

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO  
PAULO  
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS  
INSTITUTO DE SAÚDE**

**As mudanças das políticas orientadoras da  
atenção primária a saúde (APS) e o Programa  
Previne Brasil: os sentidos atribuídos pela  
gestão municipal de saúde**

**Sheila de Carvalho Zibordi**

**São Paulo/SP  
2023**

# **As mudanças das políticas orientadoras da atenção primária a saúde (APS) e o Programa Previnir Brasil: os sentidos atribuídos pela gestão municipal de saúde**

**Sheila de Carvalho Zibordi**

Dissertação apresentado ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para atender exigência de EXAME DE QUALIFICAÇÃO.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Mônica Martins de Oliveira Viana

Co-orientadora: Profa. Dra. Cláudia Malinverni

São Paulo  
2023

## FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca do Instituto de Saúde - IS

Z64 a

Zibordi, Sheila de Carvalho

As mudanças das políticas orientadoras da atenção primária à saúde (APS) e o Programa Previne Brasil: os sentidos atribuídos pela gestão municipal de saúde – São Paulo, 2023.

92 f.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Área de concentração: Gestão e Prática de Saúde

Orientador (a): Dra. Mônica Martins de Oliveira Viana

Co-orientador (a): Dra. Cláudia Malinverni

1. Atenção primária à saúde (APS) 2. Política nacional de atenção básica (PNAB) 3. Programa previne Brasil 4. Gestão municipal de saúde I. Viana, Mônica M. de O. II. Malinverni, Cláudia

CDD: 362.1068

A Deus, minha família, meus amigos  
A todos os trabalhadores do SUS.....

## Agradecimentos

Primeiramente a Deus, às minhas Santinhas queridas Santa Rita de Cássia e Nossa Senhora Rosa Mística, que espiritualmente me trilharam até aqui.

À minha mãe Roseli, minha maior incentivadora de vida, meu orgulho e meu espelho de mulher íntegra. Ela com certeza é a mulher mais guerreira que conheço! E foi quem me ensinou que o maior bem que possuímos na vida é o estudo.

Ao meu pai José Rubens (*in memoriam*), que sempre me incentivou em tudo e que estaria muito orgulhoso de mim. Mas tenho certeza que ele está vibrando por mim esteja onde estiver.

Aos meus irmãos Fabiano e Júnior, meus sobrinhos Luís Felipe, Gabriela e Sophia e à minha cunhada Alessandra, por serem presentes em todos os momentos da minha vida.

Ao meu companheiro Carlos Eduardo, que partilha a vida comigo, por me faz enxergar o quanto sou capaz e ter entendido minha ausência.

À Julia, que me fez mãe sem ter gestado.

Ao Alceu (meu filho de pelos), que assistiu bravamente a maior parte das aulas comigo e que hoje não está mais aqui. Saudades, Alceu.

À Pity (que veio depois do Alceu) e que me fez companhia, me deixando menos estressada quando eu lia, escrevia, lia, reescrevia minha dissertação.

Às minhas amigas, articuladoras da Atenção Básica do DRS 10 Piracicaba Any, Kelly e Adriana, que como eu trabalham com afinco no apoio aos municípios e que também me acalmaram e me aguentaram quando foi preciso.

Às minhas amigas e companheiras de sala, que me aguentaram e me fortaleceram para chegar até aqui, em especial a Elaine, articuladora da saúde da mulher, que encorajou (na verdade obrigou) a minha inscrição no processo seletivo do mestrado.

Às minhas queridas amigas Silvia, Tatiane, Michele, Gisele e Letícia, que mesmo distantes aguentaram os meus surtos quase que psicóticos (risos) por “whats” ou por telefone e me impulsionaram para frente nessa jornada.

Aos meus coordenadores da AB da Secretaria do Estado de São Paulo, por confiarem no meu trabalho, em especial Regina Bichaff.

Aos diretores de centro, DRS e CRS, por terem me liberado da jornada de trabalho para a realização deste mestrado. Em especial a Érica e Regiane.

Ao pessoal de Recursos Humanos do DRS, por terem me auxiliado no processo de dispensa.

Aos meus amigos e amigas de Piracicaba, por terem compreendido a minha ausência na hora do lazer.

Aos meus primos e primas, Gaby, Bia, Paula, Manu, Fábio, Tereza Cristina e João Victor, que mesmo longe torcem por mim e me incentivam sempre.

Ao Governo do Estado de São Paulo pela existência do Instituto de Saúde que contribui tanto para o SUS.

Aos meus anjos sem asas, minhas queridas orientadoras, Mônica e Cláudia, que acreditaram em mim, conviveram com as minhas ansiedades (que não foram poucas), me acolheram, me acalmaram nas fases mais difíceis e complicadas deste processo, e que foram muito gentis em socializar suas experiências em pesquisas e potencializaram minhas qualidades para chegar ao final desta etapa. Tenho certeza de que a amizade será para a vida toda.

Aos gestores municipais que aceitaram participar da pesquisa, sem os quais esta dissertação não aconteceria.

Aos meus colegas de mestrado, em especial a “turma do fundão”, Adriana, Alexandre, Lidiane e Vanessa, pela parceria de sofrimentos, alegrias, risos, choros, angústias, apoio, descontração e sonhos.

Por fim, a todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para a concretização deste aprendizado, estimulando-me tanto intelectual quanto emocionalmente.

ZIBORDI, SC. As mudanças das políticas orientadoras da atenção primária a saúde (APS) e o Programa Previne Brasil: os sentidos atribuídos pela gestão municipal de saúde [Dissertação de Mestrado]. Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2023

## RESUMO

**Objetivos:** O estudo visou compreender os sentidos atribuídos pela gestão municipal de saúde às normativas que regem a atenção primária à saúde (APS), considerando o contexto de mudanças produzidas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2017, e pelo Programa Previne Brasil, que se caracterizam pela flexibilização da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

**Métodos:** De natureza qualitativa, buscou entender como os gestores de cinco municípios que integram a Rede Regional de Atenção à Saúde de Piracicaba (RRAS 14) se posicionaram, frente a essas mudanças, para empreender o planejamento da oferta de serviços no âmbito da APS. Para tanto, empregou-se o quadro teórico-metodológico das práticas discursivas e produção de sentidos, utilizando mapas dialógicos para análise do *corpus*, formado a partir de entrevistas em profundidade realizadas com seis gestores municipais de saúde.

**Resultados:** A análise demonstrou que os gestores tendem a fazer uma associação direta entre as mudanças e o financiamento, sem incluir as diretrizes da PNAB, destacando o efeito de indução de políticas via distribuição de recursos financeiros. Nesse contexto, as medidas para o cumprimento das métricas impostas pelo Previne Brasil reproduzem o modelo neoliberal ao recorrerem à privatização do trabalho e instrumentos de gestão. Ainda assim, fica demarcado o empenho da gestão municipal em garantir a manutenção dos serviços e o acesso da população a eles. Ressaltam também o papel das articuladoras da atenção básica para conseguirem acessar o conhecimento sobre as normativas. **Conclusão:** A presente pesquisa apontou a complexidade da gestão municipal e a necessidade de que as diferentes formas de apoio aos gestores e às gestoras do SUS incluam a constituição de espaços de problematização voltados ao incremento da capacidade de análise e de intervenção desses atores na coprodução da autonomia.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde (APS). Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Programa Previne Brasil. Gestão Municipal de Saúde.

ZIBORDI, SC. Changes in policies guiding primary health care (PHC) and the Previne Brasil Program: the meanings attributed by municipal health management [Master's thesis]. Professional Master's Degree Program in Collective Health at the Health Institute, Human Resources Coordination. São Paulo: São Paulo State Health Department; 2023

## ABSTRACT

**Objectives:** The study aimed to understand the meanings attributed by municipal health management to the regulations governing primary health care (PHC), considering the context of changes produced by the National Primary Care Policy (PNAB), in 2017, and by the Previne Brasil Program, which are characterized by the flexibilization of the Family Health Strategy (ESF). **Methods:** This qualitative study sought to understand how the managers of five municipalities that make up the Piracicaba Regional Healthcare Network (RRAS 14) positioned themselves in the face of these changes in order to plan the provision of PHC services. To this end, we used the theoretical-methodological framework of discursive practices and the production of meanings, using dialogic maps to analyze the corpus, formed from in-depth interviews conducted with six municipal health managers. **Results:** The analysis showed that managers tend to make a direct association between changes and funding, without including the PNAB guidelines, highlighting the effect of inducing policies via the distribution of financial resources. In this context, the measures to comply with the metrics imposed by Previne Brasil reproduce the neoliberal model by resorting to the privatization of work and management tools. Even so, it is clear that the municipal administration is committed to guaranteeing the maintenance of services and the population's access to them. They also highlight the role of primary care coordinators in gaining access to knowledge about the regulations. **Conclusion:** This research pointed to the complexity of municipal management and the need for the different forms of support for SUS managers to include the creation of spaces for problematization aimed at increasing their capacity for analysis and intervention in the co-production of autonomy.

**Keywords:** Primary Health Care (PHC). National Primary Health Care Policy (PNAB). Previne Brasil Program. Municipal Health Management.

## Lista de Figuras

<b>Figura 1 - Distribuição das RRAS no Estado de São Paulo .....</b>	<b>54</b>
<b>Figura 2 - RRAS 14 .....</b>	<b>55</b>

## Lista de Quadros ou Tabelas

<b>Quadro 1</b> - Principais atribuições dos gestores SUS.....	42
<b>Quadro 2</b> - Histórico de cobertura e quantitativo de ESF e eAP das Regiões de Saúde do DRS 10 – Piracicaba, do estado de São Paulo e do Brasil, segundo competência abril/202.....	56
<b>Quadro 3</b> - Histórico de Cobertura e quantitativo de ESF e eAP da CIR de Rio Claro, segundo competência Abril/2023 .....	56
<b>Quadro 4</b> - Principais características das gestoras municipais de saúde entrevistadas .....	58

## Lista de Abreviaturas e Siglas

<b>AAB</b>	Articulador da atenção básica
<b>AB</b>	Atenção básica
<b>ACE</b>	Agentes comunitários de endemias
<b>ACS</b>	Agente comunitário de saúde
<b>ADAPS</b>	Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
<b>APS</b>	Atenção primária a saúde
<b>BID</b>	Banco Interamericano de Desenvolvimento
<b>CASAPS</b>	Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde
<b>CEP-IS</b>	Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde
<b>CGR</b>	Colegiado de Gestão Regional
<b>CIB</b>	Comissão Intergestora Bipartite
<b>CIR</b>	Comissão Intergestores Regional
<b>CIT</b>	Comissão Intergestores Tripartite
<b>CNES</b>	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>Conass</b>	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
<b>Conasems</b>	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
<b>Cosems</b>	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
<b>CPAS</b>	Centro de Planejamento e Ações a Saúde
<b>CRS</b>	Coordenadoria de Regiões de Saúde
<b>DRS</b>	Departamento Regional de Saúde
<b>EAP</b>	Expansão, consolidação e qualificação da atenção básica
<b>ESB</b>	Estratégia de Saúde Bucal
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>FMI</b>	Fundo Monetário Internacional
<b>FNS</b>	Fundo Nacional de Saúde
<b>GTAB</b>	Grupo Técnico da Atenção Básica
<b>LRF</b>	Lei de Responsabilidade Fiscal
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NASF</b>	Núcleos de Apoio a Saúde da Família

<b>NOAS</b>	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
<b>NOB</b>	Norma Operacional Básica
<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas
<b>OS</b>	Organizações sociais
<b>PAB</b>	Piso Nacional da Atenção Básica
<b>PACS</b>	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
<b>PDSUS</b>	Pacto em Defesa do SUS
<b>PEC</b>	Propostas de Emendas Constitucionais
<b>PG</b>	Pacto de gestão
<b>PHC</b>	Primary health care
<b>PMAQ</b>	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
<b>PMM</b>	Programa Mais Médicos
<b>PNAB</b>	Política Nacional da Atenção Básica
<b>PNH</b>	Política Nacional de Humanização
<b>PS</b>	Pacto pela Saúde
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>PV</b>	Pacto pela Vida
<b>RAS</b>	Redes de Atenção à Saúde
<b>RRAS</b>	Rede Regional de Atenção à Saúde de Piracicaba
<b>SES-SP</b>	Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UHC</b>	Universal Health Coverage

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>CAPÍTULO 1 – PERCURSO NORMATIVO DA POLÍTICA DA ATENÇÃO BÁSICA.....</b>	<b>19</b>
1.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA E O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE .....	24
<b>CAPÍTULO 2 – O DESMONTE DA ATENÇÃO BÁSICA .....</b>	<b>28</b>
2.1 PNAB 2017 E PROGRAMA PREVINE BRASIL, PONTOS DE INFLEXÃO .....	29
<b>CAPÍTULO 3 – A DESCENTRALIZAÇÃO E O PAPEL DA GESTÃO MUNICIPAL .....</b>	<b>37</b>
3.1 APOIO AOS GESTORES MUNICIPAIS: O CASO DOS ARTICULADORES DA ATENÇÃO BÁSICA NO ESTADO DE SÃO PAULO.....	43
<b>4 OBJETIVOS.....</b>	<b>48</b>
4.1 OBJETIVO GERAL.....	48
4.1.1 Objetivos Específicos.....	48
<b>5 METODOLOGIA .....</b>	<b>49</b>
5.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO .....	49
5.2 PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO .....	50
5.3 LOCAL DE ESTUDO.....	53
5.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	57
<b>6 RESULTADOS.....</b>	<b>58</b>
6.1 CONTEXTO: PERFIL DOS GESTORES E CARACTERÍSTICAS DO TERRITÓRIO .....	58
6.2 ENTENDIMENTO SOBRE O PAPEL DO GESTOR MUNICIPAL: ESTRATÉGIAS PARA CAPTAÇÃO DE RECURSO FINANCEIRO E IMPLEMENTAÇÃO DO CUIDADO.....	60
6.2.1 Entre o SUS ideal e o SUS real: a escalada da terceirização.....	61
6.3 O QUE O GESTOR PENSA E ENTENDE SOBRE AS POLÍTICAS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	70
6.3.1 As mudanças na PNAB de 2011 para 2017.....	70
6.4 COMO A GESTÃO ACESSA E SE APROPRIA DAS INFORMAÇÕES SOBRE A APS.....	73
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>77</b>
<b>9 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>81</b>

<b>APÊNDICES .....</b>	<b>87</b>
<b>APÊNDICE 1 - RESUMO EXECUTIVO .....</b>	<b>87</b>
<b>APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) .....</b>	<b>89</b>
<b>APÊNDICE 3 - PRÉ-ROTEIRO DAS ENTREVISTAS .....</b>	<b>91</b>

## APRESENTAÇÃO

Graduada em enfermagem 2006, sou especialista em saúde da família desde 2012, atuando no campo da gestão a partir de 2016.

Por oito anos trabalhei como enfermeira da estratégia de saúde da família (ESF) no município de São João da Boa Vista (SP). Tendo ingressado por concurso público há quase sete anos na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), sou lotada no Departamento Regional de Saúde de Piracicaba (DRS 10), pertencente à Rede Regional de Atenção à Saúde de Piracicaba (RRAS<sup>1</sup> 14). Desde que assumi esse cargo, estou subordinada ao Centro de Planejamento e Ações a Saúde (CPAS), assumindo, quando necessário, a diretoria de Redes, Avaliação e Monitoramento e Regulação do DRS.

No ano de 2018 assumi a função de articuladora da atenção básica no DRS 10, sendo responsável pela Comissão Intergestores Regional (CIR) Piracicaba. Nessa função, tenho como papel apoiar o fortalecimento da atenção básica (AB) nos âmbitos local e regional. Também devo assessorar o desenvolvimento de ações e propostas de melhoria da qualidade da atenção primária à saúde (APS) junto aos municípios.

As/os articuladores da atenção básica (AAB) são profissionais da SES-SP selecionados por critérios técnicos para desenvolver ações de apoio à atenção básica. Seu objetivo é apoiar os gestores municipais, no âmbito da AB, na avaliação, no monitoramento e no desenvolvimento da capacidade de gestão local. Para tanto, oferecemos orientação técnica que visa a sensibilizar gestores municipais de saúde, coordenadores e equipes da atenção básica para que se sintam motivados e responsáveis pelas transformações propostas pelas ações. Essa abordagem possibilita a eles compreenderem a importância e a utilidade do investimento nos cuidados primários e ao coordenador da AB e às equipes reconhecerem o peso de sua atuação nesse processo, podendo inclusive atuar na sensibilização da população.

---

<sup>1</sup> Arranjo organizativo de ações e serviços do SUS, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

# 1 INTRODUÇÃO

O conceito de atenção primária à saúde apareceu no contexto internacional de forma mais estruturada durante a Conferência Internacional de Alma-Ata<sup>2</sup>, em 1978. Em síntese, esse conceito afirmava que os cuidados primários deveriam ser desenvolvidos e aplicados em todo o mundo com urgência. GIOVANELLA *et al.* (2012) apontam que o determinante social de saúde e doença enunciado por Alma-Ata predominou e passou a exigir compromisso político dos Estados nacionais para assegurar o máximo de bem-estar aos seus cidadãos, de forma igualitária. A intersecção entre desenvolvimento econômico e social e condições ambientais passou a ser aspecto-chave no processo de saúde-doença e na promoção da saúde.

No Brasil, a história da APS está diretamente atrelada a alguns marcos, como a 8ª Conferência Nacional da Saúde, de 1986, e a Constituição de 1988, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS) e suas premissas, posteriormente regulamentado pela Lei nº 8.080/1990 (GIOVANELLA *et al.*, 2012; CAMPOS, 2006). O país passava, então, por um momento de redemocratização com o fim do regime militar, em 1985, o que fomentou os debates e as reflexões que culminaram na constatação da necessidade de transformação dos modelos de gestão e atenção à saúde. Como consequência, o movimento da reforma sanitária, que protagonizava o processo, assumiu o compromisso de estruturar iniciativas que confluíssem para a superação do modelo público então vigente (assistencial individualista, segmentado e com forte influência na atenção médico-privada), a fim de garantir um sistema de saúde público, universal e gratuito.

No SUS, a APS é consagrada como a principal porta de entrada e organizadora da atenção ofertada, e que possibilite o acesso integral e contínuo do usuário, em uma perspectiva resolutiva e focada em ações de promoção, proteção e reabilitação em saúde, objetivando uma assistência humanizada e de qualidade. Ademais, uma atenção primária forte e atuante contribui para reduzir a agudização de diversos quadros de saúde, resultando em menor número de internações e de gastos com tratamentos de alta complexidade. Tal desempenho deve ser assegurado mesmo em

---

<sup>2</sup> Realizada em conjunto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), a conferência aconteceu na maior cidade do Cazaquistão, então território da antiga União Soviética. Renomeada Almati (Almaty), em 2017 integrou a Rede de Cidades Criativas da Unesco (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura).

contextos de crise sanitária, como o da pandemia de covid-19, que emergiu no Brasil em 2020 e se estendeu por mais de dois anos (VITÓRIA e CAMPOS, 2020; DUMAS *et al.*, 2020).

É preciso, contudo, o acompanhamento constantemente das mudanças conjunturais e seus impactos na condução da APS. Isso permite monitorar se esse nível de atenção preserva seu potencial para a prestação de serviço de primeiro contato, com responsabilidade longitudinal pelo usuário e continuidade da relação clínico-paciente ao longo da vida, constituição de vínculos e ações na comunidade, compondo a relação complexa dos determinantes sociais do processo saúde-doença, tal como preconizado (STARFIELD, 2002).

## **CAPÍTULO 1 – PERCURSO NORMATIVO DA POLÍTICA DA ATENÇÃO BÁSICA**

Alma-Ata reconheceu a saúde como um direito humano e colocou os determinantes sociais da saúde (DSS) e a participação das pessoas e de suas comunidades no centro do processo de cuidado. É o que se depreende da definição sobre o que é saúde, expressa na declaração: “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” (BRASIL, 1978, p.01). Essa definição fortaleceu a importância das ações de promoção e proteção da saúde, confrontando a cultura da busca apenas pela cura, quando a doença já está instalada. Esse movimento transformou os conceitos de níveis de atenção, reforçando a importância dos cuidados essenciais (básicos), ao mesmo tempo direcionando o acesso aos serviços especializados (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

Segundo WALRAVEN (2019), a abrangente proposta em Alma-Ata foi mal compreendida em alguns países, nos quais foi considerada como um ataque aos estabelecimentos médicos. Assim, foi tomada como uma atenção voltada apenas aos cuidados de saúde de primeiro nível, sinônimo de ações mais baratas e assistência precária para pessoas pobres de países pobres. A declaração, contudo, propôs uma abordagem mais seletiva. Ela focou em intervenções epidemiológicas e acessibilidade técnica, sendo considerada mais viável, rápida e mensurável, bem como nas áreas de imunização, através de programas que alcançavam os objetivos de forma mais rápida para as prioridades elencadas.

O Brasil orientou a construção da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) no lastro de Alma-Ata, a principal referência a nortear os princípios gerais e as diretrizes de organização dos serviços nesse nível de atenção. De acordo com MELO *et al.* (2018, p. 40), a primeira edição da PNAB foi publicada em 2006, no contexto do Pacto pela Saúde, ampliando

o escopo e a concepção da AB, ao incorporar os atributos da atenção primária à saúde abrangente, reconheceu a Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização da AB. Além disso, revisou as funções das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e reconheceu a

existência de diferentes modalidades segundo o modelo de organização predominante – UBS com ou sem ESF.

Na constituição da PNAB, a Norma de Operação Básica nº 01/1996 (NOB 96) representou um importante marco porque promoveu avanços na descentralização. Caracterizando as responsabilidades sanitárias de cada esfera municipal e estadual, reafirmou os princípios constitucionais do SUS

ao definir que o município é responsável, em primeira instância, pela situação de saúde de sua população (...) a administração municipal assume gradativamente a responsabilidade de organizar e desenvolver o sistema municipal de saúde, onde insere-se um conjunto de ações que caracterizam a atenção básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998, p. 11).

A evolução das NOB foi gradualmente colocando as ações de atenção primária no centro do modelo de assistência do SUS, e de modo mais abrangente. Anteriormente a elas, a APS tinha como atividades a vacinação, o controle e a erradicação de endemias, tal como preconizado no modelo sanitarista hegemônico (Paim, 2012), com destaque para as campanhas de saúde, programas especiais e vigilâncias. A norma aparece como referência para a implantação das “bases para um novo modelo de atenção à saúde” (Brasil, 1996, p. 15), impactando diretamente a organização da atenção básica. Na proposta, cada pessoa deve ser “estimulada a ser agente da sua própria saúde e da saúde da comunidade que integra” (NOB 96, p.16), em evidente contraponto ao modelo até então vigente, como dito centrado na doença e nas ações curativas.

Para superar essa lógica, a NOB 96 passou a defender um “modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente com os seus núcleos sociais primários – as famílias” (BRASIL 1996, p. 15). Esse modelo é a lógica de atenção primária que conhecemos atualmente (MENDES, 2012; BRASIL, 1997).

Essa norma também apontava para a incorporação de novas tecnologias e mudança nos métodos de programação e planejamento das ações de saúde, tendo alterado as condições de gestão ao estabelecer duas formas de habilitação dos municípios. São elas: a gestão plena da atenção básica e a gestão plena do sistema municipal de saúde, com algumas determinações sobre os recursos financeiros

federais para fortalecer a gestão e definir indicadores de produção e de impacto epidemiológico (LEVCOVITZ *et al.*, 2001; GIOVANELLA *et al.*, 2012).

Nesse lastro emergiu a estratégia saúde da família (ESF), que é tributária de uma experiência exitosa que aconteceu no Ceará, em 1987, ano de forte seca na região Nordeste. Para fazer frente à crise local, o governo cearense contratou pessoas da própria comunidade para orientar a população e ser o elo entre os usuários e as unidades básicas de saúde (UBS). Esses profissionais passaram a ser chamados de agentes comunitários de saúde (ACS), profissão legalizada apenas 15 anos depois, com a promulgação da Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002.

Essa experiência precedeu também uma série de ações municipais, esparsas e de integração universidade-serviços de atenção primária, que ocorreram em alguns estados nordestinos e em São Paulo e Distrito Federal. Essas ações inspiraram, posteriormente, a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, que gradualmente se tornou “a principal estratégia para a mudança do modelo assistencial e a ampliação do acesso de primeiro contato aos serviços de saúde no SUS” (PINTO e GIOVANELLA, 2018, p. 1094).

Esses autores observam que, com o tempo, o PSF passou a ser reconhecido como estruturante, derivando daí a noção de “estratégia” que passou a nomear a ação, formalmente reconhecida como tal pela Política Nacional de Atenção Básica, instituída pela Portaria GM nº 648, de 28 de março de 2006. Marco histórico, essa primeira versão da PNAB estabeleceu a revisão de diretrizes e normas, dando nova organização à atenção básica e viabilizando a expansão da ESF (PINTO e GIOVANELLA, 2018). Pouco depois, em 2008, o Ministério da Saúde implementou os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), integrados por profissionais de saúde de diferentes áreas e especialidades, o que deu às ações e aos serviços de AB maior resolutividade<sup>9-10</sup>. Em 21 de outubro de 2011, a Portaria GM/MS nº 2.488 estabeleceu nova revisão da PNAB, mas mantendo a estratégia saúde da família como modelo único de atenção.

Isso porque o Ministério da Saúde (MS), objetivando facilitar o acesso aos serviços, elaborou a ESF como referência fundamental de reorganização da atenção primária. Nela a figura do agente comunitário de saúde tem grande importância, sendo ele o ator responsável pelo acolhimento do usuário, uma vez que é o membro da equipe que faz parte da comunidade. Os ACS trabalham com promoção e prevenção

em uma perspectiva dialógica, que visa a aproximar a população e as equipes de saúde da família (eSF) segundo a lógica dos territórios onde eles mesmos habitam e trabalham. Sendo o elo entre a comunidade e a unidade básica de saúde, é o agente comunitário quem primeiro orienta e acompanha o tratamento e a reabilitação das pessoas de sua comunidade, sob a supervisão da eSF, ajudando-as a encontrar soluções mais eficazes para os seus problemas. Isso torna o ACS um ator fundamental na orientação das famílias, atuando diretamente em situações em que sinta segurança e capacidade para intervir e encaminhando problemas que não pode resolver (BRASIL, 2000). Isso permite a criação de vínculos mais facilmente porque propicia o contato direto da equipe da APS com seus usuários.

Posteriormente, em 2011, essa política foi reformulada, sendo acrescentadas estratégias para garantir a consolidação dos princípios do SUS, a expansão da cobertura de ESF e a melhoria da qualidade do serviço. MELO *et al.* (2018) mostram que as políticas da atenção básica foram se modificando para o enfrentamento das fragilidades existentes, tais como a infraestrutura inadequada, o subfinanciamento, o modelo assistencial biomédico e a dificuldade de atração e manutenção de profissionais médicos.

Pensando em superar esses problemas, no mesmo ano foram propostos os programas Requalifica UBS (de reformas, ampliações, construções e informatização das unidades básicas de saúde); Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ); e o Mais Médicos (PMM). Também foram criados o e-SUS AB – incluindo o prontuário eletrônico gratuito para os municípios e a possibilidade de cadastramento de diferentes modalidades de equipes, como as ribeirinhas e fluviais – e os consultórios na rua. Desse modo, observou-se incremento no orçamento federal destinado à atenção primária no PAB Variável, parcela variável do recurso da União repassada aos municípios à medida que as gestões realizavam ações e políticas de saúde específicas em suas cidades. O PAB Variável era destinado ao pagamento de despesas de custeio das ações de atenção básica.

Com o aumento das responsabilidades dos municípios no financiamento do SUS ao longo dos anos, passou-se a identificar reivindicações dos gestores municipais por maior autonomia, apoio financeiro e provimento de médicos, em parte contempladas com as mudanças na política nacional, como dito, a partir de 2011. Ainda assim, a maior parte da responsabilidade pelo custeio da ESF tem se concentrado nos municípios (MENDES e MARQUES, 2014).

Concomitantemente ao que se desenrolava no cenário nacional, em 2018, no âmbito internacional, merece destaque a Conferência de Astana, que ocorreu no Cazaquistão. Além de comemorar os 40 anos de Alma-Ata, a conferência teve como objetivo renovar o compromisso político com a APS, endossando a nova declaração e ressaltando o papel crítico da atenção aos cuidados primários no mundo todo. Astana também orientou os esforços a serem realizados na APS a fim de garantir o direito de todos em mais alto padrão, de acordo com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), propostos pela Organização das Nações Unidas (ONU). As primeiras formulações da Carta de Astana, contudo, foram criticadas por se afastarem dos princípios de Alma-Ata e subsumir plenamente a APS à *universal health coverage* (UHC) – cobertura universal. Tal orientação privilegiou a participação do setor privado, diminuindo a responsabilidade governamental e fragmentando os serviços, já que não contavam com a organização de um sistema universal coordenado pela atenção primária (GIOVANELA *et al.*, 2019).

No Brasil, o reflexo dessa tendência já era observado desde a aprovação da PNAB no final dos anos 2010, cuja reformulação pela Portaria nº 2.423, de 21 de setembro de 2017, definiu as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para a organização do SUS. Ainda, destacou a atenção básica como porta de entrada preferencial do sistema. Tal reformulação admitiu, além da ESF, outras estratégias organizacionais da APS, com vagos parâmetros populacionais de adscrição e carga horária profissional (BRASIL, 2017). Entretanto, vários setores organizados e comprometidos com o SUS apontam retrocessos na PNAB de 2017 (MOROSINI *et al.*, 2018), que podem ser notados, por exemplo, na diferenciação entre serviços “essenciais” e “ampliados”. Tal proposição traz em si o risco de retorno da lógica da seletividade, acentuado por diretrizes que reforçam a segmentação e a fragmentação dos serviços e das ações de saúde no SUS, e impossibilitam que a rede de atenção seja efetivamente coordenada a partir da APS.

Segundo CONILL *et al.*, (2017), a segmentação e a fragmentação são categorias fundamentais para a compreensão dos problemas dos sistemas de saúde. Relacionadas à garantia dos direitos sociais, elas são muito sensíveis aos problemas de financiamento público, com efeitos restritivos às possibilidades de acesso aos demais níveis de atenção e à constituição de redes integradas de saúde.

As mudanças promovidas pela última versão da PNAB apontam para a segmentação e fragmentação do cuidado na medida em que propõe um cuidado

focalizado e uma APS seletiva. Nesse sentido destaca-se a já mencionada Portaria nº 2.979/2019, que instituiu o Programa Previne Brasil e alterou o modelo de financiamento da APS. Em composição, as alterações deram novos contornos à dimensão organizativa e funcional – composição de equipe, a inclusão de uma gerência nas unidades e exclusão de horas destinadas à capacitação – e na dimensão orçamentária e avaliativa, com baixa perspectiva da ampliação do escopo de cuidado e de recursos financeiros.

## 1.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA E O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

A atenção básica é o conjunto de ações para promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção do bem-estar físico e mental das pessoas. Dessa perspectiva redonda uma atenção integral que impacta a situação de saúde e a autonomia das pessoas.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada por conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. As Unidades Básicas de Saúde – instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem – desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p. 9).

Como já mencionado, a atenção primária tem como referencial norteador os preceitos da estratégia saúde da família, que é eixo estruturante da política de atenção primária brasileira. Modelo prioritário e estratégico para qualificação do cuidado e melhoria do atendimento na AB, é também a principal porta de entrada e o centro articulador do cuidado aos usuários do SUS e das Redes de Atenção à Saúde. Com a ESF, poder-se-ia dizer, o antigo médico de família estava de volta, mas com outra caracterização: como equipe multidisciplinar (STARFIELD, 2002).

Nesse modelo de atenção, a forma como o serviço em saúde é oferecida potencializa o seu grau de resolubilidade. Isso porque a estratégia compreende que

não é suficiente que o usuário tenha acesso ao sistema público se esse acesso não garantir a saúde em todos os aspectos envolvidos no processo saúde-doença (LACERDA e MORETTI-PIRES, 2016). Por isso a ESF preconiza o atendimento da demanda espontânea com equidade, a ampliação do acesso em direção à integralidade e a continuidade do cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). As equipes, para tanto, precisam estar atentas às peculiaridades de cada situação que se apresenta, buscando melhorar as condições de vida da população, aliviando seu sofrimento, evitando ou reduzindo danos, construindo sua autonomia ou a retomando. Essa perspectiva favorece a criação de vínculos positivos e diminui o isolamento e o abandono (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Trata-se, portanto, de um rompimento com o modelo biomédico hegemônico, que privilegia as demandas espontâneas da população. Caracterizado principalmente pelo foco na doença, sua ênfase recai sobre a história da prática médica e da medicina curativa, na medicalização dos problemas, na abordagem da saúde como mercadoria e no estímulo ao consumismo médico. Essa perspectiva chega à atenção básica num misto de modelos da atenção gerenciada, sanitaria hegemônico (campanhista) e médico-assistencial privatista.

No Brasil, o primeiro modelo sanitaria hegemônico emergiu no início do século XX, por influência de interesses agroexportadores, e se baseava em campanhas sanitárias para combater as epidemias de febre amarela, peste bubônica e varíola. Por isso é também conhecido por campanhismo. Centrado em uma atenção biomédica que fortalecia a influência dos Estados Unidos em toda América Latina, incentivou a adoção de programas especiais focados essencialmente em ações de vigilância sanitária e epidemiológica. Os principais exemplos dessa concepção eram as atividades de vacinação em massa e a desinfecção dos espaços públicos e domiciliares, com vistas ao controle de epidemias e erradicação de endemias. O campanhismo, que em sua maioria atingia as camadas menos favorecidas da população, predominou no cenário das políticas de saúde brasileiras até o início da década de 1960 (MATTA e MOROSINI, 2009; FARIA *et al.*, 2010). O Programa dos Agentes Comunitários e o Programa Saúde da Família, em sua concepção inicial, tinha forte influência das premissas desse modelo de atenção.

Ao se tornar estratégia saúde da família, no entanto, firmou-se como modelo assistencial alternativo para superar a hegemonia biomédica na atenção básica, que ainda hoje tem forte presença no cotidiano das práticas. Isso porque a ESF

fundamenta-se no trabalho de equipes multiprofissionais em um território adscrito e desenvolve ações de saúde a partir do conhecimento da realidade local e das necessidades de sua população. É essa busca pela aproximação da UBS com as famílias, com vistas a garantir o acesso aos serviços, que possibilita o já mencionado vínculo entre a equipe e os usuários. Também favorece a continuidade do cuidado e aumenta, por meio da corresponsabilização da atenção, a capacidade de resolutividade dos problemas de saúde mais comuns, produzindo maior impacto localmente.

É importante ressaltar que essa abordagem tem como eixos norteadores, além da integralidade, a equidade da atenção, a coordenação e a longitudinalidade do cuidado das pessoas e de seus familiares sob responsabilidade da equipe saúde da família. Expresso pelas diretrizes da PNAB, esse modelo contra-hegemônico foi orientado pelas portarias nº 648-MS/GM, de 28 de março de 2006, e nº 2.488-MS/GM, de 21 de outubro de 2011.

Por seu turno, a Política Nacional de Humanização (PNH), criada em 2003 com o objetivo de ampliar e fortalecer os princípios fundamentais e organizativos do SUS, também representou um importante arcabouço teórico-metodológico para a superação do modelo biomédico na atenção primária. A partir da deflagração de um movimento ético-político e institucional que propunha alterações na condução da gestão e do cuidado nos serviços públicos de saúde, a PNH ancorou-se em premissas que colocavam o sujeito no centro do cuidado. Encerrada como política de governo em 2015, ela postulava a necessidade de reorientar o projeto de saúde com participação e controle social, conclamando o estabelecimento de relações cada vez mais democráticas, nas e pelas quais fosse possível construir processos de negociação e estabelecer contratos e vínculos (BRASIL, 2010). Com diferentes arranjos e dispositivos, a PNH estimulava a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento às relações de poder que atravessam o trabalho e os afetos, e que muitas vezes são produtoras de atitudes e práticas desumanizadoras, inibidoras da autonomia e da corresponsabilidade dos profissionais da saúde e dos usuários no cuidado de si.

Nesse sentido, a PNH fazia-se necessária à APS porque colaborava com a criação do vínculo e a constituição do sentido de pertencimento dos cidadãos usuários do SUS (PASSOS, 2006). Extinta a política de humanização e intensificados os projetos de austeridade fiscal que comprometem a proteção social de um modo geral,

reitera-se a necessidade de detalhar as mudanças ocorridas na PNAB e de identificar seus desdobramentos quanto ao modelo de atenção em voga no novo cenário.

## **CAPÍTULO 2 – O DESMONTE DA ATENÇÃO BÁSICA**

Historicamente, o pensamento neoliberal foi definido a partir de novembro de 1989, na cidade de Washington. Naquele momento, funcionários do governo norte-americano, especialistas em assuntos latino-americanos, representantes do Fundo Monetário Internacional (FMI), do Banco Mundial, do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e alguns economistas liberais reuniram-se para realizar uma avaliação das reformas econômicas empreendidas, décadas antes, na América Latina. Nesse encontro foram definidas as linhas da política macroeconômica que iriam inspirar essas reformas, denominadas neoliberais, as quais foram implementadas em vários de países do continente, inclusive no Brasil, entre as décadas de 1980 e 1990 (RIZZOTTO, 2009). Sob o argumento generalizante da modernização, o neoliberalismo foi introduzido no país durante o governo de Fernando Collor de Mello (1990-1992), tendo se aprofundado ao longo dos anos 1990 e 2000.

O movimento neoliberal defendia a tese de que a crise global das décadas de 1970 e 1980 decorria do mau funcionamento do Estado, que se expressava na falta de efetividade, no crescimento distorcido, nos altos custos operacionais da máquina pública, no excesso de endividamento estatal e na sua incapacidade de adequação ao processo de globalização em curso. Tal configuração teria reduzido a autonomia e a capacidade dos Estados nacionais de gestão de suas próprias políticas econômicas e sociais.

O ideário neoliberal redefiniu o papel do Estado, deslocando seu foco de ação da perspectiva social coletiva para uma liberal individualista. Isso por que o bem-estar humano seria mais facilmente alcançado “liberando-se as liberdades e capacidades empreendedoras individuais no âmbito de uma estrutura institucional caracterizada por sólidos direitos à propriedade privada, livres mercados e livre comércio” (HARVEY, 2008, p. 10). Para tanto, as funções do Estado neoliberal devem ser mínimas e concentradas na criação e preservação de estruturas institucionais garantidoras dessas práticas, sempre com foco no bom funcionamento do mercado. Por exemplo, dando condições para manter a qualidade e a integridade do dinheiro; estabelecer estruturas e aparatos jurídico-policiais para garantir os direitos de propriedade individuais, assegurando, “se necessário pela força, o funcionamento apropriado dos mercados” (HARVEY, 2008, p. 10). Outra função importante do Estado neoliberal é

assegurar a criação de novos mercados, inclusive em áreas tidas como essencialmente sociais, como a saúde, não se aventurando para além dessas tarefas:

As intervenções do Estado nos mercados (uma vez criados) devem ser mantidas num nível mínimo, porque, de acordo com a teoria [neoliberal], o Estado possivelmente não possui informações suficientes para entender devidamente os sinais do mercado (preços) e porque poderosos grupos de interesse vão inevitavelmente distorcer e viciar as intervenções do Estado (particularmente nas democracias) em seu próprio benefício (HARVEY, 2008, p. 10).

## 2.1 PNAB 2017 E PROGRAMA PREVINE BRASIL, PONTOS DE INFLEXÃO

No campo da saúde brasileira, o neoliberalismo emergiu concomitantemente à implantação do SUS, no início da década de 1990. Esse processo se caracterizou pela ampliação do acesso aos serviços de atenção básica; compra dos serviços de nível secundário e terciário; fragilização dos vínculos de trabalho no setor público; terceirização de grande parte dos serviços assistenciais e terapêuticos; e estruturação e regulamentação de um sistema de saúde complementar (RIZOTTO, 2009). Desde então o cenário de desmonte só se agravou.

O Sistema Único de Saúde vem sendo alvo de desmonte, com o aumento nos cortes de recursos e consequente baixa na qualidade dos serviços. A justificativa que fortalece o discurso neoliberal de que a redução e, até mesmo, a extinção da saúde pública de caráter universal é favorável para o equilíbrio econômico apresenta, como soluções eficientes, o fortalecimento e a presença da privatização, terceirização. Presença essa que vem sendo incorporada cada vez mais em serviços da saúde pública, como: nos serviços de alta complexidade a nível hospitalar; hospitais construídos com verbas públicas, administrados por serviços de saúde privado, estabelecendo a sua cobertura de atendimento da seguinte forma: 50% de serviços ofertados ao SUS e 50% de serviços ofertados ao serviço de saúde privado. (MARQUES e BELLINI 2017).

De acordo com os dicionários, desmonte é o ato ou efeito de desmontar(-se); ato ou efeito de desarmar (máquina, aparelho etc.), de separar as partes que formavam um conjunto; desmancho, desmantelamento, desmontagem. No Brasil, o acirramento do desmonte foi programa político dos governos neoliberais que ascenderam ao poder após o impeachment da presidenta Dilma Rousseff, em 2016, no escopo de um golpe político-jurídico-midiático que levou ao poder um grupo representantes da extrema-direita.

É o que se depreende da Portaria MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que na prática significou uma nova versão da PNAB, uma vez que estabeleceu a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica em saúde no âmbito do SUS. Embora mantidos os princípios e o conceito da AB, essa normativa deflagrou importantes mudanças: as responsabilidades municipais no financiamento das ações do sistema público foram aumentadas, ao passo que diminuiu a participação das esferas estadual e federal. Essa estratégia dos governos neoliberais, no caso da APS, afeta diretamente um dos pilares da atenção básica, a estratégia saúde da família. Ainda que a ESF seja reconhecida como estruturante de um novo modelo de atenção na APS, a aprovação da nova versão da política nacional, mesmo representando importantes retrocessos, ocorreu com a aprovação dos gestores municipais, na esteira de um processo que vinha acontecendo desde 2011, caracterizado por reivindicações dos municípios por mais autonomia, apoio financeiro e provimento crescente de médicos (MELO *et al.*, 2018).

Em 2017, já no escopo da radicalização do projeto neoliberal, a nova versão da PNAB afetou diretamente a formação das equipes de saúde da família. Isso porque, embora no texto a ESF seja apresentada como prioridade nas ações de expansão, consolidação e qualificação da atenção básica, a política trouxe uma segunda modalidade de equipe, chamada de atenção primária (eAP). Isso permitiu ao gestor municipal contratar profissionais para a AB com uma carga horária menor do que a daqueles que integram a eSF:

Para equipe de Saúde da Família, há a obrigatoriedade de carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da ESF. Dessa forma, os profissionais da ESF poderão estar vinculados a apenas 1 (uma) equipe de Saúde da Família, no SCNES vigente.

2 - Equipe da Atenção Básica (eAB): esta modalidade deve atender aos princípios e diretrizes propostas para a AB. A gestão municipal poderá compor equipes de Atenção Básica (eAB) de acordo com características e necessidades do município. Como modelo prioritário é a ESF, as equipes de Atenção Básica (eAB) podem posteriormente se organizar tal qual o modelo prioritário. (...)

A composição da carga horária mínima por categoria profissional deverá ser de 10 (dez) horas, com no máximo de 3 (três) profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas/semanais.

O processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento devem ser organizados de modo que garantam amplamente acesso, o vínculo entre as pessoas e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2017).

MELLO *et al.* (2018) identificaram entre as principais alterações promovidas pela PNAB 2017 a diminuição de agentes comunitários de saúde por equipe e a mudança de perfil desse profissional, bem como a priorização da chamada AB tradicional em detrimento da estratégia saúde da família, com maior autonomia e flexibilidade para a gestão municipal definir essas contratações. É importante ressaltar que a versão anterior da PNAB (2011) era clara quanto aos parâmetros que orientavam a constituição de uma equipe de saúde da família. Entre eles, o número de ACS por eSF: no mínimo 4 profissionais e no máximo 12. Já a versão atual não especifica a quantidade de agentes comunitários por equipe, o que leva ao entendimento de no mínimo um ACS por eSF. Ainda, o texto da normativa vincula esse quantitativo a territórios ditos como de menor vulnerabilidade, aumenta suas atribuições e recomenda a unificação de suas ações com as dos agentes comunitários de endemias (ACE).

Assim como na edição de 2011, também na PNAB de 2017 a composição mínima da equipe saúde da família é de um médico, um enfermeiro, um auxiliar e/ou técnico de enfermagem e o agente comunitário de saúde (ACS); podem ainda fazer parte da eSF, mas não obrigatoriamente, o ACE, o cirurgião-dentista e o auxiliar ou técnico em saúde bucal. Já a equipe mínima da equipe atenção primária é composta por um médico, um enfermeiro e um auxiliar e/ou técnico de enfermagem, sendo opcional a participação de outros profissionais como dentistas, auxiliares/técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e de combate a endemias.

Como dito reiteradamente neste trabalho, a ESF é a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a rede de atenção à saúde. Veio com o intuito da reestruturação da APS e suas responsabilidades são bastante abrangentes, tendo como principais objetivos oferecer uma abordagem integral de cuidado ofertado às famílias, identificar problemas de saúde, incentivar ações comunitárias e promover a participação da população local na solução de seus problemas e no controle social dos serviços que recebem (LOCH-NECKEL *et al.*, 2009). Assim, o desmonte desenhado pela PNAB 2017 pode levar à sobrecarga e ao excesso de responsabilidades das equipes da atenção básica.

Além disso, segundo Igor (2015), esse cenário pode comprometer a qualidade dos serviços prestados pela APS porque várias tarefas importantes deixam de ser realizadas de forma adequada, como atividades de educação em saúde, atendimentos programados e visitas domiciliares. Volta-se, por conseguinte, o foco do

trabalho para o tratamento de doenças, o que impede a priorização da prevenção e promoção, assemelhando-se aos antigos modelos assistenciais. Se a ESF composta apenas pela equipe mínima já pode enfrentar dificuldades para a realização com qualidade de tarefas ligadas ao abrangente campo da atenção básica, pode-se dizer que os profissionais da nova modalidade eAP, dada sua maior precariedade estrutural, diante dos mesmos objetivos só serão capazes de operar na lógica do cuidado seletivo/focalizado.

Outro ponto destacado pelos estudos voltados às mudanças provocadas pela PNAB 2017 refere-se à nova nomenclatura dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família. Então chamados de Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)<sup>3</sup>, embora essa mudança não tenha afetado as categorias profissionais e suas funções previstas no NASF, sua finalidade não era explícita. Dito de outro modo, enquanto o NASF tinha como objetivo o apoio matricial às equipes de ESF, a NASF-AB apoio também às eAP, de caráter de UBS tradicional.

Cabe destacar que tais modificações ocorreram na conjuntura brasileira de austeridade fiscal e crise política, em que se destacou o movimento de subtração dos recursos da saúde, com redução generalizada dos gastos e expansão dos arranjos públicos e privados de financiamento e provisão de serviços. Desse novo arranjo redundou uma privatização setorial, decorrente principalmente de políticas econômicas articuladas com a concessão de benefícios e tributos. Esse processo de diminuição de recursos do Estado na chamada assistência social ocorreu por meio de sucessivas Propostas de Emendas Constitucionais (PEC), entre elas a PEC nº 95. Encaminhada pelo ex-presidente Michel Temer e promulgada pelo Congresso Nacional em 15 dezembro de 2016, ficou conhecida como “PEC do Fim do Mundo” por congelar por 20 anos os investimentos em políticas públicas, criando uma destruição da proteção social como um todo e enfraquecendo o setor saúde. Somadas às mudanças no perfil epidemiológico da população brasileira, com forte presença das doenças crônicas não transmissíveis, aumento da expectativa de vida e envelhecimento populacional, e às alterações mais recentes no modelo de atenção à

---

<sup>3</sup> No momento de finalização deste trabalho, o governo federal lançou a Portaria nº 635/2023, que instituiu o eMulti, programa de incentivo financeiro à implantação e custeio de equipes multiprofissionais que devem atuar de maneira complementar e integrada às demais equipes da APS, sendo corresponsáveis pela população e pelo território, em articulação intersetorial e com a RAS. As equipes são classificadas em três modalidades: eMulti Ampliada; eMulti Complementar; e eMulti Estratégica.

saúde, essa destruição das políticas sociais foi e tem sido avassaladora (MELO et al., 2018).

Cabe destacar, nesse cenário, que se anteriormente tínhamos o e-SUS, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade e o Programa Mais Médicos, ações complementares que vieram para fortalecer a PNAB 2011 e a ESF, a aprovação da PNAB 2017 trouxe programas que se opõem à lógica da atenção básica sustentada pela estratégia saúde da família. Trata-se, aqui, da instituição da Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), que abre a possibilidade de privatização da organização dos serviços da atenção primária no âmbito do SUS; e instituição da Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS), uma lista para orientar as ações e os serviços clínicos e de vigilância em saúde que podem ser ofertados na APS, em que prevalece a centralidade do cuidado na atuação médica, voltada à doença.

Destaca-se nesse processo o Previner Brasil, instituído pela Portaria nº 2.979, promulgada em 12 de novembro de 2019, que alterou a forma de repasse de valores aos municípios, extinguindo o Piso Nacional da Atenção Básica (PAB). Até então, o financiamento seguia o que fora regulamentado em 29 de janeiro de 2007 pela Portaria nº 204, que estabeleceu 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. Na nova portaria foram estabelecidos seis blocos de custeio: Atenção Básica; de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS e Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

Como já dito anteriormente, a NOB/96 teve como finalidade promover e fortalecer a execução, tanto pelo poder público municipal quanto pelo federal, da responsabilidade de gerenciar a atenção à saúde dos cidadãos locais e normatizar os processos de descentralização de ações e serviços de saúde. Naquele momento, um dos aspectos mais relevantes abordados foi o financiamento, que trouxe a implementação de novos subsídios, como o estabelecimento do piso da atenção básica – um valor *per capita* destinado à garantia da AB em todos os municípios. Além disso, foram alocados recursos específicos para o financiamento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Nesse contexto, houve também uma redução gradual da remuneração com base na produção de serviços (FADEL et al., 2009).

Para o bloco Atenção Básica existiam dois tipos de repasses, o PAB fixo (*per capita*) e o PAB variável. A primeira modalidade tratava do financiamento de iniciativas voltadas à AB, sendo os recursos transferidos mensalmente, de maneira regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos municípios. Já o PAB variável consistia em recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias como ESF, ACS, saúde bucal (ESB) e outras que pudessem ser estabelecidas através de atos normativos específicos (Brasil, 2007). Quanto aos valores, ambas as modalidades foram sucessivamente definidas e redefinidas por diversas portarias, bem como inseridos novos programas financiáveis, desde que houvesse adesão municipal.

As novas leis, portarias e programas têm alterado o arcabouço legal que criou o SUS, cujos princípios fundamentais deveriam assegurar inequivocamente o acesso universal e igualitário de todas as pessoas no território nacional. Entretanto, o Programa Previner Brasi, estabeleceu novo modelo de financiamento da atenção primária, estabeleceu seis blocos de custeio (Atenção Básica; de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS e Investimentos na Rede de Serviços de Saúde), assentados nos seguintes componentes:

- ✓ Captação ponderada, que leva em conta a população cadastrada com base em critério populacional em eSF e equipe de atenção básica (eAB), a já mencionada eAP, credenciadas e homologadas pelo Ministério da Saúde. Dentro do componente para o repasse financeiro, ele ainda considera o cálculo do quantitativo cadastrado, com atribuições de peso a critérios de pessoas em vulnerabilidade, perfil demográfico e classificação geográfica.
- ✓ Pagamento por desempenho, que considera resultado de indicadores alcançados pelas equipes.
- ✓ Ações estratégicas, que considera o pagamento de algumas ações, programas e estratégias previamente definidos pelo ministério.

Cabe aqui ressaltar que nem o antigo NASF nem o NAS-AB apareciam nesse modelo de financiamento. Isso levou alguns municípios a manterem esses núcleos

por conta própria ou até extingui-los, realocando seus profissionais na atenção especializada.

Assim, diferentemente dos programas anteriores, os novos não vieram para fortalecer a estratégia saúde da família. Ao contrário, essas alterações visaram o desmonte do modelo ao priorizar a chamada atenção básica tradicional, que concentra a assistência à saúde no médico, com maior autonomia e flexibilidade para a gestão municipal. Ou seja, ao invés do enfrentamento aos problemas, limites e desafios da APS, a política é destruída justamente em seu ponto mais estratégico, qual seja a ESF, em uma conjuntura em que seria desejável manter o que foi conquistado até o momento.

Tais mudanças, na prática, implicam mais uma cisão nas bases do SUS (MELO et al., 2018). E tornam perceptível o caráter de disputa de modelo em torno da atenção básica na medida em que incluem ou excluem a estratégia saúde da família como proposta orientadora. Expresso por meio de normativas que provocam mudanças céleres, esse movimento tem baixa possibilidade de espaços de discussão dos diferentes atores interessados nessa construção.

Além disso, é importante dizer, também no contexto global as recentes mudanças relacionadas às políticas de austeridade seguem na contramão da proposta de sistemas universais de saúde centrados na atenção básica. E apontam para o enfraquecimento da APS integral, como observado na Conferência sobre Atenção Primária de Astana (GIOVANELLA et al., 2019).

No Brasil há evidente retração de incentivos ao modelo ESF, nos termos definidos na PNAB de 2017 (MELO et al., 2018) e no atual programa de financiamento, destinado somente para a população cadastrada (Previne Brasil, de 2019). Isso tende a fragilizar ainda mais os princípios da universalidade e da integralidade do SUS.

Cabe destacar que foi a Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996, que aprovou o texto da NOB/96 e redefiniu o modelo de gestão do SUS, enquanto a Portaria nº 1.882/GM, de 18 de dezembro de 1997, estabeleceu o PAB. Segundo MOROSINI et al., (2020), ao definir o incentivo financeiro como indutor para a mudança da organização da atenção, a gestão federal assumiu papel central na orientação da política no âmbito local, implementando mudanças na PNAB e no financiamento que tendem a causar prejuízos nos atributos da integralidade, resolutividade e coordenação do cuidado da atenção primária à saúde, sob a alegação

de uma pretensa autonomia dos gestores municipais em ajustar as métricas da normativa quanto à composição das equipes com as necessidades dos território.

Além disso, é preciso considerar que elas vêm ocorrendo de modo acelerado, majoritariamente sem a maturação dos debates locais de participação social. Parece ser de grande valia, portanto, problematizar tais aspectos, no sentido de fomentar a produção de subsídios para a construção de estratégias de enfrentamento do provável desmonte que se desenha nessas novas normativas da APS.

## **CAPÍTULO 3 – A DESCENTRALIZAÇÃO E O PAPEL DA GESTÃO MUNICIPAL**

De acordo com NORONHA *et al.*, (2012), o Sistema Único de Saúde tem em sua estrutura político-institucional espaços e ferramentas que auxiliam os processos de tomada de decisão e gestão dos sistemas de saúde. Além disso, envolve e direciona as instâncias colegiadas de negociação, integração e decisão, com a participação de gestores, prestadores, profissionais de saúde e usuários, nas três esferas do governo.

Entre os princípios e diretrizes organizativos do SUS estão a descentralização, a regionalização e a hierarquização de ações e serviços de saúde, bem como o direito dos cidadãos de acessar essa estrutura próximos de sua residência e condizentes com as suas necessidades de saúde, com a garantia de atendimento em unidades de saúde de outros municípios, caso seja necessário. Ao Estado cabe garantir serviços que supram essas necessidades, articulando e integrando distintas estruturas conforme complexidade e custos, nos diferentes territórios político-administrativos.

Ainda quanto à gestão do SUS, NORONHA *et al.*, (2012, p. 558) observam que:

as instâncias de negociação e decisão envolvem a participação das diferentes esferas de governo e de grupos representativos dos interesses da sociedade. Destaca-se a participação dos gestores nos conselhos de Saúde, nos conselhos de representação dos secretários de Saúde (Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Conasems; Conselho de Secretarias Municipais de Saúde dos estados – Cosems), na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), nas Comissões Intergestores Bipartites (CIB) e nos Colegiados de Gestão Regional (ou Comissões Intergestores Regionais).

Desde a promulgação da Constituição de 1988, que criou o Sistema Único de Saúde, e da promulgação das leis nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e 8.142/90, que o regulamentaram, é atribuição da União estabelecer as diretrizes e realizar a coordenação geral do SUS, repassando verbas para os estados, Distrito Federal e municípios. Estes, por sua vez, são responsáveis pela gestão dos recursos e das ações de saúde de acordo com demandas locais. Como um dos princípios organizativos do sistema público de saúde, a descentralização preconiza o compartilhamento do poder e da responsabilidade sobre o setor entre os três níveis de governo, com vistas à prestação de serviços com mais eficiência e qualidade:

Descentralizar significa transferir responsabilidades de gestão e poder de decisão da União para os estados e os municípios, atendendo a determinações constitucionais e legais que embasam o SUS e definem atribuições comuns e competências específicas à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios (CALVO *et al.*, 2010, p. 1.).

No contexto da política de saúde, a Constituição não atribuiu exclusivamente aos municípios a responsabilidade por essa área. Pelo contrário, em seu Artigo 23 o texto constitucional estabeleceu que a saúde é uma competência comum a todos os entes federativos, cabendo a eles a responsabilidade pela garantia do acesso universal, enquanto o Artigo 24 definiu que a União e os estados têm competência concorrente para legislar sobre o tema, cabendo ao nível estadual uma função legislativa complementar. Portanto, o modelo brasileiro é baseado no compartilhamento de funções entre as esferas de governo no âmbito das políticas sociais (BRASIL, 1988).

Embora o SUS tenha alcançado sólido respaldo jurídico de legitimidade, principalmente por meio de leis orgânicas, era preciso regulamentar de forma prática o funcionamento do sistema, estabelecendo claramente as ações diárias na área da saúde. Para tanto, inicialmente foram introduzidas normas reguladoras, as já mencionadas NOB, desenvolvidas para implementar as mudanças previstas na Constituição e na Lei Orgânica da Saúde. Cada uma delas, progressivamente promulgadas por órgãos competentes, trouxe contribuições específicas para o progresso da saúde pública. Nesse sentido foram publicadas as seguintes normas: NOB Inamps/91 (BRASIL, 1991), SUS/93 (BRASIL, 1993) e SUS/96 (BRASIL, 1996). Elas possibilitaram novas formas de relacionamento entre os gestores e, por conseguinte, novos modelos de alocação de recursos para o setor. A descentralização da política de saúde ocorreu gradualmente, assim como a descentralização de seu financiamento. Consequentemente, a cada avanço do SUS surgiam diferentes formas de participação dos estados e municípios, bem como um novo mecanismo de transferência de receita da União para esses entes.

Com o crescimento significativo do processo de municipalização, especialmente na atenção básica, a NOB 96 buscou o equilíbrio entre os diversos atores sociais envolvidos na gestão do SUS. Ela promoveu a estratégia de descentralização e redefiniu as responsabilidades dos entes nacionais e subnacionais, proporcionando um novo arranjo para a gestão do sistema de saúde (FADEL *et al.*, 2009).

Segundo SOUZA (2001), em análise dos avanços e das limitações da descentralização nos anos 1990, a questão da regionalização ganhou destaque no debate setorial especialmente dentro da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Assim, a descentralização político-administrativa teve grandes avanços, fortalecendo os gestores locais. As mudanças na organização da atenção básica foram impulsionadas pela NOB/96, destacadamente a necessidade de maior articulação entre os sistemas municipais e o fortalecimento das secretarias estaduais de Saúde, em sua função reguladora.

Foi nesse contexto que emergiram as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) de 2001 e 2002. Ambas abordavam de maneira clara a organização dos sistemas de saúde e o fortalecimento do papel dos estados como coordenadores de um processo articulado de regionalização do SUS. No que diz respeito ao processo de descentralização, elas ampliaram o conceito de distribuição de recursos *per capita*, adotando uma alocação microrregional com o objetivo de corrigir as deficiências deixadas pela NOB de 1996 (PEREIRA e QUITO, 2004).

Uma das diretrizes de administração definidas pelas NOAS 2001/2002 é a clara especificação quanto às responsabilidades do gestor municipal, no que diz respeito aos requisitos relativos à modalidade de gestão: “gestão plena da atenção básica ampliada e gestão plena do sistema municipal e as prerrogativas municipais e estaduais, ao exercer o papel de fio condutor clássico capaz de viabilizar, por meio do financiamento, a política pública” (MARQUES e MENDES, 2002, p. 169).

Então, em 2006 surgiu o Pacto pela Saúde (PS), após várias tentativas de superação dos obstáculos regionais e operacionais no setor saúde, cujo objetivo principal era consolidar a equidade social por meio da descentralização, regionalização e hierarquização das ações e serviços do SUS. Dentre os seus atributos, destacam-se a renumeração, o aprimoramento e a definição de responsabilidades sanitárias e de gestão por meio de três diretrizes operacionais fundamentais: o Pacto pela Vida (PV), o Pacto em Defesa do SUS (PDSUS) e o Pacto de Gestão (PG) (FADEL, 2009).

A descentralização é o esteio, ainda, de outro princípio caro ao SUS, o controle social, que preconiza a participação da sociedade na fiscalização desses serviços

prestados<sup>4</sup>. Dito de outro modo, uma das funções da descentralização é facilitar e simplificar a relação dos usuários com o Estado na medida em que torna as relações menos burocráticas e adaptadas às especificidades de cada local. Desse modo, os gestores têm uma visão mais realista das demandas de seu município e, conseqüentemente, melhores condições para a tomada de decisão quanto à alocação dos recursos (CALVO *et al.*, 2010).

NORONHA *et al.*, (2012, p. 551) ainda destacam:

A descentralização, associada ao comando único em cada esfera de governo, redefine responsabilidades entre os entes, reforçando a importância dos executivos municipais e estaduais na política de saúde. O fortalecimento desses governos se justifica como forma de promover a democratização, melhorar a eficiência, a efetividade e os mecanismos de prestação de contas e acompanhamento das políticas públicas.

Cada esfera de governo é autônoma e soberana em suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade. Esse modelo de federalismo cooperativo é adequado para a realidade brasileira, pois flexibiliza a distribuição de responsabilidades entre entes federativos com diferentes capacidades administrativas e financeiras. No entanto, para que funcione bem e gere resultados positivos, é necessário que a federação desenvolva mecanismos de gestão compartilhada e defina, dentro dos limites possíveis, o papel de cada ente no contexto da política em questão. Desde sua criação, o SUS tem buscado fazer isso, embora ainda enfrente grandes desafios. Nessa perspectiva, a autoridade sanitária é exercida da seguinte forma: na União, pelo ministro da Saúde; nos estados e nos municípios, respectivamente, pelos secretários estaduais e municipais de Saúde, ou diretores. Além disso, as três diretrizes trazem as responsabilidades comuns entre as três esferas de governo e as responsabilidades de cada uma delas (BRASIL, 2006).

Sobre os gestores do SUS, vale ressaltar que eles são

os representantes do poder executivo no âmbito dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União. Cada uma das estruturas que compõem a direção do SUS nas diferentes esferas de governo possui uma organização própria. Independentemente da existência de uma autoridade sanitária (ministro ou secretários de Saúde), essas estruturas têm órgãos gestores,

---

<sup>4</sup> Disponível em: Fundação Fiocruz. Descentralização. Fundação Fiocruz. Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: < <https://pensesus.fiocruz.br/descentralizacao> >. Acesso em: 20. maio. 2023.

com diferentes cargos de direção e chefia, que participam da gestão do SUS e são corresponsáveis por ela, em coerência com as funções que lhes são atribuídas em regulamentação específica. (NORONHA *et al.*, 2012, p. 550)

De acordo com RAMOS e ROSA (2016), com o avanço do processo de municipalização do SUS, a gestão dos serviços de saúde pública está cada vez mais alinhada com o plano de governo municipal. Em muitos casos, os municípios optam por programas e estratégias idealizadas em nível federal, com incentivos financeiros específicos para áreas prioritárias. No que diz respeito à participação do governo estadual, existem disparidades significativas em todo o país. Sua presença, porém, é de extrema importância para organizar as redes de assistência, especialmente nos municípios menores, que têm recursos limitados e pouca capacidade de oferecer assistência integral aos cidadãos. Em resumo, a gestão dos serviços de saúde acompanha os movimentos macropolíticos das diferentes instâncias, o que gera impactos diretos nos diversos processos de trabalho, ressaltam os autores.

Para SOUZA (2002, p. 37), as funções de gestão podem ser descritas como um conjunto integrado de conhecimentos e práticas gerenciais essenciais para a implementação de políticas de saúde, realizadas de maneira consistente com os princípios do sistema de saúde pública e da administração pública:

As funções gestoras podem ser definidas como um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários para a implementação de políticas na área da saúde, exercidas de forma coerente com os princípios do sistema público de saúde e da gestão pública. Podem-se identificar quatro grandes grupos de funções ou “macro-funções” gestoras na saúde:

- formulação de políticas/ planejamento;
- financiamento;
- coordenação, regulação, controle e avaliação (do sistema/redes e dos prestadores, públicos ou privados); e
- prestação direta de serviços de saúde

Cada uma dessas macrofunções compreende, por sua vez, uma série de subfunções e de atribuições dos gestores na área da saúde.

De acordo com MALAMAN *et al.* (2021, p. 3), o gestor municipal é o:

indivíduo com atribuições conferidas por lei para implementar as ações do SUS no território sob sua gestão, aplicar os recursos financeiros de acordo com as características sociais, de desenvolvimento e de perfil de morbimortalidade da região. Além disso, deve articular, negociar, acompanhar, avaliar e auditar os serviços e equipes de saúde sob sua responsabilidade. Todas essas ações decisórias são articuladas e deliberadas em conjunto com o controle social, através dos conselhos e principalmente das Conferências Municipais de Saúde que, com caráter

deliberativo, participam do planejamento, avaliação e aprovação da programação de ações de saúde e dos indicadores demonstrados e alcançados.

Seu papel é a gestão de saúde no seu território, gerenciando e executando serviços públicos de saúde e regulando os prestadores privados do sistema. Ao Ministério da Saúde e ao estado cabe atuar como executores temporariamente, em circunstâncias específicas e justificadas (NORONHA, DIAS e MACHADO, 2012). Esses autores apresentam um quadro que resume as principais atribuições dos gestores SUS, aqui com destaque para o gestor municipal.

**Quadro 1** - Principais atribuições dos gestores SUS.

<b>Gestor</b>	<b>Formulação de políticas e planejamento</b>	<b>Financiamento</b>	<b>Regulação</b>	<b>Execução direta de serviços</b>
Municipal	<ul style="list-style-type: none"> <li>•identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito municipal</li> <li>•planejamento de ações e serviços necessários nos diversos campos</li> <li>•organização da oferta de ações e serviços públicos e contratação de privados (caso necessário)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•garantia de aplicação de recursos próprios</li> <li>•critérios claros de aplicação de recursos federais, estaduais e municipais</li> <li>•realização de investimentos no âmbito municipal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•organização das portas de entrada do sistema</li> <li>• estabelecimento de fluxos de referência</li> <li>•integração da rede de serviços</li> <li>•articulação com outros municípios para referências</li> <li>•regulação e avaliação dos prestadores públicos e privados</li> <li>•regulação sanitária (nos casos pertinentes)</li> <li>•avaliação dos resultados das políticas municipais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•execução de ações e prestação direta de serviços assistenciais, de vigilância epidemiológica e sanitária</li> <li>•gerência de unidades de saúde</li> <li>•contratação, administração e capacitação de profissionais de saúde</li> </ul>

Fonte: adaptado de NORONHA *et al.* (2012, p. 564)

Destaca-se, ainda, o fato de que o gestor municipal é um cargo de confiança, escolhido pelo prefeito. Segundo Gabardo *et al.* (2017), seu papel é de extrema importância para a consolidação do SUS, já que é o responsável pela implementação da política pública de saúde. Ele ocupa uma posição relevante na sociedade, pois sua

atuação depende tanto de conhecimentos técnicos quanto de habilidades políticas. Nesse contexto, MALAMAN *et al.* (2021) reiteram que o tempo de gestão é limitado à duração do mandato do prefeito, podendo esse período ser encurtado dependendo das circunstâncias e decisões tomadas pelo executivo municipal.

Seja como for, é o gestor municipal de saúde quem assume destacada relevância, indo além do já previsto no escopo da descentralização do sistema público de saúde. Isso porque, sendo ele, o gestor, um dos principais responsáveis por dar o tom da incorporação das mudanças das políticas da atenção básica, é quem orquestra todas as alterações propostas, buscando promover uma delicada composição entre sua relativa autonomia dentro da gestão descentralizada, a dificuldade do financiamento e a indução do Ministério da Saúde em implantar novas regras. Por isso esta pesquisa dedica-se a analisar como gestores municipais do SUS têm percebido e incorporado essas mudanças em seu território.

### 3.1 APOIO AOS GESTORES MUNICIPAIS: O CASO DOS ARTICULADORES DA ATENÇÃO BÁSICA NO ESTADO DE SÃO PAULO

Após todos os processos de descentralização, descritos nos capítulos anteriores, em 2009 foi divulgado um documento pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) no qual os gestores estaduais enfatizavam a relevância do suporte dos estados para o fortalecimento da atenção básica, reconhecendo esse nível como um pilar essencial para a transformação do modelo assistencial. Para a instituição, os propósitos de um sistema de saúde equitativo e abrangente só podem ser plenamente atingidos na AB, onde também podem ser efetivamente aprimorados os indicadores de saúde da população brasileira.

As funções e as responsabilidades da gestão estadual não poderiam, portanto, limitar-se a cofinanciar a atenção primária segundo critérios e plano de investimentos estabelecidos por ela própria; a realizar o acompanhamento, a avaliação e a regulação dos serviços de APS, com o objetivo de promover sua qualificação; e a executar ações de atenção primária de forma suplementar ou temporária nos municípios que não cumpram suas responsabilidades nessa área. Seu papel é garantir a igualdade na oferta de serviços, bem como promover cooperação técnica para a sua organização, levando em consideração a incorporação de novos cenários epidemiológicos; e

promover capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, com foco na educação permanente e no apoio aos municípios (BRASIL, 2009).

Nessa linha, ANDRADE e CASTANHEIRA (2011) apontam a tradição de serviços públicos estaduais de saúde no interior de São Paulo, destacando os esforços do movimento sanitário nas décadas de 1970 e 1980 para criar um novo modelo de atenção à saúde. Antes da criação do SUS e do processo de municipalização, nos anos 1990 houve várias experiências paulistas de descentralização na atenção primária. Uma dessas iniciativas foi a “Reforma Sanitária Leser”, conduzida pelo médico sanitário Walter Leser, em seu segundo período como secretário da Saúde do estado de São Paulo, entre 1975 e 1979. A relevância dessa iniciativa está na grande repercussão que teve na constituição da saúde coletiva paulista, para a consolidação da APS

como nível de atenção que viria a ser considerado eixo de grande relevância na proposição e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de 1988. No entanto, a política pública que definiu a APS na Reforma Leser como um determinado modelo assistencial, a Programação em Saúde, teve uma existência histórica bastante curta (MOTA *et al.*, p. 267).

Nesse lastro outras abordagens de municipalização da atenção básica emergiram, com propostas que questionavam o modelo assistencial vigente, entre as quais destacaram-se as ações programáticas que buscavam melhorar a qualidade e a efetividade do cuidado. Essas experiências e propostas trouxeram mudanças significativas para o sistema de saúde, aproximando os serviços das comunidades atendidas.

Em 1996, na gestão de José da Silva Guedes, a Secretaria de Saúde estadual lançou o Qualis – Programa Médico da Família, que visava a dotar as regiões mais carentes da cidade de São Paulo de assistência médica voltada à prevenção e não somente à cura de doenças. Baseado em equipes que percorriam os bairros visitando as pessoas em suas casas, esse modelo inovador de atenção básica envolvia equipes de saúde da família trabalhando em conjunto com outras equipes e serviços, como ambulatórios de especialidades, casas de parto, programas de saúde bucal e mental. O Projeto Qualis, como ficou conhecido, também adotou abordagens de gestão distintas, sendo operacionalizado por meio de parcerias entre Estado e organizações sociais. Após sua implementação em dois núcleos, foi posteriormente municipalizado.

Concretamente, a priorização do fortalecimento da APS paulista se deu no Plano Estadual de Saúde de 2008 a 2011, cujo objetivo era aprimorar a qualidade dos serviços nos municípios por meio de parcerias e estratégias consensuadas pelos gestores municipais e estadual. Baseava-se na proposta de alinhar o papel do estado na gestão regional, ao mesmo tempo em que estimulava a aproximação deste às atividades realizadas pelos serviços de APS. O apoio para a organização local das práticas de saúde mostrava-se relevante para a reorientação do modelo assistencial na atenção primária e do sistema de saúde em geral, já que muitos municípios, especialmente os menores, enfrentavam dificuldades para redefinir suas abordagens técnicas em harmonia com as diretrizes de atenção integral à saúde estabelecidas pelo SUS.

Nessa arena, em 5 de dezembro de 2008 foi publicada no âmbito estadual a Resolução SS nº 187, que dispunha sobre o projeto de apoio técnico de saúde do SUS de São Paulo, bem como monitoramento e avaliação da atenção básica. A resolução estabeleceu o papel do ator que realizaria o apoio técnico, dispondo sobre as características que ele deveria ter para compor a equipe, desde o processo seleção e até suas atribuições.

Esses novos atores passaram a ser chamados de articuladores da atenção básica (AAB), constituindo um grupo de profissionais selecionados pela própria SES-SP com base em critérios técnicos, com o propósito de promover ações de apoio na área da AB. Esses especialistas têm como objetivo auxiliar os gestores municipais na identificação de problemas e no desenvolvimento de estratégias eficientes para o seu enfrentamento. Sua atuação está voltada aos processos de trabalho nas unidades básicas de saúde, ao mesmo tempo em que se mantêm numa perspectiva de integração local e regional. O programa AAB, iniciado em março de 2009, prevê um total de 90 profissionais distribuídos pelas 64 regiões de saúde do estado de São Paulo, de acordo com o número de municípios, priorizando aqueles com menos de 100 mil habitantes. Eles desempenham funções como avaliação, monitoramento e desenvolvimento da capacidade de gestão municipal nessa área crucial da saúde pública.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Secretaria de Saúde de São Paulo. Articuladores da Atenção Básica. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/atencao-basica/programa-articuladores-de-atencao-basica/articuladores-da-atencao-basica>>. Acesso em: 25. jul. 2023.

No caso do Departamento Regional de Saúde de Piracicaba, cabe dizer que, além das visitas e reuniões realizadas *in loco* nos 26 municípios a ele vinculados, nós, os AAB, realizamos mensalmente reuniões intituladas de GTAB (Grupo Técnico da Atenção Básica), com os coordenadores/gestores municipais de saúde. Essas reuniões são importantes porque nelas são discutidos assuntos como organização de processos de trabalho, além de estudo coletivo de portarias e programas instituídos pelos governos federal e estadual, entre outros assuntos pertinentes à APS. Nesse momento também ocorre uma profícua troca de experiências entre os municípios.

Além dos encontros específicos no âmbito do GTAB, os AAB também participam das reuniões de Câmara Técnica e CIR, que são instâncias<sup>6</sup> deliberativas de cogestão regional compostas por gestores municipais e representantes do estado, com vistas ao planejamento e à definição de prioridades regionais e implantação de mecanismos de regulação, entre outros objetivos. Participam, ainda, de reuniões de redes temáticas, como as das redes de oncologia, de pacientes crônicos e de urgência e emergência, em virtude do papel da APS como base das redes de atenção à saúde. Cabe ressaltar que os municípios contam também com o valioso apoio do Conselho de Secretários Municipais de Saúde de São Paulo (Cosems/SP). O conselho, que congrega todos os secretários de saúde paulistas, complementa e adensa o apoio realizado pelos articuladores estaduais por não se restringir à atenção básica e incluir até a alta complexidade.

Em outras palavras, esta pesquisa espera contribuir para o fomento de conhecimentos úteis e a promoção de debates com gestoras e gestores municipais, os implementadores das políticas recentes da APS. Buscando explorar os valores que eles constroem para sustentar seus posicionamentos, este estudo espera lançar luz sobre os aspectos que tendem a influenciar o uso de autonomia (relativa) na implementação dessas mudanças.

Ademais, além do cenário de incertezas dado pela nova política, o texto das normativas recentemente publicadas tende a conferir especial autonomia aos municípios, sempre afirmando que as medidas devem ser incorporadas mediante a análise das/dos gestores locais quanto às necessidades do território. Desse modo,

---

<sup>6</sup> Giannotti E, Pimenta AL. #DICADOGESTOR: a regionalização do estado de São Paulo [internet]. Cosems/SP, 20 out. 2018 [acesso em 25 jul 2023]. Disponível em: <

reitera-se a importância de se colocar em perspectiva a compreensão e o direcionamento das ações dos gestores frente a esse contexto.

Assim, esses atores teriam alguma margem de manobra para tomar decisões com potencial para ampliar ou limitar o efeito de descaracterização do modelo da ESF dentro da organização da atenção primária. Mapear tais movimentos também é relevante para as discussões a esse respeito (PINTO *et al.*, 2014).

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 OBJETIVO GERAL

Compreender os sentidos atribuídos pelos gestores municipais a respeito das normativas organizativas da atenção primária à saúde.

#### 4.1.1 Objetivos Específicos

- I. Compreender de que modo os gestores municipais assimilaram e implementaram as mudanças da PNAB 2017 e do Programa Previner Brasil.
- II. Identificar as principais estratégias às quais esses gestores recorrem para conhecer e implementar as normativas orientadoras da APS.
- III. Analisar a compreensão que o gestor municipal possui sobre sua autonomia relativa frente à indução de política produzida mediante as normativas federais.

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Esta pesquisa se propôs a investigar mais detalhadamente como são construídas e organizadas as percepções de gestores municipais de saúde em torno das mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica. Possui, portanto, afinidade com a abordagem qualitativa, que se caracteriza por tentar entender como as coisas mudam, se transformam e se auto-organizam a partir das crenças, dos valores e dos sentidos dos participantes. Na perspectiva de MINAYO (1992, p. 10), as pesquisas qualitativas são

aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

Considera essencialmente, portanto, a pesquisa de campo, devendo o/a investigador/a atuar onde o objeto de estudo se encontra. ARAÚJO e OLIVEIRA (1997, p. 11) sintetizam como a perspectiva qualitativa se desenvolve:

numa situação natural, é rico em dados descritivos, obtidos no contato direto do pesquisador com a situação estudada, enfatiza mais o processo do que o produto se preocupa em retratar a perspectiva dos participantes, tem um plano aberto e flexível e focaliza a realidade de forma complexa e contextualizada.

De acordo com MAGALHÃES *et al.* (2018), essa abordagem é historicamente marcada por uma forte inserção nas ciências sociais e humanas, especialmente na sociologia e na antropologia. Ao longo dos anos, sua elevada capacidade de agregar conhecimentos e sentidos aos fatos estudados, que muitas vezes os números e os testes estatísticos não alcançam, fez com que essa modalidade de investigação fosse especialmente empregada na área da saúde, em particular na saúde coletiva. Isso porque ela possibilita às/aos pesquisadoras uma compreensão mais ampla e complexa sobre a díade saúde-doença, extrapolando diagnósticos e testes laboratoriais e captando em profundidade os sentidos produzidos por aqueles que cuidam e são cuidados. Na pesquisa qualitativa, os elementos em investigação são

privilegiadamente os discursos e seus instrumentos, a análise e a interpretação da linguagem.

Neste trabalho esses discursos foram coletados por de entrevistas individuais em profundidade, uma ferramenta que estimula os participantes a se sentirem à vontade, emitindo com transparência suas opiniões (GUERRA, 2014). Essa abordagem considera a singularidade da pessoa, dado que sua subjetividade é uma manifestação da plenitude de sua vida. A experiência e a vivência ocorrem no terreno da coletividade e se contextualizam pela cultura do grupo social em que ela se insere (MINAYO, 2011; 2012).

Também utilizou o referencial da etnometodologia, que é a pesquisa empírica quanto aos métodos que os indivíduos utilizam para dar sentido e ao mesmo tempo realizar as suas ações de todos os dias: comunicar-se, tomar decisões, raciocinar (COULON, 1995). A abordagem etnometodológica considera cada participante da pesquisa como um membro competente capaz de expressar singularidades acerca de dado fenômeno, não se legitimando o estudo pela quantidade de participantes, mas pela qualidade de sua expressão (IÑIGUEZ, 2004).

Ao analisar as perspectivas de cada gestora, também foi considerada a realidade de seu território diante da PNAB e suas modificações, pressupondo a existência de populações e locais muito diferentes entre si, bem como a experiência de cada uma das entrevistadas. Ademais, a minha própria vivência nas várias áreas da saúde pública também foi levada em conta.

## 5.2 PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO

Participaram da pesquisa seis municípios integrantes da CIR de Rio Claro, RRAS 14. Essa região foi escolhida porque a autora não atua nela como apoio, o que permitiu realizar o trabalho de campo de maneira mais confortável, evitando constrangimentos em razão dos vínculos afetivos e profissionais com as gestões.

Foram realizadas seis entrevistas, sendo cinco com gestoras municipais de saúde e uma com o coordenador da APS, visto que nesse caso o município não tinha gestor durante o período em que as entrevistas foram realizadas. Cada uma delas, realizadas nos próprios municípios, entre 27 de outubro e 17 de novembro de 2022, teve duração aproximada de 30 minutos, após apresentação da finalidade do estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Cinco entrevistas foram analisadas e discutidas. Uma foi desconsiderada e não utilizada na análise em razão da presença inadequada no local de um ator que, embora não fizesse parte da pesquisa, interferiu por diversas vezes nas respostas do gestor. Em outro município a entrevistada solicitou previamente a presença de três técnicos para compor a entrevista, sendo eles coordenadores da atenção básica, e assim auxiliá-la se necessário; todos assinaram o TCLE (Apêndice 1). Essa entrevista, mesmo em grupo, manteve-se como parte do *corpus* do estudo. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente.

Com vistas à contextualização das mudanças da PNAB, foi realizado um levantamento dos documentos oficiais que orientaram esse processo. Tal levantamento foi feito a partir das legislações, notas técnicas e documentos referentes à APS, apresentados no capítulo 2.

As entrevistas semiestruturadas foram baseadas em roteiro previamente desenvolvido, considerando os objetivos do estudo (Apêndice 2). Nesse sentido, foram tomadas na acepção de Teresa Maria Frota Haguette, para quem elas são “processos de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado” (Boni *et al.*, 2005). O roteiro possibilita ao participante discorrer sobre o tema proposto, devendo o pesquisador “seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal” (BONI *et al.*, 2005, p. 75). Neste trabalho, o instrumento foi validado em uma entrevista-teste realizada com o gestor de saúde de um município pertencente ao DRS 10 – Piracicaba, que não integra a CIR eleita para o estudo.

Para discutir a percepção dos gestores, esta pesquisa aproximou-se da perspectiva das práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano (SPINK, 2004), segundo a qual o sentido é uma construção social, de caráter coletivo e interativo. Essa abordagem entende que o sentido permite às pessoas, nas interações sociais e em relação a contextos históricos e culturais específicos, produzir os termos que lhes permitem compreender e lidar com as situações e fenômenos do cotidiano (SPINK e MEDRADO, 2004). Dito de outro modo, na perspectiva das práticas discursivas a linguagem é instruidora de realidades, construídas pelas pessoas nas interações sociais cotidianas.

A análise buscou os repertórios interpretativos empregados pelos participantes para responder às perguntas. Repertórios são dispositivos linguísticos (termos,

descrições, lugares-comuns e figuras de linguagem) que demarcam as possibilidades de produção de sentidos, segundo a dinâmica, a variabilidade e a polissemia das relações sociais (Spink e Medrado, 2004). Quando eles são o foco da análise, permitem também identificar a maneira como as pessoas se posicionam e posicionam suas/seus interlocutoras/es (outras pessoas, grupos ou sociedade) e como as versões de realidade são produzidas (ARAGAKI *et al.*, 2014).

Essa abordagem possui ferramentas que instrumentalizam o/a pesquisador/a a ressignificar e romper com sentidos dados *a priori*, considerando a interanimação dialógica (SPINK, 2004). Entre essas ferramentas está o mapa dialógico, um método de organização que aproxima a/o pesquisador do material coletado (MINGUINE *et al.*, 2014). Com o mapa dialógico foi possível organizar as informações contidas no *corpus* formado pelo conjunto das entrevistas transcritas, o que permitiu o acompanhamento sistemático e crítico de cada entrevistado. Isso porque o próprio processo de construção dos mapas preserva o contexto da enunciação e evidencia os vários elos da cadeia de comunicação. No caso da análise de entrevistas, os mapas dialógicos mostram não só o que o entrevistado disse, mas também o que precedeu a sua fala, inclusive a pergunta feita pelo/a pesquisador/a.

Para SPINK (2004, p. 42): “Essas trocas também constituem o contexto de produção de sentidos. Só entendemos o sentido na medida que incorporamos na análise esse contexto mais amplo de perguntas, respostas intervenções”. Construídos a partir da transcrição integral das entrevistas, os mapas possibilitaram a identificação dos posicionamentos das gestoras participantes frente às mudanças recentes da PNAB.

Em termos práticos, aponta ORESTES (2011), o mapa é uma tabela cujas colunas refletem os objetivos de pesquisa e a estrutura do roteiro de entrevista. As colunas sintetizam os temas abordados, que operam como categorias de análise. Neste estudo foram identificados os seguintes temas: 1) Contexto: Perfil dos gestores e características do território; 2) Entendimento sobre o papel do gestor municipal: estratégias para captação de recurso financeiro e implementação do cuidado; 3) O que o gestor pensa e entende sobre as políticas de atenção primária à saúde; 4) Como a gestão acessa e se apropria das informações sobre a APS.

A análise levou em conta, ainda, as características sociodemográficas dos municípios selecionados, bem como a formação acadêmico-profissional das participantes, como outra forma de demarcar o contexto da gestão. Entende-se que

essa complementação tende a aprimorar a compreensão das falas, na medida em que pode evidenciar cenários locais e experiências, saberes, dúvidas e reflexões.

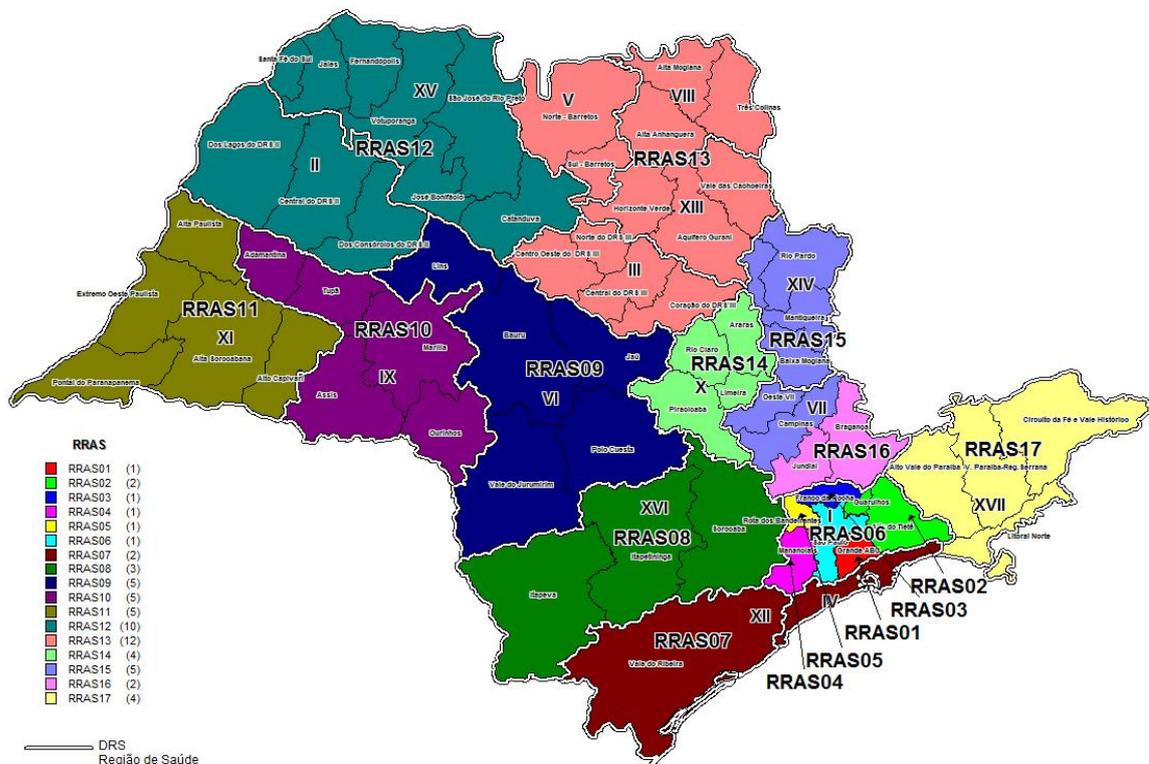
### 5.3 LOCAL DE ESTUDO

De acordo com a Portaria GM/MS nº 4.279/10, as Redes Regionais de Atenção à Saúde são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde. Com diferentes densidades tecnológicas, as RRAS são integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscando garantir a integralidade do cuidado num determinado território.

Em 28 de junho de 2011, foi publicado pelo governo federal o Decreto nº 7.508, com a finalidade regulamentar a Lei nº 8.080, que dispõe sobre a estruturação do SUS, abordando sua organização, planejamento, assistência à saúde e a articulação entre os entes federativos, além de apresentar outras disposições relevantes. Dessa forma, ele instituiu a criação das denominadas Regiões de Saúde (RS), onde cada rede é responsável por oferecer uma gama de serviços, compreendendo a atenção primária, os atendimentos de urgência e emergência, a atenção psicossocial, os cuidados ambulatoriais especializados e hospitalares e, por fim, a vigilância em saúde.

Com vistas a atender às diretrizes do decreto citado acima, o estado de São Paulo publicou a Deliberação CIB 64, em setembro de 2012, que implementou uma atualização e aprovação do desenho regional de saúde, resultando na criação de 63 Regiões de Saúde. Cada uma delas conta com sua respectiva Comissão Intergestores Regional. Com o intuito de melhorar a integração e a articulação entre as diferentes regiões, também foram estabelecidas 17 Redes Regionais de Atenção à Saúde. Cada RRAS é composta por representantes das respectivas CIR, com o intuito de promover uma gestão regionalizada e cooperativa, otimizando os recursos disponíveis e proporcionando um atendimento mais eficiente e abrangente.

Figura 1 - Distribuição das RRAS no Estado de São Paulo.<sup>7</sup>



A RRAS 14, entendida como o território geográfico deste estudo, situa-se no Leste do estado de São Paulo, com extensão de 8.548,47 quilômetros quadrados<sup>8</sup> e 1.614.475 habitantes (DataSUS, 2021)<sup>9</sup>, distribuídos por 26 municípios. Possui apenas um Departamento Regional de Saúde, o de Piracicaba, denominado DRS 10, dividido em quatro Comissões Intergestoras Regionais. Além da CIR de Piracicaba, a maior delas, com 11 cidades (Águas de São Pedro, Capivari, Charqueada, Elias Fausto, Mombuca, Piracicaba, Rafard, Rio das Pedras, Saltinho, Santa Maria da Serra e São Pedro), também conta com a CIR de Araras, composta por cinco municípios (Araras, Conchal, Leme, Pirassununga e Santa Cruz da Conceição), CIR de Limeira, com quatro (Cordeirópolis, Engenheiro Coelho, Iracemápolis e Limeira) e CIR de Rio

<sup>7</sup> Figura extraída de: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/redes-regionais-de-atencao-a-saude-no-estado-de-sao-paulo/redes-regionais-de-atencao-a-saude-rras/mapa\\_final.jpg](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/redes-regionais-de-atencao-a-saude-no-estado-de-sao-paulo/redes-regionais-de-atencao-a-saude-rras/mapa_final.jpg)> . Com alterações realizadas pela autora. Acessado em: 28 de jul. de 2023.

<sup>8</sup> Dados extraídos Mapa da Saúde RRAS 14.

<sup>9</sup> Dados extraídos de: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?popvs/cnv/popbr.def>>. Acesso em: 10 jun 2022.

Claro, com seis (Analândia, Corumbataí, Ipeúna, Itirapina, Rio Claro e Santa Gertrudes).

Desse total, 13 municípios têm população menor que 20.000 habitantes, o que influencia diretamente a economia de escala para definição de serviços de saúde. Assim, a porta de acesso preferencial ao Sistema Único de Saúde presente em todo território é a atenção primária, mantendo referências pactuadas junto às regiões de saúde para média e alta complexidade.

**Figura 2 - RRAS 14.**<sup>10</sup>



<sup>10</sup> Figura confeccionada pelas AAB DRS 10

**Quadro 2** - Histórico de cobertura e quantitativo de ESF e eAP das Regiões de Saúde do DRS 10 – Piracicaba, do estado de São Paulo e do Brasil, segundo competência abril/2023.<sup>11</sup>

Região de Saúde	População	Qt. eAP financiada	Qt. eSF financiada	Cobertura APS
<b>Araras</b>	352.417	21	44	78.95%
<b>Limeira</b>	382.593	3	53	60.42%
<b>Piracicaba</b>	606.446	44	69	64.85%
<b>Rio Claro</b>	273.019	9	36	74.22%
<b>Estado de São Paulo (63 Regiões de Saúde)</b>	46.649.132	2.220	6.350	63.3%
<b>Brasil (27 estados)</b>	213.317.639	4.792	49.599	76.95%

Na análise da cobertura da APS, foi possível notar que da RRAS 14 apenas a CIR de Limeira encontrava-se abaixo da cobertura paulista, estando as regiões de Piracicaba e Rio Claro abaixo da cobertura em relação ao Brasil e a região de Araras, acima.

**Quadro 3** - Histórico de Cobertura e quantitativo de ESF e eAP da CIR de Rio Claro, segundo competência Abril/2023.<sup>10</sup>

Município	População	Qt. eAP financiada	Qt. eSF financiada	Cobertura APS
Analândia	5.115	2	0	51.67%
Corumbataí	4.072	2	0	100%
Ipeúna	7.824	0	2	97.03%
Itirapina	18.610	2	3	77.64%
Rio Claro	209.548	3	26	72%
Santa Gertrudes	27.850	0	5	82.58%
Estado de São Paulo (63 Regiões de Saúde)	46.649.132	2.220	6.350	63.3%
<b>Brasil (27 estados)</b>	213.317.639	4.792	49.599	76.95%

<sup>11</sup> Dados extraídos de: e-Gestor Atenção Básica. Informação e Gestão da Atenção Básica. <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relCoberturaAPSCadastro.xhtml>>. Acesso em: 22. jun. 2023.

Na CIR de Rio Claro apenas o município de Analândia mantém-se abaixo da cobertura do estado de São Paulo. Os demais encontram-se acima tanto do estado quanto do país.

Cabe destacar que existe uma grande diferença populacional entre os cinco municípios participantes da pesquisa: três têm menos de 10.000 habitantes; um, de 10.000 a 30.000; e um mais de 200.000.

É sabido que a cobertura APS ideal, considerando o princípio da universalidade do SUS, é 100% da população. Não se pode, contudo, deixar de levar em conta o número de usuários de planos de saúde. No DRS Piracicaba, 43,82% contam com cobertura suplementar, enquanto na CIR de Rio Claro chega a 41,76%.

Cabe destacar ainda que, a partir de 2021, a cobertura da atenção básica passou a considerar apenas as equipes homologadas pelo Ministério da Saúde – anteriormente era utilizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

#### 5.4 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi desenvolvido em conformidade com as normas vigentes da Resolução CNS nº 510, de 7 de abril de 2016, e resoluções complementares do Conselho Nacional de Saúde. Submetido à análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (CEP-IS), foi desenvolvido observando as orientações e demais normas e recomendações éticas para a realização de pesquisas no Brasil (CCAIE 60937122.8.0000.5469, Parecer nº 5.599.369).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi entregue aos participantes, assinado por eles e pela pesquisadora. Cada participante recebeu uma cópia do TCLE, permanecendo a outra com a pesquisadora.

Na análise dos resultados as entrevistadas e suas citações são identificadas por números, enquanto o consórcio intermunicipal é chamado de Orquídea. Tal decisão visou a preservar o anonimato do conjunto de participantes.

## 6 RESULTADOS

### 6.1 CONTEXTO: PERFIL DOS GESTORES E CARACTERÍSTICAS DO TERRITÓRIO

O perfil das participantes da pesquisa foi construído a partir de informações fornecidas por elas próprias, durante a entrevista.

**Quadro 4** - Principais características das gestoras municipais de saúde entrevistadas.

	Nº	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	0	0
Feminino	5	100%
<b>Faixa etária</b>	3	60
31 a 40 anos	1	20
41 a 50 anos	0	0
51 a 60 anos	1	20
<b>Categoria profissional</b>		
Área da saúde	3	60
Outras áreas	2	40

Todas (100%) eram do sexo feminino, com idade referida entre 31 e 70 anos, sendo a faixa etária predominante de 31 a 40 anos – três das cinco gestoras, perfazendo 60% do total. Todas tinham formação de nível superior, 60% na área da saúde, confirmando o estudo OUVENEY *et al.* (2019), segundo o qual a gestão municipal do SUS é majoritariamente conduzida por mulheres, com formação superior, divergindo apenas quanto à faixa etária, no qual prevaleceu idade acima dos 40 anos.

Na pesquisa de FLEURY *et al.* (1997), dos gestores graduados na área da saúde, 42,7% eram médicos. Diferentemente, no caso das entrevistadas da CIR de Rio Claro, nenhuma possuía graduação em medicina.

Durante as entrevistas as participantes descreveram suas trajetórias profissionais. As duas que não possuíam formação na área da saúde eram administradoras, referindo terem atuado por mais de dez anos em outros serviços/municípios na assessoria de gestão do SUS; uma estava como gestora do município havia cinco meses e a outra, um ano e seis meses. Entre as profissionais

da saúde, a formação era em fisioterapia, odontologia e enfermagem. Uma estava no mesmo município havia mais de dez anos, sendo concursada como coordenadora da APS, sempre se revezando entre a gestão e a coordenação da saúde. Outra prestava serviços ao SUS havia 40 anos e, desde sua formação, nunca havia atuado na assistência ao paciente, estando sempre na gestão de serviços públicos ou no apoio à gestão municipal/estadual; estava no cargo havia um ano e onze meses. Por fim, uma entrevistada informou sempre ter atuado na assistência de rede privada, tendo assumido a gestão municipal havia um ano e nove meses, sendo a sua primeira experiência de trabalho no SUS.

As trajetórias apresentadas também diferem do perfil de gestores municipais traçado por FLEURY *et al.* (1997), podendo resultar de características inerentes ao contexto de municípios de pequeno porte, em que são relatadas dificuldades de fixação de médicos (MELO *et al.*, 2018). Podem, ainda, indicar abertura em relação a outras carreiras da saúde na gestão e ou denotar alinhamento com premissas liberais, que compreendem gestão da saúde como análoga à administração de empresas, sendo, portanto, realizável por carreiras ligadas às carreiras como administração, engenharia e contabilidade.

Importante destacar que a diferença demográfica significativa entre os cinco municípios – como dito, três deles tinham menos de 10.000 habitantes, um entre 10.000 e 30.000 e o último, com mais de 200.000 habitantes – situa os presentes achados na dimensão dos municípios pequenos. E isso representa a realidade de grande parte do estado de São Paulo e do Brasil.

Para PINAFFO *et al.* (2020), o dado populacional encontrado nos municípios estudados, que se caracterizam como de pequeno porte, é particularmente importante porque a descentralização do Sistema Único de Saúde, tal como foi implementada, colocou os menores em posição mais vulnerável em relação aos demais, sobretudo em termos de vulnerabilidade financeira. Essa situação, por outro lado, também leva a um viés desfavorável para os municípios maiores, que acabam assumindo a responsabilidade pelos atendimentos de média e alta complexidade das cidades menores, já que a estratégia de gestão regionalizada e cooperativa promove o compartilhamento de recursos e expertise.

## 6.2 ENTENDIMENTO SOBRE O PAPEL DO GESTOR MUNICIPAL: ESTRATÉGIAS PARA CAPTAÇÃO DE RECURSO FINANCEIRO E IMPLEMENTAÇÃO DO CUIDADO

Além da APS, a gestão também é responsável por toda a rede de cuidado instalada no município. E, para que consiga prestar assistência à sua população, precisa recorrer a diferentes estratégias. Os resultados da presente pesquisa mostraram o esforço das gestoras em conseguir garantir a manutenção dos serviços, ainda que tais medidas possam ser compreendidas como adaptações e manobras para se conseguir implementar as mudanças propostas na última versão da política de atenção básica.

Como dito anteriormente, a PNAB 2017 teve como uma de suas finalidades proporcionar ao gestor municipal uma pretensa maior autonomia e flexibilização para organização da atenção primária.

Tais adaptações podem ser ainda mais importantes para as cidades com menos de 20.000 habitantes, considerados de pequeno porte (MPP) e que representam cerca de 70% dos territórios municipais do país. São considerados mais vulneráveis, por possuírem condições limitadas de ofertas de serviços de saúde, menor fôlego gerencial para colocar em prática as políticas públicas e menor autonomia orçamentária, devido à baixa capacidade de arrecadação fiscal. Esse perfil redundava em menor alocação de recursos e, ainda, dificulta a fixação de profissionais médicos (PINAFFO *et al.*, 2020), requerendo dos gestores maiores esforços na busca por alternativas para a implementação dos serviços de saúde.

De certa forma, contudo, a literatura indica que essa autonomia, valorizada pelos gestores municipais, pode ser distorcida a favor da privatização da saúde, em especial na APS, e da focalização do cuidado, com a reprodução do modelo biomédico curativista. Esses aspectos, cabe mencionar, são analisados por autores como Morosini *et al.* (2020) como os referenciais orientadores da nova PNAB, da criação da ADAPS e do novo programa de financiamento da APS, o Previne Brasil. Concluem MOROSINI *et al.* (2020, p. 16):

A natureza das propostas e o modo como são apresentadas e justificadas evocam a imagem do Cavalo de Troia, o presente grego dado aos troianos que levou ao interior da cidade os meios para a conquistar. Embrulhadas para presente, as mudanças que tais medidas comportam são apresentadas como

meio para a solução dos problemas de autonomia da gestão local, de resolutividade, acesso, eficiência e eficácia da atenção básica.

### 6.2.1 Entre o SUS ideal e o SUS real: a escalada da terceirização

As modificações trazidas pelo novo modelo de financiamento visam os municípios com alta cobertura na atenção básica, reduzindo o problema daqueles com baixo cadastro. No entanto, as dificuldades persistem para aqueles com baixa cobertura, que estão sob risco contínuo de desfinanciamento federal da APS, ao mesmo tempo em que enfrentam uma maior carga de responsabilidade<sup>12</sup>. Desse modo, alguns gestores da saúde acabam buscando estratégias próprias para se adequar às normativas do Previner Brasil. Esse foi o caso da Gestora 5:

*Éééé... nós fizemos um cadastro, né? Porque, quando a gente cadastrou a eAP, você tem que fazer aqueles cadastros. Então eu contratei uma empresa para fazer o cadastro da população. Fizemos um cadastro bom, acho que até atingimos, né? Nós chegamos a atingir a meta, né?*

O esforço de cadastramento que a entrevistada considerou como um “cadastro bom”, no sentido de atender às expectativas de metas de cadastramento foi realizado mediante uma solução de natureza privada, ainda que a Portaria nº 2.436/2017, que instituiu o programa, explicita que essa é uma atribuição da equipe de saúde. E a empresa contratada não se enquadrava enquanto equipe de saúde.

Cabe destacar que, se por um lado, a medida ajuda o município a cadastrar com agilidade a população, e evita a perda de repasses financeiros, por outro – e este é um aspecto que parece não ser destacado pela entrevistada –, a empresa contratada não tinha como atribuição a realização da análise do perfil e das situações de saúde da população, segundo características sociais, culturais, econômicas, demográficas e epidemiológicas do território.

Tal fato parece demonstrar que a Gestora 5 considerou positivo o quantitativo da população cadastrada para julgar positivamente o seu resultado, mas não considerou em sua análise a forma como tal cadastramento foi realizado, que não

---

<sup>12</sup> REDE APS. Análise das mudanças e efeitos do Programa Previner Brasil para a APS. Disponível em: <<https://redeaps.org.br/2021/12/20/analise-das-mudancas-e-efeitos-do-programa-previne-brasil-para-a-aps/>>. Acesso em: 20 de jun. de 2023.

garantiu a análise preconizada na portaria, tampouco a criação do vínculo entre os profissionais de saúde e a população.

Nesse sentido, pode-se afirmar que ocorre com as novas normativas a mesma dinâmica indicada por DUARTE et al. (2023), caracterizada pela ausência de processos de monitoramento sobre o modelo de atenção e as práticas que são induzidas pelas políticas e mecanismos financeiros. Em síntese, indicadores e informações que poderiam ser úteis ao planejamento não são aproveitados pelos gestores para tais finalidades.

Outro aspecto relevante no conjunto das entrevistas foi o movimento de terceirização de outros processos das gestões municipais, não apenas no cadastramento, mas na construção dos sistemas de informação e regimes de contratação de mão de obra, sobretudo médica.

Na área da tecnologia da informação, as cinco entrevistadas disseram que contratavam sistemas terceirizados para a informatização da atenção primária. Elas justificaram esse movimento argumentando que os sistemas desenvolvidos e implementados pelo Ministério da Saúde não podem ser integrados aos sistemas de outros setores do executivo municipal, o que poderia otimizar a produção das informações em saúde e os recursos investidos em tecnologia.

*Na verdade, eu nunca, nunca fiz [uso] puro [do e-SUS] (...) porque sempre teve esse terceirizado. E, como o município, ele [terceirizado] agrega social, saúde e educação no mesmo sistema. (Gestora 3)*

A entrevistada fez referência ao Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), instituído pela Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013 (BRASIL, 2013). A operacionalização do SISAB é feita por meio da estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), sob gestão do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS). Essa estratégia é composta por dois softwares que instrumentalizam a coleta dos dados que serão inseridos no SISAB: a Coleta de Dados Simplificado (CDS) e o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). O e-SUS AB foi criado com o objetivo de organizar o processo de trabalho dos profissionais de saúde, fornecendo dados importantes para a melhoria da qualidade da atenção prestada à população (BRASIL, 2013). Cabe ressaltar que ambos os softwares do e-SUS (CDS e PEC) são fornecidos gratuitamente aos municípios, diferentemente dos sistemas terceirizados.

Sobre esse tema, as entrevistadas disseram, ainda, que o e-SUS não oferece relatórios suficientes para a gestão municipal:

*O que faz a diferença são sistemas de gestão [do município]. São sistemas de monitoramento; são sistemas de interação entre a coordenação e as unidades; sistemas de lançamento, de faturamento integrados (...) nosso lançamento também era feito de maneira precária (...) no e-SUS. O que a gente fez, de um ano e meio para cá, de maneira simultânea, em tudo, a gente aprimorou. Ampliou a oferta e informatizou tudo. Então, agora, a gente tem um sistema onde você lança tudo e aonde ele automaticamente rebate no eSUS. (Gestora 4)*

*Desde de que eu entrei, tava já esse sistema. O que eu vejo, assim da... é para mim a questão do... a questão do e-SUS é você não ter as outras ferramentas de gestão. Então, por exemplo, o sistema terceirizado... hoje, existem sistemas que realmente são... são adequados que nem tem, acho, que o de outro município, né? Inclusive eu vou fazer uma licitação agora, uma licitação nova de sistema. É um sistema que eles realmente... eles têm essa preocupação com o indicador: “Olha, você não tá atingindo”; “Olha, você tá preenchendo errado e tal”. O nosso, realmente, eu não tenho assessoria. Mas o usar só o e-SUS... é que ele não expande para... para outros... ééé... para outros programas que eu preciso por conta de gestão. Por exemplo, o exame de laboratório, transporte, farmácia. Então, para eu implantar eu teria que implantar o e-SUS e, automaticamente, eu teria que implantar um sistema meio que casado para que eu consiga fazer a gestão total, né? O tanto de medicamento que eu tô dispensando para o paciente e tal. (Gestora 5)*

Outro ponto importante diz respeito especificamente à área da saúde, apesar da estratégia e-SUS AB ter entre seus objetivos promover maior integração entre os serviços, ainda não tem interface como a atenção de média e alta complexidade. Para as entrevistadas, são esses aspectos que exigem a compra de sistemas terceirizados.

A transição entre os programas utilizados pelo ministério e a baixa integração dos dados municipais aos modelos propostos, que são os argumentos utilizados pelas gestoras neste estudo, deveriam ser alvo de discussões ampliadas em espaços intergestores e servir de mote para a mobilização coletiva em nome de sistemas operacionais mais amigáveis ao público-alvo ou de estratégias de apoio técnico às gestões, além de disparar os debates sobre a necessidade de processos avaliativos de caráter formativo, mais transparentes e permeáveis à participação social (DUARTE *et al.*, 2023). Em vez disso, são cooptados para aquecer o mercado tecnológico mediante a compra de sistemas próprios, que resultam em base de dados pouco

homogêneas e confiáveis. E isso dificulta o monitoramento dos indicadores pelas/pelos gestoras/es, que não conseguem retratar o processo de trabalho das equipes.

Nesse sentido, algumas entrevistadas afirmaram que, mesmo com a contratação dos sistemas privados, enfrentam dificuldades para alcançar indicadores de desempenho satisfatórios. E atribuíram a responsabilidade pelo fracasso no envio de dados para as bases do Ministério da Saúde ao sistema contratado.

Nas cinco entrevistas também ficou destacada a terceirização de recursos humanos em saúde. Esse modelo tornou-se uma tendência na gestão da rede pública de saúde brasileira, que progressivamente vem deixando o modelo tradicional de contratação de funcionários por meio de concursos sob a alegação de desburocratização com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços públicos.

*A gente ainda tem problemas porque assim os médicos são de uma empresa contratada, não é um médico fixo. (Gestora 4)*

Segundo ALEXANDRINO e PAULO (2014), é relevante observar que na última década do século passado, já sob forte influência do ideário neoliberal, foram promovidas no Brasil diversas alterações constitucionais e legais com o objetivo de implantar no país um modelo de administração pública intitulado de “gerencial”. Para os defensores dessa tese, a administração gerencial é assentada, preponderantemente, no princípio da eficiência. E para eles, ao menos parcialmente, o padrão tradicional da administração pública brasileira, dita “administração burocrática”, é menos eficiente porque orientada pelo princípio da legalidade. Corroborando, SANTOS (2006, p 372) avalia que a administração pública apresenta uma capacidade operacional limitada, com um poder decisório considerado fraco, enquanto os controles existentes são predominantemente formais e de qualidade insuficiente, havendo uma presença significativa de influências políticas externas.

É importante ressaltar que a participação do setor privado nas ações do sistema público de saúde está prevista na Constituição de 1988. É, por exemplo, o que explicitam os termos do seu Artigo 37, XVI:

§ 8º A autonomia gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e entidades da administração direta e indireta poderá ser ampliada mediante contrato, a ser firmado entre seus administradores e o poder público, que tenha por

objeto a fixação de metas de desempenho para o órgão ou entidade, cabendo à lei dispor sobre:

- I – o prazo de duração do contrato;
- II – os controles e critérios de avaliação de desempenho, direitos, obrigações e responsabilidade dos dirigentes;
- III – a remuneração do pessoal (BRASIL, 1988).

Essa condição foi corroborada pela Lei 8.080, no Título II, do Capítulo II, dos princípios e diretrizes, em seu Artigo 7º, que determina que ações e serviços, tanto públicos como privados, contratados ou conveniados, devem seguir diretrizes previstas na Constituição (BRASIL, 1990). Ainda, a contratação de serviços privados aparece em vários momentos da lei, regulamentando seu funcionamento e participação complementar:

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

O contrato de gestão, uma das principais vias estabelecidas para a participação da iniciativa privada na gestão da saúde, é um tipo de acordo estabelecido pela Lei Federal nº 9.637, de 15 de maio de 1998, que combina características de contratos e convênios tradicionais. Seu objetivo principal é viabilizar a alocação de recursos públicos para entidades do terceiro setor, desde que obtenham a qualificação de organizações sociais (OS) (CEARÁ, 2010). Na presente pesquisa, esse recurso, em associação com outras estratégias de abertura para a iniciativa privada, emergiu como solução amplamente utilizada na gestão da APS, sobretudo para o suprimento da mão de obra médica.

À pergunta sobre a contratação de médicos, a Gestora 1 respondeu: “Eu tenho concursado e contratado”. Sobre o cumprimento da carga horária de 40 horas do profissional médico para integrar as equipes de saúde da família, ela comentou:

*Em uma sim (...) na eSF 1 ééé... ali funciona redondinho. É uma eSF que se eu pudesse falar modelo ela é. Porque ela é uma equipe que faz o que eu solicito, faz muito programa de prevenção, de promoção de saúde.*

*Agora, a outra, ela tem apenas um médico... uma médica, que é de 20 horas, que é concursada aqui há muito tempo. E não supre, não supre a demanda. Aí eu tenho que ficar completando com médicos contratados, que muitas vezes não podem fazer as 20 horas. Porque não é fácil achar médico de 20 horas. Então vai migrando muito. Eu não deixo a comunidade sem médico porque eles não têm nada a ver com isso. Então eu preciso assistir aquela população. Então, mesmo sabendo o risco que eu corro de perder, ter as perdas perante uma ESF, meu objetivo maior é assistir à população. Mais de 40 horas é de extremamente, assim, importante. Por isso que eu acredito mais na estratégia do que em outra unidade.*

Como já dito, cabe ressaltar que tanto a PNAB de 2011 (Portaria nº 2.488) como na versão de 2017 (Portaria nº 2.436) está explícita a obrigatoriedade de jornada de 40 horas semanais a todos os profissionais de saúde membros da eSF. Mas, é importante ressaltar, na PNAB 2017 pode ser contemplada a partir da somatória de carga horária de mais de um profissional da mesma categoria.

Outra forma de contratação de serviços e profissionais bastante citada pelas participantes assenta-se no modelo de associativismo, com o chamado consórcio intermunicipal. Na área da saúde, o consórcio é uma associação entre municípios cuja finalidade é a realização de atividades referentes à promoção, proteção e recuperação da saúde. Nesse caso, a gestão deve ser sempre realizada pelos próprios municípios (BRASIL, 1997).

Segundo PRATES (2015), os consórcios públicos intermunicipais se constituíram, nos anos 1990, como importante instrumento de política pública para o desenvolvimento econômico e melhoria dos sistemas de saúde, saneamento e meio ambiente, entre outros. A partir da Constituição de 1988 o ente municipal teve de assumir uma série de compromissos que antes eram financiados fundamentalmente pela União. Esse movimento foi caracterizado como de “transferência de competências” porque envolvia o repasse de receitas em proporção inferior às novas obrigações assumidas pelos municípios, sob rígida política orçamentária capitaneada pela chamada Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). Os limites de gastos atribuídos pela LRF obrigaram os entes municipais a buscarem novas soluções para suprir a necessidade da população, entre as quais os consórcios públicos.

Os apoiadores presentes na entrevista em grupo, com a Gestora 5, destacaram:

*[...] na verdade, hoje, a gente tem, fora os concursados, (...) uma porcentagem grande de profissionais pela "ORQUÍDEA", pelo consórcio. E isso é o problema.... Porque eles não querem tanto aderir ao concurso, tem essa dificuldade que eles acham, eles querem ficar full time, eles preferem ficar pela "ORQUÍDEA" por um tempo e, aí, se eu quiser migrar pra região ou ir para outro serviço, eu tenho essa facilidade, entendeu? Hoje eu tenho (...) profissionais da atenção básica, médicos, 30, é pela "ORQUÍDEA" (Apoio 3).*

*Eu tô há 14 anos trabalhando em PSF. Então, como eu venho da ponta, eu tenho uma outra visão... ééé... mais limpa do que a ela tá dizendo (...) mas aí a visão da ponta. Desde que eu entrei aqui os concursos sempre tiveram. A gente nunca teve problema com isso. Mas eu acho, sim, que o número de candidatos ao longo desses anos está diminuindo para médico generalista. É chamado o concurso inteiro, todos os candidatos... zera em pouco tempo. A gente chama todo, né? Todos! E realmente existe isso, eles não permanecem, diferentemente de quando eu entrei, que eram os mesmos médicos, que a intenção era realmente fazer carreira. Eu acho que nesses sete, oito anos, assim que "Eu tô pegando", não fica. Não para médico (Apoio 2).*

Esses recursos, assim como o da contratação de empresa para o cadastramento, são vistos pelas participantes como soluções eficientes, e casos de sucesso para o município, por lhes evitar o risco de descontinuar os atendimentos à população.

Para VIANNA *et al.* (2008), no entanto, os consórcios intermunicipais de saúde vieram como alternativa para municípios menores, cuja capacidade de desenvolvimento econômico é limitada. Segundo esses autores, tal modelo permite enfrentar os desafios que essas gestões encontram ao negociar com o setor privado de saúde, inclusive adquirir equipamentos e medicamentos, em razão do seu poder político e econômico reduzido. Mas, nota-se que o cenário mudou, e a terceirização avançou para a área de recursos humanos em saúde de modo irrestrito, firmando-se como uma tendência na gestão da rede pública de saúde brasileira.

A Gestora 5 observou, ainda, que a falta de valorização profissional, principalmente em termos de remuneração, e de perspectiva de crescimento na carreira médica dificultam sua contratação para a atenção primária. Tal achado corrobora estudos sobre a impermanência de médicos nesse nível de atenção, fenômeno que estaria intrinsecamente ligado à perspectiva de progressão em suas carreiras, seguindo o modelo de trajetória profissional comum no Brasil, que prioriza

a especialização. Para ela, isso muitas vezes leva os médicos a trabalharem na atenção primária apenas até surgir uma oportunidade nos cuidados especializados.

*Eu acho que existe um componente de atração e de valorização do preço do profissional de saúde da família (...) na minha experiência de governo federal, governo do estado etc. e tal via; na época, por exemplo, que você tinha um José Serra na frente do ministério que, na verdade, quando nasceu, né?, esse programa e quando você tem pessoas incumbentes que entendam a importância disso e que de fato valorizem as carreiras, para você conseguir reter profissionais nessas áreas que tão fora dessa [da AB]. Vamos dizer assim: remuneração diferenciada e dessa especialização hospitalar, eles tão fora disso. São médicos de saúde da família, com uma vocação para atuar em setor público, como a gente teria, vamos dizer, semelhantes no Reino Unido de uma maneira geral, onde existe o sistema único, à moda deles. Mas, na verdade, os médicos lá têm uma vocação para setor público e têm esse apoio e irrestrito. E talvez não tem... não há limitação da onde ele possa chegar. Então, do ponto de vista da carreira e da monetização dessa atividade, existe uma sobrevida grande e uma perspectiva de consolidação e de grandes feitos. Agora, no Brasil, à medida que você profissionalizou cada vez mais e afunilou, você tem que chegar em algum momento da sua vida lá, você tem que decidir: vai ser cardiologista, você vai ser dermatologista, você vai ser isso? (...) pra atuar como clínico geral em saúde da família, deveria ter também o seu lugar no mercado, para premiar para etc. e tal. E para você dar continuidade a isso. Mas é uma diretriz de política pública nacional que precisa ser tomada. Da mesma maneira professor. Professor da rede pública... muitas vezes (...) 90% compõem com rede privada, com cursinho, com outras coisas. Por quê? Porque não dá para viver só daquilo. Da mesma maneira os profissionais da saúde da família. Então, não é só no salário, mas é na perspectiva de carreira e retenção. Porque um jovem, hoje, que queira fazer uma saúde, uma carreira nisso, até onde ele vai? Eu te pergunto. Não, ele tem que sobreviver, e ele tem que diversificar, ele tem que se especializar, ele tem que crescer. Como é que ele vai crescer? Para onde ele vai crescer? Saúde da família? Pera aí, desculpa, ah não!*

É possível observar nesse excerto que a manutenção desses profissionais na APS está associada à noção de ascensão na carreira, segundo a lógica da sua trajetória na graduação, que no caso dos médicos brasileiros é reconhecidamente voltada para a especialização. Isso faz com que eles fiquem na atenção primária apenas até o ingresso no cuidado especializado. Essa é uma questão estruturante que afeta a rede APS em todo o país, notadamente nos municípios do interior e das áreas periféricas de grandes centros urbanos, demandando a construção de reformas tais como as mencionadas por CAMPOS (2018).

Para enfrentar esse desafio em particular é essencial a implementação de políticas públicas e estratégias que valorizem e incentivem a atuação desses profissionais na atenção primária. Isso inclui oferecer e garantir melhores condições de trabalho, salários mais atrativos, oportunidades de capacitação e desenvolvimento profissional dentro da APS. Também requer o reconhecimento da importância desse nível de atenção como pilar fundamental do SUS. Ademais, é relevante destacar a necessidade de uma mudança na cultura profissional, em que a especialização não seja vista como a única forma de progressão na carreira, mas sim o aprimoramento contínuo das habilidades e competências para a atuação na atenção primária. A contratação terceirizada ou via consórcios intermunicipais não são, contudo, alternativas que fortalecem as políticas públicas de saúde, embora cumpram sua função de saída rápida para a gestão municipal em garantir seu quantitativo de recursos humanos.

Mesmo a carga horária cumprida por médicos contratados pelo consórcio para atuar na APS, segundo a Gestora 5, “variava muito”, conforme a disponibilidade do profissional, flutuação que também está atrelada à problemática da contratação e da dificuldade de fixação dos médicos. No relato dessa gestora, em seu município havia quem trabalhasse 12 e 10 horas semanais, geralmente cobrindo férias de outros médicos.

De fato, em 2012, estudo de VIANA e RIBEIRO já destacava o salário como um fator de atração de profissionais da saúde. Os autores também apontavam a necessidade de se combinar incentivos financeiros e não financeiros, como flexibilidade de horário e folga no trabalho.

É importante ressaltar que desde a promulgação da Emenda Constitucional nº 41, em 2003, nenhum servidor público pode ter um salário maior que o dos chefes do executivo – presidente da República, prefeitos e governadores. Em função da Lei de Responsabilidade Fiscal, que impõe limites de gastos com pessoal e, no caso da saúde, a necessidade de cumprir as regras ministeriais para compor as eSF, os municípios acabam recorrendo a esses mecanismos para a contratação de pessoal (NEY *et al.*, 2012).

Ainda, segundo SANTOS (2013), em razão das necessidades da população e da atenção integral, os contratados e convênios acabaram assumindo um papel central no sistema brasileiro de saúde, perdendo seu caráter complementar, conflitando com as diretrizes do SUS. Isso ocorreu devido aos baixos investimento em

equipamentos diagnósticos e terapêuticos e em tecnologia nos serviços públicos, tanto na atenção de média complexidade quanto na atenção básica, o que levou a um crescimento desproporcional e atípico dos serviços privados complementares no SUS.

### 6.3 O QUE O GESTOR PENSA E ENTENDE SOBRE AS POLÍTICAS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

#### 6.3.1 As mudanças na PNAB de 2011 para 2017

Um dos achados desta pesquisa, revelado pela Gestora 1, indica desconhecimento do teor das sucessivas mudanças que ocorreram na Política Nacional de Atenção Básica: “Eu não faço ideia!”

Após explicação desta pesquisadora sobre as alterações promovidas pela versão de 2017 da PNAB, ela ponderou:

*Ah... eu acho que toda essa mudança, como eu disse, né? Autonomia é extremamente bem-vinda (...) acho que são estratégias que têm que ocorrer na atenção primária, com certeza. E é o que nós utilizamos a acontecer, né? Então, sem saber de tudo isso de 2011 a 2017, nós já fazemos isso. Eu concordo. (Gestora 5)*

É possível depreender dessa fala uma simplificação do conceito de autonomia, uma vez que na prática a política, como já dito anteriormente, chama de autonomia a possibilidade da criação de equipes de APS com carga horária flexível, mas vincula todo o financiamento à obrigatoriedade de credenciamento de tais equipes e às metas atingidas por elas.

Nesse sentido, a despeito da concordância da gestora com os argumentos de suposta autonomia, a literatura e os debates no campo da saúde coletiva chamam atenção para o fato de a normativa recorrer ao conceito de autonomia como mera narrativa, a fim de estimular a sua aceitação entre os gestores e aumentar as chances de indução da política (MELO *et al.*, 2018). Na verdade, há pouquíssima margem para escolhas genuínas ou contrárias à degradação do cuidado que reside nas entrelinhas da PNAB e que, a partir do Previner Brasil, se tornaram a regra. Isso porque o gestor “tem de escolher”, pois o financiamento é condicionado ao que ele “tem de ter” para ganhar. Temos, assim a exploração do recurso da indução de política estritamente via

financiamento, um dos pontos frágeis no arcabouço da descentralização do SUS mediante gestão tripartite (NORONHA *et al.*, 2012).

Não por acaso, foi possível perceber uma associação equivocada das mudanças na PNAB 2017, que são traduzidas, pelas gestoras, por elementos que na verdade referem-se ao Programa Previne Brasil. Isso reforça o caráter de indução de determinados modelos de atenção via financiamento (Duarte *et al.*, 2023).

*[...] até acho que ela a PNAB 2017] fortalece, principalmente pela questão dos indicadores, né?, que hoje você tem que preencher. Porque você fala assim, né? Antigamente tinha lá aquele sistema de HIPERDIA<sup>13</sup>, né? Então, você tinha lá a quantidade de pacientes (...) que você tinha você tinha que fazer meio que manual, né? (...) “olha, quantos hipertensos eu tenho, quantos diabéticos?” Então, com essas questões, assim, de indicadores: a vacinação, gestante que não faz os pré-natais, né? (...) então acho que é uma coisa que, assim, é... organizou mais, com certeza. Até mesmo por questão de financiamento, né? Porque aí você sabe que você tem que fazer aquele indicador. Então, eu tenho que (...) estimular a minha equipe, estimular o paciente a fazer aquilo porque isso vai surtir um efeito para o município. Para que eu consiga, né?, investir mais nas ações do que ficar aquela coisa tipo: “Ah todo mês esse mês fixo!” (...) antes era o PAB fixo, né? Então você fica aquilo: todo, todo mês é aquilo que eu tenho. Hoje já não, né? A gente tem... é meio que tem que estimular aí, crescendo os indicadores. (Gestor 5)*

Essa fala parece indicar que as preocupações com os recursos levam a gestão municipal da saúde a aderir de forma maciça às mudanças na política ao programa de financiamento. Conforme já mencionado, a descentralização/municipalização, além de trazer maior poder político e autonomia aos municípios, também obrigou esses entes federados a assumir a maior parcela dos recursos para a manutenção da saúde – e, perder qualquer fatia do orçamento tripartite parece estar fora de cogitação. MELO *et al.* (2018) confirmam essa tese observando que ao longo dos anos o SUS registrou aumento da carga de responsabilidade municipal no financiamento da atenção básica, principalmente pela baixa participação no financiamento dos entes estaduais.

Uma única gestora entrevistada apontou, como as principais mudanças entre as versões de 2011 e 2017 da PNAB, os prejuízos trazidos ao número de ACS nas

---

<sup>13</sup> Estratégia do Ministério da Saúde de acompanhamento de usuários hipertensos e/ou diabéticos com objetivo de vincular o paciente à UBS e à equipe de saúde, criada em 2020.

eSF em razão da criação de uma nova modalidade de equipe, a chamada equipe de atenção primária, que na prática flexibiliza a carga horária dos profissionais:

*É o que a gente percebeu depois (...) da última [PNAB], antes ainda da mudança (...) dos indicadores (...) foi, foi mais a parte dos agentes mesmo, né? Que antes (...) cada um tinha o seu território. Eu acho que um pouco melhorou. Assim, não se faz muito mais, num olhar, se fosse um olhar perfeito, a gente não fica muito atrás do paciente que tá bem, que tá tudo bem, tá tudo em ordem. Mas a gente pega os mais vulneráveis, que precisam (...) de muito mais visita, muito mais acompanhamento, você tem que pegar na mão e resolver as questões. O exemplo de uma criança, de uma vacina, isso, assim, deu uma abertura maior, eu achei. Saiu um pouco cada um do seu quadrado. Mas (...) mesmo assim a gente precisa de mais agentes. Não é porque você (...) teve essa abertura, a gente precisa, [porque] a gente tem uma população muito vulnerável. Uma outra questão foi a abertura da eAP, né? Os tipos, né?. Mudou! Mas, assim, na minha opinião a estratégia é a estratégia não adianta. Ela é a pioneira, não tem como, né? (...) assim, você consegue ter uma abertura melhor do que você pode colocar no município conforme a realidade no município. (Gestora 3)*

É importante ressaltar que a PNAB de 2011 considera a estratégia saúde da família como forma prioritária para reorganização da atenção básica, sendo obrigatório nas suas equipes o agente comunitário de saúde, que deveria cobrir 100% da população cadastrada em cada território. Já a PNAB de 2017 também prioriza a ESF para a consolidação da AB, mas com essa nova formulação de equipes, agora chamada de eAB ou eAP, exclui a centralidade dos ACS e da estratégia na composição da equipe. Outra mudança significativa diz respeito ao número de ACS por equipe de saúde da família, que passou a ser definido pelo gestor municipal a partir de novos critérios, como base populacional, indicadores demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, recomendando a cobertura de 100% da população cadastrada apenas em áreas de risco e vulnerabilidade.

Ainda que se recomende a cobertura de 100%, é aplicável somente à população cadastrada, e estabelece um ACS como número mínimo a ser contratado para a habilitação da equipe. Essa generalidade na normativa, em um período de retração de recursos para políticas públicas, tende a significar uma ampla redução na contratação de agentes comunitários, com potencial para impactar negativamente conquistas históricas da APS brasileira. Especialmente aquelas relacionadas ao cuidado de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis e à saúde materno-infantil, que já se mostraram sensíveis à atuação dos ACS. Além disso, essa redução

pode dificultar o acesso dos usuários de maior risco social aos serviços de saúde, e interferir no diagnóstico de condições determinantes do processo saúde-doença (FREIRE *et al.*, 2021).

E é exatamente esse risco que torna o excerto acima dúbio. De um lado, a Gestora 3 afirma que as mudanças de 2017 trouxeram benefícios macroestruturais para os municípios; de outro, ela reconhece que a última versão da PNAB pode comprometer a estratégia saúde da família ao reduzir a participação dos agentes comunitários. Contudo, não se reconhece a incoerência entre essas medidas, o que pode ser grave em termos da construção de um modelo de atenção abrangente na atenção primária, considerando que esse tipo de posicionamento pode ser o mesmo de outros gestores municipais da saúde Brasil afora.

Ademais, é preciso considerar a dificuldade das gestões municipais em se manejar a grande quantidade de eventos, marcos teóricos, portarias, publicações, decretos e normas, além das frequentes mudanças nas políticas públicas relacionadas à APS. Acompanhar todas essas alterações exige um malabarismo diário, pois, como já dito, as/os gestoras/es também são responsáveis por toda a rede de saúde do município.

Como mais um argumento para a dificuldade identificada entre as gestoras para acompanhar as diversas demandas e implementar as novas postarias, é importante ressaltar que as políticas públicas são elaboradas para cobrir o vasto território brasileiro, caracterizado por acentuais diferenças sociais, demográficas, culturais e epidemiológicas. Essa diversidade torna ainda mais complexo o desafio de implementar essas políticas de forma efetiva e adequada na esfera das especificidades locais.

#### 6.4 COMO A GESTÃO ACESSA E SE APROPRIA DAS INFORMAÇÕES SOBRE A APS

A fim de melhor compreender a construção do entendimento das normativas e a possibilidade de reflexão das/dos gestoras/es acerca de seu papel e de sua autonomia relativa no processo de implementação da atenção primária, é fundamental identificar os mecanismos através dos quais eles se apropriam e acessam as

informações sobre ela. E, mapear os espaços destinados à problematização dessas informações é igualmente importante.

Sobre esses aspectos, as cinco gestoras afirmaram que, no caso de seus municípios, as informações sobre a atenção primária são acessadas majoritariamente através do articulador da atenção básica e do Departamento Regional de Saúde, em associação com grupos de transmissão criados nos e-mails e aplicativos de mensagem instantânea. Esse processo é complementado com leituras pontuais, realizadas por iniciativa própria. Quando questionadas a respeito, relataram:

*Nós temos apoio dos articuladores (...), da DRS, [n]as reuniões do grupo técnico de atenção básica. E, às vezes, assim, algumas leituras: entra em algum site, lê alguma coisa. (Gestora 2)*

*É assim: nós ficamos sabendo... às vezes, primeiramente eu fico sabendo nos grupos, né? (...) e após isso, pela articuladora da DRS, da minha DRS. Então ela vem, instrui muito a gente, ensina – essa é a palavra – e nós repassamos. (Gestora 1)*

Esses excertos reafirmam o papel estratégico do AAB no apoio ao município, enquanto figura de suposto saber a validar as informações que circulam nos outros espaços de troca de informações entre os gestores e auxiliar na implementação das mudanças contidas nas normativas:

*Como que a gente fez? A gente teve um apoio da DRS, da articuladora da atenção básica. Então, na hora da mudança (...) mudou, tá e aí? Para onde a gente vai? Todo mundo só pensa no dinheiro, mas não é só no dinheiro, entende? (...) todo mundo trabalhando a vida inteira aí. Então essa articuladora veio, fez parte das reuniões, explicou todo o processo, deu um apoio para o gestor, né? Na época que eu fiquei, né? E aí começou a clarear um pouco. E pra gente fazer um diagnóstico do que tava acontecendo com a gente, né? De questão de sistema, tudo, a gente teve o apoio da articuladora, que é, assim, um ganho, né? (...) pros municípios. E, a partir daí, [o] que a gente fez? A gente estuda no quadrimestre <sup>14</sup>(...) Um exemplo: saiu um quadrimestre, eu trago pra eles tudo que aconteceu, como que tá cada indicador, como que foi. E aí como que a gente vai melhorar? Para o dentista? Para sala de vacina? O que que tá acontecendo? Tá vacinando, não vacinando? Cadê essas crianças? Então a gente tem isso e, junto com isso, eu passo os dados do quadrimestre financeiro. Quanto a gente gastou [na] atenção básica? Quanto eu gastei com transporte? Quanto eu gastei com exame? E a gente consegue fazer*

---

<sup>14</sup> A cada quatro meses o MS divulga os resultados alcançados pelos municípios via indicadores de desempenho compilados por quadrimestre no sistema eGestor AB.

*diagnóstico. E, assim, tá gastando demais com o exame por quê? Exame laboratorial, a gente poderia tá colocando esse dinheiro em outro lugar. Por que estão pedindo muito exame? Ninguém tá monitorando? Então a gente tá fazendo isso, este ano a gente fez. (Gestora 3)*

Essa fala descreve a dinâmica do trabalho desenvolvido pelo articulador da atenção básica e a sua importância para o acesso e a apropriação das informações sobre as normativas e diretrizes da política. Esse suporte à gestão municipal e aos profissionais de saúde foi reconhecido pelas entrevistadas como um bom recurso fornecido pelo ente estadual aos municípios paulistas.

Os AAB participam de diversos espaços no DRS 10. Dentre o apoio oferecido, cabe ressaltar seu papel na atualização das constantes alterações e adequações das normativas. Tanto as mudanças na política de 2011 para 2017 quanto a implementação do Programa Previne Brasil foram e continuam sendo discutidas com os municípios da região, nos espaços de reuniões dentro do DRS e *in loco*, com gestores, coordenadores e equipes da APS. Nesses espaços são também discutidos os cálculos dos indicadores de desempenho, os dados da atenção primária e o sistema e-Gestor AB, incluindo os dados mais recentes sobre cobertura da APS, equipes credenciadas, homologadas e financiadas pelo Ministério da Saúde, entre outros.

É comum no trabalho dos AAB a utilização do sistema e-Gestor AB e e-SUS, principalmente os dados dos indicadores de desempenho que visam a monitorar as ações que vêm sendo ou não realizadas no município, apoiando seus processos de trabalho. Entende-se que esse profissional é o elo entre o DRS e os municípios, o que foi reforçado pelas participantes.

É importante dizer que durante as visitas *in loco* os AAB são acessados também para outros assuntos, além da APS. Ainda, por participarem dos processos de trabalho do DRS, que dialogam com a gestão estadual, conseguem auxiliar as gestões nessa comunicação interfederativa. Para as entrevistadas, o articulador é o ator que sai das repartições públicas para dar suporte direto à gestão e às equipes no local onde elas estão, compreendendo a realidade do município para além dos sistemas de indicadores. O AAB, afirmaram, possui amplo conhecimento da área geográfica municipal e está familiarizado com seus equipamentos de saúde, o que lhes permite identificar fragilidades e fortalezas. Torna-se, assim, um ator essencial a diversos assuntos relacionados à saúde.

Esse achado corrobora as conclusões de ANDRADE *et al.* (2011), segundo as quais o Programa Articuladores da Atenção Básica tem se constituído uma importante estratégia para o fortalecimento da APS no estado de São Paulo. Para esses autores, atuando tanto no apoio direto à gestão municipal quanto junto às unidades básicas de saúde, essa iniciativa ajuda na consolidação de processos de trabalho coerentes com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica.

É preciso, contudo, que esse apoio das/dos AAB nos municípios inclua também espaços de problematização e de reflexão crítica sobre as normativas, em diálogo com a compreensão dos princípios do SUS e com propostas de modelo de atenção mais abrangentes. Nesse contato estreito que estabelecem com as/os gestoras/es, torna-se promissora a possibilidade de ultrapassar o caráter de transmissão de informação, para operar como mediadoras do processo de ampliação da capacidade de análise e de intervenção das gestões municipais. Via constituição de espaços dialógicos é possível ampliar os coeficientes de autonomia no nível municipal (OLIVEIRA VIANA e CAMPOS, 2018).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, de natureza qualitativa, buscou realizar uma investigação sobre a compreensão de gestores municipais de saúde quanto às normativas que regem a atenção básica, incluindo a análise das diversas relações sociais presentes no contexto pesquisa, a CIR de Rio Claro do DRS 10.

Ancorada na perspectiva das práticas discursivas, com o emprego de mapas dialógicos, que possibilitaram a sistematização do *corpus* de análise, este trabalho buscou um entendimento aprofundado das percepções e significados presentes nos discursos das entrevistadas. Esse referencial teórico-metodológico redundou em um processo analítico mais abrangente, agregando diferentes pontos de vista sobre a temática, o que contribuiu para uma compreensão mais ampla acerca dos posicionamentos das participantes sobre a PNAB 2017 e o Programa Previne Brasil, bem como a maneira pela qual elas lidam com ambos os dispositivos legais no cotidiano do cuidado em saúde, no contexto de municípios de pequeno porte.

Para muitos autores, a nova política provocou algumas descontinuidades na atenção primária, mas a presente pesquisa reitera que as mudanças recentes em parte passaram despercebidas, enquanto outras, sobretudo as que envolviam repasse financeiro, obtiveram aceitação nos espaços intergestores devido à suposta autonomia concedida aos municípios para empreenderem ajustes estruturais, como composição e carga horária das equipes, a depender da necessidade do território. Para as participantes, essa flexibilização foi compreendida como positiva, por trazer soluções para suas dificuldades de contratação e fixação de profissionais, principalmente os médicos. Esse ponto de vista foi reproduzido pelas gestoras entrevistadas nesta pesquisa.

Por seu turno, a literatura reconhece que o Programa Previne Brasil cerceia essa suposta autonomia e apresenta critérios que acentuam a indução de processos de trabalho na APS sob a lógica da clínica tradicional, do modelo biomédico hegemônico. E, as medidas identificadas pelas participantes para conseguir implementar as mudanças, em especial o cumprimento de metas, direcionam-se para a terceirização e privatização.

Municípios de menor porte populacional, como os aqui estudados, tendem a apresentar maior dependência financeira do nível central do SUS, e passam a enfrentar obstáculos para exercer sua autonomia relativa na implementação das

medidas. E, por isso, tendem a aderir a métricas propostas com pouca possibilidade de oposição, ainda que elas conduzam a um cuidado precarizado.

Nesse contexto, notou-se que, de fato, as gestoras, conscientes da necessidade de alinhamento com as diretrizes estabelecidas para acessar os recursos federais da APS, lançaram mão de estratégias que garantissem a viabilidade e sobrevivência da sua rede. Para tanto, recorreram à contratação de empresas terceirizadas para realizar, por exemplo, o cadastramento de sua população, buscando com isso atender aos requisitos financeiros postulados pelo Previne Brasil, evitando perda de repasses. Ressalta-se, porém, que ao delegar essa atividade para uma empresa privada, o município desconsidera uma prerrogativa cara à política de atenção básica, qual seja, a de que o cadastramento é uma atribuição das equipes de saúde. Isso porque, ao cadastrar a população, o profissional de saúde também desenha o seu perfil, a partir das características socioeconômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território que ela ocupa. Potencialmente, um impacto negativo dessa terceirização é a perda de informações importantes para a construção de indicadores que apoiem o planejamento da atenção à saúde.

Na esteira desse movimento, observou-se uma crescente terceirização também em outros processos nas gestões municipais. Por exemplo, a contratação de sistemas de informação e de recursos humanos para a atenção primária, notadamente de médicos. Assim, gradualmente o tradicional método de contratação de funcionários por meio de concursos vem sendo substituído por modelos privatistas, como contratos de gestão e consórcios intermunicipais. Esta última, muito comentada entre as gestoras entrevistadas. Essas mudanças são justificadas pelas participantes sob o argumento de que a terceirização promove a desburocratização e tem o objetivo de aprimorar a qualidade dos serviços públicos oferecidos. Além disso, segundo elas, há uma reconhecida ineficiência dos métodos tradicionais; e, mesmo realizando concursos para médicos, poucos se inscrevem e/ou assumem o cargo.

Os subterfúgios citados na pesquisa reproduzem, na verdade, a tendência neoliberal na saúde. E precisam ser ponderados como medidas induzidas por um conjunto de circunstâncias, e não como mero desconhecimento ou boicote das/os gestoras/es aos pressupostos abrangentes do SUS.

Apesar dessas modalidades privatizantes terem sido criticadas por algumas das gestoras, que reconhecem que não resolvem os problemas a que almejam enfrentar, essa dinâmica parece confluir para se tornar uma tendência estrutural. E,

como tal, terá impactos significativos na qualidade e continuidade dos serviços prestados na atenção primária em todo o país, sobretudo nos municípios do interior e nas áreas periféricas das grandes cidades.

No que diz respeito às normativas, em especial às mudanças promovidas pela PNAB 2017, apenas uma gestora demonstrou conhecimento sobre elas. As demais fizeram uma associação equivocada entre as alterações na política e o Programa Previne Brasil. Nesse aspecto, depreende-se que a forma como a APS vem sendo organizada está fortemente influenciada pelo sistema de financiamento vigente. Esse cenário pode levar a uma busca desesperada por recursos financeiros, que acabam sendo priorizados em detrimento dos princípios fundamentais da atenção primária do SUS.

Quanto ao acesso às informações, as cinco gestoras destacaram que, no contexto paulista, as informações são obtidas por meio do articulador da atenção básica e do Departamento Regional de Saúde. Para elas, a/o AAB é o profissional responsável por coordenar e articular as ações e serviços de saúde na atenção primária, tendo um papel de extrema importância na troca de informações entre os diferentes níveis de atenção à saúde e na integração das redes de cuidado. Portanto, seria de especial relevância que o apoio prestado incluísse também como um de seus objetivos a problematização e a reflexão crítica sobre as normativas, as medidas induzidas, contribuindo para a ampliação dos coeficientes de autonomia dos gestores, via análises de conjuntura mais abrangentes.

De todo modo, os resultados ressaltam o papel essencial dos gestores e gestoras municipais na incorporação das mudanças propostas para a atenção primária, atuando como um maestro habilidoso que coordena as alterações, enfrentando o desafio de equilibrar sua autonomia na gestão descentralizada, as dificuldades de financiamento, as diretrizes do Ministério da Saúde para a implementação das novas regras, a aquisição de conhecimentos técnicos e as habilidades políticas, já que é um cargo de confiança, escolhido pelo prefeito.

Diante de tamanha complexidade, é evidente que o gestor do SUS enfrenta um dilema entre o SUS ideal, aquele construído pelo movimento sanitário e descrito nas políticas, normas e portarias, e o SUS real, que representa o que ele consegue efetivamente implementar e colocar em prática para assegurar as melhores condições de saúde da sua população. Ao longo desta jornada dissertativa, ficaram evidentes os dilemas e as manobras que atravessam o cotidiano das gestões. E, mesmo que não

completamente alinhadas com aquilo que está proposto nas políticas oficiais, acabam moldando a continuidade da assistência.

A constatação dessa realidade cotidiana de gestoras e gestores, ao contrário de uma acusação ou de atribuição das responsabilidades pelo movimento de precarização da APS, pretende, na verdade, configurar-se como a evidência dos seus esforços para realizar o melhor possível com os recursos disponíveis. E, ao fazer o que é possível dentro dessas condições, eles revelam seu compromisso em assegurar a oferta de serviços de saúde para sua população, mesmo diante das inúmeras limitações e constantes desafios.

Nessa perspectiva, portanto, o resgate das condições favoráveis de governabilidade para os gestores municipais passa por um esforço coletivo que congregue os diferentes níveis de governo, das instituições e profissionais saúde e da sociedade em geral em prol de uma atenção primária mais forte, mais eficiente. E que seja capaz de suprir as demandas da população e garantir um sistema de saúde mais equitativo e abrangente para todas e todos os brasileiros.

## 9 REFERÊNCIAS

Alexandrino, M. Paulo, V. Direito Administrativo Descomplicado. 22ª ed. São Paulo: Método, 2014. p. 133.

Aragaki SS, Piani PP, Spink MJ. Uso de repertórios linguísticos em pesquisas. In Spink MJP, Brigagão JIM, Nascimento VLV do, Cordeiro MP. A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; 2014.

Araújo AO, Oliveira MC. Tipos de pesquisa [trabalho de conclusão de disciplina]. São Paulo: Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Atuária da USP; 1997

Boni V, Jurema Quaresma S. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC. 2005;2(1):68-80

Brasil (2006). Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília:, 2006.

Brasil, CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988 [Internet], 5 out 1988 [citado 10 ago 2023] (Brasil). Disponível em: <https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:constituicao:1988-10-05;1988>

Brasil, Ministério da Saúde Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários [Internet]. 12 AD abril [acesso em 13 abril 2022]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf)

Brasil, Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96 – Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1997. 34 p. [Internet]. Brasília; 1997 [acesso em 6 abril 2022]. 34 p. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>

Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde: NOB-SUS 01/96. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Diário Oficial da União, 6 nov. 1996.

Brasil, Secretaria de Assistência à Saúde Manual para a Organização da Atenção Básica. Brasília, 1998.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS 20 anos. Brasília: CONASS, 2009. 76 p. disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_20\\_anos\\_conass\\_2009.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_20_anos_conass_2009.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. (BR). Portaria n.º 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, 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 22 dez. 1997

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 mar. 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. O consórcio e a gestão municipal em saúde. Brasília: 1997. 32 p.

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: 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488, 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 Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia e-sus atenção básica sistema de informação em saúde da atenção básica – SISAB / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2013/01/NT-07-2013-e-SUS-e-SISAB.pdf>. Acesso em: 19. ago. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4. ed. 4. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: 76 Acesso em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PactosPelaVida\\_Vol1DiretOperDefesaSUSeGestao.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PactosPelaVida_Vol1DiretOperDefesaSUSeGestao.pdf). Acesso em: 19. ago. 2023.

Campos, GWS. Clínica e Saúde Coletiva Compartilhadas: Teoria Paidéia e Reformulação Ampliada do Trabalho em Saúde. Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz, 2006. p. 53-92.

Campos, GWS. SUS: o que e como fazer? Cienc Amp Saude Coletiva [Internet]. Jun 2018 [citado 18 ago 2023]; 23(6):1707-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05582018>

Cooperação e Apoio Técnico entre Estado e Municípios: a experiência do Programa Articuladores da Atenção Básica em São Paulo - Marta Campagnoni Andrade e Elen Rose Lodeiro Castanheira - Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.980-990, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/nZG6cFrjn3gRrx6yYy7qWj/?lang=pt>

Coulon, A. Etnometodologia. Petrópolis: Vozes, 1995.

Duarte LS, Viana MM, Scalco N, Garcia MT, Felipe LV. Incentivos financeiros para mudança de modelo na atenção básica dos municípios paulistas. Saude Soc [Internet]. 2023 [citado 18 ago 2023];32(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902023210401pt>

Dumas, RP. et al. O papel da Atenção Primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da Covid-19. Caderno de Saúde Pública [internet]. 2020 [acesso em 08 abril 2022] Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1093/o-papel-da-atencao-primaria-na-rede-de-atencao-a-saude-no-brasil-limites-e-possibilidades-no-enfrentamento-da-COVID-19>

Faria, HP; Coelho, IB.; Wernek MAF, Santos MA. Modelo assistencial e atenção básica à saúde. 2ª edição. Belo Horizonte Nescon UFMG Editora Coopmed 2010.

Fleury S, Alves R. Reforma previdenciária no Brasil em três momentos. Rev. Adm. Pública [Internet]. 1º de janeiro de 2004 [citado 25º de maio de 2023];38(6):979 a 1022. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6768>

Giovanella L, Magalhães MHM. Atenção Primária à Saúde in: Giovanella, L; Scorel, S, Lobato, LVC, Noronha, JC, Carvalho, AI (Org.) Políticas e sistema de saúde no Brasil, 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz e CEBES; 2012, p..575-626.

Giovanella, L. et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. Cadernos de saúde pública, v. 35, 2019.

- Guerra, EL. Manual Pesquisa Qualitativa Produzido. Centro Universitário UNA. Belo Horizonte 2014.
- Haguette, TMF. Metodologias qualitativas na Sociologia. 5ª edição. Petrópolis (RJ): Vozes, 1997.
- Harvey, D. O neoliberalismo: História e implicações. 5º edição. Editora Loyola; 2008.
- Iñiguez L. A análise do discurso nas ciências sociais: variedades, tradições e práticas. In: Iñiguez L (coordenador). Análise do discurso em ciências sociais. Petrópolis (RJ): Editora Vozes; 2004.
- Lacerda, JT.; Moretti-Pires RO., Processo de Trabalho na Atenção Básica. O Trabalho na Atenção Básica Processo de trabalho na atenção básica [recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina. 2. ed. — Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.
- Levcovitz, E., Lima LD, Vieira, C. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciência & Saúde Coletiva. 2001;6(2):269–91.
- Machado CV, Lima LD, Baptista TWF. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS. In: Gondim R, Gabrois V, Mendes W, organizadores. Qualificação de gestores no SUS. Rio de Janeiro: EAD/Ensp; 2011. p. 47-72.
- Magalhães, RS. et al, 2018. Estudos Qualitativos: Enfoques Teóricos e Técnicas de Coleta de Informações. Sobral, Edições UVA: 2018.
- Marques N. R., Bellini, M. I. B. (Des)proteção social: a política de saúde frente a um desastre 7º Encontro Internacional de Política Social. 14º Encontro Nacional de Política Social. Vitória (ES, Brasil), 2019
- Matta GC.; Morosini MVG. Atenção à Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz: 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html> acesso em: 02.06.2022.
- Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, Andrade GCL, Melo EA, Mendonça MHM de, et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. Saúde em Debate [Internet]. 1º de setembro de 2018;42(SPE1):38–51. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000500038&lang=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500038&lang=en)
- Mendes, E. V, O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- Minayo, MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis (RJ): Editora Vozes Limitada, 2011.
- Minayo, MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 3, 2012.

Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1992.

Morosini MV, Fonseca AF, Baptista TW. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 2020 [citado 13 jul 2022];36(9). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00040220>

Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Saúde debate [Internet]. 2018Jan;42(116):11–24. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>

Mota A, Schraiber LB, Ayres, JRCMJ. , A Reforma Leser: a arquitetura de um projeto de saúde pública paulista, 1967-1979. Saúde Soc. 2019;28(4):267-83.

Nascimento, VLV, Tavanti, RM, Pereira, CCQ. O uso de mapas dialógicos como recurso analítico em pesquisas científicas. In: Spink, Brigagão, Nascimento, Cordeiro: A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein; 2014. P.247 – 270.

Oliveira Viana MM, Campos GW. Formação Paideia para o Apoio Matricial: uma estratégia pedagógica centrada na reflexão sobre a prática. Cad Saude Publica [Internet]. 20 ago 2018 [citado 18 ago 2023];34(8). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00123617>.

Pactos Série 2006 Pela Saúde. Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão Diretrizes Operacionais Documento pactuado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 26 de janeiro de 2006 e aprovado na reunião do Conselho Nacional de Saúde do dia 09 de fevereiro de 2006. VOLUME 1

Paim JS, Modelos de Atenção à Saúde no Brasil in: Giovanella, L; Escorel, S, Lobato, LVC, Noronha, JC, Carvalho, AI (Org.) Políticas e sistema de saúde no Brasil, 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz e CEBES; 2012, p..459-491.

Passos, E. Proposta de apresentação dos níveis de composição da PNH. Rio de Janeiro, 2006.

Pereira, S. S. D. S., & Quito, M. V. (2004). NOAS: houve impacto para o SUS?. *Rev. direito sanit*, 40-51.

Pinto H.; Souza A.; Ferla AA. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: várias faces de uma política inovadora. *Divulg. Saúde debate*. 2014 out; 51:43-57.

Pinto, LP; Giovanella, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, 2018.

Prates, S. A importância dos consórcios intermunicipais para o sistema público municipal de saúde no brasil. *Revista Científica Semana Acadêmica*. Fortaleza, ano MMXV, Nº. 000073, 01/10/2015.

Ramos, LHD; ROSA, AS. Planejamento e Gestão de Serviços de Saúde - módulo 04 | Vila Santo Antônio: Planejamento e Gestão de Serviços de Saúde– UNIFESP - Curso Especialização em Saude da família 2018. Acess em: <https://www.unasus.unifesp.br/index.php/biblioteca/624-esf13-unidade-4>

Santos L. Da reforma do Estado à reforma da gestão hospitalar federal: algumas considerações. *Saúde em Debate* [en linea]. 2005, 29(71), 371-381 [fecha de Consulta 28 de Julio de 2023]. ISSN: 0103-1104. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406345256013>

Secretaria do Planejamento e Gestão do Estado do Ceará. Manual do Contrato de Gestão [Manual]. Ceará; 2019. Disponível em: [https://www.seplag.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/14/2020/06/Manual\\_Celebra%C3%A7%C3%A3o\\_Contratos\\_de\\_Gest%C3%A3o\\_atualizadoNov2019.pdf](https://www.seplag.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/14/2020/06/Manual_Celebra%C3%A7%C3%A3o_Contratos_de_Gest%C3%A3o_atualizadoNov2019.pdf) Acesso em: 10 de junho de 2023

Souza, R. R. D. (2001). A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6, 451-455.

Souza, R. R. D. (2002). Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. *Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ*.

Spink MJ, Medrado B. Produção de sentido no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas. In: Spink MJP (organizadora). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez; 2004.

Spink, M. J. P. & Lima, H. (2004). Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In M. J. P. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez

Starfield, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

Viana VGA, Ribeiro MFM. Fragilidades que afastam e desafios para fixação dos médicos da Estratégia de Saúde da Família. *REFACS* [Internet]. 2021 [citado em inserir dia, mês e ano de acesso]; 9(Supl. 1):216-227. Disponível em: inserir link de acesso. DOI: inserir link do DOI

Vitória, AM.; Campos, GWS Só com APS forte o sistema pode ser capaz de encontrar a curva de crescimento da pandemia e garantir suficiência de leitos UTI [Internet]. [acesso em 08 de abril de 2022]. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2020/04/So-APS-forte-para-ter-leitos-UTI-.pdf>.

## APÊNDICES

### APÊNDICE 1 - RESUMO EXECUTIVO

Pretende-se organizar um evento interno no Departamento Regional de Saúde para apresentação dos resultados desta pesquisa à Coordenação Estadual da Atenção Básica – SES, AAB do estado de São Paulo, equipe técnica do DRS e gestoras e gestores municipais de saúde da RRAS 14, com o objetivo de:

- Enfatizar a relevância da AAB ao estabelecer uma conexão crucial entre o município e o DRS. Isso fortalece a comunicação e a cooperação para a melhoria contínua da atenção primária à saúde. Destaca-se o papel da/do AAB como articulador e facilitador do acesso às informações, fundamentais para uma gestão eficaz da saúde, visando ao bem-estar da população e fortalecimento da APS.
- Enfatizar a importância de visitas técnicas periódicas nos municípios dos demais técnicos do DRS, a fim de compreender a realidade local e suas necessidades específicas.
- Abordar o dilema entre o SUS Ideal e o SUS real, ressaltando a necessidade de adaptações e estratégias para assegurar a continuidade da assistência de forma eficiente.

O objetivo do estudo foi compreender as percepções dos gestores municipais de saúde em relação às mudanças das normativas da APS, considerando o contexto do SUS e do Programa Previnha Brasil, que enfatizaram a flexibilização da política e enfraqueceram programas importantes do modelo de atenção básica, como a estratégia saúde da família.

Utilizando abordagem qualitativa, também buscou entender como as gestões têm respondido a essas mudanças e planejado a oferta de serviços na APS dos municípios participantes, que fazem parte da Rede Regional de Atenção à Saúde de Piracicaba (RRAS 14), chegando aos seguintes resultados:

- 100% das participantes da pesquisa eram mulheres, na faixa etária entre 31 e 70 anos, a maioria entre 31 a 40 anos; todas com formação superior, sendo 60% na área da saúde – duas participantes não possuíam formação em saúde, mas contabilizavam mais de dez anos de experiência em assessoria de gestão do SUS. As gestoras profissionais da saúde eram fisioterapeuta, dentista e enfermeira, com longa experiência no setor público, exceto uma das entrevistadas, que após atuar na assistência na rede privada tinha assumido a gestão municipal do SUS havia um ano e nove meses.
- Destaca-se que a nova política para a APS trouxe descontinuidades e mudanças na organização das equipes.
- O Programa Previne Brasil restringiu a autonomia do gestor ao vincular o financiamento às equipes da nova política.
- Observa-se a terceirização de sistemas de informação e de recursos humanos na área da saúde como uma tendência crescente nas gestões municipais.
- A falta de profissionais estáveis afeta a qualidade dos serviços na APS, sendo necessária a implementação de políticas públicas e estratégias que valorizem o trabalho nesse nível de atenção, como uma das formas de enfrentar esse desafio.
- O novo sistema de financiamento pode priorizar a busca por recursos em detrimento dos princípios fundamentais da APS.
- O gestor enfrenta desafios ao equilibrar sua autonomia com as diretrizes do Ministério da Saúde e as mudanças nas políticas.
- O dilema entre o SUS ideal e o SUS real exige manobras para garantir a continuidade da assistência.
- É fundamental o esforço conjunto para fortalecer a APS e promover um sistema de saúde mais abrangente e equitativo.
- O papel que o AAB possui junto aos municípios é de fundamental relevância para o suporte à gestão municipal.

## APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Convido o(a) senhor(a) a participar da pesquisa “As mudanças recentes nas políticas orientadoras da atenção primária a saúde (APS): o sentido atribuído pelo gestor municipal de saúde”. A pesquisa tem como objetivo compreender os sentidos produzidos pelos gestores municipais sobre as mudanças recentes nas políticas da APS e, assim, como justificativa e benefício irá aprimorar a comunicação dos articuladores da atenção básica com os gestores municipais.

O estudo acontecerá em seis municípios da Comissão Itergestora Regional (CIR) de Rio Claro pertencentes ao Departamento Regional de Saúde – DRS 10. Para coleta das informações será realizada uma entrevista em profundidade com cada gestor, com tempo estimado de uma hora, de forma presencial, em local definido pelo(a) senhor(a). A entrevista será gravada e, posteriormente, transcritas para análise. As informações prestadas serão fornecidas em anonimato, portanto, sua identidade será preservada.

Os riscos são mínimos, considerando o tempo para a entrevista, e o(a) senhor(a) poderá não responder a alguma questão que lhe traga constrangimento, podendo se retirar da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo de natureza profissional ou pessoal.

Para esta pesquisa não haverá nenhum custo nem qualquer forma de ressarcimento aos participantes. Haverá acolhimento, assistência e acompanhamento em caso do senhor(a) sentir desconforto ou constrangimento.

A pesquisa passará por análise do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), o colegiado que realizará análise dos padrões éticos visando a proteger sua integridade. Para considerações e esclarecimentos de dúvidas éticas, em qualquer momento da pesquisa o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Saúde (CEPIS), localizado à Rua Santo Antônio, 590, 1º andar, em São Paulo (SP), de segunda e sexta-feira, das 10 às 16 horas, ou através do telefone (11) 3116-8507 ou e-mail: [cepis@isaude.sp.gov.br](mailto:cepis@isaude.sp.gov.br)

O(a) senhor(a) poderá entrar em contato com a pesquisadora Sheila de Carvalho Zibordi no endereço Rua do Trabalho, 602, Vila Independência, Piracicaba (SP), ou pelo telefone (19) 3437-7429, de segunda a quinta-feira, das 7 às 16 horas e e-mail: [sheilacz\\_liz@hotmail.com](mailto:sheilacz_liz@hotmail.com), a qualquer momento da pesquisa, para acesso aos resultados e em caso de dúvidas.

Este termo será assinado pela pesquisadora e pelo(a) senhor(a) em duas vias, uma das quais ficará em seu poder.

Eu, \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_, declaro que concordo participar voluntariamente desta pesquisa, ficando claro os propósitos, a forma da coleta de dados, a garantia do meu sigilo, dos esclarecimentos permanentes e a isenção de despesas.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador

\_\_\_\_\_

Assinatura do entrevistado

## APÊNDICE 3 - PRÉ-ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

### Identificação

Município:

População:

Idade:

Formação:

Tempo de atuação na área:

Nº de unidades da Atenção Básica:

Nº ESF

Nº eAP

Percepção dos gestores municipais do SUS sobre o impacto da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

### Questionário

- 1) Qual sentido o(a) senhor(a) atribuí às mudanças recentes na política da Atenção Primária à Saúde (APS)?
- 2) Qual seu conhecimento a respeito da Portaria n.º 2436, de 21 de setembro de 2017, a nova PNAB?;
- 3) Em comparação com as versões anteriores, quais seriam as principais alterações trazidas à política de atenção básica?
- 4) Considerando essas mudanças, qual o critério utilizado por sua gestão para definição das iniciativas prioritárias em AB no município?
- 5) O(a) senhor(a) conhece o Programa Previne Brasil, instituído pela Portaria MS nº 2.979, de 12 de novembro de 2019? Se sim, de que maneira ele interferiu ou ainda interfere na organização dos serviços de AB em seu município? Poderia fazer uma comparação com o modelo de financiamento anterior?
- 6) O (a) senhor (a) acredita que a PNAB 2017 e o Programa Previne Brasil fortaleceu a APS? Por quê?
- 7) O (a) senhor (a) acredita ter mais autonomia na organização da APS após Programa Previne Brasil? Por quê?
- 8) Em termos de organização do serviço, como esse programa impactou os processos de trabalho das equipes da AB? Por que e de que maneira?

9) Como gestor(a), de que forma o(a) senhor(a) organizou ou pretende organizar o serviço, considerando a nova PNAB? Fez ou fará a implantação do modelo de equipe proposto?

10) Na sua opinião, em que a AB pode contribuir com a qualificação da gestão e, conseqüentemente, melhoria do sistema de saúde de seu município? De que maneira essa contribuição se dará?

11) Na sua opinião, qual o impacto da nova PNAB na estratégia saúde da família? O(a) senhor(a) diria que ela fortalece ou fragiliza a ESF? Em que pontos, especificamente?

12) Na sua opinião, qual o impacto o programa previne Brasil na estratégia saúde da família? O(a) senhor(a) diria que ela fortalece ou fragiliza a ESF? Em que pontos, especificamente?

13) O(a) senhor(a) poderia descrever como ocorreu ou vem ocorrendo em seu município o processo de comunicação e assimilação das novas normativas da PNAB e Previne Brasil? Há alguma ação específica para garantir esse processo? Se sim, poderia descrevê-lo?