

Programa Previne Brasil: análise do processo de implementação em um município da região Sul

Previne Brasil Program: analysis of the implementation process in a Southern region county

Ester Cano Rodrigues¹, Leonardo Dresch Eberhardt²

DOI: 10.1590/2358-289820241408385P

RESUMO Em 2019, o Ministério da Saúde lançou uma nova política de financiamento da Atenção Básica, o Programa Previne Brasil, que tem exigido a adaptação pelos municípios. O objetivo do presente estudo é analisar a implementação do Programa Previne Brasil em um município do Sul do País. A metodologia caracteriza-se como análise de políticas públicas, por meio de entrevistas e análise documental. Os resultados foram organizados em seis subtemas: lei municipal e comissão de avaliação e monitoramento do Programa; sistema de gratificações; mudanças no processo de trabalho; principais dificuldades enfrentadas; participação social; e expectativas futuras para a Atenção Básica. No processo de implementação do Programa Previne Brasil, observam-se mudanças significativas no trabalho das equipes, estimuladas pelo estabelecimento de metas e indicadores, e pelo repasse dos recursos aos profissionais na forma de gratificações individuais. Ao adotarem uma perspectiva gerencialista, as mudanças no financiamento da Atenção Básica apontam para o distanciamento em relação aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde como universalidade, integralidade e participação da comunidade. A implementação do programa em âmbito municipal pode induzir à focalização de ações em saúde, à relativização da análise local da situação de saúde e à centralização do processo de planejamento.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Financiamento da assistência à saúde. Política de saúde.

ABSTRACT *The Brazilian Health Ministry launched in 2019 a new financing policy for Primary Health Care, Previne Brasil Program, which has required municipalities to adapt. The research aim is to analyze the implementation of the Previne Brasil Program in a southern region county. Characterized as an analysis of public policies, the methodology included interviews and document analysis. The results were organized into six sub-themes: municipal law and the Program's evaluation and monitoring commission; bonus system; changes in work processes; main difficulties; social participation; and future expectations for Primary Health Care. During the implementation of the Previne Brasil Program, significant changes can be observed in the work processes, stimulated by the goals and indicators established, and also by the transfer of resources to professionals through individual bonuses. By adopting a managerial perspective, the changes in the financing of Primary Health Care point to the detachment in relation to the Unified Health System principles and guidelines, such as universality, integrality and social participation. The Program's implementation at municipal level can lead to the focusing of health actions, relativization of the local analysis of health situation and centralization of the planning processes.*

KEYWORDS *Primary Health Care. Healthcare financing. Health policy.*

¹Universidade do Contestado (UNC) - Mafra (SC), Brasil.

²Universidade do Contestado (UNC) - Canoinhas (SC), Brasil.
leonardodeberhardt@gmail.com



Introdução

O financiamento, considerado um elemento fundamental dos sistemas de saúde, é voltado para subsidiar as ações e serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção, entre eles a Atenção Primária à Saúde ou Atenção Básica (AB), a qual é pautada em atributos como o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado¹.

O processo de descentralização do sistema de saúde na década de 1990, cujo principal marco é a publicação das Normas Operacionais Básicas (NOB)², desencadeou modificações na transferência intergovernamental de recursos para o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1997, foi criado o Piso da Atenção Básica (PAB), composto por duas partes: 1) o PAB fixo, com repasse de um valor *per capita* nacional conforme a população do município; e 2) o PAB variável, como estímulo à adesão ao Programa de Agentes Comunitários em Saúde (Pacs), ao Programa de Saúde da Família (PSF), às ações de vigilância em saúde, entre outros^{3,4}.

Entre os principais marcos do financiamento do SUS podem ser citadas: a) a aprovação da Emenda Constitucional 29, em 2000, que assegurou a participação das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) no financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde e definiu um aporte anual mínimo de recursos⁵; b) a Lei Complementar nº 141 de 2012, que desvinculou o gasto com saúde por parte da União em relação à evolução do Produto Interno Bruto do País, ou seja, o crescimento da economia brasileira não seria mais repassado, automaticamente, para a saúde⁶; e c) a Emenda Constitucional nº 95, de 2016 (EC 95), que congelou o gasto público com políticas sociais por 20 anos.

Além disso, em 2011, o financiamento da AB passou a ser complementado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), integrando o 'componente de qualidade' do PAB variável⁷. Envolvendo quatro fases (adesão,

desenvolvimento, avaliação externa e reconstrução), o PMAQ-AB buscava garantir um padrão de qualidade nacional para AB, bem como permitir maior transparência e efetividade nas ações governamentais e subsidiar ações de planejamento e gestão do SUS⁸.

Posteriormente, a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi instaurada em 2017, em um contexto que envolveu a adoção de políticas neoliberais de ajuste fiscal. A PNAB 2017 apresenta potenciais prejuízos, dentre os quais o reforço à AB tradicional, a relativização da importância do Agente Comunitário em Saúde (ACS), a segmentação do cuidado e a relativização da cobertura das ações⁹⁻¹¹.

Após a revisão da PNAB, o governo federal lançou em 2019 o Programa Previnir Brasil (PPB), nova política de financiamento da AB, introduzindo como critérios de cálculo para o repasse financeiro: 1) a captação ponderada, relativa ao número de usuários registrados em âmbito municipal; 2) a avaliação de desempenho, baseada no alcance de metas quantitativas; e 3) as ações estratégicas¹².

As metas quantitativas que compõem a avaliação de desempenho do PPB consideram sete indicadores relacionados às ações estratégicas de pré-natal, saúde da mulher, saúde da criança e doenças crônicas. São eles: 1) proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação; 2) Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; 3) proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; 4) proporção de mulheres com coleta de exame citopatológico; 5) proporção de crianças de um ano de idade vacinadas; 6) proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre; 7) proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre¹³.

Desde então, seguiu-se um debate na literatura acerca dos possíveis efeitos da modificação no financiamento da AB para os usuários,

trabalhadores e gestores do SUS. É possível identificar duas correntes principais nesse debate: de um lado, parte dos pesquisadores aponta retrocessos decorrentes da implantação do PPB, como a restrição de serviços ofertados aos usuários, a geração de desigualdades, a diminuição da resolutividade da AB e o reforço de um viés produtivista e gerencialista na gestão do SUS^{11,14}; de outro lado, pesquisadores alinhados à perspectiva governamental defendem que o PPB fortalece os princípios e conquistas históricas do SUS, com ampliação das equipes que recebem recursos financeiros e mensuração de princípios e atributos específicos da AB através de instrumentos modernos e robustos^{15,16}.

Conforme Morosini, Fonseca e Baptista¹¹⁽¹⁶⁾, “o financiamento tem poder de induzir as estratégias de mudanças pela alocação, restrição ou retirada de recursos”. No caso da AB, o financiamento é vital para o alcance do acesso universal dos sistemas de saúde¹⁷⁻¹⁹: maiores investimentos dos governos estão fortemente associados com melhores coberturas dos serviços²⁰. Isto é, a alteração nas bases do financiamento da AB pode significar mudanças no âmbito do planejamento, gestão e execução da política pública de saúde, envolvendo modificações nos processos de trabalho das equipes de AB e, em última instância, das condições de saúde da população. Tais mudanças podem significar uma maior aproximação ou distanciamento em relação aos princípios e diretrizes do SUS, como a universalidade, a integralidade e a participação da comunidade.

Entretanto, a literatura atual sobre o PPB, em geral, limita-se à análise das legislações, portarias e outros documentos oficiais relacionados à implantação do Programa em nível nacional. Com vistas a ampliar o debate acerca dos possíveis efeitos do PPB para os usuários, trabalhadores e gestores do SUS, incorporando elementos empíricos oriundos de pesquisa de campo, este estudo tem por objetivo analisar a implementação do PPB em um município localizado na região Sul do Brasil.

Metodologia

A presente pesquisa pode ser caracterizada como uma análise de políticas públicas em saúde²¹, principalmente na fase de implementação, pressupondo-se que a política se define “no nível concreto de sua execução”²²⁽²⁴⁾. A metodologia empregada também está relacionada à ‘avaliação em saúde’, na medida em que busca conhecer a relação entre a intervenção, por meio de um programa, e seu contexto de inserção na produção de determinados efeitos²³.

O estudo foi realizado em um município de médio porte, de economia agrícola e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) médio, localizado no Sul do Brasil. A rede de saúde localizada no município inclui treze Unidades de Saúde da Família, que garantem cobertura de 100% pela Estratégia Saúde da Família (ESF), um hospital geral de médio porte de caráter filantrópico, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), atenção pré-hospitalar e uma série de consultórios privados.

Os procedimentos de coleta de dados incluíram entrevistas semiestruturadas e análise documental. As entrevistas foram realizadas com quatro informantes-chave, indicados pela Comissão Municipal de Avaliação e Monitoramento do Programa Previne Brasil. As entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas. Os documentos consultados foram indicados pelos informantes e acessados no portal online do município.

A sistematização e análise de dados foi realizada de forma qualitativa tendo por referência a análise temática²⁴, buscando-se encontrar núcleos de sentido nas entrevistas e agrupando-os por categorias temáticas que emergiram do processo de análise e interpretação dos dados²⁵.

Ressalta-se que a pesquisa respeitou os preceitos éticos dispostos pelas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde^{26,27}, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Contestado (UNC) sob o

Certificação de Apreciação Ética (CAAE) nº 64146622.0.0000.0117. Os entrevistados consentiram livremente em participar da pesquisa mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para evitar a identificação dos entrevistados e proteger o sigilo das informações prestadas, optou-se por ocultar os nomes dos entrevistados, substituindo-os pelas expressões 'E1', 'E2' e assim por diante.

Resultados e discussão

A análise e interpretação dos resultados possibilitou a construção de categorias temáticas que refletem o processo de implementação do PPB no município em questão. Os temas levantados foram: 1) lei municipal e comissão de avaliação e monitoramento do PPB; 2) sistema de gratificações; 3) mudanças no processo de trabalho; 4) principais dificuldades enfrentadas; 5) participação social; e 6) expectativas futuras para a AB.

Em 2021, foi sancionada uma lei municipal que dispõe sobre a aplicação dos recursos oriundos do componente de avaliação de desempenho do PPB, a partir da reformulação de lei anterior, de 2018, voltada ao pagamento de gratificações vinculadas ao PMAQ-AB. A lei estabelece a responsabilidade da Comissão Municipal de Avaliação e Monitoramento do PPB pelo acompanhamento do repasse dos recursos. A Comissão é composta por seis representantes da Secretaria Municipal de Saúde, por indicação do secretário, pelo coordenador do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf) e pelo coordenador da AB.

De caráter permanente e nomeada pelo poder executivo, a Comissão é presidida pelo coordenador da AB e orientada por regimento interno. Entre as atribuições da Comissão estão: a elaboração e atualização periódica do instrumento de avaliação dos funcionários; o monitoramento e divulgação do alcance dos indicadores do PPB; a aplicação e avaliação interna individual dos servidores; e o acompanhamento do recebimento e repasse dos recursos.

Em seu artigo segundo, a Lei²⁸ estabelece que o recurso recebido a título de pagamento por desempenho:

Será integralmente destinado para gratificação dos funcionários da Atenção Primária à Saúde de acordo com o valor recebido pelo alcance dos indicadores e avaliação interna²⁸⁽²⁾.

O recurso é recebido pelo município mensalmente, mas o valor é repassado para os servidores semestralmente: “o município *compila tudo, divide e aí [...] repassa para os funcionários*” (E3). Os valores são repassados em folha de pagamento e estão disponíveis no portal da transparência municipal.

Conforme um dos entrevistados:

Esse recurso específico de desempenho a gente utiliza para repassar como gratificação para os servidores. Mas, esse recurso não necessariamente precisa ser repassado, ele pode ser utilizado para o custeio da Atenção Básica. [...] E aí, o que foi feito? Foi feito, no município, para poder utilizar esse recurso, para repassar como gratificação, [...] uma lei municipal. (E2).

Ou seja, o repasse do pagamento por desempenho por meio de gratificações individuais é uma escolha tomada no âmbito da gestão municipal. Para a distribuição das gratificações, os profissionais vinculados à AB são submetidos à avaliação institucional individual conduzida pelo coordenador da unidade, de acordo com os indicadores do PPB e conforme instrumento interno constituído pelos critérios: ética, habilidade técnica, responsabilidade, trabalho em equipe, relacionamento, flexibilidade, compartilhamento de saberes, inovação, assiduidade e pontualidade. Os profissionais considerados insuficientes pela avaliação (nota inferior a 70%) não fazem jus ao recebimento do pagamento por desempenho ou gratificação.

Além disso, não recebem o repasse financeiro a título de gratificação os servidores com menos de seis meses, estagiários, contratados

temporariamente, participantes do Programa Mais Médicos, intercambistas e profissionais contemplados pelo Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab). Também não recebem a gratificação os servidores que, no período de seis meses, têm mais de 90 dias de afastamento por atestado médico ou licença. Os servidores com período de afastamento de 15 a 90 dias recebem valores proporcionais.

Segundo E3, tal procedimento é adotado para “conseguiu também filtrar os profissionais que não estão contribuindo para a vinda deste recurso”, uma vez que o trabalhador em afastamento “não contribui com a captação desses indicadores”. Assim, a legislação municipal, embora sob a justificativa de incentivo aos profissionais, adota uma perspectiva excludente e punitiva em relação aos trabalhadores que, por motivos de saúde e outros, necessitam de afastamento do trabalho ou que apresentam dificuldades no desenvolvimento das atividades de trabalho.

Conforme o E4,

A gratificação vem para a equipe. Então, às vezes acontecia de alguns profissionais daquela equipe trabalharem muito para tentar conseguir os indicadores e outros nem tanto. E a gente já imaginava que isso poderia acontecer. Quando a gente começou a perceber que isso estava acontecendo, a gente se antecipou para que dentro da lei tivesse um regimento, que a gente também como município pudesse avaliar esses profissionais, conforme cada atividade de cada profissional. A gente teve alguns problemas de início, assim, porque alguns profissionais achavam que iriam receber essa gratificação mesmo que não trabalhassem. E quando não aconteceu isso... Nossa! Foi bem complicado, assim, aquele momento, para que a gente conseguisse passar para eles que aquilo não era um pagamento fixo, era uma gratificação pelo desempenho do profissional, aí nós começamos a ter um pouco mais de reflexo em relação à mudança no comportamento de alguns profissionais, eles começaram a tentar realmente a chegar no indicador.

Portanto, as avaliações individuais, aliadas à distribuição dos recursos do pagamento por desempenho na forma de gratificação aos profissionais que cumprem os requisitos, possuem um caráter gerencialista²⁹, cujo centro está em elementos comportamentais dos servidores, visando corrigir supostas distorções na divisão do trabalho nas unidades. Nesse sentido, a gratificação pode ser compreendida como uma forma de salário indireto que funciona como instrumento de gestão da força de trabalho, em um sistema de recompensa pelo alcance de metas e pela adoção de comportamentos considerados adequados, visando promover a adesão dos trabalhadores ao PPB.

Essa lógica de gestão – na medida em que estimula a competitividade entre trabalhadores e equipes de trabalho e adota critérios comportamentais e de desempenho para conceder ou não recompensas financeiras, visando mobilizar subjetivamente o trabalhador para o alcance de metas estabelecidas pela gestão – remete ao que tem sido chamado na literatura de ‘gestão por performance’, ‘trabalho de alta performance’³⁰⁻³² ou ‘administração por estresse’³³, métodos que estão relacionados à intensificação do trabalho, à fragmentação de coletivos de trabalhadores e à geração de problemas de saúde. Como neste estudo não foram realizadas entrevistas com trabalhadores dos serviços, não foi possível identificar com detalhes os efeitos das práticas de gestão vinculadas ao PPB sobre os trabalhadores.

A mudança no modelo de financiamento inserida pelo PPB, aliada à escolha da gestão municipal por repassar os recursos de pagamento por desempenho via gratificação individual, implica mudanças no processo de trabalho das equipes de AB.

A partir da implementação do PPB, o planejamento das equipes de saúde passa a ser deslocado do atendimento às necessidades e demandas da população para o alcance das metas e indicadores:

[...] a gente sempre se baseou em montar o cronograma anual naquilo que era necessidade da população. Baseado em demanda. Aí, com o Previne, a gente deve pensar em formas de atingir a população, que são os indicadores. (E1).

Ainda conforme o entrevistado supracitado: *“[...] você tem que pensar em algo que você tem que atingir para o indicador do Previne, não exatamente o que a população quer” (E1).*

Quer dizer, o alcance das metas estabelecidas no PPB impõe um planejamento centralizado, com determinadas prioridades (pré-natal, gestantes, crianças, pessoas com hipertensão e diabetes) que podem não corresponder, necessariamente, aos problemas de saúde enfrentados no âmbito local. Isso remete à discussão acerca das necessidades ou demandas em saúde, com participação dos usuários do SUS na sua definição e priorização, isto é, a definição de necessidades de saúde não é apenas um procedimento técnico, mas, sobretudo, político³⁴⁻³⁷. Quando parte das necessidades e demandas expressadas pela população do território, consideradas como elemento central da vigilância em saúde, o processo de planejamento no SUS assume um caráter ascendente e participativo³⁸.

As mudanças na dimensão organizativa e funcional das equipes podem ampliar a “demanda reprimida”³⁹⁽²⁾, a exemplo dos casos complexos ou não contemplados nas métricas de avaliação do PPB. A centralização do processo de planejamento impõe a priorização da equipe de saúde sobre a parcela da população que ‘conta pontos’ para o recebimento de recursos financeiros, conforme relata E4:

A gente tem que se organizar focando um pouco mais nesses indicadores – hipertensos, diabéticos, gestantes, vacinação das crianças e dos exames preventivos citopatológicos, e sem tentar deixar de atender ainda às outras demandas. [...] Então a gente precisou acabar focando, porque isso influencia financeiramente o município.

Nesse sentido, a focalização das ações em saúde parece ser uma imposição e uma consequência do PPB. O depoimento a seguir aponta para a gratificação individual enquanto estímulo à focalização:

Isso [a gratificação] acaba incentivando os profissionais a tentar alcançar esses indicadores, porque querendo ou não ajuda muito, assim, essa parte financeira influencia muito, não dá para dizer que não. Então, os profissionais começaram a focar bastante nesses indicadores. (E4).

A questão que está subjacente ao maior ‘foco’ da equipe no alcance das metas estabelecidas para os indicadores se refere ao risco de desassistir a população que não se enquadra nos indicadores. Isso remete novamente ao debate acerca das necessidades de saúde: os problemas de saúde enfrentados pela população são muito mais amplos do que os sete indicadores do PPB. Assim, é possível contextualizar o PPB no âmbito dos processos em curso, desde os anos de 1990, de redução do investimento público e da implantação de um viés produtivista na gestão do SUS, com crescimento da prestação de serviços pelo setor privado e distanciamento da compreensão da saúde como direito social e dever do Estado^{40,41}. Com a redução no financiamento, impõe-se uma AB seletiva e focalizada em problemas com maior potencial de redução de indicadores de morbimortalidade e com melhor relação custo-benefício, em detrimento dos princípios da universalidade e da integralidade.

O viés produtivista está presente na própria estrutura do PPB, sobretudo no componente de avaliação de desempenho, em que é avaliada a ‘performance’ das equipes no alcance da produtividade exigida, por meio de indicadores de resultado – proporção da população-alvo atingida pelas ações em saúde. A crítica a esse viés, medido por métodos puramente quantitativos, é apresentada pelo E1:

[...] o Ministério [da Saúde] coloca tudo quantitativo, tudo relacionado à quantidade. Então essa parte do qualitativo é só o município que olha e que enxerga [...] é tão complexo, não é? A saúde de alguém. E aí você acaba reduzindo, e eu acho que o quantitativo faz isso.

A preocupação meramente ‘quantitativa’ desconsidera as especificidades do processo de trabalho na AB e oculta uma série de atividades que não se encaixam nos critérios avaliados, embora possuam extrema relevância no contexto da atenção integral à saúde no território. Isto é, há um ‘reducionismo’ na concepção do processo saúde-doença. E1 cita o seguinte exemplo:

Muitas vezes, a assistente social da equipe vai fazer um atendimento, [...] que ela levou 60 km para chegar, então foi a manhã toda quase, e as seis horas de trabalho dela para atender um caso [...] Só que tem um impacto grande, não é? Ele é [...] qualitativo, só que onde que isso aparece, não é? Aparece para nós, nós sabemos enquanto equipe, mas para o Ministério [da Saúde] ela atendeu uma pessoa. [...] porque às vezes os casos são bem complexos e se for de saúde mental, junto com uma questão nutricional, você precisa de outros pontos da rede, vai precisar do Caps [Centro de Atenção Psicossocial] [...], mas começou lá na Atenção Básica, só que é um caso que você ficou trabalhando uma semana inteira nele.

Portanto, o PPB e sua implementação se chocam com a perspectiva do cuidado integral em saúde^{42,43}, perspectiva que se contrapõe à lógica instrumental, produtivista e reducionista subjacente à proposta do PPB. Nesse âmbito, o PPB representa um retrocesso em relação ao PMAQ-AB, o qual incorporava uma gama maior de elementos que possibilitam uma avaliação mais ‘qualitativa’ nos processos de autoavaliação das equipes, de avaliação externa e de entrevista com os usuários.

Na percepção dos sujeitos da pesquisa, a principal dificuldade enfrentada pelas equipes de saúde da família é o alcance dos indicadores,

dificuldade que foi mais intensa nos períodos críticos da pandemia de Covid-19 no Brasil (2020 e 2021) e que demandou alterações nos processos de trabalho, por exemplo, com a suspensão das atividades em grupos de gestantes, hipertensos, diabéticos etc. Nesse período, os recursos foram repassados pelo Ministério da Saúde independentemente do alcance ou não das metas estabelecidas, com o sentido de não prejudicar ainda mais as equipes. Na percepção do E3, esse procedimento pode ter efeitos negativos: “*acredito que com isso os profissionais se acomodaram, sabe!? Desestimulou de eles irem atrás*”. No entanto, essa percepção acaba por reforçar a visão gerencialista de que a desmotivação dos trabalhadores seria explicada pela ausência de um sistema de pagamento por desempenho.

A principal preocupação da gestão municipal com relação ao processo de transição do modelo anterior de financiamento para o PPB se refere ao preenchimento correto dos prontuários eletrônicos. O preenchimento equivocado ou incompleto pode fazer com que o atendimento realizado ‘não suba’ para as instâncias superiores e, portanto, o indicador ‘se perde’ e não é revertido em pagamento por desempenho, ou seja, o município e as equipes perdem recursos. Para contornar esse problema, a gestão tem investido na realização de treinamentos e capacitações para os profissionais das unidades.

E1 aponta outra dificuldade enfrentada pelas equipes:

[...] Tem gestante da área central, especialmente, a gente tem bastante, não é? Que é a área que acaba tendo mais plano de saúde, usando mais a rede privada, elas estão [...] na nossa epidemiologia, só que elas não vêm para a unidade [...] E não atinge não é porque eu não quero atingir, é porque a pessoa faz uma escolha.

Isto é, os usuários de planos de saúde ou da rede privada, que embora não frequentem a unidade de saúde da família, são incorporados normalmente no cálculo da população adscrita

considerada para o repasse dos valores do PPB, levando a uma dificuldade adicional no alcance das metas dos sete indicadores.

Em relação à participação social, princípio fundamental do SUS, nota-se a ausência de controle social no planejamento, gestão e operacionalização do PPB em âmbito municipal. Por exemplo, não há representante da comunidade na Comissão Municipal de Avaliação e Monitoramento do PPB, que conta apenas com representantes da gestão municipal e dos profissionais de saúde. A participação social se dá de forma indireta, quando questões referentes aos PPB tramitam pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS). A limitada participação social no município reproduz os processos de alteração PNAB e implantação do PPB em âmbito nacional, realizados em pouco tempo, em um contexto de instabilidades político-econômicas e fruto de disputas travadas no campo da gestão interfederativa⁴⁴.

As expectativas futuras em relação à continuidade da implantação do PPB nos anos subsequentes se concentram em dois pontos. Em primeiro lugar, há a expectativa de ampliação dos indicadores, para além dos sete indicadores estabelecidos inicialmente e incorporando outros problemas de saúde: “*Não tem nada oficial, mas a gente, assim, pelos rumores de fóruns que a gente participa é [...] a saúde mental e a obesidade*” (E3).

Em segundo lugar, há a expectativa de evoluir no alcance das metas da avaliação de desempenho e de manter o montante de valores captados pelo município. Na percepção dos entrevistados, a mudança no modelo de financiamento não modificou, de imediato, o montante de recursos repassados ao município para o custeio da AB:

na verdade, o quantitativo em si não alterou muito, só mudou mesmo a forma do repasse, impacta para nós de acordo com o que a gente consegue registrar, captar. (E2).

Em contrapartida, a literatura registra o risco de ‘desfinanciamento’ do SUS nos

próximos anos em decorrência das alterações na política de saúde brasileira a partir da EC 95, de 2016, da PNAB, de 2017 e, mais recentemente, do PPB^{9,11,14}. Cenário preocupante, pois há uma forte associação entre maiores investimentos na AB e a universalidade do acesso, com melhor cobertura dos serviços²⁰.

Registra-se a similaridade do sistema de pagamento por desempenho do PPB com o ‘Performance Based-Financing’ (PBF), sistema de financiamento da Atenção Primária à Saúde incentivado pelo Banco Mundial^{45,46} e pela Organização Mundial da Saúde⁴⁷ e adotado internacionalmente em mais de 50 países de ‘renda baixa ou média’ na África, Ásia e América Latina^{18,48-55}. O PBF é um sistema de pagamento para prestadores de serviços, unidades de saúde, distritos sanitários e regiões de saúde baseado nas suas performances, medidas pela qualidade e quantidade de serviços prestados, com base em metas ou indicadores predefinidos. Nesse sistema, o pagamento em dinheiro ou bônus de performance é geralmente utilizado para cobrir custos dos serviços ou como incentivo para os profissionais⁵²⁻⁵⁴.

Em um contexto global que mantém altíssimas desigualdades em termos de recursos aplicados e acesso à saúde entre diferentes países^{19,20} e vinculado aos objetivos de desenvolvimento da Organização das Nações Unidas (ONU), o PBF parte da premissa de que a precariedade da Atenção Primária à Saúde nos países de ‘renda baixa ou média’ se deve, entre outros elementos, à baixa performance dos profissionais e serviços e à ausência de motivação dos trabalhadores da saúde⁵⁰.

O balanço do PBF efetuado pela literatura é contraditório. Ao mesmo tempo em que países ampliaram a cobertura e a qualidade de algumas ações em saúde, sobretudo voltadas para a saúde materno-infantil, a implantação do PBF também esteve relacionada com efeitos ‘indesejados’ em comparação com outros sistemas de financiamento^{18,46,48-55}. Por exemplo, no

estudo de Turcotte-Tremblay, Gali e Ridde⁵¹, alguns dos efeitos do PBF foram a fixação dos profissionais e serviços nos indicadores e nos registros em detrimento dos objetivos subjacentes relativos ao cuidado em saúde; a perseguição por indicadores de performance específicos, menos relevantes e descontextualizados; a manipulação deliberada de registros médicos e documentos para reportar uma quantidade e qualidade de cuidado diferente daquela efetivamente executada; atrasos nos pagamentos aos profissionais; insatisfação e desmotivação; diminuição da autonomia da gestão local e controle centralizado. Sem desconsiderar as diferenças de contexto, tais elementos dialogam com o caso aqui apresentado, referente à implementação do PPB, e apontam para possíveis efeitos deletérios do pagamento por desempenho no cuidado em saúde. Desta forma, a literatura acerca do PBF pode lançar luz sobre as questões levantadas durante a implementação do PPB e contribuir para sua problematização.

Cabe ressaltar que, no Brasil, as dificuldades financeiras enfrentadas pelos municípios remetem à discussão acerca da municipalização dos serviços de saúde na década de 1990, em um contexto desfavorável, de implantação de políticas neoliberais⁵⁶. A passagem da responsabilidade direta pelos serviços de saúde para as prefeituras não foi acompanhada da destinação de verbas públicas necessárias para garantir a manutenção e ampliação dos serviços, reproduzindo a defasagem entre a verba pública destinada ao consumo coletivo e as demandas e necessidades em saúde da população⁵⁷. Além disso, o teto de 60% da despesa municipal para custeio de força de trabalho, instaurado pela Lei de Responsabilidade Fiscal em 2000⁵⁸, representa um problema adicional na operacionalização das políticas sociais como a saúde, dependentes do trabalho vivo dos profissionais da saúde para sua execução⁵⁹⁻⁶¹.

Por fim, salienta-se que as críticas à implementação do PPB no caso apresentado não

devem ser confundidas com a negação da avaliação como parte fundamental dos serviços e sistemas de saúde. Repensar coletivamente os processos avaliativos e de financiamento da AB possibilita reorientar caminhos em direção ao cumprimento dos objetivos do sistema e, em última instância, melhorar a qualidade dos serviços e ações em saúde ofertados à população.

Alternativamente ao PPB, pode-se tomar o modelo tecnoassistencial ou modelo de atenção como ‘guia’ para os processos de financiamento e avaliação da AB, direcionando-os para os princípios e diretrizes do SUS, como a integralidade, a universalidade e a participação social^{62,63}. Como afirmam Silva Júnior e Mascarenhas⁶²⁽⁵¹⁸⁾, um dos objetivos da avaliação na AB seria o de “verificar a direcionalidade da construção do modelo tecnoassistencial em coerência com os princípios do SUS”. Nesse sentido, dimensões como o acolhimento, a construção de vínculos, a equipe de referência, a responsabilização, a continuidade e resolutividade do cuidado, a integralidade, a acessibilidade e a participação dos usuários deveriam ser trazidas para o centro do processo avaliativo, incorporando a percepção dos usuários dos serviços^{62,64}.

A atenção efetiva às necessidades de saúde existentes ou potenciais em cada território, conforme os conhecimentos e recursos disponíveis para a intervenção, deveria ser considerada o núcleo tanto da avaliação de qualidade na AB⁶², quanto da distribuição de recursos e financiamento⁶³. A avaliação deve incorporar, para além dos resultados das ações em termos de produtividade como propõe o PPB, também as dimensões de estrutura, processos e impactos, esta última uma dimensão fundamental, pois reflete a transformação do estado de saúde da população^{23,62}. Assim, uma possibilidade tanto para a avaliação normativa quanto para as pesquisas avaliativas é a utilização da triangulação de métodos⁶⁵ na medida em que propicia a “indagação aos múltiplos atores envolvidos no processo de atenção à saúde”⁶²⁽⁵¹⁸⁾.

Considerações finais

A análise empreendida no presente artigo, a partir de coleta de dados empíricos por meio de entrevistas e pesquisa documental, possibilitou o aprofundamento teórico e prático acerca da implementação do PPB e de seus efeitos para o processo de trabalho na AB. As mudanças na política de financiamento da AB, ao adotarem uma perspectiva gerencialista, produtivista e reducionista, apontam para o distanciamento em relação aos princípios e diretrizes do SUS. Tanto a modalidade de pagamento por desempenho quanto, especialmente, a focalização da atenção à saúde com a definição de um ‘pacote básico’ que exclui uma série de necessidades de saúde, podem limitar substancialmente os princípios da universalidade e da integralidade.

O PPB impõe uma reorganização do processo de trabalho das equipes para o alcance de metas e indicadores definidos no nível central, relativizando a importância da análise da situação de saúde em nível local e da participação social para o processo de planejamento, elementos a serem considerados no cuidado integral à saúde. Além disso, a gestão da força de trabalho é pautada por critérios quantitativos e produtivistas, e tende a punir e excluir os trabalhadores com desempenho considerado ‘inadequado’ por razões diversas. No caso apresentado, o PPB estimulou a incorporação de elementos da gestão empresarial nos serviços públicos de saúde, que são incompatíveis com a perspectiva do cuidado integral à saúde.

A substituição do teto de gastos estipulado na Emenda Constitucional nº 95/2016 pelo ‘novo arcabouço fiscal’ instituído pela Lei Complementar nº 200/2023 pode alterar o cenário do financiamento da AB. Contudo, o novo regime mantém o ajuste fiscal como diretriz principal, com o investimento em políticas sociais subordinado ao desempenho econômico e ao superávit primário das

contas públicas. Portanto, a tendência é que nos próximos anos permaneçam os desafios para a gestão do Ministério da Saúde no financiamento da AB. Esse cenário exige a retomada dos princípios e diretrizes do SUS e a revitalização das lutas sociais por saúde empreendidas pela própria população usuária do sistema em conjunto com os trabalhadores do SUS.

Os principais limites desta pesquisa dizem respeito, por um lado, à própria circunscrição territorial adotada, limitada ao estudo de caso de um município, o que pode impedir que alguns resultados sejam extrapolados para outros locais; e, por outro, a composição do grupo de participantes da pesquisa a partir de indivíduos que tiveram ou têm participação direta na gestão da AB e do PPB, ou seja, que têm uma visão endógena do processo de implementação do Programa. Essa composição impossibilitou avaliar e detalhar questões pertinentes como a percepção dos trabalhadores da AB sobre o PPB, os conflitos gerados na sua implementação e as repercussões da avaliação e do pagamento por desempenho sobre os trabalhadores. Nesse sentido, sugere-se a realização de pesquisas empíricas sobre a temática, incorporando a percepção de outros atores sociais, e o acompanhamento da implementação do PPB no âmbito municipal nos anos subsequentes, buscando compreender os impactos para as condições de saúde da população.

Colaboradores

Rodrigues EC (0000-0002-6412-4585)* contribuiu para a execução da pesquisa de campo, análise dos dados e redação do manuscrito. Eberhardt LD (0000-0002-8284-1668)* contribuiu para o planejamento da pesquisa e orientação da pesquisa de campo, análise de dados e redação do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev. Bras. Enferm.* 2013; 66(esp):158-64.
2. Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciênc. saúde coletiva.* 2001; 6(2):269-91.
3. Ugá MAD, Marques RM. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, organizadores. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 193-233.
4. Coelho KTR. Avaliação da formulação do Programa Previne Brasil. [monografia]. Brasília, DF: Instituto Serzedello Corrêa, Escola Superior, Tribunal de Contas da União; 2020.
5. Piola SF, Servo LMS, Sá EB, et al. Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde. In: Fundação Oswaldo Cruz. *A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial.* Rio de Janeiro: Fiocruz; Ipea; 2013. p. 19-70. (Vol. 4).
6. Coelho TCB, Scatena JHG. Financiamento do SUS. In: Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. *Rio de Janeiro: MedBook;* 2014. p. 271-86.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. *Diário Oficial da União.* 20 Jul 2011.
8. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Básica. Manual instrutivo para as equipes de atenção básica e NASF. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – terceiro ciclo (2015-2017). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
9. Mendes A, Carnut L, Guerra LDS. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate.* 2018; 42(esp1):224-43.
10. Morosini MVG, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate.* 2018; 42(116):11-24.
11. Morosini MVG, Fonseca AF, Baptista TWF. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carreira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cad. Saúde Pública.* 2020; 36(9):1-20.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 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 n.º 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União.* 13 Nov 2019.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota técnica n.º 11/2022 - SAPS-MS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022.
14. Massuda A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Ciênc. saúde coletiva.* 2020; 25(4):1181-8.
15. Harzheim E. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva.* 2020;25(4):1189-96.
16. Harzheim E, D’Ávila OP, Ribeiro DC, et al. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva.* 2020; 25(4):1361-74.
17. Brundtland GH. Public financing for primary health care is the key to universal health coverage and strengthening health security. *Lancet.* 2022; 10:602-3.

18. Innocent Y, Kang S, Konlan KD. The factors that influence performance-based financing in primary health care provision in Muramvya province, Burundi. *J. Glob. Health Sci.* 2023; 5(1):1-9.
19. Hanson K, Balabanova D, Brikci N, et al. Financing primary health care in low- and middle-income countries: a research and policy agenda. *J. health serv. res. policy.* 2023; 28(1):1-3.
20. Moosa S. Financing and payment reforms for primary health care and universal health care in Africa. *Afr. j. prim. health care fam. med.* 2022; 14(1):1-2.
21. Mattos RA, Baptista TWF, organizadores. Caminhos para análise das políticas de saúde. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2015.
22. Baptista TWF, Rezende M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: Mattos RA, Baptista TWF, organizadores. Caminhos para análise das políticas de saúde. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2015. p. 221-59.
23. Hartz ZMA, Silva LMV. Avaliando a implantação das intervenções em saúde: novas contribuições. In: Hartz ZMA, Silva LMV, organizadores. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 11-13.
24. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
25. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
26. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União. 12 Dez. 2012.
27. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Diário Oficial da União. 24 Maio 2016.
28. Mafra. Prefeitura Municipal. Lei nº 4.528 de 19 de maio de 2021. Diário Oficial dos Municípios de Santa Catarina. 20 Maio 2021.
29. Secchi L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. *Rev. Adm. Pública.* 2009; 43(2):347-69.
30. Pass S. Life on the line: exploring high-performance practices from an employee perspective. *Ind. Rel. Journ.* 2018; 48(5-6):500-17.
31. Heffernan M, Dundon T. Cross-level effects of high-performance work systems (HPWS) and employee well-being: the mediating effect of organisational justice. *Human Res. Manag. J.* 2016; 26(2):211-31.
32. Boxall P, Macky K. High-involvement work processes, work intensification and employee well-being. *Work, Empl. Soc.* 2014; 28(6):936-84.
33. Pina JA. Intensificação do trabalho, Taylor e administração por estresse. *Inter Vozes.* 2016; 1(1):56-65.
34. Campos CMS, Mishima SM. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. *Cad. Saúde Pública.* 2005; 21(4):1260-8.
35. Campos CMS, Bataiero MO. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. *Interface (Botucatu).* 2007; 11(23):605-18.
36. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Uerj, IMS; Abrasco; 2006. p. 117-30.
37. Stotz EN. Necessidades de saúde: conceito, valor, política. Uma revisão autocrítica. *Inter Vozes.* 2016; 1(1):66-75.
38. Tancredi FB, Barrios SRL, Ferreira JHG. Planejamento em saúde. São Paulo: USP, FSP; 1998.
39. Chávez GM, Rennó HMS, Viegas SMF. A inter-relação da demanda e acessibilidade na Estratégia Saúde da Família. *Physis: Rev. Saúde Col.* 2020; 30(3):1-20.
40. Rizzotto MLF. Focalização em saúde. In: Pereira IB,

- Lima FCF, organizadores. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, EPSJV; 2008. p. 221-5.
41. Rizzotto MLF, Campos GWS. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. *Saúde Soc.* 2016; 25(2):263-76.
42. Mattos RA. Cuidado prudente para uma vida decente. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS; Abrasco; 2006. p. 121-134.
43. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública.* 2004; 20(5):1411-6.
44. Almeida ER, Sousa ANA, Brandão CC, et al. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015-2017). *Rev. Panam. Salud Publica.* 2018; 42:1-8.
45. Fritsche GB, Soeters R, Meessen. *Performance-based financing toolkit*. Washington, DC: The World Bank; 2014.
46. De Walque D, Kandpal E, Wagstaff A, et al. Improving effective coverage in health: do financial incentives work? Policy Research Report. Washington, DC: The World Bank; 2022.
47. World Health Organization. *The world health report: health systems financing: the path to universal coverage*. Geneva: WHO; 2010.
48. Zeng W, Cros M, Wright KD, et al. Impact of performance-based financing on primary health care services in Haiti. *Health Policy Plan.* 2013; 28:596-605.
49. Mabuchi S, Sesan T, Bennett SC. Pathways to high and low performance: factors differentiating primary care facilities under performance-based financing in Nigeria. *Health Policy Plan.* 2018; 33:41-58.
50. Khanna M, Loevinsohn B, Pradhan E, et al. Decentralized facility financing versus performance-based payments in primary health care: a large-scale randomized controlled trial in Nigeria. *BMC Med.* 2021; 19(224):1-12.
51. Turcotte-Tremblay AM, Gali IAG, Ridde V. An exploration of the unintended consequences of performance-based financing in 6 primary healthcare facilities in Burkina Faso. *Int. J. Health Policy Manag.* 2022; 11(2):145-59.
52. Koulidiati JL, De Allegri M, Lohmann J, et al. Impact of Performance-Based Financing on effective coverage for curative child health services in Burkina Faso: evidence from a quasi-experimental design. *Tropical Med. Intern. Health.* 2021; 26(8):1002-13.
53. Duran D, Bauhoff S, Berman P, et al. The role of health system context in the design and implementation of performance-based financing: evidence from Cote d'Ivoire. *BMJ Global Health;* 2020; 5:1-10.
54. Jacobs E, Bertone MP, Toonen J, et al. Performance-based financing, basic packages of health services and user-fee exemption mechanisms: an analysis of health-financing policy integration in three fragile and conflict-affected settings. *Appl. health econ. health policy.* 2020; 18:801-10.
55. Ahmed T, Arur A, De Walque D, Shapira G. Incentivizing quantity and quality of care: evidence from an impact evaluation of performance-based financing in the health sector in Tajikistan. *Econ. dev. cult. change.* 2023; 71(2):1-69.
56. Rizzotto MLF. *Capitalismo e saúde no Brasil nos anos 90: as propostas do Banco Mundial e o desmonte do SUS*. São Paulo: Hucitec; 2012.
57. Valla VV. A construção desigual do conhecimento e o controle social dos serviços públicos de educação e saúde no Rio de Janeiro. *Logos.* 1993; 4:39-43.
58. Brasil. Presidência da República. Lei complementar n.º 101, de 04 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 5 Maio 2000.

59. Eberhardt LD, Carvalho M, Murofuse NT. Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná. *Saúde debate*. 2015; 39(104):18-29.
60. Silva EVM, Silva SF. O desafio da gestão municipal em relação à contratação da força de trabalho em saúde. *Divulg. saúde debate*. 2007; 40:7-12.
61. Martins MIC, Molinaro A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013; 18(6):1667-76.
62. Silva Júnior AG, Mascarenhas MTM. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro R, Silva Júnior AG, organizadores. *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: Cepesc; Uerj, IMS; Abrasco; 2010.
63. Silva DG, Mendes A, Carnut L. Integrative review on Primary Health Care financing in national health systems: ensuring access and equity. *Theoret. Econ. Let.* 2022; 12:1176-206.
64. Paula WKAS, Samico IC, Caminha MFC, et al. Avaliação da atenção básica à saúde sob a ótica dos usuários: uma revisão sistemática. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2016; 50(2):331-40.
65. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadoras. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

Recebido em 04/03/2023

Aprovado em 14/11/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Jamilli Silva Santos