

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS - CECH  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA - DPsi  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - PPGPsi

ANA JÚLIA FACCIO DE MEDEIROS

MUDANÇAS GERADAS PELO PREVINE BRASIL E EFEITOS NAS PRÁTICAS DE  
TRABALHADORES DA GESTÃO E DA ASSISTÊNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE: Uma análise discursiva

SÃO CARLOS -SP

2026

ANA JÚLIA FACCIO DE MEDEIROS

MUDANÇAS GERADAS PELO PREVINE BRASIL E EFEITOS NAS PRÁTICAS DE  
TRABALHADORES DA GESTÃO E DA ASSISTÊNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE: Uma análise discursiva

Exame de defesa apresentado ao  
Programa de Pós-Graduação em  
Psicologia, ao Departamento de  
Psicologia da Universidade Federal de  
São Carlos, como parte das exigências do  
Curso de Mestrado em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Mário Henrique da  
Mata Martins

São Carlos-SP

2026

Medeiros., Ana Júlia Faccio de

Mudanças geradas pelo Previner Brasil e efeitos nas práticas de trabalhadores da gestão e da assistência da Atenção Primária à Saúde : uma análise discursiva / Ana Júlia Faccio de Medeiros. -- 2026.  
159f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos

Orientador (a): Mário Henrique da Mata Martins

Banca Examinadora: Lígia Schiavon Duarte, Mônica Martins de Oliveira Viana

Bibliografia

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Financiamento da assistência à saúde. 3. Angústia psicológica. I. Medeiros., Ana Júlia Faccio de. II. Título.

Ficha catalográfica desenvolvida pela Secretaria Geral de Informática (SIn)

DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Bibliotecário responsável: Arildo Martins - CRB/8 7180

---

## Folha de Aprovação

---

Defesa de Dissertação de Mestrado do(a) candidato(a) Ana Júlia Faccio de Medeiros, realizada em 05/03/2026.

### Comissão Julgadora:

Prof(a). Dr. Mário Henrique da Mata Martins (PPGpsi-UFSCar)

Prof(a). Dr(a). Lígia Schiavon Duarte (IS/SES-SP)

Prof(a). Dr(a). Mônica Martins de Oliveira Viana (IS/SES-SP)

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a todas as pessoas que, estando direta ou indiretamente no meu caminho, transformaram desesperança e marasmo em sentido e perspectiva: à minha família, amigos e amigas próximos, e colegas que fazem das nossas vidas um grande entrelaçamento de significados.

## **AGRADECIMENTOS**

O desejo em realizar essa pesquisa surge num momento de grande incerteza para mim, e apostar nela como possibilidade de me fortalecer se tornou uma importante certeza nesse período.

Devo isso principalmente à minha família, meus pais e meus irmãos que sempre acreditaram em mim antes de eu mesma e estão presentes de forma carinhosa em cada passo que escolho dar.

Ao Higor, que pacientemente esteve me acompanhando e foi de grande ajuda na minha tentativa de conciliar todos os cuidados e necessidades da vida nesse período.

Ao Mário, professor que cuidadosamente acolheu minha ideia e desejo quando ela não passava ainda de uma faísca e tornou esse trabalho uma parceria.

Às minhas queridas amigas e amigos, parceiras nesse período e em diversos outros, que me motivam e me inspiram de muitas formas: Isabela, Nathalia, Flávia, Lena, Marília, Rafaela, Mariana, Vitor, Suzana e outras que tenho a sorte de poder contar.

Às professoras Lígia, Mônica e Cláudia do Instituto de Saúde de São Paulo que, entendendo a importância e necessidade sobre o tema da pesquisa, se disponibilizaram enquanto parceiras para realização de parte do estudo. Ao professor Carlos Roberto, que participou da etapa de qualificação e trouxe importantes contribuições ao estudo, e aos professores suplentes convidados, pela disponibilidade e interesse.

Um agradecimento especial à Elaine, com quem eu gostaria de compartilhar esse momento e foi minha querida orientadora durante a especialização no Programa de Residência em Atenção Primária à Saúde em Santos, cuja dedicação compartilhada e sensibilidade me fizeram acreditar que trabalhos muito bonitos poderiam surgir das práticas em saúde.

Por fim, mas não menos importante, aos meus colegas de trabalho e profissionais do SUS, que transformam diariamente suas realidades ao acreditarem na importância de um trabalho comunitário, coletivo, e em um cuidado que tem valor, não só preço.

*“Duas coisas bem distintas  
Uma é o preço, outra é o valor  
Quem não entende a diferença  
Pouco saberá do amor  
Da vida, da dor, da glória  
E tampouco dessa história  
Memória de cantador”*

O Encontro de Lampião com Eike Batista - El Efecto

MEDEIROS, A. J. F. Mudanças geradas pelo Previne Brasil e efeitos nas práticas de trabalhadores da gestão e da assistência da Atenção Primária à Saúde: uma análise discursiva. 161 fls. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2026.

## **RESUMO**

A Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil passou por uma mudança estrutural no seu modelo de financiamento em 2019. O Programa Previne Brasil (PPB), promulgado pela portaria GM/MS nº 2.979/2019, promoveu mudanças significativas na forma como os recursos passaram a ser distribuídos e impactou a organização do trabalho em saúde. Este estudo teve como objetivo compreender os efeitos que essa mudança tem gerado ao trabalho dos profissionais da área com foco nas contradições e nos elementos ideológicos que atravessam essa experiência. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo e analítico, realizada a partir de revisão narrativa cotejada ao arcabouço legal sobre o tema, análise discursiva de entrevistas com trabalhadores da gestão e análise temática das entrevistas com trabalhadores da assistência que tiveram experiências anteriores e posteriores à implementação do PPB. Os resultados apontam um contexto histórico de subfinanciamento do SUS e, em especial da APS, que capturada pelo discurso de eficiência e redução de gastos, tem o PPB como um dos principais marcos para sua efetivação. As análises das falas dos trabalhadores da gestão confirmam críticas ao modelo, ainda que as falas operacionalizem um discurso administrativo e gerencialista. Ainda, a análise das entrevistas com as trabalhadoras da assistência demarcam a intensificação da pressão no espaço de trabalho, a redução do tempo destinado aos atendimentos, prejuízos na qualidade do cuidado e a fragilização dos espaços coletivos, associadas à centralidade das metas quantitativas e à lógica gerencial introduzida pelo novo financiamento. Assim, o PPB opera como um dispositivo político-institucional que reorganiza os processos de trabalho, produzindo efeitos sobre a autonomia profissional, os vínculos territoriais e a saúde mental das trabalhadoras. Conclui-se que o sofrimento ético-político expressa processos estruturais de exclusão vinculados à reorganização institucional da APS, colocando em risco princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde, como a integralidade, a longitudinalidade e a equidade.

Palavras-chave: Financiamento da assistência à saúde; Atenção primária à saúde; Processo de trabalho em saúde; Angústia psicológica.

MEDEIROS, A. J. F. Changes generated by Previn Brasil and effects on the practices of management and care workers in Primary Health Care: A discursive analysis. 161 pp. Dissertation (Master's in Psychology) - Federal University of São Carlos, São Carlos, 2026.

### **ABSTRACT**

Primary Health Care (PHC) in Brazil underwent a structural change in its financing model in 2019. The Previn Brasil Program (PPB in portuguese), established by Ordinance GM/MS No. 2,979/2019, introduced significant changes in the way resources are allocated and impacted the organization of health work. This study aimed to understand the effects of this change on the work of health professionals, focusing on the contradictions and ideological elements that permeate this experience. This is a qualitative, descriptive, and analytical study, conducted through a narrative review compared with the legal framework on the subject, discursive analysis of interviews with management-level workers and thematic analysis of interviews with frontline care workers who had professional experiences before and after the implementation of PPB. Results show a historical context of underfunding of the Brazilian Unified Health System (SUS in portuguese) particularly of PHC, which, captured by a discourse of efficiency and cost containment, finds in PPB one of its main milestones for implementation. Analysis of the statements made by management-level workers confirmed criticisms of the model, even as these statements operationalized an administrative and managerialist discourse. Furthermore, analysis of interviews with frontline care workers revealed an intensification of pressure in the workplace, reduced time allocated to consultation, impairments in the quality of care, and the weakening of collective spaces, all associated with the centrality of quantitative targets and the managerial logic introduced by the new financing model. Thus, the PPB (Basic Planning Program) operates as a political-institutional device that reorganizes work processes, affecting professional autonomy, territorial ties, and workers' mental health. It is concluded that ethical-political suffering expresses structural processes of exclusion linked to the institutional reorganization of Primary Health Care, jeopardizing fundamental principles of SUS, such as comprehensiveness, longitudinality, and equity.

Keywords: Healthcare Financing, Primary Health Care, Health work process, Psychological Distress.

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - Fluxograma da revisão assistemática da literatura (14).

Figura 2 - Exemplo de mapa dialógico construído a partir de uma das entrevistas com coordenadores da APS de municípios paulistas (55).

Figura 3 - Trecho de mapa dialógico com coordenadora da APS do município A ilustrando sequência de descrição de ações seguidas de justificativas (64).

Figura 4 - Trecho de mapa dialógico com coordenadora da APS do município A ilustrando sequência de concordâncias e discordâncias seguidas de ações e justificativas (65).

Figura 5 - Trecho de mapa dialógico com coordenadora da APS do município E ilustrando sequência de falas de insegurança quanto ao assunto, entre descrição de ações e uma validação (81).

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 - Critérios estabelecidos para o financiamento da APS nos modelos da portaria GM/MS nº 2.979/2019 e da portaria GM/MS nº 3.493/2024 (41).

Quadro 2 - Indicadores de qualidade previstos nos modelos das portarias GM/MS nº 2.979/2019 e GM/MS nº 3.493/2024 (43).

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica  
ACS – Agente Comunitário de Saúde  
ADAPS – Agência para Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde  
APS – Atenção Primária à Saúde  
BVS – Biblioteca Virtual em Saúde  
CaSAPS – Carteira de Serviços para a Atenção Primária à Saúde  
CER – Compensação das Especificidades Regionais  
CF – Constituição Federal  
CG – Contratos de Gestão  
CIT – Comissão Intergestores Tripartite  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde  
CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira  
EC – Emenda Constitucional  
eAP – Equipe de Atenção Primária  
EP – Emenda Parlamentar  
EqSF – Equipe de Estratégia Saúde da Família  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
LOS – Lei Orgânica da Saúde  
MAC – Média e Alta Complexidade  
MCP – Modo Capitalista de Produção  
MP – Modo de Produção  
MS – Ministério da Saúde  
NASF – Núcleo Estratégia Saúde da Família  
NOB – Norma Operacional Básica  
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde  
OGU – Orçamento Geral da União  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde  
OS – Organizações Sociais  
OSS – Organizações Sociais de Saúde  
PAB – Piso da Atenção Básica  
PAF – Política de Austeridade Fiscal  
PIB – Produto Interno Bruto  
PLOA – Projeto de Lei Orçamentária Anual  
PMB – Programa Médicos pelo Brasil  
PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade  
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica  
PNPICS – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde  
PPB – Programa Previne Brasil  
PPHM – Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador  
PPS – Paradigma Psicossocial  
PSE – Programa Saúde na Escola  
PSF – Programa Saúde da Família  
PTS - Projeto Terapêutico Singular  
RAS – Rede de Atenção à Saúde

SAES – Secretaria de Atenção Especializada  
SAPS – Secretaria de Atenção Primária à Saúde  
SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena  
SIOPS – Sistema de Informação de Orçamento Público em Saúde  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UBS – Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

|                                                                                               |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. Introdução</b>                                                                          | <b>3</b>  |
| 1.1 A dimensão do sofrimento psicossocial e sua relação com o financiamento da Atenção Básica | 8         |
| 1.2 O lugar da pesquisa                                                                       | 10        |
| 1.3 Estruturação da dissertação                                                               | 11        |
| <b>2. Revisão bibliográfica</b>                                                               | <b>14</b> |
| 2.1 Notas metodológicas                                                                       | 14        |
| 2.2 Política de financiamento de saúde no Brasil: um resgate histórico                        | 15        |
| 2.3 Política de Austeridade Fiscal (PAF)                                                      | 24        |
| 2.4 Autonomia e gestão de recursos na saúde                                                   | 29        |
| 2.5 Previne Brasil e o apelo a um "SUS operacional"                                           | 31        |
| 2.6 Impactos gerados pela mudança de financiamento                                            | 34        |
| 2.7 Diretrizes atuais do modelo de financiamento da APS e perspectivas                        | 40        |
| <b>3. Método</b>                                                                              | <b>46</b> |
| 3.1 Análise do discurso e discursos ideológicos                                               | 47        |
| 3.2 Mapas dialógicos                                                                          | 55        |
| 3.3 Análise de Conteúdo Temática                                                              | 55        |
| <b>4. Resultados</b>                                                                          | <b>57</b> |
| 4.1 Coordenadores da Atenção Primária à Saúde de municípios paulistas                         | 57        |
| 4.1.1 Caracterização dos entrevistados                                                        | 59        |
| Município A                                                                                   | 59        |
| Município B                                                                                   | 65        |
| Município C                                                                                   | 71        |
| Município D                                                                                   | 75        |
| Município E                                                                                   | 81        |
| 4.1.2 Discussão                                                                               | 84        |
| 4.2 Trabalhadores da APS do município de São Paulo                                            | 89        |
| 4.2.1 "SUS Operacional" e o sofrimento ético-político das trabalhadoras                       | 89        |

|                                                  |            |
|--------------------------------------------------|------------|
| 4.2.2 Método                                     | 91         |
| 4.2.3 Resultados                                 | 92         |
| 4.2.3.1 Aumento da pressão no espaço de trabalho | 92         |
| 4.2.3.2 Diminuição do tempo de atendimento       | 98         |
| 4.2.3.3 Prejuízo na qualidade do atendimento     | 101        |
| 4.2.3.4 Fragilização dos espaços coletivos       | 103        |
| 4.2.4 Conclusões da análise                      | 105        |
| <b>5. Considerações Finais</b>                   | <b>108</b> |
| <b>6. Referências</b>                            | <b>110</b> |
| <b>7. Anexos</b>                                 | <b>118</b> |

## 1. Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1990 com a promulgação da lei nº 8.080, é resultado das lutas dos movimentos sociais articulados, sobretudo, à busca por Reforma Sanitária entre 1976 e 1988. Com a constituição federal de 1988, a saúde passou a ser reconhecida como direito social e dever do Estado brasileiro (Brasil, 1988). O artigo 196 da Constituição destaca que o Estado tem o dever de garantir o direito à saúde aos cidadãos por meio de políticas econômicas e sociais, as quais devem visar a redução dos riscos à saúde. Também é afirmada a garantia de acesso universal e igualitário à saúde, que diz respeito à possibilidade de todos os cidadãos, independentemente de raça, gênero, idade e outros marcadores, alcançarem uma ação ou serviço de promoção, proteção e recuperação da saúde sem barreiras (Paim, 2015).

É com base no princípio da gratuidade que o SUS é criado, com vistas a ser um modelo redistributivo e inspirado nas premissas igualitaristas do Estado de Bem-Estar Social europeu, os quais seguem uma racionalidade ligada ao cuidado como direito dos usuários dos serviços, contrária à racionalidade de mercado. No entanto, é também por meio da Constituição Federal que a saúde é conceituada como questão de interesse público, podendo ser executada por entidades públicas ou privadas, o que gera uma contradição, pois esse paradoxo tende a minar o financiamento público em saúde (Ocké-Reis, 2012).

Em 2011, a portaria GM/MS nº 2.488 (Brasil, 2011) estabeleceu que o contato preferencial entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e de seus usuários deve se dar através da Atenção Básica (AB)<sup>1</sup>, sendo ela a porta de entrada e a responsável pela coordenação e ordenação do cuidado por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS). A política deve ser operacionalizada de forma descentralizada e capilarizada, de acordo com os princípios do SUS, visando garantir o maior acesso da população aos serviços de saúde de maneira equitativa. A AB é organizada e operacionalizada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída em 2006 e atualizada em 2011 e em 2017. Ela pode ser compreendida como o conjunto de práticas de saúde individuais, familiares e coletivas que realizam promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. As ações devem ser desenvolvidas através de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e

---

<sup>1</sup> São utilizadas nesta dissertação ambas as nomenclaturas “Atenção Básica - AB” e “Atenção Primária à Saúde - APS” a depender do momento histórico que esteja sendo discutido. A nomenclatura AB, apesar de seguir sendo utilizada e mantendo equivalência com a APS, foi empregada até 2019 nos documentos oficiais, de modo que APS passa a ser utilizada a partir de então e marca um período de transição na política.

dirigida à população em território definido, sobre a qual as equipes assumem responsabilidade sanitária (Brasil, 2017).

Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi adotada como a principal estratégia político-governamental para organização do SUS, tendo como foco o investimento na Atenção Básica (Oliveira *et al*, 2019). Ainda, com o intuito de ampliar o escopo de ações que a AB pode realizar, a portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008 do Ministério da Saúde (Brasil, 2008), institui os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), entendidos como equipes multiprofissionais e interdisciplinares formadas por profissionais de diferentes núcleos da saúde.

Até o final do ano de 2019, o financiamento da AB era organizado por meio do Piso de Atenção Básica (PAB) fixo (calculado pelo número de habitantes de um município) e variável (ligado às políticas prioritárias). Esse piso foi implementado em 1998, por meio da portaria GM/MS nº 3.925 do mesmo ano (Brasil, 1998), e alterou a lógica de pagamento até então baseado na quantidade de procedimentos realizados. Segundo Massuda (2020), o PAB incentivou a municipalização da política, ampliando a abrangência da atenção básica em municípios desprovidos de infraestrutura básica, o que impactou a mudança no modelo de atenção à saúde.

De acordo com os autores De Seta, Ocké-Reis & Ramos (2021), em 2017 e 2019, num cenário pós-golpe que destituiu a presidenta Dilma Rousseff do poder, quando as políticas sociais são conduzidas de forma inflexível e com grandes cortes orçamentários, a AB torna-se foco de portarias ministeriais, consulta pública e Medida Provisória que reduziram ações que tinham importante conformidade com os princípios do SUS além de minar processos de planejamento, financiamento e provisão de ações e serviços. Dentre as contrarreformas, o Programa Previne Brasil (PPB), instituído por meio da portaria GM/MS nº 2.979 ao final de 2019, foi apresentado como o novo modelo de financiamento da AB. O principal argumento para sua implementação residiu na suposta ineficiência dos serviços da AB à época em virtude do alto número de pessoas não cadastradas, além da baixa valorização da categoria de desempenho das equipes.

Os critérios de financiamento da AB foram substituídos por novos que têm como o foco: 1) o número de pessoas registradas nas Equipes de Saúde da Família e Atenção Primária cadastradas no Ministério da Saúde (MS), reguladas por parâmetros de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e localização geográfica; 2) o pagamento por desempenho das equipes a partir de metas e indicadores definidos pelo MS e; 3) incentivos financeiros para ações e programas prioritários do MS (Brasil, 2019). Em 2021, a portaria

GM/MS nº 166 institui como quarto parâmetro o incentivo por critério populacional (Brasil, 2021). Além disso, as portarias que norteavam a constituição e funcionamento das equipes NASF (eNASF) foram revogadas, afetando inclusive seu custeio. Deste modo, a gestão municipal passou a ter autonomia para redefinir o modelo de inclusão da equipe multiprofissional na AB.

Desde a sua apresentação, o novo modelo de financiamento da AB, agora nomeada como Atenção Primária à Saúde (APS), reúne críticas de sanitaristas, órgãos colegiados da saúde e do próprio Conselho Nacional de Saúde (CNS). Uma das críticas diz respeito ao caráter privatizante e mercadológico da APS: deu-se prioridade à concepção de cobertura universal em saúde, a qual está relacionada ao cadastramento das pessoas do território no serviço, em detrimento da concepção de sistema de saúde universal, que visa o acesso e o investimento em saúde para todas as pessoas presentes no território independentemente do cadastramento (Seta; Ocké-Reis; Ramos, 2021). A literatura também traz sérias problemáticas a partir dessa mudança de financiamento, como dizem Silva e De Oliveira (2023, p. 12): “Essas mudanças implicam a intensificação dos problemas organizacionais para o atendimento e o manejo através das tecnologias leves em saúde mental pela APS”. Massuda (2020), por sua vez, comenta que o estabelecimento da avaliação por desempenho como critério para o financiamento da APS no SUS viabiliza que a atenção dos profissionais se concentre nos indicadores monitorados, podendo deixar de lado os problemas de saúde apresentados pela comunidade.

No artigo de Melo *et al* (2020), os autores reforçam haver uma reversão da lógica de negociação das políticas públicas nos últimos anos. Trazem que o Programa Previne Brasil “surge em um cenário de crise e de reformas nacionais com notável impacto sobre políticas sociais, incluindo repercussões gravíssimas sobre a saúde da população, agravadas pelas medidas de austeridade fiscal” (Melo *et al*, 2020, p. 139) e, dessa forma, o impacto social das transformações econômicas tendem a gerar uma sobrecarga adicional para o SUS. Afirmam que a forma de cálculo, traçada pelo Previne Brasil em 2019 para repasse financeiro, ameaça o modelo de atenção da AB de base comunitária e familiar, pois não privilegia ações voltadas para o território e as populações e, além disso, os critérios de vulnerabilidade socioeconômica e de tipologia rural-urbana não contemplam a diversidade de situações existentes e as especificidades regionais.

Ao adotar como critério a quantidade de pessoas cadastradas em determinada região, existem riscos das equipes operarem com um número menor de profissionais para uma quantidade maior de pessoas cadastradas, a fim de viabilizar maior repasse financeiro com um

menor custo. Essa avaliação do que é possível acontecer é fortalecida pela extinção dos incentivos financeiros específicos às equipes NASF, estratégia que vinha fortalecendo um modelo de atenção mais abrangente e integral. Nessa perspectiva, o modelo de financiamento atual vem reafirmando a mercantilização dentro do SUS e prejudicando o cuidado ofertado (Melo *et al*, 2020).

Outro projeto denominado “Inquérito de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica (QualiAB)” realizado em 2017 e publicado por Castanheira *et al* (2024) fornece as bases para um estudo mais aprofundado acerca dos arranjos organizacionais dos serviços de APS nos municípios do estado de São Paulo. O estudo identifica padrões organizacionais da rede básica municipal e os classifica de acordo com a presença do modelo de ESF ou UBS tradicional na rede municipal, considerando as variações em que se misturam os dois modelos. Os arranjos foram avaliados de acordo com oito indicadores que relacionam as diretrizes do SUS para a APS até 2017, período anterior ao Previner Brasil, e ações mediadas pela gestão local com a gestão municipal de nível central. Os resultados apontaram que as redes municipais que continham a presença do modelo ESF ou componentes dele (como EqSF ou ACS) possuíam maior consonância com as diretrizes do SUS. Nesse sentido, os autores entendem como preocupantes as normativas criadas a partir desse período (PNAB de 2017 e Previner Brasil) por apresentarem proposições que “abrem espaço para a descaracterização da interdisciplinaridade das equipes, para a burocratização do papel dos ACS e para a redução das ações de promoção da saúde, prejudicando a consolidação de um trabalho na perspectiva da ESF” (Castanheira *et al*, 2024).

Neste ensejo, o estudo de Romagnolli (2024), acerca da política de financiamento da APS e suas implicações nos princípios doutrinários do SUS, constata que o Programa Previner Brasil, apesar de ter contribuições e coerência com alguns princípios do SUS, possui elementos com uma densidade prejudicial muito maior que seus benefícios e que estes foram barrados num primeiro momento em decorrência da pandemia de Covid-19. Os elementos destacados pela autora foram:

“(...) a manutenção do pagamento diferenciado por tipologia municipal, vulnerabilidade social e fator demográfico; as prorrogações dos prazos para cadastramento e para o alcance dos indicadores de desempenho; a instituição do fator de correção; a retomada do pagamento por critério populacional; entre outros.”

Em 2024, com a promulgação da portaria GM/MS nº 3.493 (Brasil, 2024), foi instituída uma nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso da APS constituída por seis componentes:

“I - Componente fixo para manutenção das equipes de Saúde da Família - eSF e das equipes de Atenção Primária - eAP e recurso de implantação para eSF, eAP, equipes de Saúde Bucal - eSB e equipes Multiprofissionais - eMulti;  
 II - Componente de vínculo e acompanhamento territorial para as eSF e eAP;  
 III - Componente de qualidade para as eSF, eAP, eSB e eMulti;  
 IV - Componente para implantação e manutenção de programas, serviços, profissionais e outras composições de equipes que atuam na APS;  
 V - Componente para Atenção à Saúde Bucal; e  
 VI - Componente per capita de base populacional para ações no âmbito da APS” (Brasil, 2024, Seção I, Artigo 9).

Através dessa mudança mais recente, são incorporados incentivos financeiros diversos por meio de novos critérios de repasse. Ainda assim, o cenário descrito a partir da mudança de financiamento da APS agrava-se diante da intensificação das desigualdades e dos sofrimentos de usuários e trabalhadores do SUS, e ganha maior visibilidade durante a pandemia de Covid-19 na qual o conceito de “saúde mental” é intensamente exposto pela expressiva demanda de adoecimentos, como é afirmado por Da Costa *et al* (2023, p. 117): “Vinculado aos impactos objetivos da pandemia, temos o recrudescimento do sofrimento como expressão da agudização das debilidades societárias; uma saúde mental mais precária numa vida mais precarizada”.

Um projeto realizado em 2017 chamado “Inquérito sobre Tecnologias de Cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica à Saúde no Estado de São Paulo”, comentado no artigo de Pupo *et al* (2021), já revelava que o planejamento e gestão do cuidado em saúde mental nas unidades da AB eram insatisfatórias, apontando fatores como a ausência de espaços de discussão interdisciplinar e multiprofissional para pautar as práticas de cuidado. Nesse sentido, se teme que o cuidado com relação à saúde mental de usuários e trabalhadores tenha maiores prejuízos a partir da mudança dos critérios de financiamento, uma vez que outros fatores que compõem o trabalho da APS se mostram impactados.

Esta pesquisa se preocupa com a categoria de sofrimento psicossocial de forma ampla, derivada de importantes interpretações na área da psicologia e saúde coletiva (Sawaia, 1999; Costa-Rosa, 2013) em consonância com a concepção de saúde mental presente na PNAB por meio do Caderno de Atenção Básica nº 34, que considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (Brasil, 2013).

## 1.1 A dimensão do sofrimento psicossocial e sua relação com o financiamento da Atenção Básica

A concepção de sofrimento psicossocial traçada por Sawaia (1999), na obra *“As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social”*, parte da sua compreensão a partir da exclusão como um processo sócio-histórico vivido pelos sujeitos por meio dos afetos. A autora discute que os processos de inclusão e exclusão estão associados num movimento dialético e afirma que “todos estamos inseridos de algum modo, nem sempre decente e digno, no circuito reprodutivo das atividades econômicas, sendo a grande maioria da humanidade inserida através da insuficiência e das privações” (p. 8).

Ao pensar sobre a dialética exclusão/inclusão, se desarticula a ideia de inclusão das noções de adaptação, normatização, culpabilização individual e então a liga aos mecanismos psicológicos de coação. Essa dialética, por meio da perspectiva marxista, compreende os processos de exclusão como fundamentais para a manutenção da ordem social, em que se busca alienar o trabalhador de sua força de trabalho e exercer, de forma rigorosa, a mercantilização das coisas e dos homens para fins de acúmulo de capital. O processo de exclusão e inclusão são sutis e envolvem os sujeitos e suas relações de forma integral. Nesse sentido, a autora declara:

“A dialética inclusão/exclusão gesta subjetividades específicas que vão desde o sentir-se incluído até o sentir-se discriminado ou revoltado. Essas subjetividades não podem ser explicadas unicamente pela determinação econômica, elas determinam e são determinadas por formas diferenciadas de legitimação social e individual, e manifestam-se no cotidiano como identidade, sociabilidade, afetividade, consciência e inconsciência.” (Sawaia, 1999, p. 9)

Na mesma obra, a autora apresenta a categoria de sofrimento ético-político como guia analítico dessa dialética, pois compreende que ao falar sobre esse processo devemos centralizar a ideia de humanidade, o sujeito e a forma como se relaciona com o social (família, trabalho, lazer e sociedade). Ainda, afirma que ao discutirmos a exclusão, abrangemos as categorias de desejo, temporalidade, afetividade além das ideias de poder, economia e direitos sociais.

“A exclusão vista como sofrimento de diferentes qualidades recupera o indivíduo perdido nas análises econômicas e políticas, sem perder o coletivo. Dá força ao sujeito, sem tirar a responsabilidade do Estado. É no sujeito que se objetivam as várias formas de exclusão, a qual é vivida como motivação, carência, emoção e necessidade do eu. Mas ele não é uma mônada responsável por sua situação social e capaz de, por si mesmo, superá-la. É o indivíduo que sofre, porém, esse sofrimento não tem a gênese nele, e sim em intersubjetividades delineadas socialmente.” (Sawaia, 1999, p. 98-99)

Amparada nas contribuições de Deleuze, Heller e Vygotsky, a autora constrói a ideia de sofrimento indissociada dos aspectos da vida em sociedade, sendo as emoções e afetações fenômenos históricos que refletem e são refletidas pelo momento histórico em que vivem os sujeitos. Nesse sentido, o sofrimento ético-político envolve “a vivência cotidiana das questões sociais dominantes em cada época histórica, especialmente a dor que surge da situação de ser tratado como inferior” (Sawaia, 1999, p. 104).

Como contraponto ao sofrimento, Sawaia descreve a categoria de felicidade pública, sendo esta sentida quando “se ultrapassa a prática do individualismo e do corporativismo para abrir-se à humanidade” (p. 105) e posiciona a Psicologia Social tendo como objetivo conceber a “potência de ação” frente à dialética da exclusão/inclusão. Este último conceito visa fomentar os afetos nas ações coletivas e individuais dos sujeitos, de modo a utilizá-los para agir, ao invés de serem utilizados somente a favor de uma racionalidade dos sentimentos e emoções: “Potencializar pressupõe o desenvolvimento de valores éticos na forma de sentimentos, desejo e necessidades, para superar o sofrimento ético-político” (Sawaia, 1999, p. 114). Nessa perspectiva, embasada pelo conceito de potência espinosano, a ética surge nos sujeitos quando estes percebem-se sendo afetados positivamente por outros sujeitos. Portanto, a autora defende que:

“(…) a práxis psicossocial, quer em comunidades, empresas ou escolas, deve preocupar-se com o fortalecimento da legitimidade social de cada um pelo exercício da legitimidade individual, alimentando ‘bons encontros’, com profundidade emocional e continuidade no tempo, mas atuando no presente” (Sawaia, 1999, p. 115).

As contribuições de Sawaia nos ajudam a enxergar, na perspectiva do trabalho em saúde, que sofrimentos dele derivados também se acumulam na experiência individual dos trabalhadores atravessados pela exclusão, e que os processos de individualização e culpabilização pelo próprio sofrimento tendem somente a intensificá-lo. A autora afirma que a saída possível estaria no meio coletivo, onde os sujeitos se percebem afetados uns pelos outros e geram a “potência de ação” frente à exclusão.

A maneira pela qual Sawaia explora a categoria de sofrimento numa perspectiva psicossocial, dialoga com o desenvolvido por Costa-Rosa, no livro *A Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica* (2013), em que defende a existência de diferentes modos de subjetivação a partir de dois diferentes modos de produção. Por “modo de produção” (MP) entende-se as formas de produzir bens materiais, como funcionamento de um processo produtivo, mas também a totalidade social, envolvendo a estrutura econômica, a formação jurídico-política, a ideologia, a cultura e a subjetividade. A partir disso, é afirmada uma

relação intrínseca entre os modos da produção social ampla e os modos de subjetivação, “as formas da relação dos indivíduos com o trabalho, lastreadas pelos laços de comunidade, são o próprio corpo objetivo da subjetividade” (Costa-Rosa, 2013, p. 27).

O autor considera a existência de dois paradigmas no campo da saúde mental coletiva: o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM), que diz respeito a encarnação do Modo Capitalista de Produção (MCP) no campo da saúde mental, e o Paradigma Psicossocial (PPS), construído a partir da reforma psiquiátrica e que dialoga com a noção de cooperação baseada no Modo de Produção Pré-Capitalista de modo a buscar superar dialeticamente o paradigma anterior. Ambos os paradigmas estão em vigência no campo da saúde mental e em frequente disputa, relacionando-se de forma direta com os modelos de financiamento em discussão.

Com base no estudo de Melo *et al* (2020), que compreende que o Programa Previne Brasil insere uma inversão da lógica de âmbito familiar e comunitária da APS e reafirma a mercantilização do SUS, é possível relacioná-lo ao Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador, cuja base são as relações de trabalho no modo de produção capitalista e lógica inversa do Paradigma Psicossocial, pautado pela ética de comunidade. Portanto, essa relação estabelecida somada às contribuições de Sawaia (1999), se tornam valiosas para a realização deste estudo a partir do entendimento de que os efeitos dos modos de produção e, conseqüentemente de subjetivação a partir do modelo de atenção à saúde, envolve a produção de subjetivação de trabalhadores, podendo lhes causar sofrimentos.

Se utiliza ao longo da análise dos dados os termos “trabalhadoras da assistência” e “trabalhadores da gestão” a fim de demarcar que ambas as categorias de profissionais se encontram, ainda que de diferentes formas, passivos efeitos do Previne Brasil e das demais condições dos processos de trabalho que são estabelecidos a partir das instâncias superiores (Governo Federal, Gestões estaduais, municipais e organizações sociais em saúde).

## **1.2 O lugar da pesquisa**

A pesquisadora atua, desde 2022, na rede de APS do município de São Paulo, como psicóloga alocada em UBS. Essa experiência tem propiciado uma vivência no cotidiano da APS a partir do remodelamento das ações para cumprir com as exigências da nova política de financiamento. É importante contextualizar que a APS no município de São Paulo é em suma gerenciada por Contratos de Gestão (CG) que configuram parcerias entre a Administração Pública e Organizações da Sociedade Civil qualificadas como Organizações Sociais (OS) (Prefeitura de São Paulo, 2023a).

Em maio de 2022 foi lançada a portaria nº 333/2022 (São Paulo, 2022a) pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), posteriormente alterada e complementada pelas portarias: SMS nº 538/2022 (São Paulo, 2022b), nº 539/2022 (São Paulo, 2022c), nº 143/2023 (SÃO PAULO, 2023b), nº 288/2023 (São Paulo, 2023c) e nº 225/2024 (São Paulo, 2024), que atualizam os indicadores de qualidade e produção de saúde e institui novos indicadores de monitoramento para os contratos de gestão da SMS com as organizações sociais, além de dispor sobre o acompanhamento assistencial desses contratos.

Nas portarias (nº 333/2022 e nº 538/2022) são instituídas novas metas quantitativas para os procedimentos realizados pelos profissionais de saúde para que se cumpra o repasse financeiro acordado pelos contratos de gestão. No caso dos profissionais da equipe multiprofissional, foram estabelecidas metas de atendimentos individuais e atendimentos grupais de acordo com a carga horária dos profissionais desconsiderando outras ações necessárias e essenciais na APS que são atribuições destes, como reuniões de equipe, momentos de formação e matriciamento, ações externas e voltadas para o território, entre outras. Ainda que a APS vise todas essas ações citadas, o cotidiano dos trabalhadores nos últimos anos tem se sustentado muito mais pela necessidade de “bater as metas” do que pelos princípios e diretrizes previstos na PNAB. Este é um dos impactos psicossociais que a pesquisadora observou no período após a implementação destas metas, mas entende-se que a partir das mudanças concretas que a gestão da saúde no município de São Paulo vem realizando, a APS deste território poderá espelhar os impactos psicossociais que surgem com o novo modelo de financiamento.

Levando em consideração esse cenário, se faz necessário discutir e analisar os efeitos que a mudança do financiamento e, por consequência, as metas atuais, geram no campo psicossocial, especialmente para os trabalhadores.

A partir disso, essa pesquisa teve como objetivo compreender os efeitos que a mudança no financiamento da APS tem gerado em relação ao trabalho dos profissionais, dando enfoque à categoria de sofrimento ético-político, de forma a:

- a) Identificar as contradições ideológicas na legislação referente ao modelo de financiamento da Atenção Básica;
- b) Analisar os elementos ideológicos da implementação do modelo a partir das falas de trabalhadores da gestão e da assistência da Atenção Básica;
- c) Discutir os potenciais efeitos desta implementação na produção e manutenção do sofrimento ético-político desses trabalhadores.

### 1.3 Estruturação da dissertação

A dissertação foi construída em diferentes fases e por meio de recursos diversificados que foram empregados para alcançar os objetivos específicos propostos. Em um primeiro momento, foi realizado um levantamento da literatura existente até o período inicial da pesquisa (2024) com enfoque na mudança do financiamento da APS. Foram selecionados estudos de 2019 a 2024, que foram posteriormente complementados com outras publicações indicadas por especialistas e com literatura cinzenta. Dessa forma, foi desenvolvida uma revisão narrativa (Cavalcante; Oliveira, 2020) do tema para contextualizar historicamente os processos que levaram a essas mudanças. Essa produção foi cotejada com a legislação vigente, o que permitiu apontar as contradições da mudança do modelo de financiamento no campo da APS, como a padronização de critérios para o financiamento e o risco aos princípios fundamentais do SUS, cumprindo, assim, com o primeiro objetivo específico.

Uma vez identificadas essas contradições, considera-se que elas poderiam produzir efeitos no cotidiano de trabalho tanto da gestão como da assistência e, por isso, realizou-se a análise do impacto discursivo da implementação do modelo nas falas de trabalhadores. Primeiramente, foram analisadas discursivamente as entrevistas feitas no contexto da pesquisa do Instituto de Saúde de São Paulo, “A Política de Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia nos municípios paulistas” (Instituto de Saúde, 2023), com os trabalhadores e as trabalhadoras da gestão da APS de municípios paulistas. Originalmente, o objetivo da pesquisa era apresentar um panorama sobre a continuidade do cuidado e ações no território dos municípios paulistas durante a pandemia de Covid-19, tendo sido essa análise desenvolvida de modo a aprofundar particularmente os efeitos discursivos da mudança do modelo de financiamento, que ocorreu de forma simultânea à pandemia. Teoricamente, articulamos as reflexões desenvolvidas por Mikhail Bakhtin (2014) e Marilena Chauí (2025) a respeito do conceito de ideologia e sua operacionalização analítica a fim de identificar suas manifestações nas falas proferidas por esses profissionais. Metodologicamente, fez-se uso da ferramenta dos mapas dialógicos, que nos apontaram a forma em que se organizavam as falas e as práticas discursivas em torno dessa mudança, permitindo identificar discordâncias com o modelo de financiamento e discursos orientados por um viés ideológico de cunho administrativo e gerencial.

Por fim, como última etapa desta pesquisa, foram feitas entrevistas em profundidade com três trabalhadoras da assistência do município de São Paulo com foco em suas experiências no período anterior e posterior à mudança no modelo de financiamento da APS.

As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo temática que destacou como principais temas emergentes em seus discursos o aumento da pressão no espaço de trabalho, a diminuição do tempo de atendimento das profissionais, prejuízos na qualidade do atendimento e fragilização dos espaços coletivos. Os resultados, associados à análise das ideologias que circulam na forma do discurso dos trabalhadores da gestão, permitiram concluir que as exigências trazidas pelo Previn Brasil implicam um distanciamento das práticas das profissionais com relação ao território e à organização do serviço, visando uma outra organização pautada pela noção de eficiência, o que gera prejuízos inclusive à autonomia delas. Dessa forma, cumpriu-se com o segundo objetivo específico dessa pesquisa.

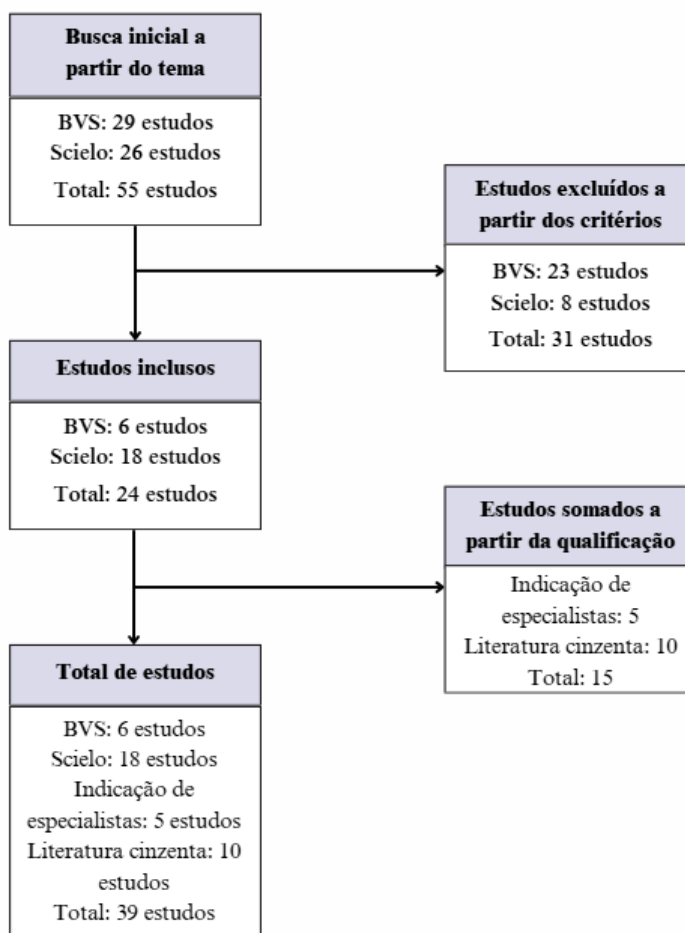
Por fim, os resultados dessa pesquisa foram discutidos de forma a contemplar os potenciais efeitos desta implementação na produção e manutenção do sofrimento ético-político desses trabalhadores em diferentes níveis mostrando que estes vivenciam processos de exclusão derivados das práticas gerenciais, do modelo de organização social de caráter administrativo, que coadunam num cenário de desvalorização dos trabalhadores e dos princípios fundantes do SUS.

## 2. Revisão bibliográfica

### 2.1 Notas metodológicas

Com o intuito de compreender como os estudos sobre o financiamento da saúde têm tratado o tema da mudança do financiamento da atenção primária a partir do Programa Previne Brasil, especialmente a partir da perspectiva dos trabalhadores, foi realizada uma revisão narrativa da literatura do tipo assistemática. Partiu-se de uma primeira busca nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e da Scielo de textos no formato de artigos científicos, publicados entre os anos de 2019 e 2024 e que abordassem o financiamento da saúde brasileira. A busca inicial, sem a aplicação dos critérios, resultou em 55 textos, quantidade que se transformou em 24 textos válidos após a aplicação dos critérios. A estes, foram somados outros 15 textos no momento posterior ao exame de qualificação, destes 5 foram indicados por especialistas e 10 constituem literatura cinzenta.

Figura 1 - Fluxograma da revisão assistemática da literatura



Fonte: Elaborado pela própria autora.

Um primeiro levantamento dos textos mostrou que existem poucos trabalhos que abordam a questão do financiamento na percepção dos trabalhadores da gestão e assistência, ou até mesmo que incluam alguma consideração sobre essas perspectivas em seus conteúdos. Dentre os 24 estudos elencados, 9 trouxeram contribuições sobre o posicionamento desses trabalhadores. Destes, 3 trouxeram apontamentos somente sobre os trabalhadores da gestão, 3 trouxeram apontamentos somente sobre os profissionais da assistência e 3 trouxeram apontamentos sobre ambos. Além dos textos levantados, foram inseridos na revisão textos recomendados por especialistas durante o exame de qualificação e literatura cinzenta encontrada pela pesquisadora.

## **2.2 Política de financiamento de saúde no Brasil: um resgate histórico**

A política de financiamento de saúde brasileira é atravessada por marcos legais que caracterizam suas condições em busca da construção de um sistema de saúde resiliente, inclusive marcos internacionais. Em 1920, o governo inglês emite um documento chamado de Relatório Dawson que propõe a reestruturação do modelo de atenção à saúde na Inglaterra em serviços dispostos de acordo com os níveis de complexidade e custos de tratamento, dando início a uma série de debates sobre a organização dos sistemas de saúde com centralidade na Atenção Primária à Saúde (APS) (Sellera *et al*, 2023). Além dessa influência, é destacado por Lazarini *et al* (2021) a participação do Banco Mundial no financiamento das áreas sociais a partir da década de 80, período após a Segunda Guerra Mundial, com condicionalidades para reformas de cunho neoliberal.

Um dos principais marcos nacionais para a formulação do SUS foi a Reforma Sanitária Brasileira, movimento da década de 1980 que instituiu as diretrizes e princípios do SUS válidos até hoje, como a saúde enquanto um direito e dever do Estado, acesso universal e igualitário às ações e serviços, promoção, proteção e recuperação da saúde, descentralização de governo, atendimento integral e prioridade de ações preventivas. No período em que o movimento da reforma sanitária esteve em pauta, existia uma retórica ideológica neoconservadora que apontava para a necessidade de mudanças que eram contrárias à expansão dos serviços de saúde e à intervenção governamental, centrada em argumentos em grande parte econômicos (Bezerra *et al*, 2023), influenciada pelo Consenso de Washington, que resultou na publicação de medidas de ajuste estrutural macroeconômico destinada a países periféricos (Lazarini *et al*, 2021). Esse antagonismo entre o cenário de ascensão neoliberal e o surgimento do SUS deu origem ao subfinanciamento crônico do sistema de

saúde, a partir da indefinição adequada do *modus operandi* da política de financiamento da saúde (Guidolin *et al*, 2023).

Ao final da década de 80, é promulgada a nova Constituição Federal (CF) (Brasil, 1988), que legalmente fundamenta o SUS. De acordo com a CF, a saúde é um direito de todos os cidadãos e dever do Estado em garanti-la. No entanto, na mesma legislação, a saúde é apontada como uma questão de interesse público, tanto para as entidades públicas quanto entidades privadas com ou sem fins lucrativos. Em 1990, o sistema é regulamentado pela Lei Federal nº 8.080 (Brasil, 1990a), também conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS) e dispõe sobre as condições para o alcance dos princípios do sistema, além da sua organização e funcionamento de serviços em saúde. Em seguida, a Lei Federal nº 8.142, também de 1990 (Brasil, 1990b), dispõe sobre as transferências financeiras e a participação popular no âmbito da saúde.

Inicialmente, a partir da CF de 1988, o financiamento da saúde era feito de forma indiferenciada, em orçamento único, para as áreas da Seguridade Social, também lidas como Organizações Sociais de Saúde (OSS), que abrangia saúde, assistência e previdência social. No início dos anos 1990 ainda não havia a definição sobre os percentuais e valores para a alocação de recursos pelos entes federativos, o que gerou uma crise e culminou em medidas que tentavam suprir os gastos em saúde, como a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) em 1996. Castro-Nunes *et al* (2024b) afirmam que o SUS é historicamente subfinanciado, pois a porcentagem de 30% do orçamento da seguridade social para a saúde definidos na CF nunca foram efetivamente cumpridos.

Ócke-Reis (2012), na obra *SUS: o desafio de ser único*, ao questionar a contradição entre a afirmação de uma universalidade pelas legislações que regulam o sistema de saúde e sua não efetivação, aponta a existência paralela do sistema público e privado de saúde como fator essencial para essa discussão. Sobre a relação público-privada no SUS neste período, Kamia e Vargas (2023, p. 3) afirmam:

As políticas públicas de saúde dos anos 1960 e 1970 foram determinantes para moldar a relação público-privada no sistema de saúde brasileiro. As reformas impostas durante a ditadura militar, de caráter previdenciário, individual e assistencialista, transferiram a função provedora de serviços de saúde para a iniciativa privada e estabeleceram a política de contratação de serviços de saúde de terceiros pelo Estado. Por meio da orientação das políticas públicas que criavam demanda para o setor privado, e de subsídios diretos e indiretos para estimular a criação de oferta pelo setor privado, as empresas privadas de serviços de saúde experimentaram intenso crescimento. Concomitantemente, os interesses ligados a esses setores ganharam força e passaram a influenciar de forma crescente as políticas

públicas na área da saúde, preservando e incentivando a livre iniciativa privada no mercado na saúde, mesmo após a criação do SUS.

No ano de 2000, a publicação da Emenda Constitucional nº 29 deu início ao processo de descentralização nos repasses financeiros pelos municípios, aumentando a sua porcentagem de participação e sua responsabilidade em torno das atribuições do SUS, como a Atenção Primária à Saúde (APS). No entanto, no âmbito federal, ainda não havia sido estabelecido um percentual mínimo para alocação de recursos. Essa delimitação é debatida ao longo de anos e, mesmo com a Lei Complementar nº 141 de 2012, ainda se entende como frágil a determinação da participação federal na alocação de recursos para a saúde (Bezerra *et al*, 2023). A efetivação do processo de descentralização dos recursos federais ocorreu através de dois instrumentos: transferências condicionadas e o planejamento vinculado ao processo orçamentário municipal, que em 2006 incluiu a gestão por resultados (Geremia *et al*, 2022).

Desde 1997, com a Norma Operacional Básica nº 96 (NOB 96) (Brasil, 1996), o financiamento na APS se deu por meio do Piso da Atenção Básica (PAB), tendo duas categorias: fixa e variável. O PAB fixo era um repasse mínimo *per capita*, realizado de acordo com a base populacional adscrita nos municípios por meio da estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com variações entre 23 a 28 reais. O PAB variável era vinculado à implementação da Estratégia Saúde da Família pelas gestões municipais. Marques e Mendes (2003, 2014) apontam que a NOB 96 priorizou as transferências aos municípios e focalizou a Atenção Básica como prioridade, ampliando gradativamente os recursos a ela destinados nesse período. No entanto, os mesmos autores apontam que a criação do PAB como mecanismo de transferência para a AB, que rompeu com a lógica de repasse global (NOB/93), possa ter criado as condições para o desenvolvimento de políticas de incentivos financeiros, as quais futuramente iriam inibir a autonomia dos municípios com relação à alocação dos recursos:

(...) é preciso observar que a NOB 96, em que pese ser um importante instrumento na operacionalização da descentralização do sistema, ao incrementar as transferências diretas, fundo a fundo, no campo da Atenção Básica, pode impedir ou obstaculizar a construção de uma política de saúde fundada nas necessidades do nível local (Mendes; Marques, 2014, p. 908).

O avanço do SUS nesse período levou a uma maior participação dos municípios e uma queda do repasse federal, ainda que ele continue sendo o maior. A queda do repasse se manteve crescente até o ano de 2000. Como é apontado por Marques & Mendes (2003), em 1993 a transferência federal a municípios correspondia a 1,7% das despesas do Ministério da Saúde, enquanto em 1998 já representavam 24% destas. De maneira oposta ao movimento de

descentralização que vinha sendo construído, os recursos federais passaram a ter um “carimbo”, ou seja, recursos destinados para os programas que eram incentivados pelo governo federal (Marques & Mendes, 2003, p. 405). Os autores consideram que a definição e separação dos recursos entre os destinados para a Média e Alta Complexidade (MAC) para os destinados à AB (PAB) reforça a função de definição da política de saúde pelo âmbito federal e que, os municípios, enquanto dependentes do recurso federal, se tornam apenas executores da política estabelecida nacionalmente, o que ameaça os valores da descentralização e a participação da comunidade. Nesse sentido, os autores chamam a atenção para a quantidade de itens “carimbados”, que indicam gasto relacionado a uma despesa específica, nesse período:

(...) o Datasus registra, para 1997, apenas cinco tipos de despesa; para 1998, catorze; para 1999, 33; para 2000, 43; e, para 2001, o número de itens registrados atinge a cifra de 77. Esse crescimento dos itens de despesa não assume apenas seu aspecto contábil. Trata-se de recursos vinculados a programas específicos, de maneira que, para o município ser merecedor dos recursos, é condição a implementação da política. (Marques & Mendes, 2003, p. 406)

Entre os anos de 1998 a 2001, os recursos destinados para a AB aumentaram de forma significativa, indo de 15,68% para 25,06%. Ainda, é identificado que o PAB variável e o PAB fixo praticamente se igualam em 2001 devido ao aumento das despesas relacionadas ao PAB variável, principalmente o Programa Saúde da Família e Epidemiologia e Controle de Doenças, e pela diminuição do valor relacionado ao PAB fixo. Destaca-se também o aumento importante de repasses para o Programa Saúde da Família nesse período, tendo sido de 778% (Marques & Mendes, 2003), vinculado ao incentivo federal para que os municípios assumissem o PSF como modelo organizador da AB. Nesse sentido, considerando a política de incentivos pelo Governo Federal:

Na medida em que eram recursos vinculados a programas específicos, o município somente teria acesso a tais recursos se implantasse esses programas, que muitas vezes poderiam não corresponder às necessidades locais e, assim, inexoravelmente comprometeriam parte de seus recursos disponíveis (Marques; Mendes, 2003). Almeida, Cunha e Souza (2011) argumentam que o município se responsabiliza pelo financiamento de políticas definidas pelo governo federal, que muitas vezes não levam em consideração a grande heterogeneidade dos municípios brasileiros e não são flexíveis o suficiente para se adequarem às condições locais (apud Marques; Mendes, 2014, p. 904).

De maneira concomitante, as despesas relacionadas à MAC também aumentaram. Em 2001, a Assistência Hospitalar e Ambulatorial foi desdobrada em três categorias: Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Gestão plena do sistema municipal de alta complexidade e Gestão

plena do sistema municipal de média complexidade (Brasil, 2001). Nota-se que apesar desse maior investimento tanto na AB quanto na MAC, a ampliação dos investimentos na AB em nível federal entre os anos de 1998 e 2001 foi de apenas 0,46%.

Frente a este cenário, os autores identificam que os incentivos à ampliação da AB, tanto pelo âmbito federal quanto estadual, geraram a implantação de centenas de novas equipes no âmbito municipal, porém bastante dependentes dos repasses dessas esferas. Nesse sentido, considera-se que os municípios, dentre as esferas de governo, são os mais atingidos pela crise das finanças públicas a partir do final dos anos 1990:

Os acordos estabelecidos com o Fundo Monetário Internacional para o controle do déficit público e o conseqüente monitoramento do governo federal sobre as esferas estaduais e municipais determinaram significativa contenção de gastos. No caso dos municípios, isso resultou na diminuição da participação dos municípios no gasto público total com saúde (de 27,8% para 24,3%, entre 1996 e 2000) (Marques & Mendes, 2003, p. 412).

Em 2006, com a publicação do Pacto pela Saúde (Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 e Portaria GM/MS nº 699, de 30 de março de 2006) (BRASIL, 2006), são determinados princípios para o financiamento do SUS e definidos cinco blocos de alocação dos recursos: atenção básica, média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, assistência farmacêutica, vigilância em saúde e gestão do SUS. É notado, a partir dessa mudança, a preferência por esse modelo de financiamento pelo governo federal em detrimento do modelo anterior de remuneração por serviços produzidos, pois essa forma de financiamento se reduz quase por completo até 2010 enquanto as transferências fundo a fundo aumentam e chegam a 98% do modelo de financiamento pela esfera federal (Mendes; Marques, 2014).

Se a partir da década de 1990 a AB teve destaque pela sua expansão, é a partir da década de 2010, especialmente no ano de 2011, que a AB passa a ter sua qualificação defendida, a fim de que tomasse para si a função de coordenadora do cuidado integral em saúde e ordenadora das redes de atenção (Conasems, 2011 apud Mendes; Marques, 2014). É também em 2011 que o repasse federal corresponde a 45,5%, valor inferior ao gasto de estados e municípios juntos. A queda do repasse federal foi gradual, porém continuou sendo a esfera de governo detentora da maior parte dos recursos, afirmando o Governo Federal como agente definidor da política de saúde no país. Nesse período, a transferência dos recursos federais se dava de duas maneiras: por meio de pagamento direto a prestadores de serviços (relacionados a internações hospitalares e serviços ambulatoriais); e transferências através do Fundo Nacional de Saúde aos fundos dos estados e municípios. Portanto, pode-se definir que as transferências visavam a MAC e a AB, sendo essa por meio do PAB fixo e PAB variável e estando PSF incluso neste último.

Quando comparados os valores repassados aos blocos de financiamento entre os anos de 2000 a 2011, nota-se o aumento do percentual destinado a MAC, de 57% a 67%, em detrimento da diminuição do repasse para a AB, de 32% a 23%, mantendo com pouca variação os outros blocos, que ficam com cerca de 10% dos repasses. Uma forma de interpretar esse aumento se dá pela análise dos valores referentes aos gastos *per capita* referentes ao MAC e ao PAB fixo: enquanto o gasto referente ao MAC cresce de R\$121,6 para R\$ 174,5 entre 1995 e 2012, o gasto relativo ao PAB fixo se manteve praticamente o mesmo, em torno de R\$ 22,5 (Mendes; Marques, 2014). O valor *per capita* definido para o PAB fixo vem a sofrer alterações somente em 2011, com a Portaria do MS/GM nº 1602 (Brasil, 2011), que condiciona esse valor às categorias populacionais estabelecidas para os municípios:

(...) adotou-se uma distribuição dos municípios em quatro faixas, mediante uma pontuação entre zero e dez, com base em indicadores selecionados segundo cinco critérios socioeconômicos: PIB per capita; percentual da população com plano de saúde; percentual da população com Bolsa Família; percentual da população em extrema pobreza; e densidade demográfica (Mendes; Marques, 2014, p. 907).

Os autores Marques e Mendes (2014) ainda constataram que, se o valor *per capita* do PAB fixo de 1998 tivesse sofrido as devidas correções monetárias para o ano de 2012, ele seria equivalente a R\$34, valor superior ao que é reajustado. Com a Portaria do MS/GM nº 1409 de 10 de julho de 2013, o PAB fixo passa a variar entre 23 e 28 reais, ainda não atingindo o valor corrigido e muito menos o necessário para que a AB conseguisse executar sua função de ordenadora do cuidado em saúde. De forma contrária, entre os anos de 2002 a 2012, o valor *per capita* relativo ao PAB variável teve um aumento, tendo crescido de R\$20 para R\$48 (Carvalho, 2014b apud Marques; Mendes, 2014), favorecendo os seguintes programas: Saúde da Família; Agentes Comunitários de Saúde; Saúde Bucal, implantação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf); Consultórios na Rua; Programa Saúde na Escola (PSE); Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ); Saúde da Família – Fluviais e Ribeirinhas; Atenção Domiciliar; Microscopistas; Academia da Saúde; Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas; Incentivo para Atenção à Saúde Penitenciária; e Compensação das Especificidades Regionais (CER).

A expansão do Programa Saúde da Família, escolhido como modelo reordenador da AB no país, ocorreu de forma desordenada ao longo dos anos, tendo sido investido num primeiro momento pelos municípios com indicadores de saúde mais críticos e em municípios de pequeno e médio porte com baixa oferta de serviços de saúde. A partir do momento em que o Programa Saúde da Família é afirmado como modelo organizador da AB, os municípios

com mais de 100 mil habitantes passam a incorporá-lo em seus territórios, porém de forma mais lenta e gradual.

Considerando o período em que se aposta no PSF como um momento de contenção das finanças públicas que atinge todas as esferas de governo, entende-se que o seu financiamento se tornou “problemático e instável”, lembrando ainda que o período de implementação da Estratégia Saúde da Família corresponde “justamente àqueles onde a restrição do gasto público foi buscada como principal diretriz política na determinação e/ou diminuição do déficit público, uma das metas prioritárias da política do governo federal” (Mendes; Marques, 2014, p. 908).

A organização orçamentária da saúde esteve vinculada a grupos de ações programáticas dentro de blocos de custeio até 2017. Nesse ano, a proposta “SUS Legal”, originada pelos trabalhadores das gestões municipais que buscavam maior autonomia, gerou a reformulação dos blocos de financiamento, de modo que a transferência dos recursos passou a ser feita em apenas dois blocos: custeio e investimento. Essa flexibilização foi vista por acadêmicos, sanitaristas e formuladores de políticas com preocupação pois “se de um lado não prevê maiores recursos para os municípios, por outro lado, não garante que a aplicação dos recursos seja direcionada para ações estratégicas alinhadas com objetivos nacionais” (Geremia *et al*, 2022, p. 85). Seta *et al* (2021) indicam que a mudança dos seis blocos de financiamento em 2017 para os de custeio e investimento, fragilizou a proteção do financiamento da APS diante da pressão dos custos da atenção hospitalar e especializada, além de procedimentos diagnósticos e terapêuticos com forte componente privado.

Em 2014, os países que compunham a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) acordaram em aumentar os recursos destinados aos sistemas de saúde, buscando garantir a equidade para o acesso da população com qualidade nos serviços. Os países da América investem de forma bastante heterogênea na saúde, de modo que a maioria dos países destinam a maior parte de seus recursos às áreas de transporte, habitação e segurança (Restrepo-Betancur, 2023). O Brasil se encontra entre os países americanos com a menor porcentagem destinada à saúde, de modo que, foi feito um acordo entre os países com intuito que chegassem à aplicação de 6% de seu PIB para a saúde e, segundo a previsão feita no estudo de Restrepo-Betancur, em 2023, o Brasil somente alcançaria essa meta entre os anos de 2030 e 2100. Além disso, o mesmo estudo aponta que mais de 50% dos recursos investidos em saúde no Brasil são destinados ao setor privado. O estudo de Bezerra *et al* (2023) indica que o gasto público com saúde brasileiro estava em torno de 43% nesse período, tornando o

país um com as menores proporções de gasto público em saúde entre os países da América Latina e Caribe.

Bezerra *et al* (2023), analisam o Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA) dos anos de 2016 a 2020, de acordo com os valores para os blocos de financiamento, e destacam uma redução gradual na participação da Atenção Básica e Suporte Profilático Terapêutico enquanto existe uma ampliação do orçamento federal com Assistência Hospitalar e Ambulatorial. Também apontam que mais da metade dos gastos com saúde no país são gastos privados, sendo a maior parte destinada a planos de saúde e, em muitos casos, os planos não possuem cobertura a doenças mais graves, sendo o SUS o responsável por garantir a saúde do usuário e este não sendo ressarcido pela operadora do plano privado.

Seta *et al* (2021) indicam que, de acordo com a variação mais frequente da distribuição, o financiamento da APS nos municípios é distribuída sendo 70% proveniente das receitas do município e 30% da esfera federal. Neste cenário, fica evidente que são insuficientes os valores transferidos pela esfera federal para a APS, de modo que os municípios ou se responsabilizam pela maior parte de seu financiamento ou passam a moldar uma APS seletiva e focalizada. Segundo Geremia *et al* (2022, p. 92):

O subfinanciamento crônico enfrentado pelo SUS faz com que alguns gestores dos municípios brasileiros se vejam obrigados a extrapolar o investimento mínimo de 15% da arrecadação própria em saúde e ampliar sua responsabilidade sobre a organização e o financiamento do SUS. Por outro lado, considerando que a base de tributação é baixa nos municípios pequenos, a extrapolação do patamar de 15% não é garantia de recursos suficientes para manter as ações de serviços de saúde municipal.

Kamia e Vargas (2023), por sua vez, descrevem o sistema de saúde brasileiro como “uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços públicos e privados, financiada majoritariamente por estes últimos recursos, que competem entre si” (p. 2). Além disso, os autores indicam que a constitucionalização do direito à saúde como dever do Estado funciona como um resseguro para o sistema privado, de modo que funciona como uma salvaguarda do sistema de saúde e minimizam os riscos da atuação de empresas na área. Seta *et al* (2021) indicam a importância de questionar quem demanda e a quem servem os movimentos de alterações legais de cunho liberalista na saúde pública, entendendo que neste cenário as articulações entre o mercado privado e o Poder Legislativo geram fraquezas no SUS:

Pela análise das manobras de desvio de recursos de contribuições sociais, desvinculação progressiva de recursos e normativas que falham em ampliar o percentual federal investido em saúde, compreende-se que a receita nacional gerada (permanece crescendo) anualmente é “preservada” para gasto financeiro, como o pagamento das dívidas (ou melhor, dos juros

destas). Em avaliação das Leis Orçamentárias Anuais dos últimos cinco anos, o percentual da receita do OGU destinado ao pagamento de juros, amortização e refinanciamento da dívida pública, foi estimado em 46,46% em 2016, ultrapassando a marca dos 50% em 2017 (50,66%) e 2018 (52,31%), voltando a 43,68% em 2019. Para 2020, era estimada receita total de R \$3.687,2 bilhões, da qual 44,87% seriam destinados às despesas financeiras com a dívida. Enquanto a saúde, nesse período, representou entre 3,16 e 3,5% da receita prevista no OGU (p. 326-327).

Tratando-se da intervenção de capital estrangeiro nas políticas de saúde, o estudo de Lazarini *et al* (2021) analisa os projetos financiados pelo Banco Mundial para a saúde no Brasil durante os governos de Lula e Dilma Rousseff, de 2003 a 2014. Foi realizada uma análise documental de 31 projetos na área da saúde financiados no período. Observou-se que a maior parte dos projetos foi assinada durante o segundo governo de Lula, entre 2007 e 2010, e grande parte dos projetos foram direcionados não à esfera federal, mas às subnacionais. A esse fator se entende decorrente da maior autonomia dos entes federados ao longo desse período.

A estruturação proposta pelo Banco Mundial para o financiamento de projetos se organiza em três eixos, sendo: saúde; instalações de saúde e construção; e administração pública - saúde. Os temas presentes nos projetos financiados no Brasil nesse período foram desdobrados em oito, sendo os mais citados respectivamente: Desenvolvimento humano e gênero (29); Gestão do setor público (19); Desenvolvimento do setor privado (17); Desenvolvimento social e proteção (12); Desenvolvimento urbano e rural (11); Meio ambiente e gestão de recursos naturais (7); Política econômica (5); e Finanças (1).

Os autores compreendem que a agenda proposta pelo Banco Mundial condiciona historicamente o financiamento a reformas estruturais, visando a redução do déficit fiscal, a focalização de políticas sociais na pobreza extrema e o controle de custos. A partir da década de 1980, a instituição lança uma modalidade de financiamento destinado à materialização de políticas públicas por meio do compromisso assumido pelos países devedores a realizar diversas condições impostas a fim de impactar mudanças na economia doméstica, buscando adequá-las ao contexto internacional e manter o pagamento da dívida externa. Por meio dos contratos realizados, o Banco dissemina seus “ideais” que incluem:

a compreensão reduzida e focalizada do direito à saúde, os conceitos de governança, eficácia e eficiência, e a mudança semântica do princípio da universalidade através da proposta de cobertura universal (Banco Mundial, 2008; Gragnolati; Lindelow; Couttolenc; 2013); ou seja: por meio dos contratos firmados, o banco consegue impor aos entes contratantes sua premissa liberal que compreende a saúde como mercadoria, e não como direito de cidadania (Gonçalves, 2009; Rizzotto; Campos, 2016 apud Lazarini *et al*, 2021, p. 6).

Os autores demarcam que, a partir dos achados do estudo, existe uma aposta em projetos multissetoriais por parte do Banco Mundial, o que se justifica pelo interesse da instituição pela gestão dos serviços públicos, e não necessariamente o desenvolvimento das áreas. A ênfase do discurso é direcionada ao termo “desenvolvimento”, que se aposta que só será atingido por meio de investimento no capital humano, na privatização e no controle cada vez mais rígido pela gestão, já que o Banco afirma em suas análises a ineficiência e ineficácia brasileira no trato dos gastos.

A diferença entre o Brasil e outros países que tiveram a criação dos seus sistemas de saúde universais nos anos anteriores, como Itália (1978), Portugal (1979) e Espanha (1986) é evidenciada por meio do estudo de Barbosa *et al* (2024). É realizada uma análise comparativa entre o Brasil e os três países citados e, dentre poucas similaridades, uma delas é que os quatro países consagram constitucionalmente o direito à saúde com princípios relacionados à universalidade, igualdade e equidade, ancorados na APS. No entanto, quando comparados por meio dos determinantes sociais de saúde, o Brasil enfrenta maiores desafios por conta da desigualdade econômica e sua extensão territorial. Apesar disso, os autores indicam que:

Países com combinações sociais frágeis são os que menos investem em capital humano e no fortalecimento de arranjos organizativos acerca das políticas públicas, da cidadania e sobretudo das coletividades fundamentais para o desenvolvimento humano: a promoção e proteção da saúde nos âmbitos individual e coletivo. É imperativo destacar que não são as sociedades mais ricas que produzem melhores resultados nas condições de saúde e vida, mas as mais igualitárias e com alta coesão social (Barbosa *et al*, 2024, p. 2)

Também é apontado que países que fizeram reformulações nos sistemas nacionais de saúde a partir dos cuidados primários em saúde, ou seja, a APS, fizeram maiores progressos. Os autores concluem com a afirmação de que se fazem necessários investimentos contínuos e abrangentes na saúde a fim de manter um sistema universal e de atenção integral em saúde, sendo fundamental o investimento nas habilidades humanas e nos processos de trabalho, como saúde e educação.

### **2.3 Política de Austeridade Fiscal (PAF)**

A política de austeridade fiscal (PAF), iniciada em 2015 e definida como a redução de gastos públicos, foi constitucionalizada a partir da Emenda Constitucional nº 95, em 2016. Bezerra *et al* (2023) entendem que essa emenda se torna o ponto focal de um novo cenário de tragédias no setor público da saúde e permite outras aprovações prejudiciais ao orçamento como a EC nº 86/2015, EC nº 93/2016 e a Portaria nº 3.992/2017, que desestruturaram o

arcabouço fiscal para a manutenção do SUS. O artigo de Maia LR *et al* (2024) aponta que os gastos *per capita* na saúde estavam crescendo desde 2003 e sofreram uma queda inédita em 2015, inaugurando então a PAF. Desse período até o ano de 2019, os gastos ficaram estagnados até que o país se viu lidando com a pandemia de covid-19, de modo que é rompido o teto de gastos e adotada uma política fiscal expansiva neste ano. Além da PAF, no mesmo ano é promulgada a Lei nº 13.097, que autoriza, de forma irrestrita, a participação do capital estrangeiro no mercado de serviços privados de saúde brasileiro (Kamia e Vargas, 2023). Ainda, a PAF é avaliada por estudos que indicam que os efeitos desta no financiamento do SUS afetou principalmente os gastos públicos totais e/ou federais. Geremia *et al* (2022, p. 92), sobre a PAF, afirma:

O nível federal é aquele capaz de promover redistribuição dos recursos fiscais e redução das desigualdades, gerada, em outros motivos, pela desigual arrecadação tributária e baixo poder de gasto de alguns municípios, sobretudo os de menor porte, como os do caso aqui estudado. Esses fatores, atrelados ao aumento das responsabilidades locais na condução das políticas públicas de saúde, geram importantes debates em direção à revisão do pacto federativo, afinal, o regime fiscal atual está centrado em conter os gastos públicos.

Tratando-se dos gastos municipais em saúde, em média nacional, houve um aumento de 124% entre 2004 e 2014, um decréscimo de 9% em 2015 e a recuperação desses valores entre 2015 e 2019. Os autores afirmam que o aumento de gastos em saúde nos últimos anos se deve exclusivamente à participação dos municípios nestes. A PAF afetou de forma mais prejudicial os municípios de grande porte, que tiveram um aumento importante nos gastos *per capita* desde 2015, e os municípios de pequeno porte por se mostraram mais dependentes da esfera federal com relação aos recursos. Nesse sentido, cresceu o volume de recursos advindos de Emendas Parlamentares (EP) destinadas à saúde desde 2016 e, portanto, os gastos municipais, apesar da política de descentralização, são suscetíveis às decisões políticas de âmbito federal e também aos ciclos econômicos, carecendo de uma fonte de arrecadação tributária mais regular e estável.

Morosini *et al* (2020) pontua que o desenvolvimento do SUS vem sendo acompanhado pelo crescimento da iniciativa privada no setor da saúde, e a AB não está isenta dos impactos desse avanço. A autora indica que, com a ampliação da lógica privada, se difunde uma lógica de racionalização dos recursos e produtividade que são ligadas ao gerencialismo, proporcionando uma entrada ainda maior de Organizações Sociais (OS) para operar os serviços de saúde. Este cenário se agrava a partir de 2016, com o conjunto de contra reformas

instituídas. A atualização da PNAB de 2017 é citada (Morosini *et al*, 2020) por relativizar um dos princípios fundamentais do SUS, que é a universalidade:

Relativiza-se a universalidade, recomendando a cobertura de 100% da população apenas em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social; desenha-se a segmentação do cuidado pela oferta de padrões diferenciados de serviços (básico e ampliado); desloca-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) de sua posição central para a organização da atenção básica, admitindo composições de equipe e carga horária que retomam a chamada “atenção básica tradicional” (p. 2)

Em 2019, as mudanças se intensificam, havendo uma série de implementações e revisões que impactam de forma acentuada a organização da AB no país. A primeira delas foi a alteração na nomenclatura da Atenção Básica (AB) para Atenção Primária à Saúde (APS), a qual desconsidera:

“(...) o esforço de diferenciação no sentido de afirmar a atenção básica como um campo compromissado com a universalidade e a integralidade, em sintonia com os princípios do SUS e em contraposição às orientações restritivas e seletivas hegemônicas em nível global, atualmente articuladas à noção de cobertura universal” (Morosini *et al*, 2020, p. 2).

Houve também a adoção de uma nova estrutura organizacional, de modo que a Secretaria de Atenção à Saúde foi dividida em três: Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), Secretaria de Atenção Especializada (SAES), e a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Nesse processo, diversas secretarias foram rearranjadas.

No segundo semestre do mesmo ano, foram definidos novos eixos para a reestruturação da AB, sendo eles financiamento, regulação e prestação de serviços. As autoras (Morosini *et al*, 2020) afirmam que a mudança promove um modelo mercantilizado de gestão e atenção à saúde. O modelo de financiamento proposto, anunciado com o nome de “Previne Brasil”, começou a circular em julho de 2019 de maneira bastante restrita, impedindo reformulações e debates ampliados. É importante frisar que nenhum documento online foi publicado e tampouco a metodologia de cálculo disponibilizada até a reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), ocorrida em 31 de outubro daquele ano, mesma data da aprovação do modelo. Foram desconsideradas solicitações do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e outras entidades da saúde para que o modelo fosse alvo de outros debates (Morosini *et al*, 2020).

Ainda no mesmo ano, o Ministério da Saúde encaminhou ao Congresso Nacional uma medida provisória (nº 890) que posteriormente se converteu na lei nº 13.958 (Brasil, 2019), que cria o Programa Médicos pelo Brasil (PMB) e a Agência para Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), de caráter privado e modalidade paraestatal. Para mais,

o MS cria a proposta, que depois de quatro meses se consolida, da Carteira de Serviços para a APS (CaSAPS), a qual indica a relação de serviços desempenhados pela AB.

Dessa forma, as autoras Morosini *et al* (2020) concluem que foi adotada uma estratégia política, especialmente no período de 2019, de modo que as propostas fossem apresentadas muito rapidamente, em momentos diferentes e de forma isolada. Ainda, destacam que as propostas foram geradas no mesmo tempo em que ocorriam os debates preparatórios para a 16ª Conferência Nacional de Saúde e que as mesmas não foram apresentadas nos debates, além de ficar nítido que o CNS e conselhos estaduais e municipais ficam em segundo plano nas decisões. Portanto,

Esse conjunto de medidas aprofunda o sentido das mudanças estabelecidas pela PNAB 2017 e delineia uma alteração significativa no cenário político e institucional da atenção básica. O Previnir Brasil, a ADAPS e a CaSAPS, combinados sinergicamente, ampliam as possibilidades de privatização da saúde e integram um novo processo de acumulação, alargado pela abertura do setor ao capital estrangeiro, ocorrida em 2015 (Morosini *et al*, 2020, p. 3).

Guidolin *et al* (2023), indicam a necessidade de diferenciação entre a falta de recursos e a decisão de alocar recursos, a fim de evitar a criação de uma insuficiência irreal de recursos como justificativa de não investimento em outras áreas. As autoras falam sobre o conceito de “reserva do possível”, que se refere à restrição de recursos para a realização de um direito instituído, e o “princípio do mínimo existencial”, que corresponde à garantia de um nível mínimo de proteção às necessidades básicas. Nesse sentido, a saúde é o principal membro do ‘núcleo mínimo de direitos’ (Potrich, 2013 apud Guidolin *et al*, 2023). Elas descrevem que, de acordo com orientações da ONU, os governos devem mobilizar todas as fontes de financiamento possíveis para evitar onerar a população mais vulnerável, o que lança dúvidas sobre a validade do princípio da reserva possível, uma vez que a realidade econômica indica que orçamentos são dinâmicos e podem ser feitos de formas variadas. Dessa forma, existem alternativas no debate público que orientam a expansão da arrecadação por meio de uma reforma tributária que vise a redistribuição de renda e o multiplicador econômico, enquanto outras, como a PAF, reforça a visão da reserva possível e ocultam o grau de autonomia dos trabalhadores da gestão em captar e alocar recursos.

Crises econômicas implicam diretamente na piora das condições de saúde da população. Considerando a política de austeridade fiscal, essa compromete a concretização do direito à saúde ao limitar a oferta de bens e serviços públicos, como o SUS e outros serviços (Guidolin *et al*, 2023). De acordo com Bezerra *et al* (2023), a PAF resultou diretamente na perda de qualidade em serviços de saúde como o de saúde bucal e na diminuição de acesso a medicamentos fornecidos pelo SUS devido à redução de gastos no âmbito municipal e

estadual em 2015 e 2016. Apesar da sua interrupção em 2020 por conta da pandemia, segundo os autores, ela ainda ocupa um espaço importante na agenda pública (Maia LR *et al*, 2024). Além disso, a austeridade fiscal gera um efeito na economia contrário ao desejado pois, se há um investimento na economia interna, existe um movimento crescente na criação e multiplicação de empregos, fortalecendo as finanças públicas. Nesse caso, a austeridade pode resultar na necessidade de se multiplicar o gasto público com políticas sociais para o crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) (Bezerra *et al*, 2023).

Além deste estudo, o artigo de Machado *et al* (2024) buscou avaliar a resposta dos governos do Brasil, México e Argentina à pandemia de Covid-19, tendo em vista o cenário de crise causado pela pandemia. As autoras observam que, apesar de diferenças nas características dos países, todos apresentavam problemas sociais relacionados à pobreza, desigualdades de renda e alta informalidade laboral. Ainda, os sistemas de saúde dos três países expressavam insuficiência nos gastos públicos com saúde enquanto havia uma grande proporção de gastos privados com saúde. É constatado que, no Brasil, o SUS enquanto sistema público e universal teve sua importância, mas não foi suficiente para garantir uma resposta adequada tendo em vista a limitação prévia no orçamento público e na infraestrutura, a distribuição desigual de serviços e a contradição pela grande presença do setor privado subsidiado pelo Estado.

Massuda *et al* (2024), após uma análise de documentos técnicos do Ministério da Saúde e de entrevistas com atores-chave envolvidos na formulação e execução de políticas de APS e investimento em saúde, destaca que, de forma histórica, não houveram investimentos regulares em infraestrutura e equipamentos no âmbito da APS, mas uma disparidade importante com relação à investimentos na média e alta complexidade de saúde. A redução da participação federal nos investimentos em saúde nos últimos dez anos, com a influência de EPs, dificulta a sustentabilidade dos investimentos.

Os autores criam um quadro com recomendações para políticas de investimentos em APS dividido entre as categorias: Histórico do investimento APS; Necessidade para financiamento na APS; e Impacto do financiamento nos resultados da APS. Para que se efetivem as recomendações, destaca-se a importância de um alinhamento entre as instituições políticas da área da saúde nas três esferas governamentais brasileiras e conselhos.

## 2.4 Autonomia e gestão de recursos na saúde

O estudo de Geremia *et al* (2022) analisou a compreensão de trabalhadores das gestões municipais da saúde na região oeste catarinense sobre as condições de financiamento por meio de um estudo quanti-qualitativo, envolvendo entrevistas com os trabalhadores das gestões e análise de dados do Sistema de Informação de Orçamento Público em Saúde (SIOPS). A análise das entrevistas foi realizada através do método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e foram verificadas duas ideias centrais: dilema das transferências intergovernamentais no SUS e desafios no planejamento e gestão de recursos municipais da saúde.

A primeira ideia central destacou a percepção dos trabalhadores das gestões com relação ao baixo comprometimento da esfera federal no repasse de recursos, de modo que os recursos muitas vezes chegam atrasados da esfera estadual e federal. Também argumentam sobre o excesso de condicionalidades impostas aos repasses, limitando a autonomia local para a aplicação dos recursos. No entanto, mesmo com a flexibilização dos repasses por meio da Portaria nº 3.992 de 2017, que institui apenas os blocos de investimento e custeio, não garante que os recursos sejam aplicados de acordo com as estratégias nacionais e também não prevê um aumento dos recursos para os municípios. Ainda, mesmo com o aumento da utilização de EPs, em muitos momentos essas não estão alinhadas às necessidades imediatas dos municípios.

Já a segunda ideia central diz respeito: a falhas de coordenação, estando ligadas à falta de capacidade técnica de trabalhadores das gestões e equipes; à primazia do financiamento sobre as condições de saúde, de modo que o planejamento se torna subjugado aos recursos precocemente definidos pelos blocos e não são orientados a partir das prioridades de alocação; e também a uma visão conservadora que compreende a APS como algo “básico” e menos complexo que outros níveis de atenção, havendo uma preocupação maior para a média e alta complexidade.

As autoras apontam que a proposta de gerar maior autonomia para os municípios por meio da transformação dos blocos de financiamento em custeio e investimento (Portaria nº 3.992/2017) pode ter agravado as dificuldades relacionadas ao planejamento e ao subfinanciamento. Ainda, indicam a necessidade de revisão dos instrumentos indutores da política de saúde, do fortalecimento das instâncias que conduzem a coordenação e a cooperação entre os entes federados na operacionalização da política de saúde, além da reivindicação por mais espaço fiscal para investimentos na área da saúde.

Duarte *et al* (2023) realizaram um estudo que buscou identificar a percepção dos trabalhadores das gestões municipais sobre os repasses recebidos no período da pandemia e seus usos. A pesquisa, intitulada como “A política de Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia nos municípios paulistas”, foi conduzida pelo Instituto de Saúde do estado de São Paulo entre os anos de 2020 e 2022. Foram eleitos seis municípios-caso a partir da base de dados da própria pesquisa e o estudo foi feito por meio de métodos mistos, analisando entrevistas com os trabalhadores das gestões, dados de gastos em saúde e acesso a recursos federais e informações secundárias de sistemas de informação. Os resultados indicaram a importância dos recursos federais extraordinários e de EPs para o enfrentamento à pandemia, de modo que a percepção dos trabalhadores das gestões sobre a quantidade variou; a alocação dos recursos na média e alta complexidade predominantemente; e o papel limitado destes recursos para a APS. Chama a atenção das autoras também a fragmentação das responsabilidades e desconhecimento por parte de alguns trabalhadores das gestões sobre a gestão financeira dos recursos e quanto ao funcionamento do PPB, já em curso na época. Além do mais, confirmando outros estudos citados, foi observada uma prevalência na contratação de empresas privadas para suprir as necessidades de serviços de saúde durante a pandemia, reforçando a tendência de mercantilização do SUS.

Vaccaro e Dos Santos Gomes, no livro “*Terceirização da Gestão na Saúde Pública*” (2022) se apoiam na compreensão de Amorim (2009 apud Vaccaro e Dos Santos Gomes, 2022) para diferenciar os processos de privatização e terceirização, de forma que a privatização seria a venda efetiva de um órgão estatal para a iniciativa privada e é resultante de uma redefinição política das atividades finalísticas de responsabilidade estatal com relação às atividades econômicas. Decorrente disso, a terceirização seria uma estratégia para driblar o requisito de concursos públicos e enxugar a máquina estatal que cresceu de forma importante desde a década de 1990. Nesse sentido, a terceirização é entendido como “um ato de entrega de execução indireta para uma pessoa jurídica de direito privado” (p. 74), porém a responsabilidade perante o usuário continua sendo do Estado, assim como as regras de regência continuam sendo de direito público.

O Programa Nacional de Publicização (PNP), criado na década de 1990, possibilitou que as entidades classificadas como Organizações Sociais (OS) atuassem em cooperação com o Estado, de modo a criar um campo de atuação para a terceirização de serviços públicos sociais não exclusivos. Os serviços da saúde, para além de outros serviços sociais, são considerados serviços sociais não exclusivos prestados diretamente à sociedade, o que abre espaço para as iniciativas privadas pleitearem os contratos de gestão. Nessa perspectiva,

Vaccaro e Dos Santos Gomes (2022) apontam uma crescente importância desde 1995 do componente privado na saúde por meio da contratualização com os OSS (Organizações Sociais de Saúde). Esse processo tem como foco de maior concorrência no estado de São Paulo, sendo uma ação efetivada tanto por partidos de esquerda quanto de direita, pois “estados e municípios entendem que as despesas orçamentárias dos pagamentos às OSS não se inserem no câmputo de gastos com pessoal, os quais, segundo a LRF (Lei de Responsabilidade Fiscal), não podem exceder limite percentual da receita corrente líquida estabelecido pela norma” (Vaccaro; Dos Santos Gomes, 2022, p. 99).

Além disso, a contratualização com as OSS é defendida como estratégia para aumentar o número de UBSs e de profissionais da saúde e, consequentemente, o número de procedimentos ofertados no nível da AB. Apesar disso se efetivar (Schattan; Greve, 2016 apud Vaccaro; Dos Santos Gomes, 2022), não se tem clareza do quanto esse aumento tem impactos reais no estado de saúde da população. As autoras, ao se embasar em diversos estudos sobre a terceirização na saúde brasileira, constataam que esse processo tem se difundido em todas as esferas federativas e movimentam parcelas grandes dos recursos públicos, impactando toda a lógica de funcionamento do SUS.

## **2.5 Previne Brasil e o apelo a um "SUS operacional"**

O Programa Previne Brasil (PPB), instituído por meio da portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, alterou as formas de repasse de recursos para o financiamento da atenção primária à saúde, de modo a implementar, inicialmente, três critérios para essa distribuição: captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas. Em 2021, a portaria nº 2.254, do Ministério da Saúde, complementa estes critérios com mais um: incentivo financeiro com base em critério populacional. Segundo seus formuladores, o modelo PAB fixo implicava em limites associados à lógica do pagamento *per capita*, de modo a desconsiderar a população efetivamente coberta pelas equipes de saúde, as populações vulneráveis, e a efetividade clínica. Além disso, indicam que o PAB variável valorizava a capacidade instalada e não considerava a avaliação dos indicadores de saúde municipais (Costa *et al*, 2022). Enzo Harzheim, secretário da APS no período, defendeu o modelo do PPB se baseando em duas críticas ao modelo anterior: em primeiro lugar, afirma uma suposta ineficiência dos serviços nesse âmbito, considerando o grande número de usuários não cadastrados pelas equipes e que seriam beneficiários de programas sociais; em segundo lugar, a baixa valorização do componente de desempenho das equipes, de modo que as transferências federais se davam em grande parte com base em critério populacional (Seta *et*

*al*, 2021). De acordo com Morosini *et al* (2020), além do argumento de buscar alcançar os grupos mais vulneráveis, a nova política de financiamento também buscava garantir o custo-efetividade na AB e atender a demanda de maior autonomia dos trabalhadores da gestão. Todavia, ainda que o PPB estabeleça outros critérios, não rompe com a lógica indutiva, caracterizada pelos recursos “carimbados” pela esfera federal.

O estudo de Mendes *et al* (2022) faz uma avaliação do primeiro ano do Previne Brasil implantado e reafirma que o novo modelo do financiamento da AB valoriza uma lógica de “SUS operacional”, cujas ações indicam formas de acesso ligadas a aspectos gerenciais e que é composta por articulações institucionais frágeis com a justificativa de fortalecer o acesso universal e de espaços que tem como prioridade o crescimento do capital privado na atenção à saúde. Dessa forma, aponta que:

(...) o sistema de saúde brasileiro passa a restringir sua assistência à saúde às pessoas (indivíduos) que os municípios conseguiram cadastrar, distanciando-se do princípio universal em que as transferências de recursos deveriam ser associadas ao conjunto da população dos municípios. Destitui-se por completo toda lógica da atenção primária à saúde e a universalidade do sistema, descaracterizando sua orientação como ordenadora do cuidado e ratificando os elementos de mercado que servem para o capital se reproduzir nesse nível de atenção (Mendes *et al*, 2022, p. 2).

O termo “SUS operacional” é derivado das reflexões de Marilena Chauí sobre a “universidade operacional”, cujo conceito caracteriza como a educação superior brasileira tem operado a partir da contrarreforma neoliberal do Estado no país. Chauí (2003) argumenta que o conceito surge do pressuposto ideológico presente a partir da reforma de Estado neoliberal da década de 1990, o qual se ancora no mercado como essencial para a modernização e racionalização das ações estatais. É construída a ideia de que “os ricos devem pagar pelos pobres” a partir do reforçamento da ideia de privilégios e carências, em detrimento do conceito de universalização dos direitos. Portanto, isso atravessa a educação no sentido de produzir uma universidade pública enquanto “organização administrada” a fim de garantir um objetivo particular. Existe uma transformação de uma “instituição social” para uma “organização social”, onde prevalecem as ideias de gestão de receitas, contratos, metas e indicadores (Mendes *et al*, 2022). Nesse sentido, o termo “SUS operacional” também indica uma transformação dessa instituição para uma organização, o que fica evidente com o modelo de alocação de recursos atual. Como dizem os autores Mendes *et al* (2022, p. 3):

“Trata-se de focar o financiamento da APS na adoção de instrumentos de gestão no interior da administração pública direta, focalizando o acesso a aspectos de “cadastramento” dos mais pobres, principalmente, apoiado na lógica do desempenho e afastando se por completo de toda lógica da atenção primária à saúde original e da universalidade do sistema.”

Apesar de ficar bastante evidente que essa transição existe com a mudança do financiamento, Mendes *et al* (2022) apontam que a discussão sobre medidas para capturar o desempenho dos sistemas de saúde existe desde os anos 2000, sendo apropriada e defendida em grande parte nas recomendações do Banco Mundial à saúde. Destaca-se o impacto que o relatório de 2017, chamado de “Um Ajuste Justo”, teve no Brasil no contexto em que se encontrava o país, em meio a uma onda conservadora e neofascista, onde encontrou forças para que se repensasse de forma efetiva a lógica geral do sistema de saúde. Nesse relatório, um dos argumentos marcantes foi o de que se o Brasil fosse mais eficiente, poderia oferecer mais serviços de atenção primária. Em 2019, essa ideia se reforça com um novo relatório, chamado “Proposta de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro”, onde se encontram as bases para a proposta do Previn Brasil.

Para além disso, também é importante contextualizar o processo contínuo de subfinanciamento que o SUS vinha enfrentando desde o governo de Fernando Henrique Cardoso, tendo continuidade nos governos Lula e Dilma, onde o gasto do MS esteve inalterado (1,7% do PIB) entre os anos 1995 e 2015. A isso se soma o golpe de estado ocorrido em 2016 e a implementação de um governo característico neofascista e descomprometido com os valores do PIB destinado ao SUS, onde se manteve a EC 95 que prejudicou ainda mais a receita com a saúde (Mendes *et al*, 2022).

No sentido de avaliar as formas para se operacionalizar os critérios de pagamento do Previn Brasil, os autores evidenciam os critérios de vulnerabilidade socioeconômica instituídos para a diferenciação por cadastro, de modo que os pesos estabelecidos não são passíveis de soma, ou seja, não se acumulam, o que pode gerar uma restrição de alcance dos critérios de ponderação uma vez que frequentemente eles podem estar presentes numa mesma família ou usuário. Também apontaram a possibilidade de perda de recursos a partir da classificação da tipologia municipal, já que existe uma variação de Urbano (menor peso) à Rural Remoto (maior peso). No estado de São Paulo considera-se que 54% dos municípios são Urbanos, porém representam 94% da população do estado. Além disso, a Meta Potencial de Cadastro, estabelecida pelo componente de Capitação Ponderada, que se relaciona com o tipo de equipe operante no local e a tipologia do município, deixou de ser um critério para a escolha da implementação da equipe. Dessa forma, levando em conta que a meta para uma EqSF é de cobrir cerca de 4.000 usuários e para uma EAP é de 2.000 usuários, passa-se a não ter mais indução pelo MS para a expansão da cobertura da ESF, de forma que:

(...) dada a caracterização do mercado de mão de obra médica, é mais frequente a oferta para contratação de médicos com carga horária semanal

inferior às 40 horas semanais exigidas na composição mínima das EqSF. Essa mudança também descaracteriza o modelo principal da APS construído no SUS ao longo de sua existência, com centralidade da ESF, à medida que a vai desestimulando e fortalecendo a implantação das EAPs ligadas aos interesses do mercado, isto é, das corporações médicas de redução da carga horária no setor público (Mendes *et al*, 2022, p. 6).

Com relação ao critério de pagamento por desempenho, os autores consideram que os princípios para a avaliação do desempenho estabelecidos constituem o núcleo duro que se aproxima do funcionamento de uma organização de saúde, favorecendo o ideal de um “SUS operacional”. Além disso, a metodologia de cálculo adotou parâmetros para a projeção de 2020 de forma bastante otimista que, segundo os autores, não condiziam com o incremento real de valores. Mendes *et al* (2022) apontam o intuito do MS em afirmar a credibilidade do novo modelo de financiamento junto dos secretários municipais. Foi adotado pelo MS, a fim de amparar a transição do modelo de financiamento, um “incentivo per capita de transição”, calculado na época sendo R\$5,95 por habitante ao ano. No período em que se seguiu durante o ano de 2020 em especial, os autores mostram a grande quantidade de portarias emitidas pelo MS, interpretada como uma forma de intensificar a burocracia para o objetivo de ampliação de cadastros de usuários e que reforçam os mecanismos associados ao “SUS operacional”. É importante destacar que a pandemia de covid-19 se faz presente no território nacional nesse mesmo ano em que, em detrimento da flexibilização das medidas de transição e fragilização em especial do MS com a troca de ministros, foi impossível se aproximar do parâmetro de potencial de cadastros.

## **2.6 Impactos gerados pela mudança de financiamento**

De acordo com Seta *et al* (2021), as mudanças anteriores ao PPB foram residuais, como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída em 2006 e que define a Estratégia Saúde da Família como opção principal para a organização da APS, seguida das revisões dessa mesma política em 2011 e em 2017, de forma que consideram que o financiamento federal vinha sendo marginalmente modificado, porém deixando intocado o arranjo original da transferência por bases *per capita*. Rodrigues e Eberhardt (2024) declaram que em 2011 o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) passou a integrar o PAB variável enquanto um componente de qualidade, com o intuito de garantir um padrão de qualidade nacional na área além de proporcionar uma maior transparência nas ações governamentais e possibilitar maiores informações para o planejamento e gestão do SUS. Já em 2017, estes afirmam que as mudanças feitas na PNAB correspondiam a políticas neoliberais de ajuste fiscal, apresentando potenciais prejuízos como

“o reforço à AB tradicional, a relativização da importância do Agente Comunitário em Saúde (ACS), a segmentação do cuidado e a relativização da cobertura das ações” (p. 2).

A comparação entre os dois modelos, PAB e PPB, deixa evidente que o PAB fixo foi substituído pelo critério de pagamento por desempenho, o que além de ser interpretada por Massuda como o fim do financiamento universal da AB (Massuda, 2020 apud Morosini *et al*, 2020), também expõe a necessidade da adoção de novos procedimentos de registro dos dados, implicando em novos processos de gestão. A mudança dos processos de trabalho geralmente envolve processos complexos, pois geram uma quebra no modo habitual e costumam resultar em resistências por parte dos executores.

O pagamento por desempenho não é inédito no âmbito da AB, tendo sido praticado desde 2011 por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e que embutia um valor somado ao PAB para fins de investimento em reformas e ampliação das unidades de saúde. De forma diferente, o pagamento por desempenho pensado no Previne Brasil, dá ênfase ao monitoramento dos procedimentos e dos resultados das ações de saúde, não necessariamente avaliando os processos de trabalho (Morosini *et al*, 2020).

O trabalho de Castro-Nunes *et al* (2024a), aponta questões importante sobre os efeitos da remuneração por desempenho num cenário de sub-registro, relacionado “à quantidade de eventos que deveriam ser registrados, mas acabam ignorados ou perdidos nos sistemas de informação em saúde” (p. 2), e que podem acontecer em diversos âmbitos. As autoras apontam que, em municípios ou territórios com maior vulnerabilidade e que enfrentam mais dificuldade para modernizar seus processos de trabalho, o sub-registro é algo presente. Nesse sentido, existe um impacto direto com a mudança do PAB fixo para o pagamento por desempenho para estes locais. É ressaltado também pelo estudo, entendendo a APS como a principal porta de entrada e ordenadora do cuidado das redes de atenção em saúde, que os efeitos do sub-registro na APS não afetam somente essa esfera, mas respingam em todos os níveis de atenção.

Neste estudo foram analisados dados de uma das Coordenadorias de Áreas Programáticas (CAPs) do município do Rio de Janeiro relacionados a linha de cuidado da saúde da mulher. Os territórios envolvidos apresentaram dificuldades administrativas para o registro das pessoas usuárias do serviço de saúde, tendo em vista que eram áreas menos desenvolvidas e que dispunham de menos recursos. As perdas decorrentes do sub-registro impactam diretamente a possibilidade do desenvolvimento de habilidades e ferramentas para

mitigar o mesmo problema, o que afeta a resiliência e a sustentabilidade do sistema de saúde em períodos adversos.

Castro-Nunes *et al* (2024a) afirmam que, apesar do financiamento ser algo indispensável para a construção de sistemas de saúde resilientes, como dispõe a OMS (2010, apud Castro-Nunes *et al*, 2024a), ele é considerado além de uma simples alocação de recursos, de modo que é necessário identificar o que pretende-se alcançar a partir de cada indicador, sendo o sistema de saúde capaz de se adaptar às necessidades emergentes e sustentar o funcionamento de seus serviços regulares mesmo em momentos de crise.

Acerca do incentivo de captação ponderada, foi observado (Sellera *et al*, 2023) um aumento da população cadastrada de 56% no período entre o final do ano de 2019 e do final do ano de 2021, sendo que em todas as regiões do país foi notado esse aumento. No entanto, é importante ressaltar que esse índice não reflete necessariamente o acesso efetivo de uma população aos serviços de saúde. Morosini *et al* (2020) compreende que esse critério engloba o destaque na pessoa cadastrada e o balanceamento pelas condições de vulnerabilidade. As autoras entendem que, num primeiro momento, ao considerar a classificação geográfica dos municípios pelo IBGE como uma condição para a captação ponderada, a proposta pode indicar consonância com a equidade. No entanto, o IBGE indica que o estudo utilizado se trata de uma aproximação inicial e que não abrange a totalidade das dimensões dos territórios, o que pode prejudicar a relação estabelecida entre esses dados e a compreensão da saúde dos municípios.

Outro estudo, de Schönholzer *et al* (2023), analisou o alcance dos indicadores de desempenho do PPB por meio de dados secundários disponíveis no Sistema de Informação da Atenção Primária à Saúde (SISAB) sobre as cinco regiões brasileiras entre os anos de 2020 e 2021. Os indicadores preconizados pelo PPB foram escolhidos por meio de pactuação na Comissão Intergestora Tripartite (CIT) de acordo com áreas de ações prioritárias com base na relevância epidemiológica e clínica brasileira. Neste período foi notado um aumento dos registros, mas muitos estados ainda não haviam conseguido alcançar as metas prescritas. Até julho de 2022, somente sete municípios haviam alcançado 100% do Indicador Sintético Final de cobertura dos sete indicadores propostos, sendo os municípios de pequeno porte (< de 25 mil habitantes). As autoras expõem a preocupação com relação ao alcance dos indicadores de forma geral e como isso poderia traduzir a realidade da população e serviços de APS brasileiros, tendo em vista os diversos contextos e cenários, e implicando um retrocesso no modelo Estratégia Saúde da Família e no financiamento.

O estudo de Rodrigues e Eberhardt (2024) analisou o processo de implementação do PPB em um município de médio porte da região sul por meio de entrevistas com informantes-chave da Comissão Municipal de Avaliação e Monitoramento do PPB e análise de documentos municipais. Dentre os temas levantados, os que chamam atenção para esse estudo foram as mudanças no processo de trabalho, as principais dificuldades enfrentadas e as expectativas futuras para a APS. Os autores destacam a função que a avaliação por desempenho possui na subjetividade dos trabalhadores à longo prazo, de modo que remete ao conceito de “gestão por performance” ou “administração por estresse”, métodos que estão ligados à “intensificação do trabalho, à fragmentação de coletivos de trabalhadores e à geração de problemas de saúde” (p. 5).

É notado pelos autores que, a partir da implementação do PPB, o planejamento das equipes de saúde passa a ter como objetivo o atingimento das metas e indicadores, e não mais as demandas da população daquele território em específico. Ainda que esses indicadores tenham como base linhas de cuidado prioritárias em saúde, essas podem não corresponder à realidade das demandas dos usuários daquele local. Nesse sentido, uma das principais dificuldades levantadas pelo estudo foi o atingimento dos indicadores relacionados a uma preocupação pela perda de recursos. Esse critério de avaliação expõe o viés produtivista na estrutura do PPB que o faz ser comparado a outras políticas, em curso desde 1990, que visam a redução do investimento público, a abertura para a prestação de serviços pelo setor privado e o distanciamento da compreensão da saúde enquanto dever do Estado e direito social.

O estudo de Rosa *et al* (2023) analisou a alteração do financiamento do PPB comparado ao modelo anterior (PAB) e destaca uma correspondência entre os montantes recebidos pelos dois modelos, com uma diferença importante de que, a partir do PPB, com a redistribuição de valores entre os critérios do programa, alguns municípios ganham mais e outros menos apesar do mesmo porte populacional, variando pelo grau de vulnerabilidade e renda *per capita*.

O artigo de Minami *et al* (2024) é derivado de um estudo quantitativo, analítico e longitudinal que analisou a tendência da disponibilidade de recursos financeiros para a APS em Campo Grande (MS) realizando uma comparação entre o período anterior à implementação do PPB e o período posterior (2018-2023). Como resultados, o estudo destaca o aumento da tendência geral dos repasses que, dentre os critérios de financiamento, teve a captação ponderada como o que mais impactou o bloco de custeio, se mostrando estável após meses de crescimento. Acredita-se que este fato se deve ao alto percentual de população cadastrada no município (96,7%). O critério de pagamento por desempenho e o relacionado às

ações estratégicas apresentaram uma flutuação significativa, o primeiro refletindo a dinâmica do cumprimento dos indicadores e o segundo a adesão e cumprimento dos requisitos dos programas e ações incentivadas pelo Ministério da Saúde.

As autoras compreendem que o aumento nos repasses para custeio se deve à fase inicial de implementação do PPB, que previu a substituição do PAB com repasses de 100% do incentivo da captação ponderada e do pagamento por desempenho, mesmo sem o cumprimento inicial dos requisitos. Sobre a flutuação do critério de pagamento por desempenho, entendem que este reflete a necessidade de uma contrapartida municipal em relação aos indicadores. No entanto, no período em que o estudo foi realizado, já havia uma preocupação por parte das autoras com a vinculação do financiamento ao desempenho, podendo levar a um foco excessivo no cumprimento dos indicadores e negligenciando outras necessidades de saúde. Reforça-se a ideia de que, apesar do aumento do financiamento, este não implica o aumento do acesso, do vínculo e do respeito às diretrizes do SUS.

Desde sua divulgação, o PPB gerou uma série de controvérsias debatidas por pesquisadores, profissionais e sanitaristas. Defensores das mudanças implantadas pelo programa afirmam que o pagamento por desempenho da APS podem trazer um maior comprometimento com o registro das informações, visando reduzir falhas de tratamento, a ampliação do controle de doenças crônicas e das ações de rastreamento, além de aprimorar a prescrição de medicamentos e reduzir encaminhamentos para os outros níveis de complexidade. Já os grupos contrários às medidas adotadas entendem que o PPB coloca em risco o princípio da integralidade, ao reconhecer somente as demandas estratificadas, e altera a lógica de adscrição ao focalizar um padrão de clientela. Ainda, compreendem que os critérios de distribuição de recursos não se baseiam na diversidade dos territórios e das regiões do país e que a remuneração por desempenho, ao se fixar exclusivamente na avaliação de resultados e critérios biomédicos, desconsidera a variabilidade de situações vividas (Costa *et al*, 2022).

As expectativas futuras para a APS giram em torno de uma ampliação dos indicadores para incluir outros temas mais adequados à realidade do município, como obesidade e saúde mental. Mesmo não havendo uma alteração do montante direcionado para o município, foi alterada a forma como o repasse é efetuado relacionado com os registros das informações em saúde. Os autores ainda propõem um modelo alternativo ao PPB, descrito como um modelo tecnoassistencial ou modelo de atenção como ‘guia’ para processos de financiamento e avaliação, que visassem os princípios e diretrizes do SUS.

Como afirmam Silva Júnior e Mascarenhas, um dos objetivos da avaliação na AB seria o de “verificar a direcionalidade da construção do modelo tecnoassistencial em coerência com os princípios do SUS”. Nesse sentido, dimensões como o acolhimento, a construção de vínculos, a equipe de referência, a responsabilização, a continuidade e resolutividade do cuidado, a integralidade, a acessibilidade e a participação dos usuários deveriam ser trazidas para o centro do processo avaliativo, incorporando a percepção dos usuários dos serviços (Rodrigues e Ederhardt, 2024).

É sabido também que desde este mesmo período, o PPB sofreu diversas correções em decorrência de atravessamentos no cenário da saúde como: a pandemia de covid-19, que fez com que fosse adotado outro orçamento para o manejo da situação de crise; a demissão do ministro da saúde Henrique Mandetta em abril de 2020, que produziu a evasão em massa dos especialistas que formularam o PPB; e a crise de governabilidade do governo Bolsonaro a partir do segundo semestre de 2021, respingando na competência normativa do Ministério da Saúde e fazendo com que fossem construídas alianças com partidos de centro-direita para a manutenção da governabilidade, o que pode ampliar a descaracterização das políticas públicas (Costa *et al*, 2022).

Diversos autores compreendem que o PPB pode agravar o subfinanciamento da saúde pública no Brasil a partir do momento em que tentam enquadrar um sistema de saúde universal em normativas de contenção orçamentária que tornem inviável a expansão ao acesso aos serviços públicos de saúde e que não abarque a diversidade territorial e populacional da realidade brasileira (Costa *et al*, 2022; Bezerra *et al*, 2023).

Guidolin *et al* (2023) compreende que a pandemia mudou a direção das políticas econômicas e afetou o debate fiscal brasileiro, adiando reformas e criando uma convergência entre economistas sobre a necessidade de expandir os gastos com saúde, assistência social e apoio a empresas e trabalhadores.

Em síntese, os materiais que apresentaram apontamentos sobre os trabalhadores da gestão demarcaram a existência de dificuldades nos processos locais de gestão para lidar com o registro dos procedimentos e como consequência o impacto no repasse financeiro (Castro-Nunes *et al*, 2024); como a política de austeridade fiscal pode ocultar o grau de liberdade que trabalhadores da gestão possuem na captação e alocação de recursos (Guidolin *et al*, 2023); avaliação dos trabalhadores da gestão sobre as transferências intergovernamentais no SUS e do planejamento e gestão dos recursos municipais de saúde (Geremia *et al*, 2022); o raso ou pouco conhecimento e posicionamento dos trabalhadores da gestão acerca do Programa Previne Brasil (Duarte *et al*, 2023); necessidade de capacitação dos trabalhadores da gestão com relação à alocação de recursos (Minami *et al*, 2024); e

insatisfação de trabalhadores da gestão a insegurança jurídica, de modo a prejudicar a ampliação de investimentos na APS (Massuda *et al*, 2024).

Com relação aos materiais que apresentaram considerações sobre os profissionais da saúde, estes apontaram que as mudanças decorrentes do Programa Previne Brasil envolvem um processo complexo em que os profissionais devem estar participantes nas dimensões técnicas, humanas, individuais e organizacionais, de modo que rupturas no processo de trabalho possam gerar resistências (Castro-Nunes *et al*, 2024). Também é notado que a flutuação nos indicadores de adesão às ações estratégicas e de pagamento por desempenho, por refletirem o trabalho direto dos profissionais da ponta, também demonstra que o trabalho tem se dado em condições precarizadas (Minami *et al*, 2024). Nessa perspectiva, o trabalho desempenhado pelos profissionais de saúde é dependente de uma série de fatores como o investimento em equipamentos e em tecnologias para a formação contínua das equipes (Massuda *et al*, 2024). Ainda, alguns estudos trouxeram impactos sofridos por categorias específicas que podem ser ampliadas, como a diminuição dos profissionais de educação física no SUS (Vieira, L *et al*, 2023) e as fragilidades na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPICS) (Queiroz *et al*, 2023) por serem desempenhadas, em grande parte, pelos profissionais que compunham os NASFs. Por fim, é discutido que para as trabalhadoras assistentes sociais na saúde, o cotidiano tem se tornado ainda mais desafiador a partir da negação de direitos como método governamental e do endurecimento das práticas profissionais da categoria (Vieira, A *et al*, 2023).

## **2.7 Diretrizes atuais do modelo de financiamento da APS e perspectivas**

O estudo mais recente de Toccillo *et al* (2025) busca comparar a mudança e o impacto da portaria GM/MS nº 3.493/2024 com relação ao que havia sido estabelecido pelo Programa Previne Brasil, especificamente considerando os repasses aos municípios paulistas. Essa portaria, que se encontra vigente como o modelo de alocação de recursos para a APS no Brasil, foi construída tendo como base um cenário em que se constata perdas importantes a partir do funcionamento do Previne Brasil, especialmente no período do final do ano de 2022, em que cerca de 60% dos municípios brasileiros perderam recursos devido a extinção das medidas de transição estabelecidas. Foi ressaltada por entidades da saúde a necessidade da revisão daquele modelo de alocação de recursos, tendo sido reconhecida então pelo governo que apoiou esse processo com o objetivo de resgatar a centralidade da APS e buscar uma maior justiça distributiva na alocação. Portanto, após meses de discussão e ajustes, a Portaria

GM/MS nº 3.493/2024, de 10 de abril de 2024 (Brasil, 2024), revoga o Programa Previne Brasil e o substitui com novas medidas e critérios.

A nova portaria passou por um período de transição, da mesma forma que o PPB, que durou da parcela 5 de 2024 à parcela 5 de 2025. As principais alterações foram a extinção da captação ponderada, do componente de pagamento de desempenho, do componente de incentivo às ações estratégicas e da metodologia de classificação rural-urbano do IBGE. Nesse sentido, foi adotada uma nova metodologia intitulada de Índice de Equidade e Dimensionamento (IED), criada pela mesma portaria e que classifica os municípios em quatro estratos de acordo com seu grau de vulnerabilidade, sendo o primeiro o mais vulnerável e o quarto o menos vulnerável de acordo com Índice de Vulnerabilidade Social (IVS). O cálculo e definição do IVS é realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e o porte populacional é obtido por meio dos dados do IBGE (Toccillo *et al*, 2025).

Quadro 1 - Critérios estabelecidos para o financiamento da APS nos modelos da portaria GM/MS nº 2.979/2019 e da portaria GM/MS nº 3.493/2024.

| Programa Previne Brasil<br>(Portaria nº 2.979/2019)                                                                                                                                                                            | Novo modelo de alocação na APS<br>(Portaria nº 3.493/2024)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Capitação ponderada;</li> <li>- Pagamento por desempenho;</li> <li>- Incentivo para ações estratégicas;</li> <li>- Incentivo financeiro com base em critério populacional.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- componente fixo para manutenção das equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Primária (eAP);</li> <li>- componente de vínculo e acompanhamento territorial para as eSF e eAP;</li> <li>- componente de qualidade para eSF, eAP, equipes Multiprofissionais (eMulti) e equipes de Saúde Bucal (eSB);</li> <li>- componente de implantação e manutenção de programas, serviços, profissionais e outras equipes;</li> <li>- componente para Atenção à Saúde Bucal;</li> <li>- componente <i>per capita</i> de base populacional.</li> </ul> |

Fonte: Adaptado pela própria autora.

O componente de vínculo e acompanhamento territorial para as eSF e eAP é inédito e, comparado ao critério de capitação ponderada, institui parâmetros que têm como objetivo trazer uma perspectiva qualitativa para a sua definição, como os critérios III e V descritos no Art. 10-A da portaria:

“III - qualificação das informações cadastrais, caracterizada pela completude e atualização dos registros no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - Sisab da população;  
[...] V - satisfação das pessoas atendidas ou acompanhadas pelas eSF, eAP, eSB e eMulti.” (Brasil, 2024)

Toccillo *et al* (2025) discutem o quanto essa alocação realizada pelo PPB, apesar de ter direcionado recursos para populações em situação de vulnerabilidade, tem como efeito a restrição da responsabilidade sanitária das equipes a essas populações, se tornando focalizada a grupos específicos e comprometendo o caráter integral do cuidado e atacando o princípio da universalidade do SUS. Dessa forma, as autoras afirmam que:

Ao priorizar apenas determinadas ações e segmentos, reforçava-se uma lógica neoliberal e de caráter mercadológico, voltada ao controle de custos, em detrimento do acesso integral e equitativo à saúde para toda a população, o que enfraquecia a APS como locus privilegiado do cuidado integral. (Toccillo, 2025, p. 2)

As autoras do estudo entendem que a criação do componente de vínculo e acompanhamento foi uma das inovações do novo modelo, pois aumenta a proporção dos repasses federais em detrimento do componente ‘fixo’ do mesmo modelo, apesar de atualizar a racionalidade de recursos repassados pela lógica do desempenho, presente no critério de “pagamento por desempenho” do PPB, “perpetuando o foco em metas específicas e indicadores, em vez de considerar a estrutura de oferta instalada” (Toccillo, 2025, p. 15).

Com relação ao critério de pagamento por desempenho (PPB) e o componente de qualidade estabelecido no novo modelo, observa-se uma constância na definição de indicadores para avaliar o trabalho em saúde. Massuda (2020) aponta que o estabelecimento de metas como foi pelo PPB teve como objetivo incentivar o aumento da produtividade. No entanto, foram identificadas melhorias acanhadas e quase nenhuma melhoria nos resultados em saúde. As autoras Toccillo *et al* (2025, p. 2) também afirmam:

“Esse modelo, recalculado periodicamente e sem garantia de estabilidade financeira, adotava uma lógica privatista que reduzia a concepção de avaliação em saúde a metas quantitativas de consultas e procedimentos. Essa abordagem facilitava a imposição de metas irreais aos profissionais, resultando em desgaste e no reducionismo das ações na APS, comprometendo a qualidade e integralidade do cuidado.”

Os indicadores de qualidade do novo modelo de alocação de recursos foram divulgados em maio de 2025, a partir de publicação do MS, e trazem uma divisão de parâmetros por equipes (eSF, eAP e eMulti) e uma classificação de atingimento desses parâmetros entre “ótimo”, “bom”, “suficiente” e “regular”. De forma diferente, o PPB inicialmente estabelece 21 indicadores que depois são revisados e se tornam 7, os quais são generalizados para as diferentes equipes com uma meta estabelecida:

Quadro 2 - Indicadores de qualidade previstos nos modelos das portarias GM/MS nº 2.979/2019 e GM/MS nº 3.493/2024.

| <b>Indicadores de qualidade</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Programa Previne Brasil<br/>(Portaria nº 2.979/2019)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Novo modelo de alocação na APS<br/>(Portaria nº 3.493/2024)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação. Meta de 2022: 45%;</li> <li>- Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV. Meta de 2022: 60%;</li> <li>- Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado. Meta de 2022: 60%;</li> <li>- Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS. Meta de 2022: 40%;</li> <li>- proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenzae tipo b e Poliomielite inativada. Meta de 2022: 95%;</li> <li>- Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre. Meta de 2022: 50%; e</li> <li>- Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre. Meta de 2022: 50%</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ações interprofissionais realizadas pela eMulti;</li> <li>- Média de atendimentos por pessoa assistida pela eMulti;</li> <li>- Mais acesso à APS;</li> <li>- Cuidado da pessoa com diabetes;</li> <li>- Cuidado da pessoa com hipertensão;</li> <li>- Cuidado da gestante e do puerpério;</li> <li>- Cuidado da mulher na prevenção do câncer;</li> <li>- Cuidado da pessoa idosa;</li> <li>- Cuidado no desenvolvimento infantil;</li> <li>- Escovação dentária supervisionada em faixa etária escolar;</li> <li>- Primeira consulta odontológica programada;</li> <li>- Tratamento odontológico concluído;</li> <li>- Tratamento restaurador atraumático;</li> <li>- Procedimentos odontológicos preventivos;</li> <li>- Taxa de exodontias realizadas.</li> </ul> |

Fonte: Adaptado pela própria autora.

Enquanto o incentivo para Ações Estratégicas do PPB, considerado uma herança do PAB Variável, é compreendido como um reforçador do modelo indutor porque limita a autonomia dos municípios na gestão pela priorização da adesão às políticas federais em troca dos incentivos, o novo modelo de alocação o atualiza e o amplia, situando o componente de implantação e manutenção de programas, serviços, profissionais e outras equipes e o componente para “Atenção à Saúde Bucal” num funcionamento semelhante. Por fim, o componente *per capita* de base populacional instituído pelo novo modelo também traz resquícios do PPB, especificamente de quando se fez necessário o uso de estratégias de redução de perdas de recursos por meio de medidas atenuantes (Toccillo *et al*, 2025).

Ao analisarem os valores repassados aos municípios paulistas em 2024, Toccillo *et al* (2025) notam um aumento de recursos com relação ao período em que estava vigente o PPB, de forma que 98,5% dos municípios tiveram uma variação positiva. O IED, estabelecido no novo modelo, funciona de modo a proteger os municípios mais vulneráveis (estrato 2), sustentando que não tivessem perdas financeiras, enquanto, de forma contraditória, a concentração absoluta média de recursos adicionais tenha sido maior nos municípios menos vulneráveis (estrato 4). Também é identificado que uma nova dinâmica se estabelece: quando se perdem recursos entre os municípios, a perda é mais homogênea entre os estratos (do 1 ao 4); no entanto, quando se ganham recursos, os municípios classificados como mais vulneráveis são os que menos ganham. Tal efeito impede que os municípios mais vulneráveis sofram com grandes perdas, porém a metodologia permanece favorecendo os municípios menos vulneráveis e concentrando ganhos nestes.

O novo modelo, diferentemente do PPB, volta a privilegiar a eSF com um repasse financeiro diferente do recebido pela eAP. Esse movimento coaduna com as diretrizes estabelecidas na PNAB, retomando o modelo de ESF como central para a organização da APS.

A alteração da metodologia para avaliar a vulnerabilidade, especificamente o IED, no novo modelo, causou a diminuição de perdas, o que pode ser compreendido como uma inadequação dos critérios previamente estabelecidos no PPB. No entanto, apesar dessa nova metodologia ser vista como mais ampla e abrangente aos aspectos de vulnerabilidade social e porte populacional, é avaliada pelas autoras que a sua aplicação não necessariamente corresponde a uma distribuição equânime dos recursos:

“Em vez disso, o índice contribui para uma redistribuição que pode ser considerada, inclusive, iníqua. Se há algum resquício de equidade nesse índice, só pode ser em seu sentido reduzido a uma perspectiva neoclássica e utilitarista, herdado das mudanças recentes proporcionadas pelo Previne

Brasil, que entendem a ‘equidade’ como mais próxima da ‘focalização de recursos’, compreensão muito alinhada, por certo, aos avanços neoliberais no campo da saúde.” (Toccillo *et al*, 2025)

O critério de “porte populacional” nessa nova metodologia se torna mais sensível, tendo um peso maior do que o nível de vulnerabilidade e substituindo a tipologia rural-urbano do PPB. Apesar de trazer mais elementos compensatórios, é necessário cuidado com a distribuição dos recursos a partir desse critério a fim de não prejudicar e perpetuar iniquidades nos municípios menores e mais vulneráveis. A classificação de vulnerabilidade também passa a ter como base o ‘município’ e não o ‘indivíduo’, ainda que essa metodologia seja utilizada no componente de ‘vínculo e acompanhamento territorial’. Nesse sentido, apesar do nome buscar exercer a equidade, essa ação é limitada.

Em síntese, as autoras avaliam que existem permanências do PPB nesse novo modelo que reforçam questões como: a lógica indutora de recursos pelo governo federal, pois ainda que beneficie as eSF em detrimento das eAP, ainda preserva uma estrutura de AB tradicional sustentada em diversos municípios; o pagamento com base no atingimento de metas e indicadores de desempenho se atualiza no componente ‘vínculo e acompanhamento’ e no componente de ‘qualidade’, reproduzindo um enfoque gerencialista na organização do trabalho em saúde.

Portanto, tendo em vista o histórico de financiamento da saúde brasileira com enfoque na AB, é possível indicar que o PPB ainda que não inaugure o contexto de precarização dessa esfera, desvela as formas de organização e princípios que sustentam a atual gestão e planejamento da saúde no Brasil, evidenciando aspectos ideológicos como o caráter gerencialista, presentes no que é descrito por Chauí (2025) como organização e no conceito de “SUS Operacional” (Mendes *et al*, 2022), com enfoque em metas e redução de custos.

### 3. Método

Esta é uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo e analítico, com uso de dados primários. A pesquisa qualitativa, ao considerar fatores como: valores culturais e representações sobre temas específicos; as relações entre os indivíduos, instituições e movimentos sociais; e também os processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais, busca compreender de forma ampliada e contextualizada a lógica interna de grupos, instituições e atores. Minayo (2010, p. 24) afirma que “o universo das investigações qualitativas é o cotidiano e as experiências do senso comum, interpretadas e reinterpretadas pelos sujeitos que as vivenciam”.

Optou-se pela realização de uma pesquisa qualitativa entendendo que essa modalidade seria mais adequada para responder aos objetivos e indagações trazidas pela pesquisadora. Nesse sentido, o estudo está apoiado na produção científica sobre as normativas acerca do financiamento da APS de 1998 (referente à instituição do PAB), de 2019 (Programa Previne Brasil) até 2024 (Portaria GM/MS Nº 3.493/2024) e nas compreensões de coordenadores da APS e de profissionais em campo acerca das mudanças das diretrizes no trabalho a partir do Programa Previne Brasil. Portanto, a obtenção dos materiais de análise desta pesquisa foi feita por meio da revisão narrativa assistemática da literatura; de entrevistas realizadas com 5 coordenadores da APS do estado de São Paulo para a pesquisa “A política de Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia nos municípios paulistas”, feita pelo Instituto de Saúde de São Paulo (Instituto de Saúde, 2023), cuja aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa se deu sob o parecer 4.842.154 e identificação CAAE 48513721.80000.5469; e de entrevistas individuais semi-estruturadas com três profissionais que estão há pelo menos 8 anos na rede da APS do município de São Paulo, do distrito de saúde Vila Maria/Vila Guilherme (Coordenadoria Regional de Saúde Norte), com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer 7.481.780 e identificação CAAE 83858324.1.0000.5504.

As entrevistas feitas tanto com os trabalhadores da gestão quanto da assistência foram semiestruturadas, método que é capaz de fornecer dados primários e secundários e propiciar um espaço para o entrevistado discorrer sobre o tema levantado sem restrições acerca de reflexões próprias sobre o tema. Essas reflexões constituem uma versão da realidade, expressa pelo sujeito na entrevista por meio de “ideias, crenças, maneiras de pensar; opiniões, sentimentos, maneiras de sentir; maneiras de atuar; condutas; projeções para o futuro; razões conscientes ou inconscientes de determinadas atitudes e comportamentos” (Minayo, 2010, p.

262). O roteiro de entrevista buscou abarcar perguntas sobre as experiências dos profissionais antes e depois da mudança no modelo de financiamento e dialoga com a literatura existente.

Os dados contaram com formas diferentes de análise, porém ambas as etapas foram permeadas pelas concepções de Mikhail Bakhtin (2014) e Marilena Chauí (2025) acerca da ideologia presente nas falas dos profissionais e discursos que permeiam essas falas. As entrevistas com os trabalhadores da gestão foram analisadas por meio da utilização da técnica de mapas dialógicos e as entrevistas com as trabalhadoras da assistência foram analisadas utilizando-se da técnica de análise de conteúdo temática.

### **3.1 Análise do discurso e discursos ideológicos**

A análise do discurso realizada é alinhada com as elaborações teóricas de Mikhail Bakhtin, autor do campo de estudos do discurso de base marxista, e de Marilena Chauí, especificamente na obra *“Ideologia: uma introdução”* (2025), pela importância e correlação com os discursos ideológicos traçados pela autora nessa pesquisa.

Bakhtin, a partir da obra *Marxismo e Filosofia da Linguagem* (Bakhtin, 2014), compreende por signo todo produto natural, tecnológico ou de consumo que possa adquirir um sentido que ultrapasse as suas particularidades. Nem todo objeto é um signo, mas sim os objetos que constituem a realidade material e também passam a refletir e a refratar uma outra realidade, sendo materiais de estudo do campo da semiótica. Os signos são considerados fenômenos do mundo exterior, pois possuem uma encarnação material e todas as suas derivações, como ações, reações e novos signos gerados a partir de um determinado, revelam-se na realidade exterior, passando a serem utilizados como meios para a comunicação entre sujeitos. Os signos só podem aparecer num terreno interindividual e onde os sujeitos compartilhem algo comum, ou formem um grupo. Deste modo, o autor defende a explicação de que, para além de processos fisiológicos, o psiquismo subjetivo se localiza entre estes e o mundo exterior, ou seja, o organismo e o mundo se encontram no signo. Portanto, a atividade psíquica constitui a expressão semiótica do contato entre o organismo e o meio exterior.

Para que o material semiótico de um psiquismo seja refinado e flexível, ele precisa passar por um processo de formalização e diferenciação no meio social. Dessa forma, a palavra é o material semiótico privilegiado do psiquismo, sendo difundida pela linguagem. O processo de compreensão do signo interior se baseia na relação realizada entre um signo interior qualquer e a unicidade dos outros signos interiores. Aqui, a enunciação, definida pela interação de dois indivíduos socialmente organizados - locutor, quem refere a palavra, e interlocutor, a quem a palavra dirige-se - age traduzindo em signos exteriores os signos

interiores e exige do interlocutor que ele os relacione com um contexto interior. Não existem interlocutores abstratos, a palavra dependerá das condições sociais que constituem o vínculo entre essas duas figuras. Dessa forma, “A situação social mais imediata e o meio social mais amplo determinam completamente e, por assim dizer, a partir do seu próprio interior, a estrutura da enunciação” (Bakhtin, 2014, p. 117). No entanto, a enunciação depende diretamente do grau de consciência acerca de uma sensação, implicando em seu grau de orientação social.

Já o processo de compreensão do signo exterior se dá por meio da apreensão de um dado signo no contexto ideológico correspondente, exige uma compreensão objetiva da enunciação e envolve o processo de introspecção, que vai do signo interior ao exterior. Esse último constitui um ato de compreensão e possui uma certa tendência ideológica por estar relacionado à unicidade da experiência objetiva. A introspecção não pode ser separada da realidade de sua orientação numa situação social dada, por isso seu aprofundamento só é possível quando constantemente vinculado a um aprofundamento da compreensão da orientação social.

Bakhtin constata que o que torna a forma linguística um signo não é sua identidade como sinal, mas sim a sua mobilidade; da mesma forma que o que pauta a decodificação não é a identificação, mas sim a compreensão da palavra no seu sentido particular, num contexto específico. Portanto, “a assimilação ideal de uma língua dá-se quando o sinal é completamente absorvido pelo signo e o reconhecimento pela compreensão” (Bakhtin, 2014, p. 97-98).

O autor entrelaça a definição de signos com a ideologia, pois considera que a ideologia é formada por produtos que possuem significados e valores que remetem a algo situado fora de si mesmo e que são expressos nas práticas sociais. Logo, “tudo o que é ideológico é um signo” (Bakhtin, 2014, p. 31). Ainda, declara equivalência entre o domínio dos signos e a esfera ideológica, afirmando existir nesse âmbito diferentes campos de criatividade ideológica (representações da cultura, religião, ciência, direito etc) que refletem e refratam a realidade ao seu modo e sendo o caráter semiótico desses campos que os coloca sob a definição de produtos ideológicos. Nessa perspectiva, Bakhtin pensa a indissociação do signo com a situação social, e conseqüentemente com a ideologia, a partir do entendimento de que os sistemas semióticos tem a função de representar a ideologia e também são constituídos e transformados por ela.

A partir desse entendimento, Bakhtin critica a filosofia idealista e a visão psicologista que situam a ideologia na consciência. Segundo o autor, essas correntes desconsideram a

existência de um discurso interior formado a partir de um material semiótico e que a consciência só pode emergir a partir de uma relação dialética, de contradições entre signos, sendo “a compreensão uma resposta a um signo por meio de signos” (Bakhtin, 2014, p. 34). Portanto, afirma que a consciência individual é um fato socioideológico, pois indica que a ideologia está presente nas relações humanas por meio do material social particular de signos, sendo o meio da comunicação entre os sujeitos, e que a consciência “adquire forma e existência nos signos criados por um grupo organizado no curso das relações sociais” (Bakhtin, 2014, p. 36).

O autor considera que a palavra é um signo ideológico por excelência, de modo a existir na relação com a alteridade e a adquirir sentidos que ultrapassam suas particularidades, podendo ser preenchida por qualquer função ideológica e sendo a compreensão uma resposta a um signo por meio de outros signos. Portanto, é considerado que tanto o psiquismo quanto a ideologia são interligados, pois:

O signo ideológico tem vida na medida em que se realiza no psiquismo e, reciprocamente, a realização psíquica vive do suporte ideológico. A atividade psíquica é uma passagem do interior para o exterior; para o signo ideológico, o processo é inverso. O psíquico goza de extraterritorialidade em relação ao organismo. É o social infiltrado no organismo do indivíduo. E tudo que é ideológico é extraterritorial no domínio sócio econômico, pois o signo ideológico, situado fora do organismo, deve penetrar no mundo interior para realizar sua natureza semiótica (Bakhtin, 2014, p. 65-66).

Para estabelecer uma análise entre a realidade material e a ideologia se faz necessário levar em conta a diferença quantitativa entre as esferas de influência recíproca dessas, não sendo algo justificável por uma causalidade como adotar um fenômeno isolado de seu contexto ideológico e analisá-lo, como critica Bakhtin. A existência de um problema acerca da relação recíproca entre a infra-estrutura e as superestruturas, que é o saber como a realidade material (infra-estrutura) determina o signo e como este reflete e refrata a realidade em transformação, pode ser esclarecida a partir do estudo do material verbal, devido à onipresença que a palavra possui. Nesse sentido, o autor destaca a função da psicologia do corpo social como um elo possível entre a estrutura sociopolítica e ideologia sendo conseguida por meio da interação verbal. Ela é exteriorizada pela palavra, pelo gesto e pelo ato.

“A psicologia do corpo social é justamente o meio ambiente inicial dos atos de fala de toda espécie, e é neste elemento que se acham submersas todas as formas e aspectos de criação ideológica ininterrupta. [...] A psicologia do corpo social se manifesta essencialmente nos mais diversos aspectos da ‘enunciação’ sob a forma de diferentes modos de discurso, sejam eles interiores ou exteriores” (Bakhtin, 2014, p. 43).

A psicologia do corpo social deve ser estudada a partir do ponto de vista do conteúdo e também do ponto de vista dos tipos e formas de discurso. Esse campo não se situa num lugar “interior”, sendo considerada pelo que é exteriorizado: a palavra, o gesto, o ato. Nesse sentido, fortalece a ideia de que é possível se debruçar principalmente no material verbal.

“As relações de produção e a estrutura sociopolítica que delas diretamente deriva determinam todos os contatos verbais possíveis entre indivíduos, todas as formas e os meios de comunicação verbal: no trabalho, na vida política, na criação ideológica. Por sua vez, das condições, formas e tipos da comunicação verbal derivam tanto as formas como os temas dos atos de fala” (Bakhtin, 2014, p. 43).

A importância desse último ponto de vista fica explícita quando se pensa que a cada época e cada grupo social possui seu repertório de formas de discurso na comunicação socioideológica. Nessa perspectiva, é nítido que a classificação das formas de enunciação deve-se apoiar sobre uma classificação das formas de comunicação verbal, sendo estas últimas determinadas pelas relações de produção e estrutura sociopolítica.

Retomando a problemática levantada sobre como a realidade material determina o signo e ele se reflete e refrata na realidade, ou mais especificamente, como ele se torna ideológico, a filósofa Marilena Chaui, na obra “Ideologia: uma introdução” (2025), parte de uma tarefa teórica que visa diferenciar os conceitos de ideologia e de ideário para definir ideologia, atendendo à necessidade de estabelecer uma reflexão crítica sobre a formação desta.

Segundo a autora, ideologia não é um ideário qualquer que diga respeito a um encadeamento de ideias, mas um “ideário histórico, social e político que oculta a realidade” (Chauí, 2025, p. 9) e que seu efeito é a manutenção da exploração econômica, a dominação política e a desigualdade social. Dessa forma, num pensamento marxista, a ideologia é a difusão das ideias e valores da classe dominante, a burguesia, para toda a sociedade, criando um sentido de universalidade destes. O conceito é o resultado da divisão social do trabalho, em particular do trabalho manual e do trabalho intelectual, o que pressupõe uma autonomia do pensamento em comparação ao trabalho manual e, por consequência, uma autonomia dos produtos do trabalho intelectual dando a percepção de que as ideias somente são descobertas por pensadores e são elas em si mesmas. As ideias são formuladas a partir de uma classe social dominante na formação social do modo de produção capitalista e são consolidadas a partir da separação entre classe dominante de ideias dominantes, tornando a dominação de indivíduos sobre outros indivíduos invisível. A universalização das ideias gera o ocultamento da origem das concepções dominantes, das divisões sociais e mascara a exploração econômica e a exclusão política. Esse processo, no entanto, é abstrato, pois se vale da produção de

representações, um corpo sistemático de imagens que tomam a aparência do social como a sua própria essência, reduzindo-a e a expandindo ao mesmo tempo, fazendo com que o ponto de vista de uma classe determinada se torne universal. Ainda, é difundida a ideia de que existem indivíduos, e não classes sociais, de modo que todos os indivíduos sejam livres e iguais (Chauí, 2025).

A ideologia, sendo resultado de um processo material real que é a economia, é reflexo do modo pelo qual a aparência social se apresenta como realidade. Existe uma base material das relações sociais pela qual a ideologia é formada. Ela é uma experiência social da qual são construídas representações e valores. Ainda, “a ideologia é sempre contemporânea ao modo de produção e às formas assumidas pela acumulação do capital” (Chauí, 2025, p. 126). Dessa forma, a autora desenvolve em sua obra formulações sobre os discursos ideológicos presentes em diferentes momentos da organização do modo de produção contemporâneo. Afirma que, a princípio, no período do capitalismo comercial, predominava o discurso ideológico burguês, cujo objetivo era de ordenar, dentro da sociedade, por um viés binário, instituições e valores “bons” e “maus”, e indicando as autoridades dentro das instituições, como o pai na família, o professor na escola e o governante no Estado.

A partir do advento do fordismo e da inauguração do período compreendido como capitalismo industrial, houve uma mudança no discurso ideológico que deu origem ao que é chamado de Organização. O processo social do trabalho, com as empresas controlando de forma mais intensa o processo produtivo, passa a ser embasado na ideia de que os produtos são melhores com base na sua qualidade, e essa é dependente de avanços tecnológicos e científicos. Dessa forma, o discurso ideológico da Organização, ao invés de ser difundida por agentes sociais (como um pai, um padre ou professor), tem suas ideias emanadas diretamente de seu funcionamento e das “leis do mercado”. Compõem esse discurso: o ato de administrar, introduzindo racionalidade nas relações sociais e sustentando que não é necessário discutir os fins de uma ação, e sim estabelecer meios eficazes para obter um objetivo; a ideia de que uma organização será racional se for eficiente, e sua eficiência é estabelecida por meio de regras e hierarquias rígidas, que faz com que os membros da organização se identifiquem com ela; e a concepção de que uma organização é uma administração científica racional que possui lógica própria e que funciona por si mesma, subtraindo as particularidades de seus membros.

A autora aponta que “a organização” tem se ampliado e sido reforçada pela chamada “tecnociência”. As ciências, que até então eram tidas como puras e aplicadas por meio de técnicas, e em grande parte pela economia capitalista para a acumulação e reprodução do capital, desloca-se para o desenvolvimento e uso de tecnologias. A tecnologia visa produzir

instrumentos de precisão com o uso das ciências e que interferiam no desenvolvimento de novos conhecimentos por meio de técnicas. Ela é resultado do conhecimento científico e também condição para o avanço desses conhecimentos. Logo, a tecnociência é representada pela transformação da técnica em tecnologia e pela absorção das ciências pelas tecnologias. Essas últimas estão conectadas e inerentes uma à outra.

Tendo a tecnociência como motor das novas descobertas científicas, a autora pontua que essa foi instituída pelas grandes empresas capitalistas e que criaram espaços para a melhoria e aprofundamento da tecnociência. Nesse sentido, as ciências passaram a ser uma parte importante do processo produtivo e a embasar o que é chamado de “sociedade do conhecimento”, de modo que a economia contemporânea é baseada na ciência, informação e sua relação com o setor empresarial, o que gera uma sociedade baseada naqueles que possuem poder porque possuem saber e os que não possuem poder porque não possuem saber (p. 109). É a partir dessa constatação que Chauí propõe pensarmos no conceito de “ideologia da competência” que, além de ocultar a divisão social de classes, a justifica por meio da divisão entre os que sabem e os que não sabem, os competentes e os incompetentes.

“A ideologia da competência realiza a dominação pelo descomunal prestígio e poder do conhecimento científico-tecnológico, ou seja, pelo prestígio e poder das ideias científicas e tecnológicas” (Chauí, 2025, p. 110).

O discurso competente só pode ser proferido pelo especialista, que ocupa um lugar determinado na hierarquia da organização. Este opera com duas afirmações que se tornam contraditórias: a primeira, emitida pela própria organização, indica que ela é racional, e é o próprio agente social, político e histórico, de modo que os indivíduos que a constituem não os são. Quem é competente é a organização, enquanto os sujeitos são incompetentes; a segunda afirmação procura refutar a anterior, buscando validar os indivíduos, mas a partir de uma perspectiva individual, privada, que aponta para a “competência privatizada”. O discurso da competência privatizada pode ser entendido como o discurso do especialista, por meio do qual nos ensina, cientificamente, como devemos lidar com as questões da vida, como saúde e relações humanas. Dessa forma, a junção do discurso competente e o discurso do especialista é destacada pela autora como ponto de asseguramento de dois aspectos do modo de produção capitalista: “o discurso da organização afirma que só existe racionalidade nas leis do mercado; o discurso do especialista afirma que só há felicidade na competição e no sucesso de quem a vence” (Chauí, 2025, p. 111).

Buscando contextualizar o discurso ideológico para o momento atual em que vivemos, a autora afirma ser possível falar sobre uma ideologia neoliberal. A economia política

neoliberal nasce de um grupo de economistas, cientistas políticos e filósofos em 1947, reunidos em torno de Friedrich Hayek e Milton Friedman, na Suíça. O grupo formado tinha forte oposição ao Estado de bem-estar social, criticando principalmente sua função de regulador das atividades do mercado com o argumento de que o Estado destruía a liberdade dos indivíduos e a competição, cuja função era estimular a prosperidade (Chauí, 2025).

Em 1970, com as baixas taxas de crescimento econômico e altas taxas de inflação, foi traçado o termo “colapso da modernização”. Segundo Francisco de Oliveira (1998, apud Chauí, 2025), o Estado passou a realizar, preponderantemente, a gestão dos fundos públicos, “os quais se tornaram precondição da acumulação e da reprodução do capital (e da formação da taxa de lucro) e da reprodução da força de trabalho por meio das despesas sociais” (p. 132). Nesse processo, o Estado endividou-se e entrou num processo de “crise fiscal”. É nesse contexto que a formulação da economia política neoliberal, traçada décadas atrás, passa a ter efeito com a proposta de encolher o Estado. O grupo de Hayek e Friedman propuseram quatro saídas para tal:

“1) um Estado forte para quebrar o poder dos sindicatos e movimentos operários, para controlar o dinheiro público e cortar drasticamente os encargos sociais e os investimentos na economia; 2) um Estado cuja meta principal fosse a estabilidade monetária, contendo os gastos sociais e restaurando a taxa de desemprego necessária para formar um exército industrial de reserva que quebrasse o poderio dos sindicatos; 3) um Estado que realizasse uma reforma fiscal para incentivar os investimentos privados e que, portanto, reduzisse os impostos sobre o capital e as fortunas, aumentando os impostos sobre a renda individual e, portanto, sobre o trabalho, o consumo e o comércio; 4) um Estado que se afastasse da regulação da economia, deixando que o próprio mercado, com sua racionalidade própria, operasse a desregulação” (Chauí, 2025, p. 134-135).

O modelo político proposto foi aplicado e, apesar de não ser o objetivo de seus idealizadores, ele se tornou o responsável pela mudança na forma de acumulação do capital, conhecida como “acumulação flexível”. A instalação do modelo conseguiu abaixar as inflações, mas o investimento na produção foi substituído pela especulação financeira e, nesse sentido, esse momento passou a ser reconhecido como “capitalismo pós-industrial”.

É constatado pela autora que a prática administrativa se reforça e se amplia conforme o modo de produção capitalista adentra a fase neoliberal contemporânea, a qual é pautada em três grandes lógicas simultâneas:

“a lógica da circulação das mercadorias, no lugar da lógica de produção; a lógica da informação e da comunicação, no lugar da lógica do trabalho; e a lógica da satisfação-insatisfação dos desejos individuais na sua intimidade, no lugar da lógica de classes” (Chauí, 2025, p. 126).

O impacto da prática administrativa transforma uma instituição social numa organização, uma “entidade isolada cujo sucesso e cuja eficácia se mede em termos da gestão de recursos e estratégias de desempenho e cuja articulação com as demais organizações se dá por meio da competição” (Chauí, 2025, p. 140). A principal diferença da organização para a instituição é por se definir por uma outra prática social, a qual busca atingir um determinado objetivo a partir de meios administrativos particulares. Suas operações se constituem por estratégias amparadas nas ideias de eficácia, êxito, gestão, planejamento, controle e previsão. Não é uma preocupação da organização questionar sua posição na sociedade, ao contrário da instituição. Enquanto a organização compreende que sua eficácia e sucesso dependem de sua particularidade, a instituição aspira à universalidade, ou seja, tem a sociedade como um princípio e referência. A instituição se percebe inserida na sociedade, na divisão social e política e “busca definir uma universalidade que lhe permita responder às contradições impostas por essa divisão” (Chauí, 2025, p. 141).

Tendo como base as ideias de organização e administração, o neoliberalismo é totalitário. Esse traço se define pela negação da especificidade das diferentes instituições sociais e políticas para transformá-las em homogêneas, as definindo como empresas. Não passa ileso dessa lógica o Estado, que se torna empresa e os governantes, gestores. O intuito é diminuir o espaço público e alargar o espaço privado. A ideologia neoliberal define os indivíduos como capital humano ou “empresários de si mesmo”, destinados à competição em todos os âmbitos, principalmente com relação ao trabalho.

A análise dialógica do discurso, desenvolvida por Bakhtin e seus seguidores, prevê a análise do material, de seu conteúdo e de sua forma, sendo esta última o conceito que medeia a relação entre os dois primeiros, pois se realiza no material, mas é capaz de alterar o conteúdo do objeto de análise. Logo, a análise do discurso não opera apenas pela palavra enquanto material, nem apenas por seu significado ou conteúdo, mas pela articulação destes com a forma com que o discurso é elaborado. De acordo com Magalhães e Kogawa (2019, p. 70), “analisar discurso é rastrear o processo de fazer sentido, e a questão é: fazer sentido é projetar valor e não o decodificar a partir da forma”. Dessa forma, se faz válida a metodologia inaugurada pelo autor de modo a ser complementada neste estudo pelas formulações sobre ideologia e estudos dos discursos ideológicos elaborados por Chauí (2025), com o intuito de tecer uma construção teórica que enlace o contexto atual da mudança do financiamento da APS e o discurso de coordenadores e profissionais que vivenciam esse processo.



texto em unidade de significação. Tem como objetivo identificar os principais temas presentes num material escrito, como as entrevistas. Para sua realização devem se seguir as seguintes etapas: a primeira é a pré-análise, cuja função é organizar os dados por meio de diferentes mecanismos (leitura flutuante, hipóteses, objetivos e indicadores, por exemplo); a segunda etapa se trata da exploração do material, de modo que os dados devem ser codificados a partir de unidades de registro (temas); e, por fim, a última etapa é o tratamento dos resultados e interpretação, que equivale ao processo de categorização das unidades de registro, correspondendo à classificação dos dados através de semelhanças e diferenciações (Caregnato; Mutti, 2006).

## 4. Resultados

### 4.1 Coordenadores da Atenção Primária à Saúde de municípios paulistas

A pesquisa “A política de Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia nos municípios paulistas” (Instituto de Saúde, 2023) garantiu a obtenção dos dados em algumas etapas. O estudo partiu de uma etapa quantitativa, um inquérito, construído para eleger os municípios para a etapa qualitativa. Foi aplicado um questionário com 253 municípios do estado de São Paulo com questões que abrangeram três dimensões no modelo de análise do estudo: modelo de atenção, ações no território para o enfrentamento da pandemia e continuidade do cuidado na APS durante a pandemia. Com base nas dimensões, os municípios foram classificados como tendo uma ESF bem estruturada (33), tendo nenhuma estrutura de ESF (21) e sem definição (199). Para a etapa qualitativa, foram considerados somente os municípios com alguma definição (54). Com base nisso, foi criado um ranking da classificação destes municípios a partir de seis grupos de interesse:

- com ESF bem estruturada, com ações de destaque para o enfrentamento da pandemia e maior que 50 mil habitantes;
- com ESF bem estruturada, com ações de destaque para o enfrentamento da pandemia e até 50 mil habitantes;
- com ESF bem estruturada, sem ações de destaque para o enfrentamento da pandemia, e maior que 50 mil habitantes;
- com ESF bem estruturada, sem ações de destaque para o enfrentamento da pandemia, e até 50 mil habitantes;
- sem ESF bem estruturada, com ações de destaque para o enfrentamento da pandemia, e maior que 50 mil habitantes;
- sem ESF bem estruturada, com ações de destaque para o enfrentamento da pandemia, e até 50 mil habitantes.

A partir desses grupos de interesse, foram eleitos seis municípios com os quais foram realizadas entrevistas tanto com o secretário(a) de saúde quanto com o coordenador(a) da APS. Para essa pesquisa, foram analisadas somente as entrevistas com os coordenadores(as) e o conteúdo analisado se limitou às perguntas sobre a política da APS, suas mudanças nos últimos anos e a escolha do município pelo modelo local de funcionamento.

As entrevistas foram realizadas no estado de São Paulo por ter sido o epicentro da covid-19 no Brasil e possuir municípios bastante heterogêneos entre si, o que possibilita identificar padrões e variações relevantes para aplicação de políticas públicas.

Para os fins desta pesquisa, foram analisadas cinco entrevistas de coordenadores da APS, que foram classificados como:

- Município A: porte maior que 50 mil habitantes, sem estrutura ESF, com elementos que favorecem o cuidado ampliado;
- Município B: porte até 50 mil habitantes, sem estrutura ESF e com presença de elementos que favorecem o cuidado ampliado;
- Município C: porte até 50 mil habitantes, ESF bem estruturada, e com elementos que favorecem o cuidado ampliado;
- Município D: porte maior que 50 mil habitantes, ESF bem estruturada, ausência de elementos que favorecem o cuidado ampliado;
- Município E: porte maior que 50 mil habitantes, ESF bem estruturada, sem elementos que favorecem o cuidado ampliado.

As entrevistas foram analisadas de acordo com a análise do discurso e foram gerados mapas dialógicos a partir dos trechos utilizados. Os mapas (Anexo I) foram estruturados por eixos analíticos que melhor correspondem à caracterização das falas. Nesse sentido, os eixos analíticos que estruturam os mapas são:

- 1) Enquadre: Todo enunciado cujo objetivo é mobilizar o interlocutor a oferecer resposta à uma demanda. É marcado por interrogação;
- 2) Concordância: Todo enunciado do entrevistado cujo objetivo é alinhar-se ao enunciado proferido pelo interlocutor à distância (Ministério, Secretaria);
- 3) Discordância: Todo enunciado cujo objetivo é opor-se ao enunciado proferido pelo interlocutor à distância (Ministério, Secretaria);
- 4) Justificativa: Todo enunciado que explica e dá razão a um curso de ação ou discurso proposto;
- 5) Proposições: Todo enunciado cujo objetivo é apresentar ação ou discurso novo na linha narrativa da entrevista ou das ações propostas;
- 6) Ações: Todo enunciado que descreve, avalia um curso de práticas, atividades, relações;
- 7) Inseguranças quanto ao assunto: Enunciado que indica um não saber sobre o assunto abordado;

- 8) Confusão: Demonstração de dificuldade em continuar ou responder ao enunciado anterior;
- 9) Validação: Enunciados que tem a função de confirmar com o ouvinte algo que já foi dito pelo enunciador.

Ao total, foram analisadas 977 turnos de fala, sendo 195 enquadres, 93 concordâncias, 19 discordâncias, 206 justificativas, 10 proposições, 316 descrições de ações, 35 falas que indicam insegurança quanto ao assunto, 21 confusões e 82 validações.

#### **4.1.1 Caracterização dos entrevistados**

Os entrevistados são coordenadores da APS nos municípios eleitos como municípios-caso no decorrer da pesquisa realizada. Dentre eles, existem profissionais das especialidades médica, enfermagem e administração, com variação de tempo de trabalho na APS sendo o máximo referido de 30 anos em contato com a área em questão e o mínimo de 3 anos. Dos cinco entrevistados, dois mantêm atribuições paralelas ao cargo de coordenação e que não necessariamente são da abrangência da APS. Um dos entrevistados possuía pouca experiência prévia na APS, enquanto outros estiveram em funções diversas da assistência em saúde no nível da APS e também em outros níveis de complexidade da saúde. Um dos entrevistados já tinha inclusive experiência como secretário de saúde. Além disso, um deles com maior tempo de trabalho na APS havia trabalhado por anos em um município vizinho ao qual foi convidado de forma recente para assumir o cargo de coordenação no atual município. Os outros entrevistados deram a entender sempre terem trabalhado no município em que se encontravam.

#### **Município A**

Foram analisados 199 turnos de fala, dentre os quais 39 foram classificados como enquadres, 18 como concordâncias, 3 como discordâncias, 43 como justificativas, 68 como descrição de ações, 5 falas indicaram insegurança quanto ao assunto, 6 foram confusões, 17 validações e nenhuma proposição. A entrevista é marcada, justamente, por não apresentar nenhuma proposição, e uma grande quantidade de descrições de ações, seguida de justificativas e concordâncias, o que não necessariamente indica uma concordância com o modelo de financiamento, mas concordância entre entrevistadora e entrevistada.

A entrevistadora inicia perguntando sobre a opção do município em questão pelo modelo tradicional de funcionamento da APS (em que não predomina a ESF). A entrevistada

afirma ter sido uma conquista coletiva do município, principalmente das equipes, mas conduzida e incentivada por um antigo secretário da saúde. Também é afirmado pela entrevistada que, durante a pandemia, o modelo de trabalho se adaptou às demandas, exigindo, por exemplo, que se ampliassem as buscas ativas. Nesse sentido, é apontada uma transição para o modelo ESF, iniciando pela contratação de agentes comunitários de saúde. É ressaltada novamente a importância da sensibilização feita pelo ex-secretário da saúde para a mobilização pela ESF, que aconteceu a partir de 2019.

Acerca da opção do município por manter o modelo tradicional por tantos anos, a entrevistada refere entender ser por conta de uma característica do próprio território: a resistência dos usuários a um modelo que não se assemelhasse ao modelo ambulatorial de cuidado. Indica ainda uma instabilidade de propostas e agentes nas gestões municipais nos últimos anos, com uma alta rotatividade de profissionais que impediu a solidificação dessas propostas, além de uma ausência de conselhos locais da saúde, o que gerou uma permanência do modelo tradicional.

Quando questionada sobre a organização da APS a partir de seu território, a entrevistada ressalta que as equipes têm feito um movimento de “saída” dos equipamentos da atenção básica para os territórios com início entre 2019 e 2020. Existe uma confusão na recordação, mas o movimento é datado a partir da campanha contra a Influenza deste período, que ocorre principalmente nas escolas das áreas de abrangência das equipes homologadas no período para que depois passasse por uma apropriação mais intensa dos territórios:

*“(...) então isso tudo sai, a unidade vai para o território, é uma experiência rica no sentido de a busca ativa, a saída para fazer ações fora da unidade básica, a constituição de reuniões de equipe, reuniões de colegiado gestor, instituíram em todas as unidades básicas, então todo esse movimento do coletivo também sustenta o movimento de territorialização, sabe, a gente faz movimentos para fora, para o território e isso é um jeito de a gente ir se apossando”* (Coordenadora da APS, Município A).

No momento da entrevista, o município ainda estava em processo de apropriação do território. Uma ação apontada como importante nessa fase foram os teleatendimentos, realizados por médicos e enfermeiros, os quais se responsabilizaram por uma unidade básica e separaram os prontuários dos usuários a fim de classificá-los de acordo com os riscos de saúde enquanto a contratação dos agentes comunitários está sendo processada. Tendo isso em vista, compreende-se que as categorias de médicos e enfermeiros estariam realizando uma atividade de atribuição dos ACS.

No momento seguinte, a entrevistadora pergunta como o município se entende, correspondendo ou não aos princípios da Atenção Primária à Saúde (referindo sobre a integralidade do cuidado, longitudinalidade, abordagem familiar e comunitária). A

entrevistada inicialmente demonstra confusão, devolvendo a pergunta à entrevistadora. Em seguida, ela concorda com a pergunta e justifica seu entendimento relatando compreender que a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) é algo que está tendo contato, e que é sustentada pela gestão que tem relação com os princípios da APS, como o cuidado longitudinal. Depois desse processo, ela descreve ações que ilustram tal consonância, alternando entre aquilo que foi apresentado, busca por validação da entrevistadora por meio de marcador discursivo (né) e justifica:

*“Então, hoje pela, engraçado, você está falando isso, eu estou vindo muito pela construção do PTS, sabe, quando a gente faz as reuniões, inclusive eu como coordenadora tenho participado desses PTSs no sentido de que, olha, a gestão central sustenta esse modelo, então eu quero participar, ajudo na construção, e quando a gente vê pela vulnerabilidade a gente deflagra a partir disso, da primeira entrada que é pela atenção primária, a longitudinalidade do acompanhamento desse usuário que está em PTS (...) a gente atenção primária partir muito pela construção de PTS, a gente percebe o quanto que a atenção básica é coordenadora de um cuidado, ela é ordenadora, inclusive, ela ordena o caminho para essa garantia da comunidade, do estado social do sujeito, da condição de tudo né, econômica, de todas as formas que a gente pode a partir da primeira entra pela APS, né, pela atenção primária deflagrar o movimento de longitudinalidade por toda a rede de saúde, então isso está sendo muito importante assim, quando você fala disso me vem o PTS como um grande recurso para esse entendimento”* (Coordenadora da APS, Município A).

Após um segundo enquadramento realizado pela entrevistadora, que solicita outros exemplos, a resposta da entrevista segue entre descrição de ações e justificativas, com dois momentos em que fala com insegurança sobre o assunto. O exemplo apresentado se trata de um PTS sobre o caso de uma pessoa usuária de álcool e substâncias psicoativas que residia numa ocupação próxima à UBS. Nesse caso, foi necessário articular um cuidado entre outros serviços, como CRAS, CREAS e até mesmo a secretaria de obras de âmbito municipal, a fim de melhorar as condições de moradia do usuário. Foi identificada a rede de apoio do usuário e articuladas outras ações com seu filho. Nesse sentido, a entrevistada entende que o esforço de aproximação se inicia pela UBS, justificando e reforçando os princípios da APS. É somente na sequência que a entrevistada descreve outras ações e concorda com a entrevistadora, buscando ao final a reafirmação da própria fala:

*“(...) então tudo isso começou pela unidade básica e fez todo esse movimento que disparou um cuidado né, específico para esses dois que estavam completamente sem assistência né.*

***Aham, pelo que você me contou tem muita articulação entre os setores assim?***

*Sim.*

***Entre outras secretarias também existe essa conversa.***

*É, com a promoção social, então a gente está hoje no movimento também assim, da tentativa de montar um consultório de rua, então a gente tem a conversa junto com a promoção social, pelo Pop Rua, que eles entram, de que forma eles entram, então tem reuniões com o CTA também que entra nessa história, enfim, CTA, o CAPS, a saúde mental, a atenção básica, então o CREAS, o CRAS, o Pop Rua que a gente chama, enfim, tem muita articulação, é possível sabe, a gente faz esse movimento.*

*Então esse é um caso assim bem, que envolveu muita coisa, muita gente né*” (Entrevistadora, em negrito, e Coordenadora da APS, Município A).

Em nova pergunta feita, sobre o que a entrevistada percebia sobre a necessidade ou não de ter uma diretriz que regulasse a articulação dos serviços em rede, a entrevistada discorda e justifica que percebe que a articulação vem ocorrendo de forma autônoma: *“hoje eu acho que elas funcionam por si só, sabe, hoje quando eu vejo os movimentos da atenção básica, para as campanhas todas né, outubro rosa, novembro azul, elas já se mobilizam”*. Todavia, refere também notar que a forma como as unidades se implicam na realização de ações está bastante ligada com a gestão local: *“acho que duas unidades não tem essa coisa de estar de fato implicada, que quando o gestor local, percebo muito isso, não se implica, não acontece”*. A discordância que aparece nesse trecho emerge num contexto em que a entrevistadora solicita o posicionamento pessoal da entrevistada, que segue nos enquadres posteriores. Ela segue apresentando sua posição em uma sequência de descrição de ações, justificativa, nova discordância com o que havia dito de forma complementar a fim de reenquadrar sua fala: *“claro que não são todas, das 10 unidades básicas”*, justificativa, descrição de ação, justificativa e descrição de ação. Nesses momentos, não houve solicitação de validação ao final da fala como estava sendo apresentado antes.

Sobre a capacidade resolutiva da APS e a coordenação do cuidado por meio dos fluxos assistenciais, a entrevistada refere não possuírem grupos de risco cardiovascular, tendo como lógica operante o atendimento “de forma crônica”, ou seja, sem uma classificação dos riscos em saúde, e de modo ambulatorial, mas relata estarem caminhando para a criação dessa classificação por meio dos teleatendimentos:

*“(...) então quando eu falo do teleatendimento para ajudar a gente a formatar, olha, quem são esses, que é esse grupo que está assim, quem é do risco cardiovascular que não é tão risco, e que pode estar numa agenda intercalada com a enfermagem, então a gente está tentando se organizar para isso, mas nós não temos ainda uma agenda, estamos na lógica de consulta e deflagrando exames e muito na lógica ambulatorial ainda para estes cuidados”* (Coordenadora da APS, Município A).

Quando introduzida a questão sobre as mudanças geradas a partir da atualização da PNAB de 2017, a entrevistada cita o NASF de maneira a enfatizar o prejuízo de seu desfinanciamento: *“Olha, você está dizendo, praticamente do NASF né, que deixou de ser financiado e outras coisas que a gente sabe que estão aparecendo aí de forma bastante prejudicial para a atenção básica”*. Apesar de considerar que as mudanças produziram uma perda grave para a APS, a entrevistada complementa dizendo que o município que representa não sofreu tantopor ter uma importante autonomia financeira com os recursos municipais:

*“(O município A) é uma cidade que depende muito pouco do recurso federal e do repasse, muito pouco, na verdade assim, a gente sempre teve uma autonomia pelo recurso que a cidade tem de não precisar e não depender muito dos repasses né, tanto do Estado quanto do, eu assim, dizer para você que (no município) isso teve impacto não, acho que tem muita gestão do município e o recurso municipal que é alto, que é muito alto, então assim, não teve um impacto para nós, nesse sentido eu não posso falar que foi prejudicial porque tem essa autonomia, mas tenho certeza que para outros municípios provavelmente teve impacto”* (Coordenadora da APS, Município A).

Com relação aos impactos no repasse de recursos após a implementação do Programa Previne Brasil, a entrevistada refere concordar com a existência de indicadores, mas discorda do fato de eles estarem ligados ao repasse de recursos: *“eu acho que isso engessa um pouco, sabe, acho que fica muito restrito, restringe os municípios, eu não acho que é uma boa, sabe, acho que é importante o indicador, mas eu acho que ele não pode engessar a condição da gente, sabe, eu acho que cada caso é um caso”*. Refere ainda que, apesar da importante autonomia financeira que o município apresenta, existem dificuldades em equipar as unidades de forma adequada, sendo que as únicas que estão completas são as que foram concedidas pelo governo federal, destacando a importância do recurso federal e entendendo haver prejuízos pelo modelo de financiamento:

*“(...) nós com todo esse recurso, não estamos com o sistema todo organizado para isso, para poder ficar alimentando e trazer o indicador para poder trazer o recurso, eu fico imaginando em unidade, em municípios muito menores, com mais dificuldades, o quanto que isso, comprovar o tempo todo pelo indicador, trazer, o quanto que isso engessa, sabe, eu acho meio complicado”* (Coordenadora da APS, Município A).

Na sequência, expõe desafios com relação a todos os critérios implementados pelo novo modelo de financiamento. Especificamente sobre a captação ponderada. Mesmo sendo um município com maiores recursos, existe uma previsão de perda no repasse financeiro pela dificuldade em alimentar o sistema:

*“(...) a gente está recebendo o repasse pelas equipes de AP, né, mas por enquanto ainda estamos recebendo, mas por a gente não estar num cadastro, é um cadastro muito pobre porque tem que vincular as equipes, o usuário, a equipe, isso depende do quanto a gente alimenta ali e não são todas as unidades que alimentam, a gente pode deixar de receber o recurso, sabe assim, tudo muito, e tem unidade que não tem o equipamento em todas as recepções, tudo bem que tenho que me adequar, mas é dificultoso assim”* (Coordenadora da APS, Município A).

Ao referir-se ao critério de pagamento por desempenho, demonstra discordância dizendo entender haver complicações e confusão na fala. Informa não saber como realizar uma proposição diferente e resgata o modelo anterior:

*“(...) complicado isso né, também, para o governo, enfim, eu não sei, acho que teria que ter uma, é difícil, eu não sei te falar de que forma poderia ser esse repasse, antes era per capita né, que vinha pelo número de cadastros que a gente tinha, não sei se isso dava um pouco mais de mobilidade para o município fazer uma gestão de acordo com a sua necessidade”* (Coordenadora da APS, Município A).

A mesma linha argumentativa segue com relação ao pagamento de incentivo para ações estratégicas. No entanto, a entrevistada afirma entender ser melhor o modelo anterior, em que o repasse era feito de maneira prévia à realização das ações: *“Eu acho melhor antes, de você primeiro receber para depois ir para o alcance da estratégia, tá, eu acho difícil também, só depois que você fizer que você, acho complicado”* (Coordenadora da APS, Município A).

Em geral, a entrevista é marcada pela descrição de ações, já que é solicitado pela entrevistadora, e seguem uma sequência comum de enquadre - ação - justificativa, como forma da entrevistada embasar seu argumento. No entanto, existe um destaque especial para a dupla ação - justificativa, sendo os turnos de fala que se apresentaram como predominantes durante toda a entrevista, mas principalmente nos primeiros enquadres:

Figura 3 - Trecho de mapa dialógico com coordenadora da APS do município A ilustrando sequência de descrição de ações seguidas de justificativas.

| Enquadre | Concordância | Discordância | Justificativa | Proposições | Ações | Insegurança quanto ao assunto | Confusão | Outros |
|----------|--------------|--------------|---------------|-------------|-------|-------------------------------|----------|--------|
|          |              |              |               |             |       |                               |          |        |
|          |              |              |               |             |       |                               |          |        |
|          |              |              |               |             |       |                               |          |        |
|          |              |              |               |             |       |                               |          |        |
|          |              |              |               |             |       |                               |          |        |
|          |              |              |               |             |       |                               |          |        |
|          |              |              |               |             |       |                               |          |        |
|          |              |              |               |             |       |                               |          |        |
|          |              |              |               |             |       |                               |          |        |
|          |              |              |               |             |       |                               |          |        |

Fonte: Elaborado pela própria autora.

As validações (na tabela como “Outros”), também se mostram mais concentradas numa primeira parte da entrevista, notavelmente a partir dos enquadres em que a entrevistadora solicita informações que posicionam a entrevistada como representante do município. Sobre esse fato, entende-se que existe uma possível insegurança sobre o que irá ser dito, visto que a entrevistadora representa um órgão de pesquisa de nível estadual e a pessoa entrevistada corresponde a uma posição de nível municipal, de modo que sua fala indica um movimento expositivo de fatos e explicações sobre estes e quase não apresenta concordâncias



transição de modelo: o modelo tradicional ainda se sustenta pela dificuldade na efetivação do processo de territorialização do cuidado. Existem, em uma região do município e concentrada em uma UBS específica, cinco equipes que deveriam estar distribuídas em cinco UBS, mas se dividem por programas de saúde, como vacinação, saúde da mulher, clínica médica e pediatria, e não por territórios. A entrevistada percebe estar longe de um cenário ideal de organização do sistema de saúde, mas justifica dizendo haver muita dificuldade de alterar essa organização, gerando um impacto nos indicadores de saúde que não são prioridades daquela equipe:

*“Clínica médica, diabetes até que está bom, daí gestante, zero. Então sempre, todos os setores, vai ter zero em todas as coisas porque a gente é específico em todo setor; não é igual aqui que é uma equipe só que tem tudo, tem um enfermeiro para todos, lá não, um enfermeiro fica na saúde da mulher; outro enfermeiro... entendeu? Então isso é o que a gente tem mais dificuldades e até impacta nos indicadores porque você tem que estar na equipe com todos os profissionais juntos, você atender a pessoa de forma integral, e não assim, um vai para um lado, outro vai para outro, assim a gente não consegue ter a verba certa, é diferente de cidade grande né”* (Coordenadora da APS, Município B).

A entrevistada relata, com certa insegurança do que diz e justificando que quando entrou no cargo essa organização já estava implementada, que a causa desse problema pode ser explicada pela necessidade do município em adquirir equipes para prestar contas e, conseqüentemente, obter recursos. Nesse sentido, a territorialização não foi contemplada no processo de organização da APS no município. Por esse motivo, o usuário da saúde costuma transitar entre os diferentes territórios para receber atendimento. É importante contextualizar que o município em questão tem um distrito e é vizinho de outro município com extensão e população bastante reduzida em comparação ao seu porte e que, por isso, comum o trânsito populacional entre esses territórios em busca de atendimento. A entrevistada cita esse trânsito dos usuários que costumam procurar por assistência e indica ser seu desejo pessoal que o município no qual trabalha tenha agentes comunitários disponíveis e um mapa da saúde organizado. Nesse sentido, não é afirmado pela entrevistada a opção explícita do município pela organização da APS de acordo com o modelo tradicional ou pela ESF, mas sim uma consequência da organização regional entre municípios e também do trânsito dos usuários:

*“Interior, ah, tem até gente que vai procurar até no (município vizinho) porque é acostumada com o médico”* (Coordenadora da APS, Município B).

*“(...) mas mesmo assim o pessoal sai daqui e vai lá, ou vem aqui, eles saem de lá e vem aqui porque passa com cardiologista aqui, passa com urologista, com oftalmo, então de qualquer forma eles estão em todos os postos ao mesmo tempo”* (Coordenadora da APS, Município B).

O município não apresenta um centro de especialidades médicas, mas uma divisão em que cada médico especialista compõe uma equipe da APS. A entrevistada entende e reconhece que este é um modelo “*bagunçado*”. Ela indica que a chegada das pessoas se dá pela demanda espontânea, por não terem agentes comunitários de saúde que façam a busca ativa dos pacientes, ou por meio das campanhas de saúde. Afirmar ainda que a realização de um programa que aborda a saúde nas escolas e a intenção de implantação de outro projeto que envolva a discussão sobre primeiros socorros. Em um primeiro momento, é dito que esse projeto está sendo pensado de forma coletiva. Todavia, logo em seguida, afirma ser um projeto que ela está idealizando e que precisa de ajuda para concretizar. Justifica a dificuldade em organizá-lo por ocupar um cargo no qual é responsável por diversos setores além de sua atuação na assistência, o que inviabiliza o trabalho administrativo. Complementa ainda que o quadro de profissionais está completo somente para fins burocráticos, mas na prática existem profissionais que não estão trabalhando.

Ao ser questionada sobre a adequação do planejamento da APS do município aos princípios e diretrizes do cuidado, ela delimita essa adequação à visita domiciliar, que seria no momento a única estratégia correspondente. No entanto, continua, para que o usuário seja assistido é necessário que a família procure a equipe e seja presente nos retornos. Ela percebe haver uma falha a partir da constatação de que, apesar da procura pelo atendimento, alguns usuários não retornam e a equipe também não os procura. Complementa referindo que apesar de ter todos os registros dos usuários por meio do E-SUS, o gerenciamento desses dados para o planejamento das ações de saúde não é feito, deixando em aberto o motivo pelo qual não o faz. Também indica outros fatores para a continuidade das ações, como o grupo de tabagismo, pela falta de insumos e a dependência dos superiores para a efetivação das ações:

*“No E-SUS tem uma parte lá que eu consigo ver todos os hipertensos, todos os diabéticos que tem no município, mas eu não consigo sentar e olhar, não, tem que ir atrás desse aqui, tem que solicitar hemoglobina glicada... não, tem que ir atrás desse aqui preciso ver a pressão dele, não consigo fazer isso, mas a gente tem tudo anotado, quando chega lá a gente atende, mas a gente não consegue dar um acompanhamento, grupo hiperdia, a gente não... entendeu, falta muito isso, a gente tem um grupo de tabagismo aqui no município também que eu coordeno, mas está faltando insumo do governo, então a gente não consegue continuar, tem algumas coisas que a gente depende dos superiores também para continuar”* (Coordenadora da APS, Município B).

Depois desse trecho, o diálogo entre entrevistadora e entrevistada segue entre concordância, por parte da entrevistadora, e descrição de ações e justificativas por parte da entrevistada. É apontado pela entrevistada como um elemento ausente, mas muito importante, o agente comunitário de saúde, com o argumento de que seria mais fácil organizar as ações de

saúde. A entrevistadora questiona se ter agentes comunitários seria uma solução para o município e a entrevistada compreende que o ACS pode salvar a vida de uma pessoa a partir das novas atribuições instituídas pela PNAB de 2017:

*“(...) se você for na casa e ver que o paciente não está tomando o remédio e o paciente tem uma lesão por pressão, você já vai acionar a equipe, a equipe vai estar sabendo do paciente, porque se não tiver alguém para ir na casa as vezes o paciente não vem até a gente, quando a gente vai descobrir? Às vezes quando já está na Santa Casa”* (Coordenadora da APS, Município B).

Num enquadre seguinte, é questionado sobre a capacidade resolutive da APS, o que gera dúvida na entrevistada. Após uma nova explicação da entrevistadora, ela indica que o trabalho é feito por meio da resposta à demanda, de forma pontual, do paciente, sendo direcionado para outros serviços e municípios quando necessário. O acompanhamento dos casos, quando existe a busca ativa, é feito via contato telefônico:

*“Por exemplo, uma gestante que precisa, de alto risco, a gente liga todo mês, como que está a criança, porque quando está de alto risco vai para o AME, fica lá no AME, muitas vezes elas não voltam para o posto porque já está passando em acompanhamento no AME em Atibaia, aí a enfermeira lá da clínica ela vai, ela liga, ela entra em contato, faz busca ativa, tudo isso”* (Coordenadora da APS, Município B).

Quando questionada sobre como as linhas de cuidado operavam na APS num período anterior à pandemia, a entrevistada refere não ter presenciado por ocupar o cargo a partir de um mês antes do início da pandemia. A entrevistadora reformula a pergunta adequando ao período presente em que foi realizado o encontro e é indicado pela entrevistada que a linha de cuidado se baseia no que foi descrito anteriormente, resumindo as ações das linhas de cuidado no atendimento à demanda espontânea dos usuários:

*“(...) passa com a enfermeira, se houve necessidade passa com o médico, o médico encaminha, se precisar de algum procedimento a gente faz, se precisar de insulina a gente fornece, faz todo o treinamento, pacientes com curativo a gente faz o treinamento para fazer o curativo, ensina como que faz, dá continuidade, a gente só dá alta de paciente quando a gente vê que realmente já está tudo certinho, no caso dos curativos, bolsa de colostomia a gente acompanha todos, todo mês a gente entrega as bolsas, acompanha as feridas”* (Coordenadora da APS, Município B).

E complementa:

*“(...) hipertenso a gente fica no pé também, a gente não consegue focar em todo mundo, é igual eu falei, o posto de saúde atende vinte e duas mil pessoas no mesmo posto, como que eu consigo dar conta de tudo isso? Vinte e duas mil no mesmo posto”* (Coordenadora da APS, Município B).

A entrevistada também cita uma dificuldade bastante comum nos encaminhamentos para a rede de média e alta complexidade: . Para ilustrar a situação, cita um caso em que

foram feitos diversos encaminhamentos para um serviço hospitalar de outro município que sempre indicava ao usuário que retornasse à UBS. A falta de atendimento resultou na amputação de um dos membros do usuário.

Quando questionada sobre as mudanças a partir da revisão da PNAB em 2017 e seus impactos na organização das equipes, a entrevistada refere *“estar por fora”* e complementa: *“eu sei como está agora, mas como era antes eu não sei não, porque eu nem trabalhava, nem morava aqui antes”*. Sobre a equipe multi, a entrevistada relata que a equipe costuma fazer visita domiciliar em conjunto e que existem vagas de emergência em todas as especialidades, sendo essa uma facilidade pelo tamanho do município. No entanto, pontua dificuldade nos encaminhamentos para a fonoaudiologia.

Sobre as alterações provenientes do Programa Previne Brasil, a entrevistadora percebe na entrevistada uma mudança em sua expressão quando aborda o tema: *“Bom, vamos falar um pouquinho agora sobre a questão do Previne Brasil que ele alterou um pouco as regras de repasse de recursos federais no ato da política de atenção básica, que eu acho que você deve trabalhar bastante com isso, pela sua expressão”*. A entrevistada, ao ser questionada especificamente sobre a alteração do PAB fixo para a captação ponderada, afirma:

*“Esse é o nosso pior problema porque os nossos cadastros quando fizeram na época, já fizeram errado, porque quando cadastraram, cadastraram, você tem que ter dois cadastros individual e territorial, quando fizeram o individual não fizeram direito o territorial ou fizeram os dois e não colocaram em nenhuma equipe, não vincularam a mesma equipe ou colocaram um com cartão do SUS e outro com CPF, ou seja, a gente tem mais de doze mil cadastros inconsistentes que são cadastros errados, esses cadastros errados não conta para vir verba para o município, como que a gente consegue isso? Arrumando todos os cadastros, e quem faz isso? Não tem ninguém para fazer isso, não tem profissional, falta profissional para ajudar. Que o que era certo de fazer?”* (Coordenadora da APS, Município B).

Se torna nítido, pelo discurso da entrevistada, a dificuldade que a alteração do financiamento por meio da inserção de novos critérios, como a captação ponderada, têm gerado no gerenciamento dos recursos e planejamento das ações em saúde no município. Apesar das dificuldades serem indicadas como anteriores ou não vinculadas somente à alteração dos critérios de repasse de recursos, a mudança amplia o cenário de dificuldades, como exposto na fala:

*“É, impacta na verdade porque a gente não tem como vir verba porque a gente, esses cadastros estão totalmente errados, a gente tenta arrumar, mas a gente precisa de ajuda, sabe, a gente precisa de alguém que vá na casa, que confirme, na verdade teria que começar de novo né, porque a gente arruma uma inconsistência, por exemplo, inconsistência número 2, aí você arruma a 2, abre a 8,*

*então são seis inconsistências e tem que deixar certo as seis, e é muito difícil”* (Coordenadora da APS, Município B).

Apesar de não referenciar o trabalho feito pelos ACSs, no trecho selecionado é possível inferir uma relação entre essa dificuldade pelo erro nos cadastros e a não existência dessa categoria de trabalhadores na APS do município. Esses profissionais poderiam ter evitado essa ocorrência ao atuarem de forma direta com o mapeamento territorial da situação de saúde da população. A entrevistada reforça a dificuldade que possuem no preenchimento dos dados de forma adequada e na compreensão do sistema, alegando que o índice altera de forma abrupta, diminuindo em números, e em decorrência de um desamparo institucional tentam se capacitar sozinhos para lidar com o sistema:

*“(...) a gente estava com o indicador sintético final bem alto e depois do nada abaixou muito, muito, até a articuladora falou, nossa vocês estão super bem, e aí no outro mês do nada, caiu para quase, também a gente não tem ajuda de alguém vir falar olha, vocês têm que arrumar isso, isso e isso, a gente aprende sozinho, tenta aprender né, quem ajuda a gente um pouco é (município vizinho), mas eles não têm tempo também para ajudar. E a gente sabe que a gente está fazendo muita coisa errada e a gente não tem treinamento do governo”* (Coordenadora da APS, Município B).

A entrevistada não apresenta dificuldades em responder que entende que o critério de captação ponderada gera problemas ao município pelos erros no cadastro dos usuários. Também entende que os recursos que eram repassados ao município já estão diminuindo muito em decorrência disso e faz uma proposição: *“Deveria ter só um cadastro, não precisava ter o territorial, para a gente que não tem o agente comunitário, para a gente que não tem a territorialização, para a gente que é cidade pequena não compensa isso.”*

No entanto, quando a entrevistadora questiona sobre a homologação das equipes de saúde, responde sem certeza e explica não estar envolvida nesse processo, sendo de atribuição de outra pessoa. Sobre o pagamento por desempenho, relata que os indicadores estão divididos entre setores, de modo que os indicadores por vezes estão zerados em decorrência do problema com os cadastros, não condizente com a realidade da quantidade de atendimentos. O mesmo problema acontece com as estratégias financiadas que, apesar de terem sido pausadas no período da pandemia pelas restrições, são expostas de forma incongruente com a realidade por conta do erro com os cadastros no E-SUS. Nesse sentido, a entrevistada afirma que a verba municipal acaba cobrindo as despesas que não são contempladas pela diminuição no repasse federal, mas complementa que nem sempre isso é possível:

*“(...) a gente não tem dinheiro e vai ter que pedir para a prefeitura, a prefeitura também não tem e a gente não consegue fazer ações, por exemplo. A gente não consegue pagar profissionais para fazer campanhas, de repente, sabe, porque não tem verba, ou materiais, não consegue fazer uma reforma, a gente não consegue criar novos postos”* (Coordenadora da APS, Município B).

A entrevistada demarca nas suas falas como sendo coletiva, a vontade de que se amplie a APS com a criação de novos postos no município e justifica a dificuldade em ter equipes de saúde em diferentes pontos da cidade por ser um município com pouca extensão, ficando vários serviços numa mesma localidade, o que influencia a territorialização.

Segundo a análise, também foi possível notar que a entrevistada apresentou facilidade em se posicionar sobre os temas abordados em virtude da quantidade de concordâncias e discordâncias explícitas em seus turnos de fala, além da recorrência de proposições, que se mostraram proporcionalmente maiores em comparação com as outras entrevistas. Deve se considerar, no entanto, o aspecto de que a entrevistada reafirma por diversas vezes o fato de estar trabalhando como coordenadora há pouco tempo, não tendo conseguido acompanhar algumas mudanças questionadas com apropriação. Ainda, relata um acúmulo de funções, sendo coordenadora da APS no município e também realizando a função assistencial. Todavia, refere não acompanhar todos os processos da área, como a homologação de equipes, não conseguindo opinar ou descrever ações com relação a esse tópico.

São apresentadas falas que indicam maiores dificuldades na correspondência tanto aos princípios da APS quanto aos novos critérios de financiamento pelo PPB em decorrência do porte do município, pois indica uma realidade de organização dos serviços muito particular e que tem a rede de saúde de forma essencialmente regionalizada, ou seja, com serviços que abrangem mais de um município. Nessa perspectiva, identifica problemas anteriores à instituição do PPB, como a não efetivação da organização dos serviços de forma territorializada, impactando a distribuição de equipes pelo município e, consequentemente, o cadastro adequado dos usuários e das intervenções.

### **Município C**

Foram analisados 156 turnos de fala, sendo eles classificados entre 45 enquadres, 12 concordâncias, 4 discordâncias, 27 justificativas, 51 ações, 3 falas que indicam “insegurança quanto ao assunto”, 3 confusões, 11 reafirmações e nenhuma proposição. As falas apresentam maior quantidade de ações, seguida de enquadres e justificativas e, como a maior parte das entrevistas, nenhuma proposição.

O município possui porte até 50 mil habitantes, tendo alguns distritos considerados áreas rurais em seu entorno. A pessoa entrevistada, além de estar na coordenação da APS do município em questão há seis anos, também trabalha no SAMU. Quando questionada sobre as mudanças que foram instituídas no período de 1996 até 2017, a entrevistada compreende que houveram ganhos, e cita o Mais Médicos como um programa que teve um impacto importante para a melhoria dos serviços. Ao ser questionada sobre as equipes NASF, aponta que desde o último ano a categoria de psicólogo e fonoaudiólogo não fazem mais parte das equipes, o que tem gerado dificuldades para o encaminhamento de usuários para essas especialidades. Aponta como ação específica da APS para a população, os mutirões que são realizados em bairros mais distantes. Refere que nesses mutirões o psicólogo está presente da forma como é possível e com os recursos que existem no município:

*“A gente tem, a gente está fazendo mutirão nos bairros distantes, a gente faz mutirão com as equipes, com psicólogo, com o que a gente tem no município, tem a pediatra que a gente leva até os bairros distantes que não tem acesso, a gente faz uma, como fossem atendimento nos bairros”* (Coordenadora da APS, Município C).

A entrevistada apresenta dúvida quando é questionada sobre práticas gerenciais participativas, que envolvem a população, mas após um reenquadramento da entrevistadora, ela cita que alguns bairros do município garantem a participação da população e outros não. No entanto, não existe uma descrição ou aprofundamento de como isso se dá na prática, deixando vaga a forma como a população é inserida nas decisões.

Também informa que a função de coordenação de cuidado que a APS possui se baseia nos encaminhamentos feitos pelos médicos às especialidades as quais estão inseridas no sistema Central de Regulação de Ofertas e Serviços de Saúde (CROSS). Quando esses encaminhamentos não são possíveis via sistema, a secretaria de saúde do município traz os especialistas para atender a população no ambulatório de especialidades dentro do hospital. Ela elenca como dificuldade conseguirem a especialidade de neurologia para o município, tendo que referenciar os usuários que necessitam do atendimento para outros locais.

A entrevistada apresenta dúvida novamente quando a entrevistadora introduz a questão sobre as mudanças geradas na APS a partir da atualização da PNAB de 2017. A entrevistada parece ter se atentado ao que foi dito sobre a alteração da quantidade de pessoas nas equipes, e refere ter sido uma mudança negativa:

*A partir de 2016 ganhou destaque o processo de revisão da política de atenção básica, que se consolidaria na portaria 2436, de 21 de setembro de 2017, que orientou mudanças nos aspectos organizativos, e funcionais tais como, o fim da obrigatoriedade de profissionais que não sejam*

*médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem e da participação de quatro agentes comunitários de saúde nas equipes de saúde da família, a alteração da carga horária exigida para os médicos, assim como mudança no número de pessoas atendidas por equipe, criação de um novo NASF, e retirada das atividades de formação de educação continuada das equipes do SF, eu queria que você comentasse sobre a influência dessas mudanças na PNAB após 2017, né, no plano de saúde do município e nas ações e práticas das suas unidades de saúde.*

*Eles retiraram...*

*Aqui diz que em 2017 existiram mudanças na organização dos, da atenção básica, como, por exemplo, o fim da obrigatoriedade de profissionais que não eram médicos, em fazer parte das equipes, por exemplo, a questão da fono.*

*Ah, acrescentaram mais.*

*Isso, diminuiu a quantidade de agentes comunitários de saúde por equipe, alterou a carga horária também exigidas pelos médicos, aí com essas mudanças como é que o município lidou com a realidade que ele tinha aqui?*

*Foi ruim para a gente essa mudança toda, não de acrescentar mais funcionário, mas de tirar, diminuir a carga horária, porque a gente tem essa dificuldade de encontrar profissionais. (Entrevistadora, em negrito, e Coordenadora da APS, Município C).*

A entrevistada elenca como dificuldade importante o repasse financeiro recebido pelo município para a saúde, de modo que o salário oferecido aos médicos não é atrativo e dificulta a contratação desses profissionais. Por isso, retoma sua fala sobre o programa Mais Médicos, ilustrando-o como algo que foi benéfico para a melhoria do quadro de profissionais no município:

*“(...) o repasse que a gente tem é muito pouco, aí o que acontece, os médicos, por isso que eu falei para você, esses médicos que estavam, os cubanos, era bom para a gente, porque assim, não porque eles trabalhavam barato, mas porque o salário para eles estava bom, agora os médicos com CRM eles não vão querer ganhar o salário que o município consegue pagar, então a gente tem essa dificuldade muito grande em estar vindo médico para o nosso município, acho que todos os municípios, pelo que eu participo das reuniões, pequenos, estão sentindo, porque não tem dinheiro para pagar porque o repasse é muito pouco” (Coordenadora da APS, Município C).*

Além desse fator, indica que a não especificação da verba, como a exclusão do repasse específico para a equipe NASF, também trouxe implicações na contratação de outros profissionais, alegando que a contratação fica à cargo da gestão:

*“Aí faz, acredito que é bem ruim, que quando mandava específico a gente sabia que tinha que contratar porque veio aquela verba para aquele determinado, agora não, agora eles mandam tudo junto e aí tem se quiser, contrata se, entendeu, acho que dificultou um pouco essa mudança” (Coordenadora da APS, Município C).*

Sobre as mudanças geradas a partir da implementação do Programa Previnde Brasil, a entrevistada relata existirem muitos complicadores, principalmente em função das inconsistências no sistema. Menciona estarem em fase de implementação do Prontuário

Eletrônico do Cidadão (PEC) com o intuito de unificar as informações dos usuários. Detalha a dificuldade no registro das informações:

*“(...) a gente cadastra, um agente de saúde cadastra o paciente com o número do CPF, o médico atende com o número do SUS e o sistema não unifica, se o agente de saúde não vir aqui e não fizer essa unificação do sistema ali, daí é tudo perdido, a gente pega uma gestante e a gente vê que ela tem oito consultas, e quando chega no sistema só tem duas, três, ela não consegue atingir lá a meta que tem, de seis consultas, odonto, entendeu”* (Coordenadora da APS, Município C).

Como estratégia pensada pelo município para realizar a unificação das informações, foi organizada uma sala para que trabalhadores administrativos se reunissem para fazer a digitação das informações, pois, apesar de algumas unidades de saúde possuírem os computadores, ainda não possuem o PEC, prevalecendo o registro físico. É notável uma preocupação da entrevistada com relação ao registro dos atendimentos, como se identifica pela fala *“Porque agora o sistema é assim, só paga se tiver atendido”*, respingando diretamente no orçamento já dito anteriormente como reduzido para o município:

*“A gente está perdendo, a gente está tendo perda por que não está indo, porque antigamente eles pagavam assim, tem trinta mil habitantes aqui no município, eles pagavam a verba referente aqueles trinta mil, agora não, agora eu tenho trinta mil, então eu tenho que atender hipertenso, eu tenho que ter uma consulta a cada seis meses, eu tenho que ter uma aferição de PA, a gestante tem que ter seis consultas, eu tenho que ter passado na odonto e tem, ela tem que ter teste de sífilis e HIV no exame, para ela poder entrar, ser contemplada no pagamento. Aí tem Papanicolau, aí tem hipertenso, diabético, tudo, e é difícil porque tem unidade que a gente não tem médico agora, que saiu bastante médico, então o município...”* (Coordenadora da APS, Município C).

Mesmo não concluindo sua fala, a entrevistada passa o entendimento de que existe uma perda relacionada não só à alteração dos critérios de financiamento, mas também pela dificuldade na contratação de profissionais apontada anteriormente. Quando questionada sobre outros impactos pelo critério de pagamento por desempenho, ela mantém o argumento da necessidade de organizar os dados e cadastros, tendo sido feitos diversos mutirões envolvendo todas as categorias profissionais para essa finalidade. Outro agente indicado pela entrevistada como suporte da APS nesse momento foi uma empresa descrita como apoiadora de diversos municípios que organiza reuniões semanais com as equipes de coordenação da APS para apontar as falhas que constam no sistema e propõem soluções para o atingimento das metas: *“(...) eles mandam assim, para cada unidade, oh, essa gestante está faltando uma consulta para atingir a meta, aí os agentes de saúde correm atrás, a gente corre atrás para poder atingir e para não perder naquele quadrimestre o valor, entendeu?”*

Quando questionada, por fim, sobre os impactos que a diminuição do repasse gera no planejamento da APS, a entrevistada afirma haver impactos diretos em toda a sua organização por este motivo, fazendo com que a gestão fique, em suas próprias palavras, “*mãos atadas*”.

A quantidade de enquadres, analisada como o segundo eixo analítico mais presente na entrevista, se apoia no fato de que surgiram em diversos momentos dúvidas sobre o que estava sendo questionado pela entrevistadora, de modo que a entrevistada devolvia o questionamento para que esse fosse enquadrado novamente de outra maneira. Apesar da entrevistada estar no cargo de coordenação há cerca de seis anos, ela relata conciliar sua função com a assistência em outro nível de atenção à saúde, o que pode indicar sobrecarga. A esse fato também pode estar relacionada a dificuldade mencionada na contratação de profissionais, especialmente médicos, desvelando um problema importante e anterior à implementação do PPB, mas que é diretamente agravado pela mudança do financiamento. Novamente é descrito um problema com relação ao registro das informações, que também traz complicações para a contemplação dos critérios do novo modelo de financiamento, como o pagamento por desempenho. Dessa forma, apesar de terem sido identificados um número baixo de discordâncias explícitas, existe o entendimento de que o cenário com relação à APS no município, que já é custoso, terá mais perdas a partir da implementação do PPB.

### **Município D**

Foram analisados 267 turnos de fala, que foram classificados em 41 enquadres, 31 concordâncias, 2 discordâncias, 60 justificativas, 1 proposição, 94 ações, 6 falas como “insegurança quanto ao assunto”, 4 confusões e 28 validações. A entrevista foi a que mais apresentou turnos de fala, se destacando entre as outras entrevistas pela maior quantidade de concordâncias, justificativas, ações e reafirmações. A pessoa entrevistada havia assumido o cargo de coordenação no município em questão no ano em que foi realizada a entrevista, todavia era gerente de uma UBS há alguns anos no município vizinho. É importante dizer que não se trata de um profissional da saúde, mas um trabalhador com formação administrativa e especializações na área de gerenciamento da saúde.

No primeiro enquadre analisado, sobre as mudanças entre os anos de 1996 e 2017 na APS e sobre a escolha do município pelo modelo ESF, a entrevistada fala que a principal motivação se dá pelo processo de territorialização, que o modelo então propicia uma maior aproximação e vínculo com a população. Quando questionada sobre as práticas participativas, a entrevistada pergunta se pode falar de falhas na entrevista ou não, o que é indicado pela entrevistadora como bem-vindo. É afirmado como um problema importante a não existência

de um protocolo da APS no município, de modo que os existentes são apenas os relacionados à enfermagem. Relata ainda que o planejamento da APS passou a ser considerado e pautado a partir de dois anos antes da realização da entrevista, período em que passa a realizar mudanças como a mudança de nomenclatura das UBS para Unidade de Saúde da Família.

Ao falar sobre as equipes à pedido da entrevistadora, relata que, apesar do NASF ter sido desfinanciado pela esfera federal, o município fez a escolha de mantê-lo em funcionamento, ainda que existam dificuldades na contratação dos profissionais. Além do mais, a entrevistada se adianta em dizer que a partir do PNAB de 2017 passou a ser discutida a questão gerencial das unidades de saúde do município, pois a maior parte das unidades não possuem gerentes, sendo os responsáveis por elas os próprios enfermeiros que são os responsáveis pelas equipes. Existem duas unidades no município que possuem duas equipes, e elas possuem gerentes, mas que também são os enfermeiros de uma das equipes, acumulando a função assistencial e gerencial. É importante destacar que, mesmo expondo os dois problemas com relação à ausência de protocolos na APS e sobre a questão gerencial das unidades, a entrevistada reforça que são problemas que estão sendo corrigidos sem que a entrevistadora perguntasse sobre. Quando questionada sobre como o cuidado é dirigido e planejado às populações dentro do município, demonstra confusão acerca do termo “propor”, de maneira que a entrevistadora reformula sua fala indicando que são práticas da ESF, modelo escolhido pelo município. Logo, a entrevistada relata existirem problemas nas delimitações territoriais das áreas de abrangência das unidades de saúde, sobrecarregando uma das unidades e complementa dizendo que o território está definido e os agentes comunitários atuam dentro de seus território, mas os erros se devem a outras situações, sendo intituladas como “questões políticas”, mas não só:

*“(...) não só uma questão política, mas eu peguei uma situação, por exemplo, que uma unidade, ela estava pegando um lado, por exemplo, tem uma rodovia, tem uma unidade aqui, e uma unidade aqui, só que assim, essa unidade pegava a população dessa parte aqui, que tinha que, ou seja, para essa pessoa desse local aqui, teria que atravessar a rodovia, que não seria o ideal, seria todo mundo da pista para cá, e da pista para lá, só que aí o que acontece? Tem uma questão da população não aceitar, de estar em outro local, e quer continuar na unidade aqui, tem a questão também ao contrário também, por exemplo, poderia haver uma divisão de uma parte aqui que poderia ficar melhor para essa equipe, só que também não querem mexer com essa população que já está assistida por essa unidade para não ter problemas em redes sociais, em questões assim de política mesmo”* (Coordenadora da APS, Município D).

A entrevistadora questiona se essas questões prejudicam o trabalho realizado pela APS, o que a entrevistada afirma e justifica não estar delimitado da forma correta, que seria a partir de considerar as dificuldades que os usuários e os agentes comunitários possuem com

relação ao trânsito no território, o que pode impedi-los de acessar a unidade em alguns momentos.

A questão sobre a não existência de protocolos anteriores na APS é apontada novamente pela entrevistada quando questionada sobre a função de coordenação do cuidado realizado pela área. Essa problemática gerava um ponto de parada em alguns tratamentos em que não havia um direcionamento ou protocolo para seguimento, como é apontado:

*“(...) com relação a cuidado da obesidade, por exemplo, então para a pessoa poder ser encaminhada para uma bariátrica ela não tem, não existe um protocolo de encaminhamento, apesar que começou a existir, como a gente está falando lá de trás, esse protocolo é muito recente, mas não existiam protocolos nesse sentido, então como as pessoas deixavam de ter atenção de alguns serviços na rede por falta de ter por onde ela começar aquilo que não existia, então teve bastante dificuldade nesse sentido com relação à rede por falta de ter um protocolo, de como entrar naquele serviço, então começava a tratar de repente na própria cidade, só que de um determinado ponto para frente não andava porque não tinha para onde mandar”* (Coordenadora da APS, Município D).

A partir desse problema evidenciado nessa fala, a entrevistadora solicita que seja falado mais sobre os processos de encaminhamento entre os níveis de atenção em saúde. São apontados gargalos importantes com relação à realização de exames e a algumas especialidades médicas, especificamente. A entrevistada fornece até mesmo um exemplo pessoal: *“vou falar pela minha filha, nós demos entrada no, isso faz quase dois anos, um ano e meio, fizemos um pedido de, qual foi a especialidade? Um ecocardiograma pediátrico, até hoje, um ano e meio, entendeu? Não saiu”*.

É citado também pela entrevistada que seu município se beneficiou pela implementação de outro serviço em uma cidade vizinha, o que possibilita que muitos casos sejam referenciados para ele. No entanto, é dito que *“tudo que é referenciado para fora demora um pouco mais”*, o que não acontece quando é possível referenciar para um serviço do próprio município. Afirma também que, além desse serviço citado, muitas das situações são referenciadas para os municípios vizinhos, visto que a rede de média e alta complexidade está quase totalmente nos outros municípios.

Uma nova dúvida é feita quando a entrevistadora insere o tema das mudanças geradas pela atualização da PNAB de 2017, de modo que a entrevistada entende ter sido dito que foi instituída a não obrigatoriedade do médico e do enfermeiro, mas acredita ter entendido errado, o que faz com que a entrevistadora reformule dizendo que foi instituída a não obrigatoriedade de profissionais não médicos e enfermeiros. Nesse sentido, é afirmado que toda o planejamento de formação de equipes tem como base essa atualização como forma de não *“ter problemas”*:

*“Hoje é tudo baseado nisso porque a formação da equipe, todas as equipes daqui são formadas baseadas nisso, o médico, o enfermeiro, auxiliar de enfermagem, dois auxiliares, e quatro agentes comunitários, então foi direcionado totalmente em cima disso aí, o NASF como eu falei, até então existia financiamento do NASF nesse período aí, hoje em dia não tem mais o financiamento, mas o NASF se manteve”* (Coordenadora da APS, Município D).

Ao ser questionada sobre a incorporação de outras atividades para os ACS, relata que o município ainda não aderiu a essa orientação, mas que uma parte dos ACS estão passando por um curso que envolve essas novas atribuições. No entanto, a entrevistada expõe uma preocupação com o cenário futuro quando isso de fato for implementado pelo motivo de que todos passaram a ter um aumento salarial, mas não serão todos que terão suas atribuições ampliadas, o que pode gerar uma não aceitação por parte da categoria no futuro. Além disso, também vislumbra problemas com relação ao manejo de pacientes a partir dessas novas atribuições, como: *“eu vou lá na casa do paciente, eu vou aferir a pressão, a pressão dele está 25/15 lá, você vai ter que chamar o SAMU, e você vai ter que acompanhar o cara porque só está você ali, e aí? Como que faz?”*.

Em seguida, é introduzido o tema sobre as mudanças previstas a partir do Programa Previne Brasil e questionado se o critério de captação ponderada teria trazido benefícios ou complicadores. A entrevistada primeiro expõe que o município possui cerca de 94,6% de pessoas cadastradas, o que, a partir de sua percepção, não implica em grandes complicadores por esse motivo. No entanto, num momento posterior, refere ter ficado reflexiva sobre o fato de talvez estarem recebendo um valor menor do que o que era repassado pelo modelo do PAB Fixo, já que não tem essa informação para realizar uma comparação: *“deu um estalo agora aqui né, porque pode ser que eu também esteja tendo prejuízo sem saber né, em relação ao que era antes”*. Em seguida, afirma poder haver uma diminuição do recurso repassado pela diferença entre a quantidade real de pessoas residentes do município, cadastradas nos serviços de saúde, e o estimado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de modo que a referência de 94,6% da meta de captação ponderada estaria relacionada ao total estimado pelo último censo do IBGE, que pode trazer riscos para o repasse financeiro ao ser atualizado com a quantidade real de munícipes. Nesse sentido, afirma sobre o Programa Previne Brasil: *“então é um programa que veio para tirar, não veio para acrescentar, então nós sentimos isso tanto na capacitação ponderada nesse sentido de população, a gente tem que sempre ficar correndo atrás, que antes não tinha isso né”*.

Sobre a homologação das equipes, a entrevistada se queixa de demora no processo, apesar de no momento não estar aguardando homologações, mas de ter tido uma experiência

que foi se estendendo e de saber de outros municípios também. O que é trazido como maior problema para os repasses financeiros é o critério de pagamento por desempenho:

*“(...) isso complicou muito porque antes existia, existia piso né, então tinha o piso e aí você fazia as ações e você conseguia receber um pouco mais, hoje existe teto, então você está aqui embaixo e você tem que chegar até o teto que é o máximo que você vai conseguir e o município teve problema com isso nesse ano porque não conseguiu atingir alguns indicadores de desempenho, tudo bem que ainda se pagou integralmente até o final do ano passado, só que no começo do ano já começou a ter o indicador de gestantes que tivemos problemas com isso porque também nós tínhamos problemas com alguns CNES aqui, estavam desatualizados, teve problemas com unidade que estava sem receber o pagamento por questão de erro no CNES, então aqui o município teve problema com esse pagamento do desempenho”* (Coordenadora da APS, Município D).

Apesar da entrevistada não ter referido queixas ou prejuízos a partir da captação ponderada, aqui traz dificuldades com os dados registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) que foram descritos como sendo erros no cadastro de profissionais nas equipes, afetando a homologação de equipes e o repasse de recursos. A entrevistada ainda relata que se iniciou uma conversa no município sobre o Previne Brasil em 2018, mas com poucas informações. Refere ter sido ela quem se aprofundou nos indicadores e que foi entender o que havia de errado no CNES: *“(...) quando eu peguei tinha um x valor com essas falhas, essas coisas e nesse último quadrimestre já deu uma melhorada em questão de valores porque houve uma melhora em relação a estruturação do CNES, do sistema”*.

Ainda, complementa sobre a dificuldade com relação ao atingimento da meta de pagamento por desempenho:

*“(...) você não corre atrás de complementar, você corre atrás do prejuízo e aí vai chegar no momento que se você conseguir ser 100% que é uma coisa muito difícil, que parece que da forma que foi feita realmente é para não conseguir chegar e realmente é para diminuir o envio de recurso, dá essa impressão, não sei se é isso, mas a impressão que dá é quanto menos conseguir melhor, que é menos recurso e cada um que se vire com o seu tesouro, para bancar as despesas, então essa é a impressão que a gente tem e a gente sente isso na pele aqui”* (Coordenadora da APS, Município D).

Em outra pergunta, a entrevistadora questiona sobre a opinião da entrevistada sobre o modelo de transferência de recursos especificamente com relação ao pagamento por desempenho, e a entrevistada se posiciona de forma objetiva quanto ao assunto:

*“(...) eu não gosto desse formato, como eu falei, os indicadores são importantes, ok, a questão do pré-natal, legal, a questão lá dos testes para gestantes, a questão do citopatológico, a saúde bucal, só que não é só isso né, a gente está medindo a saúde por alguns fatores, não fala nem, por exemplo, qual o indicador de mortalidade infantil, não tem (...) eu acho que é muito vago, são sete indicadores, tudo bem, eu não sei se é verdade ou não, se eles vão aumentar esse leque de indicadores, não sei, que vai piorar mais ainda porque é só para diminuir mais ainda (...) é uma loucura, você fica louco e não*

*consegue chegar; eu acho que ninguém vai conseguir chegar a 100% desses indicadores”* (Coordenadora da APS, Município D).

É também trazido um enquadre sobre o impacto desses problemas no planejamento da APS local, que a entrevistada analisa compreendendo que os critérios estabelecidos privilegiam essencialmente os municípios maiores e já com mais recursos, por conseguirem investir na saúde e garantir maior repasse da esfera federal por meio do atingimento das metas:

*“(...) inclusive eu acho assim, quanto mais recurso o município tem, mais ele vai ganhar com isso, então você pega um município grande, vou citar (município vizinho) novamente porque eles têm recursos próprios numa larga escala maior do que Peruíbe, por exemplo, e eles estão conseguindo com esses recursos melhorar a questão estrutural para que se possa atingir os indicadores, aí o que acontece, eles recebem recursos do governo federal de uma forma maior e junta-se com os deles, e eles conseguem de alguma forma ir juntando isso e estruturando melhor, para municípios que nem o nosso que tem, vamos dizer assim, um recurso próprio já é um pouco mais escasso, ou até uns que são menores ainda, você não atinge com o recurso próprio que você tem, você não consegue financiar tudo aquilo ali e aí você não atinge o indicador e você não recebe, e sempre você vai ficando com menos porque você aplica mais o seu, não recebe de cima e você vai só diminuindo, e os municípios maiores que tem mais recurso vão sempre conseguindo mais recursos e conseguindo melhorar o seu serviço, então penso assim, não é algo que está salvando quem realmente precisa, que tem, quem tem mais dificuldade, os municípios que tem menos recursos, quem tem menos recursos está tendo mais problema do que quem já tem e o nosso caso é um deles, eu acho muito ruim”* (Coordenadora da APS, Município D).

Ao longo da entrevista, fica evidente o movimento principal da entrevistada em descrever ações e justificá-las, apresentando majoritariamente concordâncias em vez de discordâncias de forma explícita. No entanto, não deixa de apresentar discordâncias, ficando elas evidentes quando discutido o novo modelo de financiamento da APS. É percebida a ação da entrevistada apresentar problemas acerca dos temas abordados e justificá-los, descrevendo em seguida o que está sendo feito sobre ou que planeja-se sobre. A entrevistada responde grande parte das perguntas na primeira pessoa do singular, o que pode indicar que seu posicionamento pessoal esteja mesclado ao posicionamento oficial do município. Além disso, como a própria entrevistada ressalta com relação às atualizações da PNAB de 2017 acerca da formação das equipes, são aceitas e incorporadas as mudanças para “não ter problemas”. Nesse sentido, apesar do município aderir a uma série de orientações, a entrevistada, que aparenta concordância explícita em diversos aspectos, traz críticas que indicam a previsão de prejuízos, como a questão das novas atribuições dos ACS. Como referido, as críticas e discordâncias ficam mais explícitas quando questionada sobre o Programa Previne Brasil, mais especificamente sobre o prejuízo com relação ao repasse financeiro pelo novo modelo.

Dessa forma, a entrevistada refere grande dificuldade em contemplar todos os critérios e principalmente o de pagamento por desempenho, ressaltando acreditar ser algo que foi estruturado para garantir que a esfera federal se responsabilize cada vez menos pelo financiamento da saúde, deixando à cargo dos municípios arcarem com a maior parte das despesas.

### **Município E**

Foram analisados 119 turnos de fala, sendo 19 classificadas como enquadres, 8 como concordâncias, 3 como discordâncias, 30 como justificativas, 31 como ações, 13 indicaram insegurança quanto ao assunto, 5 apontam confusão, 10 indicam confirmação da fala e não foi identificada nenhuma proposição. Entre as entrevistas de coordenações analisadas, foi a que apresentou maior quantidade de turnos de fala classificados como “insegurança quanto ao assunto”. Também é a entrevista com menos turnos de fala.

O primeiro enquadre refere-se à opção do município pela ESF e como se dá o funcionamento do modelo na cidade em questão num período anterior à pandemia de covid-19. Logo no início da entrevista, já são apontadas falas com insegurança quanto ao assunto:

Figura 5 - Trecho de mapa dialógico com coordenadora da APS do município E ilustrando sequência de falas de insegurança quanto ao assunto, entre descrição de ações e uma validação:

| Enquadre | Concordância | Discordância | Justificativa | Proposições | Ações | Insegurança quanto ao assunto | Confusão | Outros |
|----------|--------------|--------------|---------------|-------------|-------|-------------------------------|----------|--------|
|          |              |              |               |             |       |                               |          |        |
|          |              |              |               |             |       |                               |          |        |
|          |              |              |               |             |       |                               |          |        |
|          |              |              |               |             |       |                               |          |        |
|          |              |              |               |             |       |                               |          |        |
|          |              |              |               |             |       |                               |          |        |
|          |              |              |               |             |       |                               |          |        |
|          |              |              |               |             |       |                               |          |        |
|          |              |              |               |             |       |                               |          |        |

Fonte: Elaborado pela própria autora.

A pessoa entrevistada refere não ter vivenciado, enquanto coordenação da APS, o período em que foi feita a opção pelo modelo da ESF, apesar de ter sido realizada uma ampliação do modelo de uma cobertura em 80% dos serviços para a cobertura completa pelo modelo indicado. Sua trajetória é descrita como sendo trabalhador da saúde na APS, seguido de um cargo de gerência num serviço de urgência e do retorno para a APS como coordenação. No período em que se distancia da APS, relata ter sido o período em que o Núcleo de Apoio

da Saúde da Família (NASF) foi implementado e adaptado no município. No entanto, quando retorna à área, meses antes do início da pandemia de covid-19, tem pouco contato com as equipes NASF, o que é indicado pela pessoa entrevistada como algo importante para pensar a APS.

Para responder sobre o funcionamento da ESF relacionada às práticas gerenciais participativas, a entrevistada anuncia que deslocará seu discurso de gestor para trabalhador da APS, pois teve experiência como trabalhador da saúde. É citado o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) como mudança relevante, sendo um programa que instituiu metas para os trabalhadores e que gerava uma pressão na rotina de trabalho, mas que incluía os trabalhadores nas práticas gerenciais.

Acerca da territorialização da APS, é descrita uma mudança importante, por meio da percepção da entrevistada, sobre a organização do território. Refere que, no período em que trabalhava diretamente em uma unidade de saúde, sua equipe era completa e isso promoveu um trabalho de cobertura territorial completa também, o que contrapõe com a realidade atual que é descrita como carente de agentes de saúde.

Conforme a entrevistadora realiza enquadres voltados para o funcionamento da APS num período anterior à pandemia, as respostas são evasivas e reafirmam o distanciamento que a entrevistada teve com a área nos últimos anos, tendo passado eles voltados para a área da urgência em saúde:

***“Tá, então você não teria como, por exemplo, falar sobre a organização, as dificuldades da organização da rede, os serviços de média e de alta complexidade?”***

*Lá não, antes não.*

***Antes não, antes da pandemia você não tem nenhuma, assim, noção do que era essa organização e essa administração?”***

*É, eu sei coisas porque a gente é enfermeira no município, mas assim, te falar olha, é isso, não, porque eu não vivenciei, eu vivenciei mais a urgência, vivenciei clínica da criança, mas sem ser atenção primária.”* (Entrevistadora, em negrito, e Coordenadora da APS, Município E).

A entrevistadora enquadra as perguntas com o cuidado de orientar a entrevistada a responder somente o que lhe cabe e, ao questionar sobre as mudanças geradas pela atualização da PNAB em 2017, a entrevistada se posiciona falando sobre o período em que esteve na assistência, referente ao período que data até o ano de 2016. Ela aponta que as equipes eram completas, com exceção dos agentes comunitários de saúde, que é uma categoria que estava apresentando desfalques desde o período. No entanto, apesar da PNAB de 2017 indicar serem necessários apenas quatro ACSs por equipe, a entrevistada pontua que foi uma escolha do município manter seis agentes por equipe, já que as unidades têm seus territórios de

abrangência divididos em seis áreas, bem como manter as equipes de saúde completas, apesar disso não ser efetivado em alguns momentos.

Ao falar sobre o Programa Previne Brasil, a entrevistada refere que mesmo estando inserida na coordenação da APS no período em que o programa foi implementado, precisou se atualizar do funcionamento anterior da APS e o que estava sendo alterado. Nesse sentido, pontua o critério de captação ponderada como algo que trouxe bastante dificuldade, principalmente pela defasagem de agentes comunitários:

*“(...) a partir de agora nós vamos ter que realmente, nós vamos ganhar pelo aquilo que foi cadastrado, no nosso caso muito difícil porque? Porque nós não tínhamos o agente e então a gente não conseguia, ah, mas só o agente pode fazer? A gente sabe que não, qualquer um da equipe, mas para trazer a população para a unidade foi muito difícil, porque assim, a gente esbarra na população principalmente em alguns bairros que falam “eu não uso o SUS, eu não quero a unidade de saúde” (Coordenadora da APS, Município E).*

No entanto, no período da pandemia, o número de cadastros dobrou em decorrência de uma mudança de perspectiva da população acerca da assistência em saúde pública:

*“(...) e aí com a pandemia, muitas pessoas, a gente viu assim, que o nosso número de cadastros era x e ficou 2x depois porque com a pandemia eles perceberam que realmente utiliza de alguma forma o SUS, mesmo a gente explicando, você vai na padaria, você está usando o SUS, e a gente percebeu que melhorou muito porque as pessoas passam a ver o nosso serviço com outros olhos, mas lá atrás foi muito difícil, eu peguei o finalzinho, já muito perto da pandemia, só que eu vi o quanto a gente sofreu para isso, para chegar e não chegou, a gente não conseguiu chamar a população, ir atrás da população para esses cadastros, principalmente para mostrar números foi muito difícil” (Coordenadora da APS, Município E).*

No entanto, mesmo com esse impacto da pandemia com o aumento dos cadastros, a entrevistada afirma posteriormente que haverá uma diminuição na transferência de recursos federais para o município pelo não alcance da meta pelo critério da captação ponderada:

***“(...) na sua percepção o novo funcionamento, o novo financiamento pode levar a diminuição de transferência de recurso do Ministério da Saúde para a atenção básica do município?”***

*Sim, sim, vai haver porque a gente não consegue atingir, justamente porque eu te falei, a população, a maioria da população, hoje a minoria né por causa da pandemia, ela não via o SUS antes, eu não preciso do SUS, então tinha essa dificuldade, muita recusa de cadastro, a gente tinha muito pré-natal que hoje é um dos indicadores, a gente não conseguia bater porque muitas faziam no particular e hora que você falava, vem cá, vamos bater uma conversa, vamos cadastrar, não ia, então assim, a gente vê que a gente vai ter muita perda, a gente está remando contra a maré, mas a gente vai ter sim.” (Entrevistadora, em negrito, e Coordenadora da APS, Município E).*

A entrevistada afirma que a alteração do financiamento não levou a alterações na quantidade de equipes ESF por equipes de atenção primária (eAP). Todavia, refere ter parado de tentar homologar novas equipes no período até o período em que foi realizada a entrevista,

de modo a dizer que esse trabalho seria retomado ainda. Acerca do critério de pagamento por desempenho, entende ser algo positivo, pois *“aí faz você ir atrás”*, e impactaria na melhora da qualidade do serviço. Ao mesmo tempo, quando questionada sobre os impactos que o não atingimento dos critérios de avaliação para o repasse de recursos, refere que os impactos são grandes e eles não possibilitam a realização de melhorias ao município:

*“Impacta muito porque diminui o nosso recurso e a gente não tem como prever melhorias ao município, por isso que eu falo ele é bom e ele é ruim, esse lado bom é de você querer ir atrás, você enquanto profissional mostrar a população que realmente precisa do serviço, não é só a questão de dinheiro, só que aí vem o ruim pela questão do serviço, e aqueles que eu não dou conta, o que fazer, como trazer, e aí sem recurso, a gente quanto menos recurso, menos a gente tem acesso.”* (Coordenadora da APS, Município E).

Além disso, compreende que a exclusão de um repasse destinado ao NASF impacta diretamente na permanência de profissionais que compunham as equipes, pois *“como não existe essa verba, então não tem porque ter esse profissional, em município né, dizendo pelo município”*.

Diferentemente das outras entrevistas, nessa não são prolongadas as falas acerca dos temas que a entrevistada não tem domínio, tendo em vista que ela mesma pontua seu distanciamento com os temas em mais de um momento. Os turnos de fala aumentam com relação à mudança do modelo de financiamento, tratando-se do Previner Brasil. Nessa perspectiva, a entrevistada traz, com base em justificativas, um posicionamento contrário, mas não explícito, afirmando prever muitas perdas a partir dos novos critérios.

#### **4.1.2 Discussão**

Os municípios apresentam características específicas com relação ao seu porte e ao modelo de atenção instituído na APS, o que aparece sendo justificado nas falas dos coordenadores como algo relacionado à distribuição dos equipamentos de saúde na cidade e região, às gestões anteriores e à autonomia financeira que os municípios possuem em detrimento do repasse federal para a saúde. Apesar de dois dos cinco municípios entrevistados possuírem o modelo de APS tradicional, estes referem a intenção de adequação ao modelo ESF no futuro, descrita a partir da necessidade de contratação de ACS principalmente. Nesse sentido, a presença de ACS nos municípios é algo que demonstrou ser valorizado na maior parte das entrevistas, como uma ferramenta importante para a efetivação do cuidado territorializado. Outro aspecto importante foi a citação de programas ou ações diferentes por cada entrevistada ao serem questionadas sobre a adequação do município às diretrizes da APS. Dessa forma, foi citado pelo município A o PTS como ferramenta essencial para pensar

a integralidade do cuidado, o município B cita a visita domiciliar, o município C cita os mutirões realizados nos bairros mais distantes e o município D cita a definição dos territórios, apesar das dificuldades cotidianas com adequações a serem realizadas. O município E é o único que não se pronuncia sobre esse aspecto por não ser possível aprofundar a questão pelo fato da entrevistada não ter estado diretamente na APS nos últimos anos. Tendo isso em vista, fica evidente que as necessidades e ações da APS que se destacam em cada município são diferentes e dialogam com as possibilidades e dificuldades encontradas no cotidiano de trabalho, onde recursos e a rede de saúde se dá de forma heterogênea.

Sobre o Programa Previne Brasil, todas as coordenações referiram problemas com relação aos indicadores em decorrência do registro, ou pelo cadastro da população, relacionada à captação ponderada, ou ao registro de procedimentos. Todavia, são problemáticas que já vinham sendo enfrentadas pelos municípios e que foram intensificadas pela instituição dos novos critérios de financiamento, especialmente aos municípios de menor porte (B e C) que apresentam redes de saúde com um funcionamento bastante específico por depender e alocar os serviços de acordo com a disposição da região como um todo. Dessa forma, entende-se que a padronização de critérios de avaliação para o repasse financeiro, num primeiro momento, não leva em conta as características específicas com relação ao porte e à disposição dos serviços nos municípios, como é observado por Costa *et al* (2022, p. 16) ao afirmar que “os critérios de distribuição de recursos não incorporam a diversidade característica dos territórios e as disparidades entre as regiões do País”. Além disso, os autores já previam que o PPB poderia levar ao agravamento do subfinanciamento da saúde pública no Brasil, revertendo conquistas históricas nesse campo.

Além das diferenças na organização dos serviços da APS nos territórios, os municípios de pequeno porte sofrem com a menor arrecadação municipal, impactando diretamente no orçamento para a saúde que é coberto pelo próprio município, tendo em vista o não atingimento de critérios para o repasse como a captação ponderada e o pagamento por desempenho. Ainda, nota-se que ambas as coordenações desses municípios mantêm funções assistenciais para além do cargo de coordenação da APS e expõem que a função de coordenação de cuidado da APS se dá principalmente por meio dos encaminhamentos médicos. Já os municípios de maior porte, apesar de possuírem problemas diferentes dos de pequeno porte, ainda lidam com impasses relevantes no processo de territorialização do cuidado pela APS. É percebido, no entanto, que possuem maior autonomia na escolha do modelo de APS quando comparados aos de pequeno porte.

Outro ponto importante e comum entre os municípios, foi a queixa pela incompletude do quadro de profissionais da APS. Como Melo *et al* (2020) havia previsto, as equipes buscaram ampliar os cadastros em prol do critério de captação ponderada e, como consequência, as equipes passaram a operar com um número reduzido de profissionais para uma maior quantidade de usuários.

Os mapas dialógicos, embora tenham especificidades, apresentam um padrão de falas predominante que corresponde à sequência de enquadre, ação e justificativa e, em muitos momentos, acompanhados de turnos de validação da própria fala. Essa sequência indica a forma do discurso e evidencia alguns pontos: uma possível insegurança sobre o que irá ser dito, visto que a entrevistadora representa um órgão de pesquisa de nível estadual e a pessoa entrevistada corresponde a uma posição de nível municipal, de modo que sua fala indica um movimento expositivo de fatos e explicações sobre estes e quase não apresenta concordâncias ou discordâncias, o que exime a pessoa entrevistada de revelar aspectos de sua interpretação sobre os temas abordados e falar como representante do município. Nesse sentido, apesar do número de discordâncias e concordâncias explícitas serem evidentemente menores, existe, no discurso das entrevistadas, falas que indicam prejuízos ou benefícios de acordo com o tema enquadrado.

Nos momentos em que é explícito o uso da primeira pessoa do singular nas respostas, o que evidencia um posicionamento e experiência da pessoa entrevistada, nota-se uma naturalidade, ou menor preocupação, das entrevistadas a partir de perguntas direcionadas somente a elas, ao invés de ser algo sobre o município em questão. Pode ser um indicativo de que o tema abordado esteja dentro de sua especialidade, enquanto temas que abordem o processo de trabalho como um todo, ou até processos dos quais elas não operem, como fica nítido principalmente nos municípios de menor porte, estejam mais distantes de sua área de conhecimento. No entanto, especificamente sobre a entrevista do município D, onde existem muitas falas em primeira pessoa, se observa o funcionamento da entrevistada relatar problemas com relação ao funcionamento da APS no município, mas justificar estes e complementar referindo o que vem realizando para solucioná-los. Dessa maneira, nota-se que as respostas, a partir da descrição da avaliação do funcionamento da APS no município, funcionam como elos para que a entrevistada descreva também suas propostas para a gestão, o que pode ser visto como justificativa e a exime da responsabilidade do que indica não estar adequado.

Considerando as elaborações sobre ideologia, o cenário da APS vislumbrado nas entrevistas com as coordenações evidencia discursos ideológicos operantes que realizam a

manutenção do mesmo. Compreende-se, a partir de Bakhtin (2014), que a palavra é um signo a princípio neutro, podendo ela ser preenchida de funções ideológicas. Nesse sentido, os eixos analíticos traçados nos mapas dialógicos indicam a função presente nos turnos de fala, de acordo com os elementos textuais e contextuais existentes. Ao pensarmos nos Aparelhos Ideológicos do Estado (AIE), e sendo o discurso um aparelho considerado pelos filósofos, este se mostrou um campo propício para investigação das contradições e relações de poder presentes na prática das coordenações dos municípios paulistas.

Como já apontado, os municípios apresentam características diferentes em relação ao porte populacional, extensão territorial, histórico de gestão e organização dos serviços de saúde, o que gera diferentes relações entre os indivíduos e suas relações reais de existência. Dessa forma, considera-se que os modelos de financiamentos da APS, PAB e PPB, representam as ideologias presentes no campo da saúde em detrimento da realidade material dos municípios.

As entrevistadas, em momentos de discordância ou quando afirmam prejuízos relacionados ao modelo de financiamento, parecem tomar consciência sobre suas posições, enquanto trabalhadores e municípios, dentro das formações discursivas e ideológicas presentes nesse campo. No entanto, não parecem sustentar uma crítica ou discordância explícita com relação a essas.

Tendo em vista as formulações teóricas de Chauí (2025), são expostas por ela características dos discursos ideológicos operantes em sociedade que são atualizados pelas mudanças nas relações dos modos de produção. As entrevistas com as coordenações, a partir da predominância da sequência de falas entre enquadrar, descrever ações e justificar, demonstram que em muitos momentos as entrevistadas se localizam próximas ao discurso ideológico da “organização”. É evidente que, para as coordenações, os temas tratados estão imersos numa racionalização do trabalho em saúde que, especificamente tratando-se do PPB, parece desvalorizar os fins das ações em saúde, sendo estas apenas meios para obter o objetivo final, a contemplação dos critérios para o repasse financeiro. Ainda, evidencia-se que em muitos momentos, como na entrevista com a coordenação do município D, a entrevistada está identificada com os processos de trabalho, o que também é característico do discurso ideológico descrito e é observado pelo grande uso de respostas em primeira pessoa do singular para falar sobre os processos de trabalho questionados. Essa mesma entrevistada revela não ser profissional da saúde, mas possui uma formação administrativa com complementação em gestão em saúde, o que dialoga com as considerações de Chauí (2025) sobre a tecnociência e a ideologia da competência. A autora identifica que o advento da

tecnologia e das ciências, o entrelaçamento delas e a absorção desses processos pelo setor empresarial produziram a “sociedade do conhecimento”, cuja relação de poder central se dá entre os sujeitos que possuem o saber e os que não possuem, tornando eles competentes ou incompetentes. Nesse sentido, a coordenadora do município D parece operar por meio do discurso do especialista pois, apesar de evidenciar problemas na organização, que seria a APS do município, traz justificativas ao referir como está resolvendo os problemas ou como planeja resolvê-los, operando pela “competência privatizada”.

## 4.2 Trabalhadores da APS do município de São Paulo<sup>2</sup>

O modelo Previne Brasil reuniu diversas críticas desde a sua divulgação envolvendo seu caráter mercadológico e privatizante (Seta; Ocké-Reis; Ramos, 2021), a intensificação de problemas previamente existentes no campo da Atenção Básica (AB) (Silva; De Oliveira, 2023) e a indução do enfoque dos profissionais às metas quantitativas em detrimento das problemáticas de saúde enfrentadas pela comunidade (Massuda, 2020). Esse cenário reafirma uma verdadeira inversão da lógica de negociação das políticas públicas no Brasil nos últimos anos e ameaçam o modelo da AB de base comunitária e familiar (Melo *et al*, 2020). É comprovado que as brechas abertas pela PNAB de 2017 e reforçadas pelo Previne Brasil acerca da não priorização do modelo ESF na AB, o qual possui maior alinhamento com as diretrizes do SUS, abrem espaço para a descaracterização do trabalho em equipe, com maior burocratização da função dos ACSs e uma redução das ações de promoção de saúde (Castanheira *et al*, 2024).

Especificamente no município de São Paulo, onde a maior parte dos serviços de saúde da AB estão vinculados a contratos de gestão (Anéas *et al*, 2023), foram publicadas desde a promulgação do PPB portarias que definissem as metas contratuais a serem executadas pelos serviços, especialmente a portaria nº 333/2022 (São Paulo, 2022a) e a nº 538/2022 (São Paulo, 2022b). Tendo em vista os estudos<sup>3</sup> que indicaram os impactos das mudanças nos processos de trabalho dos profissionais da AB em nível nacional a partir das alterações no financiamento dessa esfera, foram realizadas entrevistas em profundidade com três profissionais da rede de saúde do município de São Paulo que estiveram trabalhando na AB há pelo menos 8 anos, ou seja, antes e depois da promulgação do Programa Previne Brasil, a fim de compreender os efeitos percebidos por elas no seu cotidiano de trabalho e sua relação com o conceito de sofrimento ético-político.

### 4.2.1 “SUS Operacional” e o sofrimento ético-político das trabalhadoras

O conceito de “SUS Operacional” organizado por Mendes *et al* (2022) indica o forte posicionamento do sistema de saúde ligado a práticas gerenciais e articulações institucionais frágeis, de modo a sobressair brechas para o crescimento do capital privado nas instituições. O termo, derivado das contribuições de Marilena Chauí (2003) sobre a “universidade operacional”, revela a transição de uma “instituição social” para uma “organização social”.

---

<sup>2</sup> Este capítulo se encontra no formato de artigo por ter sido submetido à publicação previamente para a revista Saúde em Debate..

<sup>3</sup> Estudos abordados no item 2.6 da dissertação.

Nessa perspectiva, Chauí (2025) afirma que o impacto da prática administrativa transforma uma instituição social numa organização, uma “entidade isolada cujo sucesso e cuja eficácia se medem em termos da gestão de recursos e estratégias de desempenho e cuja articulação com as demais organizações se dá por meio da competição” (p. 140).

A principal diferença da organização para a instituição é por se definir por uma outra prática social, a qual busca atingir um determinado objetivo a partir de meios administrativos particulares. Suas operações se constituem por estratégias amparadas nas ideias de eficácia, êxito, gestão, planejamento, controle e previsão. Não é uma preocupação da organização questionar sua posição na sociedade, ao contrário da instituição. Enquanto a organização compreende que sua eficácia e sucesso dependem de sua particularidade, a instituição aspira à universalidade, ou seja, tem a sociedade como um princípio e referência. A instituição se percebe inserida na sociedade, na divisão social e política e “busca definir uma universalidade que lhe permita responder às contradições impostas por essa divisão” (Chauí, 2025, p. 141).

Merhy (2005), sobre a reestruturação produtiva que o setor da saúde passou entre os anos 90 e o início dos anos 2000, discute a ocorrência de redesenhos nas práticas de cuidado hegemônicas da época, fortemente guiadas pelo modelo médico centrado. O que o autor expõe, no entanto, é que, apesar da inserção de tecnologias duras no trabalho em saúde, a reestruturação ocorrida é algo mais intenso e articulado a meios tecnológicos não materiais, como as tecnologias leves e leve-duras, se expressando nos processos de trabalho envolvendo as relações pessoais no campo. Desse modo, o autor denomina que o capital financeiro naquele momento introduziu o que chamou de “Atenção Gerenciada”, um modelo de gestão do trabalho em saúde que trocava a decisão clínica pela administrativa, “impondo nova forma tecnológica de constituir o próprio ato de cuidar e o modo de operar a sua gestão, tanto no interior dos processos produtivos em saúde, quanto no campo de organização do próprio sistema” (Merhy, 2005, p. 34). É possível associar esse movimento observado pelo autor na época com os conceitos trazidos de “SUS Operacional” e as formulações de Chauí (2025) sobre a transição de “instituição social” para “organização social”. Nesse sentido, diante do que a literatura apontou sobre a mudança do modelo de financiamento da Atenção Básica no país, se evidencia uma mudança também de posicionamento da instituição saúde/atenção básica, consonante com os apontamentos de Mendes *et al* (2022), Chauí (2003; 2025) e Merhy (2005).

Ao considerarmos a centralidade do trabalho na vida dos sujeitos (Antunes, 2018), compreendemos que também podem ser um importante fator na relação com o sofrimento dos sujeitos. Sawaia (1999), ao conceituar o sofrimento ético-político como consequente da

dialético exclusão/inclusão, considera que todos estamos inseridos de alguma forma nesse processo pelo circuito reprodutivo das atividades econômicas e que os processos de exclusão são fundamentais para a manutenção da ordem social, sendo parte deste a alienação dos trabalhadores em prol da mercantilização da sua força de trabalho. Apesar da exclusão proporcionar ações que em grande parte das vezes são sutis, geram consequências bastante reais e “gestam subjetividades específicas” que podem ser representadas pelo se sentir discriminado ou revoltado, por exemplo. Nesse sentido, a categoria de sofrimento ético-político visa dar enfoque às consequências dos processos de exclusão e inclusão que são sentidos e efetivados no sujeito de forma integral, abrangendo suas relações com o mundo. Para isso, torna central no debate que realiza, as categorias de afetividade, ética e subjetividade, compreendendo que os efeitos da dialética exclusão/inclusão afeta os sujeitos também de forma íntima. Portanto, o objetivo deste capítulo foi analisar os impactos da transição do modelo de financiamento na lógica do SUS operacional e da Atenção Gerenciada no cotidiano das trabalhadoras da assistência que acompanharam a mudança no município de São Paulo, dando enfoque à categoria de sofrimento ético político.

#### **4.2.2 Método**

Esta etapa compõe a captação de materiais de análise da pesquisa, sendo uma pesquisa de âmbito qualitativo. As profissionais<sup>4</sup> compõem equipes multidisciplinares de um distrito de saúde do qual a pesquisadora também faz parte e foram selecionadas a partir do contato pré-estabelecido entre pesquisadora e participantes seguindo os critérios de participação. Foram feitos convites de forma individual às participantes, mantendo o sigilo acerca da participação ou não das entrevistas e estas foram realizadas presencialmente, em local sugerido pelas participantes, e também via Google Meet. As entrevistas foram gravadas e ficarão armazenadas em arquivo digital, sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora por um período mínimo de 5 (cinco) anos.

As profissionais entrevistadas se dedicam e/ou se dedicaram à área da saúde estando inseridas na Atenção Básica por pelo menos 10 anos no município de São Paulo, presenciando a transição de modelos de financiamento da AB e seus impactos. Aquelas que não estão mais trabalhando nesse nível de complexidade tiveram uma saída bastante recente da área, não afetando a validade das suas falas sobre o período de trabalho analisado. As entrevistadas são profissionais que tiveram experiências entre Unidades Básicas de Saúde, tanto ESF quanto tradicional, e Consultório na Rua.

---

<sup>4</sup> Utilizo pronomes femininos devido a presença feminina dentre os profissionais de saúde ser majoritária.

As entrevistas foram semi-estruturadas e buscaram analisar as mudanças que as profissionais identificaram nos seus trabalhos a partir de 2019, com o objetivo principal de analisar a existência de sofrimento relacionado ao trabalho nesse contexto. A partir do material colhido, foi optado pela Análise de Conteúdo Temática (Bardin, 2016) deste, de forma que os dados obtidos por meio das entrevistas foram transcritos e analisados em três etapas: pré-análise, organização dos dados; exploração do material, em que os dados são codificados a partir das unidades de registro; e tratamento dos resultados e interpretação, consistindo na categorização, ou seja, na classificação dos dados obtidos por meio de suas semelhanças e diferenciações.

### **4.2.3 Resultados**

A partir da realização das etapas de análise, foi possível identificar os seguintes eixos temáticos: aumento da pressão no espaço de trabalho; diminuição do tempo de atendimento das profissionais; prejuízos na qualidade do atendimento; e fragilização dos espaços coletivos.

#### **4.2.3.1 Aumento da pressão no espaço de trabalho**

As profissionais, ao ser introduzida a questão sobre o Previner Brasil a partir do final de 2019 como novo modelo de financiamento que apresenta de forma mais acentuada a discussão sobre as metas, marcam no discurso que os impactos efetivos dele chegam no momento pós-pandemia. Apesar do ano de 2019 ter trazido uma série de mudanças na estrutura da AB (Morosini *et al*, 2020), como uma nova estrutura organizacional com rearranjos de secretarias, o impacto surge a posteriori. Esse fato se deve, primeiro, ao fato de que foi mantido o repasse equivalente a 100% da capitação ponderada e do pagamento por desempenho no primeiro ano (Minami *et al*, 2024; Costa *et al*, 2022), seguido das flexibilizações feitas no período mais intenso da pandemia, de modo a atenuar os efeitos que surgiram de forma imediata depois:

“Aí, logo após a pandemia, eu começo realmente a perceber, que coincide com a sua fala, é uma pressão muito grande, né, da gestão, da gerência. Um movimento muito grande de supervisão de saúde, secretaria de saúde, a gente sempre ouvindo informações que essas pressões vêm de cima, e que a gestão, né, não tem muito a ver com isso, porém, tem que se cumprir essa questão de metas.” (Entrevistada 2)

“(...) eu nunca vi tanta rotatividade em anos de profissão, e coincide mesmo, pandemia, mudança das questões de meta, e aí a mudança do meu contrato...” (Entrevistada 2)

Outro elemento trazido por Morosini *et al* (2020) foi o movimento adotado pelos agentes políticos de pouca divulgação ou abertura para discussão do novo modelo de financiamento no ano de 2019, o que propicia uma maior estranheza e dificuldade na adaptação dos novos moldes e critérios por parte dos profissionais. Relacionado a isso, podemos citar a discussão sobre a autonomia municipal frente às determinações da esfera federal, que parece, com o PPB, ter acentuado o caráter indutor do governo federal e que fica explícito com a fala da Entrevistada 2 sobre “*essas pressões que vêm de cima*”. O estudo de Duarte *et al* (2023) também apontou a existência de uma fragmentação das responsabilidades e desconhecimento por parte de alguns dos trabalhadores da gestão entrevistados acerca da gestão financeira e do funcionamento do PPB quando ele já estava em curso. Toda essa discussão também evidencia o traço de um “SUS operacional” (Mendes *et al*, 2022), com ações que indicam frágeis articulações institucionais. Nessa perspectiva, associa-se ao que é afirmado por Boff (2021) articulado com as elaborações de Sawaia (1999) acerca da dialética de exclusão/inclusão, acerca do funcionamento do sistema capitalista com relação à inserção dos trabalhadores no mercado de trabalho, se tratando de uma inclusão perversa, pois primeiro se exclui os mesmos para depois incluí-los já numa posição desarticulada das decisões e com pouca autonomia, gerando sofrimento.

“A questão das metas”, como ficou conhecida a mudança do financiamento da AB desde 2019, é marcada especificamente no município de São Paulo pelas portarias municipais que se seguiram após a promulgação do PPB. A portaria nº 333/2022 (São Paulo, 2022a), posteriormente reformulada pela portaria nº 538/2022 (São Paulo, 2022b) causou grande impacto entre as trabalhadoras da AB pela estipulação de metas quantitativas de procedimentos a serem realizados, tanto no âmbito individual quanto coletivo. Relacionada ao critério de pagamento por desempenho, este talvez tenha sido o critério que mais tenha afetado de forma direta as trabalhadoras.

Rodrigues e Eberhardt (2024), ao analisarem o período de implementação do PPB em um município de médio porte da região sul, destacaram a função que a avaliação por desempenho pode ter a longo prazo na subjetividade das trabalhadoras, em que se prevaleça as ideias de “gestão por performance” ou “administração por estresse” que, segundo os autores, estão ligados à “intensificação do trabalho, à fragmentação de coletivos de trabalhadores e à geração de problemas de saúde” (p. 5).

Outro efeito pontuado foi a incongruência das metas estabelecidas com a realidade do território, o que envolve tanto o aumento da demanda de cuidado em saúde após a pandemia e a sua organização quanto os parâmetros contratuais dos profissionais do território:

“(...) começam a me pedir, além das metas, que eu comece a migrar para outras UBSs, então eu entrei num contrato de trabalho para trabalhar numa UBS fixa e atender a um território, com uma demanda nos territórios das UBSs próximas, com os pacientes vindo até mim, de repente eu sou intimada a me deslocar até essas UBSs, ou seja, cada dia, praticamente, eu trabalhava numa UBS diferente, né, fiquei atendendo com o nosso adoecimento.” (Entrevistada 2)

Considerando as elaborações de Sawaia (1999) acerca do sofrimento ético-político, é possível relacionar as situações citadas pelas entrevistadas dentro da dialética exclusão/inclusão. O pouco ou mínimo debate sobre o modelo Previne Brasil com os trabalhadores e usuários e a discrepância da realidade do território com as metas estabelecidas dialogam com os processos de exclusão. De forma semelhante, a avaliação por desempenho inclui as trabalhadoras na “gestão” do seu próprio trabalho, soando garantir alguma autonomia, enquanto o que se observa são práticas mais alienadas. Nesse sentido, o adoecimento é mencionado pela Entrevistada 2 como algo tanto pessoal quanto coletivo, consequente dos processos da dialética exclusão/inclusão. Ao dizer sobre si, atrela seu adoecimento ao fato de terem a atribuído uma mudança que não estava prevista no seu contrato de trabalho que faz com que tenha que lidar com quatro UBSs com características muito diferentes:

“Muda a minha carga de trabalho, né (...) Eu passei a ter quatro equipes diferentes, quatro gerentes, quatro metas, claro, proporcional ao dia que eu estava lá, não a meta total, mas eram metas que eu tinha que responder para quatro UBSs, e toda a questão e dificuldade de sala, que não tem, e atende em igreja, atende em sala de grupo, e atende compartilhado. Foi quando eu adoeci, realmente, em 2023, aí comecei a tomar medicamento, 2024, e 2025 foi quando eu não estou dando mais contas, sinalizando, eu preciso reduzir as minhas UBSs, eu preciso criar vínculo com a equipe, eu preciso criar vínculo com o paciente, eu preciso ter retorno.” (Entrevistada 2)

A Entrevistada 2 reafirma em seu relato a sua necessidade de estabelecer vínculo com o território, ou seja, manter um trabalho dentro da AB que possua constância e que a permita acompanhar os processos de cuidado em saúde. Franco (2013) aponta que os profissionais de saúde possuem ferramentas de trabalho no âmbito das tecnologias leves, que envolvem as relações humanas, cuja formulação se dá a partir da heterogeneidade de elementos que constituem os encontros com os usuários. Nesse sentido, os trabalhadores da saúde dependem de uma dimensão subjetiva para a realização do trabalho, criação e aplicação dessas tecnologias (Franco; Merhy, 2013), o que envolve uma implicação na relação com o território e comunidade. Consonante com essa perspectiva, Sawaia (1999) conceitua a categoria de “potência de ação” como alternativa à superação do sofrimento ético-político, enquanto uma atitude que visa fomentar os afetos presentes nas ações individuais e coletivas dos sujeitos, de

forma a gerar uma maior profundidade emocional a partir dos encontros. Boff (2021) aponta que num cenário em que o trabalho impossibilita a expansão da criação e da imaginação, os sujeitos se tornam dependentes das determinações sociais e suas emoções se articulam a isso, favorecendo ações de submissão e servidão que enfraquecem a potência de vida dos sujeitos. Em vista disso, podemos reafirmar o exposto pela Entrevistada 2 que reivindica sua necessidade de estabelecer uma maior proximidade com os sujeitos (colegas trabalhadores e usuários do serviço).

O adoecimento coletivo e a não-concordância das profissionais com as mudanças estabelecidas ficam evidentes com a fala sobre a rotatividade dos profissionais, que também é apontada pelas outras entrevistadas. Elas pontuam como um efeito que teve grande relevância naquele momento, não sendo prevista essa questão no espaço de trabalho:

“Os profissionais sentiram bastante, houve até mesmo a saída de vários profissionais nesse momento em que ficou inviável a continuidade do atendimento como um atendimento de qualidade, daquilo que era necessário, que sempre foi necessário ofertar no espaço de saúde.” (Entrevistada 1)

“(...) até os médicos que estavam lá há 15 anos na unidade, que era um patrimônio, conhecidos no bairro inteiro, se perdeu, né. A médica que estava lá muitos anos não deu conta e foi fazer outra coisa, saiu da saúde pública, e isso em 2020, 2021, 2022, né, quando acaba a pandemia, começam as metas.” (Entrevistada 2)

Outros estudos, como o de Lima *et al* (2022), identificam a alta rotatividade profissional como uma das barreiras organizacionais de acesso à AB, para além da dificuldade de reposição de algumas categorias profissionais, como médicos e, quando necessário, a divisão de profissionais com outras equipes, como é relatado que aconteceu com a Entrevistada 2. Guimarães *et al* (2023) destaca como uma das possíveis causas para a grande rotatividade a fragilidade das formas de contratação sendo que no, estudo realizado pelas autoras, os profissionais analisados foram contratados sem concurso público, o que não garante estabilidade ou progressões na carreira. O mesmo cenário é existente no município de São Paulo, onde a maior parte de profissionais da saúde já é contratada por meio de processos seletivos tendo em vista a absorção dos serviços pelas OSS.

“Os profissionais da saúde e demais trabalhadores das OSS são contratados sem necessidade de concurso público, sendo seus vínculos regidos pela CLT ou por legislação esparsa. Além disso, é possível que as OSS venham a terceirizar algumas de suas atividades (...) entregando-as a outras pessoas jurídicas. Tal situação, por si, já constitui vínculos menos estáveis que os atinentes ao servidor público efetivo, porém o quadro de profissionais dessas entidades apresenta ainda outras instabilidades. Em virtude da falta de planos

de carreira e de capacitação permanente, são verificadas altas taxas de rotatividade em suas equipes.” (Vaccaro e Dos Santos Gomes, 2022, p. 96)

A organização de uma agenda baseada na sua quase totalidade pelas atividades assistenciais também é algo apontado por Guimarães *et al* (2023) como um fator que traz insatisfação com as condições de trabalho, gerando sobrecarga e excluindo da organização do trabalho outras atividades tão importantes quanto as atividades assistenciais, como a articulação em rede dos casos mais complexos, atividades de promoção de saúde e planejamento do trabalho em equipe. Considerando o PPB bastante orientado pela ideia de um “SUS operacional” e pelo aspecto do gerencialismo, se evidencia sua ligação com um modelo de saúde bastante atravessado pela concepção biomédica de saúde, em que se privilegiam as atividades assistenciais, especialmente o atendimento individualizado, em detrimento de outras possibilidades de organização do trabalho pautada pela coletividade, o que novamente indica uma negligência dos aspectos subjetivos, afetivos e éticos dos sujeitos no espaço de trabalho.

Vaccaro e Dos Santos Gomes (2022) contribuem com a discussão no sentido de evidenciar que a concepção biomédica de saúde está bastante ligada ao modelo de atendimento que é proposto pelas OSS, onde se tem como central o papel do médico e o consumo de procedimentos. No entanto afirmam que essa lógica por si só altera o papel da AB junto da comunidade, assim como declaram Félix *et al* (2022, p. 67), “o modelo de assistência proposto na APS se coloca a favor de uma assistência integral ao indivíduo, à família e à comunidade, o que requer condições estruturais mínimas necessárias para a execução das ações que ultrapassam o modelo biomédico”, o que, quando não fornecido repercute como fator para a insatisfação dos profissionais. Dessa forma, quando a Entrevistada 2 fala sobre seu próprio adoecimento ter sido decorrente da remodelação de seu contrato, fazendo com que tivesse que lidar com as demandas assistenciais de quatro diferentes equipes sem a garantia de espaços de reunião e discussão de casos, pois os mesmos não são previstos nas portarias municipais após o PPB, compreende-se que o adoecimento pelos profissionais é acentuado pelas condições de precarização do trabalho desempenhado. Ainda, pode-se afirmar que este também se constitui como um processo de exclusão a partir da dialética inclusão/exclusão, pois a ideia de incluir uma quantidade maior de acompanhamentos, ainda que prevaleça a quantidade de atendimentos da meta estabelecida, não se torna sinônimo do fortalecimento dos vínculos com usuários e equipes. Pelo contrário, gerenciar o cuidado de mais usuários em territórios diferentes, em equipes diferentes, só estimula o distanciamento e a centralização de uma prática ambulatorial. Portanto, se visto a

rotatividade da profissional nos territórios, onde entendemos não haver a garantia de espaços de reunião e matriciamentos, como inclusão, ela não passa de uma inclusão perversa (Sawaia, 1999), pois prevalece-se processos de exclusão.

Tendo a AB como o nível de saúde onde devem ser prevalentes o vínculo entre serviços e usuários, a longevidade do acompanhamento e o cuidado territorializado, entende-se que essas dificuldades e, consequentemente, a rotatividade de profissionais, fragilizam diretamente o vínculo com o território. Nesse sentido, o estabelecimento de metas e a divisão da agenda dos profissionais garante o atendimento, mas a inconstância deles fragiliza o vínculo e as atribuições da AB, além de reafirmar entre a rede de atendimento a “lógica dos encaminhamentos” (Treichel *et al*, 2019) pela dificuldade em realizar articulações em rede. Vaccaro e Dos Santos Gomes (2022) também pontuam que ao afetar os vínculos longitudinais entre profissionais e usuários, por consequência retira da condição do profissional a possibilidade de ser um radar na percepção das demandas do território, o que suspende o próprio conceito fundante do SUS.

Schönholzer *et al* (2023) se preocupam com a relação que os indicadores de desempenho podem, de fato, traduzir a realidade da população e dos serviços da AB, considerando os diferentes contextos e cenários presentes no país. Além disso, considerando a realidade do município de São Paulo, onde existe uma grande diferença entre distritos e bairros, se questiona a conformidade das metas municipais estabelecidas com a realidade dos serviços nas centenas de bairros existentes na capital paulista.

A existência das metas, apesar de criticada pela forma como foi estabelecida, é vista por uma das entrevistadas como algo importante para a organização de parâmetros no trabalho, porém considerando as necessidades daquele momento que o território e o país vinham passando:

“É claro que a meta tem o seu lugar, a meta tem o lugar de organizar atendimento, tem a questão das verbas e a gente precisa pensar, a gente também precisa pensar no aumento, na demanda do território, da busca mesmo pelo acompanhamento de saúde, principalmente pensando no pós-pandemia.” (Entrevistada 1)

Como afirma Vaccaro e Dos Santos Gomes (2022), instituir metas em saúde é de difícil execução, de forma que somente a sua determinação quantitativa geralmente leva a atendimentos de baixa resolutividade. Ainda, as autoras avaliam que, tratando-se dos contratos de gestão entre entidades públicas e privadas, como o caso das OSS, é comum que as metas “não contemplem as diretrizes e princípios do SUS e não abordem critérios de acompanhamento da melhoria em necessidade de saúde e em condições socio sanitárias” (p.

95). Nesse sentido, os critérios contratuais cumprem a função de estabelecer o controle de resultados quantitativos de forma fragmentada dos serviços que ignoram as dimensões individuais e sociais dos processos de saúde-doença.

Costa *et al* (2022) ressalta em seu estudo a afirmação que grupos contrários à implementação do PPB tiveram justamente ressaltando o risco que o princípio da integralidade corria, a partir do enfoque nas demandas estratificadas e alterando a lógica de adscrição ao focalizar um padrão de clientela. A pesquisa realizada por Carvalho *et al* (2025) reafirma o período da pandemia, especificamente vivenciado na AB, como um momento em que houveram reorientações no trabalho e um aumento significativo das pessoas que procuraram os serviços do SUS, que anteriormente eram atendidas por convênios médicos. Ainda, afirmam que “O aumento da demanda por atendimento e a adoção do Previn Brasil geraram desconstrução do modelo de cuidado da ESF” (p. 6), com diminuição do acompanhamento dos usuários com doenças crônicas e de ações que visavam a prevenção de doenças em grupos prioritários, além de ser um período marcado pela impossibilidade de atividades coletivas.

Portanto, apesar da pandemia ter sido o marcador das mudanças geradas pelo novo financiamento da AB e estabelecimento das metas no cotidiano dos trabalhadores de saúde, compreende-se que os impactos sentidos por eles se intensificaram pela transição do modelo devido a forma como foi estabelecido, com poucas discussões com os trabalhadores da gestão, da assistência e usuários, e pelas suas repercussões no cotidiano de trabalho da AB, com a precarização do trabalho baseado em vínculo e pensado de forma singular para os territórios, se tornando majoritariamente assistencial, quantitativo e causando adoecimentos nessas categorias.

#### **4.2.3.2 Diminuição do tempo de atendimento**

A instituição de metas quantitativas, pelo número de pacientes e procedimentos, como atendimentos individuais e coletivos, tornou o trabalho, segundo as entrevistadas, mais acelerado. O tempo passou a se tornar uma questão importante nos atendimentos, para além da resolutividade da demanda que os usuários traziam. Os grupos, que existiam e precisavam ser novamente fortalecidos após o período da pandemia, de isolamento físico, foram fomentados pelas metas, mas nota-se que o sentido das práticas fica prejudicado:

“(...) porque com as metas a gente precisa atender mais rápido, dar um direcionamento mais rápido para aquele paciente, porque a gente precisa atender mais pacientes. O atendimento em grupo a gente já fazia e isso não

mudou muito, mas mudou na quantidade de grupos que a gente tem que fazer. Então, a gente já fazia esse atendimento em grupo, mas não com tanta... Hoje você tem que fazer muito mais grupos, atender muito mais em grupos.” (Entrevistada 3)

O estudo de Rodrigues e Eberhardt (2024) já havia dado destaque para a mudança que o planejamento das equipes de saúde apresenta, dando ênfase à busca pelo atingimento das metas em detrimento das demandas de saúde da população devido a uma preocupação importante com relação à perda de recursos destinados para os serviços, além das consequências a longo prazo à subjetividade dos profissionais, favorecendo a fragmentação do trabalho e a fragilização dos espaços coletivos que culminam em seu adoecimento. Félix *et al* (2022, p. 70) também indicam que “a sobrecarga pode ser decorrente da necessidade de oferecer respostas às demandas inerentes ao funcionamento dos serviços de saúde, das metas estabelecidas, pactuações e indicadores”. Nessa perspectiva, considerando a dialética da exclusão/inclusão que geram o sofrimento ético-político nas trabalhadoras, entende-se que a priorização das metas e a secundarização das demandas de saúde da população, ainda que inseridas no escopo de trabalho das equipes, constituem processos de exclusão pois promovem a intensificação da jornada de trabalho e desvalorização do sentido do trabalho, corroborando com o sofrimento ético-político que tem suas origens no sentimento de inferiorização (Sawaia, 1999). Ou seja, aumenta-se a carga de trabalho, mas excluem os espaços de exercício da própria subjetividade e implicação dos trabalhadores.

O tempo passa a ser algo reivindicado pelas profissionais como um elemento importante para a execução do trabalho, ainda mais se tratando de um cuidado na AB onde o fortalecimento de vínculo com o usuário é imprescindível. As intervenções possíveis nessa área são diversas e devem ser planejadas caso a caso, com o objetivo de proporcionar um cuidado integral, de modo a atravessar uma determinação temporal ou quantitativa do trabalho.

“Então, ficou um espaço em que a gente não conseguia vislumbrar como que a gente ia conseguir garantir esse espaço de atendimento, de acolhimento, pensar no tempo e na condição de cada situação, porque cada caso exige uma articulação, exige um tempo, exige uma intervenção e isso impactou em muitas coisas, impactou na questão mesmo de uma rede que ficou extremamente fragmentada e a gente não conseguiu, muitas coisas se perderam na nossa qualidade de trabalho, na nossa qualidade mesmo de garantir ao usuário essa condição de garantia, de integralidade mesmo.” (Entrevistada 1)

“De repente um caso que eu atendo demanda muito tempo, mas eles entendem que eu só atendi um caso, mas eu trabalhei nesse caso, teve um monte de desdobramento, eles têm que entender que processos terapêuticos,

né, muitas vezes até o assistente social que trabalha num caso de violência, tanto desdobramento, mas o que eles entendem? Nossa, só atendeu um caso.” (Entrevistada 2)

Silva (2025) defende a tese intitulada “Trabalho em Saúde na Atenção Primária à Saúde: Gestão, sofrimento e sentido” em que, por meio de um relato pessoal vinculado aos materiais obtidos com outros trabalhadores da área, formula o estudo que indicou que o sofrimento dos trabalhadores é intrínseco à alienação do trabalho relacionado às práticas que dão ênfase a metas e procedimentos, em vez da priorização do diálogo e da singularização do cuidado. No estudo, são relatadas falas dos profissionais sobre quererem passar mais tempo com os usuários do que com procedimentos burocráticos. O próprio pesquisador relata partir da ideia de que quanto mais produzisse, no sentido de quanto mais atendesse, poderia ofertar mais cuidado para os usuários. No entanto, relaciona esse comportamento como gerador de adoecimento para si, afirmando “o quanto esse movimento, de tentar ser um ‘bom profissional’ nas regras da gestão, sem reflexividade crítica, estava associado com o meu Burn Out” (p. 42). Portanto, legitima que o trabalho em saúde parte das tecnologias relacionais (Merhy, 2013), das quais somos afetados enquanto trabalhadores pelo encontro com o outro, o usuário, e isso tende a permanecer flutuante mesmo após os encontros “agendados”. Silva (2025, p. 42) ainda entende que:

“(...) essa afetação pelo encontro/implicação com o trabalho é também capturada, talhada no campo de força-valor do trabalho como produtividade, e do governo de si e do outro a partir de protocolos técnico-científicos, tornando a resultante que escuto no grupo, assim como foi minha experiência prévia laboral, um movimento frustrante: levamos, ainda que tentando não o fazer, os afetos dos encontros do trabalho para casa, e o convertemos sem resistência no trabalho que estamos habituados, objetificante, à resolver papéis, nossa subjetividade capturada pela ideia de que conseguiremos cuidar do outro espremendo no tempo um aumento da quantidade de procedimentos, consultas e burocracias.”

Consonante com a discussão sobre o “SUS operacional”, Marinho e Ocké-Reis (2022) publicam o livro “SUS: o debate em torno da eficiência”, no qual discutem os movimentos em meio à saúde pública brasileira que privilegiam a noção de eficiência enquanto aumento da produtividade e redução de custos, de forma entrelaçada às noções de efetividade e eficácia. No entanto, os autores se esforçam para provar que discutir eficiência no âmbito do SUS deve levar em consideração que ele permanece em construção e é intrínseco aos contextos econômicos, políticos, sociais e sanitários, que ultrapassam o seu próprio funcionamento. Assim, o sistema em si não deveria ser responsabilizado sozinho pelos resultados que estão além do seu alcance, ainda que tenha que lidar com as consequências decorrentes do cenário brasileiro. Nesse mesmo sentido, Silva (2025) relata seu estranhamento com o aumento de

trabalhos administrativos na prática assistencial e pondera que essas atividades podem ser parte de dispositivos de gestão que promovem a sobrevivência institucional do SUS, frente à crise de financiamento do sistema e às questões políticas, sociais e sanitárias. No entanto, apesar de serem atividades necessárias e importantes, com impactos reais na manutenção dos serviços, estes também trazem impactos para as trabalhadoras que tentam conciliar essa demanda com suas demais atribuições.

O tempo, sendo um elemento central na construção de vínculo e na longevidade do cuidado, deveria ser garantido enquanto ferramenta de trabalho na AB. Tempo para atender, para se aproximar e para decidir ações em saúde que compactuam com a realidade dos usuários e do território. Apesar de ser importante ter estratégias para utilizá-lo, também se faz de extrema importância que os profissionais mantenham uma autonomia em como utilizá-lo de acordo com as necessidades com as quais se deparam no dia a dia, ressaltando a presença das tecnologias leves e relacionais do cuidado em saúde.

De acordo com Felix *et al* (2022), os aspectos institucionais que propiciam um ambiente harmonioso e seguro de cuidado em saúde não dependem somente das habilidades dos profissionais, dependendo também do envolvimento de trabalhadores da gestão e coordenações para garantir um ambiente seguro para trabalhadores e usuários da saúde. Portanto, a garantia ou não do tempo como ferramenta de trabalho se torna um aspecto institucional que, se garantido, dá abertura para que os profissionais se articulem de acordo com as demandas locais e, se não garantido, fomenta a lógica de uma meta amparada pela noção de eficiência com o aumento da produtividade, porém distante de um acompanhamento qualitativo do cuidado. Da mesma forma, compreende-se que a desvalorização da autonomia profissional no cuidado em saúde na AB fortalece a lógica de exclusão que promove adoecimentos na perspectiva do sofrimento ético-político.

#### **4.2.3.3 Prejuízo na qualidade do atendimento**

A questão do tempo e quantidade dos atendimentos esteve o tempo todo relacionado ao tema da qualidade que as profissionais buscam ofertar nos atendimentos, entendendo que mensurar o tempo ou contabilizar os atendimentos impactaram diretamente na execução adequada das suas condutas.

“Eu quero ter vínculo, eu quero estudar o caso, eu quero criar vínculo com a equipe, eu quero me sentir pertencente a um lugar, porque eu, me sentindo dessa forma, eu consigo contribuir melhor, né?” (Entrevistada 2)

A Entrevistada 2 fala abertamente sobre o quanto houve a tentativa de discutir os impactos das metas para os usuários e trabalhadores do território em que trabalha, e o quanto isso impactou a qualidade do acompanhamento ofertado:

“(...) cansei de ir em reunião nessa época da mudança, em que a pauta da reunião era X e virou meta. Nossa, cansei, cansei de participar de reuniões lá (*local das reuniões*) sobre esse descontentamento do público, das pessoas, dos trabalhadores. Não por uma questão de agora nós vamos ter que ter meta, a gente vai ter que trabalhar mais. A questão não é essa, a questão era realmente a qualidade. (Entrevistada 2)

Félix *et al* (2022) compreende que a precarização do trabalho prejudica diretamente as ações de promoção de saúde na AB junto da comunidade, além de tornar frágeis os processos de educação em saúde e educação permanente dos próprios profissionais no dia a dia. Do mesmo modo, Silva (2025) identifica em seu estudo que, apesar dos profissionais da AB de diferentes categorias possuírem sofrimentos com modulações diversas e relacionados a questões da equipe, se sobressaiu a frustração com a “imposição de um processo de trabalho desalinhado com suas percepções do próprio trabalho, ou seja, alienados” (p. 46). Nesse sentido, as entrevistadas relatam que, apesar de terem sido impactadas pelas mudanças advindas do PPB, também permaneceram buscando ofertar um serviço de qualidade aos usuários:

“Eu procuro me adequar às mudanças, mas eu também procuro continuar fazendo o meu melhor, sabe? Procuro continuar fazendo atendimento de qualidade. Embora isso impacta um pouco na proposta, na nova proposta, mas eu procuro continuar com o que eu acredito que funciona.” (Entrevistada 3)

Ao mesmo tempo, ao ser questionada sobre se ficou mais difícil de fazer um atendimento de qualidade, a entrevistada responde:

“Em alguns momentos, sim, porque tem momentos que vêm determinações que você tem que fazer aquilo, né? Tem que fazer aquilo naquele momento e aí você tem que deixar um pouco seu trabalho habitual, né? Para poder atender aquela demanda que está vindo de superiores.” (Entrevistada 3)

A Entrevistada 3 fala sobre “determinações” que passaram a acontecer com mais frequência por parte de “superiores”, entendidos como a chefia imediata (gerência da UBS), supervisores de saúde do distrito municipal e até mesmo da Secretaria Municipal de Saúde. Correspondente ao relato apresentado, resgato a constatação de Silva (2025) de que ao tentar se adequar com as normativas estabelecidas buscando manter a qualidade de seus atendimentos se deparou com um quadro de adoecimento pela absorção das demandas do trabalho sem as condições ideais para executá-las. É notável, portanto, a existência de um conflito entre cumprir as metas e ofertar um atendimento de qualidade na visão das

entrevistadas, pois a conciliação dessas duas ações se torna contraditória em grande parte do tempo.

Percebe-se que, com a instituição de metas individuais por profissional neste âmbito, existe um movimento de responsabilização do profissional por ofertar garantias no cuidado desconsiderando o cenário existente, que muitas vezes se relaciona ao descrito por Felix *et al* (2022) como sendo um processo de trabalho “revestido de dificuldades, pois, há demanda espontânea alta, recursos humanos escassos, sobrecarga de atividades, além da necessidade de aprimoramento das características físico-estruturais e de obtenção de equipamentos e materiais requeridos para a realização das práticas em saúde” (p. 67).

Giovanella e Mendonça (2012) indicam ter existido um processo mundial de renovação da atenção primária à saúde permeada por um conflito entre diferentes concepções de atenção primária por agências internacionais, afetando principalmente os conceitos de equidade e direito à saúde. Apesar da conceitualização brasileira ter sido embasada pelo enfoque abrangente e integral da APS, compreende-se que alguns processos têm se distanciado de princípios importantes que, aos olhos das entrevistadas, são refletidos diretamente na qualidade que conseguem ofertar em seus acompanhamentos. O alinhamento com uma perspectiva seletiva e fragmentada de cuidado, secundarizando princípios importantes em detrimento de objetivos específicos e padronizados que “vêm de cima”, traz prejuízos importantes para a realidade brasileira, em que os determinantes de saúde-doença são inerentes ao cuidado. Dessa maneira, mostra-se o funcionamento da exclusão pela descaracterização do cuidado em saúde de forma integral e abrangente, dando lugar a uma AB seletiva que, ao incluir processos distantes dos princípios do SUS, se torna perversa em diversos momentos com os trabalhadores, responsabilizando-os pelos resultados do cuidado em saúde seletivo que se mostra inoperante.

#### **4.2.3.4 Fragilização dos espaços coletivos**

Ao final da entrevista, foi feita a pergunta às participantes sobre suas percepções acerca da existência de vantagens ou benefícios no modelo do Previne Brasil, onde todas entenderam não existir:

“Nenhuma, infelizmente, eu acho que não teve. Não teve porque quem está aqui na UBS conhece a dinâmica do trabalho, a dinâmica da população, a dinâmica do território. Então, quem está aqui sabe quais são as necessidades. E quando vem uma determinação que você tem que fazer do jeito que está determinado, fica difícil, porque você tem que fazer porque está no contrato de gestão.” (Entrevistada 3)

É reafirmado pelas entrevistadas que o trabalho se encontra mais engessado e destoante da realidade do território onde se encontram, além da percepção de uma fragilização das articulações entre equipe e entre a rede que compõe os serviços de saúde do território:

“(...) então é um trabalho que eu me sinto só, precário, a rede adoecida, sobrecarregada, então você também não tem muito o que compartilhar, porque uma vez que você tá vivendo isso, os colegas também, seja de um CAPS, de um CER ou de uma UBS vizinha, também estão desgostosos” (Entrevistada 2)

Em seguida, é questionado sobre sugestões para a melhora da atual organização do trabalho, e todas enfatizam a importância de uma organização que se dê pela coletividade entre trabalhadores que lidam diretamente com as populações atendidas, tanto pela reivindicação coletiva por uma mudança quanto pelo estabelecimento de uma dinâmica de trabalho em que se privilegie os trabalhadores e usuários:

“(...) a sugestão é reorganizar esse fluxo, reorganizar dando condições para o profissional, discutindo com o profissional, como reorganizar tudo isso, como alinhar um fluxo que a gente consiga oferecer.” (Entrevistada 1)

“É uma mudança coletiva, então é isso. Para ter uma mudança significativa, acho que tem que ter a maioria a favor dessa mudança e batalhar por essa mudança. Mostrando que da maneira que está sendo feito, não está bom. Não está satisfazendo a necessidade da população, que é o principal.” (Entrevistada 3)

A partir da fala das trabalhadoras, questiona-se sobre o lugar que os espaços coletivos vêm tendo no dia a dia dos serviços de saúde, para além de espaços de atendimento. A fragilização dos vínculos entre rede e profissionais de uma mesma equipe pode ser uma consequência fortemente relacionada com os fatores apontados anteriormente, como a sobrecarga, o adoecimento dos profissionais e o descolamento do viés comunitário e territorial como foco do cotidiano na AB. Tratando-se do município de São Paulo e das metas estabelecidas para os profissionais, não foram incluídos nessa relação as reuniões intersetoriais e até mesmo reuniões de equipe. Ainda que as diretrizes da AB prezem pela organização de uma rede de saúde, de matriciamentos e discussões entre os agentes do território, essas ações ficam secundarizadas a partir do momento em que o que é prioridade são as metas para a garantia do repasse financeiro.

Especificamente acerca da terceirização da saúde, como é presenciado em São Paulo, Vaccaro e Dos Santos Gomes (2022) apontam que desde 2014, período em que é debatida a ampliação do já existente movimento de terceirizações no âmbito da saúde pública, são pouco evidentes as manifestações dos conselhos e, quando se manifestam, se colocam de forma

contrária à essa expansão. Portanto, ainda que a participação social seja um dos princípios regentes do SUS, se evidencia o seu enfraquecimento e fragilidade frente às “determinações”.

Retomando o que foi apontado por Morosini *et al* (2020) acerca da estratégia política de não divulgação ou debate ampliado sobre o PPB em 2019, as profissionais dizem exatamente sobre essa falta de articulação com os agentes cotidianos dos territórios, que fazem uso dos serviços da AB e que representam os serviços enquanto trabalhadores.

O conceito de “Atenção Gerenciada” e a contextualização de que seus impactos ocorrem principalmente nas tecnologias leves, afetando os aspectos relacionais do trabalho em saúde, incidem diretamente sobre a fragilização observada entre os profissionais, como é relatado pelas entrevistadas. O mesmo pode ser considerado a partir da dialética da exclusão/inclusão, uma vez que a fragilização dos vínculos entre os profissionais passa pela exclusão ou enfraquecimento dos espaços de discussão e articulações. Assim como Sawaia (1999) confere à “potência de ação” uma forma de superação dos processos de exclusão por meio da valorização dos afetos no âmbito individual e coletivo, o que Merhy (2005) aponta como forma de superação caminha justamente a partir da constituição de organizações de saúde geridas de formas mais coletivas, com processos de trabalho compartilhados e usuário-centrados que garantam espaço para a construção de vínculos entre profissionais e usuários, a partir das tecnologias em saúde, conforme suas necessidades individuais e coletivas.

Nota-se, diante do exposto, que operam forças e ideias contraditórias no campo da AB, estando a mudança sentida pelos profissionais de forma mais intensa após o PPB, já gestadas há décadas e constituinte de um modelo de saúde fortemente instrumentalizado por aspectos gerenciais e administrativos, os quais cumprem a função de enfraquecer processos ligados às tecnologias leves, do âmbito relacional, tanto entre profissionais quanto entre estes e os usuários. Como apontado por Merhy (2005) e condizente com a perspectiva das entrevistadas, a mudança do contexto atual se daria pela organização coletiva e baseada nesse grupo que constroi diariamente as relações de cuidado em saúde.

#### **4.2.4 Conclusões da análise**

Os resultados obtidos nas entrevistas dialogam e reafirmam diversos pontos levantados pela literatura acerca das mudanças no cotidiano de trabalho dos profissionais da AB a partir do Programa Previne Brasil, sendo também confirmada a existência da intensificação de sofrimentos relacionados ao trabalho após seu estabelecimento. As falas das entrevistadas denunciam a não consideração das perspectivas das profissionais sobre as

determinações do trabalho, de modo a gerar uma insatisfação com suas práticas, uma rede de cuidados sobrecarregada e adoecida e o distanciamento das demandas enfrentadas no dia a dia.

Apesar da divisão feita a partir da análise temática acerca dos principais temas observados, todos estão fortemente relacionados e podem ser considerados pontos evidenciados no trabalho em saúde no território onde a pesquisa foi desenvolvida. As falas das profissionais se complementam e reafirmaram aspectos como a sobrecarga de trabalho, a fragmentação das ações a partir de uma lógica administrativa de metas quantitativas, a desarticulação entre equipe e rede de serviços, a necessidade de responder à “determinações” destoantes da realidade territorial e o consequente adoecimento de profissionais a partir das medidas estabelecidas pelo PPB.

O debate acerca do “SUS Operacional” (Mendes *et al*, 2022) e da transição conceituada por Chauí (2025) de uma instituição para uma “organização social” expõe o cenário descrito sobre o trabalho na AB, com forte prevalência das práticas gerenciais e administrativas, revelando uma preocupação com a eficiência atrelada a uma maior produtividade. Sendo possível, portanto, compreender que existem perspectivas contraditórias do que seria uma oferta de qualidade de cuidado na AB, podendo inferir que a concepção das entrevistadas está mais relacionada aos princípios do SUS e da compreensão da saúde enquanto uma “instituição social”, que se liga à concepção fundante da AB no Brasil. De forma oposta, a instituição de saúde e as hierarquias que se encontram nesse campo se mostram ligadas ao que Chauí considera uma “organização social” e também a uma perspectiva seletiva, de modo que mensurar a qualidade do trabalho passa pelo atingimento de metas e orientações dos superiores, nem sempre reconhecidas como adequadas à realidade local.

Compreende-se que o PPB instala aspectos e medidas no cotidiano de trabalho dos profissionais que, apesar de já se observar ações ligadas a uma “Atenção Gerencial” (Merhy, 2005) ou “SUS Operacional” (Mendes *et al*, 2022), se mostram de forma escancarada e rompem com uma lógica de trabalho assumida pelos trabalhadores baseada nos princípios fundamentais do SUS, como a integralidade, a longitudinalidade e a equidade no cuidado em saúde. Essa quebra demonstra ter impactos importantes no sentido do trabalho estabelecido pelas profissionais, que se queixam principalmente pela dificuldade na condução do próprio trabalho e da articulação entre as demandas reais de saúde do território e o atendimento às determinações das políticas estabelecidas. Atrelada a isso, a categoria de “sofrimento ético-político”, desenvolvido por Sawaia (1999), dialoga com as consequências provocadas

pelas mudanças no espaço de trabalho na AB em que, articulada à noção dialética de exclusão/inclusão, se constata a existência de diversos processos de exclusão vivenciados pelas trabalhadoras a partir da instituição do Programa Previnde Brasil.

Diante do exposto, se destaca que os processos de exclusão no trabalho vivenciados pelas trabalhadoras da APS são fatores que corroboram diretamente com a diminuição de suas “potências de ação” e com a manutenção da forma gerencial de organizar o trabalho, secundarizando aspectos éticos e políticos. Nesse sentido, é reafirmado que a defesa do SUS enquanto projeto público e universal é obrigatoriamente articulado à defesa de condições de trabalho que preservem o sentido ético, coletivo e territorial do cuidado. Reconhece-se que as medidas tomadas a partir do Programa Previnde Brasil produzem sofrimento ético-político no trabalho em saúde, o qual se torna um desafio político central para a sustentação da APS como eixo estruturante do sistema de saúde brasileiro.

## 5. Considerações Finais

Os materiais obtidos ao longo da pesquisa trouxeram à tona e reafirmaram contradições já destacadas na literatura, como a existência simultânea e conflitante entre elementos privados e públicos dentro do sistema de saúde desde o seu início. As políticas de cunho neoliberal, especialmente aquelas ditadas pelo Banco Mundial, promoveram essa contradição no setor de saúde no Brasil, o qual passa a privilegiar uma lógica mercadológica em detrimento da lógica comunitária preconizada pelo movimento da Reforma Sanitária brasileira. Essa situação inaugura antagonismos que perduram até os dias de hoje, trazendo agravantes que geram consequências imediatas no dia a dia do trabalho nos serviços de saúde. Ainda que existam marcos históricos que favoreçam a constituição de uma Atenção Básica de cunho comunitário, pensada com base nos princípios e diretrizes do SUS, o histórico de financiamento revela condições insuficientes para o alcance de determinadas conjunções.

A literatura demonstrou que o subfinanciamento crônico existente na saúde brasileira e, especialmente na AB, é um dos fatores de grande relevância para o protagonismo da lógica gerencialista, permeada pelos elementos ideológicos de uma organização social, que secundariza princípios e diretrizes do SUS essenciais às práticas de saúde. Destaca-se o surgimento do Programa Previnir Brasil justificado pela ineficiência da Atenção Básica até então, ainda que os estudos anteriores apontem dificuldades importantes para a operacionalização do modelo PAB. Exemplos são o desordenamento ao longo dos anos, a existência de recursos “carimbados” pela esfera federal aos municípios, a dificuldade de municípios em registrar procedimentos realizados e em organizar a rede de saúde consonante com a realidade territorial. Adiciona-se a esses obstáculos a Política de Austeridade Fiscal, fortemente exercida desde 2015.

Confirma-se que a mudança no modelo de financiamento da APS não se restringe à forma por meio da qual o repasse financeiro será executado; ela também interfere em aspectos importantes do cotidiano dos serviços de saúde, como seus processos de trabalho locais, sua organização interna, o sentido do trabalho executado pelos profissionais e sua autonomia. Dessa forma, a função que o Programa Previnir Brasil desempenha na tentativa de garantir o ‘custo-efetividade’ no setor, fere princípios como a universalidade, equidade e integralidade e prejudica a organização da APS com base nos territórios e cotidianos de trabalho dos profissionais.

O embasamento a partir da análise das contradições do arcabouço legal e das ideologias que permearam as falas dos profissionais permitiu que fossem destacadas

elaboraões acerca do discurso da “organização”, de Chauí (2025), e de “SUS Operacional”, de Mendes *et al* (2022). Os conceitos revelam uma visível e marcante entonação do que passa a ser valorizado e exigido para a garantia do financiamento da APS, como metas quantitativas, processos de trabalho focalizados e seletivos e uma padronização de serviços ofertados. Nesse sentido, ainda que o PPB não esteja mais vigente, seu modelo sucessor pouco altera a tendência gerencialista indicada.

As entrevistas com os trabalhadores das coordenações confirmam que a padronização de critérios para o financiamento da APS não contribui para seu fortalecimento, podendo inclusive agravar esse aspecto. Os municípios de maior porte contam, nesse sentido, com uma segurança pelo maior arrecadamento municipal para suprir demandas que ficam descobertas pelo repasse financeiro federal, ao contrário dos municípios de pequeno porte. Os mapas dialógicos apontaram discordâncias nas falas dos trabalhadores da gestão acerca do PPB, ainda que de forma implícita. No entanto, a análise possibilitou a identificação de falas essencialmente racionalizadas e administrativas acerca do trabalho, expondo um contexto relacionado ao que Chauí chamou de “organização social”.

De forma semelhante, as entrevistas com as trabalhadoras da assistência apontaram cenários em que não são considerados aspectos locais para a organização do trabalho, sendo priorizados critérios externos e, em alguns momentos, alheios à realidade do território. É novamente destacada uma lógica administrativa, fragmentando processos do trabalho a fim de cumprir metas e solicitações que vêm “de cima”. Se torna palpável a incongruência entre o que se demanda e o que é preconizado nas diretrizes do sistema de saúde, e que embasam o trabalho realizado pelas entrevistadas, acarretando num cenário duplamente desafiador e consequentemente adoecedor. A categoria de sofrimento ético-político foi fundamental para discutir os processos de exclusão vividos pelas profissionais, que têm sua autonomia minada e que devem lidar com exigências impostas e não dialogadas, as excluindo dos processos de construção e planejamento das ações de saúde das populações com quem lidam diariamente.

Portanto, é nítido que as mudanças no financiamento da APS nos últimos anos engendram um modelo de atenção à saúde cada vez mais fragmentado, com grandes aberturas ao mercado privado, e proporcionalmente mais distante dos princípios inaugurais do SUS.

## 6. Referências

- ANÉAS TV et al. Gestão do trabalho e o cuidado na Atenção Primária à Saúde durante a pandemia de COVID-19 no município de São Paulo (SP), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 12, p. 3483–3493, 2023. DOI: 10.1590/1413-812320232812.06062023.
- ANTUNES, Ricardo. *O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital*. São Paulo: Boitempo, 2018.
- BAKHTIN, M. M. (VOLOCHINOV). *Marxismo e filosofia da linguagem: problemas fundamentais do método sociológico na ciência da linguagem*. 16. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- BARBOSA, Simone de Pinho et al. Sistemas nacionais de saúde, legislação e seus determinantes sociais: um estudo comparativo entre Brasil, Espanha, Portugal e Itália. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, p. e00169423, 2024.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. 3. reimpr. da 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin et al. Sem mãos que SUStentem: o financiamento e gastos públicos com saúde no Brasil. **Tempus (Brasília)**, p. 316–343, 2023.
- BOFF, Rogers Alexander. Sofrimento ético-político no trabalho: uma revisão narrativa. **Psicologia, Educação e Cultura**, 2021.
- BRASIL. *Constituição (1988)*. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 13 jul. 2025.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 25 set. 2024.
- BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm). Acesso em: 25 set. 2024.
- BRASIL. **Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019**. Dispõe sobre o Programa e a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34: Saúde Mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001**. Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 jan. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS/96)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 166, de 27 de janeiro de 2021**. Dispõe, excepcionalmente, sobre a transferência dos incentivos financeiros federais de custeio da Atenção Primária à Saúde, no âmbito do Programa Previne Brasil, para o ano de 2021. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 110, 29 jan. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3493\\_11\\_04\\_2024.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3493_11_04_2024.html). Acesso em: 25 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.602, de 9 de julho de 2011**. Define recursos financeiros para municípios. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 jul. 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1602\\_09\\_07\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1602_09_07_2011.html). Acesso em: 25 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>. Acesso em: 22 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.925, de 13 de novembro de 1998**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 nov. 1998. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3925\\_13\\_11\\_1998\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3925_13_11_1998_rep.html). Acesso em: 24 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 fev. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 699/GM/MS, de 30 de março de 2006.** Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 jan. 2008. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html). Acesso em: 22 ago. 2023.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 679–684, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/9VBbHT3qxByvFCtbZDZHgNP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 mar. 2025.

CARVALHO, Renan dos Santos de et al. Modelo de Atenção na Estratégia Saúde da Família: o cuidado antes e após pandemia por COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 30, p. e00672025, 2025.

CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro; et al. Organização da atenção primária à saúde de municípios de São Paulo, Brasil: modelo de atenção e coerência com as diretrizes do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, p. ePT099723, 2024.

CASTRO-NUNES, Paula de; et al. Efeitos da remuneração por desempenho na atenção primária em um cenário de sub-registro. **Revista de Saúde Pública**, v. 58, p. 44, 2024.

CAVALCANTE, Livia Teixeira Canuto; OLIVEIRA, Adélia Augusta Souto de. Métodos de revisão bibliográfica nos estudos científicos. **Psicol. rev. (Belo Horizonte)**, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 83-102, abr. 2020.

CHAUÍ, Marilena. **Ideologia: uma introdução**. São Paulo: Boitempo, 2025.

CHAUÍ, Marilena S. Universidade pública sob nova perspectiva. **Revista Brasileira de Educação**, n. 24, 2003.

COSTA, Nilson do Rosário; SILVA, Paulo Roberto Fagundes da; JATOBÁ, Alessandro. A avaliação de desempenho da atenção primária: balanço e perspectiva para o programa Previne Brasil. **Saúde em Debate**, v. 46, n. spe8, p. 08–20, 2022.

COSTA-ROSA, A. **Atenção psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: Editora UNESP, 2013.

DA COSTA, P. H. A.; et al. Implicações da pandemia para a Psicologia nas Políticas Públicas. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 23, n. 1, p. 115–137, 2023.

DUARTE, Ligia Schiavon; et al. Repasses financeiros para o enfrentamento da COVID-19 na perspectiva de gestores municipais do estado de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, p. 3439–3450, 2023.

FELIX, Rayane Saraiva et al. Percepções dos enfermeiros sobre as condições de trabalho e infraestrutura das unidades de Atenção Primária em Saúde. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, 2022.

FRANCO, T. B. O trabalhador de saúde como potência: ensaio sobre a gestão do trabalho. In: MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. (Orgs.). **Trabalho, produção de cuidado e subjetividade: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 243–251.

GEREMIA, Daniela Savi; et al. Planejamento e gestão municipal do financiamento do Sistema Único de Saúde: estudo de caso em uma região de saúde catarinense. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 46, n. 4, p. 82–103, 2022.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção primária à saúde. In: **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2014. p. 493–545.

GUIDOLIN, Ana Paula; DAVID, Grazielle; ROSSI, Pedro Linhares. The public healthcare financing policy in Brazil: challenges for the post-pandemic future. **Revista de Economia Contemporânea**, v. 27, p. e232715, 2023.

GUIMARÃES, D. A.; OLIVEIRA, V. C. de P.; COELHO, V. A. A.; GAMA, C. A. P. da. Dificuldades no trabalho em saúde mental: percepção de trabalhadores do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na Macrorregião Oeste de Minas Gerais. *Physis*: **Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, p. e33052, 2023.

KAMIA, Felipe Duvaresch; VARGAS, Marco Antonio. Capital estrangeiro e mudança estrutural no mercado privado de serviços de saúde brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, p. e00171222, 2023.

LAZARINI, Welington Serra; et al. Políticas de saúde no Brasil: uma análise a partir dos projetos financiados pelo Banco Mundial durante os governos Lula e Dilma. **Saúde e Sociedade**, v. 30, p. e190747, 2021.

LIMA, J. G.; GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; FAUSTO, M.; MEDINA, M. G. Barreiras de acesso à Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos do Oeste do Pará. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 20, p. e00616190, 2022.

MACHADO, Cristiani Vieira; et al. A resposta à COVID-19 na Argentina, no Brasil e no México: desafios à coordenação federativa das políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, p. e00055023, 2024.

MAGALHÃES, Anderson Salvaterra; KOGAWA, João. **Pensadores da Análise do Discurso: uma introdução**. Jundiaí, SP: Paco Editorial, 2019.

MAIA, Leo Ramos; CAMPOS, Mônica Rodrigues; CASTANHEIRA, Débora. Austeridade fiscal e gastos municipais em saúde: estudo de séries temporais interrompidas. **Revista de Saúde Pública**, v. 58, p. 42, 2024.

MARINHO, Alexandre; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **SUS: o debate em torno da eficiência**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2022.

MARQUES, R. M.; MENDES, Á. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 403–415, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000200007>.

MASSUDA, Adriano; et al. Análise de políticas de investimento na Atenção Primária à Saúde: neoinstitucionalismo histórico aplicado ao sistema de saúde brasileiro. **Revista de Administração Pública**, v. 58, n. 5, p. e2023-0391, 2024.

MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1181–1188, 2020.

MELO, E. A.; et al. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 137–144, 2020.

MENDES, Á.; MARQUES, R. M. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 103, p. 900–916, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140079>.

MENDES, Á.; MELO, M. A.; CARNUT, L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: Operacionalismo e improvisos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. e00164621, 2022.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: **Trabalho, produção de cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 230–249.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson (org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2005.

MINAMI, J. et al. Tendências de financiamento da Atenção Primária à Saúde em uma capital brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 11, e01202024, 2024. .

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: metodologia de pesquisa social em saúde**. Rio de Janeiro: Editora Hucitec, 2010.

MOROSINI, Marcia Valeria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angelica Ferreira; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Previnde Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00040220, 2020.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **SUS: o desafio de ser único**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

OLIVEIRA, Luciano Amaral (org.). **Estudos do discurso: perspectivas teóricas**. 1. ed. São Paulo: Parábola, 2013. 349 p.

OLIVEIRA, V.; et al. Apresentando a potência do NASF na reorientação do fazer saúde na Atenção Básica. In: QUIRINO, T. R. L.; et al. **O NASF e o trabalho na Atenção Básica à Saúde: apontamentos práticos e experimentações**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019. p. 19–31.

PAIM, Jairnilson Silva; et al. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. 93 p. E-book interativo.

PUPPO, L. R.; et al. Saúde mental na Atenção Básica: identificação e organização do cuidado no estado de São Paulo. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 107–127, 2021.

QUEIROZ, Neila Alves de; BARBOSA, Fernanda Elizabeth Sena; DUARTE, Wellington Bruno Araujo. Uso das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde por profissionais dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 33, p. e33037, 2023.

RESTREPO-BETANCUR, Luis F. Inversión económica en salud en América en los últimos veinte años. **Universidad y Salud**, v. 25, n. 2, p. 22–26, 2023.

RODRIGUES, Ester Cano; EBERHARDT, Leonardo Dresch. Programa Previnde Brasil: análise do processo de implementação em um município da região Sul. **Saúde em Debate**, v. 48, p. e8385, 2024.

ROMAGNOLLI, Ana Paula Bazzo. **Política de financiamento da Atenção Primária à Saúde e suas implicações nos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde**. 56 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2024.

ROSA, Leonardo et al. Previnde Brasil: Análise da distribuição dos recursos e diagnóstico de resultados. **Instituto de Estudos para Políticas de Saúde**, v. 9, p. 1-30, 2023.

SÃO PAULO. **Portaria nº 143, de 13 de março de 2023b**. Institui a versão atualizada do Manual de Acompanhamento Supervisão e Avaliação Assistencial dos Contratos de Gestão. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-sms-143-de-13-de-marco-de-2023>. Acesso em: 25 set. 2024.

SÃO PAULO. **Portaria nº 225, de 17 de abril de 2024**. Suspende a avaliação e monitoramento dos indicadores de qualidade dos Contratos de Gestão. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-sms-225-de-17-de-abril-de-2024>. Acesso em: 25 set. 2024.

SÃO PAULO. **Portaria nº 288, de 17 de maio de 2023c**. Introduce alterações na Portaria SMS nº 143/2023. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-sms-288-de-17-de-maio-de-2023>. Acesso em: 25 set. 2024.

SÃO PAULO. **Portaria nº 333, de 31 de maio de 2022a**. Atualiza os indicadores de qualidade e produção e institui indicadores de monitoramento para os contratos de gestão celebrados pela Secretaria Municipal da Saúde com organizações sociais. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-sms-333-de-31-de-maio-de-2022>. Acesso em: 6 set. 2023.

SÃO PAULO. **Portaria nº 538, de 12 de agosto de 2022b**. Introduce alterações na Portaria nº 333/2022. [S. l.], 12 ago. 2022. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-sms-538-de-12-de-agosto-de-2022>. Acesso em: 6 set. 2023.

SÃO PAULO. **Portaria nº 539, de 12 de agosto de 2022c**. Atualiza os indicadores de qualidade e produção, bem como institui indicadores de monitoramento para os contratos de gestão. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-sms-288-de-17-de-maio-de-2023>. Acesso em: 25 set. 2024.

SÃO PAULO. **Redes assistenciais das Supervisões Técnicas**. São Paulo, 07 ago. 2023a. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/acesso\\_a\\_informacao/index.php?p=339402](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/acesso_a_informacao/index.php?p=339402). Acesso em: 6 set. 2023.

SAWAIA, B. B. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão-inclusão. In: \_\_\_\_\_. **As artimanhas da exclusão**: análise psicossocial e ética da desigualdade social. p. 96–116, 1999.

SCHÖNHOLZER, T.E. et al. Indicadores de desempenho da atenção primária do programa previne brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 31, e4008, 2023.

SELLERA, Paulo Eduardo Guedes; et al. Incentivo de capitação ponderada (Programa Previne Brasil): impactos na evolução do cadastro populacional na APS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 9, p. 2743–2750, 2023.

SETA, Marismar Horst de; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; RAMOS, André Luis Paes. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 3781–3786, 2021.

SILVA, Gabriel Mendes Corrêa. **Trabalho em saúde na atenção primária à saúde: gestão, sofrimento e sentido**. 2025. Tese de Doutorado. [sn].

SILVA, S. C.; DE OLIVEIRA, L. C. F. Acesso dos usuários do SUS à atenção psicossocial nos municípios brasileiros. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 47, n. 2, p. 230–248, 2023.

TOCCILLO, Giovanna Lago et al. O novo modelo de alocação de recursos federais da APS 2024: variação dos repasses nos municípios paulistas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 147, e10205, 2025.

TREICHEL C. A. S.; CAMPOS, R. T. O.; CAMPOS, G. W. S. Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 23: e180617, 2019.

VACCARO, Stefania Becattini; DOS SANTOS GOMES, Thaís. **Terceirização da gestão na Saúde Pública**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2022.

INSTITUTO DE SAÚDE (SP). **A política de Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia nos municípios paulistas**: relatório final de pesquisa. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2023. Disponível em: [https://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/relatorio\\_covid\\_fesi\\_ma\\_comp.pdf](https://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/relatorio_covid_fesi_ma_comp.pdf). Acesso em: 03 out. 2024.

VIEIRA, Ana Cristina de Souza; MELO, Delaine Cavalcanti Santana de; SOARES, Raquel Cavalcante. Crise sanitária e atenção primária: a atuação de assistentes sociais nos territórios. **Revista Katálisis**, v. 26, n. 1, p. 128–138, 2023.

VIEIRA, Leonardo Araújo; et al. Análise temporal da inserção de profissionais e residentes de Educação Física no Sistema Único de Saúde de 2009 a 2021. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, p. 837–850, 2023.





















































|     |    |    |   |    |   |    |   |   |    |
|-----|----|----|---|----|---|----|---|---|----|
| 239 |    |    |   |    |   |    |   |   |    |
| 240 |    |    |   |    |   |    |   |   |    |
| 241 |    |    |   |    |   |    |   |   |    |
| 242 |    |    |   |    |   |    |   |   |    |
| 243 |    |    |   |    |   |    |   |   |    |
| 244 |    |    |   |    |   |    |   |   |    |
| 245 |    |    |   |    |   |    |   |   |    |
| 246 |    |    |   |    |   |    |   |   |    |
| 247 |    |    |   |    |   |    |   |   |    |
| 248 |    |    |   |    |   |    |   |   |    |
| 249 |    |    |   |    |   |    |   |   |    |
| 250 |    |    |   |    |   |    |   |   |    |
| 251 |    |    |   |    |   |    |   |   |    |
| 252 |    |    |   |    |   |    |   |   |    |
| 253 |    |    |   |    |   |    |   |   |    |
| 254 |    |    |   |    |   |    |   |   |    |
| 255 |    |    |   |    |   |    |   |   |    |
| 256 |    |    |   |    |   |    |   |   |    |
| 257 |    |    |   |    |   |    |   |   |    |
| 258 |    |    |   |    |   |    |   |   |    |
| 259 |    |    |   |    |   |    |   |   |    |
| 260 |    |    |   |    |   |    |   |   |    |
| 261 |    |    |   |    |   |    |   |   |    |
| 262 |    |    |   |    |   |    |   |   |    |
| 263 |    |    |   |    |   |    |   |   |    |
| 264 |    |    |   |    |   |    |   |   |    |
| 265 |    |    |   |    |   |    |   |   |    |
| 266 |    |    |   |    |   |    |   |   |    |
| 267 |    |    |   |    |   |    |   |   |    |
|     | 41 | 31 | 2 | 60 | 1 | 94 | 6 | 4 | 28 |

**Município E:**







|     |    |   |   |    |   |    |    |   |    |
|-----|----|---|---|----|---|----|----|---|----|
| 98  |    |   |   |    |   |    |    |   |    |
| 99  |    |   |   |    |   |    |    |   |    |
| 100 |    |   |   |    |   |    |    |   |    |
| 101 |    |   |   |    |   |    |    |   |    |
| 102 |    |   |   |    |   |    |    |   |    |
| 103 |    |   |   |    |   |    |    |   |    |
| 104 |    |   |   |    |   |    |    |   |    |
| 105 |    |   |   |    |   |    |    |   |    |
| 106 |    |   |   |    |   |    |    |   |    |
| 107 |    |   |   |    |   |    |    |   |    |
| 108 |    |   |   |    |   |    |    |   |    |
| 109 |    |   |   |    |   |    |    |   |    |
| 110 |    |   |   |    |   |    |    |   |    |
| 111 |    |   |   |    |   |    |    |   |    |
| 112 |    |   |   |    |   |    |    |   |    |
| 113 |    |   |   |    |   |    |    |   |    |
| 114 |    |   |   |    |   |    |    |   |    |
| 115 |    |   |   |    |   |    |    |   |    |
| 116 |    |   |   |    |   |    |    |   |    |
| 117 |    |   |   |    |   |    |    |   |    |
| 118 |    |   |   |    |   |    |    |   |    |
| 119 |    |   |   |    |   |    |    |   |    |
|     | 19 | 8 | 3 | 30 | 0 | 31 | 13 | 5 | 10 |