadores em entender a influência do Programa Previne Brasil no processo de gestão da APS no período de 2019 a 2023. O SUS enfrenta desafios contínuos, especialmente com as mudanças no modelo de financiamento da APS, que passou a ser baseado em critérios de capitação ponderada e indicadores de desempenho. Diante disso, a pesquisa teve como objetivo investigar como essas alterações impactaram a gestão da saúde e a qualidade dos serviços prestados, a partir da percepção da equipe gestora, a fim de compreender melhor os efeitos dessas mudanças no sistema de saúde.

A escolha do DRS XV de São José do Rio Preto se deu pelo fato de ser a região com o maior número de municípios, abrangendo 102 cidades, o que possibilita uma análise mais ampla e representativa dos desafios enfrentados na gestão da Atenção Primária à Saúde. A diversidade de municípios nas regiões de Saúde Rio Preto (com 20 municípios) e Santa Fé (com 6 municípios) oferece uma perspectiva valiosa sobre as diferentes realidades locais, principalmente devido às discrepâncias populacionais. Isso facilita a compreensão dos impactos do Programa Previne Brasil e das mudanças no modelo de financiamento da APS. Assim, o DRS XV proporciona um panorama abrangente e relevante, essencial para avaliar os efeitos do programa na gestão, financiamento e na qualidade dos serviços de saúde prestados.

O processo de convite e apresentação da pesquisa seguiu um protocolo claro e transparente. Foi realizada uma amostragem de 30% dos municípios das regiões selecionadas, o que resultou na escolha de 8 municípios. A técnica de amostragem utilizada foi aleatória simples, garantindo um sorteio justo e representativo. A pesquisa foi apresentada aos gestores municipais (Secretário, Coordenador, Diretor de Saúde) e aos profissionais de saúde (Médico da ESF, Médico Ginecologista/Obstetra, Cirurgião Dentista, Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde), com a explicação do objetivo, metodologia e a importância da participação. A amostra totalizou 218 pessoas, representando os sujeitos-chave para investigar os impactos do Programa Previne Brasil na gestão da APS.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

Investigar a influência do Programa Previne Brasil no processo de gestão da atenção primária da saúde no período de 2019 a 2023.

1.2.2 Objetivos específicos

- 1) Apontar os resultados do Programa Previne Brasil para o financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) na maior e na menor região de saúde do Departamento Regional de Saúde (DRS XV) de São José do Rio Preto, respectivamente, a Região de Saúde de São José do Rio Preto e a Região de Santa Fé do Sul;
- 2) Caracterizar o nível de conhecimento e interpretar a percepção dos gestores, médicos, dentistas, enfermeiros e agentes de saúde sobre o funcionamento do Programa Previne Brasil, buscando identificar as implicações, os desafios, as possibilidades e os limites que sua implementação tem possibilitado para a gestão da saúde primária na maior e menor região de saúde do DRS XV.

1.3 Organização do trabalho

Além desta introdução, que apresenta o tema e os objetivos da pesquisa, o estudo foi organizado em outras quatro seções. Na seção dois, foram apresentados os eixos teóricos que sustentam a pesquisa e que decorreram da sistematização de estudos e autores que pesquisaram sobre o tema.

Na seção dois, foi descrito o histórico da constituição e do financiamento do sistema de saúde pública no Brasil, o SUS, e a implementação do Previne Brasil. A APS tem sido objeto de diversas ações oficiais, sinérgicas e complementares, que a alteram substancialmente ao longo do tempo. Com o Programa Previne, ocorreu a criação de um serviço social autônomo federal para a provisão de médicos, a consulta pública para instituir a cesta de serviços, a flexibilização da carga horária semanal de médicos e enfermeiros, que poderão integrar mais de uma equipe, e a não fixação de quantitativo mínimo de agentes comunitários de saúde por equipe, o que forma o contexto em que o Programa Previne Brasil foi lançado para vigorar em 2020.

Ainda na seção dois, foram apresentados os modelos de financiamento à saúde vigentes até 2019, os modelos de financiamento de sistemas de saúde e pagamento por serviços de saúde implantados após 2019, e a nova política de financiamento da APS no Brasil, o Programa

Previne Brasil, que altera o financiamento e sugere aumento de recursos para a APS em uma conjuntura de congelamento do gasto social.

Na seção três, foram descritos os procedimentos metodológicos utilizados na pesquisa, avaliação dos indicadores e problemas da gestão local do Previne Brasil e, em que medida, a implementação do Programa tem influenciado o processo de gestão na Atenção Primária, bem como o recorte empírico e as etapas da investigação.

Os resultados da pesquisa foram apresentados na seção quatro, tanto os resultados dos indicadores por quadrimestres quanto os dados provenientes da aplicação dos questionários e entrevistas. Esta seção se dedica, particularmente, ao estudo do papel de indicadores de saúde no processo de avaliação de desempenho da APS, como fator importante não apenas nos serviços de saúde, mas também como referências para retroalimentar as políticas de financiamento à saúde.

O trabalho confirma a visão de que o Previne vai contra a universalização da saúde, pois a receita depende do número de usuários e da forma como os dados são cadastrados no sistema. A forma como foi estruturado não possibilitou sua implementação adequada, pois depende de inúmeros fatores, desde a capacitação dos gestores e do pessoal envolvido, até a existência de internet, fato que impede a implementação do Programa em municípios de áreas mais remotas. Não foi o caso da região analisada, contudo, foi possível perceber as dificuldades de todos os municípios analisados e observar que, em razão da pandemia, os problemas financeiros foram minimizados, pois o financiamento, via Programa Previne, foi suspenso naquele momento.

2. ESTRUTURAÇÃO E FINANCIAMENTO DO SUS NO BRASIL

Esta seção contempla um histórico do SUS, desde sua estruturação até a implantação do Programa Previne Brasil. Ressalte-se que a APS, desde sua implantação pela CF/88 até o atual momento, tem sido alvo de ações suplementares para suprir os serviços que não são ofertados pelo SUS (serviços de alta complexidade, cuidados especializados, serviços para condições raras ou específicas e apoio psicológico e psiquiátrico), no que se refere a necessidades especiais e pontuais, que, ao longo do tempo, sofreram e ainda sofrem alterações.

Dessa forma, alicerçado no contexto histórico, foram apresentados os modelos de financiamento do sistema de saúde brasileiro, bem como as modalidades de pagamento por serviços de saúde executados, vigentes até 2019, e resultantes da implantação do Programa Previne Brasil. Esta seção também expõe os diferentes estudos sobre a evolução do Programa Previne, os quais já apontam algumas questões, tanto a respeito da autonomia na provisão de médicos, quanto sobre o questionamento da facilitação nas consultas públicas para a oferta de serviços e ainda acerca da fixação do quantitativo mínimo de agentes comunitários de saúde por equipe.

2.1 Da constituição do SUS até a implementação do Programa Previne Brasil

As mudanças implementadas pela CF/88 no âmbito da saúde foram conquistas relevantes do Movimento da Reforma Sanitária, que nasceu em oposição à ditadura militar nos anos 70. O termo Reforma Sanitária empregado fazia referência às modificações mais importantes daquele período, que eram pautadas na relevância do Sistema de Seguridade Social Brasileiro, valorizando o orçamento da seguridade social, a convocação da Conferência Nacional da Seguridade Social e a criação de fóruns de deliberação conjunta da Previdência, Saúde e Assistência Social, visando à melhoria da condição de vida de todos os brasileiros, garantindo o direito universal à saúde, que se tornou oficial com a CF/88 e a criação do SUS (Arouca, 1988).

Tal movimento, que era constituído por médicos e diversos profissionais de saúde, alcançou seu auge quando foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, responsável pelo surgimento de inúmeras propostas que foram consolidadas na CF/1988, que, por conseguinte, marcou a criação do SUS, independente da previdência, e coordenado pelo governo federal, por meio de um ministério. Aprovou-se também as propostas em que as ações

eram integralizadas, com regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços e fortalecimento do município. O relatório ainda faz menção à precisão da participação popular, por meio de entidades representativas, para formular políticas, visando planejar, gerir e avaliar o sistema.

É importante destacar também outra resolução significativa que aborda um conceito mais amplo de saúde, descrito no relatório final como resultado das condições de alimentação, moradia, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso à terra e aos serviços de saúde. Os delegados da 8ª Conferência atribuíram ao Estado a responsabilidade de garantir condições dignas de vida e acesso universal à saúde, e ressaltaram a necessidade de integrar a política de saúde com outras políticas econômicas e sociais. Discutiu-se ainda o papel do setor privado, embora ele não estivesse presente. A proposta era criar um sistema exclusivamente público, com o setor privado sujeito às normas do SUS, como é atualmente. Por essa razão, apesar dos convites, os representantes do setor privado não compareceram (Arouca, 1988; Brasil, 1988).

Durante todo o processo de modificação da abordagem da saúde, nos anos de 1970, várias correntes se juntaram como protagonistas. O movimento estudantil, por exemplo, teve um papel fundamental na propagação das ideias e fez com que diversos estudantes começassem a aderir a essa forma de compreender a saúde. As Semanas de Estudos sobre Saúde Comunitária, realizadas pela primeira vez em 1974, e os Encontros Científicos dos Estudantes de Medicina, em especial os realizados entre 1976 e 1978, foram importantes nesse sentido, por serem espaços praticamente ignorados pela repressão militar, que não identificava o caráter político de suas discussões (Menicucci, 2014).

A fundação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em 1976, também representa uma organização significativa na luta pela reforma sanitária. A entidade surgiu com o propósito de promover a democracia, servir como um espaço para a divulgação do movimento sanitário e reunir pessoas que já pensavam dessa forma e realizavam projetos inovadores.

Quando a ditadura chegou ao seu fim, o movimento já tinha propostas prontas. Assim, conseguiu se organizar em um documento intitulado “Saúde e Democracia”, que se tornou um marco importante, e enviá-lo para consideração e possível aprovação pelo Legislativo. Uma das medidas mais significativas, segundo Arouca (1988), era transferir o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) para o Ministério da Saúde.

O SUS foi criado dois anos após a promulgação da CF/88. Tal sistema demandou regulamentações que foram estabelecidas pela Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela

Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Essas duas leis foram atualizadas através do Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011 (Brasil, 2011). Foi a Lei n. 8.080/1990 que garantiu a promoção, proteção e recuperação da saúde, organizando o funcionamento do SUS, que passou a ser reconhecido como o sistema público de saúde brasileiro (Brasil, 1990). Através de sua criação, foi concretizado um primeiro e relevante ponto para a construção de um sistema de saúde que não se limitava apenas ao componente de assistência médica, mas que buscava diminuir as desigualdades regionais e sociais quanto aos recursos distribuídos.

A Portaria GM nº. 1.399/1999 regulamentou a Norma Operacional Básica (NOB) SUS nº. 01/1996, que define a competência da União, Estados, Municípios e Distrito Federal na área de Epidemiologia e Controle de Doenças e estabelece o financiamento. No ano de 2000, o Ministério da Saúde, através da Fundação Nacional de Saúde, deu início à implementação do processo que descentralizou tal área (Brasil, 1999).

Cabe mencionar que o SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo o único a garantir assistência integral e totalmente gratuita para toda a população, incluindo pacientes com Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), sintomáticos ou não, pacientes renais crônicos e pacientes com câncer (Brasil, 1988).

O art. 196 da CF/88 dispõe que “[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado [...]” (Brasil, 1988), conceituando de forma bastante evidente o direito universal da cobertura do SUS.

Já o § único do art. 198 determina que: “[...] o Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes” (Brasil, 1988). Ao apresentar a forma de financiamento do SUS, é extremamente relevante destacar que, embora ênfase seja dada à União, ela não está sozinha, tampouco é a única responsável (Baptista, 2007).

A Lei n. 8.080/1990, que instituiu o SUS, estabeleceu a competência da gestão desse sistema para o Ministério da Saúde. A lei também garantiu que o acesso aos serviços do SUS fosse universal, o que provocou uma grande mudança no sistema que era vigente até então. Portanto, o Brasil passou a disponibilizar um sistema público de saúde único e universal (Campos, 2007).

O SUS deu início às suas atividades por meio de uma estratégia que tinha como finalidade dar caráter universal à cobertura das ações de saúde, que, até então, eram proporcionadas pelo INAMPS apenas para os seus beneficiários.

No fim dos anos 1980, o setor público de assistência à saúde mantinha um relacionamento estreito com o INAMPS, que, a partir dos anos 90, passou a ser parte integrante da estrutura do Ministério da Saúde, que já vinha, nos anos anteriores, com participação significativa em seu financiamento.

Considerando essa relação e a continuidade da participação do Ministério da Previdência no financiamento do INAMPS, este foi inicialmente preservado e se tornou o instrumento para garantir a continuidade, agora de forma universal, da assistência médico-hospitalar a ser prestada à população (Matta; Moura, 2007).

O INAMPS foi extinto pela Lei n. 8.689, de 27 de julho de 1993, quase três anos após a promulgação da lei que instituiu o SUS. No § único do art. 1º, a lei que extinguiu o INAMPS estabelecia funções, competências, atividades e atribuições do INAMPS que passariam para os níveis federal, estadual e municipal gestores do SUS, conforme as respectivas competências, critérios e demais disposições da Lei n. 8.080/1990 e da Lei n. 8.142/1990 (Almeida, 2012).

Manteve-se a lógica de financiamento e alocação de recursos financeiros do INAMPS, de modo que o SUS iniciou suas atividades na área da assistência à saúde com caráter universal, utilizando-se de uma instituição que havia sido criada e organizada para prestar assistência a uma parcela limitada da população.

O SUS não implementou um modelo próprio para financiar a assistência à saúde de toda a população, o que resultou na redistribuição dos recursos entre os estados e gerou uma forte reação política dos estados mais avançados, que tinham uma maior parcela dos recursos (Brasil, 2002).

A primeira alocação de recursos pelo Ministério da Saúde, na sua função como gestor federal do SUS, seguiu a lógica do INAMPS, baseada na capacidade instalada dos serviços de saúde, desenvolvida ao longo do tempo para atender à população segurada, e perpetuou uma grande desigualdade na distribuição dos recursos entre os estados, já que a seguridade passou a ter um caráter universal.

A partir de maio de 1993, e pouco antes da extinção do INAMPS, em 27 de julho de 1993, o Ministério da Previdência Social cessou o repasse de recursos da previdência social para o Ministério da Saúde, criando uma significativa lacuna entre as novas responsabilidades constitucionais e a disponibilidade orçamentária (Matta; Moura, 2007). Os anos de 1993 e 1994 foram extremamente complexos para o SUS, que ainda não detinha uma fonte de financiamento e, portanto, tinha que garantir recursos para que pudesse cumprir os compromissos que foram definidos pela CF/88 e pela Lei Orgânica da Saúde.

O financiamento do SUS é uma competência das três esferas governamentais, e, em setembro de 2000, aprovou-se a Emenda Constitucional nº. 29 (EC-29), que determinou a vinculação de receitas dos três níveis para o sistema (Brasil, 2002).

Os recursos federais, que representam mais de 70% da totalidade, têm seu repasse para estados e municípios pela transferência direta do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais, conforme estabelecido pelo Decreto n. 1.232/1994 (Brasil, 2002).

A intensa capacitação de municípios e estados em formas avançadas de gestão resultou em um significativo aumento das transferências diretas de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais e estaduais. Em dezembro de 2001, a maior parte dos recursos da assistência já era transferida dessa forma, ao contrário da predominância anterior de pagamento federal direto aos prestadores de serviços, que incluem empresas públicas, cooperativas, entidades beneficentes, fundações de apoio, fundações privadas, fundações públicas e fundações públicas de direito privado.

Além das transferências do Fundo Nacional de Saúde, os fundos estaduais e municipais fazem transferências adicionais dos próprios orçamentos, e determinados estados também repassam recursos próprios para os fundos municipais de saúde, em conformidade com a legislação estadual. Os prestadores de serviços recebem seus pagamentos através do setor de governo encarregado de sua gestão. Seja qual for a instância governamental responsável pelo pagamento, o SUS emprega apenas um sistema de informações tanto para os serviços ambulatoriais Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) quanto para os serviços hospitalares Sistema de Informações Hospitalares (SIH). O pagamento de despesas hospitalares, embora totalmente descentralizado para o nível de governo responsável por efetuar o pagamento, tem as informações sobre internações processadas de maneira centralizada pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), órgão vinculado ao Ministério da Saúde. Dessa maneira, o SUS emprega uma tabela única definida pelo Ministério da Saúde para pagar os prestadores de serviços (Brasil, 2002).

Tal condição não é apropriada, visto que cada região possui suas particularidades que não são levadas em consideração quando o pagamento é embasado em uma tabela única.

Há uma tendência de os municípios se tornarem os responsáveis pela relação com os prestadores de serviços, conforme estejam habilitados para as condições de gestão descentralizada do sistema.

É relevante observar que a Norma em vigor (NOAS/SUS 01/02), estabelecida pelo Ministério da Saúde, define duas formas de participação do município na gestão do SUS. A

primeira é através da Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, na qual o município se qualifica para receber um valor fixo per capita destinado ao financiamento das ações de atenção básica. A segunda é a Gestão Plena do Sistema Municipal, onde o município recebe a totalidade dos recursos federais alocados para a assistência em sua área. O financiamento per capita não isenta o gestor de atualizar o Sistema de Informações Ambulatoriais, cuja produção é fundamental para futuras negociações de alocação de recursos financeiros. Apesar do aumento das habilitações de Estados e municípios e do correspondente crescimento dos recursos repassados diretamente aos fundos de saúde subnacionais, um terço dos recursos federais ainda é destinado a pagamentos diretos a prestadores de serviços de saúde. Essa situação é resultado do processo de contratação e pagamento centralizado que existia durante o período do INAMPS, que precedeu a implementação do SUS e, em certa medida, ainda não foi totalmente substituído pelo processo de descentralização, devido à natureza não compulsória e gradual deste último (Brasil, 2003).

Até o ano de 1997, os recursos que os estados e municípios recebiam não sofriam qualquer subdivisão. Entretanto, em março de 1998, isso foi modificado pela Portaria n. 2.121/GM, que estabeleceu o Piso da Atenção Básica (PAB) e fez a separação dos recursos para financiar a atenção básica e para financiar a assistência de média e alta complexidade ambulatorial (Brasil, 2003).

O PAB de cada município, calculado com base em um valor per capita transferido automaticamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, alterou o modelo anterior de financiamento por prestação de serviços, adotando uma abordagem em que a transferência de recursos está vinculada ao compromisso do município em assumir a responsabilidade sanitária por esse nível de atenção (Baptista, 2007).

É importante notar que, enquanto os recursos do PAB fixo são transferidos com base no valor per capita, o valor do PAB variável está condicionado à adesão do município a programas prioritários estabelecidos pelo Ministério da Saúde, como os Programas de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Combate às Carências Nutricionais, além de ações estratégicas, como a Farmácia Básica e as Ações Básicas de Vigilância Sanitária.

A atenção básica é descrita como o conjunto de ações, tanto individuais quanto coletivas, localizadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde. Essas ações visam promover a saúde, prevenir doenças, tratar condições e realizar reabilitação. Esse conjunto de ações não se restringe apenas aos procedimentos listados no Grupo de Assistência Básica da tabela do SIA/SUS, quando foi estabelecido o Piso da Atenção Básica. A expansão desse

conceito tornou-se necessária para avançar em direção a um sistema de saúde focado na qualidade de vida das pessoas (Brasil, 1998).

Com a Portaria GM/MS nº. 2.121/1998, o Ministério da Saúde deu um importante passo para construir um sistema de saúde que não ficaria restrito a somente um componente de assistência médica e visaria diminuir as desigualdades regionais na distribuição de recursos. A partir da Portaria GM nº. 1.399/1999, houve regulamentação sobre as competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal em relação à Epidemiologia e Controle de Doenças, além de estabelecer a sistemática de financiamento. No ano de 2000, o Ministério da Saúde continuou o processo de descentralização do SUS, promovendo maior autonomia e responsabilidade para os Estados e municípios na gestão dos serviços de saúde.

Dessa forma, em junho de 2001, a quantidade de recursos que o Ministério da Saúde transfere para estados e municípios, para que fossem desenvolvidas ações e serviços de saúde, passou a ter a seguinte subdivisão: a) recursos para a Atenção Básica (PAB Fixo e PAB Variável); b) recursos para a Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças; c) recursos para a Assistência de Média Complexidade; e d) recursos para a Assistência de Alta Complexidade (Solha, 2014).

A Lei Complementar n. 141/2012 estabeleceu os valores mínimos que a União, os estados e os municípios devem aplicar anualmente em saúde. Os recursos da União devem corresponder ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual referente à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano anterior à Lei Orçamentária Anual. Caso o PIB varie no intervalo de forma negativa, essa variação não poderá ser reduzida do orçamento para a saúde, e o repasse não poderá ser menor que 15% da arrecadação anual (Brasil, 2012).

A Lei Complementar nº. 141/2012 estabelece que municípios e Distrito Federal devem aplicar, por ano, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde, cabendo aos estados 12% (Brasil, 2012).

O planejamento dos recursos deve seguir um processo ascendente, começando pelas necessidades de saúde da população em cada região, considerando o perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico. Isso envolve a definição de metas anuais para a atenção integral à saúde e a estimativa dos custos correspondentes (Facchini; Tomasi; Dilélio, 2018).

O planejamento orçamentário deve seguir as diretrizes estabelecidas nos planos plurianuais de saúde, nas Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO), nas Leis Orçamentárias Anuais (LOA) e nos planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde. Essa breve descrição

do SUS e do funcionamento do financiamento da saúde pública no Brasil destaca a importância de examinar as mudanças introduzidas pelo Programa Previne Brasil, a fim de esclarecer como o Programa tem impactado a gestão dos recursos orçamentários no nível municipal e, conseqüentemente, a gestão da atenção primária (Facchini; Tomasi; Dilélio, 2018).

2.2 Organização da estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS)

A estrutura do SUS foi organizada e regulamentada pela Lei n. 8.080/1990, que estabelece as diretrizes para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além de definir a organização e o funcionamento dos serviços de saúde (Brasil, 1990a). Tal lei apresenta princípios pautados em ética, empatia e solidariedade, a fim de orientar o sistema. São eles:

- **universalidade**, que determina que todo brasileiro tem direito a usar os serviços do SUS;
- **equidade**, que explicita que os serviços devem ser ofertados de acordo com a necessidade de cada cidadão/população, com justiça social;
- e, por fim, **integralidade**, segundo a qual os serviços devem ter foco na prevenção de doenças, na promoção da saúde, na cura e na reabilitação, atendendo às necessidades de saúde da população como um todo (Brasil, 1990a).

A implementação do SUS não ocorreu de forma uniforme em todo o país devido às diferenças regionais e aos interesses políticos variados presentes em cada município. Apesar de a CF/1988 estabelecer o SUS como diretriz para todos os brasileiros, muitos municípios optaram por sistemas locais. Um exemplo é São Paulo, que só integrou o SUS no ano 2000. Essa decisão gerou vários problemas e efeitos negativos na saúde da população, uma vez que o financiamento federal está condicionado à adesão dos municípios às normas que regulam o SUS.

A pesquisa de Almeida *et al.* (2012) foi confirmada por um estudo mais recente de Giovanella, Franco e Almeida (2020), que destacou que os desafios para a implementação do SUS incluem interesses político-partidários que fazem com que a gestão do sistema dependa da vontade dos políticos locais. Entre os principais obstáculos, estão: a) a falta de infraestrutura em muitos municípios para organizar e administrar seus serviços de saúde; b) a ausência de profissionais alinhados com os princípios e diretrizes do SUS na gestão e assistência; c) a resistência do setor empresarial da saúde ao sistema; d) a falta de gestão profissionalizada (não existe uma carreira pública específica para gestores do sistema); e) a rede de prestadores de serviços desorganizada e deteriorada; f) o subfinanciamento e a baixa participação da

comunidade no controle do sistema; g) a dependência de hospitais privados para a prestação de serviços (como Santas Casas e hospitais de gestão privada que atendem ao SUS); e h) as longas filas de espera para serviços especializados, que representam entraves significativos nas políticas públicas de saúde no Brasil.

Apesar dos desafios políticos e administrativos enfrentados pelo SUS, algumas conquistas foram alcançadas: em 2013, aproximadamente dois terços da população estavam sendo atendidos pelo sistema, e 90% dos usuários avaliavam os serviços como bons ou ótimos. O Brasil era o único país no mundo onde a maioria dos transplantes de órgãos era realizada pelo sistema público. Também houve a reestruturação da rede de serviços de vigilância em saúde, a consolidação dos programas de controle de IST/Aids e a expansão dos programas de controle do tabaco e de imunizações, que se tornaram referências internacionais, entre outros progressos (Solha, 2014).

A avaliação do SUS tem sido um tema recorrente nas pesquisas sobre a percepção dos usuários. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde, na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, a avaliação dos serviços variou bastante dependendo da área geográfica e do tipo de serviço. No geral, a avaliação de "bom" ou "ótimo" para os serviços de saúde tem sido mais comum na atenção básica, mas os índices de satisfação em outras áreas (como hospitais e serviços de urgência/emergência) nem sempre atingem essa alta porcentagem. A avaliação média tende a ficar em torno de 70-80% de satisfação nas diferentes modalidades de atendimento.

Nesse contexto, os gestores dos serviços de saúde têm um papel fundamental para administrar os serviços dos quais são responsáveis de maneira profissional, alinhada com os princípios e diretrizes do SUS, atuando de maneira ética e legal. Para garantir isso, os gestores do SUS (o Ministro da Saúde na esfera federal, o Secretário de Estado da Saúde na estadual, o Secretário Municipal de Saúde no município e os gerentes nos serviços) devem ser capazes de coordenar ações com outros setores da sociedade para solucionar problemas comuns (Acurcio, 2007).

O SUS é composto por diversos serviços, cada um com objetivos distintos e complementares, sempre voltados para a saúde e seguindo os princípios e diretrizes estabelecidos pela Lei n. 8.080/1990. Esses serviços podem estar sob a gestão das esferas federal, estadual ou municipal, o que define a extensão de suas ações: os serviços federais frequentemente definem normas e fluxos que servem de referência para os serviços estaduais e

municipais, que, por sua vez, atuam como referências locais para seus respectivos estados e cidades.

Uma das diretrizes fundamentais do SUS é a descentralização, que distribui responsabilidades entre as esferas federal, estadual e municipal, garantindo maior autonomia local e permitindo que os municípios, mais próximos da população, gerenciem a maior parte dos serviços de saúde. Dessa forma, a descentralização adapta as ações às realidades locais, fortalece a participação social e assegura que os estados coordenem a integração dos serviços intermunicipais, promovendo a equidade e o acesso eficiente à saúde em todo o país.

Entre os serviços que integram o sistema, é importante mencionar as agências reguladoras, que estabelecem normas para os setores sob sua responsabilidade, fiscalizam a prestação de serviços públicos realizados pela iniciativa privada e pelos próprios serviços públicos, como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Essas agências também são responsáveis pelo controle da qualidade dos serviços prestados¹.

Além disso, as instituições de pesquisa desempenham um papel crucial no avanço da ciência em áreas diversas, como a investigação dos problemas de saúde mais comuns no país, a avaliação dos serviços do SUS, a formação de pesquisadores, e o desenvolvimento de novos medicamentos, tratamentos, vacinas e tecnologias. Exemplos dessas instituições incluem a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca e a Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro; o Instituto Evandro Chagas, em Belém do Pará; e o Instituto Butantã, em São Paulo, a maioria delas vinculada ao governo federal ou estadual².

Os institutos de controle de qualidade são dedicados à realização de testes em produtos de interesse para a saúde, como vacinas, e estão integrados a uma rede de Laboratórios de Saúde Pública (LACEN). Um exemplo significativo é o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), uma unidade da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), que trabalha em colaboração com a Anvisa.

O SUS também conta com laboratórios farmacêuticos oficiais que formam a Rede Brasileira de Produção Pública de Medicamentos. Esses laboratórios realizam pesquisas

¹ Na área da saúde, temos duas agências reguladoras de interesse que são ligadas ao Ministério da Saúde: Anvisa, voltada para a regulação e fiscalização da produção e circulação de bens de consumo e da prestação de serviços de interesse à saúde, como medicamentos, estabelecimentos comerciais e de saúde, e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), voltada para a regulação das operadoras de planos de saúde privados.

² As universidades públicas também desenvolvem pesquisas de interesse para o SUS, mas estão sob responsabilidade do Ministério da Educação e Cultura (MEC).

farmacêuticas e produzem medicamentos utilizados nos serviços do SUS. Além disso, há laboratórios de análises clínicas responsáveis por realizar pesquisas e exames laboratoriais voltados para doenças de interesse da saúde pública, como malária, leishmaniose, dengue, leptospirose, entre outras. Essas doenças, que afetam uma parte significativa da população e são características do país, geralmente não são abordadas por laboratórios e empresas privadas. Esses laboratórios compõem o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SisLab).

Quanto aos serviços de assistência direta à saúde, podemos destacar diversos tipos de estabelecimentos, como hospitais federais, estaduais, municipais e privados (que prestam serviços para o SUS), Unidades Básicas de Saúde, policlínicas, unidades fluviais (embarcações com equipes de saúde da família que atendem populações ribeirinhas), Serviços de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), ambulatórios, hemocentros e outros locais onde são realizadas atividades de cuidado com a saúde. A nível federal, destaca-se a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), uma empresa pública criada em 2011 e vinculada ao Ministério da Educação (MEC), com o objetivo de gerir e administrar hospitais universitários federais no Brasil, buscando melhorar a gestão, o atendimento à saúde e a formação de profissionais da área.

Além disso, é importante mencionar as escolas técnicas do SUS, que são centros voltados para a educação contínua dos profissionais da rede pública de saúde. Em 2014, existiam 36 dessas escolas espalhadas pelo país, em todos os estados (Solha, 2014).

Ademais, a legislação prevê que os serviços vinculados diretamente às Forças Armadas (Exército, Aeronáutica e Marinha) possam ser integrados à rede pública. No entanto, seu principal objetivo é oferecer assistência de saúde aos militares e suas famílias. As Forças Armadas frequentemente realizam ações de saúde pública em várias regiões do país, especialmente nas áreas de fronteira, muitas vezes colaborando com profissionais do SUS em campanhas de imunização, combate à dengue e atendimento a comunidades ribeirinhas, entre outras atividades.

Para organizar e gerenciar essa vasta e complexa rede de serviços de forma a assegurar que todos estejam alinhados com os princípios do sistema (universalidade, integralidade e equidade), é essencial contar com uma legislação abrangente que atenda tanto às necessidades dos gestores quanto da população. Ao longo dos anos, uma série de leis, portarias, decretos e normas operacionais foram estabelecidas com o objetivo de aprimorar a organização e a gestão do sistema.

Um marco importante na realização da determinação constitucional para a criação do SUS foi a publicação do Decreto n. 99.060, de 7 de março de 1990, que transferiu o INAMPS do Ministério da Previdência para o Ministério da Saúde. Este evento ocorreu antes da promulgação da Lei n. 8.080/1990, que só foi oficializada em setembro do mesmo ano (Baptista, 2007).

Para enfrentar essas dificuldades diversas, foi implementada a Estratégia de Saúde da Família, com o propósito de aproximar os usuários do sistema de saúde e promover melhorias nas políticas de saúde pública para toda a população brasileira. Essa medida foi uma resposta ao aumento dos gastos no setor de saúde, aliado ao ressurgimento de doenças anteriormente erradicadas, ao crescimento de doenças crônicas e ao aumento da longevidade. Como resultado, o padrão de financiamento estabelecido pelos governantes tornou-se obsoleto e inadequado frente aos graves problemas de saúde pública existentes em todo o país (Brasil, 2007).

De acordo com Macinko (2011), em diversos países, o aumento dos problemas de saúde na população levou a uma mudança nos modelos de financiamento em saúde, com cada nação adotando o modelo mais apropriado para sua realidade e, conseqüentemente, definindo o financiamento ideal. Ao comparar o Brasil com nações de primeiro mundo, observa-se que estas têm alta renda e consideráveis investimentos em saúde. Por exemplo, nos Estados Unidos, a Atenção Primária desempenha um papel crucial na organização do sistema de saúde. Em contrapartida, países com renda baixa ou média enfrentam dificuldades estruturais para operar seus sistemas de saúde.

Além dos desafios de gestão, o setor de saúde também enfrenta problemas relacionados ao financiamento e à recepção de recursos. Essa situação financeira influencia a gestão do setor, que deve estabelecer objetivos estratégicos para melhorar a qualidade dos serviços oferecidos à população (Vieira; Barreto, 2019).

Dessa maneira, as diferentes formas de recebimento de recursos ou remunerações refletem as realidades específicas de cada país. Para enfrentar a carência financeira, os governos têm buscado parcerias público-privadas por meio de acordos jurídicos, visando aprimorar a gestão, administração e financiamento da saúde, que está se tornando ultrapassada (Vieira; Barreto, 2019).

Essas parcerias não são recentes e foram formalizadas pela Lei Complementar n. 846/1998, que permitiu a participação de entidades privadas sem fins lucrativos na administração de hospitais e outros serviços públicos de saúde. Cada estado adaptou suas

práticas e legislações para implementar esse novo modelo de gestão (Morosini; Fonseca; Faria, 2017).

Dessa forma, é importante destacar que o modelo de atenção à saúde da APS no SUS visa promover um cuidado integral, contínuo e de proximidade, com foco na prevenção, promoção da saúde e acompanhamento das condições de saúde ao longo da vida, priorizando o atendimento à comunidade local e com equipes de saúde da família atuando de forma resolutiva.

2.3 O Programa Previne: constituição e formas de financiamento propostas

Para enfrentar as dificuldades de gestão e financeiras no setor de saúde, foi implementado, em novembro de 2019, o Programa "Previne Brasil". Este programa introduziu novos critérios para o financiamento do SUS, baseando-se na capitação e na avaliação de desempenho. Com o Previne Brasil, o financiamento passou a ser direcionado apenas para os cidadãos cadastrados pelos municípios, em vez de financiar a população em geral. Essa mudança tem gerado um retrocesso no direito à saúde, especialmente nas regiões mais carentes e com menor desempenho econômico do Brasil. Tal realidade precisa ser evidenciada para todos que dependem do SUS (Brasil, 2019b; Sbmfc, 2019).

Ao se propor examinar as modificações trazidas pelo Programa Previne Brasil, a tese visa analisar quais mudanças podem ser observadas no financiamento da saúde pública e como tem corrido a destinação dos recursos para a APS, em um contexto de congelamento dos gastos sociais. De acordo com a literatura que analisa o Programa e também segundo a legislação pertinente, o Previne Brasil reformulou o financiamento da APS para os municípios. Em vez de considerar o número de habitantes e as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), as transferências intergovernamentais passaram a ser calculadas com base no número de pessoas cadastradas nos serviços de APS e nos resultados obtidos em relação a um conjunto específico de indicadores. Essas mudanças têm causado uma série de impactos no SUS e na saúde da população, que estão sendo identificados e monitorados (Massuda, 2020).

Nos 35 anos de implementação do SUS no Brasil, houve inovações significativas no modelo de financiamento e na estrutura organizacional dos serviços de saúde. Essas inovações permitiram um crescimento rápido e consistente da cobertura da APS, transformando o modelo de atenção à saúde em um país com grandes dimensões e variações regionais, econômicas e socioculturais. A descentralização dos recursos federais para os municípios, juntamente com a implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF), foi crucial para a expansão da APS. A

ESF melhorou o acesso aos serviços básicos de saúde e contribuiu para a redução das desigualdades sociais e regionais, sendo reconhecida internacionalmente como uma política pública de saúde bem-sucedida. No entanto, apesar dos avanços alcançados, o SUS e a APS no Brasil ainda enfrentam problemas significativos.

As fragilidades estruturais do SUS e a grande diversidade entre os 5.570 municípios brasileiros resultaram em padrões variados de expansão da ESF e na qualidade dos serviços prestados, limitando a eficácia das funções essenciais da APS. Desde 2015, esses desafios se intensificaram devido a mudanças no contexto econômico e político do país. Em 2016, a aprovação de uma emenda constitucional que congelou os gastos federais por 20 anos afetou severamente o orçamento destinado às políticas sociais.

Em 2019, a política de austeridade fiscal foi aprofundada e a guinada ideológica para a extrema direita, promovida pelo governo Jair Bolsonaro, trouxe profundas alterações nas políticas sociais, educacionais e ambientais. Na área da saúde, uma das principais alterações foi a revisão do financiamento da APS (Mendes; Melo; Carnut, 2022).

Com a implementação do Programa Previne Brasil, novos instrumentos de gestão, como capitação e avaliação de desempenho, foram introduzidos como critérios para calcular as transferências intergovernamentais, substituindo a abordagem anterior que se baseava no número de habitantes e nas equipes da ESF em cada município. Essa mudança na política de financiamento da APS gerou implicações para o SUS e para a saúde da população, que precisam ser analisadas e monitoradas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2018, aponta que o aumento dos gastos em saúde, impulsionado pelo envelhecimento populacional, pela prevalência crescente de doenças crônicas e pela incorporação de novas tecnologias, tem superado o crescimento do PIB dos países. A OMS também observa uma mudança no padrão global de financiamento da saúde, onde os recursos são cada vez menos provenientes do gasto direto das famílias e mais de fundos comuns, principalmente governamentais.

É importante considerar as variações no financiamento e no uso dos recursos entre os países, que afetam a equidade no acesso a serviços e tecnologias, a eficiência do uso dos recursos e a melhoria dos resultados em saúde (OMS, 2018). A análise comparativa entre países revela que aqueles com maior percentual de financiamento público e alocação de recursos para a APS obtêm melhores resultados em saúde e menor desigualdade entre os grupos populacionais (Massuda, 2020).

Além do financiamento, o método de pagamento por serviços de saúde também exerce um impacto significativo na configuração das práticas de saúde. Entre os serviços públicos, o setor da saúde se destaca como um dos mais inovadores na adoção de instrumentos de gestão destinados a tornar o pagamento por serviços prestados mais estratégico, buscando promover melhorias na qualidade, volume ou produtividade dos serviços.

No Brasil, apesar do gasto público em saúde ser inferior ao privado, a implementação do SUS trouxe inovações significativas no modelo de financiamento do sistema de saúde, promovendo mudanças no modelo de atenção à saúde do país. Inicialmente, as normas operacionais básicas (NOB) estabelecidas pelo Ministério da Saúde orientaram a transferência de recursos financeiros federais para estados e municípios, que passaram a assumir progressivamente a coordenação da gestão do sistema de saúde em níveis regional e local. Com a descentralização do sistema, o Ministério da Saúde assumiu um papel estratégico na formulação de políticas de saúde e na alocação de incentivos financeiros para a implementação de programas de saúde, especialmente para a APS.

Conforme aponta Massuda (2020), o financiamento da APS começou a ser regulamentado pelo Ministério da Saúde em 1996 (NOB-96), com repasses destinados aos municípios para a implementação dos programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Saúde da Família (PSF). A introdução do Piso de Atenção Básica (PAB) em 1998 foi um marco importante para a expansão da APS no país.

A PNAB, estabelecida em 2006, priorizou a ESF como modelo para a implementação dos serviços de APS no SUS. Com isso, foram adicionados recursos federais ao PAB variável para estimular os municípios a formarem equipes de ESF, visando desenvolver ações de saúde em nível individual e coletivo para a população de uma área geográfica específica.

Em 2011, a PNAB foi revisada, ajustando os valores per capita do PAB fixo com base em critérios de vulnerabilidade socioeconômica dos municípios. Além disso, foi criado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), que vinculou recursos ao PAB variável com base na avaliação de desempenho das equipes de ESF. O PMAQ, com mais de 100 milhões de usuários e um grande número de equipes participantes, foi considerado um dos maiores programas de remuneração por desempenho na APS em todo o mundo.

A expansão da ESF resultou em avanços significativos na cobertura dos serviços de APS no Brasil. Entre 1998 e 2018, a ESF foi adotada por mais de 95% dos municípios brasileiros, e o número de equipes cresceu de 2 mil para 43 mil, abrangendo cerca de 130 milhões de pessoas, o que corresponde a 62,5% da população brasileira. Em resposta à grave

recessão econômica, o Congresso Nacional aprovou, em 2016, uma emenda constitucional que limitou o crescimento dos gastos federais ao índice da inflação por 20 anos. Em meio a essas restrições orçamentárias, uma nova revisão da PNAB foi realizada em 2017, flexibilizando a composição das equipes de ESF e reduzindo os requisitos mínimos de profissionais necessários para atender a população nos territórios (Brasil, 2017).

As previsões econômicas indicam que a redução do financiamento federal destinado aos municípios pode levar à diminuição da cobertura da ESF e ao acesso a serviços básicos, resultando em um agravamento dos indicadores de saúde, como a mortalidade infantil. Esses efeitos tendem a impactar especialmente as regiões mais carentes e dependentes dos repasses federais, exacerbando as desigualdades em saúde (Brasil, 2017).

Em 2019, o governo federal destacou a APS como uma prioridade, criando uma secretaria específica no Ministério da Saúde para essa área. No entanto, a mudança no modelo de financiamento da APS está promovendo impactos importantes no SUS e na saúde da população, que precisam ser identificados e monitorados, especialmente considerando a continuidade das medidas de austeridade fiscal que podem acirrar o subfinanciamento público da saúde no país (Massuda, 2020).

Instituído pela Portaria n. 2.979/2019, o Programa Previne Brasil alterou os critérios utilizados até então no PAB fixo e variável para o financiamento da APS no SUS. Os novos critérios incluem a quantidade de pessoas registradas nas equipes de Saúde da Família e Atenção Primária cadastradas no Ministério da Saúde, ajustada por fatores como vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e localização geográfica; o pagamento baseado em desempenho, conforme os resultados alcançados pelas equipes em indicadores e metas definidos pelo Ministério da Saúde; e incentivos financeiros para ações e programas prioritários. Enquanto a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade apoiou a nova política, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva expressou críticas (Brasil, 2019b).

Segundo Tanaka e Oliveira (2007), a Inglaterra se destacou por ter realizado uma ampla reforma em seu sistema nacional de saúde, adotando instrumentos semelhantes para o pagamento de serviços de APS. O modelo inglês serviu como referência para a formulação da atual política de financiamento da APS no Brasil. Contudo, há uma diferença fundamental: enquanto o modelo inglês utiliza a capitação e a avaliação de desempenho para a remuneração de serviços, no Brasil, esses instrumentos são usados para calcular transferências intergovernamentais, que visam subsidiar o financiamento dos sistemas locais de saúde,

considerando que o SUS é descentralizado e os municípios são responsáveis pelos custos da APS.

A introdução da capitação como critério para o financiamento da APS no SUS, substituindo o financiamento per capita, estabeleceu um novo condicionante para o repasse de recursos, com efeitos diretos e indiretos sobre o sistema de saúde. Com essa mudança, o financiamento da APS no Brasil deixou de ser universal e passou a ser restrito à população cadastrada pelos municípios. No lançamento do Programa, o Ministério da Saúde relatou a existência de 90 milhões de pessoas cadastradas, com a meta de registrar outros 50 milhões. Portanto, ficou evidente que o objetivo do governo federal não era financiar a APS para toda a população brasileira (Massuda, 2020).

Embora se esperasse que a nova política aumentasse o número de pessoas registradas nos serviços de APS e valorizasse as regiões mais vulneráveis, o financiamento passou a depender da efetividade do cadastro, que varia significativamente pelo país. Municípios em áreas carentes enfrentam maiores desafios administrativos para o registro da população, enquanto cidades densamente povoadas têm dificuldades significativas para cadastrar toda a população, o que pode levar à redução de recursos para a APS em regiões com maior necessidade.

Além disso, é importante considerar os possíveis efeitos colaterais do uso da capitação como critério de financiamento. Existe o risco de que a atenção dos municípios se concentre na expansão do número de pacientes cadastrados em detrimento da qualidade e abrangência dos serviços prestados, especialmente nas áreas sem incentivos de desempenho (Massuda, 2020).

Um estudo realizado por Soares, Camargos e Noronha (2023), que avaliou os resultados nos municípios do estado de Minas Gerais antes e após a implementação do Programa Previnde Brasil, revelou que houve uma redução no percentual de municípios com cobertura de população cadastrada inferior a 70% e um aumento no percentual de municípios com cobertura acima de 70% em todas as macrorregiões de 2018 a 2021.

Anteriormente ao Programa Previnde Brasil, havia um elevado percentual de municípios do estado de Minas Gerais que se encontrava nas faixas mais baixas de população cadastrada em relação ao potencial de cadastro. A Figura 1 apresenta a distribuição espacial dos municípios conforme as faixas de cobertura potencial de cadastro nos quatro anos analisados. Percebe-se a melhoria contínua da cobertura no período, sobretudo em 2021, em que apenas dois municípios estão classificados na faixa mais baixa de alcance do potencial de cadastro (< 40%) (Soares; Camargos; Noronha, 2023, p. 7).

No entanto, Soares, Camargos e Noronha (2023) também observam que, dado que o cadastramento e a atualização cadastral das famílias e indivíduos são responsabilidades da APS, é fundamental considerar a diversidade das realidades brasileiras. A vinculação do pagamento ao cadastro pode impactar negativamente a assistência aos usuários e prejudicar municípios que enfrentam dificuldades para realizar o cadastramento da população. Essas dificuldades podem resultar da falta de sistemas de informação adequados, falta de acesso à internet, infraestrutura precária em algumas localidades e problemas na manutenção de equipes completas.

Em outras palavras, a eficácia do cadastro pode variar consideravelmente em todo o país, e municípios que não conseguirem atingir o número esperado de pessoas cadastradas podem sofrer perdas financeiras, comprometendo a assistência à saúde (Harzheim, 2020).

Além disso, esse modelo de financiamento pode ter efeitos colaterais, como a redução da atenção das equipes para problemas de saúde que não estão incluídos nas métricas de avaliação. Ao adotar a avaliação de desempenho como critério para o financiamento da APS no SUS, é possível que os municípios concentrem seus esforços apenas nos indicadores monitorados, o que pode desviar o foco das equipes de APS dos problemas de saúde reais enfrentados pela comunidade.

A abrangência dos serviços da APS pode ser prejudicada pela nova política, que excluiu o financiamento para as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A atuação dessas equipes tem sido amplamente reconhecida como fundamental para aumentar a capacidade resolutiva da APS e promover sua integração nas redes de saúde (Massuda, 2020).

Harzheim (2020) aponta que as mudanças introduzidas em 2019, com a criação do Programa Previne Brasil, representam a reforma mais significativa no financiamento da saúde. O primeiro aspecto relevante é a ampliação dos recursos destinados ao aumento do número de Equipes de Saúde da Família (eSF) e a inclusão de novos tipos de equipes no financiamento. Pela primeira vez, as Equipes de Atenção Primária (eAP) começaram a receber recursos federais, ao contrário das antigas Equipes de Atenção Básica (EAB), que, apesar de estarem formalmente previstas, na prática não contavam com recursos federais para sua implementação (Harzheim, 2020).

No entanto, a credenciação das eAP só é permitida se a cobertura das ESF for mantida. Segundo Harzheim (2020), é inviável que haja retrocesso na cobertura das equipes de Saúde da Família, uma vez que existem incentivos e ações sistemicamente direcionadas exclusivamente às equipes de Saúde da Família, como os programas de incentivo para residência em Medicina

de Família e Comunidade, Enfermagem de Família e Comunidade, e Odontologia de Família e Comunidade.

Quanto ao princípio da universalidade, Harzheim (2020) argumenta que, em nenhum sistema universal de saúde baseado na atenção primária, a capitação proposta como parte do financiamento federal comprometeu a universalidade. A capitação ponderada tem, na verdade, ampliado a responsabilidade do sistema de saúde pelas pessoas, proporcionando um melhor acompanhamento longitudinal e permitindo o financiamento do cuidado para aqueles efetivamente vinculados às equipes. Isso favorece a transparência no planejamento e na alocação de recursos para as equipes de Atenção Primária. O e-Gestor disponibiliza informações detalhadas sobre o cadastro de cada município e equipe, identificando individualmente todas as pessoas cadastradas, assim como os indicadores de saúde que orientarão o pagamento por desempenho.

Harzheim (2020) e Massuda (2020) questionam se a capitação ponderada realmente coloca em risco a universalidade, ao lembrar que o PAB Fixo, instituído no final de 1996, não garantiu, de fato, a cobertura universal de atenção primária. A proposta do Previne Brasil busca retornar aos princípios fundamentais da APS e da medicina de família e comunidade, que se centram na atenção às pessoas e na responsabilização real pelos indivíduos e comunidades em seu contexto específico.

Harzheim (2020) argumenta que, sob a nova proposta, seriam repassados anualmente, divididos em 12 parcelas mensais, R\$ 50,50 para cada pessoa cadastrada nas equipes, comparado ao máximo de R\$ 28,00 por pessoa por ano, sob o PAB Fixo. Com a proposta do Previne, esse valor poderia chegar a R\$ 131,30 anuais, dependendo das características de vulnerabilidade da pessoa e do município de residência. Em janeiro de 2020, a definição desse valor representou um potencial aumento de quase R\$ 3,5 bilhões no ganho dos municípios, caso estes conseguissem cadastrar e assumir a responsabilidade pela totalidade da população de cada equipe. Esse aumento é especialmente significativo se os municípios se esforçarem para identificar as pessoas mais vulneráveis, como crianças menores de cinco anos, idosos maiores de 65 anos ou beneficiários de programas sociais, como o Bolsa-Família, o Benefício de Prestação Continuada e os benefícios da Previdência Social até dois salários-mínimos.

O trabalho de Cunha *et al.* (2019) aborda a questão da focalização, discutindo como a alocação de recursos pode promover equidade tanto a nível individual quanto no contexto municipal. Tanto o estudo de Harzheim (2020) quanto o de Cunha *et al.* (2019) analisam como o aumento no repasse de recursos para equipes e municípios responsáveis por cuidados de saúde

a extremos de idade, que requerem atenção especial, pode beneficiar populações socioeconomicamente vulneráveis em áreas mais pobres e remotas. Essa abordagem visa manter o princípio da universalidade enquanto contribui para a equidade no acesso à saúde.

Adicionalmente, o texto de Cunha *et al.* (2019) afirma que fortalecer a APS é um caminho para ampliar a equidade. Durante o período analisado, diversas estratégias foram implementadas pelo Ministério da Saúde para fortalecer a APS, tais como: a) a criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS); b) a remoção de obstáculos ao acesso ao Programa "Saúde na Hora", que ampliou o acesso e os horários de atendimento em 1.455 unidades de saúde, permitindo que pessoas que anteriormente só conseguiam atendimento em UPAs e emergências hospitalares tivessem acesso à APS; e c) a maior informatização da APS e a integração de dados clínicos através dos Programas ConecteSUS (com financiamento para informatização) e Informatiza-APS (Cunha *et al.*, 2019).

De acordo com Harzheim (2020), o modelo de financiamento em vigor até 2019, que seguiu a expansão da ESF até meados da década passada, acabou limitando a ampliação da responsabilidade das equipes de saúde sobre a população. Assim, o modelo anterior ao Programa Previne estava esgotado e apresentava restrições quanto à capacidade de enfrentar os desafios do sistema de saúde e da APS. O modelo anterior ao Previne era composto por diversos componentes criados em momentos distintos e com integração limitada.

O primeiro componente do modelo anterior ao Previne era o "PAB Fixo", que correspondia a uma parcela fixa calculada com base na população do município. Este recurso, de aproximadamente R\$4 bilhões anuais, era repassado sem exigências auditáveis de contrapartida por parte dos municípios, pois não havia um registro detalhado da vinculação de pessoas e nem critérios rigorosos de fiscalização. Além disso, não havia necessidade de ampliar os serviços de APS com esses recursos.

O segundo componente do modelo, o "PAB Variável", incluía uma variedade de incentivos financeiros baseados no credenciamento e na atividade mínima das diversas equipes, como equipes de ESF, Consultório na Rua e equipes prisionais. Costa e Pinto (2002) destacaram que, para receber o "PAB Variável", os municípios precisavam credenciar a equipe junto à SAPS, manter o cadastro completo da equipe no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e reportar alguma atividade, mesmo que mínima, sem exigências quanto ao número de pessoas sob responsabilidade da equipe.

No final da década de 1990 e início dos anos 2000, esse modelo desempenhou um papel crucial na descentralização das ações e serviços ambulatoriais de saúde para municípios que antes não tinham capacidade instalada. No entanto, ao longo das duas últimas décadas (1998-2018), o "PAB Variável" passou a concentrar a maior parte dos recursos federais destinados à APS, apesar de suas limitações, como o foco excessivo na capacidade instalada, o condicionamento do repasse a regras federais rígidas e a proliferação de programas distintos, totalizando 20 tipos diferentes em 2019.

Em relação ao incentivo financeiro repassado aos municípios para a implantação e manutenção de Agentes Comunitários de Saúde e das equipes de Saúde da Família (eSF), Harzheim (2020) destacou que o valor era superior a R\$4 bilhões anuais. No entanto, esse incentivo estava vinculado a obrigações legais dos gestores de assegurar o pagamento do piso nacional, mas não tinha uma relação direta com o desempenho alcançado pelas equipes.

Harzheim (2020) também observou que o Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade (PMAQ), implementado em 2011, trouxe inovações importantes ao abordar explicitamente a necessidade de expandir o acesso e melhorar a qualidade do cuidado nas equipes de Saúde da Família, introduzindo a cultura da avaliação na APS. Apesar dos avanços, o PMAQ apresentava diversas limitações. Entre seus componentes, destacava-se a coleta de dados presenciais de baixa frequência (2 a 3 anos), sem um cronograma claro e pré-estabelecido, utilizando questionários variados sem validação nacional estatística e científica, resultando em mais de 1.000 variáveis que compunham a avaliação final de cada equipe de ESF.

A análise dos modelos anterior e atual revela que o Programa Previne Brasil visa aumentar o acesso aos serviços de saúde e fortalecer o vínculo entre a população e as equipes de saúde. O objetivo é induzir a responsabilização dos gestores e profissionais pela qualidade do atendimento prestado. A expansão da APS no Brasil trouxe melhorias significativas nos indicadores de saúde da população, reforçando a importância desse componente no fortalecimento e na expansão do SUS. Portanto, o financiamento da APS ocupa uma posição central no debate público.

Com a mudança de modelos a partir de 2020, que resultou na implementação do Programa Previne Brasil, surgiram diversas questões importantes. Desse modo, na presente tese, buscamos investigar a influência do Programa Previne Brasil no processo de gestão da atenção primária à saúde no período de 2019 a 2023.

Dado o início de um novo mandato para presidente, em 2023, é crucial entender o estado atual do financiamento da APS. Esse conhecimento é fundamental para a construção de um

modelo que atenda adequadamente às necessidades da população brasileira e à APS em todo o país.

2.4 Indicadores do Programa Previne Brasil

Esta subseção oferece uma análise crítica sobre o papel dos indicadores de saúde na avaliação de desempenho da APS, destacando sua importância não apenas para os serviços de saúde, mas também como referência para ajustar as políticas de financiamento à saúde.

Na área de saúde, os indicadores são fundamentais para o monitoramento e avaliação de como está a situação de saúde da população, pois, em geral, eles estão relacionados à qualidade da saúde e suas expressões, como o bem-estar físico, mental e social, como descrito pela OMS (Almeida-Filho, 2011).

Sob inspiração do trabalho de Almeida (2012), é possível sinalizar que os indicadores do Programa Previne Brasil podem servir, entre outros aspectos, para apontar os resultados sobre o andamento da saúde da população, verificando seus riscos e estimativas de morbidade. No trabalho diário, eles podem funcionar como instrumentos na identificação e monitoramento das ações e serviços oferecidos à população usuária do SUS. Os indicadores apresentam variáveis que podem promover a visualização do andamento das unidades de saúde, expressando, assim, resultados positivos ou negativos nas condições de trabalho, inclusive de gestão, seja atualmente, seja no passado.

No que tange ao Programa Previne Brasil, as variáveis e os percentuais sobre as metas e seus devidos parâmetros para cada um dos sete indicadores do Programa foram estabelecidos de acordo com a Nota Técnica Explicativa do Relatório de Indicadores de Desempenho da APS (Previne Brasil-2022), conforme indicado no Quadro 1.

Quadro 1 - Sinalização do alcance dos indicadores do Programa Previne

Indicadores	Meta	Intervalo 1	Intervalo 2	Intervalo 3	Intervalo 4
1 - Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação.	45%	<18%	≥18% e <31%	≥31% e <45%	≥45%
2 - Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.	60%	<24%	≥24% e <42%	≥42% e <60%	≥60%
3 - Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado.	60%	<24%	≥24% e <42%	≥42% e <60%	≥60%
4 - Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS.	40%	<16%	≥16% e <28%	≥28% e <40%	≥40%
5 - Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por <i>haemophilus influenzae</i> e tipo b e Poliomielite inativada.	95%	<38%	≥38% e <67%	≥67% e <95%	≥95%
6 - Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre.	50%	<20%	≥20% e <45%	≥35% e <50%	≥50%
7 - Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.	50%	<20%	≥20% e <35%	≥35% e <50%	≥50%

Fonte: Elaboração própria a partir de nota técnica explicativa do Relatório de Indicadores de Desempenho da APS (Previne Brasil-2022); (Brasil, 2022).

De acordo com as normas técnicas, tais indicadores são reconhecidos pelo Ministério da Saúde por meio dos serviços e ações executadas em todas as unidades de atenção primária pelos profissionais que nelas atuam. São esses profissionais que, de acordo com a execução de suas funções, ofertam seus serviços para toda a população; e, no final de cada mês, apresentam os faturamentos que, após seu processamento por cada município, são enviados para validação, junto ao Ministério da Saúde, e posterior pagamento. Este faturamento é convertido para os municípios sob a forma de recursos financeiros (Brasil, 2022).

O Quadro 1 apresenta os indicadores do Programa Previne Brasil, juntamente com as metas e os intervalos de alcance estabelecidos para avaliar o desempenho em relação a tais metas. De acordo com a Nota Técnica do Programa, é importante apontar que as metas descritas nos indicadores estabelecem o resultado positivo e específico que cada município necessita alcançar. O Programa também aponta intervalos classificados de 1 a 4, como condições e critérios para colorir ou categorizá-los com base no progresso em relação à meta, os quais podem ser assim compreendidos:

Menor que 40% da meta estabelecida para cada um dos 7 indicadores é representada pela cor vermelha, que significa que o progresso em direção à meta é insatisfatório ou crítico. O que sugere que o município que apresentar tal quadro tem um longo caminho a percorrer para alcançar a meta.

Entre 40% e 69% da meta estabelecida para cada um dos 7 indicadores é representada pela cor laranja. Nesta faixa, a cor sugere um estado intermediário entre o vermelho (insuficiente) e o verde (suficiente) e sinaliza que o progresso está ocorrendo, mas ainda não atingiu um nível ideal.

Entre 70% e 99% da meta estabelecida para cada um dos 7 indicadores é representada pela cor verde. O progresso está ocorrendo de forma satisfatória ou está próximo de alcançar a meta.

Maior ou igual à meta estabelecida para cada um dos 7 indicadores é representada pela cor azul. Quando o progresso atinge ou ultrapassa a meta estabelecida, isso é indicado pela cor azul, que sugere um alto nível de sucesso e alcance dos objetivos estabelecidos.

Essas cores e faixas de progresso podem ser úteis para visualizar e comunicar o desempenho em relação às metas de forma rápida e eficaz. Com elas, é possível entender que somente os índices percentuais estabelecidos nos intervalos 3 e 4 são positivos para análise do Previne, indicando que os municípios receberão 100% dos incentivos financeiros preconizados pelo Ministério da Saúde. Já os intervalos 1 e 2 expressam percentuais baixos, o que prejudica os municípios no recebimento dos seus recursos financeiros.

Em 2020, ano seguinte à criação do Previne, houve a implementação de uma série de medidas excepcionais para lidar com as etapas de transição, visando mitigar potenciais perdas orçamentárias e financeiras dos municípios em relação aos recursos recebidos no ano anterior (Brasil, 2019). É relevante notar que tais medidas não foram aplicadas de maneira uniforme a todos os municípios. Foi adotada uma metodologia de cálculo para determinar quais municípios seriam prejudicados, manteriam ou aumentariam os recursos em comparação com os recebidos em 2019 (Mendes; Melo; Carnut, 2022).

Na projeção para o ano de 2020, a metodologia de cálculo empregou os seguintes parâmetros, em cada componente de financiamento, para estimar os possíveis recebimentos do exercício de 2020:

- (I) Capitação Ponderada, em que se considerou a meta potencial de cadastro – ou seja, a metodologia de cálculo projetava que os municípios atingiriam o melhor valor do componente, como se eles conseguissem cadastrar todas as pessoas de forma equivalente ao somatório dos parâmetros das suas respectivas EqSF e EAP homologadas até o limite da população registrada no censo de 2019 do IBGE;
- (II) Pagamento por Desempenho: a metodologia também considerou que os municípios atingiriam o resultado potencial de 100% do alcance dos indicadores por equipe (Mendes; Melo; Carnut, 2022, p. 45).

A metodologia empregada para calcular os valores projetados para 2020 se baseou em uma série de parâmetros, resultando em um possível excedente em relação aos recebimentos de 2019. Isso se deve ao uso de parâmetros de cálculo otimistas ou não alinhados ao aumento real dos valores, o que evidencia a intenção do Ministério da Saúde em garantir a aceitação do novo modelo de financiamento pelos secretários municipais. Esse cenário aponta para a importância de investigações sobre a continuidade ou não de tal excedente nos períodos posteriores.

O Previne Brasil também destaca ferramentas gerenciais, como o componente de pagamento por desempenho, que enfatiza a operacionalização do sistema. Esse componente estabelece resultados com base em indicadores, com pesos variados, definidos progressivamente pelo Ministério da Saúde a cada ano, vinculando a ampliação dos indicadores ao aumento do orçamento para o componente.

A Portaria nº 2.979/2019 do Previne determina que os resultados das equipes credenciadas serão agregados em um Indicador Sintético Final (ISF), orientando o volume de recursos a serem transferidos para cada município. O pagamento para o componente de capitação ponderada é realizado trimestralmente, com base no trimestre anterior.

Os indicadores estabelecidos pelo Ministério da Saúde focam em processos e resultados intermediários das equipes, bem como nos resultados de saúde e na atenção básica em geral. A Portaria nº 3.222/2019 regulamenta o pagamento por desempenho e lista sete indicadores do Previne que orientaram o financiamento em 2020.

É evidente, a partir da versão de 2017 da PNAB e da Portaria nº. 2.979/2019, que não há um compromisso com a cobertura universal de 100% da população, mas sim com a cobertura total de populações vulneráveis não especificadas em nenhuma das normativas.

Além disso, a flexibilização da carga horária e do regime de contratação de profissionais da atenção básica dificulta a continuidade dos serviços e a estabilidade dos profissionais, contribuindo para a alta rotatividade, principalmente de médicos, dentistas e enfermeiros.

Portanto, as medidas propostas pelo Programa Previne impactam a base do SUS, alterando a gestão da saúde primária e aumentando a carga administrativa para os técnicos das secretarias municipais de saúde, especialmente em áreas rurais e com populações vulneráveis.

De acordo com Mendes e Carnut (2020), o Previne indica um processo de desfinanciamento burocrático que dificulta a execução orçamentária, mesmo para municípios maiores com capacidade técnica adequada. Isso sugere uma tendência de privatização interna do sistema de saúde, aproveitando o contexto de crise sanitária e econômica causada pela pandemia de COVID-19 para reorganizar a alocação de recursos de forma complexa.

A implementação do Previne Brasil altera a dinâmica dos instrumentos de coleta e utilização de dados pelas equipes de saúde. O Programa, que depende da alimentação de sistemas de informação, exige qualidade e consistência nos dados fornecidos. Isso requer conhecimento das instruções e dos instrumentos de preenchimento, bem como uma alimentação cuidadosa, cumprimento de prazos e fluxos, e a divulgação e utilização adequada dos dados pelas equipes de saúde. Esses requisitos criam desafios adicionais para a gestão. Antes do Previne, os municípios recebiam o pagamento do PAB Fixo, um valor mínimo garantido por lei, independentemente do envio de dados. Com o Previne, no entanto, a correta comunicação dos dados de produção tornou-se crucial para a manutenção dos recursos. A gestão deve agora assegurar que a produção em saúde seja informada adequadamente, pois isso impacta diretamente na continuidade, qualidade e quantidade dos serviços prestados. A informatização e a alimentação do sistema forçam uma mudança nas práticas cotidianas das equipes de saúde, especialmente no acompanhamento domiciliar de populações de baixa renda e na implementação de medidas preventivas e curativas (Mendes; Melo; Carnut, 2022).

3. METODOLOGIA E CAMINHOS DA PESQUISA

Esta seção apresenta os procedimentos metodológicos que foram utilizados na pesquisa, buscando compreender quais os problemas da gestão local do Programa Previnde Brasil e em que medida a implementação do Programa tem influenciado o processo de gestão na APS. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e exploratória, sob a inspiração de Gil (2019), que procurou analisar e interpretar os dados com o objetivo de organizá-los, resumir e analisá-los de forma que possibilitem o fornecimento de respostas ao tema dessa investigação de doutorado.

Ademais, o estudo proposto tem propósitos descritivos e exploratórios. Descritivos pela caracterização dos indicadores de saúde observados em cada município, e exploratórios, considerando a incipiência do conhecimento em torno do objeto. Tais propósitos, de acordo com Yin (2016), podem ser classificados segundo o tipo de questão proposta para o estudo, ou seja, lidam com os vínculos operacionais que necessitam ser traçados ao longo do tempo, mais do que com meras frequências ou incidências.

Para a realização da pesquisa, foram buscados os seguintes materiais, conforme o Quadro 2.

Quadro 2 - Fontes e tipos de materiais para revisão bibliográfica

Fontes	Materiais
Ministério da Saúde do Brasil	Informações sobre o Programa Previnde Brasil em seu site oficial (e-gestor), através de relatórios de gestão e avaliação de desempenho do Previnde, inclusive, em âmbito municipal, boletins, apresentações e outros documentos relacionados ao Programa.
Departamento de Informática do SUS (DATASUS),	Dados sobre o sistema de saúde brasileiro. Encontrar dados estatísticos, indicadores de saúde e informações sobre o desempenho do SUS, incluindo aqueles relacionados ao Programa Previnde Brasil.
<i>Scopus</i> , <i>Web of Science</i> , Periódicos CAPES e Catálogo de Teses e Dissertações	Artigos, teses e dissertações na busca de análises e interpretações dos indicadores do Previnde Brasil. Vale destacar que foram utilizados como filtros os termos: “indicadores <i>and</i> Previnde Brasil” e “atenção primária à saúde <i>and</i> Previnde Brasil”.

Fonte: Elaboração própria (2023).

Simultaneamente à obtenção, organização e análise dos dados de origem qualitativa e quantitativa, foi estabelecido o referencial teórico a ser utilizado para sua análise e interpretação, o que se fez por meio de revisão bibliográfica em livros, teses, dissertações, periódicos e legislação pertinente.

O estudo também contemplou a aplicação de questionários e entrevistas com os atores sociais que compõem as equipes gestoras de atenção primária à saúde e foi submetido e

aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Araraquara - UNIARA, por meio do CAAE: 73165623.0.0000.5383.

3.1 Identificação da região e seleção dos municípios

O Estado de São Paulo possui 17 Departamentos Regionais de Saúde, sendo que o Departamento Regional de Saúde (DRS XV) de São José do Rio Preto foi escolhido por abranger o maior número de municípios do Estado, ou seja, 102 municípios, possibilitando uma visão bem diferenciada dos problemas analisados.

A maior região de saúde do DRS XV é a de São José do Rio Preto, denominada Região de Saúde Rio Preto, e conta com 20 municípios (a saber: Bady Bassit, Bálsamo, Cedral, Guapiaçú, Ibirá, Icém, Ipiguá, Mirassol, Mirassolândia, Neves Paulista, Nova Aliança, Nova Granada, Onda Verde, Orindiúva, Palestina, Paulo de Faria, Potirendaba, São José do Rio Preto, Tanabi e Uchoa); e a menor região é a de Santa Fé do Sul, denominada Região de Saúde Santa Fé, que totaliza 6 cidades (são elas: Nova Canaã Paulista, Rubinéia, Santa Clara D'Oeste, Santa Fé do Sul, Santa Rita D'Oeste e Três Fronteiras).

Para a realização do estudo, primeiramente foi selecionada uma amostra de 30% dos municípios da maior região de saúde (Rio Preto) e da menor região (Santa Fé). Ou seja, foram selecionados 8 municípios do total das duas regiões, que compreendem 26 municípios. A técnica de amostragem foi aleatória simples. Em seguida, foram eleitos n elementos de uma população de tamanho N , na qual todos tiveram a mesma probabilidade de serem escolhidos para a amostra. Isso garantiu um sorteio não viciado. Inicialmente, foram listados os N elementos da população, e, na sequência, os N elementos foram numerados. Em um terceiro momento, os municípios foram sorteados ao acaso: n números. Por fim, verificou-se na listagem numerada quais elementos correspondiam aos números sorteados e que pertenceriam à amostra.

A amostra de 30% consistiu em uma amostra aleatória simples dos municípios das Regiões de Saúde de São José do Rio Preto e Santa Fé do Sul. Os totais e os municípios são apresentados de acordo com o disposto no Quadro 3.

Quadro 3 - Total de municípios a serem investigados

REGIÃO DE SAÚDE	TOTAL DE MUNICÍPIOS	AMOSTRA 30%	MUNICÍPIOS SORTEADOS
Rio Preto	20 municípios	06 municípios	Bálsamo Nova Aliança Nova Granada Palestina Paulo de Faria Potirendaba
Santa Fé	06 municípios	02 municípios	Santa Clara D'Oeste Santa Fé do Sul

Fonte: Elaboração própria (2023).

A caracterização inicial das equipes da atenção primária dos municípios sorteados para a amostra de 30% está sintetizada no Quadro 4.

O Quadro 4 apresenta os atores envolvidos e os respectivos totais que participaram dos procedimentos de aplicação de questionários (218 pessoas, que compõem as equipes gestoras dos 8 municípios selecionados) e realização de entrevistas (8 pessoas, os gestores municipais, identificados como Secretários, Coordenadores ou Diretores de Departamento Municipal de Saúde). A complexidade do ambiente de campo e a diversidade dos participantes justificaram a utilização de ambos os instrumentos (questionários e entrevistas). A escolha por entrevistar apenas os gestores foi fundamentada no fato de que estes são os responsáveis por possuir o maior conhecimento sobre o Programa Previne, além de orientarem a equipe gestora, tanto de maneira teórica quanto prática.

Quadro 4 - Caracterização dos municípios sorteados para amostra

Região de Saúde	Municípios Sorteados	Total de Unidades de Saúde	Total de Gestor Municipal	Total de Médicos ESF	Total de Médicos GO	Total de CD	Total de Enfermeiros	Total de ACS	Total
Rio Preto	Bálsamo	03	01	03	01	03	03	18	29
	Nova Aliança	01	01	01	01	01	01	6	11
	Nova Granada	02	01	02	01	02	02	12	20
	Palestina	02	01	02	01	02	02	12	20
	Paulo de Faria	01	01	01	01	01	01	06	11
	Potirendaba	03	01	03	01	03	03	18	29
Santa Fé	Santa Clara D'Oeste	01	01	01	01	01	01	06	11
	Santa Fé do Sul	09	01	09	03	05	09	60	87
TOTAL GERAL		22	08	22	10	18	22	138	218

Nota: ESF = Estratégia Saúde da Família; GO = Ginecologista Obstetras; CD = Cirurgiões Dentistas; ACS = Agentes Comunitários de Saúde.

Fonte: Elaboração própria (2023).

3.2 Caracterização socioeconômica dos municípios selecionados

Em termos gerais, a região na qual se localizam os municípios selecionados é marcada por uma economia baseada na produção agropecuária integrada à atividade industrial, com produção expressiva de cana-de-açúcar, carne bovina e laranja na agropecuária, enquanto na indústria destacam-se os segmentos de alimentos, biocombustível, móveis, produtos de metal, artigos de borracha, material de transporte e têxtil. Na área da saúde, destaca-se a produção de material cirúrgico. O setor de serviços é bastante relevante, inclusive na área educacional e da saúde. A estrutura dos serviços do município-sede exerce atração sobre ampla área geográfica, atingindo localidades de estados vizinhos, como as do sudoeste de Minas Gerais, do sul de Goiás e do nordeste do Mato Grosso do Sul. Pode-se observar que a região abrange três polos de desenvolvimento criados pela Secretaria Estadual de Desenvolvimento Econômico para incentivar os setores produtivos da região. São eles: Alimentos e Bebidas; Biocombustíveis; e Saúde e Fármacos.

Embora seja uma região de alto IDH médio e presença de municípios de maior porte, não se pode dizer que seja uma região homogênea. Os municípios sorteados para o presente estudo são de menor porte, em termos regionais, apontam para alguma diversidade de condições socioeconômicas dentro da região, com maior proximidade com o meio rural, sendo que apenas um município tem população acima de 20.000 habitantes (Quadro 6). Contudo, todos têm IDH alto, sendo que um município (Nova Aliança) apresenta IDH bastante elevado. Interessante observar, no Quadro 5, que quase 100% da população dos municípios selecionados depende do SUS para a atenção à saúde e apresentam elevado número de pessoas cadastradas no sistema SUS.

Quadro 5 - Caracterização socioeconômica dos municípios sorteados

Região de Saúde	Municípios Sorteados	População	Cadastros Vinculados	População SUS dependente	IDHM	IRPS Grupo	Cobertura Atenção Primária	Q. ESF	Q. UBS
Rio Preto	Bálsamo	9.716	5.515	7.257	0,760	3	100%	03	01
	Nova Aliança	6.748	3.059	5.196	0,806	1	100%	02	01
	Nova Granada	19.401	15.504	14.303	0,739	3	100%	03	04
	Palestina	11.481	12.798	7.607	0,732	3	100%	02	02
	Paulo de Faria	7.311	8.493	5.309	0,725	4	100%	00	01
	Potirendaba	18.720	20.710	12.522	0,747	3	100%	03	01
Santa Fé	Santa Clara D'Oeste	2.617	2.926	2.448	0,754	3	100%	01	01
	Santa Fé do Sul	35.146	38.500	28.192	0,784	3	100%	09	01

Fonte: Elaboração própria (2024) a partir de SEADE, 2023; e-Gestor, 2024; CNESNet, 2024.

Os municípios de Balsamo, Paulo de Faria, Nova Granada, Palestina e Potirendaba têm forte vínculo com o meio rural, destacando-se na produção agrícola de laranja, seringueira, cana-de-açúcar, café, milho, soja e na criação de gado. Esses municípios apresentam uma infraestrutura razoável em saúde e educação, com acesso à educação básica, serviços de saúde locais e sistemas de água tratada, esgoto e coleta de lixo. A boa conectividade rodoviária facilita o escoamento da produção e o acesso a centros urbanos, contribuindo para uma população economicamente ativa de 68,5% e boa qualidade de vida.

Santa Clara D'Oeste, reconhecido como Município de Interesse Turístico (MIT) em 2019 devido à sua beleza natural e potencial para pesca esportiva, e Santa Fé do Sul, com uma economia diversificada que inclui agroindústria, laticínios, confecção de vestuário e produção automotiva, têm se destacado no incentivo ao empreendedorismo por meio de suas Incubadoras Empresariais. No entanto, ambos enfrentam forte dependência do serviço público de saúde. A população desses municípios menores, que conta com atendimento básico integral, frequentemente busca serviços médicos mais especializados em cidades vizinhas. Apenas um desses municípios tem população superior a 20.000 habitantes.

Na Região de Saúde de Rio Preto, todos os municípios alcançam 100% de cobertura em Atenção Primária, por meio das ESF e Unidades Básicas de Saúde (UBS). Em algumas cidades, como Palestina, Paulo de Faria, Potirendaba, Santa Clara d'Oeste e Santa Fé do Sul, o número de cadastros no SUS supera a população local, indicando que moradores de outras áreas também utilizam esses serviços, possivelmente para consultas e medicamentos. Esse uso intensivo do SUS reflete a alta dependência do sistema público de saúde, impulsionada pela elevação dos custos dos planos de saúde privados. A situação destaca o esforço das equipes de saúde para manter os registros atualizados.

Além disso, os municípios com menor IDHM enfrentam mais dificuldades de acesso aos serviços, o que exige estratégias voltadas à prevenção e à educação em saúde, com uma gestão cuidadosa dos recursos de acordo com as necessidades locais. O Índice de Riqueza, Longevidade e Escolaridade (IRPS), que classifica os municípios em cinco grupos de desenvolvimento, coloca Nova Aliança entre os grupos 1 e 2, com melhor situação socioeconômica. Já os municípios de Balsamo, Nova Granada, Palestina, Potirendaba, Santa Clara D'Oeste, Santa Fé do Sul e Paulo de Faria estão nos grupos 3 e 4, com menor riqueza e variação em longevidade e escolaridade, demandando mais atenção na gestão de recursos para reduzir as vulnerabilidades. Essa disparidade é refletida na organização dos serviços de saúde:

enquanto alguns municípios priorizam a prevenção (por meio das ESF), outros, como Paulo de Faria, ainda adotam o modelo tradicional, centrado no tratamento de doenças.

3.3 Aplicação de piloto da pesquisa

Optou-se por realizar um piloto devido à demanda por testagem, em pequena escala, dos procedimentos, materiais e métodos propostos para a execução da presente pesquisa (Canhota, 2008). Ou seja, foi escolhida uma versão resumida da metodologia completa do estudo, que envolveu a realização de todos os procedimentos previstos na metodologia, com o objetivo de possibilitar ajustes e aprimorar os instrumentos na fase anterior à pesquisa propriamente dita.

Nessa perspectiva, foi aplicado um piloto envolvendo dois municípios: Rubinéia e Santa Rita D'Oeste, que não faziam parte da seleção desta tese, que aguarda a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIARA. A aplicação do piloto permitiu a análise de todo o contexto pesquisado, utilizando-se tanto o questionário quanto a entrevista. No primeiro município piloto foram analisados: No primeiro município piloto, foram analisados os seguintes participantes: 1 gestor municipal de saúde, 1 médico generalista, 1 cirurgião dentista, 1 enfermeira e 5 agentes comunitários de saúde. No segundo município, foram analisadas as informações de 7 profissionais de saúde, distribuídos da seguinte forma: 1 gestor municipal de saúde, 1 médico generalista, 1 cirurgião dentista, 1 enfermeiro e 3 agentes comunitários de saúde.

Os resultados do piloto confirmaram a viabilidade da proposta de estudo e proporcionaram maior habilidade ao pesquisador para a realização da pesquisa principal. Os dados obtidos no piloto foram descartados, pois os participantes não fazem parte dos 30% da amostra selecionada para o estudo.

3.4 Etapas da pesquisa

3.4.1 Primeira etapa

A primeira etapa da pesquisa foi identificar e analisar os resultados do Programa Previner Brasil para o financiamento da atenção primária em saúde (APS), na região de saúde do Departamento Regional de Saúde (DRS XV) de São José do Rio Preto, particularmente nas Regiões de Saúde de Rio Preto e de Santa Fé, já delimitadas no item anterior.

Para os municípios dessas duas regiões, foram obtidas as informações referentes à evolução dos indicadores que constam do Sistema e-Gestor AB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Sobre tais dados quantitativos, é fundamental recuperar os indicadores que compõem o Previne, já mencionados anteriormente, apresentados no Quadro 6.

Quadro 6 - Indicadores que compõe o Programa Previne Brasil: dados quantitativos

Indicadores	Meta	Intervalo 1	Intervalo 2	Intervalo 3	Intervalo 4
1 - Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação.	45%	<18%	≥18% e <31%	≥31% e <45%	≥45%
2 - Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.	60%	<24%	≥24% e <42%	≥42% e <60%	≥60%
3 - Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado.	60%	<24%	≥24% e <42%	≥42% e <60%	≥60%
4 - Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS.	40%	<16%	≥16% e <28%	≥28% e <40%	≥40%
5 - Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por <i>haemophilus influenza</i> e tipo b e Poliomielite inativada.	95%	<38%	≥38% e <67%	≥67% e <95%	≥95%
6 - Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre.	50%	<20%	≥20% e <45%	≥35% e <50%	≥50%
7 - Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.	50%	<20%	≥20% e <35%	≥35% e <50%	≥50%

Fonte: Elaboração própria a partir de e-Gestor (2024).

Os dados foram analisados de acordo com os critérios estabelecidos pela Nota Técnica da Portaria nº. 2.979/2019 do Previne, que define as metas e as métricas para resultados positivos e específicos que cada município precisa alcançar. O Programa também apresenta intervalos classificados de 1 a 4, como condições e critérios para categorizá-los com base no progresso em relação à meta, os quais podem ser compreendidos da seguinte forma:

1. **Menor que 40%** da meta estabelecida para cada um dos 7 indicadores é representada pela cor vermelha, que indica que o progresso em direção à meta é insatisfatório ou crítico. Isso sugere que o município que apresentar tal quadro tem um longo caminho a percorrer para alcançar a meta.
2. **Entre 40% e 69%** da meta estabelecida para cada um dos 7 indicadores é representada pela cor laranja. Nesta faixa, a cor sugere um estado intermediário entre o vermelho (insuficiente) e o verde (suficiente), sinalizando que o progresso está ocorrendo, mas ainda não atingiu um nível ideal.
3. **Entre 70% e 99%** da meta estabelecida para cada um dos 7 indicadores é representada pela cor verde, indicando que o progresso está ocorrendo de forma satisfatória ou está próximo de alcançar a meta.
4. **Maior ou igual à meta** estabelecida para cada um dos 7 indicadores é representada pela cor azul, quando o progresso atinge ou ultrapassa a meta estabelecida, sugerindo um alto nível de sucesso e alcance dos objetivos.

Em seguida, foi analisado o indicador sintético final (ISF) definido pela Portaria nº. 2.979/2019 do Previne, de cada município, que determina o volume de recursos a serem transferidos para cada cidade.

A partir desses critérios, os dados obtidos foram organizados por cores para visualizar o desempenho em relação às metas alcançadas por cada município. Com as cores, foi possível observar que os índices percentuais estabelecidos nos intervalos 3 e 4 são positivos para a análise do Previne, indicando que os municípios receberão 100% dos incentivos financeiros preconizados pelo Ministério da Saúde. Já os intervalos 1 e 2 expressam percentuais baixos, o que prejudica os municípios no recebimento de seus recursos financeiros.

3.4.2 Segunda etapa

A segunda etapa da coleta de dados consistiu na busca das informações sobre o nível de conhecimento e a percepção dos gestores, médicos, dentistas, enfermeiros e agentes de saúde

envolvidos no funcionamento do Programa Previne Brasil, buscando identificar as implicações, os desafios, as possibilidades e os limites que sua implementação tem posto para a gestão em APS na região analisada. Esta pesquisa se deu em dois momentos.

No primeiro, foi realizada visita às equipes gestoras municipais em saúde dos municípios de Bálamo, Nova Aliança, Nova Granada, Palestina, Paulo de Faria, Potirendaba, Santa Clara D'Oeste e Santa Fé do Sul, do DRS XV, com a finalidade de realizar o convite para participarem da pesquisa. Durante esse primeiro contato, os atores sociais que concordaram em participar da pesquisa foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com a Resolução n. 466/2012, no qual constam a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e incômodos que a mesma possa acarretar (APÊNDICE 4).

Todos foram esclarecidos que a pesquisa permite analisar como o Programa Previne Brasil tem atuado no processo de gestão da atenção primária à saúde na Região de Saúde do Departamento Regional de Saúde (DRS XV) de São José do Rio Preto. Foi esclarecido também que os participantes responderiam a um questionário fechado e que, posteriormente, apenas os gestores seriam convidados para uma entrevista. Todos os participantes foram informados que não sofreriam nenhum dano físico, psíquico, moral, intelectual, econômico, social, cultural ou espiritual, e que, durante a participação, poderiam encerrá-la de imediato, ou remarcará-la, caso preferissem que ela fosse realizada em outro momento. Ainda, a fim de incentivar a participação dos sujeitos, foram ressaltados os interesses do pesquisador em utilizar as informações para compor esse projeto de pesquisa, que poderá ser publicado; bem como foi enfatizada a natureza do trabalho e a importância de se obter respostas quanto às questões levantadas pela investigação.

Os componentes das equipes municipais em saúde (Médico ESF, Médico GO, Cirurgião Dentista, Enfermeiro(a) e ACS) que aceitaram participar da pesquisa receberam por e-mail um formulário no Google Forms, contendo 20 questões fechadas com a finalidade de caracterizar a função no serviço de atenção primária, tempo de atuação, grau de escolaridade e sua avaliação sobre a gestão em saúde na atenção primária na região de saúde. O tempo para preencher o formulário foi de aproximadamente 35 minutos e o prazo para devolução foi de 15 dias. Também foram informados que poderiam não responder às questões que não quisessem, deixando as respostas em branco.

Após o preenchimento e envio dos questionários, os 8 gestores municipais em saúde foram convidados para uma entrevista, com agendamento prévio e de acordo com sua

disponibilidade. As entrevistas tiveram duração de aproximadamente 40 minutos, com a utilização de roteiro, contendo 14 questões abertas (APÊNDICE 3).

A entrevista (com roteiro semiestruturado) junto aos gestores municipais de saúde pública foi realizada pela plataforma do Google Meet. Com este procedimento, foi caracterizado o nível de conhecimento e sua percepção sobre o funcionamento do Programa Previne Brasil e suas implicações para a gestão em saúde primária. Também, com este procedimento, foram identificados os níveis e percepções dos demais membros da equipe gestora (médicos, dentistas, enfermeiros e agentes de saúde), da maior e menor região de saúde do DRS XV.

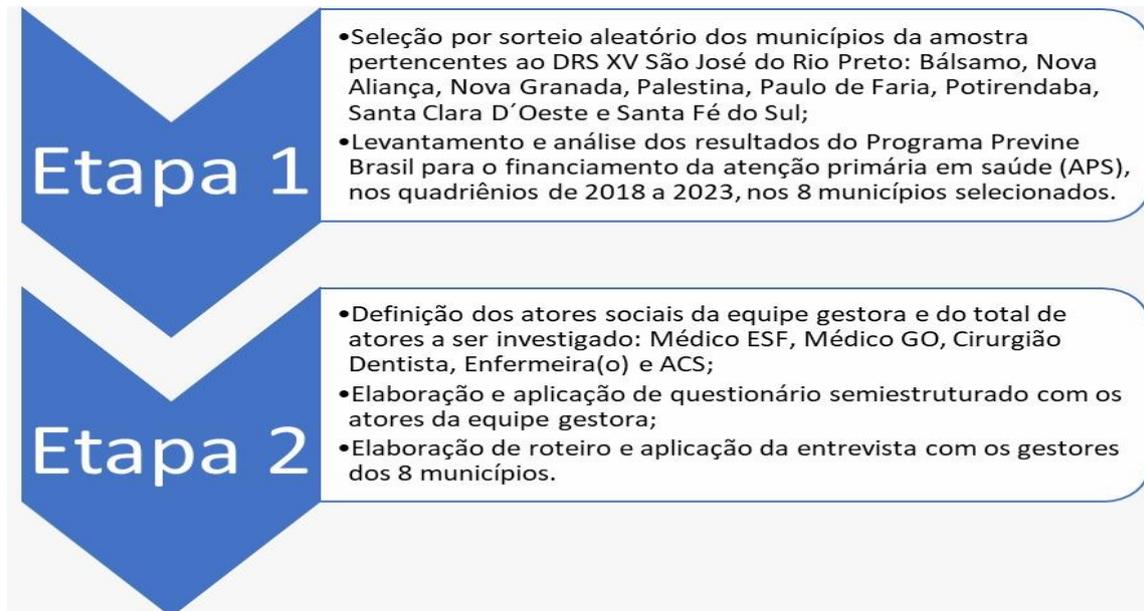
Cabe ressaltar que, nos encontros virtuais, por meio do Google Meet, os entrevistados tiveram somente as falas gravadas, ou seja, não se fez o uso de imagem dos mesmos, e os dados obtidos foram utilizados somente para a pesquisa.

Com o intuito de evitar constrangimentos, foi preservado o anonimato da unidade de saúde e dos participantes desta pesquisa, que não tiveram nenhum tipo de gasto para sua participação no decorrer da pesquisa. Sobre a identidade dos participantes, seus nomes foram substituídos por letras e números arábicos. Foi atribuída a letra “G” que corresponde a “gestores” e um número arábico.

Os resultados obtidos com o formulário online e as entrevistas foram sistematizados, analisados e interpretados em consonância com o referencial teórico e à luz dos dados quantitativos do financiamento do Previne.

A seguir, fluxograma resumindo o caminho percorrido nas etapas (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma da pesquisa



Fonte: Elaboração própria (2024).

3.5 Como serão analisados os resultados

Os dados coletados para a primeira etapa do trabalho foram organizados em tabelas e gráficos e analisados por técnicas simples de análise descritiva de dados. As informações sobre os indicadores de financiamento à saúde na região delimitada foram organizadas para cada indicador e também de forma agregada. A técnica de estatística descritiva simples tem como objetivo organizar, sintetizar e apresentar os dados da mesma natureza, permitindo uma visão global da variação desses valores.

As informações referentes à segunda etapa da pesquisa sobre a percepção dos gestores e atores envolvidos na gestão do Programa Previne, obtidas por meio dos questionários no Google Forms e por meio de entrevistas semiestruturadas, foram analisadas por meio de análise de conteúdo. Essa técnica foi utilizada para interpretação de dados qualitativos, visando à explicitação e sistematização do conteúdo das respostas, sendo elas verbais ou não. Da expressão desse conteúdo, foi possível efetuar deduções lógicas e justificadas (Bardin, 2016).

Após a aplicação das entrevistas junto aos sujeitos de pesquisa, os dados foram organizados para posterior análise. Já os dados numéricos foram organizados em gráficos, a fim de permitir a visualização dos resultados, enquanto as respostas dissertativas foram estruturadas em parágrafos, de modo a serem analisadas à luz da literatura pertinente à temática.

4. FINANCIAMENTO E GESTÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE NO DRS XV SÃO JOSÉ DO RIO PRETO: ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA

Com o objetivo de analisar a influência do Programa Previne no processo de gestão da Atenção Primária à Saúde (APS), no período de 2019 até 2023 – o primeiro ano de implantação do programa e 2023, o último ano com séries completas de dados –, a pesquisa buscou três tipos de informações, que foram analisadas e relatadas nesta seção. Como já detalhado na metodologia, inicialmente foram obtidos, analisados e apresentados os dados sobre a evolução dos sete indicadores para o período de 2019 a 2023, com o intuito de compará-los com a realidade, capacitação e percepção da equipe envolvida. Vale ressaltar que, conforme o Programa Previne, todo o pessoal envolvido, e não apenas o gestor, tem responsabilidades no preenchimento do e-SUS, ferramenta que gera os indicadores de saúde, os quais, por sua vez, definem o retorno financeiro para cada município. Portanto, a avaliação da gestão do financiamento implica considerar a atuação de toda a equipe gestora.

Em segundo lugar, foram aplicados questionários no Google Forms para todas as equipes envolvidas, seguidos de entrevistas semiestruturadas com uma amostra de gestores, que são os principais responsáveis pela gestão do sistema. A articulação entre essas informações visa revelar a complexidade da implementação do Programa Previne e seu impacto na prática cotidiana da APS em relação ao financiamento da saúde. Ao combinar os dados quantitativos dos indicadores com as percepções qualitativas dos profissionais de saúde, especialmente dos gestores, a pesquisa procurou identificar os desafios enfrentados e as oportunidades de melhoria no processo de gestão. Assim, a pesquisa teve como objetivo contribuir para uma compreensão mais aprofundada das dinâmicas internas das equipes de saúde e como elas se relacionam com as mudanças promovidas pelo programa, possibilitando, assim, reflexões que possam orientar futuras estratégias de gestão e financiamento na área da saúde.

O Departamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto é o maior do Estado de São Paulo, abrangendo 102 municípios e dividindo-se em sete Regiões de Saúde: Santa Fé, Jales, Fernandópolis, Votuporanga, Rio Preto, Catanduva e Bonifácio. Para garantir a significância da pesquisa, foram selecionadas a maior e a menor região de saúde: a Região de São José do Rio Preto, composta por 20 municípios, e a Região de Santa Fé do Sul, composta por 6 municípios. Para cada uma dessas regiões, foram selecionados aleatoriamente oito municípios, representando 30% do total: 6 municípios na maior região e 2 municípios na menor

região, como já justificado na metodologia. Esse universo empírico da pesquisa constituiu a base da amostra selecionada e dos dados levantados.

4.1 Os indicadores de financiamento da Atenção Primária à Saúde no Departamento Regional de Saúde (DRS XV) de São José do Rio Preto

Vale lembrar que os indicadores são variáveis que descrevem e monitoram a condição de saúde da população e atendem a critérios de disponibilidade, granularidade, periodicidade, baixo custo de obtenção, adaptabilidade, estabilidade, rastreabilidade e representatividade na obtenção das bases para os cálculos. Esses indicadores fazem parte do programa que financia a Atenção Primária à Saúde (APS) e são avaliados em áreas como o pré-natal, saúde da mulher, saúde da criança e doenças crônicas. Por intermédio do Programa Previne Brasil, o município e os gestores recebem as transferências financeiras do governo federal.

As informações apresentadas aqui estão relacionadas à evolução dos sete indicadores mencionados, que, após serem lançados no sistema pelo município, são consolidados em indicadores sintéticos finais. Os indicadores que compõem o Previne Brasil expressam dados quantitativos, sendo de fundamental importância descrevê-los para subsidiar o contexto de análise desta pesquisa. Eles são considerados essenciais pelo programa para medir e avaliar a eficácia das ações de APS. Para entender como esses indicadores se tornam resultados, é necessário referenciá-los em documentos e normas que definem e regulamentam o programa. As cinco fontes-chaves que fornecem as bases para a definição e interpretação dos indicadores do Previne Brasil são:

1. A Portaria nº 2.979/2019: Institui o Programa Previne Brasil e define as diretrizes para a organização, financiamento e avaliação das ações de Atenção Primária à Saúde no Brasil. Complementa a primeira portaria, detalhando as ações e os objetivos do Previne Brasil e como os indicadores devem ser aplicados e monitorados para garantir a qualidade da APS.
2. O Manual de Implementação do Previne Brasil: Fornece orientações detalhadas sobre a aplicação dos indicadores do programa, incluindo a forma como eles devem ser coletados, analisados e utilizados para melhorar a APS.
3. Relatórios e Guias Técnicos: Elaborados pelo Ministério da Saúde e outras entidades, esses documentos fornecem informações adicionais sobre a aplicação dos indicadores, métodos de avaliação e estratégias para a melhoria contínua.

4. O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB): Plataforma utilizada para a coleta e análise dos dados referentes ao Previne Brasil. Ele fornece os indicadores e as métricas necessárias para avaliar a eficácia dos serviços de APS.
5. Resoluções e Normas Técnicas: Emitidas por conselhos e associações profissionais, essas normas ajudam a contextualizar os indicadores do Previne Brasil em relação às melhores práticas e padrões de qualidade.

Ainda sobre a construção das tabelas dos indicadores de desempenho aqui apresentadas, cabe destacar que a pesquisa utilizou, como critério de avaliação, um sistema de cores para representar de forma mais visível o desempenho de cada município. Espera-se que a abordagem visual proposta ajude na compreensão da posição dos municípios frente às metas preconizadas pelo Programa Previne. As referências de avaliação são as seguintes:

1. **Meta Preconizada:** A meta preconizada é o padrão estabelecido pelo programa que os municípios devem alcançar em determinados indicadores de saúde.
2. **Desempenho dos Municípios:** Os municípios foram avaliados com base no cumprimento dessas metas, e o desempenho foi categorizado usando uma codificação de cores.
3. **Codificação de cores: Vermelho:** Municípios que estão abaixo das metas preconizadas. Estes municípios não atingiram os padrões esperados e necessitam de ações corretivas para melhorar seus indicadores de desempenho.

Verde: Municípios que estão na média ou acima das metas preconizadas. Estes municípios superaram ou atenderam às expectativas estabelecidas e estão em conformidade com os padrões de desempenho.

4.2 Os indicadores de desempenho do Programa Previne

Uma primeira apuração da pesquisa sobre a evolução dos sete indicadores de saúde para os anos de 2018 até 2023 mostra a imensa dificuldade ocorrida em todos os municípios, com o manejo e registro das informações, principalmente nos anos de 2018 e 2019, anos iniciais do Previne. As Tabelas de 1 a 7, pelas cores, evidenciam que, nos anos de 2018 e 2019, todos os indicadores estavam abaixo da meta preconizada, tendo sido absolutamente inadequados, com muitos preenchimentos zero, e, em consequência, o financiamento da saúde em todos os municípios foi bastante prejudicado. Esse aspecto foi amplamente estudado pela literatura sobre o tema, particularmente os trabalhos de Seta, Ocké-Reise e Ramos (2021) e Silva, Santos e

Oliveira (2020), que discutem a importância do registro adequado das informações para o acesso a recursos financeiros e a melhoria da qualidade do atendimento na Atenção Primária à Saúde. Esses estudos enfatizam que a falta de dados precisos não apenas compromete a avaliação do desempenho das equipes, mas também inviabiliza o planejamento de ações efetivas, resultando em um ciclo vicioso de subfinanciamento e serviços de saúde aquém do esperado.

A análise dos dados coletados pela pesquisa demonstra que, à medida que os anos avançam, há uma lenta, mas perceptível, melhora na qualidade dos registros, sugerindo que a capacitação contínua das equipes e a implementação de estratégias de monitoramento mais eficazes podem ter contribuído para essa evolução. No entanto, as disparidades regionais ainda persistem, indicando que as políticas de incentivo devem ser adaptadas para atender às particularidades de cada município.

Durante os anos da pandemia de Covid-19 (2020 e 2021), os indicadores ficaram bem abaixo das metas estabelecidas. Isso pode estar relacionado à determinação do governo federal de restituir integralmente os valores de financiamento aos municípios, o que, possivelmente, levou a falhas no preenchimento do e-SUS. No entanto, em 2022 e 2023, houve uma significativa melhoria em todos os indicadores. Essa melhoria ocorreu, em parte, porque os resultados dos indicadores de saúde propostos para fins de financiamento ainda não haviam sido totalmente considerados, enquanto a equipe passou a se atentar mais aos resultados desses indicadores, buscando formas de aprimorá-los. Embora ainda distantes das metas ideais previstas pelo programa PreVine, os dados indicam maior cuidado no preenchimento, especialmente nas sete categorias de indicadores. A análise específica de cada indicador demonstrou os esforços das equipes de gestão da saúde, tanto em nível regional quanto municipal, para melhorar a capacitação no preenchimento e manejo dos dados, com foco no aprimoramento do atendimento à APS.

4.2.1 Os sete indicadores para a Atenção Primária à saúde: significado e evolução

O indicador 1 refere-se à proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal. Segundo o programa, a APS tem como objetivo monitorar o número de gestantes que recebem as consultas e serviços necessários para garantir uma gestação saudável, além de indicar o acompanhamento de qualidade e identificar necessidades durante a gravidez. O indicador avalia a capacidade das equipes em captar e acompanhar gestantes, assegurando que

todas as consultas sejam oferecidas e agendadas adequadamente, evitando faltas e garantindo o atendimento contínuo. Esse cuidado reflete-se no manejo dos indicadores, uma vez que cada ação deve ser registrada no e-SUS. Dessa forma, a métrica também serve para medir a efetividade das ações realizadas, garantindo que os cuidados necessários sejam devidamente registrados e acompanhados ao longo da gestação (Tabela 1).

Tabela 1 - Indicador 1 - Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação.

Ano	Q	REGIÃO SANTA FÉ		REGIÃO RIO PRETO					
		Santa Clara D'Oeste	Santa Fé do Sul	Bálsamo	Nova Aliança	Nova Granada	Palestina	Paulo de Faria	Potirendaba
2018	Q1	0%	1%	23%	61%	12%	0%	0%	34%
	Q2	0%	1%	30%	28%	8%	0%	0%	45%
	Q3	0%	1%	39%	35%	8%	0%	0%	39%
2019	Q1	0%	1%	36%	11%	12%	0%	0%	44%
	Q2	0%	1%	43%	15%	0%	0%	0%	37%
	Q3	0%	1%	40%	28%	60%	0%	11%	38%
2020	Q1	0%	2%	44%	35%	18%	0%	28%	44%
	Q2	25%	4%	55%	60%	25%	0%	33%	31%
	Q3	58%	19%	38%	80%	21%	0%	82%	32%
2021	Q1	50%	17%	58%	57%	47%	18%	40%	36%
	Q2	85%	59%	55%	18%	44%	25%	18%	51%
	Q3	89%	75%	74%	72%	64%	56%	61%	49%
2022	Q1	80%	47%	68%	41%	54%	74%	70%	30%
	Q2	60%	58%	58%	42%	54%	55%	76%	45%
	Q3	20%	36%	74%	42%	58%	61%	67%	38%
2023	Q1	50%	56%	87%	48%	68%	56%	72%	72%
	Q2	50%	56%	73%	61%	73%	94%	71%	59%
	Q3	79%	48%	71%	76%	74%	40%	50%	36%

Nota: Q = corresponde a Quadrimestre

Fonte: Ranking Resultados Previne Brasil/2018, 2019, 2020, 2021, 2022 e 2023.

Assim, a Tabela 1 confirma as grandes dificuldades no manejo dos dados, que começaram a melhorar apenas no segundo trimestre de 2021, mas ainda estavam muito abaixo das metas estabelecidas, ou seja, menos de seis consultas pré-natal por gestante. Contudo, essa melhoria não ocorreu em todos os municípios. Santa Clara d'Oeste, Santa Fé do Sul, Paulo de Faria e Palestina continuaram apresentando os piores resultados persistentes. Bálsamo se destacou positivamente, enquanto Santa Fé do Sul e Palestina necessitam de mais atenção devido aos resultados insatisfatórios que persistem nesses municípios.

As evidências relacionadas a Santa Fé do Sul e Palestina incluem dificuldades com o manejo dos dados, a comparação com os melhores resultados, como o de Bálsamo, e o fato de que os indicadores de pré-natal ainda não atingem as metas estabelecidas, o que reforça a necessidade de maior atenção para esses municípios.

O indicador 2 refere-se à proporção de gestantes que realizaram exames para sífilis e HIV. Da mesma forma, a Tabela 2 revela a dramática situação de muitos municípios em relação a esse indicador. Realizar esses exames e acompanhar os resultados é crucial para interromper o ciclo de transmissão e garantir uma atenção eficaz, com terapias adequadas. É fundamental que a equipe de Atenção Primária organize e agende os exames necessários para as gestantes de forma oportuna e registre adequadamente os atendimentos realizados. Entre 2018 e o segundo quadrimestre de 2020, Palestina e Santa Clara D'Oeste enfrentaram problemas sérios com este indicador, enquanto outros municípios apresentaram variações na proporção de gestantes atendidas. Embora tenha ocorrido alguma melhora para alguns municípios após 2022, os resultados ainda são bastante fracos para muitos, revelando a falta de cuidado com a temática do indicador.

Tabela 2 - Indicador 2 - Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.

Ano	Q	REGIÃO SANTA FÉ		REGIÃO RIO PRETO					
		Santa Clara D'Oeste	Santa Fé do Sul	Bálsamo	Nova Aliança	Nova Granada	Palestina	Paulo de Faria	Potirendaba
2018	Q1	0%	17%	23%	22%	16%	0%	0%	34%
	Q2	0%	30%	30%	22%	12%	0%	7%	45%
	Q3	0%	34%	39%	43%	12%	0%	0%	39%
2019	Q1	0%	71%	36%	11%	20%	0%	7%	44%
	Q2	0%	70%	43%	15%	36%	7%	43%	37%
	Q3	0%	59%	40%	11%	32%	0%	44%	38%
2020	Q1	0%	48%	44%	4%	24%	0%	39%	44%
	Q2	57%	32%	55%	20%	17%	0%	22%	31%
	Q3	25%	38%	38%	13%	9%	4%	39%	32%
2021	Q1	50%	63%	58%	14%	15%	2%	23%	36%
	Q2	33%	90%	55%	15%	42%	23%	15%	51%
	Q3	89%	75%	74%	21%	59%	47%	72%	49%
2022	Q1	93%	57%	36%	31%	46%	74%	95%	13%
	Q2	80%	72%	55%	42%	54%	52%	84%	19%
	Q3	30%	41%	81%	52%	84%	81%	94%	14%
2023	Q1	30%	60%	92%	42%	77%	66%	92%	41%
	Q2	50%	55%	92%	52%	77%	85%	100%	27%
	Q3	100%	35%	74%	86%	95%	34%	30%	42%

Nota: Q = corresponde a Quadrimestre

Fonte: Ranking Resultados Previne Brasil/2018, 2019, 2020, 2021, 2022 e 2023.

O indicador 3 relata a evolução na proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado (Tabela 3). Esse dado está relacionado especificamente à saúde bucal da mulher durante o período gestacional, uma vez que, nesse período, ela pode desenvolver problemas bucais que podem induzir ao parto prematuro ou prejudicar a saúde do bebê, como, por exemplo, a falta de higiene bucal em ambos. Se o indicador estiver abaixo da meta, a equipe

de Atenção Primária deve garantir cuidados odontológicos adequados e coordenar esses cuidados com a equipe de Saúde da Família, que inclui os profissionais de odontologia.

Tabela 3 - Indicador 3 - Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado.

Ano	Q	REGIÃO SANTA FÉ		REGIÃO RIO PRETO					
		Santa Clara D'Oeste	Santa Fé do Sul	Bálsamo	Nova Aliança	Nova Granada	Palestina	Paulo de Faria	Potirendaba
2018	Q1	0%	4%	23%	56%	0%	0%	0%	34%
	Q2	0%	10%	23%	33%	12%	0%	0%	45%
	Q3	0%	8%	39%	61%	8%	0%	0%	39%
2019	Q1	0%	41%	36%	39%	0%	0%	21%	44%
	Q2	0%	30%	43%	25%	20%	0%	43%	37%
	Q3	0%	41%	40%	22%	20%	0%	50%	38%
2020	Q1	0%	31%	44%	26%	16%	0%	44%	44%
	Q2	86%	24%	55%	40%	0%	0%	56%	31%
	Q3	25%	14%	38%	26%	2%	4%	47%	32%
2021	Q1	75%	25%	58%	14%	15%	2%	23%	36%
	Q2	83%	31%	55%	15%	42%	23%	15%	51%
	Q3	89%	97%	74%	72%	14%	56%	67%	49%
2022	Q1	67%	58%	36%	38%	31%	93%	70%	19%
	Q2	90%	74%	61%	45%	62%	58%	76%	13%
	Q3	50%	46%	87%	48%	66%	84%	78%	31%
2023	Q1	40%	60%	89%	48%	32%	69%	84%	64%
	Q2	50%	45%	73%	61%	62%	94%	81%	48%
	Q3	83%	48%	50%	90%	95%	40%	60%	52%

Nota: Q = corresponde a Quadrimestre

Fonte: Ranking Resultados Previne Brasil/2018, 2019, 2020, 2021, 2022 e 2023.

A equipe de Saúde da Família e os gestores devem garantir que todas as gestantes recebam atendimento especial, pois os resultados dos indicadores mostram deficiências na eficiência desse cuidado. Bálsamo se destacou positivamente, enquanto Nova Granada necessita de mais atenção. No caso do indicador 3, Bálsamo, Potirendaba e Nova Aliança apresentam os melhores desempenhos, enquanto Santa Fé do Sul e Nova Granada têm desempenhos razoáveis. Santa Clara D'Oeste, Palestina e Paulo de Faria não pontuaram até os períodos mencionados.

Ao analisar a distribuição dos cadastros entre os municípios, observamos que a Região de Saúde Rio Preto representa 58,2% do total geral de cadastros. Os municípios de Potirendaba (18,25%), Nova Granada (13,65%) e Palestina (11,27%) são responsáveis pela maior parte dos cadastros dessa região. Já a Região de Saúde Santa Fé concentra 36,5% do total geral, com Santa Fé do Sul sendo o município predominante, com 33,89% dos cadastros. Santa Clara D'Oeste, com 2,58%, tem uma contribuição mais modesta, mas ainda assim soma para o total da região. Esses dados evidenciam que a Região Rio Preto possui uma quantidade significativamente maior de cadastros em comparação com a Região Santa Fé. Na Região Rio

Preto, os municípios de maior porte, como Potirendaba e Nova Granada, têm uma participação expressiva. Em contrapartida, na Região Santa Fé, Santa Fé do Sul lidera os números, mas a região, como um todo, tem um impacto menor no total geral de cadastros.

O indicador 4 mostra a proporção de mulheres com coleta do exame citopatológico (Papanicolau) na APS (Tabela 4). Esse indicador é essencial para revelar o cuidado com a prevenção do câncer cérvico-uterino. Também evidencia a importância da busca ativa das equipes de saúde para garantir que todas as mulheres em idade fértil realizem o exame, especialmente aquelas que não frequentam regularmente as unidades de saúde. Os indicadores são muito negativos para todos os municípios analisados. Os piores resultados são de Santa Clara d'Oeste, que não obteve pontuação até o primeiro quadrimestre de 2020. Santa Fé do Sul, Nova Granada, Palestina e Paulo de Faria apresentam resultados intermediários, enquanto Bálsamo, Nova Aliança e Potirendaba têm as melhores médias.

Tabela 4 - Indicador 4 - Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS.

Ano	Q	REGIÃO SANTA FÉ		REGIÃO RIO PRETO					
		Santa Clara D'Oeste	Santa Fé do Sul	Bálsamo	Nova Aliança	Nova Granada	Palestina	Paulo de Faria	Potirendaba
2018	Q1	0%	11%	23%	45%	29%	23%	12%	34%
	Q2	0%	12%	30%	33%	32%	24%	15%	45%
	Q3	0%	14%	39%	45%	32%	24%	24%	39%
2019	Q1	0%	14%	36%	40%	33%	28%	48%	44%
	Q2	0%	13%	43%	33%	38%	30%	46%	37%
	Q3	0%	13%	40%	34%	56%	30%	36%	38%
2020	Q1	0%	12%	44%	42%	42%	30%	40%	44%
	Q2	22%	9%	55%	5%	1%	9%	8%	31%
	Q3	23%	9%	38%	7%	14%	5%	10%	32%
2021	Q1	28%	11%	58%	10%	11%	8%	10%	36%
	Q2	29%	12%	55%	10%	12%	9%	10%	51%
	Q3	89%	75%	74%	14%	20%	16%	13%	49%
2022	Q1	36%	16%	25%	18%	23%	20%	16%	12%
	Q2	44%	20%	27%	24%	24%	27%	20%	14%
	Q3	52%	23%	28%	26%	26%	33%	24%	14%
2023	Q1	55%	25%	26%	27%	28%	35%	25%	15%
	Q2	59%	28%	28%	32%	29%	44%	28%	17%
	Q3	29%	33%	31%	47%	30%	18%	59%	31%

Nota: Q = corresponde a Quadrimestre

Fonte: Ranking Resultados Previne Brasil/2018, 2019, 2020, 2021, 2022 e 2023.

Para que o indicador melhore, é necessário que a gestão e as equipes ampliem consideravelmente o controle e a quantidade de exames realizados, garantindo que todos os grupos de mulheres recebam o atendimento necessário, evitando repetir exames nas mesmas mulheres e negligenciar outras. Este é o pior resultado de toda a região. A análise aponta que,

tanto o gestor quanto a equipe APS, não estão adotando as medidas necessárias para garantir que todas as mulheres sejam encaminhadas para o exame.

O indicador 5, apresentado na Tabela 5, avalia a proporção de crianças de 1 ano vacinadas na APS contra doenças como Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções por *Haemophilus influenzae* tipo b e Poliomielite inativada. Este indicador evoluiu de forma mais adequada em quase todos os municípios da região, indicando que a situação da vacinação tem melhorado, o que é essencial para prevenir epidemias de doenças que estavam eliminadas.

Tabela 5 - Indicador 5 - Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche e Hepatite B.

Ano	Q	REGIÃO SANTA FÉ		REGIÃO RIO PRETO					
		Santa Clara D'Oeste	Santa Fé do Sul	Bálsamo	Nova Aliança	Nova Granada	Palestina	Paulo de Faria	Potirendaba
2018	Q1	0%	69%	23%	45%	29%	23%	12%	34%
	Q2	0%	72%	30%	33%	32%	24%	15%	45%
	Q3	0%	75%	39%	45%	32%	24%	24%	39%
2019	Q1	0%	79%	36%	40%	33%	28%	48%	44%
	Q2	0%	64%	43%	33%	38%	30%	46%	37%
	Q3	0%	48%	40%	34%	56%	30%	36%	38%
2020	Q1	0%	51%	44%	42%	42%	30%	40%	44%
	Q2	40%	17%	55%	72%	100%	100%	0%	31%
	Q3	56%	91%	38%	51%	100%	100%	18%	32%
2021	Q1	33%	88%	58%	40%	35%	18%	40%	36%
	Q2	31%	76%	55%	18%	44%	25%	18%	51%
	Q3	89%	75%	74%	17%	28%	28%	23%	50%
2022	Q1	100%	56%	86%	69%	94%	92%	97%	87%
	Q2	80%	54%	97%	93%	94%	94%	93%	88%
	Q3	100%	43%	96%	89%	80%	89%	90%	90%
2023	Q1	100%	50%	92%	100%	94%	94%	96%	94%
	Q2	80%	46%	100%	74%	95%	84%	96%	96%
	Q3	100%	58%	84%	100%	100%	96%	60%	37%

Nota: Q = corresponde a Quadrimestre

Fonte: Ranking Resultados Previne Brasil/2018, 2019, 2020, 2021, 2022 e 2023.

Os indicadores revelam uma significativa melhora a partir do primeiro quadrimestre de 2022. Nesse contexto, destaca-se a importância de tratar a vacinação como uma rotina, com cobertura vacinal de 90% ou mais, para enfrentar e combater surtos. Vale ressaltar que, em relação à vacinação, existem diversas campanhas nacionais que exigem a vacinação das crianças. Dessa forma, a melhora deste indicador pode estar mais relacionada às campanhas do que ao esforço de gestão e à busca ativa das equipes. Além disso, a sensibilização da população continua sendo um fator crucial para o sucesso da estratégia.

O indicador 6, apresentado na Tabela 6, mede a proporção de pessoas com hipertensão e refere-se às consultas para a prevenção com aferição da pressão arterial nos semestres. A evolução do indicador revela que, após 2022, poucos municípios apresentaram melhorias significativas no cuidado básico da Atenção Primária. Destaca-se que a hipertensão é uma condição crucial devido à sua alta prevalência no Brasil, agravada pelo impacto da pandemia de COVID-19 e por hábitos de vida inadequados. O indicador mostra que a Equipe de Atenção Primária e os gestores não estão suficientemente atentos ao monitoramento contínuo da pressão arterial de pacientes hipertensos, nem à promoção da frequência nas consultas. Além disso, é importante ressaltar que os gestores precisam reforçar a importância do acompanhamento regular e incentivar a população a se comprometer com a continuidade do tratamento, garantindo que não faltem às consultas. A análise dos resultados do indicador demonstra que, ao longo do período considerado, os índices permanecem abaixo da meta sugerida pelo programa, com poucos resultados satisfatórios.

Tabela 6 - Indicador 6 - Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre.

Ano	Q	REGIÃO SANTA FÉ		REGIÃO RIO PRETO					
		Santa Clara D'Oeste	Santa Fé do Sul	Bálsamo	Nova Aliança	Nova Granada	Palestina	Paulo de Faria	Potirendaba
2018	Q1	0%	1%	23%	45%	29%	23%	12%	34%
	Q2	0%	4%	30%	33%	32%	24%	15%	45%
	Q3	0%	4%	39%	45%	32%	24%	24%	39%
2019	Q1	0%	2%	36%	40%	33%	28%	48%	44%
	Q2	0%	3%	43%	33%	38%	30%	46%	37%
	Q3	0%	3%	40%	34%	56%	30%	36%	38%
2020	Q1	0%	3%	44%	42%	42%	30%	40%	44%
	Q2	26%	3%	55%	35%	0%	9%	16%	31%
	Q3	23%	5%	38%	29%	6%	1%	14%	32%
2021	Q1	33%	10%	58%	18%	10%	9%	10%	36%
	Q2	37%	20%	55%	25%	15%	11%	19%	51%
	Q3	89%	75%	74%	50%	17%	17%	28%	49%
2022	Q1	42%	30%	25%	31%	26%	53%	35%	11%
	Q2	41%	39%	25%	48%	28%	61%	43%	13%
	Q3	39%	37%	31%	49%	31%	54%	47%	20%
2023	Q1	36%	24%	28%	43%	31%	48%	50%	23%
	Q2	55%	16%	41%	51%	22%	52%	48%	24%
	Q3	46%	49%	34%	58%	57%	27%	55%	15%

Nota: Q = corresponde a Quadrimestre

Fonte: Ranking Resultados Previne Brasil/2018, 2019, 2020, 2021, 2022 e 2023.

O indicador 7, descrito na Tabela 7, mede a proporção de pessoas com diabetes mellitus que tiveram consultas e para as quais foi solicitado o exame de hemoglobina glicada

no semestre. O *diabetes mellitus* é um transtorno metabólico comum no Brasil e um fator de risco significativo para complicações cardiovasculares.

Tabela 7- Indicador 7 - Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.

Ano	Q	REGIÃO SANTA FÉ		REGIÃO RIO PRETO					
		Santa Clara D'Oeste	Santa Fé do Sul	Bálsamo	Nova Aliança	Nova Granada	Palestina	Paulo de Faria	Potirendaba
2018	Q1	0%	1%	23%	45%	29%	23%	12%	34%
	Q2	0%	2%	30%	33%	32%	24%	15%	45%
	Q3	0%	3%	39%	45%	32%	24%	24%	39%
2019	Q1	0%	3%	36%	40%	33%	28%	48%	44%
	Q2	0%	2%	43%	33%	38%	30%	46%	37%
	Q3	0%	3%	40%	34%	56%	30%	36%	38%
2020	Q1	0%	2%	44%	42%	42%	30%	40%	44%
	Q2	40%	2%	55%	45%	2%	1%	14%	31%
	Q3	56%	0%	38%	11%	21%	0%	22%	32%
2021	Q1	33%	0%	58%	40%	10%	11%	13%	36%
	Q2	31%	14%	55%	48%	25%	19%	29%	51%
	Q3	89%	75%	74%	56%	31%	21%	34%	49%
2022	Q1	21%	10%	21%	12%	18%	24%	29%	8%
	Q2	33%	60%	28%	46%	21%	55%	43%	10%
	Q3	41%	56%	36%	43%	28%	51%	40%	16%
2023	Q1	40%	14%	29%	25%	25%	55%	45%	16%
	Q2	70%	23%	56%	39%	14%	57%	41%	15%
	Q3	54%	40%	28%	52%	50%	20%	54%	15%

Nota: Q = corresponde a Quadrimestre

Fonte: Ranking Resultados Previne Brasil/2018, 2019, 2020, 2021, 2022 e 2023.

Igualmente ao indicador anterior, no que se refere ao cuidado com o *diabetes mellitus*, há muitos municípios na região que estão muito abaixo das metas preconizadas. Este indicador destaca a importância da solicitação do exame de hemoglobina glicada pelos profissionais de saúde para complementar a análise da glicose e monitorar adequadamente o *diabetes mellitus*. O indicador revela que tanto a Equipe de Atenção Primária quanto a gestão precisam melhorar suas ações para otimizar este indicador. Bálsamo foi o município com os melhores resultados, enquanto Santa Fé do Sul e Santa Clara d'Oeste necessitam de mais atenção.

Como foi apurado, em quase todos os municípios analisados, a situação dos indicadores de saúde da APS é bastante desigual para o conjunto de municípios representativos da região. Contudo, houve pequena melhora a partir de 2022. O próximo passo é verificar como esses indicadores se expressam em uma síntese final e refletem sobre o percentual de financiamento da saúde na região.

4.2.2 Indicador sintético final

O ISF do Previne Brasil é uma nota que consolida a avaliação do desempenho das eSF e de eAP. O ISF é calculado a partir de sete indicadores apresentados anteriormente, que incluem ações como Saúde da Mulher, Saúde Bucal, Pré-Natal, Saúde da Criança e Doenças Crônicas. Os indicadores são calculados com base nos dados registrados no Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (Sisab) e são monitorados a cada quadrimestre. O ISF varia de 0 a 10 e determina o valor do incentivo financeiro a ser transferido ao município para os quatro meses subsequentes. Assim, este indicador agrega dados de desempenho dos municípios para determinar a porcentagem do incentivo financeiro que cada um recebe. Ele também é uma medida global da qualidade e eficácia dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). Reflete se os municípios melhoraram, ou não, ao longo do tempo, especificamente desde o primeiro quadrimestre de 2018 até o terceiro quadrimestre de 2023.

No Previne Brasil, o Indicador Sintético Final avalia a performance geral das equipes de APS com base em múltiplos critérios, como cobertura de serviços, qualidade do atendimento e gestão de condições crônicas. Seu objetivo é fornecer uma visão integrada da eficácia das práticas de saúde e promover melhorias na qualidade dos serviços.

Contudo, se o desempenho não estiver dentro das métricas propostas, o retorno financeiro para os municípios tende a cair em três aspectos: 1) Se houver índices abaixo das metas, pode ocorrer redução dos recursos financeiros, afetando a capacidade de oferecer serviços adequados; 2) Os desempenhos insatisfatórios resultam em menores incentivos financeiros, limitando investimentos em melhorias e infraestrutura de saúde; 3) Municípios com resultados negativos enfrentam pressão para melhorar seus indicadores, a fim de garantir o acesso a recursos financeiros necessários para aprimorar os serviços.

Para as duas regiões analisadas, a pesquisa apurou que os indicadores sintéticos seguiram o mesmo padrão dos sete indicadores analisados anteriormente. Ou seja, de um modo geral, todos os municípios tiveram desempenho muito insatisfatório nos anos de 2018 e 2019, depois melhoraram, mas poucos chegaram mais perto de uma situação ótima. Contudo, vale uma análise mais detalhada dos indicadores sintéticos para as regiões.

A Tabela 8 mostra o indicador sintético final, que indica que os municípios da região de São José do Rio Preto apresentaram melhoras em seu desempenho ao longo do tempo, principalmente a partir de 2021, mas não foi geral. Alguns municípios, como Mirassol, Mirassolândia e Uchoa, apresentam resultados ruins em vários dos quadrimestres considerados.

Analisando-se a tabela como um todo, observa-se que 50% dos municípios têm ou tiveram muitas dificuldades com o preenchimento dos indicadores, decorrentes tanto de dificuldades no preenchimento quanto de atendimento inadequado, o que reforça a necessidade urgente de captação adequada dos dados e de um acompanhamento mais eficaz.

No caso da região de São José do Rio Preto, observa-se grande número de municípios cujos índices apresentam resultados inferiores a 38,0%, considerado desempenho insatisfatório, pois a totalidade de recursos financeiros que o município deve receber mensalmente está diretamente relacionada com as ações e serviços de saúde que cada município executa e cadastra no e-SUS. Contudo, mais de 50% são identificados como obtendo bons resultados, sendo que alguns municípios apresentaram resultados com índices iguais ou superiores a 95%, o que indica avaliação excelente. Em todo o período de análise, vale destacar que o município de Orindiúva sempre esteve com índices muito bem avaliados, pois seus resultados nunca ficaram abaixo da média no período de análise deste trabalho. Em contrapartida, o município de Mirassol apresentou índices muito ruins em comparação com os parâmetros descritos acima, levando à compreensão de que este município não possui incentivo para a execução de ações e serviços na AP financiados pelo Governo Federal.

É importante destacar que somente a partir do 2º quadrimestre de 2021, com o fim da pandemia de COVID-19, os municípios começaram a reagir e melhorar seus indicadores. Tais indicadores só se tornaram mais satisfatórios no primeiro e segundo quadrimestre do ano de 2023, sendo detalhados os melhores resultados para os municípios da Região de Saúde de São José do Rio Preto. No caso da Região de Saúde de Santa Fé do Sul, a Tabela 9 mostra uma situação igualmente difícil até o segundo quadrimestre de 2022.

Os indicadores com resultados inferiores ao preconizado como ideal só não interferiram no recebimento dos recursos oriundos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, no que se refere à Atenção Primária, devido à flexibilidade propiciada pela pandemia de COVID-19, que isentou os municípios de serem analisados criteriosamente nesse indicador.

Os dados apresentados na Tabela 10 mostram dados conjuntos para os municípios da Região de Saúde Santa Fé e Rio Preto sorteados/selecionados para a pesquisa. Esses dados apresentam a mesma preocupante situação. Desde 2018 até o primeiro quadrimestre de 2021, os resultados foram baixos, indicando dificuldades na gestão. No entanto, a partir do segundo quadrimestre de 2021, os índices começaram a melhorar, com destaque para os dois quadrimestres de 2023. Esses dados mostram que a gestão de saúde nos municípios teve dificuldades em entender como o programa funciona e não priorizou a necessidade de registrar

atendimentos e serviços de saúde. Esses registros são essenciais para garantir o recebimento dos recursos financeiros que atendem às necessidades de saúde da população.

A análise dos dados dessas duas regiões de saúde sugere que os problemas financeiros estão ligados a falhas na gestão dos municípios, em diferentes graus. Após revisar todos os indicadores, ficou claro que há uma grande falta de atenção por parte da gestão e das Equipes de Atenção Primária. Isso justifica a importância da pesquisa sobre o tema

Tabela 8 - R. S. Rio Preto - Indicador Sintético final - % do incentivo financeiro.

ANO/QUADRIMESTRE	2018			2019			2020			2021			2022			2023		
MUNICÍPIOS	1Q	2Q	3Q	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3
Bady Bassit	41%	38%	42%	41%	36%	38%	47%	34%	41%	52%	63%	81%	76%	77%	34%	87%	85%	85%
Bálsamo	23%	30%	39%	36%	44%	40%	45%	55%	39%	58%	55%	74%	67%	81%	56%	96%	97%	97%
Cedral	9%	12%	9%	17%	14%	22%	25%	39%	21%	20%	24%	44%	37%	0%	28%	84%	86%	75%
Guapiaçu	37%	38%	36%	45%	58%	55%	0%	61%	54%	63%	79%	97%	84%	94%	50%	98%	96%	94%
Ibirá	53%	62%	55%	56%	67%	73%	68%	85%	80%	83%	88%	92%	82%	88%	66%	98%	99%	98%
Icém	33%	37%	44%	45%	40%	37%	10%	50%	545%	55%	84%	88%	78%	84%	53%	84%	99%	100%
Ipiguá	0%	20%	14%	31%	35%	26%	37%	45%	46%	61%	87%	84%	84%	90%	57%	97%	96%	97%
Mirassol	0%	0%	47%	62%	53%	45%	50%	59%	55%	0%	55%	52%	0%	0%	0%	0%	0%	99%
Mirassolândia	18%	34%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	43%	0%	0%	59%	81%	66%	100%	99%	100%
Neves Paulista	20%	20%	20%	20%	20%	20%	19%	20%	21%	20%	21%	23%	37%	29%	17%	73%	75%	85%
Nova Aliança	46%	33%	46%	40%	34%	35%	43%	51%	52%	63%	82%	87%	61%	85%	47%	90%	92%	82%
Nova Granada	29%	32%	32%	33%	39%	57%	42%	40%	43%	40%	41%	55%	67%	80%	45%	87%	97%	92%
Onda Verde	45%	40%	35%	32%	38%	38%	41%	60%	49%	64%	76%	75%	66%	74%	44%	77%	93%	98%
Orindiúva	75%	78%	71%	79%	77%	70%	81%	79%	80%	70%	92%	96%	93%	98%	62%	100%	100%	97%
Palestina	23%	25%	24%	28%	31%	31%	30%	31%	25%	24%	48%	77%	89%	94%	66%	99%	98%	97%
Paulo de Faria	12%	15%	24%	49%	46%	36%	40%	44%	61%	60%	63%	81%	84%	90%	60%	96%	97%	97%
Potirendaba	35%	46%	40%	44%	38%	38%	44%	31%	32%	36%	51%	49%	42%	46%	20%	90%	85%	82%
São José Do Rio Preto	39%	35%	31%	33%	26%	36%	35%	35%	33%	32%	34%	34%	22%	25%	56%	66%	92%	96%
Tanabi	22%	22%	23%	18%	19%	30%	35%	36%	40%	31%	52%	48%	51%	53%	22%	77%	86%	73%
Uchoa	33%	46%	48%	55%	56%	54%	48%	52%	49%	52%	74%	77%	54%	72%	42%	95%	91%	97%

Nota: Q = corresponde a Quadrimestre

Fonte: Ranking Resultados Previne Brasil/2018, 2019, 2020, 2021, 2022 e 2023.

Tabela 9 - R.S. Santa Fé: Indicador Sintético final - % do incentivo financeiro.

Ano	Q	Nova Canaã Paulista	Rubinéia	Santa Clara D'Oeste	Santa Fé do Sul	Santa Rita D'Oeste	Três Fronteiras
2018	Q1	37%	37%	30%	23%	28%	18%
	Q2	48%	45%	33%	29%	18%	22%
	Q3	46%	39%	34%	30%	29%	15%
2019	Q1	21%	53%	56%	42%	36%	22%
	Q2	36%	54%	50%	42%	39%	19%
	Q3	60%	59%	57%	35%	37%	23%
2020	Q1	41%	49%	37%	32%	46%	25%
	Q2	55%	38%	56%	18%	32%	3%
	Q3	40%	55%	49%	42%	28%	25%
2021	Q1	42%	65%	74%	48%	28%	29%
	Q2	66%	80%	85%	74%	42%	52%
	Q3	80%	93%	90%	75%	31%	73%
2022	Q1	75%	84%	9%	7%	3%	8%
	Q2	69%	78%	90%	82%	60%	81%
	Q3	79%	89%	80%	70%	49%	76%
2023	Q1	97%	98%	88%	87%	76%	91%
	Q2	100%	100%	91%	81%	100%	100%
	Q3	97%	92%	88%	78%	92%	95%

Nota: Q = corresponde a Quadrimestre

Fonte: Ranking Resultados Previne Brasil/2018, 2019, 2020, 2021, 2022 e 2023.

Tabela 10 - Indicador Sintético final - % do incentivo financeiro - por município da amostra.

Ano	Q	REGIÃO SAÚDE RIO PRETO						REGIÃO SAÚDE SANTA FÉ	
		Bálsamo	Nova Aliança	Nova Granada	Palestina	Paulo de Faria	Potirendaba	Santa Clara D'Oeste	Santa Fé do Sul
2018	Q1	23%	46%	29%	23%	12%	35%	30%	23%
	Q2	30%	33%	33%	25%	15%	46%	33%	29%
	Q3	39%	46%	32%	24%	25%	40%	34%	30%
2019	Q1	36%	40%	33%	28%	49%	44%	56%	42%
	Q2	44%	33%	39%	31%	46%	38%	50%	42%
	Q3	40%	35%	57%	31%	36%	38%	57%	35%
2020	Q1	45%	43%	42%	30%	40%	44%	37%	32%
	Q2	55%	51%	40%	31%	44%	31%	56%	18%
	Q3	38%	52%	43%	25%	61%	32%	49%	42%
2021	Q1	58%	63%	40%	24%	60%	36%	74%	48%
	Q2	55%	82%	41%	48%	63%	51%	85%	74%
	Q3	74%	87%	55%	77%	81%	49%	90%	75%
2022	Q1	67%	61%	67%	89%	84%	42%	9%	7%
	Q2	81%	85%	80%	94%	90%	46%	90%	82%
	Q3	56%	47%	45%	66%	60%	20%	80%	70%
2023	Q1	96%	90%	87%	98%	96%	90%	88%	87%
	Q2	97%	92%	97%	98%	97%	85%	91%	81%
	Q3	97%	82%	92%	97%	97%	82%	88%	78%

Nota: Q = corresponde a Quadrimestre

Fonte: Ranking Resultados Previne Brasil/2018, 2019, 2020, 2021, 2022 e 2023.

Para esclarecer essa questão, além dos dados sobre a evolução dos indicadores do Sistema e-Gestor AB (SISAB) nos municípios selecionados, foram aplicados outros dois

instrumentos de coleta de dados que analisam a atuação dos gestores e das equipes de gestão, conforme será detalhado a seguir.

4.3 Caracterização geral, perfil e percepção dos gestores e do pessoal envolvido com a implementação do Programa PREVINE

Quem são os gestores, qual o perfil do pessoal envolvido na gestão, qual o grau de adesão com a gestão da Atenção Primária à Saúde? Quem são os sujeitos sociais envolvidos na gestão e que manejaram as informações que formaram os indicadores acima analisados? A pesquisa buscou responder essas questões, a partir do nível de envolvimento com o programa, da formação do pessoal para atuação no mesmo, e, principalmente, no seu conhecimento sobre o manejo e implementação de informações necessárias à construção dos indicadores específicos, responsáveis pelo retorno financeiro aos municípios.

O questionário *google docs*, aplicado em 218 sujeitos selecionados como amostra, foi respondido por 79%, compreendendo um total de 172 participantes, contemplando a presença de gestores municipais, médicos, enfermeiros, e Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Ao mencionar que os ACS não têm a responsabilidade de registrar dados clínicos, isso ajuda a justificar a limitação, pois eles podem não ter a visão completa sobre como os indicadores de saúde são preenchidos, monitorados ou analisados, apresentados no Quadro 7.

Quadro 7 - Caracterização da quantidade de respostas ao questionário por município

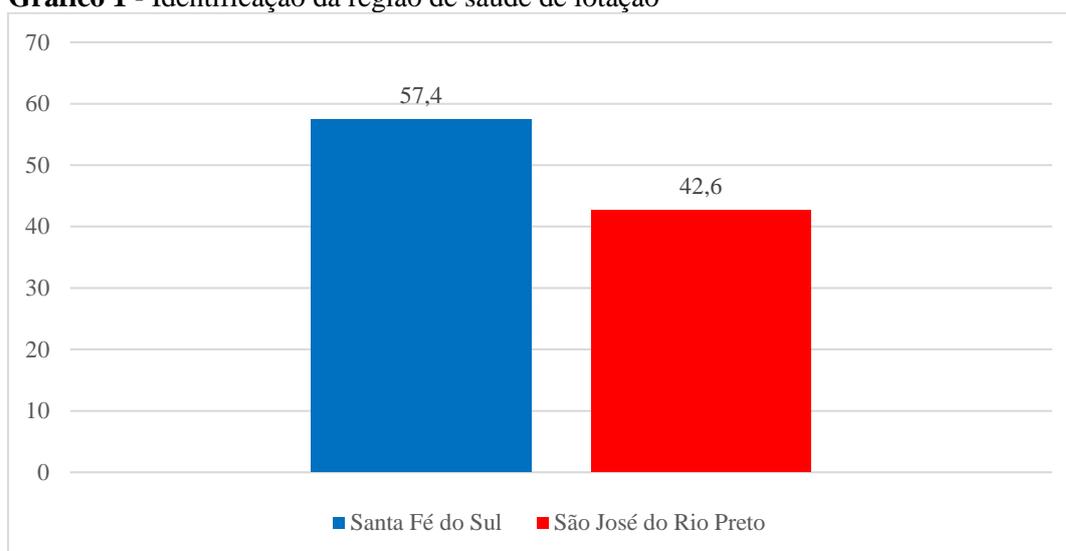
Região de Saúde	Municípios Sorteados	Total de Unidades de Saúde	Total de Gestor Municipal	Total de Médicos ESF	Total de Médicos GO	Total de CD	Total de Enfermeiros	Total de ACS	Total de Respostas
RIO PRETO	Bálsamo	03	01	02	01	02	01	12	19
	Nova Aliança	01	01	01	01	01	01	5	10
	Nova Granada	02	01	01	01	01	01	8	13
	Palestina	02	01	01	01	01	01	9	14
	Paulo de Faria	01	01	01	01	01	01	05	10
	Potirendaba	03	01	02	01	02	02	14	22
SANTA FÉ	Santa Clara D'Oeste	01	01	01	01	01	01	06	11
	Santa Fé do Sul	09	01	08	01	05	09	49	73
TOTAL GERAL		22	08	17	08	14	17	108	172

Nota: ESF = Estratégia Saúde da Família; GO = Ginecologista Obstetras; CD = Cirurgiões Dentistas; ACS = Agentes Comunitários de Saúde.

Fonte: Elaboração própria (2024).

Considerando as categorias profissionais, aderiram à pesquisa: 60,6% de ACS, 13,5% de enfermeiros, 10,3% de médicos ESF, 8,4% de cirurgiões dentistas e 7,1% de médicos G.O. O município de Santa Fé do Sul responde por 33,5% dos respondentes, enquanto Bálamo, Potirendaba, Nova Aliança e Palestina foram responsáveis por 14,2%, 13,5%, 10,3% e 9,7%, respectivamente. O questionário teve maior adesão do pessoal lotado na Região de São José do Rio Preto (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Identificação da região de saúde de lotação



Fonte: Elaboração própria (2024).

A maior parte dos respondentes avalia o programa como positivo, mencionando melhorias como: maior qualidade no atendimento e maior execução. Contudo, para 30% dos respondentes, existem diversos desafios à gestão do programa e à construção dos indicadores, que surgem com a análise mais detalhada da percepção e atuação dos “atores sociais” envolvidos. O entendimento sobre o Programa Previne Brasil, tanto pelo gestor municipal quanto pelos demais sujeitos da pesquisa (médicos, ginecologistas e obstetras, cirurgiões dentistas, enfermeiros e agentes comunitários de saúde), é o mesmo. Igualmente, todos dizem conhecer seus papéis e entender que se trata de um programa do Ministério da Saúde brasileiro, focado na APS, cujo objetivo principal é melhorar a qualidade dos serviços de saúde por meio de uma estratégia de atenção integral e promoção da saúde. Essa percepção inclui aspectos como organização dos serviços, financiamento e indicadores de desempenho. A maior parte dos respondentes (médicos, enfermeiros, dentistas e agentes) sempre atuou no setor. Quanto aos oito gestores, três têm experiência de mais de um mandato, mas, como se confirmou nas entrevistas posteriores com os gestores, muitos não têm experiência prévia, sendo que alguns afirmaram não conhecer “detalhes da implementação do programa”. A percepção da maioria é

que o programa demanda modificações para ganhar em eficiência e maximizar os resultados positivos. Destaca-se o papel dos ACS, para os quais o Previner espera um papel relevante para melhorar a qualidade da APS, ampliar os incentivos baseados em resultados e fortalecer a capacidade das equipes de saúde. Para os ACS respondentes da pesquisa, o programa está associado principalmente às práticas de prevenção e promoção da saúde, ao engajamento comunitário e à integração com os serviços de saúde.

Destaca-se que o número de ACS na pesquisa é maior em relação aos demais profissionais, que estão em menor número. Contudo, os cálculos percentuais de representatividade de cada segmento foram ponderados para evitar viés na interpretação dos mesmos. A presença desses profissionais é fundamental, pois são eles que estão em contato mais direto com a população e desempenham papel importante na formação e ampliação do cadastro dos usuários, ferramenta essencial para o funcionamento do sistema SUS. A maior quantidade de ACS é necessária para uma cobertura mais ampla e eficaz das necessidades de saúde da comunidade, proporcionando um contato mais próximo e frequente com os pacientes e contribuindo para a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de saúde. Nem todos os respondentes da pesquisa conhecem exatamente o seu papel no programa; estão mais ligados às suas tarefas específicas. Por essa razão, suas respostas foram bastante dispare, em relação às questões, tais como: formação e infraestrutura para a realização de suas tarefas, capacitação e tempo para o preenchimento do e-SUS, revelando a existência de muitas dificuldades.

Os ACS têm uma percepção de seu papel ativo na construção e expansão do Cadastro, dado que, através de visitas domiciliares, captam as informações e cadastramentos necessários para os atendimentos posteriores. Contudo, a pesquisa apurou que muitos declaram fortes referências à falta de infraestrutura e de tempo para a realização de suas tarefas.

A investigação sobre o grau de escolaridade do pessoal envolvido com a gestão teve como objetivo conhecer, potencialmente, a maior ou menor capacidade dos envolvidos para receber e absorver treinamentos e capacitação necessários ao manuseio das novas ferramentas de gestão, as quais, embora não muito complexas, são exigidas pelo Programa Previner. O papel da escolaridade também expressa a capacidade de compreensão, sendo que profissionais com maior escolaridade, como aqueles com graduação, especialização e mestrado (51% dos entrevistados), deveriam ter uma compreensão das necessidades e exigências dos programas de saúde. Isso inclui a capacidade de interpretar e fornecer informações detalhadas para garantir a captação adequada de recursos. Busca-se apurar a expectativa de qualidade na formação acadêmica mais avançada, geralmente associada a uma maior habilidade para lidar com

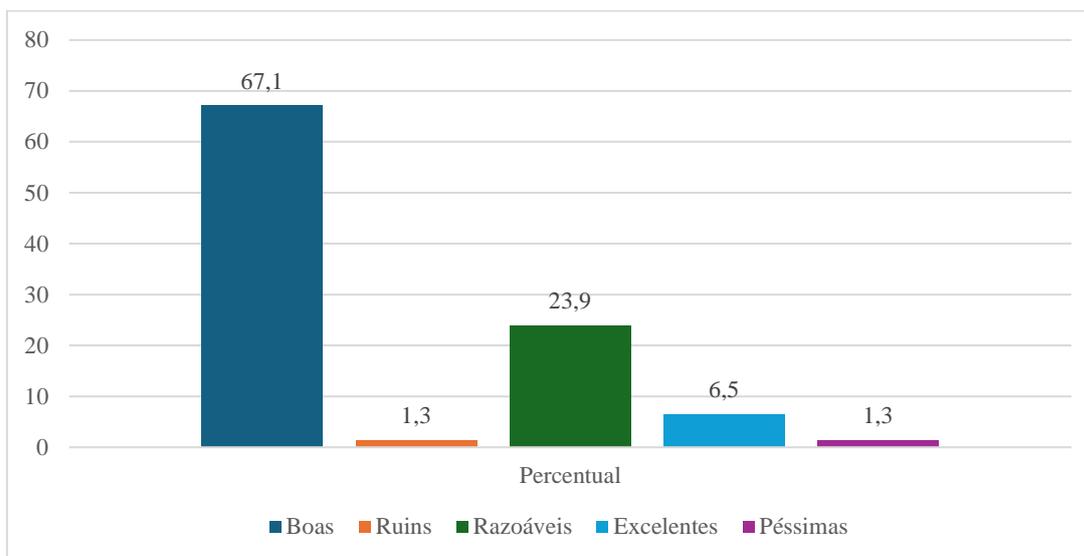
questões complexas e uma melhor compreensão das exigências administrativas e técnicas dos programas de saúde.

Nesta direção, a pesquisa revelou uma primeira contradição. Do ponto de vista da escolaridade, não pode ser atribuído nenhum obstáculo à implementação do programa, pois constatou-se elevado grau de escolarização, sendo que 51% dos entrevistados possuem ensino superior completo, dos quais 3,9% cursaram o mestrado, 26,5% possuem especialização e 20,6% têm curso completo de graduação; 39,4% têm ensino médio completo e, apenas 1,3% não finalizaram o ensino médio.

A pesquisa apurou que a alta escolaridade não garante, por si só, a efetividade na implementação de processos necessários ao manejo dos dados eletrônicos que compõem os indicadores, a consequente captação de recursos e o cumprimento dos objetivos do programa. Pois, ao confrontar os dados de escolarização com os dados dos indicadores, verificou-se que, apesar de uma proporção significativa do pessoal envolvido possuir altos níveis de escolaridade, essa qualificação não se refletiu adequadamente na qualidade da informação fornecida ou no atendimento às demandas do programa. A diferença entre a formação dos profissionais de saúde e os resultados que se esperam sugere que os gestores precisam prestar mais atenção e se empenhar para garantir que o conhecimento que eles têm seja realmente usado no trabalho diário e para conseguir os recursos necessários.

No que se refere à avaliação das condições de gestão na APS pelo pessoal analisado, a pesquisa apurou que cerca de 67,1% avaliam as condições da gestão como boas, 23,9% entendem que é razoável, 6,5% avaliam como excelente, e os demais 2,6% entendem a gestão como péssima ou ruim. Quando contabilizadas as avaliações boas e excelentes, apurou-se que mais de 70% dos entrevistados se mostram satisfeitos com o processo de gestão, enquanto outros 26,4% estão insatisfeitos com a forma como os recursos estão sendo geridos em seu município. A avaliação positiva está relacionada aos recursos humanos (66,5%), enquanto as avaliações negativas apontam que as condições de infraestrutura e recursos físicos (33,5%) são os fatores que mais atrapalham a gestão (Questões 6, 7 e 8).

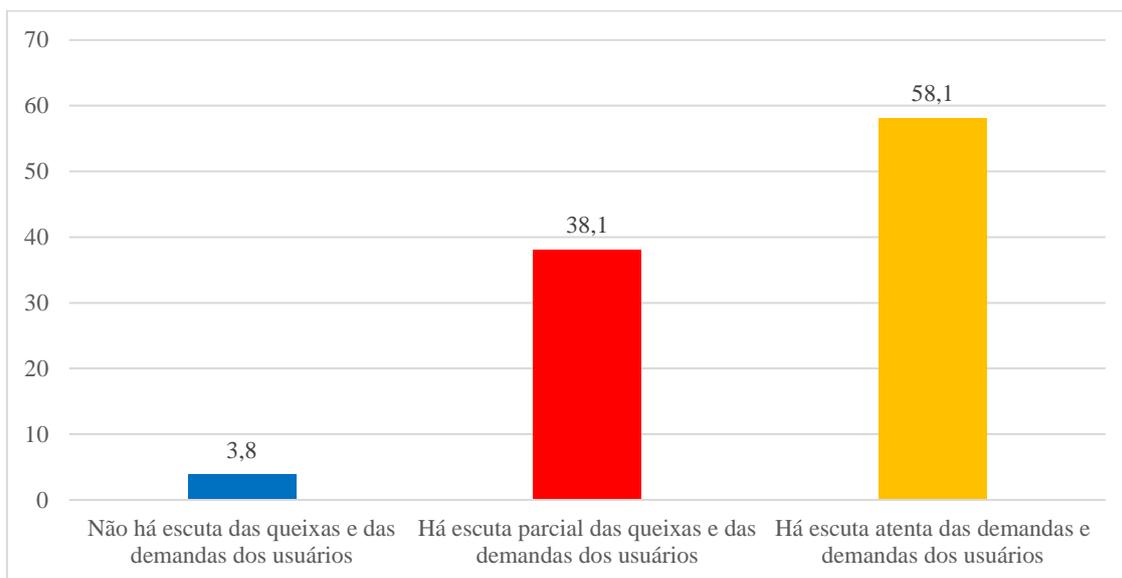
Ao serem questionados sobre os **insumos** e equipamentos necessários para que a equipe de saúde da família possa realizar as ações e procedimentos característicos da APS, em especial aqueles relacionados aos indicadores de desempenho, os gestores, médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde destacam: tira de destro, aparelhos de pressão, esfigmomanômetro, estetoscópio, balança, fita métrica, cota para exames de sangue e citopatológicos, vacinas disponíveis e oxímetro de pulso (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Avaliação das condições da gestão em saúde na sub-região considerada

Fonte: Elaboração própria (2024).

A responsabilidade sobre a gestão foi outra questão aplicada aos sujeitos da pesquisa (Questões 7 e 8) com o objetivo de captar a presença de responsabilidade e compromisso do grupo quanto à gestão do programa. Nessa direção, a pesquisa apurou que 53,5% dos participantes se sentem responsáveis e comprometidos, porém os demais (36,5%) se sentem pouco ou nada responsáveis. Por estarem parcialmente ou nada comprometidos com o trabalho a ser desenvolvido pela equipe de saúde, possivelmente, a alimentação dos dados demandados pelo Sistema Único de Saúde não seja efetivada a contento, gerando problemas para o repasse de recursos.

O compromisso parcial com a gestão do programa também se revela como um forte desafio no que se refere ao sentimento de pertencimento ao grupo de colegas de trabalho (Questão 12). Os participantes da gestão se consideram bem acolhidos pelos colegas e pela gestão. Contudo, com relação ao acolhimento do usuário, há uma percepção diferente: 58% reconhecem que existe esse acolhimento e que o mesmo é adequado e eficiente; já outros 38,1% destacam que não há boas relações internas e que isso precisa ser aprimorado (Questões 9 e 10). Há ainda 3,8% dos entrevistados que afirmam que não há nenhum acolhimento. Em síntese, as questões 10, 11 e 12 revelam que há boas relações entre os profissionais, mas também revelam poucas escutas atentas ou escutas parciais das queixas e demandas dos usuários, outro desafio para a gestão.

Gráfico 3 - Escuta ativa das queixas de demandas dos usuários

Fonte: Elaboração própria (2024).

Quanto ao questionamento sobre a formação e ampliação do **Cadastro e realização de busca ativa** de pessoas para a ampliação do cadastro e acompanhamento pela Atenção Primária à Saúde no município, todos os respondentes afirmam positivamente, sendo que um gestor destacou o papel importante dos agentes nesse processo, pois através de visitas domiciliares captam informações e cadastrados necessários para tais quais atendimentos, quando for solicitado. Podem, assim, antecipar as demandas do sistema de atendimento.

No que se refere ao Prontuário Eletrônico, a possibilidade de inserção correta de dados no sistema também foi respondida afirmativamente por todos os profissionais (Médico ESF, Médico G.O, Cirurgião Dentista, Enfermeira (o) e ACS), mas não há uma unanimidade quanto aos profissionais que fazem esse serviço com maior exatidão, havendo uma compreensão de que os ACSs e enfermeiras apresentam maior facilidade e os médicos são os profissionais com menor desempenho nesse quesito. Esta é uma questão bastante discutível, pois não correspondem ao resultado observado nos indicadores anteriormente mostrados e também, como se verá, não corresponde exatamente às respostas das entrevistas realizadas especificamente com os gestores, apresentadas na próxima seção.

Do ponto de vista das relações interpessoais, a pesquisa observou que aproximadamente 80% dos entrevistados reconhecem o ambiente de trabalho como experiência agradável, mas para cerca de 20% é uma experiência desagradável ou indiferente. Por assim dizer, o ambiente de trabalho apresenta as condições boas para garantia da qualidade de vida no trabalho apenas para 80 % dos integrantes da equipe de saúde.

No que se refere ao treinamento sobre a gestão na unidade em que atuam, apenas 36% dos questionados reconhecem a existência de treinamento anual e constante, sendo que os demais informam que receberam pouco ou nenhum tipo de treinamento. É interessante observar que, ao serem inquiridos sobre a responsabilidade pelo treinamento, demonstram conhecimento incompleto ou equivocado sobre a responsabilidade da gestão em saúde no município, pois, quando questionados, 51,6% respondem que a responsabilidade é do prefeito, do gestor, de organizações sociais e funcionários, quando a responsabilidade direta por democratizar o acesso e corrigir os gargalos é do gestor (Questões 13 e 14).

A questão do treinamento é um aspecto fundamental para o presente estudo porque está relacionada a vários aspectos da gestão da saúde, desde a relação com o atendimento ao público até a compreensão e manejo do lançamento das informações que vão compor os indicadores, responsáveis pelo retorno financeiro do município. Esse último aspecto é fundamental para caracterizar o envolvimento do pessoal com a gestão da saúde e o seu conhecimento sobre o significado e funcionamento dos indicadores de saúde. Nesta direção, e com vistas a divulgar e ampliar o conhecimento sobre os indicadores, o Ministério da Saúde disponibiliza um Painel de Indicadores da APS, que apresenta informações em distintos formatos, tais como tabelas, gráficos, mapas e documentos técnicos. Essas informações visam ampliar a compreensão e análise dos dados referentes à saúde, que são um dos critérios para a definição do repasse de recursos aos municípios. Sobre este quesito, a pesquisa apurou que 17,4% dos entrevistados alegaram não conhecer o painel, enquanto 82,6% mencionaram conhecer a ferramenta. Analisando as respostas às questões 13, 14 e 15, observa-se ainda que quase todos os envolvidos (96,8%) afirmam conhecer o sentido e relevância dos indicadores, enquanto 3,2% desconhecem a sua importância. Contudo, como se verá posteriormente, apesar da porcentagem expressiva de integrantes da equipe de gestão afirmar que conhece a importância dos indicadores, os dados presentes nas tabelas sobre os indicadores mostram dificuldades com o tema em vários municípios, em vista dos resultados ruins para vários indicadores, em diferentes trimestres, nas duas regiões estudadas.

No que se refere ao conhecimento para o manuseio correto das informações no sistema e-SUS (Questões 15, 16 e 17), 56,8% afirmam que têm conhecimento superior a 70%; 23,2% entendem que conhecem de 51% a 70%; 18,1% apresentam conhecimento entre 31% e 50%; e 1,9% estabeleceram que dominam até 30% do sistema. Ou seja, assim como a questão do treinamento para utilização da ferramenta responsável pelo registro dos dados sobre indicadores para Análise Ponderada, há, aparentemente, um elevado conhecimento da questão (Gráfico 5). Entretanto, os dados dos indicadores, apresentados na seção anterior, denotam que há uma forte

contradição entre as respostas obtidas pelos questionários e o resultado prático das informações dos indicadores registrados pelos responsáveis por seu preenchimento. Vale destacar que, ao serem questionados sobre os indicadores de desempenho do Programa Previnde Brasil, os cinco gestores mencionaram que conhecem os indicadores, mas apenas três os citaram, destacando sua importância e seu modo de funcionamento. Ou seja, apesar de haver uma narrativa inicial sobre o conhecimento do funcionamento do programa, observa-se que não há um mesmo padrão de conhecimento do programa por todos os respondentes (médicos, dentistas, enfermeiros, etc.), quanto à formação para o registro e manejo das informações nos sistemas de informação em saúde para a Atenção Primária à Saúde, sendo que dois gestores reconhecem que não o conhecem bem, mas que há uma equipe treinada para tal finalidade.

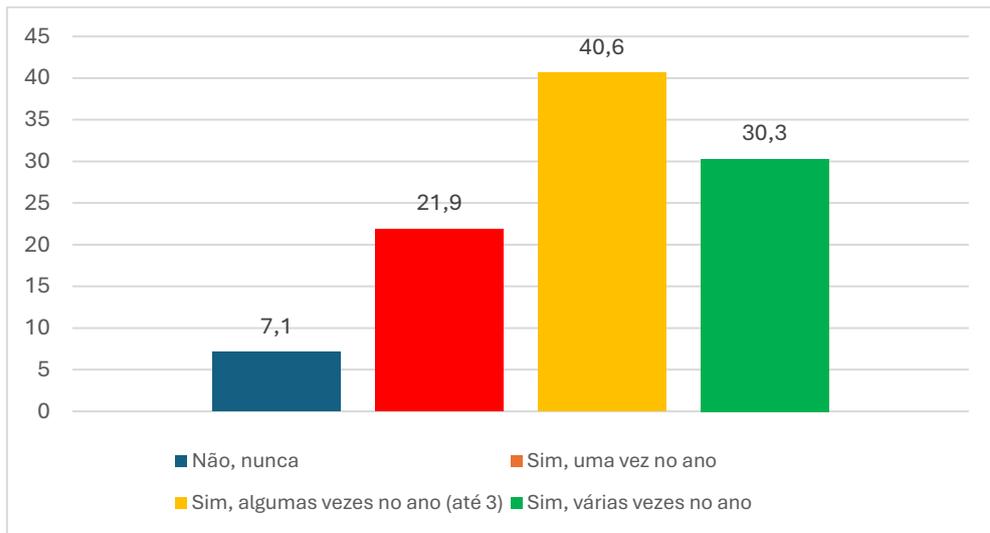
Quanto à exigência de envio dos dados dentro da competência de envio padrão, ou seja, até o 10º dia útil da competência posterior ao atendimento, de acordo com o calendário do SISAB e término dos quadrimestres, todos afirmaram que conseguem cumprir os prazos de envio. No entanto, esta resposta não corresponde ao que foi apurado nas entrevistas semiestruturadas com os gestores, pois diversos responsáveis pela gestão da saúde apontam que não cumprem exatamente as datas de envio das informações, como se verá na próxima seção.

Outra questão importante são os Indicadores de Análise Ponderada, essenciais para o funcionamento do Programa Previnde, pois sintetizam dados específicos e redefinem os valores a serem remetidos aos municípios. Assim sendo, o seu conhecimento é fundamental, não apenas para o gestor do sistema, mas para todos os participantes da gestão que precisam conhecer seu sentido e a importância. Por ser uma análise ponderada de dados, trata-se de uma técnica estatística que permite ajustar amostras para obter uma representação mais fiel da população analisada. Assim, torna-se muito importante que os dados coletados sejam exatamente representativos da população, pois permitem que se verifique objetividade nas decisões, por meio de dados concretos e mensuráveis, além de avaliar o desempenho de processos, projetos ou estratégias com base em métricas específicas. A análise ponderada de dados também garante o monitoramento de metas estabelecidas, identificando se estão sendo alcançadas e apontando oportunidades de melhoria, delimitando as áreas que precisam de ajustes ou otimizações. Trata-se, assim, de um suporte de dados voltados à gestão que efetiva o alinhamento estratégico, tornando possível uma gestão baseada em dados confiáveis. As questões 18, 19 e 20, por meio dos Gráficos 5, 6 e 7, buscam apurar o conhecimento sobre o papel e conhecimento da análise integrada pela equipe gestora.

Para esta questão, os resultados obtidos nos questionários apontam que 95,5% consideram que a informação é clara ao mostrar a responsabilidade de preencher o e-SUS e a

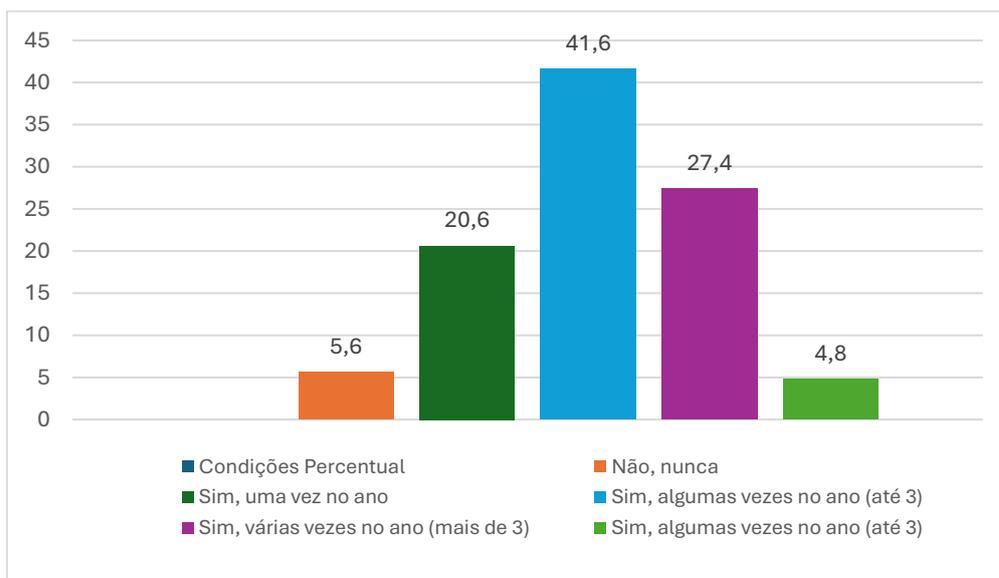
importância do mesmo para o financiamento da saúde. Apenas 4,5% dos participantes entendem que é uma informação pouco clara e que não há compreensão adequada de seu significado. Sendo que o treinamento só acontece com frequência para 30,3% dos investigados, indicando que pode haver falhas na capacitação profissional (Gráficos 5, 6 e 7). Mais uma vez, a informação apurada nos questionários não corresponde ao resultado apurado nas entrevistas.

Gráfico 4 - Treinamento para e registro de dados para Análise Ponderada

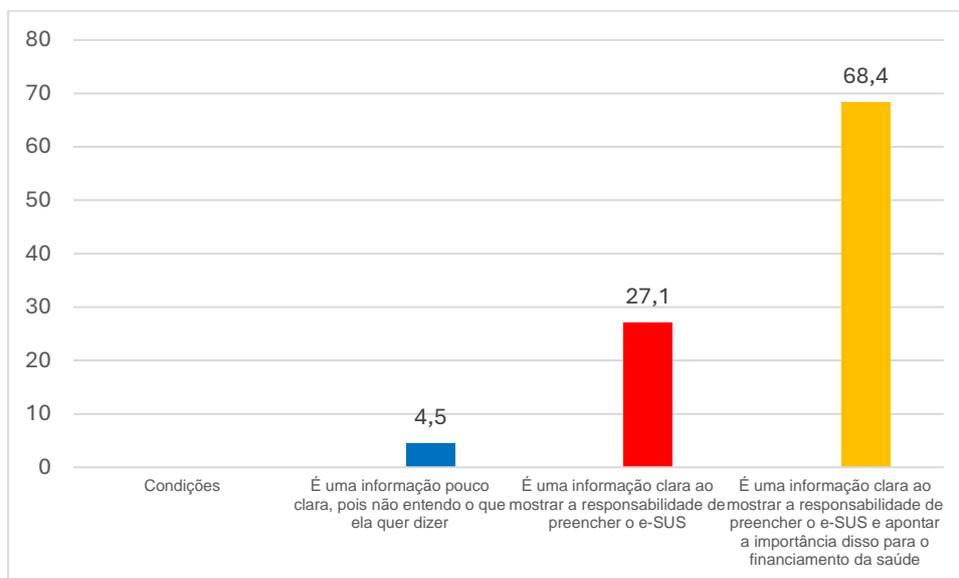


Fonte: Elaboração própria (2024).

Gráfico 5 - Análise de dados gestor e equipe



Fonte: Elaboração própria (2024).

Gráfico 6 - Avaliação do aparato de apoio técnico de TI

Fonte: Elaboração própria (2024).

Ao serem solicitados a avaliar o Programa Previne Brasil, 47,1% dos respondentes opinaram que conhecem o programa e que ocorreram melhorias significativas na gestão e no atendimento ao usuário; 37,1% compreendem que as melhorias foram razoáveis; e 15,7% alegam que não ocorreram melhorias a partir da introdução do programa. Contudo, ressaltam aspectos positivos e negativos. Dentre os fatores positivos, apontam: 1. Atendimento mais humanizado, resolução das queixas dos pacientes e da demanda das especialidades; 2. Melhora nas estratégias de alcance à população, com maior acesso à população; 3. Registro de qual profissional realizou a última atualização do paciente; 4. Registro de entrega de medicação ao paciente.

Dentre os aspectos negativos, informam: 1. Necessidade de mais vagas para especialidades e exames para atender à demanda; 2. Não houve melhorias na qualidade do atendimento; 3. Falta de implementação de infraestrutura; 4. Falhas no sistema de cadastro e de lançamento de informações, que não são solucionadas pelos programadores, o que dificulta o trabalho e torna o processo de atualização lento e ineficaz.

Em síntese, a pesquisa mostra que as equipes de saúde para a APS, tanto os gestores quanto o pessoal envolvido, apresentam boa escolarização e se consideram capazes, com boa compreensão sobre o Programa Previne. Contudo, embora se considerem bem-informados sobre as demandas do programa Previne e com razoáveis condições de manejar o cadastro de informações, mais da metade dos questionados não se sente responsável pela gestão, mas apenas pela sua parte no trabalho. Por sua vez, o gestor revela forte reconhecimento de seu

papel e responsabilidades, destacando que, por parte de muitos integrantes da equipe, há falta de compreensão adequada sobre o lançamento dos dados no e-SUS e sobre a importância da Capitação Ponderada, que interfere no financiamento da saúde.

Olhando para os aspectos mais amplos, os resultados apurados até aqui mostram, mais do que dificuldades no manejo das informações e na capacitação adequada para o lançamento dos dados, um sentimento de falta de compromisso dos envolvidos na gestão, que aparece de forma um pouco subliminar, mas que explica as dificuldades apontadas pelos indicadores anteriormente descritos. A seguir, a pesquisa analisa a visão do gestor frente aos desafios do Programa Previne.

4.4 Papel e percepção dos gestores em saúde dos municípios selecionados nas regiões de saúde de São José do Rio Preto e Santa Fé do Sul

Para esclarecer, o termo "gestores em saúde" refere-se aos Secretários, Coordenadores e/ou Diretores dos Departamentos Municipais de Saúde. A fim de alcançar esses objetivos, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com oito gestores dos municípios sorteados e selecionados, com agendamento prévio e de acordo com a disponibilidade. As entrevistas tiveram duração de aproximadamente 40 minutos e utilizaram um roteiro com 14 questões abertas. Elas foram projetadas para fornecer uma visão detalhada e abrangente sobre a experiência de cada entrevistado com o novo sistema.

Cada entrevista começou com uma breve introdução sobre o propósito da pesquisa e a obtenção de consentimento para a coleta e armazenamento dos dados da conversa. Foram feitas perguntas abertas que permitiram aos entrevistados expressar suas opiniões e experiências de forma livre e detalhada. As entrevistas foram transcritas, organizadas em quadros e analisadas para identificar padrões e temas emergentes.

Em seus aspectos mais gerais, as entrevistas realizadas mostram que, em todas as questões investigadas, não há unanimidade nas respostas. Embora mais da metade dos gestores tenha demonstrado interesse e compromisso, cerca de 30% do total não está preparado para o desempenho de suas funções, o que se comprova ao comparar as respostas obtidas pela pesquisa com os resultados apresentados nos estudos acadêmicos sobre o tema. Ao detalhar as respostas e cada resposta obtida pela pesquisa, o trabalho visa qualificar e apontar com mais clareza os principais desafios da gestão do Programa Previne Brasil.

O primeiro questionamento visou avaliar a experiência dos gestores municipais de saúde com a implementação do Programa Previne Brasil e a gestão da APS. Este

questionamento teve como objetivo verificar, para o caso analisado, a experiência prévia do gestor, pois trata-se de um aspecto frequentemente ressaltado pelos estudos sobre o tema. Segundo estudos, gestores com experiência anterior têm maior probabilidade de enfrentar e superar desafios de forma mais eficaz, pois já possuem conhecimento prático das complexidades envolvidas (Gaynor; Vogt, 2003; World Health Organization, 2021; Berman; Campbell, 2012). No presente estudo, nem todos os gestores municipais de saúde entrevistados afirmaram ter experiência anterior na gestão de saúde, sendo que alguns mencionaram que esta é a primeira vez que assumem a responsabilidade completa pela organização da saúde em seus municípios. Eles entendem que a gestão é uma experiência contínua, mas frequentemente enfrentam desafios, especialmente em relação ao financiamento e à alocação adequada dos recursos financeiros recebidos. Reconhecem que as dificuldades podem ser benéficas para a inovação na gestão, mas não sabem exatamente como inovar.

Quando responderam sobre a gestão e o Programa Previne Brasil, todos os gestores destacaram seu compromisso em desempenhar suas funções da melhor forma possível. Eles entendem que o objetivo do programa é melhorar a qualidade da saúde da população, implementando políticas e iniciativas baseadas na análise dos indicadores de saúde. Contudo, não há unanimidade quanto às dificuldades com a utilização dos recursos. Existem muitas demandas a serem atendidas, e é difícil escolher as prioridades. A pesquisa apurou que, mesmo reconhecendo as dificuldades, há um forte interesse em compartilhar a experiência adquirida na aplicação do programa e na busca por aprimorar continuamente os serviços de saúde. A resposta do Gestor 8 representa a opinião dos gestores com boa experiência em gestão da saúde:

Tenho experiência contínua na gestão da área da saúde. Minha trajetória inclui a implementação do Programa Previne Brasil, que visa aprimorar a qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS). Trabalhei para garantir que as unidades de saúde fossem alinhadas com as diretrizes do programa, focando na melhoria dos indicadores de desempenho, que diretamente afetam a qualidade dos serviços prestados à população. A minha abordagem sempre foi garantir que os processos fossem eficientes para refletir positivamente na saúde dos pacientes (Gestor 8).

Mas, também o gestor 4 afirmou que,

[...] não tenho certeza se sempre atuei como gestor na área da saúde, e não conheço detalhes sobre a implementação do Programa Previne. Minha experiência com gestão na saúde pode ser limitada ou inexistente”. Esclarecendo que: “Gestor na área da saúde” refere-se aos responsáveis pela gestão das unidades de saúde e pela coordenação da APS, incluindo os Secretários de Saúde, Coordenadores e Diretores de Departamentos de Saúde, que desempenham funções de gestão tanto em unidades específicas quanto na coordenação das ações de saúde em nível regional ou municipal (Gestor 4).

Assim, quanto à experiência como gestor, os entrevistados das duas regiões estudadas demonstram forte interesse nas demandas do programa, mas nem todos têm experiência na gestão da saúde e no Programa Previne Brasil. Não negam as dificuldades para a alocação eficiente de recursos, que se configuram como um desafio constante na gestão da saúde, devido à limitação de recursos financeiros e à necessidade de equilibrar diferentes demandas. Os problemas de financiamento foram frequentemente identificados na pesquisa como uma das principais barreiras para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. A busca pela eficiência é uma preocupação presente, mas seus desdobramentos em ações de capacitação não acontecem com a frequência necessária para todos os sujeitos que participam da gestão (ver Gráficos 5 e 6).

O segundo questionamento aos gestores visou identificar as ações voltadas à formação do cadastro e à busca ativa. A busca ativa na ASP é um tema muito destacado na literatura sobre a gestão do Previne. A APS é a base de qualquer sistema de saúde eficaz, conforme descrito pela WHO (2008), e as visitas domiciliares são uma prática valorizada para proporcionar cuidados personalizados e contextuais. Estudos como o de Andrade, Silva e Costa (2015) destacam que as visitas domiciliares são uma forma efetiva de engajamento com pacientes e melhoria da qualidade dos cuidados. Essas práticas também ajudam a enfrentar barreiras ao acesso aos serviços de saúde e garantem que o atendimento seja adaptado às necessidades individuais dos pacientes. Assim, os estudos sobre o tema apontam que as ESF e o processo de cadastro são centrais nas discussões e práticas relacionadas à APS. A ESF é entendida como um modelo fundamental de organização das equipes de saúde, que busca oferecer cuidados contínuos e integrados à população. O cadastro, por sua vez, é entendido como crucial para manter um registro atualizado das pessoas atendidas, garantindo que as necessidades de saúde sejam monitoradas e gerenciadas adequadamente.

No caso estudado, apurou-se que seis gestores entrevistados apontam a importância da busca ativa e das visitas domiciliares como estratégias para identificar e abordar as necessidades de saúde antes que se tornem problemas graves. A frequência relativamente alta dessa preocupação indica que os gestores ou profissionais estão priorizando a identificação proativa de pacientes e a intervenção precoce. Essa abordagem é crucial para a melhoria dos indicadores de saúde e para a prevenção de doenças, refletindo um compromisso com a abordagem preventiva e a eficiência na gestão da saúde pública. Por outro lado, outros três gestores entendem que a Atenção Primária à Saúde e as visitas domiciliares, embora sejam importantes, são práticas vistas talvez como complementares à estruturação e à gestão ativa mencionadas anteriormente. A resposta do Gestor 5 revela que: “Não estou seguro se as unidades de

Estratégia de Saúde da Família realizam busca ativa para cadastro e acompanhamento na Atenção Primária à Saúde em meu município. Esse é um detalhe que eu não tenho informação clara”.

Apesar da diferença de opiniões entre os gestores sobre a atuação de suas unidades na busca ativa e visitas domiciliares, destaca-se a resposta do Gestor 6, descrita a seguir na íntegra:

Sim, as unidades de ESF realizam busca ativa para identificar e cadastrar pessoas para o acompanhamento na Atenção Primária à Saúde. Isso é feito através de visitas domiciliares, campanhas comunitárias, e parcerias com organizações locais para garantir que todos os indivíduos, especialmente os mais vulneráveis, sejam incluídos no sistema de cuidados (Gestão 6).

Esta resposta expressa que existe, por parte de alguns gestores, forte interesse pelas estratégias utilizadas pelas unidades de ESF, como visitas domiciliares e campanhas comunitárias, para realizar a busca ativa. Além disso, destaca a importância de incluir todos os indivíduos, especialmente os mais vulneráveis, no sistema de cuidados, refletindo uma compreensão abrangente e prática do processo. O gestor 3 também considera a gestão como um esforço integrado que prioriza a estruturação eficaz das Unidades de Estratégia de Saúde da Família e o processo de cadastro, enquanto adota práticas proativas de busca ativa e cuidados personalizados, como visitas domiciliares, para aprimorar a qualidade e a eficiência da Atenção Primária à Saúde.

No entanto, essa não é a realidade de todos os gestores. Observa-se, portanto, que no quesito busca ativa, amplamente reconhecido como uma estratégia eficaz na APS para melhorar a detecção precoce de condições de saúde e promover a prevenção (Pereira; Almeida e Souza, 2016), alcançar populações vulneráveis e a redução de desigualdades em saúde (Santos; Oliveira e Ribeiro, 2018), a gestão da saúde nas regiões analisadas, embora com esforço dos gestores, ainda não encontrou um procedimento mais amplo para envolver todo o pessoal envolvido no processo de gestão.

A terceira questão da pesquisa para os gestores teve como objetivo avaliar se todos os profissionais (Médico da ESF, Médico G.O., Cirurgião-Dentista, Enfermeiro(a) e ACS) estão preenchendo corretamente o prontuário eletrônico e inserindo os dados de maneira adequada.

A importância da precisão da inserção dos dados nos sistemas eletrônicos de saúde é um aspecto fundamental para a qualidade da tomada de decisão clínica e para a eficiência dos serviços de saúde (Ash; Berg; Coiera, 2004). A literatura também aponta que a integridade dos dados é crucial para evitar erros e garantir a continuidade do cuidado (Bates *et al.*, 2001). Por

outro lado, a formação adequada é crucial para garantir que os profissionais usem os sistemas eletrônicos de forma eficaz e precisa. Além disso, a literatura indica que a complexidade dos sistemas eletrônicos pode representar um desafio para usuários com menos treinamento, como os ACS (Sittig; Singh, 2012; Cresswell; Worth; Sheikh, 2013).

Ao investigar sobre esses aspectos tão discutidos pela literatura, a pesquisa apurou grande preocupação de alguns gestores quanto ao prontuário eletrônico. Os resultados mostram que há forte interesse na importância da coleta e registro de informações. Há insistência por parte dos gestores para garantir que todos os dados registrados sejam corretos e completos, o que é fundamental para a qualidade do atendimento e a eficácia dos processos de saúde. Contudo, não há garantias de que isso ocorra.

Para seis dos gestores, o Prontuário Eletrônico é uma ferramenta central na gestão da saúde, e sua menção frequente destaca a necessidade de uma implementação eficaz e uma utilização adequada. Consideram que a gestão deve assegurar que o sistema eletrônico esteja corretamente integrado nas práticas diárias e que os profissionais estejam familiarizados com sua operação. Isso inclui garantir que o sistema seja capaz de suportar a inserção e o acesso precisos às informações de saúde dos pacientes. Contudo, não há um sistema de verificação e treinamento para minimizar erros e inconsistências nos dados. Consideram a importância de envolver todos os membros da equipe, incluindo médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, na inserção e gestão dos dados, visando assegurar que todos os profissionais envolvidos estejam adequadamente treinados para usar o Prontuário Eletrônico e que compreendam a importância da precisão dos dados.

Sobre esse tema, a resposta importante foi a do Gestor 8, assim descrita:

Idealmente, todos os profissionais inserem dados de forma correta no Prontuário Eletrônico, mas a precisão pode variar. Médicos e enfermeiros frequentemente têm um treinamento mais aprofundado e, portanto, inserem dados com maior exatidão. ACS podem ter mais dificuldades devido à complexidade do sistema. A precisão na inserção dos dados é essencial, pois afeta diretamente a qualidade das informações utilizadas para planejar e melhorar os serviços de saúde (Gestão 8).

Essa resposta é significativa porque expressa que os gestores têm clareza de que não sabem como verificar a exatidão dos dados lançados. Por outro lado, observa-se a posição do Gestor 1: “Não dou muita atenção para quem insere dados com mais ou menos exatidão no Prontuário Eletrônico. A precisão dos dados não é algo que acompanho de perto ou que considero prioritário”.

Mais uma vez, constata-se que, em questão tão relevante para o retorno financeiro ao município, não há unanimidade nas respostas, revelando desconhecimento ou descaso de alguns quanto à questão.

A quarta questão pesquisada, ou seja, a avaliação pelo gestor sobre o conhecimento dos profissionais (Médico ESF, Médico G.O, Cirurgião Dentista, Enfermeiro(a) e ACS) acerca de seu papel e dos serviços prestados à APS, foi considerada importante para a pesquisa porque é objeto de diversos estudos sobre o tema, os quais destacam a importância e o papel do gestor e do desempenho de cada um desses profissionais na APS. Médicos da ESF são centrais para o atendimento contínuo e a gestão de cuidados primários (Burchard *et al.*, 2013). Enfermeiros e agentes comunitários são fundamentais para a coordenação e a promoção da saúde, como evidenciado por vários estudos que mostram seu impacto positivo na saúde comunitária (Cohen *et al.*, 2017). A importância do Cirurgião Dentista na saúde bucal é bem documentada e reconhecida como parte integral da APS (Burt; Eklund, 2005). Por outro lado, a falta de conhecimento adequado pode impactar negativamente a qualidade dos cuidados (Barton *et al.*, 2017). Assim, programas de treinamento são essenciais para garantir que os profissionais compreendam suas funções e responsabilidades dentro da APS, conforme indicado por vários estudos (Grol *et al.*, 2005).

Para essas questões, a pesquisa apurou que metade dos gestores entrevistados não têm certeza de que os profissionais conhecem os serviços prestados pela APS, ficando mais familiarizados com o seu trabalho específico. A outra metade considera que os médicos ESF, assim como os enfermeiros, têm um bom conhecimento dos serviços por estarem diretamente envolvidos com os pacientes; porém, os médicos de especialidades, assim como os cirurgiões dentistas, têm uma visão mais restrita, ficando mais focados em suas áreas específicas e, muitas vezes, não conhecem a totalidade das ações da APS.

No caso do trabalho em equipe, observou-se nas respostas dos Gestores 2, 3 e 6:

[...] preocupações sobre a adequação e a profundidade do conhecimento dos profissionais sobre a APS, declarando seu desejo de assegurar que todos os envolvidos tenham uma compreensão adequada do sistema e de suas funções. Apontam a necessidade de garantir a eficácia da APS, pois isso é crucial investir na formação e atualização contínua dos profissionais. Programas de treinamento e desenvolvimento devem ser considerados para melhorar o conhecimento e a competência dos envolvidos na Atenção Primária. Sabem que é importante a melhoria e eficácia dos serviços da Atenção Primária à Saúde.

Para aprimorar a APS, é fundamental garantir que os profissionais estejam bem-informados e preparados para desempenhar suas funções de maneira eficiente. Investir em

treinamento, promover a integração dos serviços e reforçar a importância da AP pode levar a uma melhoria significativa na qualidade do atendimento e na saúde da população.

Contudo, os Gestores 4 e 5 admitem como verdade que:

[...] não estou certo se todos os profissionais conhecem os serviços prestados pela Atenção Primária à Saúde ou como cada um deles se familiariza com esses serviços”, ou segundo o Gestor 5 “[...] não estou certo se todos os profissionais conhecem os serviços prestados pela Atenção Primária à Saúde ou como cada um está informado sobre esses serviços. Esse conhecimento pode variar e eu não tenho detalhes específicos sobre cada um” (Gestores 4 e 5).

As questões cinco, seis e sete estão relacionadas à avaliação do potencial dos gestores para registrar adequadamente os serviços realizados, bem como verificar a existência de planejamento, execução e monitoramento das ações realizadas pela equipe.

A proposição destas questões foi sugerida por diversos estudos que ressaltam a importância do registro adequado das informações, bem como evidenciam que o planejamento dos serviços de gestão pode melhorar a qualidade geral dos cuidados de saúde. Nesta direção, os estudos de Baker *et al.* (2000) e Berwick (2002) mostram que registros precisos e completos são essenciais para a gestão da APS. A documentação dos atendimentos permite a coordenação eficaz do cuidado, continuidade do tratamento e fornece dados valiosos para a análise de desempenho e melhoria da qualidade (Wagner; Austin; Von Korff, 1996).

A literatura também mostra que os gestores são fundamentais na supervisão e utilização dos registros de atendimentos. A formação e o suporte técnico para gestores são essenciais para garantir que eles possam usar os dados de forma eficaz para a melhoria dos serviços. A utilização eficaz dos dados requer habilidades específicas em análise e interpretação, o que reforça a necessidade de treinamento contínuo para os gestores (Klein, 2009; Kaplan; Norton, 2009).

A pesquisa realizada apurou, sobre o papel do gestor (Questão 5), que todos os gestores reconhecem a importância de seu papel na supervisão dos serviços e no uso dos registros para melhorar a gestão e a operação dos serviços de saúde. Reconhecem que os registros de atendimentos são fundamentais para a gestão na APS, desempenhando um papel crucial na documentação, análise e monitoramento dos serviços. Há um consenso sobre a necessidade da gestão eficaz e da utilização de dados para melhorar o desempenho e a qualidade dos serviços. Contudo, não há unanimidade sobre o conhecimento de como são realizados os registros, sendo que nem todos os gestores têm conhecimento sobre como os registros são utilizados como sinalizadores para a gestão, ou mesmo, qual a importância dos registros para a gestão. Ou seja,

reconhecem a importância do envio das informações, mas desconhecem, no caso de dois gestores, como essas informações podem ajudar o processo de gestão, ou seja, a retroalimentação da gestão pelas informações geradas.

Para os gestores mais atuantes no processo de gestão, os registros são identificados como “dados” refletindo a importância da coleta e da análise de dados para a gestão e a melhoria dos serviços. Os dados são vistos como uma ferramenta para visualizar, planejar e ajustar estratégias, sendo utilizados para realizar análises detalhadas que possam informar decisões gerenciais e estratégias para melhorar os serviços.

A opinião do Gestor 2 expressa essa visão mais integrada da gestão:

Os registros de atendimentos são fundamentais para a função de gestor. Eles são utilizados para monitorar a qualidade do atendimento, avaliar o desempenho das equipes, identificar áreas que necessitam de melhorias e garantir a conformidade com as diretrizes de saúde. Além disso, esses registros ajudam na alocação de recursos e no planejamento estratégico para atender melhor às necessidades da população.

Ressalte-se, porém, que os Gestores 1, 4 e 5 não apresentam clareza, e não têm informações sobre a importância dos registros para a gestão e, mesmo, não dão importância à questão.

Para o Gestor1: [...] não dou muita importância a como os registros são usados na gestão. Acho que é um aspecto que pode ser tratado de maneira geral, sem necessidade de um foco específico.

Segundo o Gestor 4: [...] não tenho conhecimento sobre como os registros de atendimentos são utilizados na função de gestor ou qual a importância desses registros para a gestão [...]. Para o Gestor 5: [...] não sei exatamente como os registros de atendimentos são utilizados na função de gestor. Posso supor que são importantes, mas não tenho informações específicas sobre como são aplicados na prática de gestão, planejamento e definição de prioridades.

No que tange à hierarquia de importância para o planejamento, execução e monitoramento na Estratégia da Saúde da Família a pesquisa apurou que, igualmente, para cinco, dos gestores entrevistados, a hierarquia e o planejamento são essenciais porque estabelecem metas e o monitoramento avalia o progresso e ajuda a ajustar as estratégias.

Nesta direção a preocupação do Gestor 2 pode ser entendida pela transcrição de sua resposta:

Sim, existe uma hierarquia. O planejamento é a base, pois define os objetivos e estratégias. A execução coloca esses planos em prática, enquanto o monitoramento avalia e ajusta conforme necessário. Todas as atividades são interdependentes, mas o planejamento é crucial porque estabelece a direção e as metas que, se bem formuladas, facilitam uma execução eficaz e um monitoramento eficaz. Uma gestão eficaz garante que cada fase contribua para a melhoria contínua da qualidade dos serviços oferecidos à população.

Da outra forma, os Gestores 1, 4 e 5, não têm certeza se há uma hierarquia, e não têm conhecimento detalhado sobre como fazer o monitoramento.

Para o Gestor 1: Não me preocupo muito com uma hierarquia específica entre planejamento, execução e monitoramento. A gestão pode ser feita de forma mais flexível sem uma ordem rígida.

No caso do Gestor 4 [...] não tenho certeza se existe uma hierarquia de importância entre planejamento, execução e monitoramento. Não sei qual dessas atividades seria considerada a mais importante.

Para o Gestor 5 [...] não tenho certeza se há uma hierarquia clara entre planejamento, execução e monitoramento. Minha percepção sobre qual atividade é a mais importante pode não ser precisa, já que não tenho conhecimento detalhado sobre como cada uma dessas atividades se relaciona.

Os estudos sobre o planejamento para a gestão na APS mostram que o planejamento estratégico é visto como essencial para o sucesso das operações, pois define a direção e as metas, permitindo a organização das atividades subsequentes (Wagner; Austin; Von Korff, 1996; Kaplan; Norton, 2001). Ajuda a estabelecer prioridades e garantir que os recursos sejam utilizados de maneira eficiente, alinhando as ações com as necessidades da comunidade e os objetivos da saúde pública (Berwick, 2003). No caso da pesquisa realizada, esse não é um entendimento comum entre todos os gestores. O Gestor 4 reconhece que: “[...] não tenho uma visão específica sobre quais são os critérios de gestão. Pode ser que critérios como eficiência e eficácia sejam importantes, mas não tenho certeza sobre como eles se aplicam às ações de planejamento, execução e monitoramento.”

Assim, apurou-se, a partir das três questões em análise, que nas regiões estudadas não há unanimidade de conhecimento por parte dos gestores sobre a importância do planejamento, monitoramento ou avaliação regular do desempenho, a identificação de áreas que necessitam de ajustes, para fornecer feedback sobre a eficácia das estratégias e para assegurar a conformidade com os padrões e promover melhorias contínuas.

As Questões 8, 9, 12 e 13 buscam avaliar o conhecimento dos gestores sobre os indicadores de desempenho, sobre a formação para o manejo das informações e para o envio de dados. A respeito das questões, é importante descrever que a construção do questionário foi cuidadosamente planejada para abordar diversos aspectos da gestão da saúde, considerando a experiência dos profissionais, suas percepções sobre a gestão e o atendimento. Foram considerados a objetividade e clareza nas alternativas, uma estrutura lógica e progressiva, e a avaliação tanto do sentimento quanto do conhecimento. O questionário inclui questões sobre identificação, perfil profissional, percepções sobre a gestão, acolhimento, escuta ativa, relações interpessoais, ambiente de trabalho e capacitação.

Essas questões foram formuladas pela pesquisa considerando sua importância destacada em vários estudos sobre a gestão, visando a APS. Nesta direção, os estudos de Berwick (2003), Sainfort, Booske, Hundt (2010), Kaplan e Norton (1996) e Donabedian (1988), dentre outros, relatam a importância dos indicadores de desempenho para a gestão, pois permitem a avaliação sistemática da eficácia das ações implementadas, bem como fornecem dados objetivos para monitorar resultados e fazer ajustes necessários, o que é essencial para a melhoria contínua dos serviços de saúde. Também destacam a importância da educação e o treinamento contínuos como necessários para preencher lacunas de conhecimento e garantir a implementação eficaz dos indicadores e práticas (Cohen et al., 2011; Mello et al., 2018).

No caso analisado, a pesquisa apurou, de forma semelhante às demais questões, que não há unanimidade nas respostas dos gestores, sendo que 75% dos gestores têm clareza de que os indicadores são fundamentais para medir o sucesso das ações implementadas e para monitorar o progresso em relação aos objetivos estabelecidos. A ênfase em "principais indicadores de desempenho" destaca a importância de métricas claras e relevantes para avaliar o impacto das iniciativas de saúde. Em suas respostas, fazem menção sobre a importância da cobertura vacinal, gestão de doenças crônicas e exames preventivos. Também a qualidade do atendimento é mencionada para a eficácia das práticas de saúde e garantir que os pacientes recebam cuidados adequados e respeitosos. Nesse caso, vale a exposição da resposta do Gestor 6:

Sim, conheço os principais indicadores de desempenho do Programa Previne Brasil, como: • Cobertura Vacinal: Percentual de vacinação da população alvo. • Gestão de Doenças Crônicas: Acompanhamento e controle de condições como hipertensão e diabetes. • Exames Preventivos: Taxa de realização de exames preventivos como mamografias e exames de próstata. • Qualidade do Atendimento: Avaliações de satisfação e adesão às diretrizes de cuidado. Esses indicadores são cruciais para avaliar e melhorar a qualidade dos serviços oferecidos à população.

Por outro lado, para os demais três gestores, o que equivale à 25% da amostra dos entrevistados, o

Gestor 2 declara que [...] não tenho conhecimento detalhado sobre os indicadores de desempenho do programa Previne e não consigo citá-los ou explicar como funcionam". A opinião do Gestor 1 revela ainda [...] não dou muita importância ao cumprimento dos prazos para o envio dos dados. É algo que pode ser feito de forma geral sem grande preocupação com a pontualidade.

Importante destacar que os gestores municipais convidados não ocupam seus cargos por serem profissionais da área de gestão, mas sim por serem agentes políticos. Tal desconhecimento ou descaso indicam uma lacuna grave na formação dos gestores, pois, segundo os estudos de Roush e Murphy (2007) e CDC (2019), o conhecimento de todos os

indicadores, assim como o correto lançamento dos dados dentro dos prazos exigidos pelo sistema, é essencial para a APS. A adequação no envio dos indicadores, principalmente o indicador de cobertura vacinal, é reconhecida como fundamental na eficácia dos programas de imunização e da saúde pública, sendo uma estratégia chave para a prevenção de doenças infecciosas e para a promoção da saúde comunitária. E, segundo Cohen *et al.* (2011) e Mello *et al.* (2018), ao fornecer informações claras e detalhadas sobre os indicadores e o funcionamento do programa, os gestores podem preencher lacunas de conhecimento e melhorar a implementação. Assim, a falta de conhecimento e a falta de treinamento entre os profissionais de saúde observada na região podem comprometer a eficácia dos programas e a implementação das estratégias de saúde.

A literatura também enfatiza a importância do papel do gestor na coordenação e gestão de recursos. Gestores eficientes são necessários para garantir que os recursos sejam utilizados adequadamente e que as necessidades das equipes de saúde sejam atendidas (Burns *et al.*, 2012; Armstrong; Taylor, 2014; Kumar; Paton; Kirigia, 2014; WHO, 2010). O conhecimento e percepção dessas questões nas regiões estudadas foram buscados por meio **da questão 10, que avalia a presença de insumos e equipamentos necessários para que a equipe possa realizar as ações e procedimentos necessários à APS.**

Igualmente às questões anteriores, 70% dos gestores entendem a importância dos insumos e dos equipamentos, que incluem, segundo o Gestor 6:

:

Medicamentos básicos: Para tratamento de doenças comuns e crônicas. Equipamentos de medição: Como balanças, termômetros, e aparelhos de pressão. Materiais de higiene: Como luvas e desinfetantes. Materiais para exames: Como kits para exames laboratoriais e equipamentos para exames de imagem. Como gestor, asseguro a aquisição e a gestão desses insumos através de parcerias com fornecedores, compras regulares e manutenção de estoque adequado para evitar faltas". Por outro lado, três gestores [...] declaram que [...] não sei quais são os insumos e equipamentos necessários para a equipe de saúde da família na Atenção Primária à Saúde. Também não sei como um gestor oferece tais insumos.

Percebe-se, assim, que, também no caso dos insumos e equipamentos para o atendimento à APS, não há total clareza entre os gestores. Como os equipamentos médicos são essenciais para a realização de diagnósticos e tratamentos na APS, o desconhecimento do principal gestor responsável pela APS pode comprometer a qualidade do atendimento.

As Questões 11 e 14 buscaram avaliar a compreensão dos gestores sobre a importância da formação especializada e continuada, sobre como a Capacitação Ponderada interfere no financiamento e quais as sugestões para a melhoria dos resultados nos indicadores. Diversos estudos mostram que as atualizações regulares ajudam a manter a relevância da formação e a

eficácia na prática profissional. Também destacam que a formação especializada é fundamental para a implementação eficaz dos sistemas de registro e manejo de informações (Berman; Ahuja; Bhandari, 2018; Smith; Houghton, 2018). Deve ser contínua e atualizada regularmente para incorporar novas tecnologias e melhores práticas (Davis *et al.*, 2012; Anderson *et al.*, 2019; Greenhalgh; Howick; Maskrey, 2017; Stolberg; Smith; Suskind, 2013).

No caso das regiões estudadas, a pesquisa apurou a mesma proporção encontrada nas questões anteriores, ou seja, 70% dos gestores reconhecem a importância da formação, que deve ser, segundo o Gestor 2,

[...] educativa, sistematizada e permanente para garantir que os profissionais estejam atualizados com as melhores práticas e mudanças nas diretrizes. Isso se deve à necessidade de adaptação constante às novas tecnologias, políticas de saúde e melhores práticas.

Por outro lado, para os demais gestores, como o caso do,

Gestor 5: [...] não há uma compreensão clara sobre se a formação é uma intervenção educativa sistematizada e permanente. Não tenho certeza dos aspectos que determinam essa formação.

Igualmente, no caso do Gestor 1: [...] não me preocupo muito com os detalhes da formação oferecida. Acredito que deve haver algum tipo de formação, mas não me envolvo muito com os aspectos sistematizados ou permanentes.

Essas duas últimas falas revelam, mais do que desconhecimento, descaso com a formação continuada da equipe.

No caso da Capacitação Ponderada e de sugestões para a melhoria dos resultados nos indicadores, a pesquisa apurou que cinco gestores reconhecem que treinamentos contínuos para a equipe, melhoria no acesso a dados e ferramentas de gestão são estratégias de melhoria contínua. Além disso, a integração entre as diferentes unidades de saúde pode ajudar a otimizar recursos e melhorar os resultados. Assim, sugerem: **melhorar a coleta e análise de dados**, para garantir que os indicadores reflitam com precisão a qualidade do atendimento; **investir em treinamento contínuo**, para todos os profissionais de saúde, garantindo que estejam atualizados e competentes; **fomentar a integração entre serviços**, para otimizar o atendimento e melhorar os resultados gerais de saúde.

Por outro lado, a Capacitação Ponderada é mencionada de forma limitada e a preocupação não é compartilhada por todos os gestores. Os gestores 4 e 5 declaram que:

[...] não estou familiarizado com a Capacitação Ponderada ou com sugestões específicas para melhorar a gestão em saúde e os resultados dos indicadores. Não tenho

conhecimento suficiente sobre a Capitação Ponderada para sugerir melhorias específicas para a gestão em saúde ou para os resultados dos indicadores.

Pode-se observar que há significativo desconhecimento do tema por parte de alguns entrevistados. Isso sugere que, embora seja um tema importante, não está suficientemente compreendido ou discutido entre os participantes. Faz-se necessário aumentar o conhecimento sobre a Capitação Ponderada e considerar sua aplicação, se relevante, para melhorar a gestão e o financiamento dos serviços de saúde.

Perguntados na Questão 15 sobre como avaliam o **impacto do novo programa Previne de financiamento na qualidade do atendimento ao usuário do SUS, considerando a captação de recursos e as melhorias implementadas**, metade dos gestores entrevistados avaliam que o novo programa de financiamento trouxe boas melhorias. Além da melhoria na captação de recursos, houve também respostas sobre a importância em aprimorar a qualidade do atendimento. Segundo o Gestor 6: “Isso devia ser evidenciado no aumento das práticas de prevenção e uma melhor coordenação dos cuidados, resultando em uma melhor experiência para os usuários do SUS”.

Contudo, a outra metade dos gestores entrevistados não tem uma avaliação detalhada sobre o novo programa de financiamento e não sabe responder se houve ou não melhoria na captação de recursos ou na qualidade do atendimento. A avaliação do gestor expressa bem esse desconhecimento. “Para o Gestor 2, “[...] não tenho uma avaliação detalhada sobre o novo programa de financiamento. A melhoria na captação de recursos ou na qualidade do atendimento não é algo que eu acompanho de perto”.

Perguntados na Questão 16, sobre quais foram as principais melhorias implementadas recentemente a partir do programa Previne, na qualidade do atendimento e na alocação de recursos nas unidades de saúde, e como essas ações impactaram os indicadores de saúde da população, a resposta se inverteu com relação ao padrão observado até então: 70% dos gestores não têm informações sobre melhorias, ou não responderam à questão; por outro lado, três gestores, aproximadamente 30%, consideram que houve sim, melhorias. As melhorias apontadas foram:

1. Na alocação de recursos financeiros, evidenciadas por ajuste na distribuição de fundos para atender melhor às necessidades das unidades de saúde;
2. No aprimoramento na formação da equipe, evidenciado por programas de treinamento contínuo para melhorar as habilidades e o conhecimento dos profissionais;

3. No aumento na cobertura de serviços preventivos, com maior foco em ações de prevenção e promoção da saúde, resultando em melhores indicadores de desempenho;
4. Aumento na cobertura vacinal.

Resultando em maior proteção contra doenças; **melhoria na gestão de doenças crônicas**, com acompanhamento mais eficaz e controle de condições como diabetes e hipertensão; e, finalmente, houve **aprimoramento na comunicação com a comunidade**, observado pelas melhorias nas estratégias de engajamento e educação para promover a saúde.

Finalmente, na Questão 17, a pesquisa encontrou unanimidade nas respostas, pois todos os gestores se **sentiram confortáveis em fornecer respostas detalhadas sobre as questões abordadas, e decidiram livremente responder a todas as perguntas apresentadas**. Esta espontaneidade valida as respostas obtidas, pois expressam exatamente a situação observada na região, qual seja: a relação entre o Programa Previne Brasil, o financiamento, a capitação de recursos e a qualidade do atendimento no SUS é complexa e multifacetada. Esse modelo de capitação ponderada, que surgiu para melhorar a gestão e a qualidade do atendimento ao proporcionar um financiamento mais ajustado às necessidades da população, ainda não teve sua eficiência plenamente comprovada. A pesquisa mostrou que muitos gestores ainda desconhecem o programa e têm dificuldades em sua implementação.

O estudo apresenta algumas limitações que precisam ser consideradas. Uma delas é que, embora tenha sido observada uma unanimidade nas respostas de todos os gestores sobre a Questão 17, a pesquisa dependeu das percepções e declarações subjetivas dos participantes, o que pode introduzir algum viés nas respostas.

No entanto, o estudo também apresenta várias potencialidades. Ele oferece uma visão aprofundada das dificuldades enfrentadas pelos gestores municipais na implementação do Programa Previne Brasil, particularmente no que diz respeito à compreensão do modelo de capitação ponderada e sua relação com o financiamento e a qualidade do atendimento no SUS, promovendo um viés com a universalização da saúde. A pesquisa permitiu identificar lacunas no conhecimento e na capacitação dos gestores, o que aponta para a necessidade de estratégias de formação mais eficazes. Além disso, o fato de os gestores terem se mostrado dispostos a fornecer respostas espontâneas e detalhadas sobre o tema confere maior credibilidade e profundidade às informações obtidas, oferecendo insights valiosos sobre as percepções locais em relação à política pública em questão.

O estudo contribui significativamente para o SUS, o território pesquisado e o Programa de Pós-Graduação. Para o SUS, a pesquisa amplia a compreensão sobre os desafios enfrentados

na implementação do Programa Previne Brasil no nível municipal, destacando a necessidade de maior capacitação dos gestores e de uma comunicação mais eficaz sobre os objetivos e funcionamento do programa. Essas informações podem auxiliar na formulação de políticas públicas mais adequadas para melhorar a gestão dos recursos do SUS e otimizar a qualidade do atendimento à população. Entretanto, vale ressaltar que o Programa Previne Brasil foi revogado por meio da Portaria nº. 3.493/2024, que institui uma nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de APS no âmbito do SUS, sem, no entanto, concluir um ciclo com os Municípios antes de iniciar um novo ciclo com as diretrizes dessa nova metodologia (BRASIL, 2024).

Para o território pesquisado, o estudo proporciona uma visão detalhada da realidade local, identificando as principais dificuldades e oportunidades de melhoria na gestão da saúde. Ele pode servir de base para a formulação de ações específicas para melhorar a implementação do Programa Previne Brasil, além de contribuir para o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população.

Já para o Programa de Pós-Graduação, a pesquisa contribui para o avanço do conhecimento na área de saúde pública e gestão em saúde, fornecendo uma análise concreta dos desafios enfrentados pelos gestores em relação à implementação de políticas de saúde. Esse estudo pode se tornar uma importante referência para futuras pesquisas que explorem a eficácia do Programa Previne Brasil, além de fornecer uma aplicação prática dos conceitos acadêmicos, fortalecendo a formação crítica dos pós-graduandos ao discutir a implementação e a gestão de políticas públicas no contexto do SUS.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa revelou que o Programa Previne Brasil trouxe mudanças significativas no modelo de financiamento e gestão da APS, mas também expôs diversas limitações e desafios que afetaram sua eficácia e a equidade do programa. Embora tenha gerado impactos positivos, como a tentativa de otimizar a gestão dos recursos, os resultados foram variados e dependeram do contexto local e da capacidade administrativa dos municípios.

Os resultados heterogêneos indicam que muitos municípios não conseguiram alcançar as metas estabelecidas. Indicadores como o acompanhamento de gestantes (consultas e exames) e a vacinação infantil apresentaram desempenho abaixo do esperado, especialmente em regiões com menor capacidade de gestão. As dificuldades em cumprir prazos rígidos e as metas exigentes impactaram negativamente a implementação, resultando em desigualdades no acesso aos recursos. Municípios como Santa Fé do Sul sofreram perdas significativas de recursos devido ao não cumprimento das metas, evidenciando as fragilidades do modelo, principalmente em áreas mais vulneráveis.

Além disso, apesar do comprometimento parcial das equipes de saúde com o programa, muitos profissionais enfrentaram dificuldades em equilibrar as demandas administrativas com o atendimento à população. A sobrecarga de trabalho, aliada à falta de recursos para informatização e treinamento adequado, causou desânimo e desgaste nas equipes, comprometendo a qualidade dos serviços prestados.

A pesquisa também revelou a diversidade no perfil dos gestores municipais. Alguns demonstraram um alto comprometimento com os objetivos do programa, utilizando os indicadores para melhorar a gestão e otimizar recursos. Outros, porém, adotaram uma postura mais burocrática, cumprindo apenas formalidades sem se engajar efetivamente na melhoria dos serviços. Essa falta de coordenação dificultou a implementação eficiente do programa, criando um processo fragmentado, no qual municípios mais estruturados se adaptaram melhor, enquanto os mais vulneráveis enfrentaram maiores dificuldades.

O estudo forneceu uma análise crítica sobre o impacto do Previne Brasil no acesso e na qualidade da APS. Embora o modelo de financiamento baseado em desempenho tenha sido uma inovação, ele trouxe complexidade adicional e desafios, especialmente para municípios com menor capacidade administrativa. Isso comprometeu os princípios de universalidade e equidade do SUS, uma vez que a aplicação uniforme de metas e indicadores gerou desigualdades no acesso aos recursos e no atendimento à população.

A pesquisa apontou que o Programa Previne Brasil exacerbava as desigualdades entre municípios com maior e menor capacidade de gestão e revelou disparidades no engajamento de gestores e equipes de saúde. A fragmentação e a falta de uma coordenação eficiente comprometeram a implementação homogênea do programa, uma falha também discutida em outros estudos. Esses estudos destacaram a falta de flexibilidade do modelo para atender às especificidades regionais, uma das principais lacunas do programa.

Com base nessas evidências, é claro que o modelo de financiamento adotado pelo Previne Brasil precisa ser revisado para levar em conta as diferentes realidades regionais e capacidades locais. A dependência excessiva dos indicadores de desempenho, sem a devida flexibilização, prejudicou a qualidade e a abrangência dos serviços prestados, afastando-se dos princípios constitucionais do SUS. A variação na eficácia administrativa e a natureza burocrática do programa dificultaram a realização dos objetivos de melhoria no atendimento à saúde.

A revogação do Programa Previne Brasil, por meio da Portaria 3.493/2024, introduziu uma nova metodologia de cofinanciamento do Piso de APS. Essa abordagem propõe um modelo baseado em 21 indicadores, abrangendo áreas como vínculo e cuidado, ESF, saúde bucal e e-multi. O novo sistema visa substituir o modelo anterior, centrado em metas quantitativas rígidas, por um que valoriza a qualidade da atenção prestada, buscando alinhar melhor as necessidades locais à política de financiamento do SUS.

Embora a introdução de novos indicadores represente um avanço, o sucesso dessa nova metodologia dependerá da capacidade dos municípios de se adaptarem ao modelo mais flexível, que precisa ser sensível às especificidades regionais. O objetivo é garantir uma gestão mais integrada da APS, fortalecendo o vínculo entre as equipes de saúde e as comunidades, e promovendo uma atenção integral e contínua à saúde da população.

Conclui-se que, embora o Programa Previne Brasil tenha introduzido inovações importantes na gestão do SUS, sua implementação não alcançou os objetivos de melhorar a qualidade do atendimento e otimizar a alocação de recursos, provocando um viés contrário à universalização da saúde. O programa revelou aspectos negativos significativos, como a dependência de fatores externos ao controle dos gestores, a falta de capacitação e a dependência de indicadores de desempenho que geraram desigualdades no acesso aos recursos e sobrecarga para os profissionais de saúde, especialmente em municípios mais vulneráveis.

As evidências apontam para a necessidade urgente de um modelo de financiamento mais flexível, que respeite as diferenças regionais e promova um SUS mais justo, equitativo e eficaz. Os motivos para a possível extinção do Previne Brasil estão profundamente ligados a desafios

estruturais, financeiros e organizacionais. A literatura acadêmica sobre o tema indica que, embora o programa tenha buscado melhorar a saúde da população, sua implementação enfrentou barreiras significativas que comprometeram sua eficácia e sustentabilidade. As críticas mais frequentes envolvem a desigualdade na distribuição de recursos, a complexidade administrativa, a falta de qualificação profissional, a desconexão com as necessidades locais, contrariando a universalização da saúde, e a fragilidade na integração com outros níveis do SUS.

Esses fatores, somados à escassez de investimentos e à pressão por resultados imediatos, indicam que o Previn Brasil precisa ser reformulado ou até extinto, para dar espaço a modelos mais eficazes e adaptados à realidade do país. A nova proposta de cofinanciamento, que prioriza a qualidade da APS, representa uma oportunidade para repensar a gestão do SUS e promover melhorias na saúde da população brasileira, sem comprometer os princípios de universalidade e equidade que são fundamentais para o SUS, conforme preconizado pela Constituição Brasileira.

O Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), embora amplie o registro e acompanhamento dos pacientes, reflete um modelo de captação de dados e financiamento baseado na capitação ponderada. Esse sistema condiciona a receita e o repasse de recursos ao cumprimento de critérios específicos, gerando um viés seletivo que contraria o princípio de universalização do SUS. Ao direcionar recursos com base em fatores regionais e populacionais, limita o acesso igualitário e distancia-se dos ideais de um sistema de saúde verdadeiramente universal.

A capitação ponderada, adotada no Programa Previn Brasil, introduz uma dinâmica de financiamento seletivo, que condiciona a distribuição de recursos a características demográficas e regionais. Embora busque direcionar os recursos conforme as necessidades locais, muitas vezes reforça desigualdades, limitando o acesso igualitário aos serviços de saúde, especialmente nas regiões menos favorecidas. Essa abordagem contrasta com a filosofia do SUS, que visa garantir assistência integral e universal, independentemente das características populacionais ou regionais, e traz à tona a necessidade de revisar as políticas de financiamento para promover, de fato, a equidade no acesso à saúde pública.

A extinção do Programa Previn Brasil, motivada por críticas à sua natureza seletiva e ao impacto limitado na universalização do SUS, expõe a urgência de repensar as políticas de financiamento da saúde, tornando-as mais inclusivas e abrangentes. Embora o programa tenha apresentado limitações, os aprendizados obtidos podem orientar a formulação de futuras estratégias que integrem eficiência na gestão dos recursos com os princípios de equidade e

universalidade, essenciais para garantir que os serviços de saúde atendam de forma justa e acessível a toda a população.

Sendo assim, vale ressaltar que o co-financiamento surge como uma proposta de reformulação no modelo de financiamento do SUS, com a finalidade de substituir o Programa Previne Brasil. A iniciativa visa corrigir distorções do modelo anterior, que apesar de ter introduzido inovações na gestão da saúde, não conseguiu resolver adequadamente as desigualdades na distribuição de recursos entre os municípios brasileiros. O Previne Brasil estabeleceu um sistema de repasses financeiros com base em indicadores de desempenho, o que, embora tenha incentivado melhorias em algumas áreas da APS, acabou penalizando municípios mais vulneráveis. Estes, muitas vezes, não conseguiam atender às exigências do programa devido à falta de infraestrutura, profissionais e recursos. Como resultado, a desigualdade entre os municípios persistiu, e muitos deles enfrentaram dificuldades para melhorar a qualidade dos serviços oferecidos à população.

O novo modelo de co-financiamento busca ser uma alternativa mais equilibrada, que considere a realidade de cada município e promova a distribuição de recursos de forma mais justa. Ao integrar os repasses federais, estaduais e municipais, a proposta visa uma articulação mais eficiente entre as esferas de governo, levando em conta as particularidades de cada região. Um dos principais objetivos do co-financiamento é garantir que os municípios mais carentes recebam recursos adicionais, ajustados à sua realidade, de forma que possam suprir suas deficiências estruturais e oferecer um atendimento de saúde adequado à população. O foco na equidade é, portanto, um dos pilares desse novo modelo, que busca garantir que todos os brasileiros, independentemente de onde vivam, tenham acesso aos mesmos padrões de qualidade na saúde pública.

Além disso, o co-financiamento tem como uma de suas principais metas fortalecer a APS, que é a base do SUS. A APS é responsável pela maior parte do atendimento à população e pela prevenção de doenças, e sua melhoria é fundamental para a promoção da saúde no Brasil. O novo modelo de financiamento deverá priorizar, então, a qualidade do atendimento e a eficiência na gestão dos recursos, estimulando os municípios a buscar alternativas que melhorem o atendimento à população, com foco na prevenção e no tratamento contínuo de doenças crônicas. Para isso, o co-financiamento pretende vincular os repasses aos resultados obtidos nas unidades de saúde, incentivando a busca por melhores práticas e maior resolutividade no atendimento.

No entanto, apesar das expectativas positivas em relação ao novo modelo, sua implementação será desafiadora. A adaptação dos gestores locais ao novo sistema de

financiamento exigirá não apenas uma maior capacitação técnica, mas também uma boa coordenação entre as diversas esferas de governo. A transparência e o controle dos repasses serão essenciais para garantir que os recursos cheguem onde são mais necessários, evitando que a falta de fiscalização comprometa o sucesso do modelo. Além disso, o co-financiamento exigirá um monitoramento constante dos indicadores de saúde, de modo que os investimentos possam ser ajustados de acordo com os resultados obtidos e as necessidades locais.

Portanto, a transição para o co-financiamento no SUS representa uma tentativa de corrigir as falhas do modelo anterior, com um foco renovado na equidade e na qualidade da saúde pública. Se bem implementado, o modelo tem o potencial de promover um sistema de saúde mais justo, eficiente e acessível para todos os cidadãos, reduzindo as desigualdades regionais e garantindo um atendimento de saúde que atenda às reais necessidades da população brasileira. Contudo, seu sucesso dependerá de uma implementação cuidadosa, com gestão eficiente, transparência nos repasses e compromisso dos gestores públicos em buscar soluções inovadoras para os desafios locais da saúde.

O novo modelo de co-financiamento proposto para o SUS traz consigo um formato estruturado de repasses, com base em quatro eixos principais, que visam a promoção de uma gestão mais eficiente, equitativa e qualificada da saúde pública no Brasil. Esses eixos foram definidos para orientar a distribuição dos recursos e o alcance das metas, sendo cada um deles associado a indicadores específicos para medir o desempenho das gestões municipais e estaduais. A ideia central é melhorar o financiamento e a qualidade da APS, incentivando práticas mais eficazes, focadas em resultados concretos e na redução das desigualdades regionais.

O primeiro eixo do co-financiamento é a **qualidade da atenção prestada**, que tem como objetivo garantir que o atendimento à saúde seja eficiente e resolutivo. Para medir esse eixo, serão utilizados indicadores que avaliam, por exemplo, a cobertura vacinal, a realização de exames preventivos e o acompanhamento de doenças crônicas. Esses indicadores buscam promover um atendimento mais eficiente, com foco na prevenção, que é um dos pilares da APS, além de garantir que a população receba o acompanhamento adequado para evitar complicações de doenças que poderiam ser tratadas precocemente.

O segundo eixo está relacionado à **acessibilidade do serviço**, que visa garantir que todas as pessoas, especialmente as mais vulneráveis, tenham acesso aos serviços de saúde. Para avaliar este eixo, o co-financiamento utilizará indicadores como o tempo de espera para atendimentos, a disponibilidade de serviços nas áreas mais remotas, a quantidade de consultas realizadas e a acessibilidade às unidades de saúde. A ideia é que, com a utilização desses dados,

seja possível identificar se o sistema está sendo efetivamente capaz de alcançar toda a população, sem que haja barreiras no acesso devido à localização geográfica ou à falta de recursos.

O terceiro eixo diz respeito à **eficiência da gestão dos recursos financeiros e humanos**. Este eixo busca garantir que os recursos destinados ao SUS sejam bem administrados, sem desperdício, e que as unidades de saúde funcionem de maneira eficiente. O indicador principal aqui será a gestão de recursos, incluindo a capacidade de aplicar o financiamento de forma responsável e sustentável. Também serão avaliados indicadores como a distribuição de profissionais de saúde nas regiões mais necessitadas, o tempo de resposta aos atendimentos e a organização das equipes de saúde, com foco em aumentar a produtividade sem sacrificar a qualidade do atendimento.

O quarto e último eixo do co-financiamento é o **impacto na saúde da população**, ou seja, a melhoria efetiva dos indicadores de saúde da população, que deve ser a principal medida de sucesso do modelo. Esse eixo está diretamente relacionado ao aumento da expectativa de vida, a diminuição da mortalidade infantil, a redução das internações hospitalares evitáveis e a diminuição da carga de doenças crônicas. Os indicadores de impacto serão fundamentais para avaliar se os investimentos realizados nas ações de APS estão resultando em benefícios reais para a saúde da população.

Cada um desses eixos tem seus indicadores de desempenho específicos, que devem ser monitorados de perto pelos gestores locais, estaduais e federais. O modelo de co-financiamento, ao articular os recursos de forma mais integrada e eficiente, busca promover uma gestão mais transparente, onde os repasses financeiros serão vinculados diretamente ao alcance de metas concretas e à melhoria da saúde pública. Isso implica não apenas a medição da quantidade de atendimentos realizados, mas, principalmente, a análise da qualidade do serviço prestado, da acessibilidade aos serviços e da eficiência na gestão de recursos.

Portanto, o novo modelo de co-financiamento não se limita apenas a um ajuste nos repasses financeiros, mas propõe uma reformulação na forma como a saúde pública é gerida no Brasil, com foco em resultados reais e na melhoria contínua do atendimento à população. O sucesso desse modelo dependerá da capacidade dos gestores em monitorar esses indicadores e adotar estratégias de gestão que promovam, de fato, a equidade e a qualidade da Atenção Primária à Saúde em todas as regiões do país.

A devolutiva do trabalho para os gestores será realizada de forma presencial, após a defesa, em data previamente agendada e conforme a disponibilidade de cada um. Isso garantirá que cada gestor receba um feedback personalizado e eficiente. Esse processo é fundamental

para assegurar que as gestões municipais compreendam como estão utilizando os recursos do financiamento do Programa Previne Brasil, com base nos indicadores, pesquisas e entrevistas realizadas, além de avaliar se os objetivos propostos para a APS estão sendo alcançados. O objetivo é que cada gestor tenha a oportunidade de analisar os resultados obtidos nos indicadores de desempenho relacionados aos quatro eixos do novo modelo: qualidade da atenção, acessibilidade, eficiência e impacto na saúde da população.

O encontro presencial oferece um espaço mais adequado para discussões detalhadas, permitindo que os gestores tirem dúvidas diretamente com os responsáveis. Durante a devolutiva, serão apresentados os resultados obtidos, incluindo tanto os pontos positivos quanto as áreas que necessitam de melhorias. O gestor será incentivado a refletir sobre os dados, analisar onde há lacunas e sugerir alternativas ou estratégias para aprimorar a gestão da saúde no município.

Além disso, ao ser agendada de acordo com a disponibilidade do gestor, a devolutiva garante que os profissionais responsáveis pela gestão da saúde tenham tempo para se preparar para o encontro e possam participar de maneira mais ativa e produtiva. Essa estratégia presencial e personalizada também tem como objetivo fortalecer a parceria entre os gestores e os técnicos responsáveis pelo acompanhamento dos indicadores do financiamento, criando um ambiente colaborativo onde ambos possam trabalhar juntos para melhorar os resultados da saúde pública.

Em suma, a devolutiva presencial oferece um espaço para que os gestores municipais possam compreender detalhadamente os resultados do trabalho, discutir as estratégias de melhoria e ajustar os rumos conforme as necessidades locais, sempre com a flexibilidade de agendamento que respeita sua agenda e a dinâmica dos serviços municipais.

A questão de os indicadores do Programa Previne Brasil serem os "melhores" depende de sua adequação às realidades locais e à capacidade de monitoramento e análise dos gestores. Embora sejam essenciais para avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde, é fundamental que sejam constantemente ajustados para refletir as necessidades específicas de cada município e os resultados práticos nas comunidades.

Os indicadores do Programa Previne Brasil foram escolhidos para medir a qualidade e os resultados da APS, mas sua eficácia depende de como se adaptam às diferentes realidades dos municípios. Para serem realmente úteis, esses indicadores precisam ser constantemente ajustados com base nas características locais, como as condições de saúde da população e os recursos disponíveis, além de serem monitorados de forma eficiente pelos gestores. Assim, a avaliação da saúde pública será mais precisa e capaz de gerar melhorias concretas.

Este trabalho avançou no conhecimento sobre o Programa Previne Brasil ao analisar de forma crítica seus impactos e limitações, destacando a dependência de indicadores de desempenho rígidos, que, embora inovadores, acabaram exacerbando desigualdades entre municípios com diferentes capacidades de gestão. A pesquisa revelou que, embora o programa tenha trazido avanços no financiamento da APS, sua implementação gerou disparidades no acesso aos recursos e na qualidade dos serviços, especialmente nas regiões mais vulneráveis. Além disso, identificou a necessidade de um modelo mais flexível e adaptado às realidades locais, alinhando melhor as políticas de financiamento às especificidades regionais e aos princípios de universalidade e equidade do SUS. Esses achados contribuem para a compreensão das falhas estruturais do programa e fornecem subsídios para a formulação de novas abordagens de financiamento mais eficazes e inclusivas no SUS.

REFERÊNCIAS

- ACURCIO, F. A. Evolução das políticas de saúde no Brasil. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Programa MultiplicaSUS: curso básico sobre o SUS: (re)descobrimos o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 74 p.: il. (Série D. Reuniões e Conferências). Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0374_M.pdf. Acesso em: 23 fev. 2024.
- ALMEIDA, C. Reforma de sistemas de saúde: tendências internacionais, modelos e resultados. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz: Cebes, 2012. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2024.
- ANDERSON, C. *et al.* A review of educational strategies to improve healthcare management of type 2 diabetes and hypertension. **Journal of Clinical Nursing**, v.28, n.23-24, p.4261-4272, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.15049>. Acesso em: 30 ago. 2024.
- ANDRADE, L. A.; SILVA, M. E.; COSTA, R. M. A eficácia das visitas domiciliares na Atenção Primária à Saúde: um estudo de caso em uma comunidade vulnerável. **Revista de Saúde Pública**, v.49, n.3, p.331-337, 2015.
- ARAÚJO, I. M. M. de; SILVA, G. P. da; SILVA, G. S. F. da; SILVA, S. dos S.; LIMA, R. E. P. de.; NASCIMENTO, D. F. do. Atenção primária e informação em saúde: desempenho e financiamento no município de Natal/RN. **Revista Ciência Plural, [S. l.]**, v. 10, n. 2, p. 1–21, 2024. DOI: 10.21680/2446-7286.2024v10n2ID36337. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/36337>. Acesso em: 8 nov. 2024.
- AROUCA, A. S. S. **A reforma sanitária brasileira**. Tema/Radis, n. 11, p. 2-4, nov. 1988.
- ARMSTRONG, M.; TAYLOR, S. **Armstrong's Handbook of Human Resource Management Practice**. 2014. Kogan Page Publishers.
- ASH, J. S.; BERG, M.; COIERA, E. Some unintended consequences of information technology in health care: The nature of patient care information system-related errors. **Journal of the American Medical Informatics Association**, v.11, n.2, p.104-112, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1197/jamia.M1471>. Acesso em: 13 ago. 2024.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70. 2006. (Obra original publicada em 1977).
- BAKER, G. R. *et al.* The Canadian Adverse Events Study: The incidence of adverse events among hospital patients in Canada. **CMAJ**, v.170, n.11, p.1678-1686, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1503/cmaj.1040498>. Acesso em: 14 jul. 2024.
- BAPTISTA, T. W. F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. *In*: MATTA, G. C.; MOURA, A. L. (Org.). **Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2007. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/his-37595>. Acesso em: 12 jan. 2024.

BARTON, A. J. *et al.* A national Delphi to determine developmental progression of quality and safety competencies in nursing education. **Nursing Outlook**, v.55, n.5, p.318-326, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2007.06.004>. Acesso em: 14 jul. 2024.

BATES, D. W. *et al.* Relationship between medication errors and adverse drug events. **Journal of General Internal Medicine**, v.10, n.4, 199-205, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/BF02599929>. Acesso em: 30 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial**, Brasília, DF, 11 abr. 2024.

BERMAN, E. M.; CAMPBELL, R. J. **Effective management in public health organizations**. New York: Springer, 2012.

BERMAN, P.; AHUJA, R.; BHANDARI, L. The impoverishing effect of healthcare payments in India: New methodology and findings. **Economic & Political Weekly**, v.43, n.16, p.55-65, 2018.

BERWICK, D. M. A user's manual for the IOM's 'Quality Chasm' report. **Health Affairs**, v.21, n.3, p.80-90, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.21.3.80>. Acesso em: 10 abr. 2024.

BERWICK, D. M. Disseminating innovations in health care. **JAMA**, v. 289, n.15, p.1969-1975, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.289.15.1969>. Acesso em: 10 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O sistema público de saúde brasileiro**. Brasília, DF.: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf Acesso em: 10 jun. 2021.

BRASIL, Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. Brasília, DF., 1990. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2005/financiamentodasacoes.htm Acesso em: 19 jan. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de média e alta complexidade no SUS**. Brasília, DF.: Conass, 248 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, n. 9). 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/collec_progestores_livro9.pdf Acesso em: 17 jun 2022.

BRASIL. Conselho nacional de secretários de saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília: CONASS; 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kJ648bXd7wWb6gQZcwrBd3B/> Acesso em: 19 ago. 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF.: Câmara Federal, 1988. Disponível em:

https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf Acesso em: 20 mar. 2021.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei orgânica da saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990a. Disponível em www.saude.gov.br Acesso em: 10 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. O sistema público de saúde brasileiro. **Seminário internacional tendências e desafios dos sistemas de saúde nas Américas**, São Paulo, ago. 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ans/tendencias_desafios_sistema_saude.pdf Acesso em 10 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 20 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.539, de 26 de setembro de 2019. Altera as Portarias de Consolidação nº 2e nº 6, de 2017, para instituir equipe de Atenção Primária - eAP e dispor sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal - eSB com carga horária diferenciada. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2019a, 27 nov. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2539_27_09_2019.html. Acesso em: 24 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, 2019b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html Acesso em: 20 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Coordenação Geral de Informação da Atenção Primária. **Nota Técnica Explicativa do Relatório de Indicadores de Desempenho da APS (Previne Brasil-2022)**. 2022. Disponível em: https://sisab.saude.gov.br/resource/file/nota_tecnica_indicadores_de_desempenho_20220603.pdf. Acesso em: 10 fev. 2024.

BURCHARD, E. G. *et al.* The importance of race and ethnic background in biomedical research and clinical practice. **New England Journal of Medicine**, v.348, n.12, p.1170-1175, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMsa013216>. Acesso em: 30 abr. 2024.

BURNS, L. R.; BRADLEY, E. H.; WEINER, B. J. **Shortell and kaluzny's health care management: organization design and behavior**. Cengage Learning, 2012.

BURT, B. A.; EKLUND, S. A. **Dentistry, dental practice, and the community**. Elsevier Health Sciences, 2005.

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306, mar./abr. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kJ648bXd7wWb6gQZcwrBd3B/> Acesso em: 19 fev. 2021.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. **Vaccination coverage among children aged 19–35 months — United States**, 2019. Disponível em: <https://www.cdc.gov/vaccines>. Acesso em: 02 ago. 2024.

COHEN, D. J. *et al.* A practice change model for quality improvement in primary care practice. **Journal of Healthcare Management**, v.56, n.5, p.321-336, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00115514-201109000-00004>. Acesso em: 02 ago. 2024.

COHEN, D. J. *et al.* Coordination of health behavior counseling in primary care. **Annals of Family Medicine**, v.9, n.5, p.406-415, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1370/afm.1233>. Acesso em: 10 jul. 2024.

COSTA, N. R.; PINTO, L. F. Avaliação de programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.7, n.4, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JbL6S9ZcPq8c3ZFyS5kDbVv/?lang=pt>. Acesso em: 28 jan. 2023.

CRESSWELL, K. M.; WORTH, A.; SHEIKH, A. Implementation of electronic health records in UK secondary care: A qualitative analysis of interim results from a prospective national evaluation. **BMJ Open**, v.3, n.10, e003712., 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003712>. Acesso em: 04 set. 2024.

CUNHA, C.R.H. *et al.* Carteira de serviços da atenção primária à saúde: garantia de integralidade nas equipes de saúde da família e saúde bucal no Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**, v.24, n.5, 2019, p.1809-1820. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/htnJGKWddBNkc6rjgyZLGKG/>. Acesso em: 20 abr. 2024.

DAVIS, D. *et al.* **Changing physician performance**: a systematic review of the effect of continuing medical education strategies, 2012.

DONABEDIAN, A. The quality of care: How can it be assessed? **JAMA**, v.260, n.12, p.1743-1748, 1988. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>. Acesso em: 04 jul. 2024.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em debate**, v. 42, n. spe1, p. 208-223, 2018.

GAYNOR, M.; VOGT, W. B. Competition among hospitals. **RAND Journal of Economics**, v.34, n.4, p.764-785, 2003.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C.M.; ALMEIDA, P.F. Política nacional de atenção básica: para onde vamos? **Ciência Saúde Coletiva**, v.25, p.1475-82, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/TGQXJ7ZtSNT4BtZJgxYdjYG/abstract/?lang=pt> Acesso em: 17 fev. 2022.

GOMES, L. C. P. da C.; ARAÚJO, L. G. de.; VASCONCELOS, L. A. de; DUARTE, L. do S. S. Construção de um guia para preenchimento dos indicadores do Previne Brasil no prontuário eletrônico do cidadão. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 308-319, 2024.

GREENHALGH, T.; HOWICK, J.; MASKREY, N. Evidence based medicine: a movement in crisis? **Bmj**, v. 348, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.g3725>. Acesso em: 30 out. 2024.

GROL, R. *et al.* **Improving patient care: the implementation of change in health care**. Oxford: John Wiley & Sons, 2005.

HARZHEIM, E. “Previne Brasil”: bases da reforma da atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1189–1196, abr. 2020. Acesso em: <https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25n4/1189-1196/>. Disponível em: 17 abr. 2022.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. The balanced scorecard: measures that drive performance. **Harvard Business Review**, v.70, n.1, p.71-79, 1992.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. **The balanced scorecard: translating strategy into action**. Harvard Business School Press, 1996.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. **The balanced scorecard: translating strategy into action**. Harvard Business Press, 2009.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. **The strategy-focused organization: how balanced scorecard companies thrive in the new business environment**. Harvard Business School Press, 2001.

KLEIN, K. J. Dynamic delegation: Shared, hierarchical, and deindividualized leadership in extreme action teams. **Administrative Science Quarterly**, v.51, n.4, p.590-621, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.2189/asqu.51.4.590>. Acesso em: 20 jul. 2024.

KUMAR, S.; PATON, C.; KIRIGIA, D. I've got 99 problems but a phantom stock ain't one: Insights into phantom stock-outs in Kenya. **BMJ Global Health**, v.2, n.3, e000473, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000473>. Acesso em: 30 jul. 2024.

MACINKO J. **Estratégia de saúde da família: acesso, utilização e impacto na saúde dos brasileiros**. Brasília: Oficina da Rede de Pesquisa Brasileira em APS; 2011. Disponível em: <https://dms.ufpel.edu.br/site/wp-content/uploads/2021/11/Acesso-e-qualidade-na-atenc%CC%A7a%CC%83o-ba%CC%81sica-E-book.pdf> Acesso em: 10 mar. 2024.

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://www.scielo.br/j/csc/a/YXgJT56kHyPXDtW4TqVLFMg/abstract/?lang=pt> Acesso em: 19 fev. 2024.

MATTA, G. C.; MOURA, A. L. (Org.). **Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2007. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/26570> Acesso em: 20 fev. 2024.

MELO, M. A. **Críticas à nova forma de alocação dos recursos federais para a Atenção Primária em Saúde - Programa Previne Brasil - no Sistema Único de Saúde (SUS): análise dos municípios brasileiros (2019-2022)**. 2024. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2024. doi:10.11606/T.6.2024.tde-08082024-144049.

MELLO, P. A. *et al.* Competency-based training in public health: A pathway to progress. **Health Education Journal**, v.77, n7, p.832-843, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0017896917743658>. Acesso em: 03 jun. 2024.

MENDES, Á.; MELO, M. A.; CARNUT, L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. **Cadernos de Saúde Pública**, v.38, n.2, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/RzCN3QfmZthv6GBQQfNQHsQ/abstract/?lang=pt> Acesso em: 27 jan. 2024.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v.21, n.1, p. 77-92, jan. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/bVMCvZshr9RxtXpdh7YPC5x/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 10 dez. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial de saúde 2018: monitorando a cobertura universal de saúde**. Genebra: OMS, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/reports/world-health-report-2018>. Acesso em: 3 set. 2024.

PEREIRA, A. G.; ALMEIDA, R. M.; SOUZA, F. L. A busca ativa na atenção primária à saúde: impacto na detecção precoce e prevenção de doenças. **Revista de Saúde Pública**, v.50, n.4, p.569-577, 2016.

RAPOSO, R. C.; SILVA, A. A. da.; PESSOA, I. B.; NEVES, P. A. M.; PINHO, J. R. O. Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado de 2018 a 2022: mudanças reais ou focalização da assistência?. **Arquivos de Saúde**, v.28, n.2, 2024. DOI: 10.25110/arqsaude.v28i2.2024-10777. Disponível em: <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v28i2.2024-10777>. Acesso em: 8 nov. 2024.

ROUSH, S. W.; MURPHY, T. V. Historical comparisons of morbidity and mortality for vaccine-preventable diseases in the United States. **JAMA**, v.298, n.18, p.2155-2163, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.298.18.2155>. Acesso em: 30 jul. 2024.

SAINFORT, F.; BOOSKE, B. C.; HUNDT, A. S. Measurement of organizational performance: Metrics in health care. **Health Services Research**, v.45, n.4, p.1205-1225, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2010.01125>. Acesso em: 03 jul. 2024.

SANTOS, M. C.; OLIVEIRA, J. P.; RIBEIRO, L. A. Redução das desigualdades em saúde através da busca ativa: uma análise na atenção primária. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v.26, n.2, p.203-210, 2018.

SARTORETTO, E. A.; TOMBINI, L. H.; MADUREIRA, V. S. F.; GEREMIA, D.S.; ROSSETTO, M.; ARAUJO, J. S. Previne brasil e financiamento da atenção primária: facilidades e dificuldades de gestores municipais de saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 32, 2024. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/79433> Acesso em: 20 abr 2024.

SETA, M. H. D; 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, supl. 2, 2021. pp. 3781-3786. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.01072020>. Acesso em: 6 fev. 2023.

SILVA, M. A.; SANTOS, R. P.; OLIVEIRA, L. C. A importância do cadastro na Estratégia Saúde da Família: gestão e eficácia no acompanhamento das necessidades de saúde. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, v.12, n.3, p.234-240, 2020.

SITTIG, D. F.; SINGH, H. Electronic health records and national patient-safety goals. **New England Journal of Medicine**, v.367, n.19, p.1854-1860, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMs1205420>. Acesso em: 30 set. 2024.

SMITH, J. A.; HOUGHTON, C. E. Putting research into practice: the process of evidence-based decision making in nursing. **Nursing Inquiry**, v.25, n.2, e12235, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nin.12235>. Acesso em: 30 jul. 2024.

SOARES, C. S.; CAMARGOS, M. C. S.; NORONHA, V. M. S. Financiamento da atenção primária à saúde e os resultados dos componentes do programa previne brasil em Minas Gerais. **Revista Gestão e Planejamento G&P**, v. 23, jan-dez, 2023. Disponível em: <https://revistas.unifacs.br/index.php/rgb/article/view/7962>. Acesso em: 4 jun. 2024.

SOLHA, R. K.T. **Sistema Único de Saúde - componentes, diretrizes e políticas públicas**. São Paulo: Saraiva, 2014.

STOLBERG, M. A.; SMITH, D. E.; SUSKIND, D. L. **Medical education and training: from theory to delivery**. CRC Press, 2013.

TANAKA, O. Y.; OLIVEIRA, V. E. Reforma(s) e estruturação do sistema de saúde britânico: lições para o SUS. **Saúde e Sociedade**, v.16, n.1, 2007, p. 7–17. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/4kkNZPj5KRqzXpgzMNPfdSw/>. Acesso em: 20 abr. 2024.

VIEIRA, J. B.; BARRETO, R.T.S. **Governança, gestão de riscos e integridade**. Brasília, DF.: Enap, 2019. Disponível em: https://repositorio.enap.gov.br/jspui/bitstream/1/4281/1/5_Livro_Governança%20Gestão%20de%20Riscos%20e%20Integridade.pdf. Acesso em: 02 maio 2024.

WAGNER, E. H.; AUSTIN, B. T.; VON KORFF, M. Organizing care for patients with chronic illness. **Milbank Quarterly**, v.74, n.4, p.511-544, 1996. Disponível em:<https://doi.org/10.2307/3350391>. Acesso em: 30 jul. 2024.

WHO (World Health Organization). **Global strategy on human resources for health: Workforce 2030**. World Health Organization, 2016. Disponível em: https://www.who.int/hrh/resources/global_strategy2030/en/. Acesso em: 30 jul. 2024.

WHO. World Health Organization). **Medical equipment maintenance programme overview**. World Health Organization, 2010. Disponível em: https://www.who.int/medical_devices/management_maintenance. Acesso em: 10 jul. 2024.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary health care: now more than ever**. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241563734>. Acesso em: 30 jun. 2024.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global health leaders: challenges and opportunities in public health management**. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/global-health-leaders-2021>.

YIN, R. K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. Porto Alegre: Penso, 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Autorização da Região de Saúde do Departamento Regional de Saúde (DRS XV) de São José do Rio Preto.

Secretaria de Saúde  **SÃO PAULO**
GOVERNO DO ESTADO
SÃO PAULO SÃO TODOS
Coordenadoria de Regiões de Saúde
Departamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto – DRS XV

CARTA DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

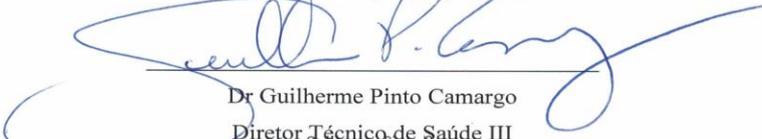
Aceito que o pesquisador João Aldo Zanachi, pertencente à Universidade de Araraquara, desenvolva sua pesquisa intitulada O PROGRAMA PREVINE BRASIL: FINANCIAMENTO E GESTÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE, tal como foi submetida à Plataforma Brasil, sob a orientação das professoras Helena Carvalho De Lorenzo e Alessandra Santos Nascimento, vinculado ao programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Territorial e Meio Ambiente da Universidade de Araraquara/UNIARA.

Ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão utilizados nessa pesquisa, concordo em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o que segue:

- 1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução CNS nº 466/2012;
- 2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- 3) Que não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa;
- 4) No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

O referido projeto será realizado no Departamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto - DRS XV e poderá ocorrer somente a partir da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Araraquara/UNIARA.

São José do Rio Preto, 12 de junho de 2023.


Dr. Guilherme Pinto Camargo
Diretor Técnico de Saúde III
Diretor do Departamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto - DRS XV

APÊNDICE 2 - Formulário fechado: equipe gestora.

1) Ainda que você possa trabalhar em mais de uma sub-região de saúde, você estará respondendo às perguntas a seguir considerando qual das duas sub-regiões abaixo? Assinale apenas uma delas:

- São José do Rio Preto
- Santa Fé do Sul

2) Assinale o município no qual você trabalha. Se for mais de um, escolha aquele município onde possui o maior número de carga horária.

- Bálamo
- Nova Aliança
- Nova Granada
- Palestina
- Paulo de Faria
- Potirendaba
- Santa Clara D'Oeste
- Santa Fé do Sul

3) Assine qual é a sua função no serviço de atenção primária à saúde.

- Médico ESF
- Médico G.O
- Cirurgião Dentista
- Enfermeira(o)
- ACS

4) Assinale a alternativa que corresponde ao seu maior grau de escolaridade.

- Ensino médio incompleto
- Ensino superior completo
- Especialização
- Mestrado
- Doutorado

5) Quanto às condições relacionadas à gestão em saúde na atenção primária nesta sub-região, como você as avaliaria?

- Péssimas
- Ruins
- Razoáveis
- Boas
- Excelentes.

6) Qual foi o principal critério usado por você para avaliar a gestão em saúde na atenção primária nesta sub-região?

- Recursos físicos
- Recursos humanos

7) Você se sente responsável pelas condições da gestão em saúde na atenção primária nesta sub-região?

- Não, não me sinto responsável
- Sim, me sinto pouco responsável
- Sim, me sinto muito responsável

8) Você se sente parte integrante da equipe gestora de saúde deste município?

- Não
- Sim, parcialmente
- Sim, totalmente

9) Se a resposta da pergunta anterior for não, pule para a próxima questão deste formulário. Se a resposta foi sim, o que te faz sentir parte da equipe gestora de saúde deste município na atividade que exerce?

- o acolhimento por parte do gestor
- o acolhimento por parte dos colegas de trabalho
- a forma como a população se responsabiliza pelo serviço

10) Como você avalia o atendimento oferecido pela equipe da atenção primária em saúde à população neste município, quanto à questão do acolhimento ao usuário?

- Não há acolhimento

- Há acolhimento, mas este precisa ser aprimorado
- Há acolhimento adequado e eficiente

11) Como você avalia o atendimento oferecido pela equipe da atenção primária em saúde à população neste município, quanto à escuta ativa das queixas e demandas dos usuários?

- Não há escuta das queixas e das demandas dos usuários
- Há escuta parcial das queixas e das demandas dos usuários
- Há escuta atenta das demandas e demandas dos usuários

12) Como você caracteriza o ambiente e as relações interpessoais existentes nesta sub-região?

- Muito agradável
- Agradável
- Indiferente
- Desagradável
- Muito desagradável

13) A Unidade em que trabalha já lhe propiciou algum treinamento acerca de como é desenvolvida a gestão em saúde na atenção primária?

- Não, nunca
- Sim, uma vez no ano
- Sim, poucas vezes no ano (até 3)
- Sim, várias vezes no ano (mais de 3)
- Sim, o treinamento é uma prática contínua

14) De acordo com seu conhecimento, assinale a alternativa que aponta quem é o responsável para realizar a gestão em saúde no município?

- Prefeito
- Secretário/Coordenador/Gestor ou Diretor de Saúde
- Organização Social
- Funcionários
- Todos os anteriores

15) Você sabe o que quer dizer indicador de Saúde?

- Sim

Não

16) Você conhece todos os indicadores de Análise Ponderada apresentados pelo Ministério da Saúde?

Sim

Não

17) O gestor da equipe lhe proporcionou algum treinamento a respeito da ferramenta utilizada para inserir os dados sobre os indicadores de análise ponderada?

Não, nunca

Sim, uma vez no ano

Sim, algumas vezes no ano (até 3)

Sim, várias vezes no ano

18) Se você pudesse quantificar seu conhecimento quanto ao manuseio do sistema e-SUS, que é responsável pela captação de todos os dados referentes às ações e serviços executados por todos os funcionários/servidores nas Unidades de Saúde, qual porcentagem você afirmaria conhecer?

até 30% do sistema e-SUS

de 31% a 50% do sistema e-SUS

de 51% a 70% do sistema e-SUS

acima de 70% do sistema e-SUS

19) O gestor já promoveu a análise dos resultados em saúde, identificados nos indicadores de Saúde, com a equipe gestora?

Não, nunca.

Sim, uma vez no ano.

Sim, algumas vezes no ano (até 3)

Sim, várias vezes no ano

20) Como você avalia a afirmação apresentada na sequência: “O Sistema de apoio técnico na rede de informática, equipamentos de informática instalados em sua Unidade, cooperação entre os profissionais e o apoio em relação à alimentação nos programas e-SUS ou privados

possibilitam bom resultado na inserção dos dados das unidades para a obtenção de um bom resultado dos indicadores do Programa Previnde Brasil?”

- () É uma informação pouco clara, pois não entendo o que ela quer dizer.
- () É uma informação clara ao mostrar a responsabilidade de preencher o e-SUS
- () É uma informação clara ao mostrar a responsabilidade de preencher o e-SUS e apontar a importância disso para o financiamento da saúde

APÊNDICE 3 - Roteiro para entrevistas com os gestores municipais de saúde.

1) Você sempre atuou como gestor na área da saúde ou é a sua primeira experiência? Conta um pouco sobre a sua trajetória na gestão com a implementação do Programa Previne.

2) As unidades de Estratégia de Saúde da Família realizam busca ativa de pessoas para o cadastro e acompanhamento pela Atenção Primária à Saúde no seu município?

3) Sobre o Prontuário Eletrônico, é possível afirmar que os dados são inseridos de forma correta por todos os profissionais (Médico ESF, Médico G.O, Cirurgião Dentista, Enfermeira (o) e ACS)? Qual profissional realiza a inserção com maior exatidão e qual realiza com menor?

4) Os profissionais (Médico ESF, Médico G.O, Cirurgião Dentista, Enfermeira (o) e ACS) conhecem os serviços prestados pela Atenção Primária à Saúde? Comente sobre cada um deles.

5) Os registros de atendimentos da Unidade são utilizados de que forma para a função de gestor?

6) Existe uma hierarquia de importância para gestão considerando as atividades de planejamento, execução, monitoramento na Estratégia de Saúde da Família? É possível apontar qual destas atividades é a mais importante?

7) Na sua visão, quais são os critérios de gestão? Você considera importante tais critérios para as ações de planejamento, execução e monitoramento realizadas pela gestão?

8) Você tem conhecimento sobre todos os indicadores de desempenho (cite eles aqui), do Programa Previne Brasil?

9) Você entende como os indicadores de desempenho do Previne Brasil funcionam? É possível afirmar que o Previne interfere no financiamento em saúde? Se sim, como isso ocorre?

10) Você poderia citar quais são os insumos e equipamentos necessários para que a equipe de saúde da família possa realizar as ações e procedimentos característicos da Atenção Primária à Saúde, em especial aqueles relacionados aos indicadores de desempenho? E como gestor você oferece tais insumos?

11) Você entende que a formação ofertada para os gestores e trabalhadores da Atenção Primária à Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde é uma intervenção educativa, sistematizada e permanente? Explica a que aspectos isso se deve.

12) Existe formação para o registro e manejo das informações nos sistemas de informação em saúde para a Atenção Primária à Saúde? Você já fez? Na sua visão, tal formação é suficiente?

13) Existe a exigência de envio dos dados dentro da competência de envio padrão, isto é, até o 10º dia útil da competência posterior ao atendimento de acordo com o calendário do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) e término dos quadrimestres. Você consegue cumprir regularmente os prazos para o envio? Fazer isso é importante para quê

14) Em consonância com a compreensão de que a Capitação Ponderada interfere no financiamento em saúde, qual ou quais sugestões você proporia para que a gestão em saúde e os resultados dos indicadores tivessem melhores resultados?

APÊNDICE 4 - Termo de consentimento livre e esclarecido.

Título do projeto de pesquisa: **O PROGRAMA PREVINE BRASIL: FINANCIAMENTO E GESTÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

Pesquisador Responsável: **João Aldo Zanachi**

Nome do participante:

Data de nascimento:

Você está sendo convidado (a) para ser participante do Projeto de pesquisa intitulado “**O PROGRAMA PREVINE BRASIL: FINANCIAMENTO E GESTÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**” de responsabilidade do pesquisador João Aldo Zanachi.

Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte sobre qualquer dúvida que você tiver. Caso se sinta esclarecido (a) sobre as informações que estão neste Termo e aceite fazer parte do estudo, peço que assine ao final deste documento, em duas vias, sendo uma via sua e a outra do pesquisador responsável pela pesquisa. Saiba que você tem total direito de não querer participar.

1. O trabalho tem como finalidade investigar como o Programa Previne Brasil atua no processo de gestão da atenção primária da saúde na Região de Saúde do Departamento Regional de Saúde (DRS XV) de São José do Rio Preto, de 2019 a 2022, caracterizando o conhecimento e a percepção dos gestores, médicos, dentistas, enfermeiros e agentes de saúde sobre o funcionamento do Programa Previne Brasil, buscando identificar os desafios, as possibilidades e os limites para a implementação do Programa.

2. A participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário online no *Google Forms*, contendo questões fechadas e abertas com finalidade de caracterizar a função no serviço de atenção primária, tempo de atuação, grau de escolaridade e avaliação dos gestores sobre gestão em saúde na atenção primária nesta sub-região. O tempo para preencher o formulário será aproximadamente de 30 minutos e o prazo para devolução 15 dias e que poderá não responder as questões que não quiserem, deixando as respostas em branco. E ainda, entrevista virtual na plataforma *Google Meeting*, com a utilização de roteiro contendo 13 questões abertas e com agendamento prévio de acordo com a disponibilidade, tendo duração de aproximadamente 40 minutos.

3. Fui informado (a) que durante a execução da pesquisa poderão ocorrer riscos decorrentes de inibição ou constrangimentos por parte dos entrevistados. No entanto, pretende-se que eles sejam atenuados com a explicação do pesquisador responsável, sobre os objetivos do estudo e dos procedimentos relativos à realização das entrevistas, evidenciando que a participação é voluntária, que poderá ser interrompida e finalizada a qualquer momento. Ainda, fui esclarecido que ao participar da pesquisa não sofrerei danos físicos, psíquico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual

Durante a participação da pesquisa, fui informado (a) que terei minhas informações, identidade e privacidade protegida, de modo que, se precisar, o meu nome será substituído pela letra G, seguido de alguma numeração. Não sofrerei nenhum dano psicológico, intelectual, físico, moral, cultural, social ou espiritual ao participar da pesquisa. Porém, durante a entrevista, poderei sentir algum desconforto, anseio e constrangimento diante do pesquisador, em virtude de algumas informações e perguntas sobre o tema da pesquisa. Estou ciente que posso interromper minha participação a qualquer momento e, ainda, poderei não responder as questões que não quiser, sem nenhum prejuízo e que o pesquisador estará preparado para sanar minhas dúvidas e dar orientações e esclarecimentos para contribuir para o meu bem-estar.

Também fui esclarecido que a entrevista poderá ser gravada com o meu consentimento e que será utilizada apenas na pesquisa e não será divulgada.

4. Os benefícios com a participação nesta pesquisa serão permitir analisar como o Programa Previne Brasil atua no processo de gestão da atenção primária da saúde na Região de Saúde do Departamento Regional de Saúde (DRS XV) promovendo possíveis modificações na proposta pelo Programa Previne Brasil e suas consequências para a gestão na atenção primária na Região de Saúde do Departamento Regional de Saúde (DRS XV) de São José do Rio Preto

5. Os participantes não terão nenhuma despesa ao participar da pesquisa e poderão retirar sua concordância na continuidade da pesquisa a qualquer momento.

6. Não há nenhum valor econômico a receber ou a pagar aos voluntários pela participação, no entanto, caso haja qualquer despesa decorrente desta participação haverá o seu ressarcimento pelos pesquisadores.

7. Caso ocorra algum dano comprovadamente decorrente da participação no estudo, os voluntários poderão pleitear indenização, segundo as determinações do Código Civil (Lei nº 10.406 de 2002) e das Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

8. O nome dos participantes será mantido em sigilo, assegurando assim a sua privacidade, e se desejarem terão livre acesso a todas as informações e esclarecimentos

adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que queiram saber antes, durante e depois da sua participação.

9. Os dados coletados serão utilizados única e exclusivamente para fins desta pesquisa, e os resultados poderão ser publicados.

Qualquer dúvida, pedimos a gentileza de entrar em contato com João Aldo Zanachi pesquisador (a) responsável pela pesquisa, telefone: 17997856018, e-mail: jazanachi@gmail.com, com o Comitê de Ética em Pesquisa da Uniara, localizado na Rua Voluntários da Pátria nº 1309 - bloco C, no Centro da cidade de Araraquara-SP, telefone: (16) 3301.7263, e-mail: comitedeetica@uniara.com.br, atendimento de segunda a sexta-feira das 08h00min. – 13h00min. - 14h00min – 17h00min, e/ou com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP, telefone (61) 3315.5877, e-mail: conep@saude.gov.br.

Eu, _____, RG nº _____
declaro ter sido informado e concordo em ser participante do Projeto de pesquisa acima descrito.