

Previne Brasil, processo de trabalho e cuidado em saúde: Percepção dos trabalhadores da Atenção Básica

Previne Brazil, work process and health care: Perception of primary care workers

Paloma Beatriz Costa Silva¹, Kissá Nathália da Silva Soares Alves², Layta Sena Ribeiro³, Marina Mayra de Lima Mota⁴, Raphaela Delmondes do Nascimento⁵, Pauliana Valéria Machado Galvão⁶, Renata Alves Gomes Villani⁷, Maria Bernadete de Cerqueira Antunes⁸.

RESUMO

O Programa Previne Brasil foi criado no ano de 2019 pelo Ministério da Saúde, como uma nova modalidade de repasse de recursos para a Atenção Básica aos municípios. O objetivo deste estudo foi compreender a percepção dos trabalhadores da saúde sobre esse programa, considerando a organização do processo de trabalho e o cuidado em saúde em três equipes de saúde da família do município de Recife, de setembro a dezembro de 2023. Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo exploratória. Foram realizadas entrevistas individuais, com pré-agendamento e gravação, a partir de um roteiro semi-estruturado. A análise foi realizada pela técnica de Conteúdo Categórico. Os achados permitiram a identificação de pouco conhecimento sobre o programa, a postura impositiva da gestão às equipes para a implantação do programa. O processo de trabalho em saúde ganhou roupagem tecnicista e pouco reflexiva, além de apresentar caráter produtivista e procedimental, com pouca adequação à realidade do território.

Palavras-chave: Políticas de Saúde. Atenção Básica em Saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The PrevineBrasil Program was created in 2019 by the Ministry of Health as a new modality for transferring resources to Primary Care in municipalities. The objective of this study was to understand the perception of health workers regarding this program, considering the organization of work processes and health care in three family health teams in the municipality of Recife, from September to December 2023. This is a qualitative exploratory study. Individual interviews were conducted with prior scheduling and recording, based on a semi-structured guide. The analysis was carried out using the Categorical Content technique. The findings revealed limited knowledge about the program, the management's imposing stance towards the teams for the program's implementation. The health work process took on a technocratic and minimally reflective approach, in addition to displaying a productive and procedural character, with little adaptation to the reality of the territory.

Keywords: Health Policies. Primary Health Care. Unified Health System.

¹Sanitarista. Residente de Saúde Coletiva. Universidade de Pernambuco (UPE). <https://orcid.org/0000-0001-8785-0259>

²Psicóloga. Especialista em Saúde da Família. Secretaria de Educação de Pernambuco. <https://orcid.org/0000-0003-0800-7250>

³Psicóloga. Especialista em Saúde da Família. Uninassau. <https://orcid.org/0000-0002-6942-5707>

⁴Fonoaudióloga. Especialista em Saúde da Família. UPE. <https://orcid.org/0000-0002-4612-1030>

⁵Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. UPE. <https://orcid.org/0000-0002-7570-5692>

E-mail: renata.villani@upe.br

⁶Cirurgiã-Dentista, Doutora em Epidemiologia em Saúde Pública. UPE. <https://orcid.org/0000-0002-4418-218X>

⁷Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. UPE. <https://orcid.org/0000-0002-4347-6194>

⁸Médica. Mestra em Saúde Coletiva. Doutora *Honoris Causa*. UPE. <https://orcid.org/0000-0002-6391-397X>

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), ao longo dos seus mais de trinta anos, perpassou por diferentes caminhos de orientação no seu modelo de financiamento¹. No contexto da Atenção Básica à Saúde (ABS), como uma grande contribuinte para que a Atenção Primária à Saúde (APS) se expandisse no Brasil, ressalta-se a criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), juntamente com o processo de municipalização. Igualmente destaca-se a implementação do Piso da Atenção Básica fixo (PAB-fixo) e do Piso Variável (PAB-variável)², como modelo de financiamento vigente até o final do ano de 2019. Vale enfatizar que o PAB-variável também era representado pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), desenvolvido nos anos de 2011 a 2019, com objetivo de qualificação dos serviços por estimulação dos/as trabalhadores e gestores da ABS, o qual também foi extinto com a criação do Programa Previne Brasil (PPB)³.

O PPB foi criado pela portaria de nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, e alterou o modelo de financiamento e de transferência dos recursos federais para as ações e serviços da ABS instituído pela Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS do ano de 2017⁴, eliminando os PABs. O financiamento de custeio da ABS passou a ser organizado por três eixos: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas, com recursos transferidos fundo a fundo, de maneira automática e regular para todos os entes federativos⁵. Vale destacar que, atualmente, mediante a Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024, o PPB foi substituído por outro modelo de financiamento da APS, na qual é estabelecida uma nova forma de cofinanciamento das ações e serviços à saúde da ABS⁶.

A política de financiamento do PPB configurava um conjunto de impactos para o SUS, que deveriam ser identificados e monitorados⁷, o que leva a reflexão sobre o contexto político-social-histórico-ideológico que deu origem à sua criação. A partir de 2016, após o golpe parlamentar que retirou a então presidenta Dilma Rousseff da presidência da República, a maneira como as políticas sociais foram sendo conduzidas demonstrou um nítido desvio ideológico⁸, no qual foi constituído um espaço propício para a iniciativa privada, resultando no fortalecimento da contrarreforma do Estado e fragilização das políticas sociais⁹, a exemplo da Emenda Constitucional 95 (EC-95), que objetiva congelar por 20 anos o teto de gastos sociais, previdenciários e de trabalho¹⁰.

Nos anos de 2017 e 2019, foram emitidas portarias ministeriais que enfraqueceram os princípios e diretrizes do SUS e debilitaram os processos de financiamento, provimento de ações e serviços de saúde e de planejamento, tendo como enfoque a ABS8. Em 2017, a nova versão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) determinou a reestruturação nas diretrizes, na composição de equipes, na organização dos serviços e nos processos de trabalho em saúde. Esta política causou impactos sobre o modelo de atenção à saúde⁹ que, associados às mudanças no financiamento com a implantação do PPB em 2019, afetaram diretamente o desenvolvimento do processo de trabalho e cuidado em saúde da ABS¹¹.

Para além de refletir sobre os modelos que subsidiam recursos para o SUS, pensar em práticas de cuidado integral à saúde, torna-se uma tarefa imprescindível para ampliar o acesso a ações e serviços de saúde para a população¹². O objetivo do presente artigo foi compreender a percepção de trabalhadores da saúde sobre o PPB, considerando a organização do processo de trabalho em saúde e o cuidado em saúde em três equipes da ESF no município de Recife, de setembro a dezembro de 2023.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa qualitativa do tipo exploratória. Os sujeitos do estudo foram trabalhadores da ESF, incluindo as categorias de enfermagem (bacharelado e técnico), medicina e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de três Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Recife. Como critérios de inclusão, foram considerados os trabalhadores atuantes nas USF a partir de 2018 que vivenciaram o modelo de financiamento anterior ao PPB. Como critérios de exclusão, não foram considerados os trabalhadores da ESF atuantes nas USF a partir de outubro de 2019 (um mês antes da criação do PPB). A escolha justifica-se pelo fato de que esses trabalhadores da ABS não vivenciaram anteriormente modalidades de financiamento no formato proposto pelo PPB.

O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do HUOC/PROCAPE, respeitando a resolução nº 466/2012 do CNS/MS, sendo aprovado para realização sob parecer nº 6.340.566/2023. As informações fornecidas foram acolhidas e tratadas como sigilosas. O início da pesquisa se deu impreterivelmente após a aprovação do comitê. Antes de cada entrevista, foram ofertados os Termos de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando a confidencialidade e privacidade das participantes da pesquisa.

Foram realizados agendamentos para as entrevistas individuais, que aconteceram no mês de dezembro de 2023. As entrevistas foram orientadas por um roteiro semiestruturado e gravadas com autorização das participantes. A duração das entrevistas variou entre 18 e 67 minutos, de modo que cada participante se sentisse à vontade no processo de reflexão. O roteiro foi construído em seis eixos: 1. Identificação e biografia profissional; 2. Perfil dos profissionais de saúde; 3. Conhecimento sobre o Programa Previne Brasil; 4. Relação entre o processo de trabalho dos profissionais de saúde e o Programa Previne Brasil; 5. Relação entre o cuidado em saúde desenvolvido e o Programa Previne Brasil; 6. Comentários e sugestões. Esses eixos tornaram-se categorias pré-estabelecidas, conforme organização descrita a seguir.

As entrevistas foram transcritas e analisadas pelo método de Análise de Conteúdo. Essa análise conforma um grupo de ferramentas metodológicas, a partir de diferentes conteúdos (verbais ou não-verbais) mediante sua sistematização, numa análise de dados¹³. Nesse contexto, a comunicação é o ponto de partida e as inferências produzidas representam, para além de suposições de uma mensagem, o seu embasamento em pressupostos da teoria e da realidade dos produtores e receptores de mensagens¹⁴. Como técnica de análise abordada, utilizou-se a Análise de Conteúdo Categorical, na qual as inferências criadas se embasam em códigos e categorias¹⁵.

A fim de preservar o sigilo e identidade, as participantes foram identificadas, a partir das categorias profissionais, pelas letras 'A' para ACS, 'T' para Técnico de Enfermagem, 'E' para Enfermagem e 'M' para Medicina. Além disso, foram associadas por numeração arábica segundo a ordem de participação na pesquisa (A1, T2, A3, E4, M5 e A6).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 CARACTERÍSTICAS DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Foram entrevistadas 3 Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), 1 enfermeira, 1 técnica de enfermagem e 1 médica, totalizando 6 trabalhadoras da ESF. O tempo de atuação nas respectivas unidades de saúde tem variação de 5 a 20 anos, sendo 100% dos vínculos mediante concurso público. O grupo foi composto exclusivamente pelo sexo feminino, o que corrobora a literatura, que destaca as mulheres como maioria na atuação do trabalho na área da saúde²³. Com faixa etária entre 33 e 59 anos. No que tange à categoria raça/cor,

a maioria das entrevistadas se declararam mulheres pardas, com nível superior, completo ou incompleto, e solteiras (Quadro 1).

Quadro 1 - Características dos sujeitos da pesquisa, segundo faixa etária, sexo, estado civil, raça/cor, escolaridade, ocupação, tipo de vínculo e tempo de atuação na USF. Recife, dezembro de 2023.

Ident.	Idade	Sexo	Estado Civil	Raça cor	Escolaridade	Ocupação	Tipo de vínculo	Tempo de atuação na USF
A1	37	F	Solteira	Parda	Superior Incompleto	ACS	Concurso	10 anos
T2	43	F	Casada	Parda	Superior Incompleto	Técnica em Enfermagem	Concurso	7 anos
A3	58	F	Divorciada	Negra	Segundo Grau Completo	ACS	Concurso	20 anos
E4	44	F	Solteira	Parda	Superior Completo	Enfermeira	Concurso	12 anos
M5	33	F	Solteira	Branca	Superior Completo	Médica	Concurso	5 anos
A6	47	F	Divorciada	Parda	Segundo Grau Completo	ACS	Concurso	15 anos

Fonte: Elaboração própria.

3.2 CATEGORIAS DE ANÁLISE IDENTIFICADAS NO ESTUDO

A partir das entrevistas das trabalhadoras foram identificadas as seguintes categorias de análise: 1 - Conhecimento sobre o Programa Previne Brasil, 2 - Relação entre a organização do Processo de trabalho em Saúde e o Programa Previne Brasil e 3 - Relação entre o Cuidado em Saúde e o Programa Previne Brasil

Categoria 1: Conhecimento sobre o Programa Previne Brasil

A primeira categoria compila as diferentes dimensões de conhecimento sobre o PPB. Ela é caracterizada predominantemente pelas falas que ressaltam o processo impositivo da gestão às equipes de saúde da família para a implantação do PPB. Além disso, é

perceptível o pouco conhecimento acerca deste novo modelo de financiamento da ABS, conforme expressado na fala: “[...] *Veja só, o Previne Brasil, eu não tô bem, bem entendida sobre o Previne Brasil não [...] O que eu entendi do Previne Brasil é isso, você tem uma meta e depois uma porcentagem dividida pra equipe*” (A3). A partir de outras falas, percebe-se como o programa foi apresentado para as profissionais e como ele foi compreendido por elas:

[...] Chegou de repente [...] Foi feita a reunião mostrando as metas que a gente deveria bater, porque é disso que se trata, meta [...] Mas realmente a questão do treinamento não tem muito não. É questão de chegar com a informação e dizer “você tem que fazer e pronto” (A1).

Então, o Previne ainda está um pouco assim, um pouco no escuro, né? A primeira vez, é... que eu escutei, assim, falar do Previne, foi no grupo [...] Aí depois, acho que de uns dois meses, de uns três meses, é que a gente foi chamado pela coordenação para estar mostrando, para estar explicando quais seriam os critérios, o que seria avaliado, né? e que seria algo ainda, não estaria valendo ainda, seria só algo para a gente estar fazendo, para ir conhecendo o programa [...] mas só tivemos isso mesmo, assim, de apresentação, só foi essa (E4).

[...] Foi exatamente assim “Ó, tem o Previne, a gente tem compreensões de metas”. E aí, lembrando agora, na verdade, foi de uma forma extremamente desorganizada porque nem as pessoas que estavam trazendo a necessidade da gente atingir as metas do Previne conseguiam dizer como a gente conseguiria atingir [...] a forma como foi colocada para a gente foi bem “goelaabaixo”, não lembro de ter havido muito diálogo, posso estar sendo injusta, mas eu não lembro, eu acho que foi uma coisa bem... “isso é o que a gente tem para agora, esses são objetivos, atinjam” (M5).

O processo de imposição da gestão às equipes para a implantação do programa pode explicar o pouco conhecimento sobre o PPB, e destaca as abordagens da gestão municipal, tanto em relação a apresentação do programa quanto no que tange aos treinamentos e informações necessárias para sua implantação na USF. Estratégias de educação continuada, de caráter procedimental, fundamentadas na técnica e na transmissão vertical de conhecimento, têm menos efetividade na capacitação de trabalhadores da ABS¹⁶, o que pode ter reforçado a pouca oferta de preparo dos trabalhadores na implantação do programa.

Esse contexto não condiz com a publicação da SAPS intitulada ‘Gestores mais preparados após oficinas Previne Brasil’, expondo que os secretários de saúde, de estados e municípios, que participaram da ‘Oficina nacional de apoio à implantação do novo financiamento federal da Atenção Primária à Saúde’ retornaram capacitados para o desenvolvimento do programa em seus respectivos locais de atuação. A oficina ocorreu nos dias 10 e 11 de janeiro de 2020 e contou com 400 participantes de todo o país¹⁷. A

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco também realizou uma oficina com enfoque no novo modelo de financiamento, no dia 01 de dezembro de 2021, contando com a presença de técnicos e gestores (municipais e estaduais) que atuam na ABS, na qual destacou-se a importância do aumento dos recursos da APS e melhorias na implementação do programa^{18,19}. Cabe destacar que não foram encontradas evidências científicas ou demais documentos de domínio público que abordem mais elementos sobre essas oficinas em Pernambuco e em Recife, seja com gestores ou trabalhadores da ESF, bem como comprovações sobre o ‘preparo’ dos gestores municipais, conforme foi enfatizado pela SAPS.

Categoria 2: Relação entre a organização do Processo de trabalho em saúde e o Programa Previne Brasil

A Categoria aborda sobre o processo de trabalho e como este foi influenciado pelas novas propostas do PPB, as participantes relataram que poucas mudanças foram identificadas após a implantação do programa. Uma das entrevistadas ressalta sua percepção sobre as mudanças do programa no seu processo de trabalho: “A única coisa que foi boa é porque entrou um extra mais, né? Mas isso, antes de a gente ter esse Previne Brasil, a gente já trabalhava... Eu trabalho da mesma forma” (A3).

Além desse relato, outras participantes ressaltaram a ausência de muitas mudanças no processo de trabalho após a implantação do programa, como pode-se observar nas seguintes falas:

[...] Em termos do Previne de certa forma não mudou tanto, mudou mais para a médica, eu acho mais para a enfermeira [...] A gente já fazia praticamente esse trabalho de quantidade de acompanhamento, né? De trazer as pessoas para a unidade de saúde (A1).

[...] Hoje eu tenho mais cuidado em toda a atividade que eu faço lançar no sistema. Se pontua para o Previne ou não [...] Eu vi algumas equipes tendo essa atitude, né? De ir atrás, sabe? Então a busca ativa está acontecendo mais [...] O previne está exigindo que muita gente trabalhe (T2).

Tô longe de fazer críticas em relação à atuação dos meus agentes de saúde. Mas o que eu sinto sendo bem sincera é que o Previne foi um norte que eles precisavam ter [...] então eu sinto eles muito empenhados pra atingir o objetivo do Previne. Se é pro empenho de retorno financeiro ou não eu também não vou fazer esse julgamento eu acho que a gente atingindo os nossos objetivos tá muito bem-vindo. E que massa ter o retorno financeiro também, não entendo que isso é uma coisa ruim (M5).

Observou-se poucas mudanças no processo de trabalho em saúde advindas com a implantação do PPB. As mudanças observadas se referem especificamente ao nível assistencial, seja no contexto de procedimentos-padrão, como o preenchimento no sistema de informação ou realização de testes rápidos, ou na busca ativa dos usuários. A busca ativa é uma atividade já desenvolvida na ESF e pode ser realizada por qualquer trabalhador da equipe²⁰. Lemke e Silva²¹ trazem uma concepção dessa atividade como um princípio político dos processos de trabalho e de luta em defesa da vida, estimulando o rompimento do automatismo e buscando a criação de estratégias para fugir do modelo hegemônico.

A questão da gratificação foi observada pelas entrevistadas como uma mudança positiva, apesar de não haver muitas mudanças no processo de trabalho. Para Rodrigues e Eberhardt¹¹ essa gratificação poderia ser entendida como um ‘salário indireto’ que cumpre o papel de instrumento de gestão do trabalho com o intuito de obter adesão dos trabalhadores ao sistema de recompensas. Na prática, esse tipo de pagamento limita o cuidado integral, enfraquece o aprendizado interprofissional entre as equipes e contribui para que o conhecimento sobre as redes de atenção seja prejudicado²². Outrossim, Damascena e Vale²³ ressaltam que quando há uma ameaça de perda do valor repassado, como o caso da gratificação, os trabalhadores formam uma mobilização coletiva em prol do cumprimento das metas estipuladas, voltada para um trabalho que se concentra nas produtividades e que fortalece a lógica do modelo curativista, produtivista e procedimental da saúde.

Categoria 3: Relação entre o cuidado em saúde com o Programa Previne Brasil

Quanto à relação do cuidado em saúde e o PPB foram identificadas opiniões positivas e negativas. No campo das opiniões negativas, as entrevistadas colocaram suas opiniões desfavoráveis ao programa, considerando a realidade dos serviços e do próprio SUS: “[...] *Malefício eu acho que... É como eu falei, uma competência você tem que mostrar números, para mim é mostrar números [...] no meu ver, não vejo um benefício não*” (A3). Outra entrevistada também discorre negativamente sobre o programa:

[...] Quem faz esse tipo de sistema e programa, não usa o SUS. Então... eles começam a querer é, criar coisas e exigir coisas que não... não tá do conhecimento deles, né? [...] Eles acham que é muito simples, você ir lá alimentar o sistema, tá todo mundo lá bonitinho, mas o nosso dia a dia com a comunidade é totalmente

diferente, entende? Não é só aquilo. Não é só ali que tá no papel, né? A gente tem muitas demandas (A1).

Com isso, pode-se observar uma possível limitação do programa em relação ao conhecimento e atendimento às necessidades do território. Mendes *et al.*²⁴ citam que com o critério de captação ponderada, principalmente nas regiões com maior vulnerabilidade, os municípios que possuírem problemas administrativos, de materiais/insumos, de técnicas e de instrumentos enfrentarão desafios para o cumprimento dos objetivos do programa. As opiniões destacam também a quantificação dos procedimentos como algo negativo para a produção do cuidado em saúde, salientando que o PPB busca a mensuração das práticas de saúde a partir da compreensão quantitativa de pessoas.

Em relação às influências do programa no cuidado à saúde da população, foi observado nas falas que as ações e serviços de saúde foram desenvolvidos com base na lógica padronizada e procedimental.

Veja, eu entendo que inclusive enquanto um desafio de um programa é natural que ele seja engessado. Então, eu não acho que isso sei lá... são todos os hipertensos que precisam ser vistos duas vezes por ano [...] Mas eu entendo que eu nunca fiz um programa ou um projeto na minha vida, nessa amplitude, assim, nacional, mas eu imagino que é difícil você trabalhar com muita fluidez para uma coisa que você está pensando num macro. Então, a crítica que eu faço, mas é entendendo que essa crítica tem os desafios desse trabalho macro é que, às vezes, as metas são muito engessadas (M5).

[...] se eles então vão exigir a quantidade, não a qualidade, vai dificultar em relação ao cuidado. Não vai ter o cuidado, não vou olhar para o usuário, não vou olhar como pessoa. Não vou conseguir, porque vou estar ali só com aquela meta, vou ter que fazer sua visita. Não vou ter tempo de ouvir, não vou ter tempo de ajudar como deveria. Acho que isso vai prejudicar também (A6).

Agonigiet *al.*²⁵ apontam que a padronização das práticas pode prejudicar na relação entre profissionais e usuários, afetando a sua singularidade, subjetividade e integralidade. Além disso, as metas protocolares precisam ser compatíveis com as necessidades dos sujeitos individuais e coletivos do território, isto é, atender às necessidades e demandas ajudando as equipes na produção de cuidado integral para a população.

Seta *et al.*⁸ chamam atenção para alguns questionamentos necessários sobre a implantação do PPB, como a justificativa dos cadastramentos para garantir o cuidado e acompanhamento aos usuários das unidades de saúde, o que não assegura necessariamente a efetividade dos atendimentos e do acesso ao serviço. A ideia de ineficiência do cadastramento camufla os reais problemas gerenciais e estruturais das unidades, bem como as falhas nos registros tecnológicos exportados para o Sistema de

Informações em Atenção Básica (Sisab) e/ou e-SUS. Outrossim, limitar o repasse de recursos financeiros na lógica quantitativa de metas a serem alcançadas, não considerando as especificidades do território e da organização do serviço local, pode causar o desfinanciamento dos municípios que não conseguirem atingir os objetivos do programa.

No que se refere ao pagamento por desempenho - considerando que os indicadores foram calculados a cada competência para assim os recursos serem transferidos mensalmente, observava-se uma instabilidade no financiamento, com base na lógica capitalista de se produzir saúde. Nesse contexto, esse critério poderia minimizar as ações e serviços de saúde para números, buscando análises quantitativas²². Rodrigues e Eberhardt¹¹ explicam que a importância dada às produções quantitativas não considera os aspectos do processo de trabalho em saúde das equipes, omitindo práticas que não fazem parte do escopo do programa, mas que são importantes e necessárias para o território. Acerca dessa discussão, os autores destacam que “há um ‘reducionismo’ na concepção do processo saúde-doença”. Enfatizam ainda que esse critério se direcionam apenas para determinados indicadores (doenças crônicas, saúde da criança, da mulher e da gestante), podendo não atender às reais necessidades dos territórios.

Apesar de alguns achados da literatura tecerem críticas negativas ao programa^{8,9,11,22}, é possível identificar que algumas trabalhadoras perceberam benefícios com o PPB, ressaltando características que consideravam positivas.

Bem, de benefício eu acredito que apesar de só querer números, né? Talvez seja uma forma de realmente abranger o trabalho pra que a comunidade chegue-se mais, entende? [...] Então assim o benefício é o fato da gente poder realmente chegar mais à comunidade, né? E pesquisar mais, se interessar mais pra trazer elas pra o cuidado em saúde, né? (A1).

[...] Dentro dos desafios que é fazer, construir esse previne, que é mais benefício do que malefício, sinceramente. Entendo que a maioria das pessoas trabalha com meta e com coisas concretas e objetivas, e entendo que ele traz isso, é bem claro e objetivo que a gente precisa atingir, e ainda que o caminho para ele seja extremamente desafiador e que não haja uma oferta de estrutura para que isso aconteça, mas é um norte e volto a dizer pela minha experiência enquanto a equipe esse norte foi importante para mobilizar os profissionais, entendo que é uma forma de organização mesmo, então eu diria que é mais positivo do que negativo (M5).

Observa-se que o PPB trouxe uma aproximação usuário-unidade-comunidade. O que é discutido por Harzheim²⁶, afirmando que esse modelo seria o equilíbrio entre a saúde coletiva e a clínica, visando benefícios para a população e construindo uma APS resolutive e coordenadora do cuidado em saúde. Também é possível identificar nos relatos que o programa veio como um direcionamento para que o trabalhador pudesse organizar melhor o seu processo de trabalho, o que corrobora com achados na literatura^{26,27}. Nessa

perspectiva, importa-se destacar a valorização do uso de metas e indicadores para o cotidiano do processo de trabalho em saúde, a qual é ressaltada em estudos^{28,29}. No entanto, torna-se necessário refletir, com estímulo de outras discussões^{11,22,24}, sobre os modelos de pagamentos/gratificações pelos desempenhos desses elementos que são fundamentais para o planejamento e gestão das ações e serviços de saúde.

Esses achados se relacionam também com a discussão de Merhy e Franco³⁰ sobre o conceito de trabalho em saúde, que converge no 'trabalho vivo em ato', no qual observa-se a atividade como formadora de produtos com foco na sua finalidade para o cuidado, e o vínculo do produtor (trabalhador) com sua construção e resultados, envolvendo as relações trabalhador-trabalhador e trabalhador-usuário. Esse conceito se diferencia do chamado 'trabalho morto', que é voltado aos procedimentos dependentes de equipamentos e máquinas, tornando-se em si um fim.

Harzheim²⁶ evidencia como principal fundamento do PPB a estruturação do modelo de financiamento da ABS visando o usuário como centro do cuidado, estimulando a responsabilização dos gestores e profissionais do SUS. Nessa mesma lógica, o programa é indicado como consolidador dos princípios da universalidade e equidade do SUS³¹. Em contrapartida, é indubitável a pouca atenção para os prejuízos que a proposta do programa pode ter causado no processo de trabalho em saúde e na produção do cuidado em saúde para a população^{7,8,9,11,22,24}.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa apoiou-se no conceito de percepção como o processo de obtenção, interpretação, escolha e organização das informações que são adquiridas pelos 'sentidos', isto é, o indivíduo consegue organizar e interpretar o sentido que lhe é apresentado pela circunstância e pelo meio³⁷. Desta forma, o estudo demonstrou que a percepção das profissionais entrevistadas mostrou o pouco conhecimento e reflexões sobre o PPB na ABS, relacionando com a organização do processo de trabalho e o cuidado em saúde, o que leva ao entendimento de que, nessas circunstâncias, o processo de trabalho nesse âmbito tem roupagem tecnicista e pouco reflexiva. Também foram abordadas as questões subjetivas das entrevistadas, ligadas ao processo de implantação do PPB em suas respectivas USF. Nesse quesito, observou-se que o programa causou poucas mudanças nos processos de trabalho.

No que tange às opiniões sobre o programa, sejam elas positivas ou negativas, ressalta-se como uma fragilidade para o processo de trabalho em saúde e para o cuidado em saúde, que as metas e orientações padronizadas não consideram a realidade dos territórios, comprometendo os princípios basilares do SUS. Foi possível observar também uma percepção produtivista e procedimental sobre o programa. Por outro lado, as opiniões favoráveis ao programa salientam que as estratégias e metas incentivaram uma maior aproximação entre usuário-comunidade e trabalhador da saúde-unidade de saúde.

Ressalta-se a importância de investimentos científicos sobre os efeitos do PPB na ABS, visto que os achados dessa pesquisa podem contribuir para uma melhor compreensão sobre a relação do programa com a organização dos processos de trabalho em saúde e o cuidado em saúde na ABS. Ademais a criticidade analítica do programa do ponto de vista político ideológico, possibilita entender as influências e impactos na consolidação do SUS e da ABS resolutiva, ampliada e integral, na percepção dos profissionais da ESF.

Buscou-se aqui fomentar a discussão acerca da importância do conhecimento dos trabalhadores da ABS sobre o PPB, bem como da sua participação na concepção desse e de outros programas e políticas do SUS, de modo a contribuir para a tomada de decisão dos gestores da saúde, considerando o 'trabalho vivo em ato'. Ressalta-se ainda a necessidade em se desenvolver pesquisas que subsidiem estratégias para o processo formativo/acadêmico em saúde e de Educação Permanente em Saúde.

REFERÊNCIAS

- 1 Sousa RS, Soares CLM. Financiamento do Sistema Único de Saúde: uma revisão da literatura. Divulg. Saúde debate. 2018; 58:115-129.
- 2 Mendes A, Marques RM. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. Saúde debate. 2014; 38(103):900-916.
- 3 Melo EA, Almeida PF, Lima LD, Giovanella L. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. Saúde debate. 2019; 43(especial 5):137-144.
- 4 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 28 Set 2017.

- 5 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União. 12 Nov 2019.
- 6 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 05 Jul 2024.
- 7 Massuda A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? Cien Saude Colet. 2020; 25(4):1181-1188.
- 8 Seta MH, Reis COO, Ramos ALP. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? Cien Saude Colet. 2021; 26(Supl. 2):3781-3786.
- 9 Morosini MVGC, Fonseca AF, Baptista TWF. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? Cad. Saúde Pública. 2020; 36(9):e00040220.
- 10 Brasil. Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 15 Dez 2016.
- 11 Rodrigues EC, Eberhardt LD. Programa Previne Brasil: análise do processo de implementação em um município da região Sul. Saúde debate. 2024; 48(140):1-14.
- 12 Guimarães BEB, Branco ABAC. Trabalho em Equipe na Atenção Básica à Saúde: Pesquisa Bibliográfica. Rev. Psicol. Saúde. 2020; 143-155.
- 13 Sousa JR, Santos SCM. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: Modo de pensar e de fazer. Pesquisa e Debate em Educação 2020; 10(2):1396-1416.
- 14 Campos CJG. Método de Análise de Conteúdo: Ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. Rev. Bras, enferm. 2004; 57(5):611-614.
- 15 Sampaio RC, Lycarião D. Análise de conteúdo categorial: manual de aplicação. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública (ENAP); 2021.
- 16 Silva CMPH, Silva AJCJ, Aguiar JC, Russo TMS, Teles AAS, Sonobe HM. Estratégias efetivas para a capacitação profissional na atenção primária à saúde: Revisão integrativa. Saúde Colet. (Barueri). 2022; 12(77):10628-10639.
- 17 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Gestores mais preparados após escritórios Previne Brasil [Internet]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; 2020.

-
- 18 Brasil. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Ações para a Implementação do Programa Previne Brasil. Modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.
- 19 Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde (SES). Superintendência de Atenção Primária. Gestores da APS participam de oficina sobre financiamento [Internet]. [Recife, PE]: SES; 2021.
- 20 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Busca Ativa. In:Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. e-SUS Atenção Primária à Saúde: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC -Versão 5.2 [Internet]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; 2023.
- 21 Lemke RA, Silva RAN. A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. Estudos e Pesquisas em Psicologia (UERJ). 2010; (1):281-295.
- 22 Mendes KMC, Carnut L, Guerra, LDS. Cenários de práticas na Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde e a neoseletividade causada pelo “Programa Previne Brasil”. J ManagPrim Health Care. 2022; 14:e002-e002.
- 23Damascena DM, Vale RLFP. Tipologias da precarização do trabalho na Atenção Básica: estudo netnográfico. Trab. educ. saúde. 2020; 18(3).
- 24Mendes A, Melo MA, Carnut L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. Cad. Saúde Pública. 2022; 38(2).
- 25Agonigi RC, Carvalho SM, Freire MAM, Gonçalves LS. A produção do cuidado no cotidiano das Equipes de Saúde da Família. Rev. bras. enferm. 2018; 6:2659-2665.
- 26 Harzheim E. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. Cien Saude Colet. 2020; 25(4):1189-1196.
- 27Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Manual instrutivo financiamento do APS. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.
- 28Albuquerque C, Martins M. Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas. Saúde debate. 2017. 41(especial):118-137.
- 29Silva LCS, Khamis RBM. Os indicadores de saúde e sua importância para a elaboração e revisão de políticas de saúde. In: Anais do Congresso Internacional de Direito da Saúde. 2018. São Paulo: Unisanta Law And Social Science, 2018. 7(3):342-368.
- 30 Merhy EE, Franco TB. Reestruturação produtiva em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2008. p. 348-352.

31Harzheim E, D'Avila OP, Ribeiro DC, Ramos LG, Silva LE, Santos CMJ, et al. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. Cien Saude Colet 2020; 25(4):1361-1374.