

**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE DO
ITAJAÍ - UNIDAVI**

RUAN GUILHERME HOEPERS

**PREVINE BRASIL: CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

RIO DO SUL

2023

RUAN GUILHERME HOEPERS

**PREVINE BRASIL: CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso a ser apresentado ao curso de Enfermagem, da Área de Ciências Biológicas, Médicas e da Saúde do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a M^a. Rosimeri Geremias Farias

RIO DO SUL

2023

RUAN GUILHERME HOEPERS

PREVINE BRASIL: CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de graduação em Enfermagem da Área das Ciências Biológicas Médica e da Saúde do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí, a ser apreciado pela Banca Examinadora, formada por:

ROSIMERI GEREMIAS
FARIAS:86888757900

Assinado de forma digital por
ROSIMERI GEREMIAS
FARIAS:86888757900
Dados: 2023.12.04 19:14:22 -03'00'

Orientadora: Prof^ª M^a. Rosimeri Geremias Farias.

Banca Examinadora:



Documento assinado digitalmente

HELOISA PEREIRA DE JESUS

Data: 04/12/2023 16:24:19-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^ª M^a. Heloisa Pereira de Jesus



Documento assinado digitalmente

BARBARA PAVEI SOUZA CAMPOS

Data: 04/12/2023 13:45:50-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^ª Dra. Barbara Pavei Souza

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me proporcionar a vida e por sempre poder contar com sua proteção ao longo de minha jornada.

Agradeço aos meus pais, Laércio e Rosangela, por me apoiarem infinitamente e por serem meu verdadeiro porto seguro, mesmo nos momentos difíceis. Conjuntamente, agradeço a minha irmã Bruna Eduarda e meu irmão de coração, Pedro Leone, por me aturarem e por incentivarem a alcançar meus sonhos, mas também, por não me fazerem esquecer dos desafios a serem enfrentados para alcançá-los.

Estendo meus agradecimentos ao Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí - UNIDAVI. Acrescento meus agradecimentos à coordenadora do curso de enfermagem, minha orientadora, Prof^a M^a Rosimeri Geremias Farias, e aos demais membros do corpo docente da instituição por promoverem um ambiente acadêmico propício para a formação de profissionais qualificados, críticos e atuantes junto aos serviços de saúde.

De maneira especial, agradeço a minha bisavó, Celestina Hoepers (*in memoriam*), que, no auge de seus 90 anos, me incentivou a permanecer na linda jornada de ser enfermeiro e por ter a certeza que me tornaria um excelente profissional. Infelizmente, não pode estar presente fisicamente, mas sei que de onde estiver ela encontra-se olhando por mim.

Por fim, dedico este trabalho ao Prof^o Adalberto Jorge da Silveira (*in memoriam*) por semear em mim a esperança de promover, junto ao Sistema Único de Saúde, um atendimento equânime, integral e que verdadeiramente transforme a vida e saúde da população.

RESUMO

No Brasil, ao longo dos mais de 30 anos de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) a Atenção Primária à Saúde (APS) consolidou-se como elo para a organização e articulação dos serviços de saúde, estabelecendo-se como porta de entrada do sistema e desempenhando ações capazes de promover, prevenir e assistir aos usuários do SUS. Para tanto, o governo brasileiro adotou a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como ferramenta de organização e expansão da APS no Brasil. Frente ao crescimento e consolidação da APS fez-se necessário a elaboração de estratégias de financiamento que garantissem os investimentos públicos na área. Atualmente, este financiamento baseia-se no Programa Previne Brasil, que modificou estruturalmente a lógica de financiamento da APS e passou a considerar para pagamento três componentes: a captação ponderada, avaliação por desempenho e a adesão a ações estratégicas. Nesse sentido, a avaliação por desempenho considera para repasse financeiro o alcance de metas em indicadores específicos elencados pelo Ministério da Saúde, que tem relação direta com a atuação dos profissionais da ESF. Este estudo tem como objetivo geral analisar o conhecimento dos profissionais de nível superior atuantes na ESF sobre os indicadores do Programa Previne Brasil, em um município do interior de Santa Catarina. Trata-se de um estudo qualitativo, na modalidade Exploratória-Descritiva, realizado por meio de pesquisa de campo, tendo a entrevista como técnica para coleta de dados, respeitando-se os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Os dados foram analisados considerando-se o proposto na análise de conteúdo de Bardin e discutidos à luz da teoria de Alcance de Metas de Imogene King. Participaram deste estudo 36 profissionais, sendo eles: 15 enfermeiros, 14 médicos e 7 cirurgiões-dentistas. Os discursos foram analisados e agrupados de acordo com a apresentação dos conteúdos, sendo estes organizados em categorias e subcategorias de análise. Foram elaboradas as seguintes categorias: Previne Brasil e o conhecimento dos profissionais, produção dos dados para garantia da informação e, por fim, atuação profissional e os impactos na operacionalização do Programa Previne Brasil. Considera-se que os profissionais da ESF apresentam conhecimento fragmentado sobre o Programa Previne Brasil, com entendimento superficial do mesmo, compreendendo alguns aspectos, apenas do componente de análise por desempenho, sem entendimentos robustos sobre os indicadores de desempenho e suas singularidades.

Palavras-chave: Financiamento do Sistema de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACTS

In Brazil, through the past 30 years of implementation of the Unified Health System, the Primary Health Care has consolidated itself as a link to the articulation and organization of health services. It has established itself as an entry gate for the referred system by promoting, preventing, and assisting its users. To do so, the Brazilian government has taken the Family Health Strategy as an expanding and organizational tool of the Primary Health Care. Because of the growth and consolidation of the Primary Health Care, it has become crucial to elaborate financial strategies capable of guaranteeing public investments in this field. Nowadays, this fundings relies on the Brazil Prevents Program, which structurally modified the financing logic of the Primary Health Care and began to consider three components for fundings: the considered capacity, performance-based evaluation, and the adherence to strategic actions. In this regard, the performance-based evaluation considers the achieving goals in specified indicators listed by the Ministry of Health for the funding transferring, which is directly linked with the professional's performance of the Family Health Strategy. This research intends to analyze the knowledge of professionals of graduation level working in the Family Health Strategy regarding these indicators defined by the Brazil Prevents Program, in a countryside town of the Santa Catarina state. This is a qualitative study, in a exploratory-descriptive modality, performed through a field research with interviews to collect data in line with ethical principles established by the Brazilian National Health Council Resolution n° 466 of December 12th, 2012. The data was analyzed considering what is proposed in the content analysis of Bardin and discussed on Imogene King's achieving goals theory. 36 professionals participated in this study, namely: 15 nurses, 14 doctores and 7 dental surgeons. The speeches were analyzed and grouped in accordance with the presentation of the contents, which are organized into categories and subcategories of analysis. The following categories were designed: Brazil Prevents Program and knowledge of its professionals, production of data for information assurance, and the professionals' performance and its impact on the Brazil Prevents Program. It's been concluded that the professionals of the da Family Health Strategy have fragmented and superficial knowledge about the Brazil Prevents Program, since they are able to comprehend a few aspects of it, without fully knowing about the os performance-based evaluation and its aspects.

Keywords: Financing of the Health System in Brazil. Primary Health Care. Unified Health System.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACE	Agente de Combate a Endemias
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CIAP	Classificação Internacional de Assistência Primária
CID	Classificação Internacional de Doença
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
eAB	Equipe de Atenção Básica
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GM	Gabinete Ministerial
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Geral de Geografia Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
MS	Ministério da Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social

NASF	Núcleo de apoio a Saúde da Família
NEAP	Núcleo de Estudos Avançados em Psicologia
NOB	Norma Operacional Básica
NT	Norma Técnica
OSS	Orçamento da Seguridade Social
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
POP	Procedimentos Operacionais Padrões
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RCL	Receita Corrente Líquida
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Primária
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIDAVI	Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	13
2.1 POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA.....	13
2.2 O FINANCIAMENTO EM SAÚDE NO BRASIL.....	17
2.2.1 Evolução do Financiamento da Atenção Primária à Saúde.....	18
2.3 O PROGRAMA PREVINE BRASIL.....	21
2.4 ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	27
2.5 A TEORIA DO ALCANCE DE METAS DE IMOGENE KING.....	31
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	34
3.1 MODALIDADE DA PESQUISA.....	34
3.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	34
3.3 POPULAÇÃO E SUJEITOS DO ESTUDO.....	34
3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA.....	35
3.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	36
3.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	37
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	38
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO.....	41
4.2 PROGRAMA PREVINE BRASIL E O CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS.....	45
4.2.1 Contextualização do Programa Previne Brasil na perspectiva dos profissionais....	45
4.2.2 Entendimento dos Indicadores do Previne Brasil pelos profissionais.....	49
4.2.3 Mensuração dos Indicadores e conhecimento das metas.....	53
4.3 PRODUÇÃO DOS DADOS PARA GARANTIA DA INFORMAÇÃO.....	56
4.3.1 Contribuição dos profissionais no registro dos dados.....	57
4.3.2 Papel dos profissionais no monitoramento das informações.....	62
4.4 ATUAÇÃO PROFISSIONAL E OS IMPACTOS NA OPERACIONALIZAÇÃO DO PROGRAMA PREVINE BRASIL	64
4.4.1 O processo de trabalho organizado pelos profissionais.....	65
4.4.2 Possibilidades de melhorias apresentadas pelos profissionais.....	68

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
6 REFERÊNCIAS.....	77
7 ANEXOS.....	89
ANEXO I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	89
ANEXO II - Parecer Consubstanciado Comitê de Ética em Pesquisa.....	92
8 APÊNDICES.....	96
APÊNDICE I - Roteiro de Entrevista.....	96

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) está alicerçado nos princípios da equidade, universalidade e integralidade, inseridos na Constituição Federal de 1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080/90 e 8.142/90 que regem o SUS, visando defender a saúde como um direito de todos os cidadãos. Em seu Art. 2º, a Lei nº 8.080 considera "a saúde como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício" (Brasil, 1990, p.1). O SUS, sendo assim, busca assegurar o direito universal à saúde aos cidadãos brasileiros através da descentralização e ampliação de serviços e recursos públicos (Brasil, 2011).

Para consolidar os princípios do SUS, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada e regulamentada no ano de 2006, propõe a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como um modelo de reorganização dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil (Brasil, 2006a). Essa descentralização de recursos federais para os municípios foi decisiva para a expansão da APS no país. Atrelado a essa expansão, facilitou-se o acesso à APS e promoveu-se avanços nos resultados em saúde, com redução de desigualdades sociais e regionais, de modo que a ESF foi reconhecida internacionalmente como exemplo de estratégia pública bem-sucedida (Massuda, 2020).

Ao longo dos anos, a atuação da APS mostrou-se de extrema importância para a consolidação dos princípios estabelecidos pelo SUS, garantindo acesso e atendimento em saúde para a população brasileira. Entretanto, a estruturação da APS passou por diversas mudanças, sendo uma das mais recentes os ajustes de seu financiamento. Por meio do Decreto nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, criou-se o Programa Previne Brasil, que estabeleceu um novo modelo de financiamento por parte do governo federal para garantia de repasses financeiros, vinculados à Atenção Primária, aos municípios (Brasil, 2019). Para embasar as mudanças no financiamento da APS, o governo baseou-se em uma alegada ineficiência dos serviços na APS, considerando o grande número de usuários do SUS não cadastrados pelas equipes de saúde, além de uma baixa valorização financeira do componente de desempenho das equipes (Seta; Ocké-Reis; Ramos, 2021).

A partir disso, o Programa Previne Brasil introduziu alterações aos repasses financeiros que, anteriormente, eram constituídos pelo Piso da Atenção Básica (PAB) fixo e variável e pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), passando a vigorar

seguindo três critérios: primeiro, a captação ponderada, que substitui o componente do PAB fixo, e considera o cadastro e vinculação dos usuários às equipes de saúde; segundo, a remuneração por desempenho, no qual os recursos financeiros do antigo PMAQ tornam-se condicionados ao atingimento de metas em indicadores específicos propostos pelo Ministério da Saúde, a partir do qual, o bom desempenho das equipes será enaltecido; por fim, o terceiro componente é o incentivo para ações estratégicas, que assemelha-se aos repasses do PAB variável, relacionados à adesão dos municípios aos programas estratégicos elencados pelo Ministério da Saúde (Bezerra *et al.*, 2022).

No que tange o critério de remuneração por desempenho, existem 7 indicadores que representam o atendimento a grupos específicos como mulheres, gestantes, crianças e doentes crônicos, e, desde 2022, os resultados dos indicadores passaram a ser utilizados para determinar os repasses financeiros do governo federal aos municípios. Considerando o período de adaptação e a situação pandêmica, essa transição estrutural do financiamento foi realizada gradualmente (Brasil, 2022a). No primeiro quadrimestre de 2022, os indicadores 1, 2 e 3, que se referem às mulheres grávidas, foram considerados para os repasses, sendo os demais indicadores pagos integralmente. Os indicadores 4 e 5, que estão relacionados ao exame citopatológico e à vacinação infantil, começaram a ser considerados para as transferências financeiras no segundo quadrimestre do mesmo ano (Brasil, 2022a). Já a partir do primeiro quadrimestre de 2023, os indicadores faltantes 6 e 7, que tratam da proporção de pessoas com hipertensão com ao menos uma verificação de pressão arterial no semestre e do percentual de pessoas diabéticas com consulta e exame de hemoglobina glicada realizado no semestre, passaram a ser considerados para o pagamento (Brasil, 2022a).

Desse modo, para os próximos repasses financeiros do governo federal, os pagamentos serão realizados considerando integralmente os indicadores obtidos pelos municípios; logo, a performance dos municípios em atingirem as metas propostas pelo Programa Previnde Brasil pode impactar diretamente no orçamento da APS desses municípios. Não obstante, o que se percebe na prática da equipe de saúde da Família (eSF) é o despreparo dos profissionais, fator que afeta o alcance dos indicadores propostos pelo Programa Previnde Brasil.

A obrigatoriedade do alcance das metas destes indicadores como condicionante para os repasses financeiros apresenta-se como um problema, visto que os índices relacionados aos indicadores 6 e 7, no estado de Santa Catarina, encontram-se, respectivamente, em 30% e 27%, segundo dados fornecidos no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Primária

(SISAB). Ademais, o município no qual essa pesquisa foi realizada apresentou indicadores ainda menores, atingindo 10% do alcance das metas em ambos indicadores, segundo o SISAB, no 1º quadrimestre de 2023. Em síntese, o baixo desempenho desses indicadores acarreta risco direto do município à perda do orçamento para Atenção Primária, o que invariavelmente afeta o atendimento prestado à população.

Diante dessa contextualização, emergiu a seguinte questão norteadora para o estudo: qual o conhecimento dos profissionais de nível superior atuantes na Estratégia Saúde da Família sobre os indicadores do Programa Previne Brasil? Na perspectiva de respondê-la, buscou-se no âmbito geral analisar o conhecimento dos profissionais de nível superior atuantes na Estratégia Saúde da Família acerca dos indicadores do Programa Previne Brasil em um município do interior de Santa Catarina, ao passo que o estudo buscou inicialmente verificar o conhecimento dos indicadores e identificar o reconhecimento das metas propostas no Programa Previne Brasil pelos profissionais. Posteriormente, averiguar a conduta dos profissionais no registro dos procedimentos de forma que os dados se transformem em informações. Em última instância, conhecer a opinião dos profissionais sobre o impacto do seu trabalho no alcance dos indicadores propostos.

No campo da enfermagem, este estudo mostra-se significativo pelo papel gerencial do enfermeiro nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Cada vez mais os enfermeiros desempenham um papel crucial nas ações e funções de gestão ao formular ações e projetos idealizados para estruturar o trabalho, focando em fornecer serviços qualificados para a população (Souza, 2019). Esta pesquisa, portanto, apresenta-se relevante para o profissional gerente municipal de saúde e os responsáveis das UBS vislumbrarem as realidades encontradas nas eSF e proporem ações de melhoria, para contribuir positivamente no alcance dos indicadores propostos pelo Programa Previne Brasil.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo tem como objetivo apresentar a revisão da literatura para subsidiar a pesquisa e contribuir com a discussão proposta. Neste ponto, serão discutidos tópicos necessários para uma melhor compreensão da pesquisa, facilitando o embasamento teórico para a análise e discussão dos dados obtidos no estudo. Para tanto, apresenta-se 5 capítulos de discussões.

2.1 POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA

A APS refere-se a um conjunto de práticas de saúde integradas destinadas a atender necessidades individuais e coletivas, sendo os usuários, considerados em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, na busca da promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação dos usuários, vindo a tornar-se o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde (Brasil, 2004).

As discussões acerca da APS iniciaram pela Declaração de Alma-Ata proferida durante a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde realizada em Alma-Ata, na República do Cazaquistão em 1978, idealizada pela Organização Mundial da Saúde e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), um marco significativo na história da APS no contexto global (Giovanella, 2012). Tal conferência expressou a necessidade de condutas urgentes para desenvolvimento, em proporções mundiais, de ações que garantam a promoção da saúde de todos os governantes e trabalhadores dos campos da saúde (Declaração de Alma-Ata, 1978).

Outrossim, a Declaração de Alma-Ata afirmou a responsabilidade dos governos em proteger a saúde das pessoas por meio de medidas sanitárias e sociais, reafirmando que a saúde é um direito humano fundamental e uma das metas sociais globais mais importantes (Giovanella, 2012). Sendo assim, a APS, desde então, tem desempenhado um relevante papel na reorganização, fortalecimento e racionalização dos sistemas públicos de saúde (Cecílio; Reis, 2018). Em seu inciso VI, a Declaração de Alma-Ata (1978) descreve as características da Atenção Primária:

VI - Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade. [...] Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (Declaração de Alma-Ata, 1978, p. 1).

Em vista disso, as discussões mundiais em torno da necessidade de políticas públicas de saúde fortaleceram o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, expressão utilizada para referir-se ao conjunto de ideias de mudanças e transformações necessárias na área da saúde, com intuito de melhorar as condições de vida da população, e que no final da década de 1980 obteve sua primeira e maior vitória quando, a garantia em 1988, pela Constituição Federal Brasileira, em seu Art. 196, da "saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas [...] e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (Brasil, 1988, p. 214). Não obstante, reafirmou-se o direito universal à saúde e o papel do Estado nesta garantia, quando o Brasil instituiu o SUS por meio da Lei nº 8.080 (Brasil, 1990), recomendou-se o acesso universal aos serviços públicos de saúde e a descentralização do poder político nas esferas de governo. Desse modo, estados e municípios tiveram uma maior autonomia para implementação de políticas públicas no âmbito da saúde (Martins; Carbonai, 2021).

Sob essa nova ordem social definida pela Constituição de 1988, esforços têm sido feitos para implementar os princípios e diretrizes estabelecidos pelo Movimento da Reforma Sanitária. Por isso, no período de 1990, a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF), em um contexto econômico-político desfavoráveis à políticas universalistas, concretizou os esforços da APS para o estabelecimento de um novo modelo de atenção à saúde no Brasil (Melo *et al.*, 2018).

Indubitavelmente, o projeto de política de saúde brasileiro emergiu no campo da esquerda democrática, concomitantemente associada à uma luta pela redemocratização do país no período da ditadura militar, no qual adotou-se como premissa para a reestruturação do modelo de atenção à saúde no país o investimento na APS (Giovanella, 2018). Dessa maneira, a edificação de uma APS resolutiva, presente em todo o território nacional, que supere o modelo médico hegemônico, foi adotada como estratégia central do governo brasileiro (Cecílio; Reis, 2018).

A partir de 1996, o PSF passou a ser vislumbrado como a estratégia primordial para promoção dessa mudança significativa do modelo assistencial, superando o conceito de PSF e vinculando-se a uma noção de expansibilidade e continuidade, de forma que passou a denominar-se de ESF, uma união do PACS com o PSF. A ESF, com isso, tomou força e se construiu como estratégia prioritária de fomento para a expansão de cobertura da APS no Brasil (Gomes, Gutiérrez; Soranz, 2020; Melo *et al.*, 2018).

Por conseguinte, os anos 2000 foram notáveis frente ao crescimento da ESF nos grandes centros urbanos, devido à incorporação e ampliação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) e pela criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Em contrapartida, até 2006, a APS era regulamentada por inúmeras portarias e normas publicados pelo Ministério da Saúde que buscavam dar suporte ao processo de descentralização do sistema, mediante incentivos financeiros aos municípios e estados brasileiro. Deste modo, emergiu a necessidade de elaboração de uma política pública que buscasse unificar e fomentar essa estratégia de expansão (Gomes, Gutiérrez; Soranz, 2020; Melo *et al.*, 2018).

Como reflexo dessa necessidade, em 2006, o governo federal publicou a primeira versão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), revisada, posteriormente, nos anos de 2011 e 2017. Ressalta-se que, no Brasil, durante o processo de implantação do SUS, o termo APS passou a denominar-se Atenção Básica à Saúde (ABS) (Giovannella, 2012). Desta forma, a PNAB de 2006 vinha com o objetivo de estabelecer diretrizes organizacionais usando dos princípios apresentados pelos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (Brasil, 2006a, Brasil, 2006b), na busca por preservar o foco na ESF e consolidar uma APS robusta. Ou seja, capaz de estender sua cobertura, prover uma atenção integral e desenvolver a promoção da saúde para que se torne reconhecida como principal porta de entrada para o usuário do SUS e o eixo de coordenação do cuidado dentro das Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Morosini; Fonseca; Lima, 2020; Melo *et al.*, 2018).

No entanto, grandes entraves foram encontrados nesse processo de expansão, tais como a infraestrutura inadequada nas unidades de saúde, o subfinanciamento do programa ESF e, também, a dificuldade de atração de profissionais médicos, sobretudo para regiões mais afastadas de grandes centros. Todavia, tais barreiras culminaram na necessidade de modificações na PNAB que pretenderem transcender as limitações identificadas na prática (Gomes, Gutiérrez; Soranz, 2020). Dessa forma, em 2011, o governo federal publicou a segunda edição da PNAB, a qual propunha a incrementação de outros programas, como o Requalifica UBS, que trouxe consigo a possibilidade de realização de reformas, ampliações,

construções e informatização das unidades de saúde, além do estabelecimento do PMAQ e do Programa Mais Médicos (PMM), ambos mecanismos utilizados para atenuar as deficiências enfrentadas no processo de expansão da APS (Brasil, 2011).

Contudo, em 2016, após o impeachment da presidenta Dilma Rousseff, uma nova agenda política passou a ser incorporada no país, trazendo consigo uma quebra no seguimento de políticas públicas de cunho sociais (Martins; Carbonai, 2021). Essas políticas chegaram à ESF em 2017, por meio da Portaria nº 2.436, que revogou a PNAB de 2011 e definiu uma revisão das diretrizes para as organizações da APS no Brasil (Brasil, 2017a). Pelas regras vigentes no SUS, essa portaria definiu a organização hierárquica do sistema em níveis crescentes de complexidade, além de adotar estratégias de atenção integrada e voltadas para as necessidades de saúde da população, com enfoque na APS como porta de entrada e primeiro nível de atenção do SUS (Giovanella, 2012).

Nesse sentido, a PNAB de 2017 se baseia nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, mantendo a Saúde da Família como estratégia prioritária para a expansão e consolidação da APS no Brasil (Brasil, 2017a). Todavia, dentre as mudanças instituídas, relativizou-se a universalidade ao recomendar a cobertura de 100% da população apenas em áreas de grande dispersão territorial. As pessoas de risco ou de vulnerabilidade social, por exemplo, podem ser afetadas na medida em que há uma provável diminuição dos Agentes Comunitário de Saúde (ACS) nas equipes da ESF (Giovanella, 2018; Morosini; Fonseca; Baptista, 2020). Para além, a regulamentação também criou um modelo de equipe de Atenção Básica (eAB) que utilizou das mesmas diretrizes da ESF; porém, sem obrigatoriedades mínimas de equipe e com cargas horárias flexíveis para os profissionais, permitindo, desse modo, contratação de profissionais com carga horária de 10 horas semanais (Brasil, 2017a).

Em síntese, a APS se apresenta como um elo para a organização e articulação dos serviços de saúde no âmbito do SUS, estabelecendo-se como porta de entrada do sistema e sendo capaz de promover, prevenir e assistir aos usuários. Dessa forma, o governo brasileiro adotou a ESF como ferramenta de organização e expansão da APS no Brasil. Para tal, foram necessárias alterações no financiamento da APS, o qual deve ser tripartite e com detalhamento fornecido pelo plano municipal de saúde. Fazendo isso, garante os instrumentos previstos pelos planos de gestão nacional, estadual e municipal do SUS (Brasil, 2017a).

2.2 O FINANCIAMENTO EM SAÚDE NO BRASIL

A expansão da cobertura da APS após a implementação da Saúde da Família em 1996 reforçou a necessidade de debate sobre o financiamento das ações e serviços de saúde. Até 1988, o Ministério da Saúde participava com menos de 20% dos recursos federais destinados ao financiamento da saúde no país, que por sua vez eram associados a recursos provenientes da seguridade social; de modo que, o orçamento remanescente estava vinculado ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) (Pereira, 2022).

Os municípios, por sua vez, quanto à distribuição do financiamento da saúde, dependiam de cerca de 70% dos recursos públicos em saúde do governo federal para desenvolverem suas atividades em saúde. Sendo assim, o financiamento da APS estava à mercê do imenso desafio em direcionar parcela considerável dos recursos para ampliar a cobertura de ações e serviços de saúde para toda a população brasileira. Claramente, isso acarretaria não apenas em um redirecionamento de recursos, mas, também, em seu acréscimo (Pereira, 2022).

Do ponto de vista das relações financeiras intergovernamentais, a criação do SUS se materializou por meio de um esquema tripartite. Assim sendo, em seu artigo nº 198, a Constituição Federal estabeleceu que o SUS é financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, Distrito Federal e municípios (Brasil, 1988), seguindo, assim, o disciplinado pela Emenda Constitucional nº 29, na qual diz que estados, Distrito Federal e municípios devem aplicar, respectivamente, o percentual de 12% e 15%, no mínimo, do produto da arrecadação própria de cada esfera na Saúde (Brasil, 2000).

No tocante aos repasses da União, a referida emenda tem se alterado durante os anos de existência do SUS, passando por cinco mudanças significativas (Pereira, 2022). A primeira alteração normativa se deu a partir da Constituição Federal de 1988, que determinou que o percentual de 30% do Orçamento da Seguridade Social (OSS), excluído o seguro-desemprego, fossem alocados ao SUS, até que a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) fosse aprovada (Brasil, 1988; Pereira, 2022).

Na sequência, a Emenda Constitucional nº 29/2000, passou a vigorar definindo que o orçamento da União na saúde, representaria o valor empenhado respectivamente no ano anterior, acrescido da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) do país (Brasil, 2000).

Passando-se 15 anos, uma nova Emenda Constitucional de nº 86/2015 alterou a forma de distribuição do orçamento da saúde. Passou-se a considerar percentuais escalonados da Receita Corrente Líquida (RCL) do respectivo exercício financeiro, partindo de 13,2% em 2016 até 15% em 2020 (Brasil, 2015; Pereira, 2022).

No ano seguinte, a Emenda Constitucional de nº 95 de 2016 foi publicada, definindo que, para o exercício de 2017, o orçamento deveria considerar a despesa primária paga no exercício de 2016, corrigida em 7,2%. Nos anos seguintes, este passa a ser corrigido pelo acréscimo do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), que seria medido entre os meses de julho do ano anterior e junho do ano da elaboração da peça orçamentária (Brasil, 2016; Pereira, 2022).

A última alteração deu-se pela Emenda Constitucional nº 113/21, estabelecendo que o orçamento da saúde deveria considerar 15% da RCL de 2017 e, nos anos subsequentes, este valor passaria a ser acrescido do IPCA estimado entre janeiro a dezembro do ano da elaboração da peça orçamentária (Brasil, 2021; Pereira, 2022). Essa nova metodologia não modificou o comportamento de gastos do governo federal com saúde, não afetando, portanto, a forma como o SUS é financiado. Ela, ademais, corrigiu o valor financeiro mínimo a ser destinado à ações e serviços públicos em saúde pelo Ministério da Saúde (Pereira, 2022).

2.2.1 Evolução do Financiamento da Atenção Primária à Saúde

No Brasil, ao longo dos mais de 30 anos de implantação do SUS, as inovações nos modelos de financiamento do sistema de saúde e no desenho dos arranjos de organização dos serviços de saúde têm levado ao crescimento exponencial e sustentado da cobertura da APS. Para tanto, foi necessário que fosse elaborado e estabelecido um orçamento robusto para financiar as ações de APS no país (Harzheim *et al.*, 2020; Massuda, 2020).

Neste sentido, o processo de normatização do orçamento para APS iniciou-se com a Norma Operacional Básica do SUS - NOB 01/96, aprovada e regulamentada através da Portaria nº 2.203 de 1996 (Brasil, 1996). Esta normativa apontou para uma reorganização do modelo de Atenção à Saúde, apresentando os papéis de cada ente federativo, os instrumentos gerenciais, além dos mecanismos e fluxos de financiamento. Isso minimizou gradativamente a remuneração pela produção de serviços e ampliou as transferências globais aos municípios (Harzheim *et al.*, 2020).

Por meio desta NOB/96, instituiu-se o Piso de Atenção Básica (PAB), que definiu repasses financeiros regulares à atenção básica mediante valores *per capita* com base nos critérios estabelecidos pela Lei nº 8.080, o chamado PAB fixo. Além disso, os municípios inscritos no PSF ou no PACS obtiveram acesso a recursos adicionais integrados ao então denominado PAB variável (Harzheim *et al.*, 2020). Ainda nesse contexto, a PNAB publicada em 2006 definiu a ESF como o modelo prioritário para a prestação de serviços de APS no SUS. Assim, foram acrescidos recursos federais ao PAB variável com intuito de estimular os municípios a implementarem equipes da ESF no contexto da APS. Como tais, estes começam a promover o desenvolvimento de ações de saúde para a população em nível individual e coletivo (Massuda, 2020). No geral, como resultado, a criação do PAB fixo e variável permitiu a superação, no âmbito da APS, do modelo de pagamento por produção de serviços e estimulou a adesão dos municípios à ESF (Morosini; Fonseca; Baptista, 2020).

Seguidamente à criação da PNAB, consolidou-se através da Portaria nº 204/2007 a nova metodologia de financiamento (Brasil, 2007a). Nela, em seu art. 4º, constituem-se seis (6) blocos de financiamento para o SUS, com a finalidade de direcionar recursos para setores de relevância no contexto do sistema de saúde brasileiro, sendo eles:

- Art. 4º Estabelecer os seguintes blocos de financiamento:
- I - Atenção Básica;
- II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
- III - Vigilância em Saúde;
- IV - Assistência Farmacêutica;
- V - Gestão do SUS.
- VI - Investimentos na Rede de Serviços de Saúde (Brasil, 2007a, p.1).

Complementarmente, no tocante ao financiamento da Atenção Básica, a Portaria nº 204/2007, consolidou-se, também, os Pisos da Atenção Básica em seu capítulo II, seção 1, Art. 9º, estabelecendo o Bloco de Atenção Básica em dois componentes: I- Componente Piso da Atenção Básica Fixo – PAB Fixo e II - Componente Piso da Atenção Básica Variável - PAB Variável. Com isso, o PAB Fixo fazia um repasse financeiro considerado a partir de um valor *per capita* transferido mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios (Brasil, 2007a), enquanto que o PAB Variável foi constituído por recursos financeiros destinados ao incentivo por adesão de estratégias, tais como:

- I - Saúde da Família;
- II - Agentes Comunitários de Saúde;

III - Saúde Bucal;
IV - Revogado
V - Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas;
VI - Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário;
VII - Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória; e
VIII - outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico (Brasil, 2007a, p.2).

Passado-se os anos, em 2011, a PNAB foi revisada e estabeleceu-se valores diferenciados para o cálculo *per capita* do PAB fixo, passando a levar em consideração os critérios de vulnerabilidade socioeconômica de cada município. Adicionalmente, foi estabelecido o PMAQ, que vinculou recursos ao PAB variável relacionados à avaliação de desempenho das equipes (Massuda, 2020).

Com uma nova atualização da PNAB em 2017, agregou-se ao item do financiamento a previsão, sem detalhes, de uma modalidade de financiamento federal com recursos condicionados à abrangência da oferta de ações e serviços (Melo *et al.*, 2018). Dessa maneira, mantém-se o repasse de recursos *per capita* e recursos condicionados à implantação de estratégias e programas na APS, além de recursos relacionados ao desempenho dos serviços da Atenção Básica e recursos de investimento (Brasil, 2017a). As mudanças trazidas pela PNAB de 2017 não provocaram quaisquer reajuste dos valores *per capita* do PAB Fixo, apenas gerou uma atualização da população considerada para os repasses a cada município. Não obstante, as mudanças também não culminaram em aumento dos diferentes componentes do PAB Variável relacionados com a ESF, como a adesão ao programa de ACS, Saúde Bucal e PMAQ, por exemplo (Melo *et al.*, 2018). Por conseguinte, nesse período, reforçou-se a fragmentação dos modelos de repasses a partir do estabelecimento de blocos de financiamento, o que sequestrou a autonomia dos gestores municipais de saúde que ficaram presos a repasses inflexíveis e pouco eficientes para as realidades de cada município (Melo *et al.*, 2018).

Frente a esse impasse, em dezembro de 2017, foi aprovada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) a Portaria do Ministério da Saúde nº 3.992/17, consolidada pela Portaria de Consolidação nº6/GM/MS/2017, que passou orientar os repasses federais em duas modalidades, sendo elas o custeio e o investimento, substituindo, dessa forma, os seis antigos blocos de financiamento definidos pela Portaria nº 204 do Ministério da Saúde em 2007 (Brasil, 2017b; Brasil, 2017c).

O novo modelo instituído na Portaria nº 3.992/17 mostrou-se ser um avanço da luta histórica dos gestores municipais de saúde ao permitir a administração de recursos gerais e estabelecer a separação financeira deles (Brasil, 2017b). Assim, os gestores municipais retomaram parte de sua autonomia ao recuperar essa desvinculação financeira e, com isso, a possibilidade de qualificar a gestão com base na percepção das suas necessidades locais (Harzheim *et al.*, 2020). Além disso, esses gestores puderam efetivamente exercer seu poder de saúde, pois com apenas duas modalidades de transferência de recursos financeiros, custeio e investimento, foi garantido que os recursos fossem utilizados de forma agregada (Mendes; Carnut; Guerra, 2018). Contudo, para Seta, Ocké-Reis e Ramos (2021), a transferência de recursos federais nos blocos de custeio e investimento fragilizou a proteção do financiamento da APS diante da pressão dos altos custos hospitalares, dos serviços especializados, do diagnóstico e do tratamento, que detém de um forte componente privado.

Corrido os anos, em 2019, a reconfiguração do SUS e da APS no país foram intensificadas por meio de um conjunto de ações que evidenciaram a construção de uma nova política pública que fosse mais ampla do que as alterações introduzidas pela PNAB de 2017 (Morosini; Fonseca; Baptista, 2020). Essas evidências confirmaram-se meses seguintes quando o governo federal, através da Portaria nº 2.979/GM/MS, instituiu o Programa Previne Brasil, modificando estruturalmente o modelo de financiamento para custeio da APS no âmbito do SUS e promovendo alterações na Portaria de Consolidação nº6/GM/MS/2017 (Brasil, 2019). Ao longo dos anos, essas etapas contribuíram para o estabelecimento de uma APS consistente, presente em grande parte do território nacional e buscando consolidar os princípios do SUS.

2.3 O PROGRAMA PREVINE BRASIL

A partir de 2019, em um contexto político conturbado, o governo elencou a APS como prioridade. Para tanto, criou uma secretaria específica para a área dentro do Ministério da Saúde, tendo três eixos focais para reestruturar a APS: o financiamento, a regulação e a prestação de serviços (Morosini; Fonseca; Baptista, 2020). Este viés reestruturante, no que tange ao financiamento, culminou futuramente na criação do Programa Previne Brasil, atualização mais recente da metodologia de financiamento da APS.

Os avanços na APS até então foram notáveis, sobretudo pela implementação da ESF, o que acarretou numa expressiva redução da mortalidade infantil, redução de mortalidade por causas evitáveis, redução de internações por condições sensíveis à APS, entre outros (Harzheim *et al.*, 2022). Por outro lado, ao longo dos anos percebeu-se um declínio da melhora dos indicadores em saúde da população frente aos investimentos públicos. Isso culminou significativamente em baixas taxas de cobertura vacinal, ocasionou desaceleração da mortalidade infantil e provocou aumento da proporção de internações hospitalares evitáveis, além de uma enorme dificuldade no manejo das doenças crônicas e, inclusive, no enfrentamento da sífilis e do HIV (Harzheim *et al.*, 2022).

Frente a isso, para embasar as mudanças no financiamento da APS, o governo baseou-se em duas críticas ao modelo vigente. Inicialmente, a primeira crítica foi baseada em uma alegada “ineficiência” dos serviços em APS, considerando o grande número de usuários do SUS não cadastrados pelas equipes, que eram cerca de 50 milhões de pessoas, dos quais cerca de 30 milhões seriam beneficiários de programas sociais, ou seja, em situação de maior vulnerabilidade. Conjuntamente a essa ineficiência, como segunda crítica apontou-se a baixa valorização do componente de desempenho das equipes, tendo em vista que as transferências financeiras federais eram majoritariamente calculadas com base em critérios populacionais dos municípios (Seta; Ocké-Reis; Ramos, 2021).

Todavia, as alterações no modelo de financiamento da APS devem gerar impactos sobre o SUS e sobre a saúde da população, impactos estes que devem ser identificados e monitorados, principalmente diante da manutenção por longo prazo das medidas de austeridade fiscal, que devem agravar o sub-financiamento público da saúde no país (Massuda, 2020). No tocante às mudanças do financiamento, a proposta de adequação que começou a circular em julho de 2019, intitulada Programa Previne Brasil, propôs alterações estruturais da lógica de organização do financiamento da APS, aportando três modificações principais: primeiro, promovendo a extinção dos pisos fixo e variável (PAB); segundo, introduzindo um repasse de recursos federais pelo número de pessoas cadastradas as equipes de saúde; e, terceiro, estabelecendo uma nova metodologia de pagamento por desempenho (Morosini; Fonseca; Baptista, 2020).

O modelo ora proposto romperia com a lógica vigente a partir do incremento, em valores nominais, de aproximadamente dois bilhões de reais ao orçamento federal para a APS em 2020, agora com os novos critérios fundamentados em três eixos, conforme na lei:

Do Custeio da Atenção Primária à Saúde

Art. 9º O financiamento federal de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS) será constituído por:

I - captação ponderada;

II - pagamento por desempenho; e

III - incentivo para ações estratégicas.

Parágrafo único. Os recursos de que trata o caput serão transferidos na modalidade fundo a fundo, de forma regular e automática, aos Municípios, ao Distrito Federal e aos Estados e repassados pelo Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde (Brasil, 2019, p. 1).

A Captação Ponderada substituiu os PAB, Fixo e Variável, extinguindo os repasses regulares com base em critérios populacionais e em incentivos para custeio das eAB, como o NASF e o PMAQ (Massuda, 2020). Desse modo, passou-se a ser considerado para o repasse financeiro o número de pessoas registradas nas equipes de Saúde da Família e Atenção Primária, ponderando critérios de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e localização geográfica dos municípios. Esta movimentação levou a um acréscimo do valor *per capita* e do fator de ponderação para habitantes com idade inferior a 5 anos ou maior de 65 anos, beneficiários dos programas sociais de transferência de renda e da população com remuneração de até dois salários mínimos vinculados ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) (Massuda, 2020; Seta; Ocké-Reis; Ramos, 2021).

No cerne dessas mudanças, os incentivos financeiros do antigo PMAQ também foram substituídos por repasses condicionados ao pagamento por desempenho a partir de resultados alcançados das equipes em relação aos indicadores e metas definidos pelo Ministério da Saúde. Ao todo, sete indicadores foram instituídos em 2020, que passaram a atender grupos relacionados à Saúde das Gestantes, Mulheres, Crianças e doentes crônicos (Seta; Ocké-Reis; Ramos, 2021). Até 2022, a expectativa era que o número de indicadores chegasse a 21, promovendo o monitoramento de Tuberculose, Infecções Sexualmente Transmissíveis e Saúde Bucal (Massuda, 2020; Seta; Ocké-Reis; Ramos, 2021).

Como última mudança proposta, os repasses vinculados a ações e programas de saúde pertencentes ao PAB variável passaram a constituir o eixo de incentivos financeiros para ações e programas prioritários do Ministério da Saúde, como os Programas Saúde na Hora, Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da APS - Informatiza APS e o Programa de Formação em Residência Médica ou Multiprofissional na Saúde da Família (Massuda, 2020; Seta; Ocké-Reis; Ramos, 2021).

Atrelados a essas mudanças e a esses três eixos de financiamento, um quarto componente de desembolso federal foi instituído, considerando incentivos financeiros com

base no quantitativo populacional. Esse valor de incentivo *per capita* é determinado anualmente pelo Ministério da Saúde e publicado em portaria específica. Os repasses recebidos pelos municípios e pelo Distrito Federal levam em consideração as últimas estimativas populacionais publicadas pelo Instituto Geral de Geografia Estatística (IBGE), sendo a última, a Portaria nº 74/ 2023, que instituiu o repasse do valor *per capita* anual de R\$ 5,95 para 2023 (Brasil, 2023a).

Ademais, a instituição dessas mudanças são embasadas em um dos focos do Programa Previne Brasil, colocando as pessoas no centro do sistema de saúde (Harzheim *et al.*, 2022). O novo modelo estimula os municípios a identificarem os cidadãos que atendem por meio de cadastros mais qualificados, proporcionando condições estruturais para maior responsabilização da equipe da ESF à população (Harzheim *et al.*, 2022). O modelo de recrutamento também permite que as pessoas tenham a liberdade de se inscrever em qualquer eSF ou eAB. Essa abordagem corrige as distorções causadas pelo modelo de pagamento *per capita* para a população total, o PAB fixo, pois os recursos não eram alocados para onde os cidadãos eram efetivamente atendidos (Harzheim *et al.*, 2022). Contudo, a retirada do PAB fixo, que até então era a única transferência intergovernamental de saúde com base populacional, culminou no fim do financiamento universal da Atenção Básica (Morosini; Fonseca; Baptista, 2020).

Dentro de seu eixo de financiamento por avaliação de desempenho, o Programa Previne Brasil propôs sete indicadores para serem utilizados no ano de 2020. Neles, prevê-se o incremento de mais sete indicadores em 2021 e outros sete em 2022, chegando a 21 indicadores que formariam um painel de indicadores globais de qualidade da APS (Harzheim *et al.*, 2022). Entretanto, devido à pandemia de COVID-19, a implementação do programa foi atrasada, acumulando a necessidade de medir e custear os resultados de uma ampla agenda de cuidados, principalmente para as condições crônicas e na saúde materno-infantil (Harzheim *et al.*, 2022). Considerando esse contexto, atualmente estão sendo considerados para os repasses financeiros apenas os sete primeiros indicadores propostos no programa, conforme estabelecido na Portaria nº 102/2022, sendo eles:

§ 2º São indicadores do pagamento por desempenho para o ano de 2022:

- I - proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação;
- II - proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;
- III - proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado;
- IV - proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS;

V - proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por *haemophilus influenzae* tipo b e Poliomielite inativada;

VI - proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre; e

VII - proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre (Brasil, 2022a, p. 1 e 2).

Para exemplificar e orientar os gestores e profissionais atuantes da ESF, para cada um dos indicadores propostos pelo Ministério da Saúde foi também apresentado uma nota técnica (NT) que definiu claramente a metodologia de cálculo, bem como as metas estabelecidas para cada um dos indicadores:

Indicador 1 - estabeleceu-se como meta para este indicador atingir o percentual de, pelo menos, 45% do quantitativo total de gestantes com pelo menos 6 consultas de pré-natal, sendo a primeira realizada antes da 12ª semana (Brasil, 2022 b).

Indicador 2 - para este indicador a meta definida é alcançar, minimamente, o percentual de 60% do quantitativo total de gestantes com sorologia avaliada ou teste rápido de HIV e Sífilis (Brasil, 2022c).

Indicador 3 - definiu-se como meta para este indicador que ao menos 60% do quantitativo total de gestantes tenham no mínimo um atendimento odontológico realizado durante o pré-natal (Brasil, 2022d).

Indicador 4 - a meta pactuada é que se atinja o percentual mínimo de 40% do número total mulheres com idade entre 25 e 64 anos tenham o exame preventivo realizado nos últimos 36 meses (Brasil, 2022e).

Indicador 5 - As evidências científicas e o Programa Nacional de Imunizações preconizam que as metas de cobertura vacinal de Penta e Pólio no país alcancem pelo menos 95% do grupo elegível a tais vacinas (Brasil, 2022f).

Indicador 6 - Neste indicador, espera-se que pelo menos 50% dos indivíduos com hipertensão arterial tenham realizado uma consulta e uma aferição de pressão arterial a cada semestre (Brasil, 2022g).

Indicador 7 - No cuidado com o paciente portador de diabetes, espera-se que ao menos 50% dos indivíduos que vivem com essa doença tenham realizado uma consulta e tenham o exame de hemoglobina glicada solicitada no semestre (Brasil, 2022h).

Por meio dessa metodologia de avaliação do desempenho, a equipe do Ministério da Saúde e da Secretaria de Atenção Primária à Saúde pretendem fortalecer os atributos da APS com o objetivo de cristalizar os princípios de universalidade e equidade do SUS (Harzheim *et*

al., 2022). Assim sendo, tais reformas foram incentivadas com o aumento dos repasses financeiros federais aos municípios e às equipes que desempenham uma atuação eficiente pela saúde da população, a fim de oferecer serviços públicos que realmente atendam às necessidades das pessoas (Harzheim *et al.*, 2022).

Em uma descrição preliminar dos resultados obtidos nos primeiros anos de implementação do Programa Previne Brasil, foi apontado claramente os benefícios da reforma do financiamento da APS para a população (Harzheim *et al.*, 2022). Dentre esses resultados, obteve-se um aumento de mais de 50 milhões de pessoas com cadastros qualificados e únicos vinculados às ESF, atrelados a um número recorde de mais de 52.000 eSF financiadas pelo Ministério da Saúde. Além dos benefícios percebidos do cadastramento dos indivíduos, percebeu-se um aumento de unidades e equipes que atendem até 20h ou 22h, o que aplicou e facilitou o acesso à população, além da expansão significativa das equipes de saúde bucal com aumento da presença de profissionais de saúde nas equipes da ESF e uma elevação das vagas para residências de médicos, enfermeiros e dentistas (Harzheim *et al.*, 2022).

Em contrapartida, o Programa Previne Brasil, também foi fortemente criticado por entidades do movimento pela reforma sanitária com o intuito de revogar a iniciativa legislativa da Portaria 2.979/2019. Elas alegaram que propostas alternativas deveriam prever que o cadastramento do usuário e sua vinculação inicial com uma ESF não seriam condicionadas como forma de acesso ao SUS, tampouco deveriam servir para os repasses orçamentário regulares (Seta; Ocké-Reis; Ramos, 2021).

O cerne dessas críticas baseiam-se no fato do projeto de universalização da APS perder seu importante papel no alcance da integralidade, visto que a lógica utilizada pelo Programa Previne Brasil promoveu a extinção do PAB fixo e adotou a captação baseada no cadastro da pessoa e no pagamento por desempenho, passando a não se mostrar eficaz em consolidar os princípios do SUS (Morosini; Fonseca; Baptista, 2020). Não obstante, apesar do verniz modernizador da nova política de APS, a adoção da captação ponderada e o uso da avaliação por desempenho como critérios de cálculo para as transferências intergovernamentais parecem servir mais a propósitos restritivos do que a qualificação dos serviços, limitando dessa forma a universalidade e aumentando as distorções de financiamento e induzindo a focalização das ações na APS (Morosini; Fonseca; Baptista, 2020). Do ponto de vista das restrições orçamentárias de longo prazo que agravam o sub-financiamento público da saúde no Brasil, a nova política pode ajudar a reverter os ganhos históricos na redução das desigualdades em saúde desde a implantação do SUS da

ESF. Portanto, essas mudanças mostram-se como um retrocesso que a sociedade brasileira como um todo tem de enfrentar (Massuda, 2020).

2.4 ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Dentro da PNAB, elencou-se a Saúde da Família como estratégia prioritária para a expansão e consolidação da APS no Brasil. Desse modo, a ESF consolidou-se como uma ferramenta de extensão, qualificação e integração da APS. Esta etapa veio facilitar a reorientação dos fluxos de trabalho e passa a ter maior potencial para resolutividade no cuidado em saúde da população, impactando positivamente as pessoas e as comunidades, além de trazer importantes benefícios relacionados aos gastos públicos (Brasil, 2017 a).

Para garantir a qualidade dos serviços prestados dentro das unidades de saúde, a PNAB também elenca a composição mínima da eSF, a qual deve ser constituída pelos seguintes profissionais:

Composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal (Brasil, 2017a, p. 11).

Esses profissionais, dentro do contexto de atuação da ESF, desempenham competências inerentes a sua profissão, atreladas às atribuições comuns a todos os profissionais da equipe. Eles passam a buscar o atendimento integral da saúde da população (Brasil, 2017a). E, visando esclarecer o papel e a organização do trabalho dos profissionais que atuam na ESF, apresentaremos as atribuições das três categorias profissionais que são o escopo desta pesquisa, sendo elas o profissional médico, o enfermeiro e o cirurgião-dentista.

Dentro das ESF, os médicos desempenham um papel de protagonismo na avaliação das necessidades dos pacientes, na identificação dos riscos individuais para adquirirem certas doenças e no desenvolvimento de planos terapêuticos. O médico deve buscar compreender a doença em seu contexto pessoal, familiar e social e integrar-se ao contexto local para prestação de cuidados que atendam às necessidades individuais e da comunidade cadastrada na ESF (Silva; Barbosa; Rocha, 2015). Outrossim, os médicos que atuam na APS devem possuir diferentes habilidades e personalidades únicas, na medida em que entendem que o seu

processo de trabalho é realizado em conjunto com uma equipe (Moura *et al.*, 2022). No que diz respeito à formação da classe médica, faz-se necessário que se formem profissionais generalistas com a capacidade de atender às necessidades das famílias na ESF, a fim de prestar cuidados integrados, abordando a prevenção e a educação em saúde e trabalhando para manutenção dos pacientes saudáveis (Silva; Barbosa; Rocha, 2015).

Tais competências e habilidades apresentadas corroboram com o apresentado pela PNAB como atribuições dos profissionais médicos no contexto das eSF, sendo elas:

- I - Realizar a atenção à saúde às pessoas e famílias sob sua responsabilidade;
- II - Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na Unidade Básica de Saúde (UBS) e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros); em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores (federal, estadual, municipal ou Distrito Federal), observadas as disposições legais da profissão;
- III - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;
- IV - Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sob sua responsabilidade o acompanhamento do plano terapêutico prescrito;
- V - Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa;
- VI - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; e
- VII - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação (Brasil, 2017a, p. 18).

Além disso, o segundo profissional atuante nas eSF que desempenha papel de protagonismo junto às equipes é o enfermeiro. A enfermagem faz parte da equipe mínima preconizada pelo Ministério da Saúde, e essa presença tem o potencial de afetar a qualidade da assistência prestada à população (Biff *et al.*, 2020). Visto que o enfermeiro tem funções relevantes, tais como: planejar, gerenciar e executar ações no campo da saúde individual e coletiva, supervisionar a assistência direta às populações, realizar ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, articular a ação intersetorial, gerir os serviços de saúde, oferecer ações de educação permanentes e liderar essas equipes (Lopes *et al.*, 2020).

Nesse sentido, o estudo desenvolvido por Lopes *et al.* (2020) propõe oito competências com a finalidade de apresentar características inerentes aos enfermeiros que atuam na ESF, sendo elas: a liderança, a educação permanente, a ética, a comunicação, o trabalho em equipe, a gestão de pessoas e recursos materiais, a assistência à saúde e a tomada de decisão (Lopes *et al.*, 2020). Essas competências, na prática profissional, são exercidas desde as atividades de promoção, prevenção à saúde, na busca ativa da população, no trabalho

multiprofissional, no registro de suas atividades e de forma singular no acompanhamento periódico da população adscrita, além da organização e supervisão dos serviços da unidade e na capacitação dos atores sociais por meio de ações educativas (Toso *et al.*, 2021). Considerando o exposto, no tangente da PNAB, as atribuições dos enfermeiros nas ESF abrangem:

- I - Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida;
- II - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
- III - Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;
- IV - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;
- V - Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;
- VI - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;
- VII - Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;
- VIII - Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e
- IX - Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação (Brasil, 2017a, p. 17).

Desta forma, os enfermeiros desempenham importante atuação no contexto das eSF. Realizando suas atividades no âmbito assistencial e gerencial, além de supervisionar os demais membros da equipe de enfermagem, e por muitas vezes, toda a UBS (Brasil, 2017a).

Por fim, a terceira categoria profissional de nível superior que faz parte da equipe da ESF são os cirurgiões-dentistas. Estes, em um cenário mundial, trabalham principalmente no setor privado, mas no Brasil, a partir dos anos 2000, sua participação no serviço público vem sendo fortalecida por meio da implementação das equipes de saúde bucal dentro das ESF (Reis; Scherer; Carcereri, 2015). Essa inclusão dos cirurgiões-dentistas na eSF ocorreu por meio da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). Tal política reconfigurou o fluxo de trabalho odontológico na APS e estabeleceu a promoção da saúde como o eixo do cuidado dos serviços de odontologia, visto que a adscrição da clientela e a longitudinalidade do cuidado favorecem a criação de um vínculo duradouro entre profissionais e usuários (Leme *et al.*, 2019).

No que se refere à atenção à saúde bucal nas ESFs, fez-se possível ampliar a cobertura dos serviços odontológicos no país. Para tanto, é necessário responder de forma efetiva às necessidades da população e atuar de forma individual e coletiva. Fazendo isso, promove-se ganhos no trabalho em equipe e o fortalecimento das relações com os usuários e com a gestão, implicando, assim, em novas abordagens de atenção à saúde bucal (Gonçalves; Ramos, 2010).

Dessa forma, o cirurgião-dentista, igualmente aos demais profissionais, tem suas atribuições descritas na PNAB de 2017, com a finalidade de evidenciar as competências desse profissional dentro das unidades de saúde e direcionar suas práticas profissionais na promoção de um atendimento qualificado à população, devendo, nesse sentido, o mesmo executar as seguintes atividades:

- I - Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade e em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
- II - Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal no território;
- III - Realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos da AB em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com as fases clínicas de moldagem, adaptação e acompanhamento de próteses dentárias (elementar, total e parcial removível);
- IV - Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;
- V - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde com os demais membros da equipe, buscando aproximar saúde bucal e integrar ações de forma multidisciplinar;
- VI - Realizar supervisão do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB);
- VII - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;
- VIII - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;
- e
- IX - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação (Brasil, 2017a, p. 18).

As competências do cirurgião-dentista na ESF extrapolam o atendimento apenas em seu consultório. Elas perpassam por uma atuação em conjunto com os demais profissionais para promover uma saúde bucal à população, do ponto de vista individual e coletivo (Brasil, 2017a).

Isto posto, fica evidente a relevância de cada profissional pertencente a eSF, bem como a importância da integração de todos esses profissionais dentro da ESF. Na busca pela garantia da promoção, prevenção e assistência em saúde da população assistida, com ênfase nos princípios e diretrizes do SUS (Brasil, 2017a). Ao considerarmos o Programa Previne Brasil e os indicadores de desempenho por ele estabelecidos, percebe-se uma relação direta entre a atuação dessas categorias profissionais e o alcance dos indicadores propostos, evidenciando a necessidade de acompanhamento das ações diárias destes profissionais.

2.5 A TEORIA DO ALCANCE DE METAS DE IMOGENE KING

O processo de cuidar em enfermagem sofreu grande evolução ao longo dos anos. Ele passou de apenas um cuidado empírico para um cuidado embasado em evidências, enquanto utiliza de conhecimentos científicos para corroborar com a prática profissional. Nesse sentido, inúmeros estudos foram desenvolvidos ao longo das décadas. Tais estudos se consolidaram em Teorias de Enfermagem. Uma dessas teorias foi proposta pela enfermeira Imogene King, a Teoria do Alcance de Metas.

Imogene M. King nasceu em 1923, caçula de três filhos, recebeu sua educação básica em enfermagem no St. John 's Hospital School of Nursing, em St. Louis, Missouri, formando-se em 1946. Seu grau de Bacharel em ensino de enfermagem (1948) e o mestrado em enfermagem (1957) são da St. Louis University e seu doutorado (1961) é titulado pelo Teachers College, Columbia University, New York (George, 2000).

King postulou em sua teoria que as pessoas são sistemas abertos interagindo com seu ambiente, e que o objetivo da enfermagem é ajudar as pessoas e as populações a se manterem saudáveis (Denadai, 2016). Em sua teoria, King definiu os sistemas abertos e embasou-se na obtenção de metas, sendo esta estrutura conceitual composta por três sistemas inter-relacionados: o sistema pessoal, o sistema interpessoal e o sistema social (George, 2000).

Para a teórica, cada pessoa representa um sistema único, que tem a capacidade de interagir em comunidade gerando, assim, os sistemas interpessoais, e esses sistemas interpessoais juntos formam sistemas maiores, denominados sistemas sociais, sendo este último, definido como um sistema de limites organizado por regras, comportamentos e

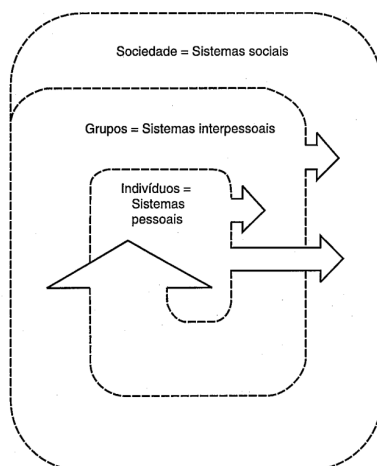
práticas sociais projetados para defender os valores e mecanismos que regulam nossas práticas (Denadai, 2016).

Neste sentido, King desenvolveu a teoria de Alcance de Metas com o propósito de apresentar a interação entre profissionais e clientes para definição do cuidado em saúde, estabelecendo e atingindo as metas comumente definidas entre as partes. Nesse processo o sistema pessoal encontra o sistema interpessoal e esses são influenciados globalmente pelo sistema social, que define as regras e padrões sociais que orientam a conduta de uma sociedade ou grupo de pessoas (King, 1981).

Para King, a interação pode ser definida como um "Processo de comunicação e percepção entre a pessoa e o ambiente e entre a pessoa e outra pessoa, representada por comportamentos verbais e não verbais que são dirigidos às metas" (Denadai, 2016, p. 34).

A Figura 1 apresenta o esquema conceitual que ilustra o entendimento de King quanto ao processo de interação.

Figura 1: Esquema conceitual dos Sistemas de Imogene King.



Fonte: George, 2000.

Relacionado ao esquema conceitual de Imogene King, a teorista apresentou os conceitos fundamentais necessários para a constituição de uma teoria de enfermagem proporcionando a compreensão da Teoria do Alcance de Metas. O conceito de Enfermagem é apresentado como:

Processo de ação, reação e interação pelo qual a enfermeira e o cliente compartilham informações sobre as suas percepções na situação de enfermagem. Sendo um processo de interações humanas entre a enfermagem e o cliente através do qual cada um percebe o outro e a situação e, através da comunicação, estabelecem metas,

exploram meios e concordam sobre os meios para atingir metas (Denadai, 2016, p. 34).

Ademais, King define saúde como:

Experiências dinâmicas de vida do ser humano, que implicam o ajustamento constante aos estressores no ambiente interno e externo através do uso ideal dos próprios recursos para atingir o potencial máximo para a vida diária (Denadai, 2016, p. 34).

Por fim, King, conceitua espaço como:

O espaço é uma área física chamada território, e é definido pelo comportamento dos indivíduos que ocupam esse espaço, como gestos, posturas e limites visíveis erguidos para marcar o espaço pessoal. O uso do espaço comunica mensagens com diferentes significados em diferentes culturas. A percepção do espaço vai influenciar a forma como os indivíduos se comportam em determinadas situações (King, 1981, p. 148).

Este modelo da Teoria do Alcance de Metas descreve a interação de enfermeiros e clientes usando o estabelecimento de metas compartilhadas ou a tomada de decisões como um processo que leva à realização de metas (King, 1981). Esse processo de tomada de decisão ocorre quando os recursos são escolhidos para serem alocados para apoiar a realização das metas do sistema (George, 2000).

Em resumo, os enfermeiros interagem com os clientes, identificando problemas, estabelecendo metas e trabalhando para atingir essas metas. Isso ocorre na interação dos sistemas pessoais do enfermeiro e do cliente, momento em que se forma o sistema interpessoal, que por sua vez é influenciado pelo sistema social circundante (King, 1981). Os preceitos desta teoria estão fundamentados no interacionismo simbólico, convergindo com a intenção conceitual que favorece a discussão do alcance de metas e resultados no contexto dos indicadores do Programa Previne Brasil.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Os procedimentos metodológicos são todas as decisões e ações tomadas em relação à seleção das técnicas de pesquisa e metodologia para o desenvolvimento de um trabalho científico. Nos tópicos que seguem, apresenta-se o desenho metodológico desta pesquisa.

3.1 MODALIDADE DA PESQUISA

Trata-se de um estudo qualitativo, na modalidade Exploratória-Descritiva, realizado por meio de pesquisa de campo, tendo a entrevista como técnica para coleta de dados.

3.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Esta pesquisa foi realizada no conjunto de Estratégias de Saúde da Família de um município do interior de Santa Catarina, que, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), articula em seu território 16 Estratégias de Saúde da Família. O estudo foi executado mediante autorização prévia do representante legal da instituição, neste caso a secretária de saúde do município.

3.3 POPULAÇÃO E SUJEITOS DO ESTUDO

A população deste estudo foi definida considerando os objetivos propostos para este e delimitadas utilizando como base os dados levantados junto ao CNES das unidades participantes. As unidades de saúde apresentam eSF multiprofissionais. Assim, delimitou-se para sujeitos de estudo 3 categorias profissionais, devido a relação direta dessas categorias com os indicadores propostos no Programa Previne Brasil: médicos, cirurgiões-dentistas e enfermeiros.

No município pesquisado, conforme CNES (2023), foram identificados um quantitativo de 21 enfermeiros, 28 médicos e 14 cirurgiões-dentistas cadastrados, configurando uma população de estudo de 63 profissionais. Deste modo, buscou-se alcançar

todos os profissionais pertencentes às 3 categorias profissionais elencadas que estejam atuando na ESF do município em questão.

Adotou-se como critérios de inclusão para o estudo os profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas atuantes na ESF, exercendo suas funções no período da coleta de dados e que aceitaram livre e espontaneamente participarem do estudo. Por outro lado, para critérios de exclusão, definiu-se profissionais que não aceitassem participar do estudo e aqueles que estivessem afastados de suas atividades laborais por motivo de férias ou licença durante a coleta de dados. Respeitou-se o máximo de 3 tentativas de contato com os profissionais objetivando sua participação no estudo. Excedendo este número de tentativas, o profissional foi excluído. Caso o profissional tenha vínculo com mais de uma ESF, o mesmo fora entrevistado apenas uma vez.

3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA

Os procedimentos de coleta de dados iniciaram-se mediante autorização da Secretaria de Saúde e aprovação da pesquisa junto ao Comitê de Ética em Pesquisa. A coleta de dados foi realizada utilizando-se de um roteiro de entrevista, previamente validado por Pré-Teste. Este procedimento consistiu na utilização do roteiro inicial produzido pelo pesquisador em entrevistas com 3 profissionais de nível superior compatíveis com os profissionais que viriam a ser pesquisados no estudo. Os profissionais que realizaram o pré-teste não fizeram parte dos sujeitos de pesquisa. Conseqüentemente, promoveu-se melhorias no roteiro de entrevista.

Após a realização destes pré-testes, ajustou-se pontualmente algumas questões e formulou-se a versão final do roteiro de entrevista (APÊNDICE I). Nele questionou-se características e perfil dos profissionais, nível de formação, tempo de atuação na ESF, bem como perguntas direcionadas ao conhecimento e prática dos profissionais no que se refere aos indicadores do Programa Previne Brasil. As perguntas buscaram contemplar e atingir todos os objetivos propostos para esse estudo, com intuito de identificar o conhecimento dos profissionais sobre o Programa Previne Brasil e sua relação com o financiamento da APS, além da identificação das metas e sua metodologia de cálculo, o papel do profissional e da equipe junto ao programa, bem como a organização das equipes para o atendimento do Programa Previne Brasil.

As entrevistas foram realizadas entre os meses de agosto e setembro de 2023, sendo os profissionais abordados em momento oportuno durante sua jornada de trabalho, e o tempo de duração das entrevistas variando de acordo com cada participante, não excedendo 40 minutos. A entrada nos campos de pesquisa deu-se mediante conversa prévia com o responsável da unidade e alinhamento de melhor data e horário para a realização das entrevistas. Durante as entrevistas, o entrevistador apresentou-se a cada participante, realizou a leitura e discussão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO I) e os profissionais concordando, livre e espontaneamente em participar do estudo, assinaram o TCLE em duas vias de igual teor, uma permanecendo com o profissional e a outra arquivada pelo entrevistador.

Após a assinatura do TCLE, deu-se início às entrevistas, que foram realizadas individualmente, em ambiente privativo, minimizando o risco de constrangimento. Iniciou-se a entrevista seguindo o roteiro pré-estabelecido, de modo que o pesquisador realizava a pergunta e o profissional apresentou sua resposta de maneira verbal, sendo-a simultaneamente transcrita pelo entrevistador em espaço disponível abaixo de cada questão no próprio roteiro de entrevista, processo repetido até o final do instrumento de pesquisa. De maneira alguma foi disponibilizado o instrumento de coleta de dados para o entrevistado sem a presença do entrevistador, visto que a pesquisa buscou analisar o conhecimento prévio do profissional, sem a possibilidade de consultas.

3.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Os dados obtidos por meio das entrevistas foram organizados em arquivo digital, utilizando a ferramenta de Planilhas do Google. Para melhor análise os dados foram separados em planilhas segundo a categoria profissional. A análise e interpretação dos dados deu-se pela relação das respostas obtidas e os elementos da análise de conteúdo de Bardin, utilizando como referencial para discussão a teoria de alcance de metas de Imogene King.

Segundo Bardin (1988), a análise de conteúdo das comunicações é um conjunto de técnicas de análise da comunicação por meio das quais o conteúdo da mensagem pode ser sistematizado e descrito, organizando-o em categorias. A análise do conteúdo mostra-se como um conjunto sistematizado de técnicas para promoção da análise das comunicações obtidas em uma pesquisa, através da realização de três etapas, sendo elas:

1. A pré-análise - descrição das entrevistas, mantendo as expressões verbais originais; (Bardin, 1988);
2. A descrição analítica da leitura repetitiva e interativa do material, permitindo a classificação dos dados em tópicos do material empírico, formando unidades de significados (Bardin, 1988);
3. A interpretação inferencial - que busca dar um sentido para o conjunto, por meio da construção de categorias de experiência (Bardin, 1988).

3.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Este estudo respeitou os preceitos éticos estabelecidos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que regulamenta a testagem e pesquisa em seres humanos (Brasil, 2012) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí (UNIDAVI) sob parecer substanciado de número 6.145.962 (ANEXO II). A finalidade, métodos, possíveis benefícios e possíveis inconvenientes ou constrangimentos que o estudo poderia ocasionar foram explicados a cada participante através da leitura do TCLE, que foi assinado em duas vias de igual teor. O participante autoriza a sua participação no estudo, enfatizando que sua contribuição é voluntária garantiu-se respeito e zelo ético aos profissionais que recusaram-se a participar do estudo (Brasil, 2012).

O risco para os participantes deste estudo foi mínimo, considerando o risco de constrangimento para os profissionais de saúde ao responderem a entrevista de coleta de dados. Para minimizá-lo, a coleta de dados foi individualizada em ambiente privado, e a confidencialidade e o anonimato dos participantes foi protegido, de modo que os instrumentos de coleta de dados foram numerados na ordem de sua coleta e esse número (P1, P2, P3,...) substitui o nome do participante.

Previu-se que caso algum participante se sentisse afetado com o estudo, o mesmo seria encaminhado para atendimento psicológico referenciado, custeado pelo pesquisador, recurso este que não foi utilizado por nenhum participante.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados deste estudo foram obtidos através de entrevistas junto aos profissionais que atenderam os critérios de inclusão do estudo. Os dados foram analisados após uma leitura extensiva das respostas apresentadas pelos profissionais, seguindo o proposto pela análise de conteúdo de Bardin (1988), de acordo com o qual utilizou-se de um conjunto de técnicas de revisão da comunicação. Dessa forma, o conteúdo da mensagem foi sistematizado e descrito, organizando-os em categorias temáticas, que estão apresentadas no quadro a seguir.

Quadro 1: Categorias e Subcategorias de análise do conteúdo segundo Bardin.

Categorias de Análise	Subcategorias de Análise	Apresentação do Discurso	Apresentação do Conteúdo
1. Programa Previne Brasil e o conhecimento dos profissionais	1.1 Contextualização do Programa Previne Brasil na perspectiva dos profissionais	<p><i>"Basicamente são dados que devem ser lançados para o Ministério da Saúde que correspondem aos indicadores de saúde de determinados grupos" (P15).</i></p> <p><i>"Acredito que seja um norteador para os atendimento aos pacientes na Atenção Primária"(P34).</i></p> <p><i>"Não sei responder"(P8).</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento incompleto do profissional sobre o Programa Previne Brasil; • Vinculação do programa com o financiamento da Atenção Primária.
	1.2 Apresentação dos Indicadores pelos profissionais	<p><i>"São 7 ou 6 indicadores: Preventivo; Vacinação de crianças; Pré-natal; IST's; Diabetes; Hipertensão e Saúde bucal" (P3).</i></p> <p><i>"Não sei quantos são, mas sei que tem indicadores relacionados a hipertensos, diabéticos e gestantes"(P10).</i></p> <p><i>"Não sei, por produção de atendimento, atendimentos de gestantes, talvez, não sei" (P2).</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento dos profissionais sobre os indicadores do Programa Previne Brasil; • Vinculação dos indicadores aos grupos de atendimento; • Vinculação de recursos por produção profissional.

	1.3 Mensuração dos Indicadores e conhecimento dos profissionais sobre as metas do programa	<p><i>"Provavelmente através de repasses de informações do município para o governo federal. Não tenho nenhuma noção das metas" (P16).</i></p> <p><i>"Eles pegam a população do local e o percentual de pessoas atendidas naquele grupo. Acredito que todos os indicadores têm que ter cobertura de 80-100%" (P7).</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Abstração da metodologia de mensuração dos dados e das metas do Programa Previne Brasil.
2. Produção dos dados para garantia da informação	2.1 Contribuição dos profissionais no registro dos dados	<p><i>"Seleciono o grupo de atendimento; Utilizo a classificação CID nos atendimentos; realizo o lançamento de procedimentos; solicito o exame de Hemoglobina Glicada nas consultas; solicita o exame de preventivo; registro o resultados de exames; não realizo o registro da verificação de PA nos atendimentos, vem preenchido pela enfermagem; verifico o esquema vacinal de crianças e encaminha para a vacinação" (P23).</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conduta dos profissionais frente ao registro dos seus atendimentos.
	2.2 Papel dos profissionais no monitoramento das informações	<p><i>"Não tenho uma rotina de acompanhar e também não são repassados" (P12).</i></p> <p><i>"Nunca foram repassados os indicadores, temos grupos de discussões, mas nada focado nesse programa. Porém acho muito interessante que eles repassem esses dados para nós profissionais" (P9).</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento e monitoramento das informações referentes às metas e indicadores do Programa Previne Brasil; • Fragilidade no processo de comunicação entre a gestão e os profissionais, no que tange ao Programa Previne Brasil.

<p>3. Atuação profissional e os impactos na operacionalização do Programa Previne Brasil</p>	<p>3.1 O processo de trabalho organizado pelos profissionais</p>	<p><i>"Como coordenadora da equipe tenho que garantir todo o fluxo dos atendimentos, cuidar junto aos outros profissionais quanto aos registros, usando os códigos corretos" (P15).</i></p> <p><i>"Um horário para consulta de pré-natal no mesmo horário que o dentista, para serem atendidas pelos dois no mesmo dia; A puericultura também com um horário específico; Já os hipertensos e diabéticos, através de demanda livre e na rotina de renovação de receita e exames, com auxílio das ACS's na busca dos pacientes" (P6).</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Contribuição dos profissionais no que tange o Programa Previne Brasil; ● Organização do trabalho das equipes visando atender os indicadores do Programa Previne Brasil.
	<p>3.2 Possibilidades de melhorias elencadas pelos profissionais</p>	<p><i>"Não recebi nenhum treinamento" (P11).</i></p> <p><i>"Facilitando o acesso das gestantes ao atendimento e programando palestras para conscientização sobre o tema" (P1).</i></p> <p><i>"Eu acho que, no nosso caso, a falta de um profissional administrativo no balcão faz com que o enfermeiro e o técnico gastem muito tempo no balcão, ao invés de dar mais foco aos indicadores do Previne Brasil" (P32).</i></p> <p><i>"Fazendo busca ativa dos pacientes, pois quando eles procuram o serviço são plenamente atendidos" (P6).</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Educação Permanente junto às equipes; ● Sobrecarga profissional e acúmulo de função; ● Busca ativa da população; ● Ações de educação em saúde e conscientização junto à comunidade.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2023.

Os discursos dos entrevistados resultaram em conteúdos que puderam ser agrupados e discutidos conjuntamente, o que permitiu a determinação de 3 categorias temáticas, com suas respectivas subcategorias de discussões. Desse modo, o capítulo de análise e discussões norteou-se pelos dados apresentados no quadro 1, que serviu de roteiro de análise. Por isso, ao longo do desenvolvimento deste capítulo, buscou-se contemplar todas as discussões nele presentes.

Inicialmente, serão caracterizados os sujeitos do estudo, tópico este que não representa uma categoria temática. Para que, em seguida, sejam discutidos separadamente cada categoria e subcategoria temática levantada seguindo as técnicas de Bardin.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO

A população do estudo foi identificada através de levantamento junto ao CNES. Contudo, esses dados não representam a realidade encontrada nas unidades de saúde. Atuam nestas, um total de dezesseis (16) enfermeiros, dezessete (17) médicos e catorze (14) cirurgiões-dentistas, sendo ajustada a população do estudo para quarenta e sete (47) profissionais. Constata-se, assim, a falta de atualização destes dados junto ao CNES, sendo as últimas atualizações na base de dados nacional realizadas entre 01/09/2020 e 28/04/2023. Destaca-se que a Portaria nº 1.646 de 2015 que institui o sistema do CNES, em seu Art. 4, aponta para a obrigatoriedade do cadastro e manutenção dos dados junto ao sistema de todos os estabelecimentos de saúde no território nacional, sendo este necessário para concessão de licenciamentos e suas respectivas renovações (Brasil, 2015). Quanto a periodicidade dessa atualização, a mesma portaria enfatiza, em seu Art. 13, que o processo de manutenção ou atualização cadastral deve ser realizado com periodicidade minimamente mensal ou imediatamente após sofrerem quaisquer modificações de informações (Brasil, 2015).

Frente a configuração real da população de estudo e atentando-se aos objetivos desta pesquisa, foram entrevistados todos os profissionais pertencentes às três (03) categorias profissionais selecionadas para a pesquisa. No entanto, um (01) profissional encontrava-se de férias durante o período de coleta de dados, um (01) profissional estava em gozo de licença, um (01) profissional negou-se a participar do estudo e oito (08) profissionais não manifestaram interesse em participar, respeitando o máximo de três tentativas de contato, sendo todos estes profissionais excluídos do estudo. Dessa forma, a composição dos sujeitos

de pesquisa alcançou um total de trinta e seis (36) profissionais, sendo eles: quinze (15) enfermeiros, catorze (14) médicos e sete (7) cirurgiões-dentistas.

Ao considerar os indivíduos separadamente, King discute que a percepção individual interfere no processo de interação humana com o ambiente influenciando seu comportamento, proporcionando significado à experiência e representando a imagem da realidade do indivíduo, gerando um indivíduo dinâmico, pertencente a um sistema aberto e orientado para o seguimento de metas (King, 1981). Dessa forma, a caracterização desses profissionais reflete um processo de percepção individual que sofreu interferências das interações e pode ainda ser moldado por um sistema social mais amplo.

Cada categoria profissional foi analisada separadamente, buscando compreender singularidades desses profissionais e como a sua percepção individual e as interações que moldam o comportamento desses indivíduos. Os primeiros profissionais que tiveram seus discursos analisados foram os enfermeiros, que nessa pesquisa representam quinze (15) profissionais; sendo que catorze (14) são do sexo feminino e um (01) do sexo masculino, com idades entre 29 e 57 anos e tempo de atuação na ESF variando de 1 ano à 22 anos. Ao avaliarmos o nível de formação, todos os profissionais apresentam nível de pós-graduação ou residência multiprofissional; entretanto, desse total (15) apenas nove (09) profissionais têm nível de pós-graduação na área de Saúde da Família e Comunidade, ou correlatos.

O padrão encontrado nesta pesquisa, no que se refere ao perfil dos enfermeiros, corrobora com a vinculação histórica da Enfermagem, como profissão tradicionalmente feminina. E por dados obtidos em estudo realizado pela Fiocruz junto ao Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)(Machado, 2017). Este estudo demonstra que, do total de profissionais, 85,1% são mulheres e 14,4% homens. Vale ressaltar um importante crescimento do contingente masculino na área nos últimos anos (Machado, 2017).

Seguindo a análise dessa categoria, o aumento do número de escolas de enfermagem no Brasil, entre 2002 e 2012, culminou em um maior quantitativo de profissionais formados e disponibilizados para o mercado de trabalho, o que exigiu mudanças tanto no mundo do trabalho, como na readaptação dos profissionais (Frota *et al.*, 2020). Dessa forma, para Frota *et al.* (2020), o enfermeiro busca complementar sua formação com cursos de pós-graduação para minimizar déficits identificados em sua formação básica. Tal fato é evidenciado pelos seguintes dados: Santa Catarina, por exemplo, conta com 11.523 enfermeiros ativos e apresenta um quantitativo de cursos de pós-graduação realizados por enfermeiros de 12.889

cursos, ou seja, cada profissional, minimamente, realizou um curso de pós-graduação (Frota *et al.*, 2020).

Em síntese, percebe-se que o perfil da categoria dos enfermeiros molda-se por um processo social e histórico, no qual o papel de cuidador está predominantemente relacionado às mulheres, apresentando a profissão como majoritariamente feminina. Além do comportamento dos profissionais sofrer influência dos processos de interação humana e das modificações do mercado de trabalho, que promovem a necessidade de busca por especialização, reflexos do processo de interação entre os sistemas abertos proposto por King.

A segunda categoria analisada, classe médica, nesse estudo contou com a participação de um total de catorze (14) profissionais, dentre os quais oito (08) eram do sexo feminino e seis (06) do sexo masculino, com idades entre 23 e 41 anos e tempo de atuação na ESF variando de duas semanas à 16 anos. Ao avaliarmos o nível de formação desses profissionais, sete (07) deles apresentaram nível de pós-graduação ou residência; contudo, desse total, apenas cinco (05) profissionais apresentam pós-graduação em Medicina de Saúde da Família e Comunidade, dois (02) deles com residência na área.

Comparando os dados referentes a classe médica desse estudo e a Demografia Médica do Brasil de 2023, elaborada por Mário Scheffer e colaboradores (2023), observa-se que no Brasil existem 514.215 médicos, sendo que destes profissionais 49,3% são do sexo feminino e 50,7% do sexo masculino, diferindo-se do padrão identificado nessa pesquisa (Scheffer *et al.*, 2023). Seguindo para análise do nível de formação desses profissionais, atualmente, o Brasil conta com um percentual de 62,3% dos médicos com alguma especialidade, de forma que a especialidade de Medicina de Família e Comunidade ocupa a 13ª posição no índice de mais procuradas, tendo hoje apenas 2,3% dos médicos especialistas optado por essa formação (Scheffer *et al.*, 2023). Mesmo sendo um número pequeno, de maneira positiva, faz-se uma comparação histórica entre os anos de 2012 a 2022, a especialidade de Medicina de Família e Comunidade foi a segunda especialidade com maior crescimento percentual, passou de 1,2% para 2,3%, com aumento percentual de 246% na década. Ao trazermos essa discussão para o estado de Santa Catarina, contamos com 64,4% do total de médicos com alguma especialidade, destes, 905 médicos possuem a especialidade de Medicina de Família e Comunidade, o que corresponde a 4,03% dos profissionais que atuam no estado, em percentual representa 5,9% dos médicos especialistas, superando os índices nacionais (Scheffer *et al.*, 2023).

Não obstante, o que nota-se no perfil da categoria médica é uma heterogeneidade. Para King, esse processo demonstra que cada indivíduo é um sistema pessoal e a sua percepção influencia seus comportamentos (King, 1981). A percepção, para King, é apresentada por todas as pessoas de maneira subjetiva e seletiva, dessa forma, cada indivíduo em determinada situação comporta-se e a interpreta de maneira única, sendo sua percepção orientada para uma ação baseada nas informações disponíveis (King, 1990). Ou seja, por se tratar de um processo dinâmico, não foi possível identificar um padrão na caracterização desta categoria profissional.

Em última análise, tratou-se dos cirurgiões-dentistas, que nesse estudo correspondem a sete (07) profissionais, sendo três (03) do sexo feminino e quatro (04) do sexo masculino, com idades entre 31 e 58 anos e tempo de atuação na ESF variando de 2 anos e 4 meses à 28 anos. Quanto ao nível de formação, todos os profissionais apresentam pós-graduação, porém desse total apenas dois (02) profissionais possuem pós-graduação na área de Saúde Coletiva.

Ao relacionarmos os dados encontrados com o atual cenário da odontologia brasileira, pôde-se identificar que existem no Brasil 401.520 cirurgiões-dentistas, conforme informações disponíveis no site do Conselho Federal de Odontologia (CFO) (CFO, Set/2023). Porém, a distribuição destes profissionais no Brasil concentra-se em dois terços nas regiões Sudeste e Sul do país (Morita; Haddad; Araújo, 2010), além de um predomínio de cirurgiões-dentistas do sexo feminino no país, o percentual de mulheres nessa profissão é de 51,2%, o que se difere do encontrado no estado de Santa Catarina, no qual o sexo masculino é predominante (Morita; Haddad; Araújo, 2010). Ou seja, os dados obtidos nessa pesquisa corroboram com o padrão apresentado no estado de Santa Catarina, e ambos mostram-se diferentes do padrão nacional.

No decorrer dos anos, a Odontologia apresentou uma constante evolução, e no atual cenário percebe-se o desenvolvimento e consolidação da especialização profissional (Morita; Haddad; Araújo, 2010). Contudo, a especialização em Saúde Coletiva passa longe de ser a primeira escolha dos profissionais, correspondendo apenas 2,24% dos cirurgiões-dentistas especialistas (Morita; Haddad; Araújo, 2010). Essa contextualização justifica o fato de nessa pesquisa um número reduzido de profissionais apresentarem a especialização em Saúde Coletiva (2/7), por não ser uma área de interesse dos profissionais.

Em uma análise geral das três categorias profissionais, o tempo de atuação dos profissionais é variado devido ao mecanismo de ingresso no serviço público. Alguns profissionais ingressam através de concurso público; dessa forma, o tempo de atuação está

atrelado a data de nomeação para vaga de provimento efetivo, além da presença de vínculos de trabalho temporário que garantem a permanência do profissional por um período específico. Para os profissionais da classe médica, o município adotou a metodologia de terceirização de serviços médicos que culminou em uma maior rotatividade dos profissionais.

Realizada a caracterização dos profissionais participantes do estudo, seguir-se-á com a apresentação das categorias temáticas levantadas junto aos discursos dos profissionais conforme os preceitos de Bardin.

4.2 PROGRAMA PREVINE BRASIL E O CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS

O Programa Previne Brasil foi instituído com o propósito de fortalecer os atributos da APS através de um novo modelo de financiamento para o custear a APS (Coelho, 2020; Harzheim *et al.*, 2020). Para se fazer uma gestão pública financeira de qualidade com as recomendações do Programa Previne Brasil, exige-se dos profissionais um conhecimento dos dados de forma inteligente, uma análise das circunstâncias e de tudo que envolve a implementação do sistema. De modo que, um planejamento assertivo, utilizando-se de estratégias adequadas e ações concretas garanta à população condições dignas de saúde (Coelho, 2020). Dessa forma, neste tópico discutir-se-á sobre o conhecimento dos profissionais no que se refere ao Programa Previne Brasil, seu entendimento sobre o programa, seus indicadores e sua metodologia de mensuração dos dados.

4.2.1 Contextualização do Programa Previne Brasil na perspectiva dos profissionais

Constatou-se que, mesmo apesar de 30 dos 36 profissionais entrevistados dizerem-se conhecedores do Programa Previne Brasil ou, minimamente, já terem ouvido falar do mesmo, ao serem questionados sobre a finalidade e conteúdo do programa, apresentaram distorções das informações. Os profissionais têm um conhecimento fragmentado sobre a real proposta e conteúdo trazidos pelo Programa Previne Brasil, o que ficou evidenciado nas falas dos entrevistados:

"O Previne Brasil são indicadores que garantem uma certa qualidade no atendimento à população" (P19)¹.

"É um estímulo para os profissionais e gestores para o cumprimento dos indicadores propostos pelo programa" (P11)².

"Eu acho que é uma forma de ter um controle maior do atendimento da população no SUS" (P20)³.

Mediante as falas apresentadas, constata-se que o conhecimento dos profissionais sobre o Programa Previne Brasil mostrou-se fragmentado. Parte dos profissionais vêem, apenas, os indicadores de qualidade, como elemento do Programa Previne Brasil. Esses indicadores são parte do programa, que contempla outros dois componentes, a captação ponderada e a adesão dos municípios a ações estratégicas. Esta lembrança apenas dos indicadores de qualidade, pode justificar-se pela relação direta da atuação dos profissionais aos indicadores em saúde, estando os outros componentes atrelados, principalmente, aos gestores municipais em saúde. Embora seja de suma importância que os profissionais tenham o conhecimento global e integral dos impactos do programa na APS e consigam relacionar com sua atuação profissional e das eSF, os profissionais entrevistados direcionam sua atenção somente aos indicadores de qualidade.

Outro achado visualizado na análise deste tópico é uma discrepância de conhecimento acerca do Programa Previne Brasil entre as categorias profissionais entrevistadas. Os enfermeiros mostram-se como os profissionais que detêm o conhecimento mais apurado sobre o tema, principalmente por estarem na posição de responsáveis e gestores das unidades de saúde. O trabalho do enfermeiro dentro da APS perpassa por uma complexidade de saberes e fazeres, com papéis tanto na gerência das equipes e serviços, quanto na realização do cuidado direto aos usuários (Metelski *et al.*, 2022). Dessa forma, contempla-se na rotina do enfermeiro a articulação entre as demandas de dimensões assistencial e gerencial, com vistas à promoção de práticas de cuidado seguro e de qualidade, as quais avançam na implementação e consolidação dos princípios do SUS (Metelski *et al.*, 2022).

Em contrapartida, os profissionais que apresentaram uma maior abstração sobre a finalidade e conteúdo do Programa Previne Brasil foram os cirurgiões-dentistas, conforme observado nas respostas dos entrevistados a seguir, ambos cirurgiões-dentistas: "*Só ouvi falar,*

¹ Entrevista respondida por P19 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

² Entrevista respondida por P11 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

³ Entrevista respondida por P20 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

não sei do que se trata" (P2)⁴, ou na fala, *"Não lembro o que é"* (P33)⁵. Conforme as falas, o desconhecimento sobre o Programa Previne Brasil prevaleceu entre todos os profissionais do serviço de odontologia, demonstra-se no âmbito desta pesquisa que os cirurgiões dentistas apropriam-se de pouco conhecimento sobre o programa. Além disso, os profissionais configuram o serviço de modo desvinculado do contexto da eSF, com um foco exclusivo nas demandas inerentes a sua prática profissional e pouca interação com as demais áreas, desconhecendo, assim, a amplitude do programa.

Esse comportamento dos cirurgiões-dentistas corrobora para com o elencado por Gonçalves e Ramos (2010) quando apresentam a ESF como um afronte aos valores, lugares e poderes consolidados pelas práticas dos cirurgiões-dentistas. A inserção da odontologia na proposta da ESF, junto à equipe multiprofissional, tornou-se um desafio, tanto na aceitação dessa nova forma de trabalhar pelo profissional como pelo restante da equipe de saúde e pela comunidade (Gonçalves; Ramos, 2010). Ao pensar no trabalho do cirurgião-dentista, espera-se encontrar o profissional fechado dentro de seu consultório, realizando exclusivamente atividades clínicas. Essa é a imagem que se consolidou como o papel social do cirurgião-dentista, causando estranheza quando esse profissional é inserido em atividades de grupo, em visitas domiciliares e em tudo que remeta à saída do consultório, mesmo essas atividades sendo previstas nas atribuições desses profissionais na ESF (Gonçalves; Ramos, 2010).

Conforme disposto por King (1981), pela definição das funções, papéis e posições sociais, propõem-se as atividades a serem desempenhadas individualmente, além das metas e resultados a serem atingidos. Desta forma, é necessário que os profissionais sejam claramente informados acerca das funções que lhes são atribuídas, de modo que possam colaborar com o alcance de metas e resultados.

Verificou-se, ainda, a desvinculação por parte dos profissionais da relação do Programa Previne Brasil com o financiamento da APS. Assim, os profissionais não compreendem sua responsabilização e o impacto que a atuação profissional acarreta no financiamento global da APS, na medida em que a perda de orçamento culmina em impactos diretos na atuação das eSF e na saúde da população. Esse processo de desvinculação fica evidente na fala dos entrevistados a seguir:

⁴ Entrevista respondida por P2 [ago. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

⁵ Entrevista respondida por P33 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

"Seria um programa de prevenção a agravos que as doenças podem causar e o acompanhamento dessas doenças" (P21)⁶.

"São pré-requisitos que temos que cumprir, devendo ter um olhar mais minucioso para alguns grupos de atendimento" (P4)⁷.

"O Programa Previne Brasil veio para melhorar os indicadores de saúde no município, sendo ao todo 7 e em cada um deles temos uma meta a ser cumprida" (P25)⁸.

As falas apresentadas retratam a falta de conhecimento dos profissionais sobre a relação do Programa Previne Brasil com o financiamento da APS e o quanto a falta de recursos pode gerar impactos significativos nas condutas profissionais. À medida que o profissional tem esse entendimento, ele torna-se corresponsável pela gestão do programa no município. É sabido que o atendimento aos usuários fica comprometido se menos recursos federais forem destinados para determinadas cidades, e caso essas perdas ocorram, não se sabe como as cidades vão transpor essas perdas de recursos (Pinheiro; Lima, 2022a). Por conseguinte, os gestores devem atentar-se às orientações do Ministério da Saúde sobre a implementação do Programa Previne Brasil e orientar os profissionais atuantes nas unidades de saúde sobre a importância de sua atuação profissional para que os recursos da APS sejam mantidos, e até mesmo expandidos (Pinheiro; Lima, 2022b).

Contudo, ainda no âmbito desta pesquisa, alguns profissionais demonstraram compreender a relação do programa com o financiamento da APS, conforme os relatos a seguir:

"Olha como me foi apresentado é um programa que visa melhorar os indicadores e através do atingimento das metas são repassados os recursos financeiros" (P35)⁹.

"É um programa que organiza o financiamento da APS através do alcance das metas nos indicadores de saúde" (P36)¹⁰.

Frente às falas apresentadas e, em uma análise geral dos profissionais que realizaram essa vinculação do programa ao financiamento da APS, percebe-se o predomínio de profissionais com nível de pós-graduação na área da Saúde da Família, Saúde Coletiva, ou correlatas. Dessa forma, podemos sugerir que a formação complementar na área da ESF

⁶ Entrevista respondida por P21 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

⁷ Entrevista respondida por P4 [ago. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

⁸ Entrevista respondida por P25 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

⁹ Entrevista respondida por P35 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

¹⁰ Entrevista respondida por P36 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

contribui para o aprimoramento do conhecimento do profissional e promove um maior conhecimento sobre a realidade da APS ao profissional. Esta constatação corrobora com o apresentado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em medicina (Brasil, 2014), no qual apontam que essas formações complementam os conhecimentos em gestão de saúde, de tal modo que os profissionais compreendam os princípios, diretrizes e políticas do SUS, e contemplem a gestão do cuidado e a valorização da vida, além de cuidados na promoção à saúde e prevenção de riscos. Assim, espera-se que o profissional não só compreendam o sistema, mas participem ativamente da construção dos cenários de trabalho, identifiquem os desafios em saúde e atuem na organização do trabalho das eSF (Brasil, 2014).

Por fim, à luz da teoria de sistemas de Imogene King (1981), o processo de formação de conhecimento apresenta-se como um sistema social, no qual é constituído por comunidades e grupos com interesses específicos e com necessidades de formar uma organização. O sistema social é definido como um sistema de limites e regras sociais, comportamentos e práticas estabelecidas para garantir os valores e os mecanismos que regulam as práticas humanas (King, 1981).

O principal conceito deste sistema é a organização, que caracteriza-se pela estrutura que ordena as posições e as atividades e relaciona acordos formais e informais de indivíduos e grupos para o atingimento das metas pessoais e organizacionais (George, 2016). Assim, King define a organização como sendo formada de seres humanos que têm papéis e posições prescritas e que fazem uso dos recursos para alcançar tanto as metas pessoais quanto as organizacionais (King, 1981).

4.2.2 Entendimento dos Indicadores do Previnde Brasil pelos profissionais

Os indicadores podem ser definidos como parâmetros quantitativos ou qualitativos capazes de mensurar o fenômeno em estudo, indicando os efeitos desejados ou indesejados de determinado processo. Isto orientará, assim, a tomada de decisão (Minayo, 2009). Ao considerarmos o Programa Previnde Brasil, em seu componente de avaliação por desempenho, os repasses financeiros resultam da análise de resultados alcançados em sete indicadores de saúde (Brasil, 2019).

As constatações dessa pesquisa direcionam a considerar que os profissionais atuantes na ESF não reconhecem na integralidade os indicadores considerados para o repasse financeiro do Programa Previne Brasil, como pode ser visualizado nas seguintes respostas obtidas:

"Coleta de preventivo, consulta odontológica das gestantes, consulta puerperal da gestante, aferição de pressão arterial em todos os hipertensos e vacinação" (P17)¹¹.

"O atendimento de 60% das gestantes com consulta odontológica durante o pré-natal" (P33)¹².

"Mortalidade e letalidade infantil; Adesão ao Pré-Natal; Vacinação e Longevidade" (P18)¹³.

Analisando as respostas apresentadas, constatamos que os profissionais demonstram um conhecimento parcial sobre os indicadores do Programa Previne Brasil. Eles os conhecem de maneira superficial e não reconhecem as especificidades de cada um, além de adicionarem indicadores que não constam no programa. Isso demonstra uma falta de domínio dos profissionais sobre a temática e aponta para a necessidade de uma busca de conhecimento para que esses déficits sejam supridos.

Assemelhando-se a esses profissionais, outro conjunto de entrevistados vinculou os indicadores do Programa Previne Brasil ao atendimento de grupos específicos, sem conhecerem o real parâmetro mensurado pelo governo federal em cada um dos indicadores, conforme segue:

"Relacionados ao pré-natal, hipertensos e diabéticos" (P29)¹⁴.

"Vou falar o que lembro, consultas de Pré-natal, puericultura, hipertensos, diabéticos e notificações compulsórias, não sei se isso entra" (P30)¹⁵.

"Diabéticos, hipertensos, gestantes, puericultura, idosos, deficientes e puérperas" (P23)¹⁶.

Considerando as falas específicas desse grupo de profissionais, pode-se aferir que o desconhecimento global dos indicadores impacta diretamente na obtenção de dados e

¹¹ Entrevista respondida por P17 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

¹² Entrevista respondida por P33 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

¹³ Entrevista respondida por P18 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

¹⁴ Entrevista respondida por P29 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

¹⁵ Entrevista respondida por P30 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

¹⁶ Entrevista respondida por P23 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

informações com o propósito de atingir os indicadores do Programa Previne Brasil. A incompreensão dos profissionais pode culminar na impossibilidade da promoção de ações específicas visando atender os públicos em questão.

Em contrapartida, alguns profissionais relataram não conhecer nenhum dos indicadores apresentados pelo Programa Previne Brasil, como nas falas a seguir:

"Não sei descrever" (P24)¹⁷.

"Não tenho conhecimento" (P12)¹⁸.

"Não lembro quais são" (P27)¹⁹.

"Já ouvi falar, mas não lembro" (P28)²⁰.

Esse desconhecimento apresentado mostra-se como um desafio ainda maior aos gestores, visto que os indivíduos não conhecedores dos indicadores, apresentam dificuldades em atuar, agir e aprimorar rotinas relacionadas a algo que não conhecem, como apresentado pelos próprios entrevistados nas seguintes colocações: "*Não conheço o programa dessa forma não sei como contribuir*" (P24)²¹, bem como em "*Gostaria de contribuir mais, mas não tenho conhecimento para tanto [...]*" (P23)²².

Outrossim, o profissional conhecedor dos indicadores consegue fortalecer os fluxos internos dos atendimentos, identificando e direcionando os usuários aos demais profissionais da eSF, visando o atendimento integral do indivíduo e impactando, também, nos indicadores do Programa Previne Brasil.

Diferenciando-se das respostas anteriores, um grupo de profissionais sugerem que os repasses financeiros consideram para cálculo a quantidade de atendimentos realizados, sendo esta perspectiva presente, exclusivamente, na classe médica e de cirurgiões-dentistas, conforme discursos a seguir:

"Não sei. Por produção de atendimento, atendimentos de gestantes, talvez, não sei" (P2 - Cirurgião-dentista)²³.

¹⁷ Entrevista respondida por P24 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

¹⁸ Entrevista respondida por P18 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

¹⁹ Entrevista respondida por P27 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

²⁰ Entrevista respondida por P28 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

²¹ Entrevista respondida por P24 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

²² Entrevista respondida por P23 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

²³ Entrevista respondida por P2 [ago. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

"Quantidade de atendimentos, talvez. Vejo que existiram muitos programas, mas nenhum foi realmente efetivo" (P31- Cirurgião-dentista)²⁴.

"Talvez, número de consultas médicas" (P34 - Médico)²⁵.

Como evidenciado nas afirmativas acima, alguns profissionais vinculam os recursos da APS ao quantitativo de atendimentos realizados. Essa perspectiva pode estar associada ao fato dessas categorias profissionais (médicos e cirurgiões-dentistas) terem, também, participação no componente de sistemas privados, onde utiliza-se majoritariamente o pagamento por produção (Poli Neto *et al.*, 2016). Por exemplo, o financiamento da Atenção Especializada e Hospitalar, locais de grande atuação de médicos e cirurgiões-dentistas, é composto através de repasses por produção de atendimentos (Mâcedo *et al.*, 2022). Isto posto, pode-se justificar o fato desses profissionais vincularem a metodologia de pagamento por produção como sendo, também, a estratégia de pagamento utilizada na APS.

No âmbito da teoria do Alcance de Metas, o conceito compreensivo da interação são os valores e os mecanismos para o estabelecimento de relacionamentos humanos. Este é um processo universalmente apresentado e influenciado pelas percepções pessoais e pela reciprocidade das relações. Processo este que tem a comunicação como característica de interação. Neste contexto de comunicação, considera-se tanto a verbal como a não-verbal; ou seja, contexto no qual o aprendizado ocorre quando a comunicação é efetiva (George, 2000).

Em uma análise geral, percebe-se a concentração do conhecimento junto a classe profissional dos enfermeiros, possivelmente pelo fato destes terem o papel de gestores da unidade. Contudo, mediante a falta de conhecimento dos demais profissionais da eSF, constata-se um processo de comunicação ineficaz entre os profissionais, o que prejudica o desenvolvimento das atividades direcionadas a atender os indicadores do Programa Previne Brasil.

Nesta perspectiva das relações multiprofissionais, King (1981) apresenta os sistemas interpessoais como sendo formados por seres humanos interagindo. À medida que o número de indivíduos interagindo aumenta, também aumenta-se a complexidade das interações (King, 1981). Assim, o proposto por King visualiza-se dentro das eSF nas relações interprofissionais. As evidentes falhas de comunicação mostram-se como um desafio a ser superado no contexto das unidades de saúde, na busca por promover a unificação das

²⁴ Entrevista respondida por P31 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

²⁵ Entrevista respondida por P34 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

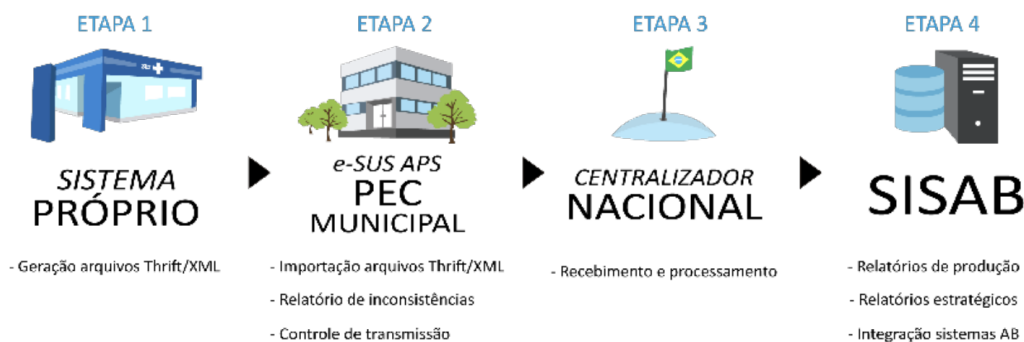
condutas e uma paridade de conhecimento sobre o Programa Previne Brasil por todos os profissionais atuantes na ESF.

4.2.3 Mensuração dos Indicadores e conhecimento das metas

O governo federal utiliza de uma metodologia pré-estabelecida e parâmetros pactuados junto a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), por meio dos quais os indicadores do Programa Previne Brasil são mensurados e calculados a fim de servirem de referência para os repasses financeiros aos municípios (Brasil, 2022a). Sinteticamente, o processo de obtenção dos dados do Programa Previne Brasil pode ser realizado por duas metodologias diferentes. Na primeira, os municípios optam por utilizar a ferramenta disponibilizada pelo próprio Ministério da Saúde, através do e-SUS-AB, e promovem o registro dos dados dentro do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), de forma que a migração dos dados é realizada automaticamente ao Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), local de disponibilização dos dados para utilização no Programa Previne Brasil (Brasil, 2023b). Já na segunda metodologia os municípios podem contratar uma ferramenta própria, na qual os profissionais promovam seus registros e, por uma metodologia de *thrift*, esses dados são integrados ao e-SUS-AB, sendo estes utilizados para mensuração dos indicadores através do SISAB (Brasil, 2023c). Enfatiza-se que a escolha da metodologia e ferramenta de registro é de responsabilidade do município e, buscando facilitar o processo de registro dos dados em ambas as ferramentas, o Ministério da Saúde disponibiliza guias para qualificação dos indicadores na APS, presentes no próprio site do ministério (Brasil, 2023b; Brasil, 2023c).

A Figura 2 ilustra as modalidades de repasse da informação para o SISAB.

Figura 2: Modelo de integração de sistemas próprios junto ao SISAB.



Fonte: Adaptado de UFMG, 2020.

Evidenciou-se entre os entrevistados uma fragilidade de conhecimentos quanto a metodologia utilizada para mensuração dos dados referente aos indicadores do Programa Previne Brasil, como consta na fala dos seguintes entrevistados.

"Usamos um sistema próprio e depois esses dados migram para o e-SUS" (P32)²⁶.

"São lançados no SISAB, sendo os dados coletados pelas unidades, organizados pelas regionais de saúde e visualizados pelo Ministério da Saúde" (P5)²⁷.

"Cadastro dos dados no sistema próprio, que é alimentado pelo profissional, migrando para outro sistema que é utilizado pelo Ministério da Saúde" (P6)²⁸.

"Eu acho que é uma relação entre quantidade de pessoas atendidas em razão da população de determinado território" (P21)²⁹.

Em suma, os profissionais compreendem minimamente o processo de obtenção dos dados, vinculando-o aos registros profissionais realizados junto a um sistema de informação em saúde (SIS). No caso deste município, um sistema próprio. Ademais, eles compreendem que esses dados devem migrar junto a um sistema do próprio Ministério da Saúde. Este conhecimento é condizente com a realidade de obtenção dos dados; contudo, os profissionais, unanimemente, não reconhecem os parâmetros e a metodologia de cálculo utilizada para os índices de cada um dos indicadores. Fato este demonstrado nos discursos a seguir:

"Não tenho conhecimento" (P12)³⁰.

"Olha, acredito que através do sistema, mas não sei como" (P28)³¹.

"Já fiz um curso sobre o tema, mas não recordo a metodologia de cálculo dos indicadores" (P19)³².

"Não faço ideia" (P17)³³.

Considerando os padrões de respostas encontradas, observa-se que o processo de mensuração dos indicadores é desconhecido pelos profissionais atuantes na ESF, isto em todas

²⁶ Entrevista respondida por P32 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

²⁷ Entrevista respondida por P5 [ago. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

²⁸ Entrevista respondida por P6 [ago. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

²⁹ Entrevista respondida por P21 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

³⁰ Entrevista respondida por P12 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

³¹ Entrevista respondida por P28 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

³² Entrevista respondida por P19 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

³³ Entrevista respondida por P17 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

as categorias profissionais. Porém, algo significativo perpassa pela compreensão dos profissionais do processo de obtenção dos dados utilizados que, em sua maioria, são obtidos através dos registros junto aos SIS pelas eSF. Assim, entende-se que os profissionais reconhecem o impacto de sua atuação profissional frente à obtenção dos dados, visto que são eles quem realizam os registros.

Partindo para uma análise do conhecimento por parte dos profissionais das metas estipuladas pelo Programa Previne Brasil, podemos aferir que esse conhecimento encontra-se no âmbito do "achismo", no qual os profissionais não apresentam convicção ou certeza de suas respostas quando se trata das metas apresentadas para cada indicador do programa. Tal constatação pode ser observada nas devolutivas apresentadas pelos seguintes profissionais:

"As metas, não sei. São variáveis" (P27)³⁴.

"Sobre as metas, não foi-me repassado" (P26)³⁵.

"A meta deve ser atingir 100% da população" (P24)³⁶.

"Não tenho ideia de como são mensurados e nem de quais são as metas" (P20)³⁷.

"Sobre as metas, acredito que sejam todas acima de 70%" (P9)³⁸.

"Não tenho noção das metas" (P31)³⁹.

Majoritariamente, os profissionais desconhecem as metas ou apresentam valores que não condizem com as reais metas estabelecidas. Diante disso, fica evidente dois desafios vivenciados a partir de processos de mudanças. Como primeiro desafio, encontra-se a dificuldade de elucidar com clareza os objetivos e as metas de uma nova política pública (Cassiolato e Guerese, 2010); em seguida, o desafio de detalhar o trajeto para que os objetivos transformados em resultados sejam condizentes e factíveis a médio e longo prazo, consolidando impactos significativos no contexto da APS (Cassiolato e Guerese, 2010).

Em uma análise geral, frente ao observado nas falas dos profissionais e tendo como parâmetro as metas apresentadas para cada indicador, afere-se que os profissionais desconhecem as metas estabelecidas. Esta constatação apresenta um ponto de discussão no âmbito do acompanhamento dos indicadores e na possibilidade de estabelecimento de

³⁴ Entrevista respondida por P27 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

³⁵ Entrevista respondida por P26 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

³⁶ Entrevista respondida por P24 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

³⁷ Entrevista respondida por P20 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

³⁸ Entrevista respondida por P9 [ago. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

³⁹ Entrevista respondida por P31 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

melhorias. Essas são realizadas através da identificação de falhas e limitações, podendo os profissionais atuarem com ênfase aos indicadores com pior desempenho. O que, conseqüentemente, provê melhorias na atuação global dos profissionais junto ao Programa Previne Brasil.

Frente ao exposto, a postura dos profissionais é de coadjuvante quanto ao processo de conhecimento e atuação no viés do Programa Previne Brasil. Este fato pode ser um complicador considerando o impacto direto da atuação dos profissionais na obtenção das metas do programa. E essa questão gera uma repercussão negativa nos indicadores do Programa Previne Brasil. Sendo assim, tais discussões corroboram para com o apresentado por Barbosa e Forster (2010), que enfatizam que os SIS produzem indicadores, e que esses, por sua vez, podem e devem ser utilizados na organização da assistência em saúde (Barbosa; Forster, 2010). Todavia, individualmente, cada profissional possui características específicas e realiza seu trabalho no âmbito de suas competências de maneira singular. Este processo viabiliza uma adaptação do trabalho de acordo com a variabilidade de situações e as próprias características individuais do profissional, inclusive com o seu estilo de trabalho (Barbosa; Forster, 2010).

Do ponto de vista da Teoria do Alcance de Metas de Imogene King, o processo de tomada de decisão caracteriza-se como necessário para regular a vida e o trabalho de cada pessoa. Esse processo de tomada de decisão é de âmbito universal, individual, pessoal, subjetivo, situacional; além de contínuo e orientado para obtenção de metas (George, 2016). Assim, a tomada de decisão nas organizações, sendo elas na área da saúde ou não, é definida como "um processo dinâmico e sistemático pelo qual a escolha dirigida às metas de alternativas percebidas é feita por indivíduos ou grupos para responder a uma pergunta e atingir uma meta" (King, 1981, p.132). Porém, faz-se necessário conhecer como esses profissionais se veem nessa lógica e quais as alternativas que os mesmos adotam para o desenvolvimento das suas atividades. Este é um processo de suma importância para a avaliação das condutas e das evidentes limitações (Barbosa; Forster, 2010).

4.3 PRODUÇÃO DOS DADOS PARA GARANTIA DA INFORMAÇÃO

A utilização de SIS deve não apenas garantir a produção de informações confiáveis e oportunas sobre o estado de saúde da população, seus determinantes e o desempenho do

sistema de saúde, mas também possibilitar a produção de análises para orientar as atividades em todo o sistema. Assim, os indicadores em saúde devem permitir e embasar a atuação dos gestores, possibilitarem a identificação de avanços, problemas e necessidades e oportunizar a tomada de decisões baseada em evidências sobre políticas e programas de saúde, alocando de forma otimizada os recursos (Lima; Antunes; Silva, 2015).

Dessa forma, discutir-se-á nos tópicos seguintes a contribuição dos profissionais no preenchimento e geração de dados nos SIS objetivando a produção de informações a serem utilizadas nos indicadores do Programa Previne Brasil, além de compreender o comportamento dos profissionais no processo de acompanhamento e monitoramento desses indicadores.

4.3.1 Contribuição dos profissionais no registro dos dados

Uma das contribuições diretas dos profissionais no intuito de atender às especificações exigidas pelo Programa Previne Brasil encontra-se na forma em que os profissionais promovem seus registros, seja ele em um sistema próprio do município ou diretamente no e-SUS. No âmbito desta pesquisa, buscou-se compreender se os profissionais detêm conhecimento dos componentes obrigatórios a serem preenchidos para que esses dados migrem corretamente para o sistema do Ministério da Saúde.

No ambiente da saúde, os dados devem culminar em uma informação visando atender e apoiar as decisões mais adequadas relativas ao cuidado. Ao trabalharmos com dados clínicos, consideramos que eles representam o registro de toda e qualquer informação sobre a saúde de uma pessoa. Desta forma, um conjunto de dados bem coletados provê uma síntese do que é conhecido acerca da saúde, doença, história ou condições de vida de um cidadão, comunidade ou até de uma população inteira (UFMG, 2020).

Considerando-se o levantamento desta pesquisa, de maneira geral, os profissionais apresentaram um padrão de preenchimento semelhante no que diz respeito à forma pela qual realizam seus registros, difere-se apenas em questões pontuais inerentes à prática profissional de cada área. Em síntese, os registros dos profissionais seguem o padrão apresentado nas respostas a seguir apresentadas:

"Seleciona grupo de atendimento; utiliza a classificação CIAP nos atendimentos; realiza o lançamento de procedimentos; não solicita exames de Hemoglobina Glicada nas consultas; solicita o exame de preventivo; Registra o resultados de exames; realiza e registra a verificação de PA nos atendimentos; verifica o esquema vacinal de crianças e encaminha para a vacinação, não sendo rotina" (P13 - Enfermeiro)⁴⁰.

"Seleciona o grupo de atendimento; utiliza a classificação CID nos atendimentos; realiza o lançamento de procedimentos; solicita o exame de Hemoglobina Glicada nas consultas; solicita o exame de preventivo; registra o resultados de exames; realiza o registro da verificação de PA nos atendimentos; verifica o esquema vacinal de crianças e encaminha para a vacinação" (P11 -Médico)⁴¹.

"Seleciona grupo de atendimento; utiliza a classificação CID nos atendimentos; realiza o lançamento de procedimentos; não solicita exames de Hemoglobina Glicada e preventivo; registra os resultados dos exames; verifica e realiza o registro de PA nos atendimentos; não verifica o esquema vacinal de crianças" (P8 - Cirurgião-dentista)⁴².

Como fica evidente nas falas, existem singularidades entre as diferentes categorias profissionais. Para exemplificar essas diferenças, apontam-se os indicadores que não fazem parte da rotina do cirurgião-dentista, como a solicitação de exames de preventivo, hemoglobina glicada, entre outros. Assim como os enfermeiros em algumas situações, também não realizam a solicitação de exames, ficando essas condutas a cargo do profissional médico.

Constata-se, através das falas dos entrevistados e por uma análise global das condutas de registro, que os profissionais utilizam uma metodologia de registro de dados semelhante. Isso resulta de uma estratégia adotada pela empresa desenvolvedora do sistema para minimizar o registro errôneo dos dados. Através da Nota Técnica nº 76/2020, a empresa apresenta ferramentas que condicionam registros como de preenchimento obrigatório antes da finalização do atendimento, tendo como facilitadores o direcionamento dos registros através da seleção de grupos de atendimento específicos. Dessa forma, exige que o profissional, por exemplo, selecione o código Classificação Internacional de Assistência Primária (CIAP) ou Classificação Internacional de Doença (CID) apropriado para cada situação, promovendo o lançamento de códigos de atendimento automaticamente, o que facilita o processo de trabalho e minimiza erros (IPM, 2020).

⁴⁰ Entrevista respondida por P13 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

⁴¹ Entrevista respondida por P11 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

⁴² Entrevista respondida por P8 [ago. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

Falhas existem, mas evitar que elas aconteçam é factível e compreende o conjunto de boas práticas no registro das informações, através de mecanismos automatizados que verificam a consistência dos dados, impedindo o registro incorreto no momento da inserção (UFMG, 2020). Essas ferramentas são facilitadores desenvolvidos pelo município junto a empresa proprietária do sistema de informação para minimizar erros; entretanto, essas informações precisam ser elucidados junto aos profissionais e incorporadas dentro das rotinas das unidades de saúde.

Mesmo grande parte dos profissionais apresentando uma conduta semelhante frente a forma como promovem seus registros profissionais, visualizou-se peculiaridades que merecem destaque no âmbito dessa pesquisa, pois representam condutas que impactam diretamente na migração dos dados do sistema próprio para o sistema do Ministério da Saúde. Por exemplo, observou-se profissionais que não têm o costume de selecionar um grupo de atendimento, como gestantes, hipertensos, diabéticos, entre outros. Tal conduta representa o risco de perda de informações importantes, pois ao não definir-se um grupo de atendimento, os dados não são computados junto ao Programa Previne Brasil e os indicadores ficam inconsistentes. Esta conduta é visualizada em todas as categorias profissionais, conforme relatos a seguir:

"Não seleciona grupo de atendimento [...]" (P17)⁴³.

"Não seleciona o grupo de atendimento [...]" (P9)⁴⁴.

"Não seleciona grupo de atendimento [...]" (P1)⁴⁵.

Considerando essas afirmativas, constata-se que ao não selecionarem grupos de atendimento, os profissionais não registram dados obrigatórios, gerando inconsistências na migração dos dados e, conseqüentemente, impactos negativos nos resultados dos indicadores do Programa Previne Brasil.

Além do exposto, outro grupo de profissionais entrevistados alega não informar dados cruciais para promoção de registros corretos, evitando que migrem sem nenhuma inconsistência ao sistema do Ministério da Saúde. O principal dado negligenciado é o CID, que às vezes não é utilizado ou é usado de forma genérica, conforme discursos a seguir.

⁴³ Entrevista respondida por P17 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

⁴⁴ Entrevista respondida por P9 [ago. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

⁴⁵ Entrevista respondida por P1 [ago. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

"[...] Utiliza a classificação CID nos atendimentos, uso um CID Genérico [...]" (P2)⁴⁶.

"[...] Não utilizo a classificação CID nos atendimentos e não realizo o lançamento de procedimentos [...]" (P28)⁴⁷.

A prática de não utilização do CID ou utilização de uma classificação genérica, por vezes, pode não contemplar as possibilidades de classificação disponibilizadas em nota pelo Ministério da Saúde para cada indicador e culminar na perda desses dados que, conseqüentemente, não serão computados junto aos indicadores do Programa Previne Brasil. Este é um erro inaceitável, visto que a população foi assistida e a perda do dado resulta de um registro falho.

Esses achados assemelham-se ao apresentado pela Universidade Federal de Minas Gerais, em uma cartilha de Qualidade de dados e registro de APS (2020), no qual a ausência de certas características de um dado podem gerar incertezas sobre o seu real significado e modificar a realidade clínica apresentada. São inúmeros os fatores que podem afetar a qualidade de um dado. Por exemplo, pode ocorrer de eles conterem a falta da cobertura na coleta de dados, seguida da ausência ou incompletude das informações, resultantes de campos de preenchimento deixados vazios (UFMG, 2020).

Em um contexto geral, outro achado que merece destaque é o papel de outros profissionais da eSF no processo de registro dos dados nos SIS, principalmente os técnicos de enfermagem e o vacinador, como apresentado nas falas abaixo:

"[...] Não realizo o registro da verificação de PA nos atendimentos, vem preenchido pela enfermagem [...]" (P6)⁴⁸.

"[...] A vacinação também é acompanhada pelo sistema, mas quem cuida disso é a vacinadora" (P4)⁴⁹.

"Não seleciono grupo de atendimento, vem selecionado [...]" (P28)⁵⁰.

Ao avaliar o apresentado e o fluxo de trabalho das unidades de saúde, constata-se que os técnicos de enfermagem são os responsáveis por promoverem o registro da verificação da pressão arterial e da seleção de grupos de atendimento no momento da triagem para consultas médicas. Além desse profissional, a figura do vacinador foi elencada pelo fato desse

⁴⁶ Entrevista respondida por P2 [ago. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

⁴⁷ Entrevista respondida por P28 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

⁴⁸ Entrevista respondida por P6 [ago. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

⁴⁹ Entrevista respondida por P4 [ago. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

⁵⁰ Entrevista respondida por P28 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

profissional promover todos os registros vacinais dos usuários e também promover, junto ao enfermeiro, o controle da cobertura vacinal da população adscrita à sua unidade de atuação.

Dessa forma, visto os papéis elencados para esses profissionais na obtenção de dados a serem utilizados pelo Programa Previne Brasil, faz-se necessário incluir esses profissionais nas discussões e futuros treinamentos dada a relevância de sua atuação junto a promoção dos registros de dados importantes quando se almeja alcançar as metas do Programa Previne Brasil.

Em síntese, destaca-se que existe a inerente perda de dados e informações indispensáveis para computação dos indicadores do Programa Previne Brasil devido a falhas no processo de registro dos profissionais. Tal fato é justificado por uma clara falta de orientação e treinamento junto aos profissionais, segundo o qual se deve promover os registros de maneira correta junto ao sistema. Esta prática deve ser ainda mais importante nas categorias dos profissionais médicos e cirurgiões-dentistas, conforme reforçado nas falas dos próprios profissionais:

"Não foi realizado nenhum treinamento" (P20 - Médico)⁵¹.

"Não recebi nenhum treinamento" (P8 - Cirurgião-dentista)⁵².

Corroborando com o apresentado, para garantir que os indicadores de desempenho da APS sejam desenvolvidos, monitorados e avaliados com a maior precisão possível, é importante enfatizar a relevância interprofissional neste cenário (Brasil, 2019). A educação interprofissional em saúde e o trabalho em equipe são ferramentas essenciais para que os profissionais de saúde possam aproveitar os indicadores de saúde para apoiar seu fluxo de trabalho, como resultado uma contribuição significativa no nível da prevenção primária que impactará todo o processo de atenção à saúde individual e coletiva (Brasil, 2019).

Considerando os postulados de Imogene King, a comunicação mostra-se como base para o desenvolvimento de ações de educação em saúde, que promovam um diálogo entre os profissionais, troca de informações e o conhecimento da realidade dos usuários e das equipes. Pertencente ao conceito de sistema interpessoal, a comunicação é compreendida como um processo pelo qual a informação passa de uma pessoa para outra, através de relações humanas e facilitando o funcionamento das sociedades humanas, o que permite, assim, o alcance de metas (Bezerra *et al.*, 2014). Uma comunicação efetiva é compreendida como uma

⁵¹ Entrevista respondida por P20 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

⁵² Entrevista respondida por P8 [ago. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

comunicação livre de ruído e que produz o efeito desejado quando uma mensagem é transmitida do remetente ao destinatário e vice-versa. Para tal, devem existir espaços democráticos abertos para a troca de ideias e experiências que envolvam todos. Os profissionais precisam manter o foco e a preocupação com o relacionamento interpessoal entre os membros da equipe e entre a equipe e os da área (UFMG, 2020).

4.3.2 Papel dos profissionais no monitoramento das informações

O monitoramento e a avaliação contínua dos serviços de saúde são essenciais para que sejam identificadas oportunidades de melhoria e garanta-se a qualidade dos cuidados prestados, incluindo-se o estabelecimento de indicadores de desempenho, a coleta de dados qualificada, a análise dos resultados alcançados e a adoção de medidas corretivas quando necessário (Araújo, 2023).

No que se refere a prática dos profissionais no monitoramento dos indicadores do Programa Previne Brasil, observa-se nas falas dos seguintes entrevistados que:

"Não foram repassados esses indicadores e nem fui atrás" (P10)⁵³.

"Não acompanho, sinto muita falta de reuniões com a coordenação para falar dessa temática" (P31)⁵⁴.

"Não tenho a rotina de acompanhar e nunca foi repassado os indicadores, e também não somos cobrados pela secretária" (P22)⁵⁵.

"Sou bem falha em relação ao monitoramento e a gestão é bem ruim em repassar isso, também, vem mais de nós profissionais buscarmos essas informações" (P35)⁵⁶.

Diante do evidenciado nas falas dos profissionais, percebe-se um desinteresse por parte destes em realizar o acompanhamento dos indicadores, além de um papel tímido dos gestores municipais no repasse de informações e na cobrança por resultados junto às equipes, esse processo fica à mercê do interesse de cada profissional.

Entretanto, a adoção de uma metodologia complexa de cálculo dos indicadores representa um risco ao monitoramento do Programa Previne Brasil. Dessa forma, foi

⁵³ Entrevista respondida por P10 [ago. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

⁵⁴ Entrevista respondida por P31 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

⁵⁵ Entrevista respondida por P22 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

⁵⁶ Entrevista respondida por P35 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

disponibilizado um painel na página do e-Gestor, dentro do SISAB, que possibilitou o acompanhamento da quantidade de cadastros válidos, facilitou o monitoramento do gestor municipal dos dados por município, por unidade de saúde e por equipe (Coelho, 2020). Assim sendo, fica enaltecido também o papel de monitorização dos gestores municipais em saúde, devendo eles, com seu olhar crítico, identificar irregularidades e promover ações que contribuam significativamente para o alcance das metas estabelecidas pelo Programa Previne Brasil.

De acordo com as falas dos profissionais anteriormente apresentadas, constata-se uma atuação limitada dos gestores em saúde junto ao processo de monitoramento dos indicadores, o que restringe a atuação dos profissionais que buscam ferramentas próprias de controle, ou utilizam-se de dados já consolidados junto ao SISAB. Este fator culmina em ações tardias dos profissionais frente às deficiências da unidade. A conduta tardia pode gerar perda de recursos nos quadrimestres seguintes, perdas essas que poderiam ser mitigadas com uma atuação mais efetiva das equipes de gestão em promover o acompanhamento atualizado e fidedigno dos dados, além de incentivar e promover ações buscando melhorar os indicadores antes da consolidação final dos dados.

Em contrapartida, verifica-se que esse acompanhamento, quando realizado, tende a ser executado pelo enfermeiro responsável da unidade, apontando essa categoria como a detentora de maior propriedade para discussão da temática, sendo este papel também reconhecido por outras categorias profissionais, conforme discursos apresentados abaixo:

"Controlo os indicadores pelo sistema e tenho uma metodologia de controle própria" (P19 - Enfermeiro)⁵⁷.

"Não tenho como rotina isso, vejo que é mais uma atuação da enfermeira" (P16 - Médico)⁵⁸.

"Quem acaba realizando esses indicadores é a enfermeira, mas ela me repassou os dados" (P34 - Médico)⁵⁹.

Corroborando com o identificado nessa pesquisa, o enfermeiro detém capacidade para auxiliar no processo de mapeamento e controle dos pacientes cadastrados nas unidades de saúde, além de ser responsável por avaliar o conjunto de ações executadas objetivando a melhoria dos indicadores em saúde e da qualidade de vida dos pacientes (Do Amaral, 2018).

⁵⁷ Entrevista respondida por P19 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

⁵⁸ Entrevista respondida por P16 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

⁵⁹ Entrevista respondida por P34 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

Arelado ao anteriormente exposto, Coelho (2020) discorre que os dados e informações extraídos pelos sistemas do SUS, como o SISAB e CNES, não apresentam controles preventivos e detectivos necessários para mitigar a ocorrência de erros na coleta e registro dessas informações pelas equipes de saúde. Como consequência, não existe a garantia da fidedignidade desses dados, prejudicando o monitoramento e avaliação da evolução do programa, assim como o cálculo justo dos incentivos financeiros a serem repassados aos municípios (Coelho, 2020). Isso mostra-se, então, como mais um desafio para os municípios.

Assim, pode-se aferir que os profissionais e a equipe de gestores municipais em saúde precisam participar mais ativamente do processo de monitoramento dos indicadores do Programa Previne Brasil. Além de promover a formulação de uma metodologia de acompanhamento dos dados que apresentem inconsistências na migração junto ao e-SUS, com intuito de promover as adequações necessárias, para garantir que os indicadores coletados junto aos sistemas de informação, representem, veementemente, o que foi executado pelas equipes de saúde.

Para King, esse processo representa uma interação humana que conduz a transações, assim, essas transações são tidas como comportamentos humanos dirigidos ao atingimento das metas que acontecem em situações de participação ativa nos movimentos e ações para alcançar uma meta, provocando mudanças nos indivíduos e no ambiente (Moreira; Araújo, 2002). Nesse sentido, King argumentou que nas interações humanas, o processo de estabelecimento de metas e os meios para alcançá-las devem ser definidos conjuntamente. Concordar sobre as metas e meios facilita o alcance das metas e, portanto, a própria transação entre indivíduos (King, 1981). Durante essas interações, o profissional recebe informações, observa e avalia parâmetros, interpreta e fornece informações relevantes para o estabelecimento das metas às pessoas de forma que, clientes, profissionais, observem, façam perguntas, forneçam informações e participem no estabelecimento de metas e das estratégias para sua obtenção (Moura; Pagliuca, 2004).

4.4 ATUAÇÃO PROFISSIONAL E OS IMPACTOS NA OPERACIONALIZAÇÃO DO PROGRAMA PREVINE BRASIL

Considerando que o setor saúde é um prestador de serviços, a atuação profissional em saúde pode ser entendida como um conjunto coordenado de ações desenvolvidas pelos

trabalhadores em que os indivíduos, as famílias e os grupos sociais, constituem-se como os objetos de trabalho, e os conhecimentos e métodos representam as ferramentas do cuidado em saúde, este modelo de atenção orienta o trabalho e reflete a lógica que direciona a ação para o atingimento dos objetivos (Fontana; Lacerda; Machado, 2016).

Assim, nesta categoria temática será tratado o processo de trabalho dos profissionais da ESF buscando atender o Programa Previne Brasil, suas contribuições, a organização de sua rotina de trabalho, além de discutir sobre as possibilidades de melhoria apresentadas pelos próprios profissionais.

4.4.1 O processo de trabalho organizado pelos profissionais

Para que os profissionais consigam promover organizações específicas no seu processo de trabalho buscando atender o Programa Previne Brasil, eles primeiramente devem compreender quais as suas contribuições junto ao programa para que, posteriormente, possam agir e atuar frente a isso. No tocante dessa pesquisa, os profissionais foram solicitados para destacarem quais as contribuições que eles acreditam realizar com o objetivo de atender o Programa Previne Brasil. Diante disso, os profissionais apresentaram as seguintes devolutivas:

"O trabalho do enfermeiro é fundamental, principalmente na forma de comunicação e gestão da equipe, com foco no preenchimento correto dos dados no sistema" (P14)⁶⁰.

"Nossa, eu acho que é crucial. E estamos na ponta, um contato direto fazendo diagnóstico, avaliando exames, fazendo nossa parte, atendendo a população" (P36)⁶¹.

"Na medida em que eu realizo os atendimentos, eu acabo contribuindo com as metas" (P33)⁶².

Os profissionais apresentam diferentes contribuições no contexto de atuação das eSF. Em suma, acreditam que a realização dos seus atendimentos, e registrá-los corretamente são ações que contribuem diretamente no Programa Previne Brasil. Complementarmente, algumas contribuições diferenciadas foram apresentadas pelas categorias profissionais. Os

⁶⁰ Entrevista respondida por P14 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

⁶¹ Entrevista respondida por P36 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

⁶² Entrevista respondida por P33 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

enfermeiros, por exemplo, enfatizaram sua contribuição no alinhamento das equipes de saúde e na comunicação efetiva entre os profissionais. Os médicos, apontaram contribuições frente a orientações em saúde junto à população, buscando conscientizar sobre a importância do acompanhamento regular à saúde. Os cirurgiões-dentistas, por fim, apontaram a importância da promoção dos atendimentos odontológicos às gestantes.

Além das contribuições individuais, os profissionais reconheceram e enfatizaram o papel da eSF para que sejam atingidos os indicadores do Programa Previne Brasil; ou seja, a importância do trabalho em equipe. Isso ficou evidente nos relatos dos profissionais ao serem questionados sobre a contribuição da eSF para o atingimento das metas propostas pelo Programa Previne Brasil, no qual foram obtidas como respostas os exemplos a seguir:

"Contribui 100%. É uma engrenagem. Todos devem trabalhar com a mesma linha de atuação, direcionando e conscientizando a população" (P25)⁶³.

"Eu acho crucial, pois na APS não fazemos nada sozinhos. Precisamos garantir o acesso e o atendimento à cada um em sua competência, mas todos contribuem" (P36)⁶⁴.

As falas enaltecem a importância do trabalho em equipe para que sejam obtidas as metas do Programa Previne Brasil. Lacerda e Moretti-Pires (2016) consideram o processo de trabalho nas eSF como constituídos por uma prática na qual a comunicação e a integração entre os profissionais são fundamentais no exercício cotidiano do trabalho dentro das equipes multiprofissionais, fazendo-se necessário a articulação de processos de trabalhos distintos que, portanto, devem considerar as conexões e as interfaces existentes de cada área profissional, as respectivas especificidades e as peculiaridades locais (Lacerda; Moretti-Pires, 2016).

Partindo para a operacionalização do processo de trabalho das equipes, em suas falas os profissionais apresentaram estratégias para organização da sua rotina de trabalho no contexto das unidades de saúde, conforme apresentado por médicos e enfermeiros:

"Dividimos o atendimento por dias visando atender grupos, como crianças, gestantes, idosos com hipertensão, diabetes e outras comorbidades" (P20 - Médico)⁶⁵.

⁶³ Entrevista respondida por P25 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

⁶⁴ Entrevista respondida por P36 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

⁶⁵ Entrevista respondida por P20 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

Sim, temos um dia específico para gestantes e puericultura. Não temos um dia específico para hiperdia, mas na rotina de renovação de receitas temos essa questão de solicitar os exames” (P30 - Médico)⁶⁶.

“Temos uma agenda específica para atendimento de crianças. Nas quintas os idosos com hipertensão e diabetes e nas quartas às gestantes. Além de grupos de renovação de receitas” (P26 - Enfermeiro)⁶⁷.

“Tentamos organizar nossa agenda para termos um foco mais específico para esses grupos, tendo um dia para atendimento das gestantes, um dia para crianças, outro para coleta de preventivo. Dessa forma, na organização da agenda organizamos nosso trabalho” (P13 - Enfermeiro)⁶⁸.

Já, no que se refere aos serviços de odontologia, em sua maioria, os mesmos não dispõem de uma organização específica para atender o Programa Previne Brasil e os atendimentos baseiam-se no encaminhamento dos pacientes pela equipe de enfermagem, conforme apresentado nos discursos a seguir:

"Não temos nenhuma estratégia. Realizamos conforme a procura e direcionamento da enfermagem" (P33 - Cirurgião-dentista)⁶⁹.

"Precisa que seja identificado as gestantes pela equipe de saúde e encaminhado para atendimento odontológico, além de uma conscientização por parte da equipe da importância dessa ação" (P1 - Cirurgião-dentista)⁷⁰.

Assim, constata-se que a principal estratégia apresentada pelos profissionais é a organização das agendas multiprofissionais coordenando agendamentos, em períodos pré-estabelecidos de consultas para atender grupos específicos, atrelados aos atendimentos de livre demanda, conforme necessidades da população. Essa conduta está em conformidade com o disposto no Caderno de Atenção Básica nº 28, que trata do acolhimento à demanda espontânea. Neste caderno é ressaltada a maneira como se organizam as agendas e as modalidades adequadas para se desenvolver o acolhimento em uma unidade de saúde, que devem variar de acordo com as características locais (Brasil, 2013). Nesse sentido, a agenda dos profissionais se torna um recurso-chave no processo de garantia da retaguarda dos atendimentos e da continuidade do cuidado. Por conseguinte, é necessário uma metodologia de atendimento consistente, um planejamento e uma gestão das agendas que contemple diferentes situações, como uma agenda programada para grupos específicos, abrangendo o

⁶⁶ Entrevista respondida por P30 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

⁶⁷ Entrevista respondida por P26 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

⁶⁸ Entrevista respondida por P13 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

⁶⁹ Entrevista respondida por P33 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

⁷⁰ Entrevista respondida por P1 [ago. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

atendimento de pessoas previstas em ações programáticas, como gestantes; uma agenda de atendimentos agudos identificados a partir do acolhimento de demanda espontânea; e, por fim, uma agenda de retorno/reavaliação e atendimento de usuários que não fazem parte de ações programáticas (Brasil, 2013).

Para Imogene King (1988), o processo de trabalho perpassa por cinco etapas que devem ser executadas sequencialmente, tendo como ponto de partida uma interação inicial, que representa o primeiro contato entre profissional e usuário e induz uma reação entre as partes sob influência da percepção que um tem do outro e pela comunicação estabelecida entre eles. Seguida do diagnóstico, pelo qual são detectadas as necessidades de cuidado dos usuários buscando alcançar a saúde, devendo ser consentidas junto aos pacientes; após são estabelecidas as metas comuns, tendo como base os diagnósticos levantados e definidas de comum acordo entre as partes; para tal, também são explorados os meios pelos quais as metas traçadas possam ser alcançadas. Por fim, deve ser acompanhada a evolução dos casos, que corresponde à avaliação contínua do alcance de metas, ressaltando fatores que influenciam esse processo, tanto no sistema pessoal, interpessoal e social, buscando desenvolver a capacidade de enfrentar problemas (Moreira; Araújo, 2002).

Individualmente, a dimensão humana reflete o processo de trabalho a partir do vínculo dos profissionais com os usuários, bem como pelas próprias formas de vivenciar o trabalho em saúde. Defende-se que o trabalho em saúde é relacional, evidenciado pela forma de agir entre sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos, implicando na produção do cuidado (Lacerda; Moretti-Pires, 2016). Nestes casos, é necessário considerar que o consumidor do serviço também é sujeito ou agente do processo de trabalho e, ainda, em alguma dimensão é o objeto desse mesmo processo de trabalho, esse é o caso dos serviços de saúde (Faria *et al.*, 2019). Dessa forma, esse processo é permeado de ação e reação, uma vez que, os indivíduos são seres reagentes, e procura a resolução dos problemas, que somente serão alcançados se ocorrer uma interação efetiva entre profissional-usuário (Moreira; Araújo, 2002).

4.4.2 Possibilidades de melhorias apresentadas pelos profissionais

Os entrevistados sinalizam para a necessidade de aprimoramento no processo de trabalho de forma que consigam atender e melhorar os indicadores do Programa Previne

Brasil. Dentro dessas possibilidades de melhoria apresentadas pelos profissionais, contemplam-se 4 eixos de discussão: o processo de educação permanente junto às equipes; a sobrecarga profissional e o acúmulo de funções; o processo de busca ativa da população e o desenvolvimento de ações de educação em saúde e conscientização junto à comunidade. Estes eixos serão discutidos separadamente, conforme a apresentação dos discursos dos entrevistados.

O eixo que tomou maior destaque nas falas dos entrevistados consiste na falta de qualificação/treinamentos relacionados ao Programa Previne Brasil junto aos profissionais, como evidenciado a seguir:

"Acredito que falta muito treinamento para a parte médica e a falta de retorno sobre esses indicadores, recebendo essas coisas saberíamos melhor onde poderíamos contribuir" (P18)⁷¹.

Como exposto na fala acima, os profissionais não apresentam conhecimento sobre os indicadores do Programa Previne Brasil e esse fato provoca impactos em sua atuação profissional. Devido a esse desconhecimento, ao serem questionados se já haviam recebido algum treinamento, grande parte dos profissionais respondeu nunca ter recebido qualquer treinamento sobre o tema, como apresentado a seguir:

"Não recebi treinamento" (P24)⁷².

"Não recebi, acho que só a enfermeira" (P23)⁷³.

"Não foi realizado nenhum treinamento" (P31)⁷⁴.

"Não foi realizado" (P26)⁷⁵.

O discurso dos profissionais sinalizando que nunca receberam qualquer treinamento prevalece junto a duas categorias profissionais: a categoria médica e dos cirurgiões-dentistas. Já na categoria dos enfermeiros houve uma disparidade de respostas, no qual teve-se profissionais que receberam treinamento e outros não. Assim, as dificuldades enfrentadas pelos profissionais ao longo dessa pesquisa ficam justificadas pela falta de treinamento e suporte junto aos profissionais, no que diz respeito ao Programa Previne Brasil. Além disso,

⁷¹ Entrevista respondida por P18 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

⁷² Entrevista respondida por P24 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

⁷³ Entrevista respondida por P23 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

⁷⁴ Entrevista respondida por P31 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

⁷⁵ Entrevista respondida por P26 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

os profissionais reconhecem que a falta de treinamentos impacta diretamente nos resultados obtidos pelas unidades de saúde, dessa forma ressalta-se a importância do processo de educação permanente junto às equipes de saúde.

Por outro lado, os profissionais enfermeiros que apresentam respostas positivas sobre a participação de treinamentos, conforme exposto no discurso a seguir: "*Sim, depois de uma pessoa da empresa passar nas unidades explicando como fazer os registros*" (P32 - Enfermeiro)⁷⁶, demonstram que o município utilizou-se como ferramenta para qualificar os profissionais uma parceria entre a secretaria de saúde e a empresa desenvolvedora do sistema de informação, a fim de promover orientações sobre a metodologia correta dos registros. Esta estratégia deve ser enaltecida, contudo o que se percebe é que o treinamento concentrou-se junto aos enfermeiros, já os demais profissionais das unidades não foram contemplados com esta ação. Constatada a falta de treinamentos para médicos e cirurgiões-dentistas, pode-se inferir que as informações recebidas pelos enfermeiros não foram repassadas aos demais profissionais, assim, essa falta de disseminação do conhecimento culmina em falhas no processo de execução das demandas e registros profissionais, interferindo no alcance das metas do Programa Previne Brasil.

Para que isso seja minimizado o Ministério da Saúde, através das Portarias nº 198/2004 e nº 1.996/2007 inseriu a Educação Permanente em Saúde (EPS) como uma política de saúde no Brasil (Brasil, 2004; Brasil, 2007b), que objetiva nortear a formação e a qualificação dos profissionais atuantes nos serviços de saúde, transforma as práticas profissionais e a própria organização do trabalho, com base nas necessidades e dificuldades visualizadas no sistema (Ferreira *et al.*, 2019). Neste contexto, a EPS mostra-se como um processo formativo construído considerando demandas do processo de trabalho e dos trabalhadores em saúde (Penido, 2021). A EPS deve fazer parte da rotina dos profissionais que atuam na área da saúde como um espaço de aprendizagem, proporcionando interação dos diferentes atores para a reflexão ampliada sobre a realidade das unidades de saúde nos quais estão inseridos, buscando elaborar projetos, tarefas e ações, fortalecendo a autonomia e do protagonismo profissional (Ferreira *et al.*, 2019; Penido, 2021).

O processo de implantação de uma ação, conforme discutido por King, ocorre para que metas e objetivos sejam alcançados, não passando de um processo de transações, no qual os indivíduos envolvidos trocam informações, experiências e juntos conseguem estabelecer as metas e os passos para atingi-las (George, 2000).

⁷⁶ Entrevista respondida por P32 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

Passando para o segundo eixo de discussão, os profissionais da área da enfermagem apresentaram um componente que prejudica o seu processo de trabalho e merece ser destacado nessa pesquisa, visto que essa categoria mostra-se com atuação enaltecida no que se refere ao Programa Previne Brasil. Esse componente prejudicial para o desenvolvimento de suas atividades, diz respeito a uma sobrecarga profissional e o acúmulo de funções, colocações estas apresentadas nas falas dos profissionais a seguir:

"Acredito que podemos melhorar no que tange a orientação e educação e promoção em saúde junto à população, [...] hoje não são executadas pela alta demanda em outras áreas que temos que suprir por não ter um administrativo na unidade [...]" (P14 - Enfermeiro)⁷⁷.

"Vejo a necessidade de um apoio da gestão para [...] uma organização dos territórios e um acréscimo de pessoal, principalmente ACS, ou criando novas ESF para suprir a grande demanda da população, dessa forma poderemos contribuir mais no alcance geral dos indicadores, assim existe uma sobrecarga" (P13 - Enfermeiro)⁷⁸.

"Eu acho que no nosso caso, a falta de um profissional administrativo no balcão faz com que o enfermeiro e o técnico gastem muito tempo no balcão, ao invés de dar mais foco aos indicadores do Previne Brasil" (P32 - Enfermeiro)⁷⁹.

Os profissionais argumentam que parte de sua jornada de trabalho é ocupada com atividades que muitas vezes são apenas de cunho administrativo, ou seja não exigem nenhum curso de nível técnico ou superior na área da saúde para execução. Dessa forma, os profissionais gastam parte de sua jornada de trabalho com essas demandas, o que diminui o tempo disponível para execução de atividades inerentes a sua função, gerando assim uma sobrecarga de trabalho. Além disso, a distribuição populacional dentro das unidades de saúde extrapolam o número recomendado de pessoas adscritas por unidade, o que gera uma demanda de atendimentos excessiva que desgasta os profissionais e não atende na totalidade às demandas da população.

As queixas apresentadas pelos enfermeiros nesta pesquisa corroboram com os estudos de Soratto *et al.* (2017), que apresentam os aspectos do processo de trabalho geradores de insatisfação nos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família. Para os mesmos autores os aspectos insatisfatórios dessa categoria são: a sobrecarga de trabalho como consequência do excesso de demanda e as inúmeras atividades burocráticas que circundam a

⁷⁷ Entrevista respondida por P14 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

⁷⁸ Entrevista respondida por P13 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

⁷⁹ Entrevista respondida por P32 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

ESF. O excesso de trabalho é resultante da necessidade de gerenciar o acesso aos serviços de saúde à população e as demandas administrativas das unidades; contudo, a existência de áreas geográficas mal definidas e a sazonalidade dos atendimentos fazem com que as demandas aumentem. Dessa forma, o descontrole da demanda torna-se um gerador de insatisfação aos profissionais (Soratto *et al.*, 2017). O gerenciamento dos fluxos, muitas vezes, extrapola as possibilidades dos profissionais e exige dos gestores municipais ações, tais como redimensionamento de áreas geográficas, criação e ampliação de UBS, além da contratação de novos profissionais (Soratto *et al.*, 2017).

Em um terceiro eixo de ações de melhoria, os profissionais ressaltam a importância da realização da busca ativa como estratégia para garantir o atendimento da população. Essa ferramenta foi lembrada por inúmeros profissionais, como apresentado nas falas a seguir:

"Retirando relatórios para a realização de busca ativa da população" (P3)⁸⁰.

"Realizar a busca ativa da população [...]" (P4)⁸¹.

"Busca ativa [...]" (P34)⁸².

"Atentando-se para a busca ativa de pacientes [...]"(P16)⁸³.

Na fala dos entrevistados, fica ressaltada a importância do processo de busca ativa da população. Essa estratégia é uma das atividades da ESF, que busca aproximar as ações e intervenções de saúde às necessidades da população e da comunidade. A busca ativa é importante para a vigilância epidemiológica e identificação das necessidades de saúde e socioeconômicas da população. Desse modo, os ACS mostram-se como protagonistas nessa atividade por seu vínculo com o território (Brasil, 2023d). Essa ferramenta foi apresentada pelos profissionais devido a possibilidade de identificar e alcançar indivíduos que seriam computados no Programa Previne Brasil e que, se não atendidos, resultam na diminuição dos indicadores de saúde das unidades.

Por fim, os profissionais apresentaram como último eixo de melhoria a promoção de ações de educação em saúde e conscientização junto à comunidade. Essa atividade foi elencada na fala dos profissionais, como nos exemplos a seguir:

⁸⁰ Entrevista respondida por P3 [ago. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

⁸¹ Entrevista respondida por P4 [ago. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

⁸² Entrevista respondida por P34 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

⁸³ Entrevista respondida por P16 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

"Eu sinto falta de ter um espaço na minha agenda para trabalhar educação em saúde, realização de grupos [...]" (P36)⁸⁴.

"Desenvolvendo atividades de promoção à saúde e grupos, por exemplo" (P27)⁸⁵.

"Orientações para a população [...]" (P21)⁸⁶.

Como relatado nas falas, o processo de conscientização da população faz-se importante dentro do trabalho das eSF. Dessa forma, ressalta-se que a educação em saúde, envolve as relações entre profissionais e população na construção de conhecimentos e no aumento da autonomia dos indivíduos no cuidado, tanto individual, como coletivo. Além de promover o desenvolvimento crítico e reflexivo do indivíduo sobre sua saúde, tornando-o capaz de opinar nas decisões que envolvem a sua saúde (Fittipaldi; O'Dwyer; Henriques, 2021).

Frente ao exposto, os profissionais entendem a importância dessas ações, mas ainda não as têm implementadas em sua rotina de trabalho, o que mostra-se como um desafio, visto as implicações para a implementação dessa atividade na rotina das unidades. Esses achados corroboram com Moutinho *et al.*, (2014) quando afirmam que, apesar de uma evolução histórica da educação em saúde existem ainda, no campo prático, avanços a serem alcançados, especialmente pelos entraves encontrados na realidade dos serviços de saúde para a implantação dessa estratégia. Desse modo, faz-se necessário refletir sobre a prática educativa em saúde como produtora de cuidado e transformadora de contextos sociais e de vida (Moutinho *et al.*, 2014).

Ressaltando-se os eixos de melhoria apontados pelos profissionais, pode-se deduzir que estes compreendem os processos de trabalho de suas unidades de saúde, identificam e avaliam as práticas adotadas, e percebem pontos de entrave e possibilidades de atuação ainda não utilizadas pelas equipes. Esse processo para King, compreende a avaliação e descrição das atividades. A avaliação não se refere, apenas, ao atingimento das metas, mas também à eficácia da assistência em saúde. Indica-se que o foco seja a obtenção de metas, caso contrário, a investigação de por que não foram alcançadas (King, 1981).

⁸⁴ Entrevista respondida por P36 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

⁸⁵ Entrevista respondida por P27 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

⁸⁶ Entrevista respondida por P21 [set. 2023]. Entrevistador: Ruan Guilherme Hoepers. Rio do Sul, 2023.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa Previne Brasil consiste em uma modificação recente da lógica de financiamento da APS, substituindo a metodologia outrora utilizada e amplamente difundida (Brasil, 2019). Logo, por se tratar de uma modificação recente, que ao longo do processo de implantação sofreu interferências da pandemia de COVID-19 (Harzheim *et al.*, 2022), gerou nos profissionais atuantes na ESF um déficit significativo da compreensão do Programa Previne Brasil, conforme pôde-se concluir com este estudo. A razão disso se dá pelo fato de os profissionais atuantes na ESF não se apropriarem de conhecimentos básicos para o entendimento da lógica do programa. Portanto, eles apresentam um conhecimento fragmentado e superficial sobre o referido programa, por expressarem em suas falas apenas o componente de análise por desempenho.

Atrelado a isso, os profissionais desvinculam o Programa Previne Brasil ao financiamento da APS. Como resultado, os profissionais não compreendem sua corresponsabilização e o impacto que sua atuação profissional acarreta na APS, na medida em que a perda de orçamento gera impactos diretos na atuação das eSF e na saúde da população. Nesse viés, tal circunstância se dá pelo conhecimento superficial somado ao não reconhecimento das especificidades de cada indicador e à adição de indicadores não utilizados no programa.

Consequentemente, afere-se que o desconhecimento global dos indicadores impacta diretamente na obtenção de dados e informações que sejam convergentes ao alcance de metas propostas no Programa Previne Brasil, além de impossibilitar o desenvolvimento de ações específicas visando atender os públicos essenciais.

Ademais, dentro das categorias profissionais analisadas, pôde-se verificar que os enfermeiros são os profissionais com informações mais apuradas sobre o Programa Previne Brasil, em contrapartida, os cirurgiões-dentistas mostram-se como a categoria com maior distanciamento da temática. Visto que esta categoria profissional mostra-se com uma atuação a parte do restante da eSF. Essa falta de interação e articulação com os demais membros da equipe, limita a atuação desta categoria profissional no que se refere aos indicadores do Programa Previne Brasil.

Não obstante, no que tange ao reconhecimento das metas do Programa Previne Brasil, majoritariamente, os profissionais atuantes na ESF as desconhecem. Também apresentam um desinteresse em realizar o acompanhamento dos indicadores. Junto a isso, como entrave, há

uma atuação tímida dos gestores municipais de saúde no repasse de informações e na cobrança por resultados junto às equipes. Por conta disso, vale evidenciar que o enfermeiro, por desempenhar o papel gerencial dentro das eSF, deve apropriar-se dessa rotina de acompanhamento e buscar junto aos gestores municipais de saúde estratégias para superar as limitações encontradas em diferentes realidades de atuação. Isso demonstrará um olhar crítico e propiciará o alcance de mudanças significativas que afetam diretamente o contexto de atuação das UBS e, conseqüentemente, da saúde da população.

No âmbito da atuação profissional, constatou-se que existe um nível de reconhecimento do impacto e das contribuições do seu trabalho no alcance dos indicadores do Programa Previne Brasil por parte dos profissionais atuantes na ESF, destacando a importância da realização dos atendimentos e de registrá-los corretamente. Porém, mesmo reconhecendo a importância de sua atuação, as suas práticas profissionais vão em desencontro a isso. Pois existe uma iminente perda dos indicadores do Programa Previne Brasil por falhas no processo de registro.

Em contrapartida, os profissionais da ESF apontaram ações que propiciam melhorias no desempenho das equipes no atingimento dos indicadores do Programa Previne Brasil. Salientou-se a importância da realização de treinamentos e ações de educação permanente para fomentar as discussões e promover conhecimentos junto às equipes sobre o tema. Além de destacar-se a relevância da realização de busca ativa da população e as contribuições das ações de educação e conscientização em saúde junto à comunidade, como ferramentas para melhoria dos indicadores do Programa Previne Brasil. Junto a isso, os enfermeiros alegaram uma sobrecarga profissional como fator prejudicial para sua atuação junto ao programa.

Como sugestões para melhorar o desempenho das equipes no alcance dos indicadores do Programa Previne Brasil, aponta-se a consolidação da necessidade da realização de atividades de educação permanente junto aos profissionais, a fim de qualificar os mesmos para atender as demandas do programa. Além disso, a formulação de Procedimentos Operacionais Padrões (POP's) para orientar os registros profissionais, com intuito de minimizar erros. Arelado a criação de uma metodologia para acompanhamento das inconsistências que vierem a ocorrer na importação de dados, com objetivo de promover as modificações necessárias e garantir a confiabilidade dos indicadores. E por fim, em um âmbito gerencial, deve-se favorecer a comunicação entre os profissionais e promover uma atuação mais efetiva dos gestores municipais em saúde.

Como limitações desta pesquisa, aponta-se a escassez de materiais para discussão do tema, bem como a falta de estudos semelhantes em outras realidades sociais, para comparação dos dados obtidos. Essas limitações provavelmente estão postas por tratar-se de uma temática recente, que ainda não foi amplamente explorada no âmbito científico. Isto posto, este estudo faz-se relevante no contexto científico e assistencial, ao passo que impulsiona outros pesquisadores a pensarem sobre a temática, com elaboração de estudos que identifiquem os impactos financeiros e assistenciais do Programa Previne Brasil na realidade dos municípios a longo prazo. Bem como, estudos que compreendam a relação do programa com os indicadores gerais em saúde da população e com a qualidade dos serviços prestados pela APS no país, na busca por atender as demandas da população. Vê-se que a realização de um estudo semelhante com os gestores municipais em saúde, engrandecerá ainda mais as discussões sobre a temática.

Frente a isso, esse estudo mostra-se relevante por apresentar a realidade das eSF no que se refere ao Programa Previne Brasil. Além de possibilitar a identificação de limitações e impasses vivenciados na prática das eSF para o atingimento das metas indicadas no Programa Previne Brasil. Frente a isso, propor ações pontuais que possam contribuir com a realidade vivenciada no município e, por que não, auxiliar outros municípios com realidades semelhantes. Esse estudo, satisfaz os objetivos que lhe foram propostos e contribui no campo científico por transpassar discussões importantes dentro de uma temática, ainda, pouco explorada.

Por fim, como futuro enfermeiro e ciente do importante papel gerencial atrelado a essa profissão, vê-se a necessidade de cada vez mais apropriarmos-nos de conhecimentos relacionados à área de gestão dos serviços de saúde. Além de promovermos estudos científicos com intuito de embasar e evidenciar o impacto da atuação profissional dos enfermeiros no contexto geral da APS e da saúde da população.

6 REFERÊNCIAS

ARAÚJO, K. A. L. de. **Avaliação de mecanismos gerenciais na Atenção Primária em Saúde objetivando alcançar eficiência.** Trabalho de conclusão de curso - TCC - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Caicó, Rio Grande do Norte, 2023. Disponível em:

<<https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/53657/1/TCC%20Kaio%20Adriano%20Linhares%20de%20Ara%c3%baio.pdf>>. Acesso em 23/09/2023.

BARBOSA, D. C. M.; FORSTER, A. C. Sistemas de Informação em Saúde: a perspectiva e a avaliação dos profissionais envolvidos na Atenção Primária à Saúde de Ribeirão Preto, São Paulo. **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 18 (3): 424-33, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/profile/Deborah-Cristina-Barbosa/publication/275346752_Sistemas_de_Informacao_em_Saude_a_perspectiva_e_a_avaliacao_dos_profissionais_envolvidos_na_Atencao_Primaria_a_Saude_de_Ribeirao_Preto_Sao_Paulo/links/5539bbf30cf247b858814774/Sistemas-de-Informacao-em-Saude-a-perspectiva-e-a-avaliacao-dos-profissionais-envolvidos-na-Atencao-Primaria-a-Saude-de-Ribeirao-Preto-Sao-Paulo.pdf>. Acesso em 23/09/2023.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1988.

BEZERRA, I. M. P.; MACHADO, M. de F. A. S.; DUARTE, A. S.; COSTA, E. A. P.; ANTÃO, J. Y. F. de L. Comunicação no Processo Educativo Desenvolvido pelos Enfermeiros: As Tecnologias de Saúde em Análise. **Saúde & Transformação Social**. v.5, n.3, p.42.-48, Florianópolis, 2014. Disponível em:

<<https://www.redalyc.org/pdf/2653/265335335007.pdf>>. Acesso em 23/09/2023.

BEZERRA, M. V de M; JORGE, M. S. B.; BIZERRIL, D. O.; SANTOS, G. A. dos; VIANA, M. M. de N.; CALDAS, S. R. As Interfaces do Programa Previne Brasil. **Revista Conjecturas**, Vol. 22, nº 8, 2022. Disponível em:

<<http://www.conjecturas.org/index.php/edicoes/article/view/1405/1046>>. Acesso em 20/05/2023.

BIFF, D.; PIRES, D. E. de; FORTE, E. C. N.; TRINDADE, L. de L.; MACHADO, R. R.; AMADIGI, F. R.; SCHERER, M. D. dos A.; SORATTO, J. Cargas de trabalho de enfermeiros: luzes e sombras na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 147–158, jan. 2020. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csc/a/GRyVBGTqC6GfcpnHTVf9RVr/?lang=pt>>. Acesso em 20/05/2023.

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

<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> . Acesso em 20/05/2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária. **Seminário do Conass para construção de consensos** - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, Distrito Federal: CONASS, 2004. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/conass_documenta2.pdf>. Acesso em 20/05/2023.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, Distrito Federal, 2000. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm#:~:text=EMC29&text=Altera%20os%20arts.,e%20servi%C3%A7os%20p%C3%ABlicos%20de%20sa%C3%BAde.>. Acesso em 20/05/2023.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 86 de 17 de março de 2015**. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Brasília, Distrito Federal, 2015. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm>. Acesso em 20/05/2023.

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. Brasília, Distrito Federal, 2016. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em 20/05/2023.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 113 de 08 de dezembro de 2021**. Altera a Constituição Federal e o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para estabelecer o novo regime de pagamentos de precatórios, modificar normas relativas ao Novo Regime Fiscal e autorizar o parcelamento de débitos previdenciários dos Municípios; e dá outras providências. Brasília, Distrito Federal, 2021. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc113.htm>. Acesso em 20/05/2023.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, Distrito Federal, 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em 20/05/2023.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução n. 3, de 20 de junho de 2014**. Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em medicina. Brasília: Ministério da Educação, 2014. Disponível em: <<http://www.toledo.ufpr.br/portal/wp-content/uploads/2017/07/DCN-2014.pdf>>. Acesso em 23/09/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.203 de 5 de novembro de 1996**. Aprovar, nos termos do texto anexo a esta Portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à

viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. Brasília, Distrito Federal, 1996. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em 20/05/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, Distrito Federal, 2004. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>> Acesso em 11/10/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648 de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica e revisa diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica. Brasília, Distrito Federal, 2006 a. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html>. Acesso em 20/05/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, Distrito Federal, 2006 b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em 20/05/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204 de 29 de janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília, Distrito Federal, 2007a. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html>. Acesso em 20/05/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, Distrito Federal, 2007b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html> Acesso em 11/10/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, Distrito Federal, 2011. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em 20/05/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Distrito Federal, 2012. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 20/05/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde **Portaria nº 1.646 de 2 de outubro de 2015**. Institui o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Brasília, Distrito Federal, 2015.

Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1646_02_10_2015.html>. Acesso em 16/09/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, Distrito Federal, 2017a. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em 20/05/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.992 de 28 de dezembro de 2017**. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, Distrito Federal, 2017b. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html>. Acesso em 20/05/2023.

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. Brasília, Distrito Federal, 2017c.

Disponível em:

<https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_6_28_SETEMBRO_2017.pdf>. Acesso em 20/05/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, Distrito Federal, 2019. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html>. Acesso em 20/05/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 102 de 20 de janeiro de 2022**. Altera a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Brasília, Distrito Federal, 2022a.

Disponível em:

<<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-102-de-20-de-janeiro-de-2022-375495336>>. Acesso em 20/05/2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. **Cadernos de Atenção Básica**; n. 28, v. 1. Brasília, 2013. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf>. Acesso em 11/10/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Nota Técnica nº 13/2022-SAPS/MS**. Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação. Brasília, DF: MS, 2022b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_tecnica_13.pdf>. Acesso em 20/05/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Nota Técnica nº 14/2022-SAPS/MS**. Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV. Brasília, DF: MS, 2022c. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_tecnica_14.pdf>. Acesso em 20/05/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Nota Técnica nº 15/2022-SAPS/MS**. Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado na Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: MS, 2022d. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_tecnica_15.pdf>. Acesso em 20/05/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Nota Técnica nº 16/2022-SAPS/MS**. Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: MS, 2022e. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_tecnica_16.pdf>. Acesso em 20/05/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Nota Técnica nº 22/2022-SAPS/MS**. Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por Haemophilus Influenzae tipo b e Poliomielite Inativada. Brasília, DF: MS, 2022 f. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_tecnica_22.pdf>. Acesso em 20/05/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Nota Técnica nº 18/2022-SAPS/MS**. Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre. Brasília, DF: MS, 2022g. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_tecnica_18.pdf>. Acesso em 20/05/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Nota Técnica nº 23/2022-SAPS/MS**. Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre. Brasília, DF: MS, 2022h. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_tecnica_23.pdf>. Acesso em 20/05/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 74 de 9 de fevereiro de 2023**. Estabelece o valor

per capita anual para o cálculo do incentivo financeiro com base em critério populacional para o ano de 2023, no âmbito do financiamento da Atenção Primária à Saúde. Brasília, Distrito Federal, 2023a. Disponível em:

<<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-74-de-9-de-fevereiro-de-2023-463844936>>. Acesso em 20/05/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para qualificação dos indicadores da APS: Prontuário Eletrônico do Cidadão**. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 2ª Edição - versão eletrônica. Brasília, Distrito Federal, 2023b. Disponível em:

<<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/previne-brasil/componentes-do-financiamento/pagamento-por-desempenho/arquivos/guia-prontuario-eletronico-do-cidadao-pec/>>.

Acesso em 20/05/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para qualificação dos indicadores da APS: Thrift de Integração**. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 2ª Edição - versão eletrônica. Brasília, Distrito Federal, 2023c. Disponível em:

<<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/previne-brasil/componentes-do-financiamento/pagamento-por-desempenho/arquivos/guia-thrift-integracao-e-sus/>>.

Acesso em 20/05/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária. **Manual e-SUS APS: Capítulo 11 - Busca Ativa**. Brasília, Distrito Federal, 2023d. Disponível em:

<https://saps-ms.github.io/Manual-eSUS_APS/docs/PEC/PEC_11_busca_ativa/#cap%C3%AAdulo-11---busca-ativa>. Acesso em 10/11/2023.

CASSIOLATO, M.; GUERESI, S. **Como elaborar Modelo Lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília, 2010. Disponível em:

<https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/5810/1/NT_n06_Como-elaborar-modelo-logico_Disoc_2010-set.pdf>. Acesso em 10/11/2023.

CECÍLIO, L. C. de O.; REIS, A. A. C. dos. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, p. e00056917, 2018.

Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csp/a/mW3MtBCvQT5cHWcKdQZhrJN/?format=pdf&lang=p>>.

Acesso em 20/05/2023.

COELHO, K. T. R. **O Novo Modelo de Financiamento da Atenção Primária à Saúde**.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Avaliação de Políticas Públicas) – Escola Superior do Tribunal de Contas da União, Instituto Serzedello Corrêa, Brasília, Distrito Federal, 2020. Disponível em:

<<https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/avaliacao-da-formulacao-do-programa-previne-brasil-o-novo-modelo-de-financiamento-da-atencao-primaria-a-saude.htm>>. Acesso em

23/09/2023.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). Quantidade Geral de Profissionais e Entidades Ativas. 2023. Disponível

em:<<https://website.cfo.org.br/estatisticas/quantidade-geral-de-entidades-e-profissionais-ativos/>>. Acesso em 16/09/2023.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **Declaração de Alma-Ata**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2001.

DENADAI, W. **Teoria de médio alcance de enfermagem para atenção à saúde mental**. 2016. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<http://objdig.ufrj.br/51/teses/845119.pdf>>. Acesso em 20/05/2023.

DO AMARAL, A. A.; LEAL B. do N.; MESQUITA, C. R.; NOGUEIRA, L. M. V.; RODRIGUES, R. O perfil socioeconômico e clínico de pacientes matriculados no programa hiperdia em Belém (PA). **Saúde e Pesquisa**, v. 11, n. 2, p. 377-383, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/6524/3249>>. Acesso em 23/09/2023.

FARIA, H.P. de; WERNECK, M. A. F.; SANTOS, M. A. dos; TEIXEIRA, P. F. **Processo de trabalho em saúde e modelo de atenção**. Nescon/UFMG, Belo Horizonte, 2019. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Processo-trabalho-em-saude-modelo-atencao_Versao_Final.pdf> Acesso em 11/10/2023.

FERREIRA, L.; BARBOSA, J. S. de A.; ESPOSTI, C. D. D.; CRUZ, M. M. da. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 120, p. 223–239, jan. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3wP8JDq48kSXrFMZqGt8rNQ/>>. Acesso em 13/10/2023.

FITTIPALDI, A. L. de M.; O'DWYER, G.; HENRIQUES, P. Educação em saúde na atenção primária: as abordagens e estratégias contempladas nas políticas públicas de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, p. e200806, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/t5MyrjCKp93sxZhmKTKDsbd/#ModalHowcite>>. Acesso em 11/11/2023.

FONTANA, K. C.; LACERDA, J. T. de ; MACHADO, P. M. de O. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde Debate**. v. 40, n. 110. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/HpKx9c4yZwGTmvBxQ8H69Wf/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 11/10/2023.

FROTA, M. A.; WERMELINGER, M. C. de M. W.; VIEIRA, L. J. de S.; XIMENES NETO, R. G.; QUEIROS, R. S. M.; AMORIM, R. F. de. Mapeando a formação do enfermeiro no Brasil: desafios para atuação em cenários complexos e globalizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 25–35, jan. 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/Bxhbs99CZ8QgZN9OCnJZTPr/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em 16/09/2023.

GEORGE, J.B. **Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à prática profissional**. Editora Artmed, 4 ed. Porto Alegre, 2000.

GIOVANELLA, L.. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil (online)**. 2ª ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. ISBN: 978-85-7541-349-4. Disponível em: <<https://doi.org/10.7476/9788575413494>> Acesso em 20/05/2023.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, p. e00029818, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/rxLJRM8CWzfDPqz438z8JNr/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 20/08/2023.

GOMES, C. B. e S.; GUTIÉRREZ, A.C.; SORANZ, D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 25, n. 4, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31512019>>. Acesso em 20/05/2023.

GONÇALVES, E. R.; RAMOS, F. R.S. O trabalho do cirurgião-dentista na estratégia de saúde da família: potenciais e limites na luta por um novo modelo de assistência. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 33, p. 301–314, abr. 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icsc/a/QkwQz3QR3jN8zzzffmynpza/?lang=pt>>. Acesso em 20/05/2023.

HARZHEIM, E; D'AVILA, O.P.; RIBEIRO, D. de C.; RAMOS, L.G.; SILVA, L.E. da.; SANTOS, C.M.J. dos.; COSTA, L.G.M.; CUNHA, C.R.H. da.; PEDEBOS, L.A. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 25, n. 4, p. 1361-1374, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25n4/1361-1374/>>. Acesso em 20/05/2023.

HARZHEIM, E.; D'AVILA, O.P.; PEDEBOS, L.A.; WOLLMANN, L.; COSTA, L.G.M.; CUNHA, C.R.H. da.; MOURA, L.N. de.; MINEI, T.; FALLER, L. de A. Atenção primária à saúde para o século XXI: primeiros resultados do novo modelo de financiamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 609–617, fev. 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/GqTLnsMvbLLJkLPs7sbp9sv/?lang=pt>>. Acesso em 20/05/2023.

IPM. **Nota Técnica nº 76/2020**. Programa Previne Brasil no IPM Saúde. IPM Saúde. 2020. Disponível em: <https://sesau.cascavel.pr.gov.br/storage/arquivo/nota_tecnica_programa_previne_brasil_no_ipm_saude.pdf> Acesso em 10/11/2023.

KING, I. M. **Toward a Theory for Nursing: Systems, Concepts, Process**. New York: John Wiley & Sons. 1981.

KING, I. M. **King's Conceptual Framework and Theory of Goal Attainment**. In M.E. Parker (Ed.), *Nursing theories in practice* (pp. 73–84). New York: National League for Nursing. 1990.

LACERDA, J.T. de.; MORETTI-PIRES, R.O. **Processo de Trabalho na Atenção Básica**. Universidade Federal de Santa Catarina - Centro de Ciências da Saúde: Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica. Florianópolis, 2016. Disponível em: <<https://unafus.ufsc.br/atencaobasica/files/2017/10/Processo-de-Trabalho-na-Aten%C3%A7%C3%A3o-B%C3%A1sica-ilovepdf-compressed.pdf>>. Acesso em 11/10/2023.

LEME, P. A. T.; BASTOS, R. A.; TURATO, E. R.; MENEGHIM, M. de C. A clínica do dentista na Estratégia Saúde da Família: entre a inovação e o conservadorismo. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 29, n. 01, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/physis/2019.v29n1/e290111/>>. Acesso em 20/05/2023.

LIMA, K. W. S. de.; ANTUNES, J. L. F.; SILVA, Z. P. da. Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 24, n. 1, p. 61–71, jan. 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/WNBg3wrRFBZsdVFRb9CbPxG/>>. Acesso em 23/09/2023.

LOPES, O. C. A.; HENRIQUES, S. H.; SOARES, M. I.; CELESTINO, L. C.; LEAL, L. A. Competências dos enfermeiros na estratégia Saúde da Família. *Escola Anna Nery*, v. 24, n. 2, p. e20190145, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/zB5Npy99wyPDGX4jXzdNDYp/?lang=pt>>. Acesso em 20/05/2023.

MACÊDO, E.; SILVA, A. J. R. da.; CAVALCANTI, I. T. do N.; PEDREIRA, M. M.; LIMA, C. R.; VIEIRA, A. de C.; CRUZ, R. C. de S. Análise dos modelos de pagamento aplicados ao financiamento federal na perspectiva do Sistema Único de Saúde. *J Bras Econ Saúde*, 14(Supl.1):65-76, 2022. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/04/1363089/jbes-especialportugues-65-76.pdf>>. Acesso em 23/09/2023.

MACHADO, M. H. Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final. **NERHUS - DAPS - ENSP/Fiocruz**, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/05/relatoriofinal.pdf>>. Acesso em 16/09/2023.

MARTINS, M. B.; CARBONAI, D. Atenção Primária à Saúde: a trajetória brasileira e o contexto local em Porto Alegre (RS). **REAd. Revista Eletrônica de Administração (Porto Alegre)**, v. 27, n. 3, p. 725–748, dez. 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/read/a/GXVqFt6mVpwNL3zN4TMp7cm/?lang=pt>>. Acesso em 20/05/2023.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 25, n. 4, p. 1181-1188. 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25n4/1181-1188/>>. Acesso em 20/05/2023.

MELO, E. A.; MENDONÇA, M.H.M de.; OLIVEIRA, J.R. de; ANDRADE, G.C.L de. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em**

Debate. v. 42, n. spe1, p. 38-51, 2018. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>>. Acesso em 20/05/2023.

MENDES, Á.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. da S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 224-243, 2018. Disponível em:

<<https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/224-243/>>. Acesso em 20/05/2023.

METELSKI, F. K.; SILVA, C. B. da; VENDRUSCOLO, C.; TRINDADE, L. de L.; GEREMIA, D. S. Enfermeiro gerente de unidade na Atenção Primária: o desafio de ser polivalente. **Enferm Foco**;13:e-202235, 2022. Disponível em:

<https://enfermfoco.org/wp-content/uploads/articles_xml/2357-707X-enfoco-13-e-202235/2357-707X-enfoco-13-e-202235.pdf> Acesso em 23/09/2023.

MINAYO, M. C. de S. Construção de Indicadores Qualitativos para Avaliação de Mudanças. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 11, p.83-91, 2009.

Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/rbem/a/36mvLQPqTjRTp8kLXbs3b5Q/?format=pdf&lang=pt>>.

Acesso em 23/09/2023.

MOREIRA, T. M. M.; ARAÚJO, T. L. de. O modelo conceitual de sistemas abertos interatuantes e a teoria de alcance de metas de Imogene King. **Rev. Latino-Americana. Enfermagem** 10, 2002. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/rlae/a/QhPxFVwvQCjHLkBgw8nvnB/#>>. Acesso em 23/09/2023.

MORITA, M. C.; HADDAD, A. E.; ARAÚJO, M. E. **Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro**. Editora Dental Press, 96 p. 2010. Disponível

em:<https://abeno.org.br/abeno-files/downloads/download_20111202125600.pdf>. Acesso em 16/09/2023.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. de F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 9. 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/2020.v36n9/e00040220/>>. Acesso em 20/05/2023.

MOURA, R.A. de.; HENRIQUES, B.D.; FERREIRA, D.C.; CAÇADOR, B.S. Atendimento à demanda espontânea na Estratégia Saúde da Família: práticas e reflexões de um processo em construção. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 32, n. 1, p. e 320103, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/w9hkjGSL3sWXpdGfyQRvVNG/?lang=pt>>. Acesso em 20/05/2023.

MOURA, E. R. F.; PAGLIUCA, L. M. F. A Teoria de King e sua interface com o programa "Saúde da Família". **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 38, n. 3, p. 270–279, set. 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/8tYRvM8TGQmcysCPr3bjZwQ/>>. Acesso em 15/09/2023.

MOUTINHO, C. B.; ALMEIDA, E. R.; LEITE, M. T. de S.; VIEIRA, M. A. Dificuldades, desafios e superações sobre educação em saúde na visão de enfermeiros de saúde da família.

Trabalho, Educação e Saúde, v. 12, n. 2, p. 253–272, 2014. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/tes/a/WC8vzvDwRgtLkX8OrzzRbvW/#ModalHowcite>>. Acesso em 11/11/2023.

PENIDO, A. Educação permanente torna mais efetivo o trabalho do profissional de saúde na Atenção Primária. **FioCruz Brasília**. Brasília, Distrito Federal, 2021. Disponível em:
<<https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/educacao-permanente-torna-mais-efetivo-o-trabalho-d-o-profissional-de-saude-na-atencao-primaria/>>. Acesso em 13/10/2023.

PEREIRA, B. L. S. **Financiamento do SUS na perspectiva municipal**: contribuições do CONASEMS para o debate [livro eletrônico]. Brasília, DF: CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2022. Disponível em:
<<https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2022/08/Financiamento-do-SUS-na-perspectiva-municipal.pdf>>. Acesso em 20/05/2023.

PINHEIRO, P.; LIMA, G. A. L. Programa Previne Brasil, conhecimento dos gestores sobre dashboard de monitoramento de indicadores de desempenho de gestão: protocolo de revisão de escopo. **Rev. Recima 21**, v. 3, n.11, 2022 a. Disponível em:
<<https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/2053/1639>>. Acesso em 23/09/2023.

PINHEIRO, P. de V.; LIMA, G. P. Previne Brasil: modelo de financiamento da Atenção Primária e os desafios para a gestão pública. Capítulo II - Livro: **Os labirintos da gestão, práticas, modelos de protocolo e financiamento em saúde**. Editora Amplla, Campina Grande, São Paulo, 2022 b. Disponível em:
<https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=ske8EAAAOBAJ&oi=fnd&pg=PA29&dq=previne+brasil+conhecimento&ots=qVXfngijCx&sig=Sou_d_yyG4jU-ASuPat3ukspjQQ#v=onepage&q=previne%20brasil%20conhecimento&f=false>. Acesso em 23/09/2023.

POLI NETO, P.; FAORO, N. T.; JÚNIOR, J. C. do P.; PISCO, L. A. C. Remuneração variável na Atenção Primária à Saúde: relato das experiências de Curitiba e Rio de Janeiro, no Brasil, e de Lisboa, em Portugal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1377–1388, 2016. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/csc/a/QBMDQqdMMtNcBnftnbJFwdj/#ModalTutors>> Acesso em 23/09/2023.

REIS, W. G.; SCHERER, M. D. dos A.; CARCERERI, D. L. O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 104M p. 56-64, 2015. Disponível em:
<<https://www.scielo.org/article/sdeb/2015.v39n104/56-64/>>. Acesso em 20/05/2023.

SCHEFFER, M.; GUILLOUX, A. G. A.; MIOTTO, B. A.; ALMEIDA, C. de J.; GUERRA, A.; CASSENOTE, A.; MATIJASEVICH, A.; BRANDÃO, A. P. D.; CASTILHO, E. A. de.; RUSSO, G.; MOREIRA, J. P. de L.; BAHIA, L.; ANDRIETTA, L. S.; DAL POZ, M. R.; VILLELA, P. R. de C.; MIOTTO, R. A.; DUARTE, V. G.; ARAÚJO, W. Demografia Médica no Brasil em 2023. **FMUSP, AMB**, 344 p. ISBN: 978-65-00-60986-8. São Paulo, São Paulo, 2023. Disponível em:

<https://amb.org.br/wp-content/uploads/2023/02/DemografiaMedica2023_8fev-1.pdf>. Acesso em 16/09/2023.

SETA, M.H.D.; OCKÉ-REIS, C.O.; RAMOS, A.L.P. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 3781–3786, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/YDNxWmxtzxsfhTgn9zjcrhC/?lang=pt>>. Acesso em 20/05/2023.

SILVA, V.A.A. da; BARBOSA, A.C.Q.; ROCHA, T.A.H. Desempenho dos médicos na saúde da família - uma análise a partir dos princípios ordenadores em um município brasileiro. **Revista de Administração Pública**, v. 49, n. 5, p. 1237–1262, set. 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rap/a/5wtcXDNGNXsPgPv996sKzdd/?lang=pt>>. Acesso em 20/05/2023.

SORATTO, J.; PIRES, D. E. P. de; TRINDADE, L. L.; OLIVEIRA, J. S. A. de; FORTE, E. C. N.; MELO, T. P. de. Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na Estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n.3, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/94HTCtXHwtVfGQRwsTfvXGH/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 13/10/2023.

SOUZA, L.M. M. de. **A função gerencial do enfermeiro na atenção primária à saúde: revisão integrativa**. 2019. 13 f. Trabalho de Conclusão de Residência (Programa de Residência em Área Profissional da Saúde) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2019. Disponível em: <<https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/24415/1/Fun%C3%A7%C3%A3oGerencialEnfermeiro.pdf>>. Acesso em 20/05/2023.

TOSO, B. R. G. de O.; FUNGUETO, L.; MARASCHIN, M. S.; TONISI, N. S. Atuação do enfermeiro em distintos modelos de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 130, p. 666–680, jul. 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ShNmkyMzhTVcBDfYYPYgYVF/?lang=pt>>. Acesso em 20/05/2023.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Ministério da Saúde. **Qualidade de dados em registro de Atenção Primária à Saúde [recursos eletrônicos]**: curso para enfermeiros, médicos e odontólogos. / Universidade Federal de Minas Gerais. Ministério da Saúde. 1. ed. Belo Horizonte: UFMG; MS, 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/09/GUIA_EAD_Qualidade_dados_Nivel_superior.pdf>. Acesso em 23/09/2023.

7 ANEXOS

ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ**

PROPPEX – Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

**PREVINE BRASIL: CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com o responsável pela pesquisa. Obrigado pela atenção, compreensão e apoio.

Eu, _____
_____ residente e domiciliado
_____,
portador da Carteira de Identidade, RG nº _____ nascido (a) em
____/____/_____, concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário da pesquisa **Previne Brasil: Conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família**. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente que:

1. O objetivo geral deste estudo é analisar o conhecimento dos profissionais de nível superior atuantes na Estratégia Saúde da Família sobre os indicadores do Programa Previne Brasil em um município do interior de Santa Catarina;

2. Essa pesquisa mostra-se de grande importância para o profissional gerente vislumbrar a realidade encontrada e propor soluções de melhoria. Através de ações de educação permanente para capacitar os profissionais atuantes nas unidades de saúde, ou mudanças estratégicas que garantam o bom desempenho nos indicadores propostos no programa Previne Brasil.
3. Participarão da pesquisa os indivíduos que atenderem aos seguintes critérios de inclusão: os profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas atuantes na ESF, em pleno exercício de suas funções na época da coleta de dados, que aceitem livre e espontaneamente participar do estudo. Como critérios de exclusão registra-se: os profissionais que não aceitem participar da pesquisa, bem como os profissionais que estiverem afastados de suas atividades laborais, por motivo de férias ou licenças no momento da realização da coleta de dados. Serão realizadas no máximo 3 tentativas de contato com o profissional, excedendo o número de tentativas o profissional será excluído do estudo.
4. Para conseguir os resultados desejados, a pesquisa será realizada por meio de um roteiro de entrevista, previamente validado, através de Pré-Teste, questionando características e perfil dos profissionais atuantes, níveis de formação, tempo de atuação na ESF, bem como perguntas direcionadas ao conhecimento e prática dos profissionais sobre os indicadores do programa Previne Brasil, buscando contemplar e atingir todos os objetivos propostos para esse estudo. A coleta de dados será individualizada em um ambiente privado, e a confidencialidade e o anonimato dos participantes serão protegidos.
5. O risco para os participantes deste estudo é mínimo, porém considera-se o risco de constrangimento para os profissionais de saúde ao responderem a entrevista de coleta de dados. Para minimizar esse risco, a coleta de dados será individualizada em um ambiente privado, e a confidencialidade e o anonimato dos participantes serão protegidos. Os instrumentos de coleta de dados serão numerados na ordem em que os dados forem coletados, e esse número (P1, P2, P3,...) substituirá o nome do participante.
6. Como benefício desta pesquisa, destaca-se a oportunidade de verificar o conhecimento dos profissionais sobre os indicadores do programa Previne Brasil, identificando possíveis limitações e promovendo subsídios para intervenção por parte dos gestores municipais de saúde. Além disso, espera-se contribuir para que a equipe de saúde compreenda a importância da sua atuação para o alcance das metas propostas pelo programa.
7. Se houver algum problema ou necessidade, ou caso haja desconforto a entrevista poderá ser interrompida a fim de procedermos à escuta atenta das razões que o fazem se sentir assim, e só retomaremos a entrevista quando você se sentir à vontade para continuar. O pesquisador se compromete a fornecer suporte emocional, mediante a indicação e agendamento de acompanhamento por profissional de saúde na Clínica de Psicologia do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí (UNIDAVI), no município de Rio do Sul, em Santa Catarina; caso eu sinta qualquer desconforto ou constrangimento que possa estar relacionado à participação na pesquisa. Se eu julgar necessário, a entrevista será interrompida por tempo indeterminado, até me considerar restabelecido emocionalmente para o término da entrevista.

8. Se, no transcorrer da pesquisa, eu tiver alguma dúvida ou por qualquer motivo necessitar posso procurar a Ms Rosimeri Geremias Farias responsável pela pesquisa no telefone (47) 3531-6077, ou no endereço Rua Guilherme Gemballa, 13 - Jardim América, Rio do Sul - SC, 89160-932.
9. Caso venha a surgir alguma dúvida ou necessidade de mais informações em relação à pesquisa ou ainda, no caso da disposição em revogar sua participação, poderá entrar em contato pelos telefones ou e-mails:
Rosimeri Geremias Farias: rosimeri@unidavi.edu.br; (47) 3531-6077.
Ruan Guilherme Hoepers, ruan.hoepers@unidavi.edu.br ; (47) 99240-4578.
10. A participação é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento pelo entrevistado.
11. Tenho a liberdade de não participar ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação. A desistência não causará nenhum prejuízo a minha saúde ou bem estar físico.
12. As informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e em caso de divulgação em publicações científicas, os meus dados pessoais não serão mencionados. Serão utilizados nomes fictícios, respeitando os princípios contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Posteriormente, as informações serão organizadas, analisadas, divulgadas e publicadas.
13. Caso eu deseje, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados ao final desta pesquisa através do repositório de Trabalhos de Conclusão de Cursos (TCC) do Centro Universitário para Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí (UNIDAVI) ou na Mostra Acadêmica de Enfermagem.
14. Não receberei nenhum ressarcimento ou indenização para participar desta pesquisa.

DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecido (a) pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar (ou que meu dependente legal participe) desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

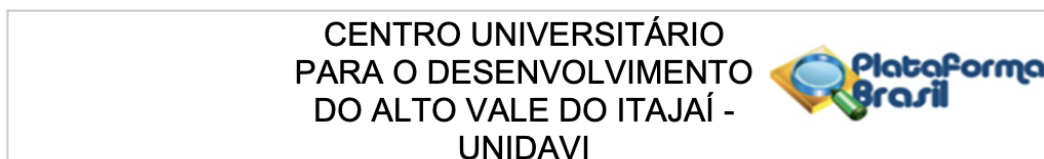
Rio do Sul, ____ de _____ de 2023.

(Nome e assinatura do sujeito da pesquisa e/ou responsável legal)

Responsável pelo projeto: Rosimeri Geremias Farias – Coordenadora do Curso de Bacharelado em Enfermagem e Coordenadora do Núcleo de Práticas da Saúde do Centro Universitário para Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí - 74.762 COREN/SC Endereço para contato: Rua Guilherme Gemballa, 13 - Jardim América, Rio do Sul - SC, 89160-932. Telefone para contato: (47) 3531-6077 ; E-mail: rosimeri@unidavi.edu.br.

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa da UNIDAVI: Rua Dr. Guilherme Gemballa,13 – Caixa Postal 193 - Centro – 89.160-000 – Rio do Sul - PROPPEX - Telefone para contato: (47) 3531- 6026. etica@unidavi.edu.br.

ANEXO II - PARECER CONSUBSTANCIADO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA****Título da Pesquisa:** PREVINE BRASIL: conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família**Pesquisador:** Rosimeri Geremias Farias**Área Temática:****Versão:** 1**CAAE:** 70216923.6.0000.5676**Instituição Proponente:** FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 6.145.962**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que utilizará como técnica de coleta de dados a pesquisa de campo baseada em entrevistas. A população deste estudo foi definida mediante os objetivos do estudo e delimitadas conforme verificação no Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde (CNES) das unidades participantes do município de _____ sendo selecionados médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas por estarem diretamente envolvidos com a temática em questão. Para a análise dos dados, serão utilizados a teoria de Alcance de Metas de Imogene King e os elementos da análise de conteúdo de Bardin. Espera-se com essa pesquisa compreender o conhecimento dos profissionais de saúde atuantes na Estratégia de Saúde da Família, do município em questão, sobre os indicadores do programa Previne Brasil, identificando potencialidades e limitações das equipes, reforçando a importância desses conhecimentos para os profissionais, com vistas o alcance das metas do Previne Brasil. Estima-se 63 participantes de pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:**Objetivo Geral:**

Analisar o conhecimento dos profissionais de nível superior atuantes na Estratégia Saúde da Família sobre os indicadores do Programa Previne Brasil em um município do interior de Santa Catarina.

Endereço: DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13	CEP: 89.160-932
Bairro: JARDIM AMERICA	
UF: SC	Município: RIO DO SUL
Telefone: (47)3531-6026	E-mail: etica@unidavi.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO
PARA O DESENVOLVIMENTO
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ -
UNIDAVI**



Continuação do Parecer: 6.145.962

Objetivos Específicos:

Verificar o conhecimento dos profissionais acerca dos indicadores do Previne Brasil;
Identificar o reconhecimento por parte dos profissionais das metas propostas pelo Previne Brasil;
Averiguar a conduta dos profissionais no registro dos procedimentos de forma que os dados se transformem em informações;
Conhecer a opinião dos profissionais sobre o impacto do seu trabalho no alcance dos indicadores propostos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O risco para os participantes deste estudo é mínimo, porém considera-se o risco de constrangimento para os profissionais de saúde ao responderem a entrevista de coleta de dados. Para minimizar esse risco, a coleta de dados será individualizada em um ambiente privado, e a confidencialidade e o anonimato dos participantes serão protegidos. Os instrumentos de coleta de dados serão numerados na ordem em que os dados forem coletados, e esse número (P1, P2, P3,...) substituirá o nome do participante. Caso algum participante sintam-se lesado devido esse constrangimento, o Núcleo de Estudos Avançados em Psicologia (NEAP) do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí, através de autorização de sua coordenadora, disponibilizará atendimento a estes profissionais.

Benefícios:

Como benefício desta pesquisa, destaca-se a oportunidade de verificar o conhecimento dos profissionais sobre os indicadores do programa Previne Brasil, identificando possíveis limitações e promovendo subsídios para intervenção por parte dos gestores municipais de saúde. Além disso, espera-se contribuir para que a equipe de saúde compreenda a importância da sua atuação para o alcance das metas propostas pelo programa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para a área do estudo proposto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados dentro dos preceitos éticos.

Recomendações:

Sugere-se a publicação dos resultados após finalização da pesquisa.

Endereço: DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13
Bairro: JARDIM AMERICA **CEP:** 89.160-932
UF: SC **Município:** RIO DO SUL
Telefone: (47)3531-6026 **E-mail:** etica@unidavi.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO
PARA O DESENVOLVIMENTO
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ -
UNIDAVI**



Continuação do Parecer: 6.145.962

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do Exposto e de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012, Resolução CNS nº 510 de 2016 e Norma Operacional nº 001 de 2013, o Comitê de Ética - CEP Unidavi manifesta-se pela aprovação sem restrições éticas do protocolo de pesquisa proposto, apto para o início da coleta de dados. Ao término da pesquisa deverá ser submetido o Relatório Final via Plataforma Brasil.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do Exposto e de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012, Resolução CNS nº 510 de 2016 e Norma Operacional nº 001 de 2013, o Comitê de Ética - CEP Unidavi manifesta-se pela aprovação sem restrições éticas do protocolo de pesquisa proposto, apto para o início da coleta de dados. Ao término da pesquisa deverá ser submetido o Relatório Final via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2151225.pdf	01/06/2023 08:52:43		Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	01/06/2023 08:51:35	Rosimeri Geremias Farias	Aceito
Declaração de concordância	conformidade.pdf	30/05/2023 20:06:56	Ruan Guilherme Hoepers	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_final.pdf	30/05/2023 19:53:12	Ruan Guilherme Hoepers	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	29/05/2023 21:41:11	Ruan Guilherme Hoepers	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	29/05/2023 21:40:32	Ruan Guilherme Hoepers	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_final.pdf	29/05/2023 21:39:07	Ruan Guilherme Hoepers	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_utilizacao_dados.pdf	29/05/2023 21:38:11	Ruan Guilherme Hoepers	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_anuencia.pdf	29/05/2023 21:34:30	Ruan Guilherme Hoepers	Aceito
Outros	declaracao_neap.pdf	29/05/2023	Ruan Guilherme	Aceito

Endereço: DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13

Bairro: JARDIM AMERICA

CEP: 89.160-932

UF: SC

Município: RIO DO SUL

Telefone: (47)3531-6026

E-mail: etica@unidavi.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO
PARA O DESENVOLVIMENTO
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ -
UNIDAVI**



Continuação do Parecer: 6.145.962

Outros	declaracao_neap.pdf	21:34:15	Hoepers	Aceito
--------	---------------------	----------	---------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DO SUL, 27 de Junho de 2023

**Assinado por:
JOSIE BUDAG MATSUDA
(Coordenador(a))**

Endereço: DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13
Bairro: JARDIM AMERICA **CEP:** 89.160-932
UF: SC **Município:** RIO DO SUL
Telefone: (47)3531-6026 **E-mail:** etica@unidavi.edu.br

8 APÊNDICES

APÊNDICE I - ROTEIRO DE ENTREVISTA

		CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE DO ITAJAÍ PROPPEX – Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP ROTEIRO DE ENTREVISTA	
PREVINE BRASIL: CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA			
IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO			P: _____
Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino	Idade: _____
Profissional	<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Enfermeiro	<input type="checkbox"/> Cirurgião-Dentista
Nível de formação	<input type="checkbox"/> Graduação	<input type="checkbox"/> Pós-Graduação	<input type="checkbox"/> Residência
Área da Pós-Graduação/Residência			
Tempo de Atuação na ESF			

ROTEIRO DE PERGUNTAS
1. Você já ouviu falar do Programa Previne Brasil? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Obs: Se resposta afirmativa na questão anterior, responda a questão número 2 e pule para a número 4. Caso resposta negativa, continue o instrumento a partir da pergunta 3.
2. Do que se trata o Programa Previne Brasil?
<p>Sabendo que o Programa Previne Brasil, altera de forma estrutural a lógica de financiamento e organização da política de saúde de Atenção Primária e aporta as seguintes mudanças: extingue os pisos fixo e variável (PAB); introduz repasses pelo cadastro de usuários na unidade; e estabelece uma nova forma de pagamento por desempenho, substituindo o antigo PMAQ. Essa estratégia de Avaliação de Desempenho propõe indicadores específicos a serem cumpridos pelas Equipes para que os recursos financeiros sejam repassados ao município.</p>
3. Como você entende que está organizado a forma de financiamento da Atenção Primária?
<p>Sabendo que o financiamento da Atenção primária à Saúde (APS) é calculado com base em 4 componentes: Captação ponderada; Pagamento por desempenho; Incentivo financeiro com base em critério populacional e Incentivos para ações estratégicas.</p>
4. Descreva quais são os Indicadores de Desempenho propostos pelo Programa Previne

Brasil?
5. De que forma você acredita que os indicadores do Previne Brasil são mensurados? Quais são as metas pactuadas?
6. De que forma você como profissional acompanha os indicadores/metras do Programa Previne Brasil?
7. Como você acredita que o seu trabalho contribui diretamente para que sejam atingidos as metas propostas pelo programa Previne Brasil?
8. Selecione entre as alternativas abaixo aquelas que ilustram da melhor maneira a forma como você realiza os registros dos seus atendimentos.
8.1 Você Seleciona algum grupo de atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
8.2 Você utiliza classificação do CID e/ou SIAP? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
8.3 Você realiza o lançamento de algum procedimento (código) ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
8.4 Você faz a requisição do exame de Hemoglobina Glicada para os Diabéticos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
8.5 Você faz a requisição do exame Preventivo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
8.6 Você realiza o registro do resultado dos exames? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
8.7 Você realiza o registro da verificação de Pressão Arterial? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
8.8 Você verifica o esquema vacinal de crianças e encaminha para a vacinação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
9. Você tem conhecimento se foi realizado algum treinamento ou ação de educação permanente relacionado ao tema? Você chegou a participar de algum? Quem promoveu a ação?

10. Na sua opinião, qual a contribuição da Equipe de Saúde da Família para o atingimento das metas propostas pelo programa Previne Brasil?
11. Na sua opinião, como você pode contribuir para o alcance geral das metas dos indicadores do Programa Previne Brasil?

EXCLUSIVO PARA CIRURGIÃO DENTISTA
12. Por que dentro da sua prática profissional você acredita que o percentual de gestantes com consulta odontológica durante o pré-natal foi selecionado como um indicador do Previne Brasil?
13. Quais são as estratégias utilizadas para garantir o acompanhamento odontológico das gestantes durante o Pré-Natal?

EXCLUSIVO PARA MÉDICOS E ENFERMEIROS
14. Dentre os indicadores do Previne Brasil, elenque os diretamente relacionados ao seu processo de trabalho?
15. Como você organiza o seu trabalho diário com vistas ao alcance desses indicadores?