

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE SAÚDE

RODRIGO LUCAS PAULO

**PREVINE BRASIL, UMA HERANÇA BOLSONARISTA QUE
AGRAVA O (DES)FINANCIAMENTO DO SUS: uma análise dos
impactos do Pagamento por Desempenho na cidade de Francisco Morato
(SP)**

SÃO PAULO

2023

RODRIGO LUCAS PAULO

**PREVINE BRASIL, UMA HERANÇA BOLSONARISTA QUE AGRAVA
O (DES)FINANCIAMENTO DO SUS: análise dos impactos do
Pagamento por Desempenho no município de Francisco Morato (SP)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Instituto de Saúde, para obtenção do título de
Especialista em Saúde Coletiva.

Orientador: Ligia Schiavon Duarte

**SÃO PAULO
2023**

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca do Instituto de Saúde - IS

Paulo, Rodrigo Lucas

Previne Brasil, uma herança bolsonarista que agrava o (des)financiamento do SUS: uma análise dos impactos do pagamento por desempenho na cidade de Francisco Morato (SP) / Rodrigo Lucas Paulo — São Paulo, 2023.
28 f.

Orientador (a): Profª Lígia Schiavon Duarte

Monografia (Especialização) – Instituto de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde – Curso de Especialização em Saúde Coletiva

1. Políticas de saúde 2. Saúde pública I. Duarte, Lígia Schiavon

CDD: 614

AGRADECIMENTOS

À professor Ligia Schiavon Duarte, pela paciência e conversas que permitiram lapidar minha compreensão sobre o tema e, por consequência, esse trabalho.

Às professoras do Instituto do Instituto de Saúde pelos ensinamentos comprometidos com a defesa do SUS universal.

À Valéria pelas sucessivas ajudas, desde o processo seletivo para ingressar no curso especialização.

Às (aos) colegas que, desde os primeiros dias de aula, contribuíram intelectual e emocionalmente para meu crescimento como profissional de saúde a partir das trocas em sala de aula, trabalhos de campo e mesmo nos intervalos para tomar aquele cafezinho.

À minha companheira que teve que me ouvir falar sobre o SUS e a Saúde Coletiva, durante todo esse último ano, com sua compreensão e afeto.

Aos amigos que me indicaram e incentivaram a fazer a especialização.

Aos meus pais e irmãos que, mesmo que à distância, apoiaram das mais distintas formas para que chegasse a esse momento.

Epígrafe

Nada é impossível de mudar

Desconfiai do mais trivial,

na aparência singelo.

E examinai, sobretudo, o que parece habitual.

Suplicamos expressamente:

não aceiteis o que é de hábito

como coisa natural.

Pois em tempo de desordem sangrenta,

de confusão organizada,

de arbitrariedade consciente,

de humanidade desumanizada,

nada deve parecer natural.

Nada deve parecer impossível de mudar.

Bertolt Brecht

Paulo, Rodrigo Lucas. **PREVINE BRASIL, UMA HERANÇA BOLSONARISTA QUE AGRAVA O (DES)FINANCIAMENTO DO SUS: análise dos impactos do Pagamento por Desempenho no município de Francisco Morato (SP)** [monografia]. São Paulo: Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2023.

RESUMO

Introdução: O novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS), o chamado Previne Brasil, foi estabelecido pela Portaria nº2.979, de 12 de novembro de 2019 do Ministério da Saúde, atendendo às recomendações do Banco Mundial, se apresenta como mais um dispositivo que limita os repasses federais aos municípios, afetando principalmente os entes mais pobres. **Objetivo:** Compreender os reflexos do programa na elaboração e uso dos indicadores no cotidiano da gestão e do trabalho da APS em Francisco Morato, a partir dos dados do SUS e de entrevistas realizadas com gestores e gerentes de Unidade Saúde da Família (USF). **Metodologia:** Fundamentado pela Psicologia Sócio-Histórica, recorreremos à proposta dos núcleos de significação como meio de se apreender os sentidos a partir de três etapas: pré indicadores, indicadores e núcleos de significação. **Resultados:** O Pagamento por Desempenho tem sido mais uma barreira de acesso imposta pelo (des)financiamento, devido a falta de médicos, a dificuldade de formação de equipes, cumprimento das metas baseadas na consulta médica, impondo perdas de recurso ao município. **Conclusão:** Os indicadores propostos, além de não promoverem a garantia de acesso à saúde, institucionalizaram mais uma barreira para os recursos federais aos municípios.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Financiamento da Saúde, Previne Brasil

ABSTRACT

PREVINE BRASIL, A BOLSONARIST HERITAGE FOR THE (DE)FINANCING OF THE SUS: analysis of the impacts of Payment for Performance in the municipality of Francisco Morato (SP)

Introduction: The new funding model for Primary Health Care (PHC), called Previne Brasil, was established by Ordinance No. device that limits federal transfers to municipalities, mainly affecting the poorest entities. **Objective:** Understand the effects of the program on the development and use of indicators in the daily management and work of PHC in Francisco Morato, based on SUS data and interviews with managers of the Family Health Unit (USF). **Methodology:** Based on Socio-Historical Psychology, we resorted to the proposal of meaning cores as a means of apprehending the meanings from three stages: pre-indicators, indicators and meaning cores. **Results:** Payment for Performance has been yet another access barrier imposed by (lack of) funding, due to the lack of doctors, the difficulty in forming teams, meeting goals based on medical appointments, imposing resource losses on the municipality. **Conclusion:** The proposed indicators, in addition to not promoting the guarantee of access to health, institutionalized yet another barrier to federal resources for municipalities.

Keywords: Primary Health Care, Healthcare Financing, International Bank for Reconstruction and Development

SUMÁRIO

1. Introdução	8
2. Banco Mundial: ator político, intelectual e financeiro da neoliberalização da saúde	9
2.1. O Banco Mundial na Saúde Brasileira	11
2.2. O Privado na APS	13
3. O novo modelo de (des)financiamento	15
3.1. Pagamento por Desempenho	20
4. Francisco Morato, uma cidade dormitório na região metropolitana de São Paulo	21
5. Objetivos	23
6. Metodologia	23
7. Resultados	26
8. Discussão	34
9. Conclusão	36
10. Referências	39
11. ANEXOS	41

1. Introdução

O novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS), o malfadado Previne Brasil (Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019) foi instituído no final do primeiro ano do governo Bolsonaro atendendo a uma série de orientações do Banco Mundial. Partindo de uma ótica que se convencionou chamar de ultraliberal, o novo modelo aprofunda o processo iniciado pela PNAB 2017 que retira da centralidade a Estratégia Saúde da Família (ESF), aposta do Sistema Único de Saúde (SUS) em busca da garantia do direito universal, integral, aumento do vínculo entre equipe e usuário, de maneira a se alcançar a longitudinalidade do cuidado.

Atendendo aos ditames do Banco Mundial, o novo modelo rompe já no financiamento a diretriz de universalidade ao mudar o repasse federal aos municípios, anteriormente baseado no contingente populacional (per capita), para um modelo que tem no cadastro dos usuários seu lastro aliado a um componente que determina tal transferência ao alcance de metas impostas através de 7 (sete) indicadores, relacionados majoritariamente a atenção materno-infantil e a consultas da população hipertensa e diabética. Parte importante destes indicadores está relacionada à consulta médica, num cenário de escassez desses profissionais fora das grandes metrópoles.

Os efeitos nocivos desse modelo foram postergados devido aos incrementos de recursos federais durante o período da pandemia, realizados até o ano de 2021. Contudo, a partir de 2022 esses efeitos começaram a aparecer de maneira mais evidente, como demonstra matéria da Folha de São Paulo¹, publicada no início de dezembro do ano passado. Com base nos dados do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (Cosens-SP), a matéria denuncia que 1.172 equipes de atenção básica trabalham sem verba federal, apenas no estado de São Paulo. São 392 das 6.734 equipes de saúde da família (eSF) e 780 das 2.430 equipes de atenção primária (eAP). Além de 1.489 das 4.297 equipes de saúde bucal, 7 de 59 equipes de Consultório de Rua e 5.014 dos 34.051 agentes comunitários de saúde que atuam sem recurso federal.

¹Pasquini, Patrícia. Governo federal deixa de repassar verba para equipes de atenção básica de SP. 7 de dezembro de 2022. Disponível em:

https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2022/12/governo-federal-deixa-de-repassar-verba-para-equipes-de-atencao-basica-de-sp.shtml?pwgt=ktx3k9ks1wubstoeqh43ponjsg5pz298iytrw16armdjowle&utm_source=whatsapp&utm_medium=social&utm_campaign=compwagift. Acesso 08 de fevereiro de 2023.

Apesar disso, o ex-ministro da Saúde, Arthur Chioro (2014-2015), que compunha a equipe de transição do governo Lula, eleito em outubro de 2022, afirmou em entrevista ao portal Viomundo² que não se podia (ou não pretendia-se) revogar a portaria por implicações práticas no cotidiano dos serviços e que há aspectos do Previne Brasil, como a captação de usuários e o pagamento por desempenho, que são defendidos por gestores municipais e alguns outros setores, que reivindicam sua manutenção.

Neste trabalho apresentamos como o Pagamento por Desempenho é visto pelos gestores e gerentes de unidade do município de Francisco Morato que, ao contrário do que afirmou o ex-ministro, apresentam preocupações sobre a perda de recursos provocada pelo novo modelo de financiamento e os impactos no (des)financiamento do sistema de saúde brasileiro.

Dada essas questões, entendemos que essa é uma realidade que pode ser generalizada para os demais municípios com menor poder de arrecadação, os municípios mais pobres do país que, como demonstram nossos entrevistados, tendem a sofrer mais com esses novos critérios de (des)financiamento. Resta saber, então, que outros setores reivindicam a manutenção do Previne Brasil, aludido por Chioro. Por esses e outros elementos que apontaremos a seguir destacamos no título deste trabalho que o novo modelo é uma herança do bolsonarismo que agrava o desfinanciamento já existente do SUS, fruto da política econômica implementada no último governo de retirada da centralidade do investimento para garantia de políticas públicas para atender aos interesses do mercado, principalmente o financeiro, em detrimento dos direitos do povo brasileiro.

2. Banco Mundial: ator político, intelectual e financeiro da neoliberalização da saúde

Durante seus mais de 75 anos de história, o Banco Mundial se tornou um dos principais veículos de defesa dos interesses político-econômicos dos países do centro do capitalismo, em especial, dos Estados Unidos. Trajado de instituição técnica, o Banco Mundial, durante esse tempo, foi adaptando-se às mudanças colossais da economia política internacional, atuando sempre, ainda que de diferentes formas, na formulação política, econômica e ideológica com prescrições do que se fazer para garantir o avanço do capital e a expansão de mercados a serem explorados por estes países.

Nessa trajetória sinuosa, mas ascendente, o Banco assumiu um lugar central entre as demais agências nascidas após a Segunda Guerra Mundial, tornando-se referência incontornável quando se planejam e se executam políticas de infraestrutura, energia, educação, saúde, habitação,

² Lemes, Conceição. Arthur Chioro: Teremos um canal permanente de monitoramento do SUS, garantindo transparência e participação social. Disponível em:

<https://www.viomundo.com.br/blogdasaude/arthur-chioro-entrevista-exclusiva-teremos-um-canal-permanente-de-monitoramento-do-sus-garantindo-transparencia-e-participacao-social.html>. Acesso em 28 de janeiro de 2023.

administração pública, meio ambiente, desenvolvimento rural, gestão urbana, meio ambiente e (re)construção de Estados, além de política econômica.¹

Pereira¹ (2010), afirma que a partir da edição de 1980 de seu Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial (World Development Report), o Banco Mundial delimitou saúde primária e educação básica como as duas novas áreas a serem priorizadas pelos governos em matéria de política social. Dali em diante, o Banco desempenharia um papel central na neoliberalização das políticas sociais dos Estados clientes, dando ênfase à formação de “capital humano” e à prestação focalizada de serviços públicos que deveriam ser os mínimos ofertados aos segmentos mais pobres.

A partir dos anos de 1970, a economia capitalista seria marcada por uma profunda estagnação e pela crise, caracterizadas por uma crise estrutural do sistema do capital. Com a estagnação, os monopólios dos países centrais passaram a depender de novos mercados para continuarem mantendo sua existência, ou ao menos, sua taxa de lucro². Como resposta à crise e às dramáticas transformações do modelo econômico mundial que passaria a ser orientado pelo ideal neoliberal, o Banco Mundial criou uma nova modalidade de empréstimo para ajustamento estrutural. De desembolso rápido e orientado para políticas, e não para projetos, seria aplicado de 1980 em diante, condicionado à execução de (contra)reformas macroeconômicas e, depois de 1995-97, reformas institucionais, voltadas para a neoliberalização e a privatização das economias e do aparelho de Estado¹.

Souza² (1995) afirma que o neoliberalismo se apresenta como uma ideologia, um elemento central da ideologia da oligarquia financeira que detém o poder econômico mundial, na atual etapa do capitalismo. Etapa essa que se deu num contexto histórico em que o capitalismo entra numa profunda crise após um período de crescimento no pós-Guerra. Ligados visceralmente ao capital financeiro, aos monopólios, formado por um número cada vez mais reduzido de corporações transnacionais, o Banco (assim como o Fundo Monetário Internacional) passou a impor à classe-que-vive-do-trabalho, como classifica Antunes⁴ (2015), nos diferentes países do mundo, patamares salariais e condições de existência cada vez mais rebaixadas a partir de suas propostas⁴.

A oposição entre crescimento e distribuição tornou-se um pilar da instituição, traduzindo-se num enfoque estreito de atuação, baseado em projetos “produtivos” voltados para grandes obras de infraestrutura, energia e transportes.

Essa opção não impediu o Banco de conceder ou negar, por pressão do Departamento de Estado ou do Tesouro norte-americanos, empréstimos para clientes segundo a conveniência política, nem evitou que as

condicionalidades exigidas variassem de acordo com critérios políticos, mas tudo isso se fez sob a roupagem técnica de “credor duro”⁴.

O Banco passou a desempenhar um papel de crescente liderança na indústria internacional de ajuda ao desenvolvimento. Por sua vez, vista retrospectivamente, essa posição seria decisiva para impulsionar uma agenda radical de (neo)liberalização econômica e reconfiguração das políticas sociais nas décadas seguintes. Assim, o caráter cada vez mais intrusivo e intervencionista para atender aos interesses dos grandes monopólios que a atuação do Banco Mundial assumia se aprofundava a partir da combinação entre produção intelectual, assistência técnica e empréstimos de ajuste estrutural¹.

2.1 O Banco Mundial na Saúde Brasileira

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, ocorre no bojo destas grandes mudanças estruturais no capitalismo mundial, com o neoliberalismo tornando-se hegemônico neste processo. Ao mesmo tempo em que Collor fazia sua campanha eleitoral no Brasil, no segundo semestre de 1989, acontecia em Washington, capital dos EUA, uma reunião formalmente convocada pelo Instituto Internacional de Economia – então presidido por John Williamson -, mas na prática patrocinada pelos governos dos EUA, o Banco Mundial, o FMI, as transnacionais e os grandes bancos daquele país, com a participação de acadêmicos e executivos a eles vinculados⁵.

Enquanto o SUS baseia-se na lógica de direito universal à Saúde como um dever do Estado, o Banco Mundial, como um dos grandes baluartes do neoliberalismo, apregoava a falência do Estado, financeiramente quebrado, e esgotamento seu papel na garantia de direitos e no desenvolvimentos das economias nacionais^{2,5} em um intenso volume de publicações e de contratos de empréstimos estabelecidos com diferentes âmbitos da administração pública que visam interferir na dinâmica deste setor nacional⁶.

O direito universal à saúde não faz parte do ideário neoliberal e sequer é mencionado nos princípios filosóficos do Banco que o compreende como mais um bem de consumo e deve ser oferecido pelo mercado que, supostamente, melhor organizaria a produção, a distribuição e o consumo. Ao Estado cabe apenas o papel de regulamentação, promoção e educação em saúde, além do financiamento, e garantir direitos “mínimos essenciais”, organizando ainda um aparato público reduzido que desenvolvesse ações tradicionais de saúde pública, como o controle de epidemias e riscos tendentes a desestruturar o mercado⁷.

O fato de o Brasil ter garantido constitucionalmente assistência integral à saúde para todos como responsabilidade do Estado, recebeu já no início do processo de implementação do SUS fortes críticas do Banco Mundial⁷. Nos anos de 1990, o Banco defendeu a revisão da premissa constitucional que atribui um papel de complementaridade ao setor privado no âmbito do sistema e sugeriu que o Brasil realizasse reformas que favorecessem maior participação do setor privado na oferta de serviços de saúde⁶.

A saúde tem se transformado em um espaço de luta política e ideológica, cuja a questão central nunca foi saber se o Brasil poderia ou não arcar com os custos do sistema, mas pela oposição de raiz entre o pensamento liberal e a implementação de sistemas de saúde públicos universais. Para o liberalismo, é inadmissível o alijamento do mercado em qualquer setor da vida social, como pretendia o movimento sanitário brasileiro quando da criação do SUS.

Para a instituição, a prestação de serviços deve ser feita por toda e qualquer entidade capaz de realizá-los mais eficientemente, uma vez que o setor privado é mais criativo, mais eficiente e oferece serviços de melhor qualidade, além de ser comprovadamente superior aos serviços públicos disponíveis⁸. Deste modo, às responsabilidades do Estado brasileiro com: o financiamento, que, segundo o Banco Mundial, deve ser diminuído/racionalizado; a universalidade do direito e a integralidade da assistência em saúde, consideradas extremamente onerosas; e os modelos/racionalidades de gestão pública da saúde pública, que, por serem muito porosos às demandas/necessidades coletivas em saúde, são considerados pouco eficientes em relação aos padrões atuariais defendidos pelo Banco Mundial⁹.

Para o Banco, ou seja, para o neoliberalismo, a gratuidade dos serviços e a ampliação da rede pública não são condições necessárias para garantir o direito universal à saúde. Tais serviços sequer precisam ser gratuitos ou mesmo prestados por um sistema público estatal para serem acessíveis. Usando como referência o sistema de saúde de países que pouco ou nada tem a ver com o Brasil, argumenta que onde o direito à saúde é tido como garantido e universal, os serviços de saúde não são gratuitos, são subsidiados, e não são necessariamente prestados por um sistema público. Há, ainda, a defesa da criação de uma lista, ou uma cartilha, de serviços a serem cobertos pelo SUS, para não se fazer crer que tudo seria garantido pelo Estado⁷.

2.2 O Privado na APS

A introdução no espaço público da administração gerencial, lógica organizacional de empresas privadas, efetivada por meio de contratos de gestão, autonomia administrativa e financeira, baseada no cumprimento de metas pré-definidas e na recompensa por resultados alcançados, foi imposta nas (contra)reformas dos Estados periféricos no bojo dos contratos de ajuste estrutural firmados com o Banco Mundial. No Brasil, a reforma do aparelho do Estado levada a cabo durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, na década de 1990, os contratos com organizações privadas sem fins lucrativos (Organizações Sociais) para a gestão de unidades de saúde, em São Paulo e no Rio de Janeiro (copiada em diversos outros estados), foram aclamadas como “pioneirismo” pelos neoliberais⁷.

O documento do Banco Mundial *Proposta de reforma do Sistema Único de Saúde Brasileiro*, publicado em 2019¹⁰, afirma ser necessário reconfigurar os serviços e finanças do SUS em torno de redes integradas de saúde, as quais devem ser compostas por prestadores autônomos ou semi autônomos de serviços de saúde, ou seja, privados, financiados pelos três níveis de governo pagos com recursos associados a melhores resultados, a indicadores de saúde com metas alcançadas.

Defendendo a “racionalização” da prestação de serviços da APS como “um pilar essencial da configuração da Rede de Atenção em Saúde”, o documento propõe o fechamento de hospitais de pequeno porte para “maximizar economias de escala”.

Pelo menos 24% dos hospitais brasileiros (de até 25 leitos) poderiam ser convertidos em unidades de APS ou até fechados. Por meio de técnicas de georreferenciamento, seria possível definir áreas de captação para cada hospital e racionalizar a rede hospitalar com base em parâmetros de volume, acesso e resultados.¹⁰

O documento aponta que os municípios são consistentemente mais eficientes na prestação de serviços de Atenção Primária à Saúde do que os serviços de média e alta complexidade. “Esses resultados indicam a necessidade de buscar melhor uso dos recursos existentes, particularmente, em um ambiente de relativo subfinanciamento”¹⁰. Defendendo a ineficiência dos hospitais de pequeno porte, por operarem em baixa escala, o documento do Banco Mundial¹⁰ orienta que sejam fechados tais hospitais e que se amplie a Atenção Primária à Saúde, não exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde, mas por meio das parcerias público-privadas (PPPs).

Deste modo, propondo a ampliação da participação do setor privado na oferta dos serviços públicos, o documento faz a defesa pela redução da magnitude desses serviços, priorizando a Atenção Primária à Saúde. Usando o exemplo de São Paulo, justifica que gestões autônomas feitas por Organizações Sociais em Saúde (OSS) têm melhor desempenho em hospitais do que os que estão sob administração pública

direta, pelo menos no que tange a tempo médio de permanência, taxa de ocupação, renovação de leitos, utilização de sala de operação, taxa de cesáreas, infecção hospitalar, gastos em relação a produção. Na APS, a estratégia de contratação de OSS, aumenta o número de consultas na APS em aproximadamente uma consulta por usuário do SUS por ano e reduz a internação devido a doenças que podem ser prevenidas¹⁰.

Entretanto, Santos¹¹ (2018), demonstra com base em estudos feitos pelo Ministério Público, Tribunal de Contas da União, Tribunais de Contas dos Estados que, ao contrário do que afirma o Banco Mundial, o modelo de contratação de OSS para gerir os serviços de saúde são mais onerosos ao Estado, pois quando detalhadas as informações financeiras das despesas, ficam constatadas como serviços abusivamente mais caros, falta de controle dos recursos diante dos milhões de reais em saques, alguns “não identificados”.

Além de requerer um volume maior de recursos públicos e não apresentar uma melhoria dos serviços em comparação ao mesmo serviço prestado pela administração direta, Santos¹¹ (2018) aponta ainda que o verdadeiro interesse por trás da defesa da incorporação de tais medidas Brasil é a disseminação de grupos empresariais figurando como Organizações Sociais, de grupos que atuam de forma cada vez mais ampla, assumindo gradativamente a função da Secretaria de Saúde.

Fruto da *Proposta de reforma do Sistema Único de Saúde Brasileiro*¹⁰ (2019), o Previne Brasil se apresenta como um aprofundamento da lógica de desestruturação do SUS como modelo baseado nos princípios de sua fundação através da Constituição Cidadã, de 1988. Ainda em 2019, o então governo Bolsonaro, seguindo à risca o modelo de financiamento proposto pelo Banco Mundial, no documento de mesmo ano, de se implantar um mecanismos mistos de pagamento, combinando capitação e bônus por desempenho para remunerar a coordenação da atenção, supostamente para melhorar os resultados de saúde - até mesmo a nomenclatura dada aos indicadores, “Pagamento por Desempenho”, foi utilizada na “elaboração” do Previne Brasil.

[...] os atuais repasses federais para a APS de estados e municípios - Piso da Atenção Básica (PAB) – poderiam ser adaptados para incluir um componente de pagamento por desempenho. Os novos repasses para a APS continuariam a incluir o PAB Fixo, baseado em alocação per capita, e o PAB Variável seria convertido em um esquema de pagamento por desempenho baseado em um conjunto de indicadores previamente acordados entre o nível federal, os municípios e os prestadores de serviços de saúde (unidades de APS, ambulatorios e hospitais).¹⁰

No documento, fica evidente o interesse do Banco Mundial na APS brasileira como potencial mercado a ser explorado, propondo, além da adoção das OSS como medida de gestão, como mencionado acima,

com a introdução de mudanças nos fluxos de financiamento do sistema de duas maneiras: primeiro, redirecionando recursos da atenção hospitalar e ambulatorial para a APS. Segundo, que os repasses federais para a APS de estados e municípios, feitos a partir do Piso da Atenção Básica (PAB), fossem adaptados para incluir um componente de *pagamento por desempenho*¹⁰. Observa-se, a partir da análise do documento do Banco Mundial, o incentivo à ampliação de mecanismos típicos do setor privado e à limitação na oferta de serviços do Sistema Único de Saúde, significando o fim da universalização e integralidade do sistema de modo que o Sistema Único de Saúde se torne cada vez mais subordinado ao setor privado⁹.

A APS já passava por uma dura mudança, com o PEC do Teto de gastos (2016), que impossibilitou o aumento do investimento por 20 anos, bem como em seu modelo de cuidado, com a Política Nacional de Atenção Básica PNAB de 2017, que flexibilizou a composição de equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), reduzindo requisitos mínimos de profissionais para atender a população num território, entre elas, a redução do número de agentes comunitários de saúde (ACS), essenciais para a promoção da saúde, afetando “um dos pilares do modelo assistencial que caracteriza a Estratégia Saúde da Família em seu componente comunitário e de promoção da saúde, pautado pela concepção da determinação social do processo saúde-doença e da clínica ampliada”¹². Com o Previner Brasil, a desestruturação do SUS como modelo público e universal, avança a passos largos.

3. O novo modelo de (des)financiamento

O novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) chamado Programa Previner Brasil, instituído pela Portaria no 2.979¹³, de 12 de novembro de 2019, altera o modo de transferência dos recursos federais para os municípios no âmbito da APS. Estabelecendo quatro componentes: capitação ponderada; ii) pagamento por desempenho; iii) incentivo para ações estratégicas e iv) Incentivo financeiro com base em critério populacional. Este último adicionado posteriormente devido às críticas recebidas pelo programa por parte de gestores municipais que temiam a queda acentuada dos recursos federais.

Em seu sítio, o Ministério da Saúde¹⁴ (2022) argumenta que cada um desses componentes foi pensado para ampliar o acesso das pessoas aos serviços da APS e promover o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas assistidas. Erno Harzheim, ex-secretário de atenção primária do governo Bolsonaro, sob a

direção de um de seus ex-ministro, Luiz Henrique Mandetta, no cargo até o início da pandemia de Covid-19, e um dos formuladores do novo modelo de financiamento, argumentou que os mecanismos de alocação de recursos federais para a APS e respectivos repasses aos entes Municipais sejam cuidadosamente estruturados a fim de que se constituam também como meio indutor do alcance de melhores resultados em saúde¹⁵.

As alterações modificam a forma de gestão da Atenção Básica à Saúde e, conseqüentemente, da organização do processo de trabalho das equipes de saúde responsáveis pelo cuidado da população nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF). Instituído mecanismos de atenção com base no repasse de recursos não mais por número de habitantes (per capita), mas agora por população cadastrada, o Previner Brasil instituiu um modelo de atenção mais focalizado estabelecendo também “pesos” diferenciados para repasses destinados ao atendimento de determinados grupos tidos como mais vulneráveis.

Harzheim¹⁵ (2020) justifica que a ruptura com o mecanismo de transferência de recursos com base em critério populacional (per capita) feitos anteriormente através do Piso de Atenção Básica Fixo (PAB Fixo) com incentivo a ações estratégicas com valores mensais para a Estratégia Saúde da Família (ESF), aos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) habilitados e valor mensal por habilitação do Gerentes de Atenção Básica, teve como pressuposto induzir as equipes a trabalhar com maior responsabilização pela população adscrita a partir do cadastramento das pessoas às equipes, aumentando a responsabilização das mesmas com seus pacientes e com melhoria da qualidade do cuidado. Assim, o novo modelo passa a calcular os repasses, não mais pela população geral, mas sim com base no número de pessoas cadastradas pelas equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Primária (eAP) homologadas pelo Ministério da Saúde, com alterações de parâmetros e valores nas linhas de transferência federal a estados e municípios do Grupo Atenção Básica.

Mendes, Melo, Carnut¹⁶ (2022) apontam que, para o ano de 2020, o componente da capitação ponderada reunia o maior volume de recursos dentro da previsão orçamentária da área de atenção básica do Ministério da Saúde, representando aproximadamente 52%. Por esse novo modelo de financiamento, estruturado na lógica do cadastramento da “pessoa/usuário”, o valor unitário por cadastro válido diferencia-se, é ponderado, de acordo com a caracterização do usuário (critérios demográficos e socioeconômicos) e tipologia municipal.

Para dar conta da ponderação preconizada para os cadastros, utilizou-se no Previne Brasil o estudo publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), denominado *Classificação e Caracterização dos Espaços Rurais e Urbanos do Brasil: Uma Primeira Aproximação, de 2017*¹⁷. O documento divide os municípios brasileiros em cinco tipologias rural-urbana: i) Urbano; ii) Intermediário Adjacente; iii) Intermediário Remoto; iv) Rural Adjacente e; v) Rural Remoto. Através da tipologia municipal, a equipe implantada (eAP ou eSF) poderá cadastrar até o limite da população registrada na estimativa vigente do IBGE. Estes pesos atrelados à tipologia municipal variam progressivamente de Urbano à Rural Remoto, evoluindo em: 1 para a classificação Urbano, onde não há peso incremental para esta tipologia; 1,45 para a classificação Intermediário Adjacente e Rural Adjacente; e 2 para a classificação Intermediário Remoto e Rural Remoto. “Os estados com os maiores centros urbanos concentram sua população em municípios da tipologia Urbano, ou seja, sem acréscimo de peso”¹⁶.

Este componente traz, ainda, um novo e importante conceito: a Meta Potencial de Cadastro. A meta potencial de cadastro é o limite que os municípios podem atingir no cadastramento dos usuários de sua rede de saúde, levando em conta a quantidade de eSF's e eAP's homologadas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e os cadastros relacionadas a estas, de acordo com os parâmetros estabelecidos pelo Previne, até o limite da estimativa populacional do IBGE. Os parâmetros de cadastro relacionados às eSF's (sempre 40 horas) e eAP's (20 horas e/ou EAP-30 horas) são proporcionais, independentemente da tipologia municipal. “Para se ter uma ideia, o quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe oscila, entre os municípios Rural Remoto a Urbano, sendo: para eSF, entre 2.000 a 4.000 pessoas, respectivamente; para eAP-20 horas, entre 1.000 a 2.000 pessoas; para eAP-30 horas, entre 1.500 a 3.000 pessoas”¹⁶.

Destarte, como aponta Mendes, Melo, Carnut¹⁶ (2022), tal modelo de financiamento incorpora o interior da administração pública direta da APS, instrumentos típicos da gestão privada, focalizando o acesso a aspectos de “cadastramento” dos mais pobres, principalmente, apoiado na lógica do desempenho e afastando-se por completo de toda lógica da atenção primária à saúde original e da universalidade do sistema.

Ou seja, apesar do modelo de alocação desse componente basear-se no cadastramento das pessoas, os cadastros realizados pelas equipes municipais somente serão contabilizados para efeitos de financiamento se o município possuir quantidade de equipes suficiente (segundo parâmetro) para o volume de cadastrados realizados, algo que dificulta a recepção do recurso. A ampliação do parâmetro de cadastro e, conseqüentemente, a ampliação da margem potencial de financiamento deste componente, depende da ampliação das equipes de saúde e habilitação delas pelo próprio

Ministério da Saúde, que, caso não habilite, também não repassa.¹⁶

Melo, et al.¹⁸ (2019), aponta que ter sob cuidado de uma mesma equipe 4 mil pessoas em municípios urbanos, não é compatíveis com a prestação do cuidado integral, com base comunitária, previstas pela Estratégia Saúde da Família (ESF), além de pressupor que não há diferença entre o cuidado prestado pelas duas modalidades ao estabelecer os mesmo parâmetros populacionais para cobertura. O programa determina que, para municípios urbanos (80% dos municípios do país), a implantação, o credenciamento e a homologação de uma eSF incrementa a meta potencial de cadastro municipal em 4.000 cadastros. De igual modo, para a implantação de uma eAP 20 horas, o credenciamento e a homologação incrementa a meta potencial de cadastro municipal em 2.000 cadastros.

Deste modo, além de pressupor que não há diferença entre as equipes, o ministério induz os municípios a formarem eAP, com composição mais simples, em detrimento das equipes multiprofissionais. Isto se deve a concentração de mão de obra médica nos grandes centros e a mais frequente oferta de contratação de médicos com carga horária semanal inferior às 40 horas - exigência mínima para a composição das eSF. Assim, essa mudança retira a centralidade da eSF, à medida que a vai desestimulando e fortalecendo a implantação das eAPs. O potencial de cobertura de 4 mil pessoas cadastradas para cada Equipe de Saúde da Família prevista para um dos grupos de municípios é extremamente elevada e não encontra equivalência na organização e prestação desses serviços, mesmo em países mais homogêneos e de renda alta, que apresentam melhores condições socioeconômicas e de saúde¹⁶. Deste modo, o Previner Brasil aprofundou a lógica implementada já na Política Nacional de Atenção Básica de 2017 (PNAB 2017) que retirou da ESF a centralidade para a organização da atenção básica, retomando a chamada “atenção básica tradicional”²⁰.

Além disso, para a composição das eSF e eAP, definidas pelo próprio Ministério da Saúde e suas respectivas homologações, a eAP precisa ser composta, minimamente, por médico e enfermeiro, preferencialmente especialistas em saúde da família, podendo cumprir cada um a carga horária de 20h ou 30h. A eSF, por sua vez, tem uma composição mínima que abrange médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde e técnico de enfermagem, cumprindo cada uma 40 horas¹⁹. Em ambos os modelos o médico é uma figura central para a formação da equipe, questão que retornaremos mais a frente.

Tais mudanças se assentam em suposta ineficiência dos gastos na atenção básica, e se apoiam em recomendações de reformas feitas pelo Banco Mundial⁸ que se vale das experiências de países como a Inglaterra e Turquia para fundamentá-las. O novo modelo extinguiu o Piso de Atenção Básica (PAB)

Fixo, que se baseava em transferência federal per capita para todos os municípios, considerando suas populações estimadas e características socioeconômicas, bem como o PAB Variável destinado à implantação de Equipes de Saúde da Família cujos valores de repasse mensais estão relacionados ao número de equipes implantadas.

Mendes, Melo, Carnut¹⁶ (2022), ao analisar os mecanismos de mercado introduzidos na lógica organizacional do SUS, chama-os de “SUS operacional”, fazendo referência ao conceito de Marilena Chauí de “Universidade Operacional” que denuncia a implementação de mecanismos análogos no âmbito da educação. Nesse sentido, os autores apontam que, após a implantação do novo modelo de financiamento da APS, em 2020, vem se conformando a lógica do “SUS operacional”. Isto significa que são valorizados os atributos típicos do setor privado, chamados eufemisticamente de “modernização” e racionalização das atividades estatais do SUS, associados aos interesses do mercado, reforçando uma atenção à saúde focalizada em grupos populacionais específicos. Com a aparência de uma ação preocupada com o cuidado à parcela mais vulnerável da população, destitui a universalidade do financiamento, de forma a se consolidar uma “organização de saúde”, com práticas de reforço a instrumentos administrativos e gerenciais, distante do SUS que tem o direito à saúde como central e universal.

Outro aspecto que evidencia a busca por uma lógica "operacional", a lógica do privado no público, diz respeito à dificuldade imposta para o recebimento de recursos federais por meio da diferenciação, da ponderação, dos cadastros. Os critérios de vulnerabilidade socioeconômica, por pessoa beneficiada pelo Programa Bolsa Família (PBF); pessoa com Benefício de Prestação Continuada (BPC); ou pessoa portadora de benefício previdenciário no valor de até dois salários mínimos, e perfil demográfico (pessoas cadastradas com idade até cinco anos e com 65 anos ou mais) determina um peso diferenciado para o recebimento dos recursos que, contudo, não são cumulativos¹⁶.

Essa regra determina uma restrição de alcance dos critérios de ponderação, uma vez que é frequente a sobreposição de critérios, por exemplo: pessoas acima de 65 anos frequentemente são portadoras de benefício previdenciário com valores até dois salários mínimos, impedindo, portanto, o recebimento do recurso e, de fato, da valorização dos mais pobres (neo-focalização)¹⁶.

Outro aspecto que aprofunda essa lógica operacional trazida pelo modelo é o Pagamento por Desempenho. Este é um componente que, ao invés de usar indicadores como forma de reforçar a APS dos municípios, utilizando os aprendizados do PMAQ que injetava novos recursos por meta atingida, passou a vincular o repasse a necessidade de atingimento de metas (sem dinheiro novo) que enfatiza o

monitoramento de procedimentos e os resultados das ações de saúde, não abrangendo a avaliação dos processos de trabalho. Assim como numa empresa privada, o setor que não atinge as metas perde os recursos que lhe seriam destinados.

3.1 Pagamento por Desempenho

O novo modelo de financiamento também estabeleceu um componente que, supostamente, aumentaria a eficiência dos serviços prestados. Chamado de *Pagamento por Desempenho*, esse componente vale-se do uso de sete indicadores, com pesos distintos, previamente estabelecidos por meio de notas técnicas com metas a serem cumpridas pelos municípios. Nesse componente, a definição do valor a ser transferido depende dos resultados alcançados no conjunto desses indicadores que são monitorados e avaliados no trabalho das equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária (eSF/eAP). O novo componente é baseado centralmente em indicadores voltados à saúde materno-infantil, manejo de condições crônicas de saúde (hipertensão e diabetes) e imunização.

Apesar de apresentar-se como uma grande novidade por seus defensores, o SUS e, em particular, a AB já compreendem, desde os anos 1990, sistemas de informações e de indicadores de saúde voltados para o monitoramento e avaliação dos processos de atenção e resultados sanitários. Ainda assim, a justificativa para o novo molde dado ao uso de indicadores é o de buscar melhores resultados no cuidado, motivando o uso de prontuários eletrônicos do paciente, qualificando as informações do paciente e permitindo um cuidado longitudinal e coordenado mais adequado¹⁵.

É inegável que a avaliação de desempenho é uma dimensão importante para o sistema de saúde e precisa ser continuamente aprimorada. Contudo, o que está previsto pelo Previde Brasil é uma lógica gerencialista desses indicadores que visam resultados alcançados de uma relação de indicadores fixando o repasse de verbas ao alcance dessas metas¹⁶. Deste modo, “premia-se” as equipes, os municípios, que atingem a meta e penalizam os que não as alcançarem sem que se avalie o motivo de seu não cumprimento, negligenciando-se os elementos que influem neste contexto - como é o caso da falta de profissionais de saúde, em especial de médicos.

Tanto a capitação ponderada, quanto o pagamento por desempenho mecanismos vinculados ao repasse de verbas federais para a APS, sendo necessária a adequação aos critérios estabelecidos para a garantia e permanência da transferência de recursos. Esses são os componentes cuja maior fatia da APS está

relacionada - em 2020, a capitação ponderada é de 52% e o pagamento por desempenho 9% do orçamento. Diferentemente do componente de desempenho do PAB Variável, criado em 2011 com o Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que consistiu em novo recurso financeiro, no modelo atual, ao contrário, o que se pode ver é centralmente um remanejamento interno de recursos e a substituição de componentes de financiamento¹⁶.

Isto posto, não resta dúvida de que, após a implantação do novo modelo de financiamento da APS, em 2020, vem se conformando a lógica do “SUS operacional”¹⁶, se fazendo necessário investigar como tais mecanismos estão impactando nos municípios. De igual modo, a investigação sobre as percepções dos gestores locais é um dado de extrema importância para verificar se, o modo como o uso desses indicadores foi imposto aos municípios, tem realmente levado a eficiência propagandeada pelo Banco Mundial e pelos defensores do Previner Brasil.

4. Francisco Morato, uma cidade dormitório na região metropolitana de São Paulo

O presente estudo deriva da pesquisa “Análise da organização do Sistema Único de Saúde e do cuidado oferecido pelo SUS no município de Francisco Morato”, realizada pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), que tem como sua principal atividade a pesquisa em Saúde Coletiva, em parceria com o município de Francisco Morato, iniciada no ano de 2022. A pesquisa buscou, inicialmente, realizar um diagnóstico da estrutura de saúde do município, em especial da Atenção Primária à Saúde (APS).

Localizado na região metropolitana do estado, Francisco Morato possui uma população de 179.372 pessoas e área territorial de 49.001 km², segundo dados do IBGE (2021). O município compõe a Região de Saúde de Franco da Rocha, junto aos municípios de Caieiras, Cajamar, Mairiporã e Franco da Rocha. Seu Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de 0,703 (2010), considerado alto, porém, possui o segundo menor PIB per capita do estado de São Paulo (R\$9.034,56 em 2019).

A Atenção Básica de Francisco Morato é baseada, desde o início dos anos 2000, na Estratégia Saúde da Família, composta atualmente por 13 Unidades de Saúde da Família (USF): USF Terezinha Marques da Silva (Central), USF Água Vermelha, USF Dr. Walfrido Tiburcio (Jd. Alegria), USF Jardim das Rosas, USF Casa Grande, USF Jardim Silvia, USF Parque 120, USF Vila Guilherme, USF Jardim Arpoador, USF Jardim Santo Antônio, USF Parque Paulista, USF Jardim Nova Esperança e USF Batista Genari.

Essa estrutura é composta por 24 equipes de Saúde da Família (eSF), além de duas equipes de Atenção Primária (eAP), que realizam trabalho de apoio. Todas as equipes estão homologadas pelo Ministério da Saúde para fins de financiamento, conforme dados obtidos através do portal “e-gestor AB”, do Ministério da Saúde. Além das eSF e eAP, também consta no portal a homologação de 8 equipes de saúde bucal (eSB) 40h.

A gestão da saúde municipal é coordenada pela autarquia (pessoa jurídica de direito público prestadora de serviço por administração indireta) denominada Serviço de Assistência Médica de Francisco Morato (SAME).

O município foi um antigo povoado de Belém, onde encontrava-se a sede da Companhia Fazenda Belém, associada à São Paulo Railway. A formação do município relaciona-se ao desenvolvimento da ferrovia Santos-Jundiaí e serviu de acampamento para os operários que trabalhavam na construção dos túneis da ferrovia. Em 1948 a Companhia de Fazenda de Bellém foi loteada e tornou-se distrito de Franco da Rocha, quando recebeu o nome de Francisco Morato em homenagem ao professor da Faculdade de Direito do Largo de São Francisco. Em 1964 passou a ser um município autônomo.

A cidade faz limite ao Norte com a cidade de Campo Limpo Paulista, ao Nordeste com Atibaia, a Leste com Mairiporã e a sul/oeste com Franco da Rocha. Possui um grau de urbanização de 99,80%. A renda per capita do município em 2010 era de R\$396,07, sendo inferior a renda per capita da região (R\$948,09) e do Estado (R\$853,75)(Seade, 2022). Sendo um município relativamente próximo a capital paulista, possui a característica de ser uma cidade dormitório, com parte da população se deslocando diariamente para São Paulo para trabalhar. Esse deslocamento é, em sua maior parte, realizado por trem, através da Linha 7 Rubi da Companhia Paulista de Trens Metropolitanos (CPTM).

Em busca de entender com mais amplitude os fenômenos que perpassam a saúde no município, o estudo foi dividido em “Eixos” de pesquisa, sendo eles: Eixo de Saúde do Idoso, de Saúde da Mulher, de Nutrição, Saúde Mental, de Saúde da Criança e do Adolescente, Acesso e Previne Brasil. Este último foi dividido em: *Financiamento, Indicadores e Processo de Trabalho*. Neste trabalho, nos debruçamos sobre os aspectos relacionados aos indicadores previstos pelo componente do Pagamento por Desempenho, que trataremos a seguir.

5. OBJETIVOS

Objetivos Geral

1. Compreender os reflexos do Previne Brasil na elaboração e uso dos indicadores no cotidiano da gestão e do trabalho da APS no município de Francisco Morato.

Objetivos Específicos:

1. Descrever e analisar os indicadores municipais relacionados à APS no período de 2019 a 2022.
2. Identificar e analisar a percepção dos gestores e gerentes em relação ao uso dos indicadores previstos no componente Pagamento por Desempenho do Previne Brasil;
3. Refletir sobre possíveis reflexos do uso dos indicadores propostos no componente Pagamento por Desempenho do Previne Brasil no processo de trabalho da APS.

6. Metodologia

Este é um estudo transversal que combina abordagens quantitativas e qualitativas para investigar os efeitos do novo modelo de (des)financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS), o Previne Brasil no município de Francisco Morato. O projeto contou com a participação de três estudantes estruturados num Grupo de Trabalho, intitulado Eixo Previne Brasil, a fim de se debruçar sobre os impactos do programa acima mencionado, divididos em: ***Financiamento, Indicadores e Processo de Trabalho.***

Neste trabalho, nos debruçamos sobre o componente de Pagamento por Desempenho. Para atender aos objetivos geral e específicos, recorreremos tanto à revisão bibliográfica da literatura, dados secundários com análise e revisão de documentos, normativas e publicações oficiais referentes ao Previne Brasil; análise de dados secundários dos sistemas de informação em saúde dos bancos de dados oficiais do SUS,

presente no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Como fonte de dados qualitativos, recorreremos às entrevistas semi-estruturadas com a participação de gestores do Serviços de Assistência Médica de Francisco Morato (SAME) e gerentes de Unidades Saúde da Família (USF), totalizando 6 (seis) entrevistas.

Para a análise do conteúdo da entrevista nos apoiamos no método proposto por Aguiar, Ozella^{21,22} (2006; 2013) de *Núcleos de Significação*. Método que parte da *Psicologia Sócio-Histórica*, compreende que o homem é constituído numa relação dialética com o social e com a história, através de e pela sua ação no mundo (sua atividade), o que o torna ao mesmo tempo único, singular e histórico. À medida que, ao produzir sua forma humana de existência, revela – em todas as suas expressões – a historicidade social, a ideologia, as relações sociais e o modo de produção. O sujeito, portanto, expressa a sua singularidade, o novo que é capaz de produzir, os significados sociais e os sentidos subjetivos²¹. Sem o objetivo de esgotar os aspectos teóricos que embasam tal método, mas expondo-o de maneira sintética, nos permite entender para uma compreensão mais ampla dos fenômenos estudados que possibilite caracterizar que a apreensão dos sentidos, com o empírico como seu ponto de partida, é necessário irmos além das aparências, não nos contentando com a descrição dos fatos, mas buscarmos a explicação do processo de constituição destes fenômenos em seu processo histórico.

Para a obtenção das informações (constituídas por relatos verbais), a análise das entrevistas semi-estruturadas buscou compreender as percepções dos participantes acerca do novo modelo de financiamento imposto pelo governo Bolsonaro. Partindo do pressuposto de que a análise é construtiva e interpretativa e tem a finalidade de ultrapassar o fenômeno na sua aparência para um compreensão mais ampla. Antes uma breve destacamos que os elementos nomeados por Aguiar e Ozella^{21,22} (2006;2013) de *pré-indicadores*, definido pelos autores como trechos de fala compostos por palavras articuladas que compõem um significado, e *indicadores* foram por nós renomeados para *Temas e Conteúdos Temáticos*, respectivamente, para que não houvesse confusão com os indicadores de saúde propostos no componente de pagamento por desempenho. Mantivemos o termo *Núcleos de Significação*, uma vez que este não prejudicaria a compreensão do conjunto. Destarte, o procedimento para a organização dos Núcleos de Significação deu-se da seguinte forma:

1º) Leitura flutuante e organização do material - *Temas (pré-indicadores)*:

Após a transcrição, foi realizada uma leitura flutuante das entrevistas, grifando os temas que se destacaram nas falas. Optamos por aglutinar os temas de todas entrevistas num mesmo quadro, tanto pela

similaridade, complementaridade e/ou contraposição dos relatos, visando uma compreensão mais ampla destes atores sobre o componente estudado, bem como para resguardar as identidades dos entrevistados. Em seguida, destacamos conteúdos das falas dos entrevistados que demonstram com maior carga os elementos relacionados ao componente de pagamento por desempenho e seus indicadores.

Os *Temas*, compuseram um quadro amplo de possibilidades para a organização dos *Conteúdos Temáticos*, que posteriormente serviram de matéria prima para os núcleos de significação. Tais trechos de fala são compostos por elementos articulados que compõem um significado, verificando sua importância para a compreensão do objetivo desta investigação.

2º) Conteúdos temáticos (indicadores)

Aglutinamos os temas por suas similaridades, complementaridades ou contraposição, de modo que pudéssemos sintetizá-los em conteúdos temáticos. Estes critérios para aglutinação não são necessariamente isolados entre si. Aglutinamos os elementos que destacam impactos (ou a falta destes) positivos e/ou negativos levando em conta sua possibilidade de impulsionar/motivar para ação em uma determinada condição. Inversamente, o mesmo fato pode funcionar como paralisador da ação, mas ambos podem ser indicadores importantes no processo de análise²². Ou seja, se tais elementos foram impulsionadores das práticas de saúde, dentro das condições sócio-históricas do município, ou se configura-se como barreiras a estas.

Para maior compreensão da totalidade, esses recortes foram integrados novamente ao todo - no movimento histórico de seu processo de constituição - em um novo movimento de articulação. *A partir daí*, voltamos ao material das entrevistas para iniciar trechos e falas capazes de sintetizar e esclarecer tais conteúdos. Este momento já caracteriza uma fase do processo de análise que aponta um início de nuclearização.

3º) Construção e análise dos núcleos de significação:

A partir da releitura do material, considerando a aglutinação resultante do conjunto dos conteúdos temáticos, iniciamos um processo de articulação para chegar aos núcleos de significação através de sua nomeação. Com o critério de articulação dos conteúdos semelhantes, complementares e/ou contraditórios, buscamos verificar as transformações e contradições no processo de construção dos sentidos e dos significados, percepções, sobre o componente de Pagamento por Desempenho e seus indicadores constituídos pelos entrevistados.

Os núcleos devem ser construídos de modo a sintetizar as mediações constitutivas do sujeito; mediações essas que constituem o sujeito no seu modo de pensar, sentir e agir²². O processo de construção dos núcleos de significação já é *construtivo-interpretativo*, pois é atravessado pela compreensão crítica do pesquisador em relação à realidade. Para a construção destes, extraímos da própria fala dos entrevistados falas e expressões para compor as frases que melhor refletissem a relação dos participantes com o componente de pagamento por desempenho, em processo histórico.

4º) A análise dos núcleos:

Como propõem os autores, este movimento analítico interpretativo não deve ser restrito à fala do informante, ele deve ser articulado, ampliando-se o processo interpretativo do investigador com o contexto social, político e econômico, permitindo o acesso à compreensão do sujeito em sua maior amplitude. Assim, partimos da análise intra-núcleo, levando em conta os dados que constituem cada um dos núcleos, avançando para uma articulação internúcleos. Tais contradições não necessariamente estão manifestas na aparência do discurso, sendo apreendidas a partir da análise e interpretação do pesquisador.

7. Resultados

Abaixo apresentamos na Tabela 1 os *Temas e Conteúdos Temáticos* e, em seguida, na Tabela 2, *Conteúdos Temáticos e Núcleos de Significação*. Tais conteúdos são elementos de frases e termos destacados das falas dos entrevistados²². A apresentação deste último buscou construir um encadeamento de ideias para a melhor compreensão da discussão proposta, entendendo-os não como separados, mas como partes de um todo, dialeticamente relacionados em seu contexto político, social e histórico. Enfatizamos que os conteúdos apontados pelos entrevistados foram relacionados com tal contexto, abrangendo desde a proposta presente na justificativa do Previne Brasil (em suas portarias e documentos oficiais) até os argumentos apresentados por seus defensores, como relacionados ao longo deste trabalho.

Tabela 1- Temas e Conteúdos Temáticos:

Pagamento por Desempenho

Temas	Conteúdos temáticos
1) Municípios mais vulneráveis; 2) Segundo município mais pobre de SP; 3) Município dormitório;	Os municípios mais vulneráveis estão sofrendo muito mais.
5) e-SUS não atende as todas as necessidades dos municípios; 6) Não encaminhamos direto para o e-SUS, temos sistema próprio; 7) Divergência nos bancos de dados;	Os indicadores não mostram aquilo que foi produzido pelas equipes.
8) Perda de recursos; 9) Impacta a saúde como um todo. 10) Impacto na Assistência prestada.	Impacto sobre todos os níveis de atenção à Saúde no município;
11) Defasagem de profissionais para equipes multidisciplinares. 12) Localização do município; 13) Concurso feitos para repor pessoal não tiveram adesão;	A falta de profissionais tem sido um grande empecilho para os municípios mais pobres.
14) Falta de médicos. 15) Indicadores atrelados a consultas médicas; 16) Falta de recursos para contratação;	Indicadores atrelados a consultas médicas provocam perdas de recursos para os municípios que não conseguem contratar.
15) Sufoca as equipes; 16) Profissionais adoecidos; 17) Impacto negativo na ESF;	Sobrecarrega os profissionais

<p>18) Busca ativa para encontrar o público-alvo dos indicadores;</p> <p>19) Abstenção muito grande da população;</p> <p>20) Não tem servido para direcionar a organização do trabalho na ponta.</p> <p>21) Uso de indicadores antes do Previne Brasil;</p>	<p>O atual modelo não serve para a organização do trabalho na ponta do serviço.</p>
<p>22) Os médicos não querem trabalhar no município;</p> <p>23) Nem mesmo os do Programa Médicos pelo Brasil, do governo Bolsonaro;</p> <p>24) Sem repor médico, após três meses a equipe é descredenciada;</p>	<p>Os médicos não querem trabalhar no município. Isso significa um impacto na estratégia saúde da família, assistencial, significa impacto financeiro e , daqui a pouco, uma perda de equipe homologadas.</p>
<p>25) Contratos com o setor privado para remediar a falta de médicos;</p> <p>26) Estratégias de emergências;</p> <p>27) Perdas de recursos afetam o atendimento à população;</p> <p>28) Contratos com terceirizada não permite vínculo de médicos para o financiamento, pois a carga horária é baixa</p>	<p>Contratos com entidades privadas para suprir a demanda da população e remediar problemas provocados pela falta de recursos.</p>

Fonte: Elaboração própria

Tabela 2 - Indicadores e Núcleos de Significação:

Pagamento por Desempenho	
Conteúdos temáticos	Núcleos de significação
<p>1) Os municípios mais vulneráveis estão sofrendo muito mais.</p> <p>2) Impacto sobre todos os níveis de atenção à Saúde no município;</p>	<p>1) Esses mecanismos estão prejudicando a saúde como um todo, pois o dinheiro sai do mesmo cofre. Nosso orçamento não corresponde com a vulnerabilidade e, nesse contexto de impossibilidade de um investimento, principalmente para a composição de novas equipes, muitos dos indicadores ficam prejudicados.</p>
<p>3) A falta de profissionais tem sido um grande empecilho para os municípios mais pobres.</p> <p>4) Sobrecarrega os profissionais</p>	<p>2) Nós temos uma grande dificuldade de adesão de profissionais médicos no município. O salário é igual ao que é pago pelo Ministério da Saúde e em São Paulo, mesmo assim os médicos não vêm trabalhar em Francisco Morato, nem mesmo os do Médicos pelo</p>

	<p>Brasil. Com a defasagem de médicos de hoje, é difícil você fazer o cumprimento de tudo. Não dá para jogar essa responsabilidade nas costas das equipes se faltam médicos.</p>
<p>5) Indicadores atrelados a consultas médicas provocam perdas de recursos para os municípios que não conseguem contratar;</p> <p>6) Contratos com entidades privadas para suprir a demanda da população e remediar problemas provocados pela falta médicos;</p> <p>7) Os médicos não querem trabalhar no município. Isso significa um impacto na estratégia saúde da família, assistencial, significa impacto financeiro e , daqui a pouco, uma perda de equipe homologadas.</p>	<p>3) Alguns indicadores estão atrelados diretamente à consulta médica. Sem médicos, isso significa um impacto financeiro, porque não conseguimos atingir os indicadores. O caminho que encontramos foi o de fazer um contrato com uma empresa para trazer esses médicos para fazer a prestação de serviços à população. Isso não resolve nosso problema, pois eles não podem ser vinculados às equipes, mas pelo menos ameniza a situação de assistência à população. Mas, não ter médicos nas equipes, significa um impacto na Estratégia Saúde da Família, assistencial, além de impacto financeiro e, daqui a pouco, uma perda de equipe homologadas.</p>
<p>8) Os indicadores não mostram aquilo que foi produzido.</p> <p>9) O atual modelo não serve para a organização do trabalho na ponta do serviço.</p>	<p>4) O planejamento do SAME sempre trabalhou em cima dos indicadores, com metas para se manter as promoções e prevenções a serem realizadas pelas equipes.</p>

Fonte: Elaboração própria

Análise dos Núcleos

O processo de análise buscou articular a fala do informante com o contexto social, político e econômico, em síntese, histórico, que permite acesso à compreensão dos fenômenos estudados em sua maior complexidade. Partindo de um olhar intra e internúcleos, propomos a seguir articular os tais núcleos entre si, sempre fazendo o exercício de discuti-los em seu contexto sócio-histórico.

Núcleo 1:

Esses mecanismos estão prejudicando a saúde como um todo, pois o dinheiro sai do mesmo cofre. Nosso orçamento não corresponde com a vulnerabilidade e, nesse contexto de impossibilidade de um investimento, principalmente para a composição de novas equipes, muitos dos indicadores ficam prejudicados.

Os defensores do Previne Brasil afirmam que o novo modelo para transferência de recursos teve como objetivo fortalecer a APS no país, melhorando o acesso da população aos cuidados em saúde. Ao contrário disso, tanto na literatura crítica ao modelo, quanto nos relatos dos entrevistados, o que identificamos a respeito foram impactos negativos, provocando a perda de recursos dos repasses federais o que pressiona o orçamento das gestões locais e agrava o estado de vulnerabilidade dos municípios mais pobres e, por consequência, acentua as barreiras de acesso à saúde já existentes em seus contextos.

Se por um lado, nenhum dos entrevistado se posicionou contra o uso de indicadores (ou mesmo do cadastramento de usuários), por outro lado, quando estes mecanismo são utilizados como critérios para o repasse de recursos, os municípios mais vulneráveis ficam mais expostos a perda de recursos, ao desfinanciamento de equipes, devido a sua dificuldade de investimento. Foi o que observamos em Francisco Morato, segundo município mais pobre do estado de São Paulo. Na fala dos gestores, percebemos sua preocupação com o contexto de recursos limitados que impactam diretamente na composição e manutenção de equipes de saúde, como destacado nos Temas 1,2,3,8,9 e 10, especialmente, bem como nos Conteúdos Temáticos 1 e 2, bases para a formulação deste núcleo de significação. Com a perda de recursos federais, o orçamento municipal passa a ser mais onerado pela necessidade de manutenção dos serviços já existentes no município, que precisa manter seu funcionamento mínimo. Esse contexto de baixo orçamento é ainda agravado por outros elementos que discutiremos a seguir.

Núcleo 2:

Nós temos uma grande dificuldade de adesão de profissionais médicos no município. O salário é igual ao que é pago pelo Ministério da Saúde e em São Paulo, mesmo assim os médicos não vêm trabalhar em Francisco Morato, nem mesmo os do Médicos pelo Brasil. Com a defasagem de médicos de hoje, é difícil você fazer o cumprimento de tudo. Não dá para jogar essa responsabilidade nas costas das equipes se faltam médicos.

Um problema estrutural na Saúde brasileira, a falta de profissionais médicos fora das grandes metrópoles ainda é um desafio a ser resolvido²⁴ e que precisa ser encarado à luz de ações centralizadas por parte da União - por sua maior capacidade e possibilidade de construção de estratégias para resolver o problema. Foi nessa esteira que surgiu o Programa Mais Médicos (PMM) que, como medida paliativa, recorreu a contratos com outros países para o fornecimento destes profissionais. Deste programa, o município possuía 20 médicos que prestavam cuidados à população. Com a mudança para o Programa Médicos pelo Brasil (PMB), já no governo Bolsonaro, a cidade perdeu esses médicos, cujos os contratos não puderam ser renovados e a promessa de recomposição não se efetivou. Atualmente, o município possui apenas 6 médicos, dos 20 de outrora, provocando um déficit de 14 profissionais.

Buscando resolver a questão, de acordo com o relato dos entrevistados, o município abriu concursos públicos, porém sem adesão, mesmo com o salário equiparado com a capital paulista e o que é pago pelo próprio Ministério da Saúde (MS). Sem a possibilidade de completar as equipes, a falta de médicos apresentou-se como mais uma barreira para conseguir os recursos federais para a Atenção Primária à Saúde, devido aos novos critérios estabelecidos pelo Previne Brasil. Sem conseguir completar equipes, estas passam a não cumprir com os pré-requisitos se manter homologadas, uma vez que, de acordo com a Portaria nº32, de 19 de maio de 2021, publicada pelo MS, as equipes precisam ter “a presença de composição profissional mínima exigida (temas 11,12, 13), de acordo as regras de cada equipe e serviço [...] com a carga horária mínima exigida por categoria profissional”²³. Sem cumprir tais critérios por período maior que três meses, a equipe é descredenciada. Sendo a presença do médico exigida para a homologação das equipes, o Previne Brasil tem sido um fator de angústia e incertezas para o município, pois “*os médicos não vêm trabalhar em Francisco Morato, nem mesmo os do Médicos pelo Brasil*”, sendo este elemento um fator de perda de recursos ao fazer com que com “*a defasagem de médicos de hoje*”, seja “*difícil você fazer o cumprimento de tudo.*”

Com a falta de médicos, e a conseqüente perda de recursos federais, os profissionais de saúde presentes no município acabam sendo sobrecarregados (temas 15,16 e 17) pela demanda existente devido a impossibilidade de reposição da mão de obra para compor as ações e os cuidados necessários. Os gerentes de unidade, por exemplo, enfermeiros em sua maioria, precisam dividir seu tempo entre os cuidados prestados à população que procura o serviço e as tarefas gerenciais da unidade. Com equipes incompletas, “*não dá para jogar essa responsabilidade nas costas das equipes se faltam médicos.*”

Núcleo 3:

Alguns indicadores estão atrelados diretamente à consulta médica. Sem médicos, isso significa um impacto financeiro, porque não conseguimos atingir os indicadores. O caminho que encontramos foi o de fazer um contrato com uma empresa para trazer esses médicos para fazer a prestação de serviços à população. Isso não resolve nosso problema, pois eles não podem ser vinculados às equipes, mas pelo menos ameniza a situação de assistência à população. Mas, não ter médicos nas equipes, significa um impacto na Estratégia Saúde da Família, assistencial, além de impacto financeiro e, daqui a pouco, uma perda de equipe homologadas.

Como apontamos anteriormente, o componente do Pagamento por Desempenho estabelece 7 (sete) indicadores a serem perseguidos pelos municípios com metas que definirão o repasse (ou não) dos recursos federais para APS local, de acordo com o atingimento dessas metas. Alguns desses indicadores estão relacionados diretamente à consulta médica (temas 14, 15 e 16), como é o caso das consultas pré-natais, por exemplo. Diante da defasagem desses profissionais de saúde, o município encontra uma barreira significativa (para não afirmar categoricamente que fica impossibilitado) de alcançar as metas estabelecidas para estes indicadores.

Face à falta de médicos, o município recorreu a uma parceria com a Santa Casa para tentar dar conta, ao menos, das necessidades de assistência à população moratense. Cientes de que *“isso não resolve nosso problema, pois eles não podem ser vinculados às equipes, mas pelo menos ameniza a situação de assistência à população”*. Os gestores apontam que o novo modelo tem sido um duro golpe na Estratégia Saúde da Família (ESF), uma aposta do município desde o início dos anos 2000, quando ainda era chamada de *Programa Saúde da Família (PSF)*. Com a ESF enfraquecida, as possibilidades de vínculo, de prevenção, de longitudinalidade do cuidado - pressupostos do modelo adotado pelo município - estão postos em “xeque”, indicando que o Previne se configura como mais uma medida de mudança de paradigmas de cuidado na saúde brasileira, aprofundando as mudanças feitas pela PNAB de 2017²⁰.

Se por um lado, o município estudado tem encontrado barreiras para garantir o repasse dos recursos do componente de Pagamento por Desempenho, por outro, há ainda a iminência de perda de recursos do componente de Capitação Ponderada devido ao descredenciamento de equipes. Este é um problema tanto para as equipes Saúde da Família (eSF), quanto para as equipes de Atenção Primária (eAP), 24 (vinte e quatro) e 2 (duas), respectivamente. Isso pois, ambos os modelos necessitam da presença do médico para que as equipes sejam homologadas pelo Ministério.

Nesse contexto, o município recorreu aos plantões médicos como uma tentativa de, no primeiro momento, fomentar a ida de profissionais que tivessem interesse em estar no território, com uma carga horária um pouco mais ampla do que às 6 horas prevista no plantão. “*Porque a gente sabe que trazendo um profissional com uma carga horária de 20 horas para uma EAP ou de 40 horas para uma Estratégia, seria impossível*”, [sic].

Núcleo 4:

O planejamento do SAME sempre trabalhou em cima dos indicadores, com metas para se manter as promoções e prevenções a serem realizadas pelas equipes.

Como afirmamos anteriormente, não nos parece que alguém seja contra o uso de indicadores para avaliar a qualidade dos serviços prestados à população ou como ferramenta de identificação das dificuldades encontradas pelos serviços de atingir determinados públicos tidos como prioritários. Isso fica ainda mais evidente com os relatos dos entrevistados que apontam que este uso para indicadores não é uma novidade em Francisco Morato, tão pouco no SUS, com o uso do PMAQ-AB, por exemplo, que estabelecia novos recursos para metas atingidas.

Em busca de identificar as causas da divergência entre os bancos de dados municipal e federal, nossos entrevistados explicaram que a gestão municipal instalou um Grupo de Trabalho para verificar o porquê das informações da assistência ofertada de alguma forma “não terem subido”, seja por um problema local, ou por um problema relacionado ao Ministério da Saúde. Dado essa divergência, observamos que no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) no primeiro quadrimestre de 2021, apenas os indicadores relacionados à imunização relacionados à Poliomielite e a Pentavalente. No segundo quadrimestre de 2022, 4 (quatro) dos 7 (sete) indicadores permaneceram abaixo das metas estabelecidas.

**Tabela 3 - Indicadores de desempenho de Francisco Morato (SP)
Primeiro quadrimestre 2019 a segundo quadrimestre 2022**

Indicador / Quadrimestre	2019	2019	2019	2020	2020	2020	2021	2021	2021	2022	2022
	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2
Pré-Natal (6 consultas) (%)	0	0	0	0	2	12	23	34	51	42	45
Pré-Natal (Sífilis e HIV) (%)	1	0	0	1	4	10	21	26	45	44	32
Gestantes Saúde Bucal (%)	0	0	0	1	5	5	11	11	7	13	15
Cobertura Citopatológico	3	2	2	1	2	2	4	5	7	7	7

(%)											
Cobertura Pólio e Penta (%)	100	100	72	100	100	88	58	50	33	82	83
Hipertensão (PA Aferida) (%)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	8
Diabetes (Hemoglobina Glicada) (%)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1

MS/SAPS/Departamento de Saúde da Família - DESF

Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB

Dado gerado em: 29 de Novembro de 2022 - 14:24h

Enquanto se investiga os problemas envolvendo a transferência de informações entre os bancos de dados, fica evidente que para além dessas divergências, as precárias condições impostas ao município pelo contexto social, econômico e histórico, especialmente no que diz respeito à possibilidade de contratação de profissionais médicos para a formação e manutenção das equipes de saúde da família, constituem barreiras importantes para o acesso aos recursos federais e aumentam a oneração do orçamento local que, no fim das contas, afeta o cuidado à saúde da população.

O modelo atual, além de não estar servindo para a organização do trabalho no município; não mostrarem o que realmente foi produzido pelos trabalhadores; de guardar divergências entre o banco de dados municipal e federal (seja por problemas locais ou nacionais - que estão ainda sendo investigados pela gestão da SAME), ao vincular o repasse ao atingimento de metas, tal qual um empresa privada que corta recursos dos setores deficitários para investir nos mais lucrativos, aumenta a vulnerabilidade dos municípios que já estão com dificuldade de assistir sua população devido aos poucos recursos orçamentários, falta de profissionais médicos, condições de vida de sua população, entre outras coisas. O uso de indicadores, como previstos pelo Previne Brasil, inova nas possibilidades de asfixia dos municípios à medida que vincula o repasse às metas atingidas - tal qual uma empresa privada - e, em última instância, institui uma nova forma de negar à população o acesso à saúde.

8. Discussão

Como pudemos ver, os componentes do Previne Brasil pressupõem o cadastro de equipes para a transferência de recursos por meio da capitação ponderada, bem como estabelece indicadores que necessitam da consulta médica e, portanto, dependem do profissional médico para cumprir as metas estabelecidas. Isso posto, retomamos aqui que a composição de eAP é definida pela presença de um médico e enfermeiro, preferencialmente especialistas em saúde da família, podendo cumprir cada um a carga horária de 20h ou 30h. Já a composição da eSF abrange, minimamente, médico, enfermeiro,

agente comunitário de saúde e técnico de enfermagem, cumprindo cada um 40 horas. Em ambos os modelos o médico é uma figura central para a formação da equipe. Essas disposições estão presentes na Portaria nº 32, 19 DE MAIO DE 2021 - Art 2º, §2º, inciso III e IV²³.

Contudo, a falta de médicos fora dos grandes centros tem sido um problema estrutural na saúde brasileira, fazendo com que muitos dos municípios menores não possuam a quantidade adequada destes profissionais para atender a população. Essa é uma realidade conhecida pelo governo federal e, inclusive, apontada pelo Banco Mundial no documento que baseou a elaboração do Previne Brasil⁸.

A densidade de profissionais de saúde, particularmente médicos, por habitantes é menor do que o encontrado em países com nível similar de desenvolvimento e bastante inferior à média entre os países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Além disso, a distribuição geográfica e setorial é marcada por grandes desigualdades, pois a maioria dos profissionais estão localizados em áreas urbanas, atraídos por ganhos adicionais no setor privado e/ou onde existe atenção especializada⁸.

Em recente publicação, Scheffer²⁴ (2023) demonstra que São Paulo é o terceiro estado brasileiro com maior número de médicos por 1000 habitantes (3,50), com 163.430 médicos em todo o estado, atrás apenas do Distrito Federal, com 5,53 médicos por 1.000 habitantes, e Rio de Janeiro (3,77). O estudo considera como critério o município de domicílio do médico e não em todas as cidades nas quais eventualmente trabalha, mas nos permite ter uma ideia da disparidade de profissionais entre capitais, regiões metropolitanas e interior.

Nas capitais, a média da razão médico/habitante em 2022 foi de 6,27, muito superior ao interior (2,27) e às regiões metropolitanas (1,06). Nenhuma capital apresentou queda na razão médico-habitante de 2012 a 2022. Já 12 municípios das regiões metropolitanas e outras 21 cidades do interior apresentaram redução no período²⁴. De acordo com o levantamento, o número de médicos mais do que dobrou no Brasil em pouco mais de 20 anos e, nos últimos 13 anos, mais de 250.000 novos profissionais se formaram. A maior oferta de médicos no país, mediante abertura de cursos e vagas proporcionou em uma década e maior densidade de profissionais por habitantes nos três agrupamentos de municípios analisados, não foi suficiente para dar cabo da persistente concentração geográfica desses profissionais.

Mesmo no cenário mais conservador, Scheffer²⁴ (2023) estima que o país deverá ter mais de um milhão de médicos em 2035, efeito da ampliação massiva de vagas de graduação. Apesar disso, e do aumento da densidade de médicos por 1.000 habitantes no país, chegando a 2,60 em 2023, o estudo chama a atenção para a continuidade da concentração geográfica e a força de atração destes profissionais para os grandes

centros.

As capitais apresentam densidade média de médicos por habitantes (6,13) muito maior que os interiores (1,84) e, dentro de alguns estados, essa diferença é ainda mais expressiva. Em 2022, no conjunto das cidades com menos de 50.000 habitantes, onde vivem mais de 30% da população, estavam presentes apenas 8% dos médicos²⁴.

Há ainda importantes disparidades na distribuição de médicos entre a rede do SUS e o setor privado com mais profissionais, proporcionalmente, à disposição de serviços que atendem usuários da assistência médica suplementar, que não chegam a 30% da população. Para além do número de médicos, é relevante considerar onde eles se instalam, de quanto tempo dispõem para cada vínculo de trabalho, a produtividade e o desempenho²⁴.

O Brasil precisa de médicos para cuidar de toda a população, o que dependerá, em grande medida, da sustentabilidade e ampliação do SUS constitucional. Se perdurarem, o subfinanciamento público, o aumento dos gastos privados e a segmentação do sistema de saúde irão determinar a atuação de grande parcela dos médicos.

Diferentemente de algumas expectativas, o aumento da oferta de médicos, apesar de expressivo, não alterará, por si só, as desigualdades de distribuição geográfica desses profissionais no Brasil. Ao contrário, poderá haver acirramento das disparidades de concentração de médicos. Das 27 unidades da Federação, 18 delas irão apresentar densidade de profissionais por 1.000 habitantes abaixo da estimativa nacional projetada em 4,43 para 2035. Se medidas não forem adotadas, estará mantida ou será agravada a desigualdade de distribuição geográfica, o que fará persistir a escassez localizada de profissionais, mesmo em cenário de maior e crescente oferta global de médicos. Será, portanto, necessário rever e impulsionar políticas e programas de distribuição e retenção de médicos em áreas desassistidas e de menor densidade de profissionais por habitantes²⁴.

A falta de médicos fora dos grandes centros não é um elemento novo e, mesmo considerando o aumento de profissionais nos últimos, como apontado pelo estudo, o problema ainda está longe de ser solucionado. Esta realidade foi possível de ser observada em Francisco Morato, bem como a dificuldade por ela imposta para a formação de equipes, cumprimento das metas estabelecidas nos indicadores do Previne Brasil e, talvez o central de toda essa discussão, de garantia de acesso e cuidado à saúde da população moratense. O componente de Pagamento por Desempenho ocupa com centralidade as preocupações de gestores do município, com impactos negativos já observados pela gestão, podendo chegar a 12,5% dos recursos federais a que Francisco Morato deveria dispor. Um grande gargalo para a garantia de cuidado na ponta dos serviços, o Previne Brasil transformou a falta destes profissionais em uma barreira **ainda maior** também para o financiamento.

9. Conclusão

As propostas do Banco Mundial, incorporadas pelo Previne Brasil, são ancoradas num preceito de eficiência/ineficiência. Mas o que está se chamando eficiência nas propostas de “reforma” do SUS, tem como objetivo a transformação da saúde em campo a ser explorado pela rede privada alicerce, que passariam a receber recursos das três esferas de governo, ou mesmo com maior participação da saúde suplementar. Em ambos os casos, sendo essas empresas pagas por capitação com incentivos associados a melhores resultados, os tais dos indicadores, em vez de volume de serviços⁸, sendo a incorporação desses mecanismo mais um passo na direção da neoliberalização, na privatização, da saúde pública brasileira.

De igual modo, a propagada eficiência diz respeito à economia de recursos, ou seja, ao dispêndio de recursos cada vez menores de investimento que o Estado precisaria dispor para prestar serviços de saúde. Contraditoriamente, as parcerias com OSS tem onerado mais o Estado ao invés de promover tal economia, jogando por terra o argumento central de que o SUS poderia obter melhores resultados de saúde, mesmo sem mais recursos⁸. Chama-nos a atenção que a eficiência defendida gira em torno de economizar recursos financeiros, baseada numa política de austeridade, onde a eficiência do cuidado em saúde, de acordo com os preceitos de universalidade, integralidade e equidade, no mínimo ficam em segundo plano, com poucas menções ao longo do texto.

O novo modelo de financiamento estabeleceu novas regras com o pressuposto de se fazer valer mecanismos de pagamento para premiar qualidade e resultados. Contudo, como exposto, a fragilidade econômica dos municípios mais pobres e a falta de profissionais médicos, aliado ao desamparo financeiro provocado pelas regras do Previne Brasil que guardam na presença do médico e nos resultados de seu trabalho a chave para a transferência de recursos para a APS, tem, a maneira oposta, “punido” dos municípios mais vulneráveis e sua população.

Esse conjunto de medidas previstas no Previne Brasil promoveram uma alteração significativa no cenário político e institucional da atenção básica. Mas, o novo modelo de financiamento é apenas uma das ferramentas promovidas durante o governo Bolsonaro. Junto com ele, na Lei no 13.958 14, que institui o Programa Médicos pelo Brasil (PMB), foi autorizada a criação da Agência para Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), instituição de direito privado, com modalidade paraestatal (Serviço Social Autônomo)²⁰, bem como a proposta da Carteira de Serviços para

a APS (CaSAPS), estabelecendo a relação de serviços a serem ofertados pela atenção básica. Ambas as medidas atendem as propostas de “reforma” no SUS feita pelo Banco Mundial⁸, assim como o Previne Brasil. Esses elementos quando

[...] combinados sinergicamente, ampliam as possibilidades de privatização da saúde e integram um novo processo de acumulação, alargado pela abertura do setor ao capital estrangeiro, ocorrida em 2015. Elementos normativos complementares foram publicados pelo Ministério da Saúde, ratificando as medidas e preenchendo eventuais lacunas. A articulação entre seus conteúdos e a velocidade com que esses documentos foram oficializados sugerem que a arquitetura da nova política para a atenção básica vem sendo produzida com clareza de interesses²⁰.

Essa propostas unidas atendem o essencial da *Proposta de Reforma para o Sistema Único brasileiro*⁸ cuja a preocupação é aprofundar a neoliberalização da saúde brasileira, ou seja, que o país invista menos em sua saúde pública - pelo menos na administração direta, o uso com OSS está liberado - numa contraposição entre a esfera pública e a esfera mercantil, privada. Essa última tida como “mais eficiente”.

A trama de mudanças para a atenção básica, elaborada em nome de suposta melhoria de eficiência e efetividade na aplicação dos recursos e de resolutividade, revela-se presidida pela racionalidade financeira, que converte a saúde em uma mercadoria ajustável aos interesses do setor privado [...] Distanciando-se do entendimento da saúde como direito universal, aprofunda-se rapidamente a ruptura com o compromisso constitucional da saúde como dever do Estado. A acelerada conversão da atenção básica aos interesses mercantis e privatistas no SUS requer mudanças nas modalidades de alocação dos recursos públicos, a instituição de novas possibilidades de relação entre Estado e empresas privadas, e a adequação do modelo de atenção às particularidades da gestão privada²⁰.

Este movimento tem como interesse real atender às ambições da esfera mercantil, das mercadorias, em que o sujeito fundamental é o consumidor, com seu respectivo poder de compra. Esta tem no consumidor seu sujeito. A esfera pública, que pretende-se ser garantidora de direitos, se contrapõe à esfera mercantil. Esta tem no cidadão seu sujeito, cidadão definido como sujeito de direitos. Direito é o oposto de privilégio. Direito é para todos, senão não é direito, é privilégio, é só para alguns²⁷.

As mudanças impostas pelo Previne Brasil, apesar de usar destes termos em seu texto, não guardam relação com a garantia e ampliação de acesso à população. Ao contrário, revelam o potencial de acelerar e aprofundar a privatização e a renúncia do SUS aos princípios de direito universal à saúde, baseado na equidade, na integralidade da atenção e na participação popular.

O uso de indicadores propostos pelo Previne Brasil, além de não proporcionarem a melhoria das ações dos agentes públicos para a garantia dos direitos, neste contexto, institucionaliza um mecanismo de

represamento de recursos federais que deveriam estar à disposição da população. Mas quanto a eficiência relacionada à economia de recursos para transferi-la ao setor privado, em especial o mercado financeiro, por meio do superávit primário²⁸, esta parece ter sido exitosa no novo modelo de (des)financiamento.

Reconhecer os interesses por trás de tais medidas é essencial para seu enfrentamento e para sua revogação. Neste novo ciclo que se inicia após a derrota do modelo ultraliberal, eixo orientador da política econômica do governo que pariu tal proposta, é um passo importante para uma estratégia de reconstrução democrática da saúde pública brasileira com a garantia do direito à saúde do povo brasileiro como norte.

10. Referências:

1. Pereira, J.M.M. A construção do Banco Mundial como ator político, intelectual e financeiro do desenvolvimento capitalista internacional(1940-1981). *História Unisinos* 25(1):77-93, Janeiro/Abril 2021. - doi: 10.413/hist.2021.251.07
2. Souza, N.A. de. Neoliberalismo ou pseudoliberalismo: O Colapso do neoliberalismo – São Paulo: Global, 1995.
3. Antunes, Ricardo e Praun, Luci – A sociedade dos adoecimentos no trabalho – Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 123, p. 407-427, jul./set. 2015 <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.030>
4. Pereira, J.M.M. O Banco Mundial como ator político, intelectual e financeiro (1944-2008). Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 502 p., 2010.
5. Souza, N.A. de – Plano Collor inaugura “Consenso de Washington” – Economia brasileira contemporânea: de Getúlio a Lula – 2.ed. – São Paulo: Atlas, 2008.
6. Rizzotto, M.L.F. Capitalismo e saúde no Brasil nos anos 90: as propostas do Banco Mundial e o desmontado SUS. São Paulo: Hucitec, 2012.
7. Rizzotto, M.L.F.; Campos, G. W. de S. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. *São Paulo: Saúde Soc.* v.25, n.2, p.263-276, 2016.
8. BANCO MUNDIAL. Brasil: novo desafio à saúde do adulto. Washington, D.C.: [s.n.], 1991 (Série de Estudos do Banco Mundial sobre países).
9. Alves, P; K. L; Barbosa, E. A.; Vieira, A.C.de S. Incorporação das diretrizes do Banco Mundial para a Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro: EM PAUTA, jul/dez 2022 _ n. 50, v. 20, p. 170 - 185.
10. Banco Mundial. Proposta de reforma do Sistema Único de Saúde brasileiro. Washington D.C.: Banco Mundial, 2019.
11. Santos, V. M. A captura do fundo público na política de saúde: o fortalecimento do setor privado. *Argumentum*, Vitória, v. 10, n. 3, set./dez. 2018.
12. Giovanella, L; Franco, C. M; Almeida, P. F. de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? Rio de Janeiro: *Ciênc. saúde coletiva* 25 (4), Mar 2020.
13. Ministério da Saúde. Portaria nº 32, 19 DE MAIO DE 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-32-de-19-de-maio-de-2021-321216135> . Acesso em 08 de fevereiro de 2023.
14. Ministério da Saúde. Previnde Brasil. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento> . Acesso em 18 de janeiro de 2023.
15. Harzheim, E et al. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. São Paulo: *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4):1361-1374, 2020.
16. 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. São Paulo: Cad. Saúde Pública 2022; 38(2):e00164621.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2017.
 18. Melo, E. A.; Almeida, P. F.; Lima, L. D. de; Giovanella, L. de. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Saúde Debate. v. 43, n. especial 5, p. 137-144, dez 2019.
 19. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/6815#:~:text=Diferen%C3%A7as%20entre%20equipes&text=A%20eAP%20%C3%A9%20composta%20minimamente,cumprindo%20cada%20um%2040%20horas>. Acesso 15 dezembro 2022.
 20. Morosini MVGC, Fonseca AF, Baptista TW de F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. Cad Saúde Pública [Internet]. 2020;36(Cad. Saúde Pública, 2020 36(9)). Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220>
 21. Aguiar, WMJ; Ozella, S. Núcleos de Significação como Instrumento para a Apreensão da Constituição dos Sentidos. São Paulo: Psicologia, Ciência e Profissão, 2006, 26 (2), 222-245.
 22. Aguiar, WMJ; Ozella, S. Apreensão dos sentidos: aprimorando a proposta dos núcleos de significação. Brasília: R. bras. Est. pedag., v. 94, n. 236, p. 299-322, jan./abr. 2013.
 23. Ministério da Saúde. Portaria nº 32, 19 DE MAIO DE 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-32-de-19-de-maio-de-2021-321216135> . Acesso em 08 de fevereiro de 2023.
 24. Scheffer, M. et al. Demografia Médica no Brasil 2023. São Paulo, SP: FMUSP, AMB, 2023. 344 p. ISBN: 978-65-00-60986-8.
 25. Ministério da Saúde. e-Gestor Atenção Básica. Disponível em :<https://egestorab.saude.gov.br/gestaoaps/relEquipesHomologadas.xhtml;jsessionid=ql14+3eeHMWpdfXEsl+J-4wl>. Acesso 31 de janeiro de 2023.
 26. Ministério da Saúde Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégia e-SUS Atenção Básica e Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica - SISAB. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013., 16.29 de nov. de 2022
 27. Sader, E. As esferas pública, estatal, privada e mercantil no neoliberalismo - Se é público, é para todos : defender as empresas públicas é defender o Brasil / Emir Sader, organizador. Rio de Janeiro : UERJ, LPP, 2018.
 28. Mendes, Á. O fundo público e os impasses do financiamento da saúde universal brasileira. São Paulo: Saúde Soc. v.23, n.4, p.1183-1197, 2014.

11. ANEXOS:

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA ONLINE - TRABALHADORES E GESTORES MUNICIPAIS

Prezado (a),

O (A) Sr (a). está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: “Análise da organização do Sistema Único de Saúde e do cuidado oferecido pelo SUS no município de Francisco Morato”, que tem como objetivo descrever e analisar a organização do Sistema Único de Saúde e do cuidado oferecido pelo SUS no município de Francisco Morato.

Esta pesquisa está sendo realizada com profissionais e gestores da saúde, da assistência social, da educação e da comunicação do município de Francisco Morato que concordarem em participar. A entrevista, que terá duração de cerca de 60 minutos, será realizada por alunos do Programa de Especialização em Saúde Coletiva e/ou pesquisadores(as) do Instituto de Saúde. Essa entrevista será gravada e posteriormente transcrita para análise. A transcrição da entrevista ficará em posse da coordenadora da pesquisa e ficará armazenada em segurança durante o período de 5 anos.

Os riscos com essa pesquisa são mínimos, sendo que o (a) Sr (a). pode se sentir desconfortável em responder alguma pergunta, mas tem total liberdade de não responder ou interromper a entrevista em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para seu trabalho.

O (A) Sr (a). tem a liberdade de não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, mesmo após o início da entrevista, sem qualquer prejuízo para seu trabalho. Suas informações pessoais são sigilosas, ou seja, seu nome não será divulgado de maneira nenhuma. O (A) Sr (a). não terá nenhuma despesa e não há compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa. Ao final da pesquisa os resultados serão divulgados para os participantes e para as instituições onde os dados foram coletados.

Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa o (a) Sr (a). poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável pelo estudo: Fabiana Santos Lucena, que pode ser localizada no Instituto de Saúde (telefone 11-3116-8510) das 8 às 17h ou pelo email fabiana.lucena@isaude.sp.gov.br.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (CEPIS), que é um comitê que visa garantir os direitos, a dignidade, a segurança e a proteção dos participantes de pesquisas. O CEPIS analisou e está acompanhando o desenvolvimento do projeto e pode ser consultado em caso de dúvidas ou perguntas em relação às questões éticas da pesquisa, pelo email cepis@isaude.sp.gov.br, ou pelo telefone (11) 3116-8507 ou pelo endereço Rua Santo Antônio, 590, 1º andar, Bela Vista, São Paulo, das 09:00 às 16:00h.

Sua participação é importante e voluntária e vai gerar informações que serão úteis para o conhecimento e entendimento das políticas de saúde do município.

Em virtude dessa entrevista estar sendo realizada de forma remota, por meio on-line, a autorização será gravada e o (a) senhor (a) receberá uma via do termo por e-mail assinada pela responsável pela pesquisa.

Você declara que obteve de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do participante desta entrevista e concorda com a participação neste estudo?

___/___/___

Nome do responsável pela entrevista

Assinatura do responsável pela entrevista

ANEXO 2:

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GESTORES DO SAME

Identificação Geral
Data da Entrevista:
Entrevistadores:
Entrevistado/a:

1) PERGUNTAS DE AQUECIMENTO

Para começar, gostaríamos de conhecer brevemente sobre sua trajetória profissional.

- Formação profissional. Em qual município se graduou?
- Tempo na gestão, trabalhos anteriores na gestão/saúde

Quais são suas principais atribuições dentro do SAME, no planejamento?

2) PERGUNTAS SOBRE ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO EM FRANCISCO MORATO

Agora, gostaria que você falasse sobre a organização do sistema municipal de saúde de FM, em especial sobre a APS como coordenadora do cuidado dentro do sistema.

- Quais são os principais desafios?

3) PERGUNTAS SOBRE FINANCIAMENTO

O Previne Brasil alterou a forma de transferência de recursos do MS para a APS, em relação à chamada Capitação Ponderada, qual a sua opinião sobre as alterações que atingiram principalmente o PAB fixo, que previa transferências pelo critério populacional, e passou a depender do número de pessoas cadastradas pelas equipes de saúde (eSF e eAP)?

- Realização do cadastramento: foi benéfico para a organização do trabalho?
- Quais são os problemas para sua efetivação?

- Sobre a homologação das equipes de saúde: homologar equipes de Atenção Primária – eAP, ao invés de equipes de Saúde da Família – eSF, é um facilitador; dificuldades na homologação das equipes nos sistemas.
- Sobre os recursos financeiros: previsão de ampliação/redução dos recursos transferidos; efeitos nas receitas próprias do município
- Alternativas de enfrentamento dos problemas apresentados (ex: existe intenção de contratação de serviço especializado/terceirizado para superar eventuais problemas na homologação das equipes

4) PERGUNTAS SOBRE INDICADORES DO PREVINE BRASIL

Em relação ao Pagamento por desempenho, qual a sua opinião sobre essa forma de transferência? Caso o município não alcance as metas estabelecidas e, por esse motivo, a transferência de recursos federais fique comprometida, qual o possível impacto no planejamento da APS?

- Alterações na organização do processo de trabalho das equipes?
- A organização do processo de trabalho/planejamento já se apoiava no uso de indicadores? Se sim, quais? Os indicadores do Previne Brasil são os mais estratégicos para avaliar o trabalho das equipes de saúde? (*talvez Planejamento não domine*)
- Há dificuldades nos registros dos indicadores?
- Há uma previsão/constatação sobre os impactos financeiros desse novo critério para transferências de recursos? Ela irá (ou têm) ampliar/reduzir (ampliado/reduzido) os recursos transferidos.
- Há previsão dos efeitos provocados nas receitas próprias do município?
- Verificar quais são as formas pensadas para a superação dos problemas apresentados (ex: existe intenção de contratação de serviço especializado/terceirizado para superar eventuais problemas na realização das ações previstas nos indicadores? Ou para o preenchimento/cadastramento dos indicadores?)

5) FINANCIAMENTO - TEMA INCENTIVOS PARA AÇÕES ESTRATÉGIAS

A PNAB 2017 e o Previne Brasil alteram a lógica de prioridade para a ESF como modelo de atenção na APS. Considerando que a ESF é o principal modelo adotado em Francisco Morato, qual sua opinião sobre o novo modelo de financiamento da APS? E sobre os incentivos para ações estratégicas, como por exemplo o Saúde na Hora?

- Mudança no orçamento, realocação de prioridades
- Como o financiamento alterou o planejamento de ações/projetos interrompidos?

6) TEMA FINANCIAMENTO - SUBTEMA: SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO COM USF

Gostaríamos de entender como é organizada a comunicação da secretaria com as USF? Quem é o responsável por essa comunicação?

- Processos para envio de informações para o MS
- A secretaria utiliza os sistemas para se planejar?
- Possíveis limitações/dificuldades com manuseio/transferência de dados entre equipamentos/setores.
- Há cobranças?
- Como os gerentes são avisados sobre prazos?
- Existe alguma organização para a entrega dos dados dos quadrimestres?
- Por que o município optou por implantar um sistema próprio?

7) PERGUNTAS SOBRE EQUIPE DE SAÚDE NO CONTEXTO DE ESCASSEZ DE MÉDICOS

Quais são as dificuldades do município para contratar médicos para atuar no SUS municipal, e especialmente na APS?

- Qual forma utiliza, qual prefere, e porque utiliza ou prefere uma ou outra?
- Problemas e estratégias para a atração de profissionais
- A lei de responsabilidade fiscal é um impeditivo para contratação?

Quais são as estratégias para lidar com a falta de médicos, em especial na APS?

- Como o município recebeu e vem absorvendo a mudança do Programa Mais Médicos pelo programa Médicos Pelo Brasil? Houve redução na oferta de médicos pelo Programa Médicos pelo Brasil?
- Há médicos plantonistas? Se sim, quantos são? Existe especificidades para o trabalho dos plantonistas? Como ele se insere no trabalho da equipe?
- E na ausência do médico? Há alguma diretriz?

Como a contratação de médicos plantonistas influencia na organização do trabalho e nos objetivos da APS? Há supervisão do trabalho do plantonista?

8) TEMA FINANCIAMENTO - SUBTEMA: SIOPS

PERGUNTAR APENAS PARA [nome do entrevistado]

Após consulta no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), verificamos que em Francisco Morato o indicador “despesas com instituições privadas sem fins lucrativos” teve um aumento considerável entre 2018 e 2021 (16,23 - 15,74 - 36,17 - 33,07). Este aumento está relacionado a alguma mudança na gestão da APS do município?

9) PERGUNTAS SOBRE EQUIPE DE SAÚDE NO CONTEXTO DE ESCASSEZ DE MÉDICOS

PERGUNTAR APENAS PARA [nome do entrevistado]

Qual unidade está mais próxima das condições que a coordenação idealizou para o desenho da Atenção Básica do Município de Morato? Levando em conta a formação da equipe de saúde com a presença de médicos.

Qual unidade está mais distante do planejado, que sofre mais com a ausência de médicos?

CASO NÃO FORNEÇA A INFORMAÇÃO DESEJADA, PERGUNTAR:

Um dos Trabalhos de Conclusão de Curso precisará escolher duas unidades para realizar entrevistas. Gostaríamos da sua ajuda para fazer essa escolha. Você poderia nos informar:

- Uma unidade que tenha médico fixo, que trabalhe todos os dias na unidade? Ou a unidade que conte com maior presença de médicos?
- Uma unidade que tenha médico plantonista (6 horas)? Ou a unidade que está mais descoberta no quesito de presença de médico na unidade.

ANEXO 3:

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM AS GERENTES DE UNIDADE

Identificação Geral
Data da Entrevista:
Entrevistadores:
Entrevistado/a:
Nome da Unidade:

PERGUNTAS DE AQUECIMENTO

- 1) Para começar, gostaríamos de conhecer brevemente sobre sua trajetória profissional

Caso a gerente não tenha comentado, articular as seguintes questões:

- Já trabalhava na AB ?
- Como assumiu o cargo?
- Qual sua formação acadêmica?
- Quanto tempo está no serviço?

2) Conte um pouco sobre a sua rotina de trabalho. Como é organizada a sua demanda de trabalho?

Caso a gerente não tenha comentado, articular as seguintes questões:

- Quais são suas motivações e estratégias para atuação na região?
- Percepção sobre as demandas que recebe da população moratense
- Percepções sobre carga horária
- Quais são as implicações e manejos necessários em equipe com pouco ou nenhum médico?
- Como é ter a dupla função de gerente e enfermeiro clínico?

3) Em 2019 mudaram alguns parâmetros para o financiamento da Atenção Básica. Você vem sendo informado sobre essas mudanças?

Caso a resposta seja sim, perguntar para gerente:

- Por onde você recebe essas informações?

PERGUNTAS SOBRE INDICADORES DO PREVINE BRASIL

1) O cadastramento dos usuários na USF vem ganhando importância na rotina das equipes da APS.

Explorar esses pontos como a gerente:

- Vocês têm realizado esse cadastramento?
- Isso alterou a rotina de trabalho das equipes?

2) O acompanhamento do desempenho das equipes por meio de indicadores previamente selecionados vem ganhando importância nos últimos tempos. Como está acontecendo na sua unidade? Como a unidade tem se organizado para dar conta das demandas previstas por esses indicadores?

Caso a gerente não tenha comentado, articular as seguintes questões:

- Esses indicadores se relacionam com a realidade e necessidade do território? Eles facilitam ou dificultam a organização do trabalho?
- E da prestação de serviços para a população?
- Tem sido possível, para a equipe, atingir as metas estabelecidas pelo PB?

PERGUNTAS SOBRE EQUIPE DE SAÚDE NO CONTEXTO DE ESCASSEZ DE MÉDICOS

1) Conte qual a rotina de trabalho e responsabilidade de cada um na equipe da unidade.

Utilizar essas perguntas para estimular falas esperadas:

- A constituição da equipe é suficiente para o atendimento da demanda?
- Há integração entre os profissionais? Como?
- Há sobreposição de papéis?
- Há reuniões de equipe? Discussão de casos?
- Há treinamentos? Atividades vinculadas à educação permanente?

2) A falta do profissional médico é algo recorrente nas unidades. Como a equipe lida com a ausência do médico? Você poderia contar uma situação que vivenciou em Francisco Morato?

Caso a gerente não tenha comentado, articular as seguintes questões:

- Algum profissional assume algumas responsabilidades do médico? Dê algum exemplo. Qual a sua avaliação sobre isso?
- Como driblaram o gargalo que o Ato médico causa para a ordenação do cuidado?

3) Qual a sua opinião sobre o profissional da enfermagem assumir responsabilidades que são atribuídas ao médico quando ele não está presente? Isso é recorrente na sua unidade? Você poderia contar uma situação que vivenciou em Francisco Morato?

4) As enfermeiras da assistência realizam consultas com os pacientes? Como fazem para realizar encaminhamentos e prescrição de medicamentos?

- Como você avalia a sua autonomia profissional e independência na sua prática?
- Você possui autoridade para prescrever medicamentos e tratamentos?
- Você possui autoridade para encaminhar clientes a outros profissionais e admitir pacientes em hospitais?

5) Essa forma de organização da unidade para suprir a falta do médico é pactuada com a Coordenação da AB?

6) No ponto de vista do trabalho, o que muda em ter um médico plantonista ou um estatutário na equipe?

7) Você já ouviu falar sobre o Previne Brasil? Se sim, qual a sua opinião?