

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**Programa de Pós-graduação- PROFSAÚDE**  
**Departamento de Medicina Social**  
**Mestrado Profissional em Saúde da Família**



Dissertação

**Organização do processo de trabalho das Equipes de ESF para o alcance das metas pactuadas dos indicadores do Programa Previne Brasil em Rio Grande, RS**

**Renata Tarouco Manke**

Pelotas, 2022

**Renata Tarouco Manke**

**Organização do processo de trabalho das Equipes de ESF para o alcance das metas pactuadas dos indicadores do Programa Previne Brasil em Rio Grande, RS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação PROFSAÚDE, Mestrado Profissional em Saúde da Família do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Elaine Thumé

Linha de pesquisa: Gestão e avaliação dos serviços na Estratégia de Saúde da Família

Pelotas, 2022

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas  
Catalogação na Publicação

M278o Manke, Renata Tarouco

Organização do processo de trabalho das equipes de ESF para o alcance das metas pactuadas dos indicadores do Programa Previne Brasil em Rio Grande, RS / Renata Tarouco Manke ; Elaine Thumé, orientadora. — Pelotas, 2022.

109 f.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2022.

1. Saúde da família. 2. Sistema único de saúde. 3. Atenção primária em saúde. 4. Financiamento da saúde. 5. Gestão em saúde. I. Thumé, Elaine, orient. II. Título.

CDD : 614.254

Elaborada por Elionara Giovana Rech CRB: 10/1693

Renata Tarouco Manke

Organização do processo de trabalho das Equipes de ESF para o alcance das metas pactuadas dos indicadores do Programa Previne Brasil em Rio Grande, RS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação PROFSAÚDE, Mestrado Profissional em Saúde da Família do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: 05/12/2022

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elaine Thumé (Orientadora)  
Universidade Federal de Pelotas

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elaine Tomasi  
Universidade Federal de Pelotas

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Helena Moraes Cortes  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eda Schwartz (Suplente)  
Universidade Federal de Pelotas

## **Agradecimentos**

Primeiramente, meu agradecimento vai para a Universidade Federal de Pelotas, a qual me proporcionou a formação em enfermagem e, após 12 anos, abriu as portas novamente para que eu pudesse ser aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família.

E o destino trouxe como orientadora da minha dissertação à Professora Doutora Elaine Thumé, patrona da minha turma de formação em Enfermagem, por quem possuo muita admiração e a quem extendo minha gratidão por todo auxílio e dedicação.

Agradeço especialmente a minha amiga Helena Cortez, que aceitou estar presente na minha banca. Faço questão de dizer o quanto eu te admiro pela pessoa que és e por todas as batalhas que venceste. À Professora Elaine Tomasi e à Eda Schwartz por todos ensinamentos ao longo do curso e considerações sobre este estudo.

A todos professores do Mestrado do PROFSAÚDE e aos servidores da Medicina Social da UFPel, minha gratidão pelo empenho e dedicação de todos vocês. Aos enfermeiros coordenadores de equipe de ESF do município de Rio Grande, pela aceitação em participar das entrevistas e pelo carinho com o qual fui tratada. Vocês são exemplos de profissionais e alicerçaram minha caminhada nessa trajetória de saúde pública.

Às queridas colegas que tive o prazer de conhecer, que foram incansáveis na ajuda e nas trocas de saberes. O Universo escolheu pessoas maravilhosas para estarem ao meu lado nesse momento tão difícil que foi a pandemia da COVID-19.

Ao meu esposo Gustavo e a minha amada filha Cecília, que muitas vezes dormiram à minha espera, sentindo a minha ausência. Amo vocês! Eu consegui, porque vocês proporcionam um lar cheio de amor, compreensão e alegrias.

Aos meus pais José e Carmem, que, em muitas tardes e finais de semana, ficaram à minha espera, quando nossos encontros precisaram ser adiados.

Ao meu irmão Roberto, meu parceiro, amigo e a sua namorada Cássia Almeida, que me auxiliou com a revisão linguística desta dissertação. Meus sinceros agradecimentos.

À minha colega e amiga enfermeira Paula e a toda equipe da unidade de saúde da família São Miguel 2 pelo apoio e compreensão. Vocês verdadeiramente colocam em prática as diretrizes e atributos do SUS, minha eterna admiração e gratidão por

vocês.

Por fim, externo, especialmente, os agradecimentos a minha colega do mestrado Lisandra, que esteve ao meu lado me apoiando, incentivando e, muitas vezes, ensinando. Obrigada, minha amiga, sem você não teria sido tão especial como foi. Faltam palavras para te agradecer.

Encerro estes agradecimentos afirmando que tudo foi possível graças à proteção de todos amigos espirituais que me acompanham nesta jornada reencarnatória, à egrégora que compõem o CECluz. Agradeço também pela consciência que meu amigo Sandro me traz. Vocês sabem o tamanho da minha gratidão e o quanto sou honrosa por pertencer a este grupo.

MANKE, Renata Tarouco. **Organização do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família para o alcance dos indicadores do Programa Previne Brasil em Rio Grande, RS.** Orientadora: Dr<sup>a</sup> Elaine Thumé. 2022. 109f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família)- Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas- Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2022.

O estudo teve como objetivo investigar a organização do processo de trabalho das equipes de Estratégia Saúde da Família de Rio Grande (RS) para o alcance das metas propostas pelo Programa Previne Brasil. Para tanto, foi utilizada a abordagem qualitativa por meio de entrevistas em profundidade com 11 coordenadoras de unidades de saúde da Estratégia Saúde da Família do município. As entrevistas foram gravadas e realizadas entre os meses de julho e agosto de 2022, de forma virtual, através da plataforma *Google Meet*. Para a análise das entrevistas foi realizada a transcrição e posterior codificação e leitura para exploração metódica dos recortes dos segmentos de texto, gerando unidades de registro, resumindo, de forma analítica, tais segmentos, classificando-as em categorias temáticas. A primeira categoria descreveu a implantação do programa Previne Brasil; a segunda, o monitoramento no alcance dos indicadores; a terceira, o alcance das metas dos indicadores; a quarta, a importância da completude das equipes de ESF e, por fim, a quinta descreveu a avaliação do alcance das metas. Os achados permitiram verificar que o planejamento das ações em saúde para alcance das metas dos indicadores do Previne Brasil está ocorrendo, entretanto as coordenadoras possuem questionamentos e dificuldades para monitorá-los e para alcançá-los. Foram identificadas fragilidades, com destaque para a falta de estrutura de serviços, de equipamentos e de pessoal. Ao final, este estudo busca sensibilizar as gestões nas três esferas de governo para que o processo de qualificação das ações de saúde, dentro dos territórios, seja periodicamente acompanhado e as equipes possam ser norteadas com conhecimento e trocas acerca do alcance das metas dos indicadores.

**Palavras-chave:** Gestão em Saúde. Sistema Único de Saúde. Atenção Primária em Saúde. Financiamento da Saúde. Planejamento em Saúde.

#### **Abstract**

MANKE, Renata Tarouco. **Organization of the work process of the Family Health Teams to achieve the indicators of the Previne Brasil Program in Rio Grande,**

**RS.** Advisor: Dr<sup>a</sup> Elaine Thumé. 2022. 109f. Dissertation (Professional Master's Degree in Family Health) - Department of Social Medicine, Federal University of Pelotas - Graduate Program in Family Health, Faculty of Medicine, Federal University of Pelotas, Pellets, 2022.

The study aimed to investigate the organization of the work process of the Family Health Strategy teams in Rio Grande (RS) to achieve the goals proposed by the Previne Brasil Program. For that, a qualitative approach was used through in-depth interviews with 11 coordinators of health units of the Family Health Strategy in the municipality. The interviews were recorded and carried out between July and August 2022, virtually, through the Google Meet platform. For the analysis of the interviews, transcription and subsequent coding and reading were carried out for methodical exploration of the excerpts from the text segments, generating record units, summarizing, in an analytical way, such segments, classifying them into thematic categories. The first category described the implementation of the Previne Brasil program; the second, monitoring the achievement of indicators; the third, the achievement of the indicator targets; the fourth, the importance of the completeness of the ESF teams and, finally, the fifth described the assessment of the achievement of goals. The findings allowed verifying that the planning of health actions to reach the goals of the Previne Brasil indicators is taking place, however the coordinators have questions and difficulties in monitoring and achieving them. Weaknesses were identified, with emphasis on the lack of service structure, equipment and personnel. In the end, this study seeks to sensitize management in the three spheres of government so that the process of qualification of health actions, within the territories, is periodically monitored and the teams can be guided with knowledge and exchanges about the achievement of the goals of the indicators.

**Keywords:** Health Management. Health Unic System. Primary Health Care. Health Financing. Health Planning.

### **Lista de Figuras**



Figura 1	Periódicos, limitação temporal e totalidade de produções encontradas.....	42
Figura 2	Fluxograma das etapas realizadas na seleção dos artigos.....	42
Figura 3	Artigos incluídos no estudo para análise e criação de categorização.....	44
Figura 4	Cronograma de realização do estudo.....	58
Figura 5	Planejamento orçamentário.....	59

**Lista de tabela**

Tabela 1	Características demográficas e profissionais das participantes Rio Grande, 2022.....	60
----------	---	----

APS	Atenção Primária à Saúde.
AB	Atenção Básica.
eAP	Equipe de Atenção Primária.
ESF	Estratégia Saúde da Família.
RG	Rio Grande.
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica.
NOB	Norma Operacional Padrão.
USF	Unidade Saúde da Família.
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

## **Sumário**

<b>1 Introdução</b>	<b>22</b>
<b>2 Justificativa</b>	<b>27</b>
<b>3 Objetivos</b>	<b>28</b>
<b>4 Pressupostos</b>	<b>29</b>
<b>5 Referencial Teórico</b>	<b>30</b>
5.1 Conceituando o financiamento da Atenção Primária em Saúde	30
5.2 A avaliação e o planejamento como importante instrumento de qualidade do processo de trabalho	34
5.3 Sistemas de informação e indicadores de saúde, importantes ferramentas para o processo de trabalho	37
<b>6 Revisão Integrativa de Literatura</b>	<b>41</b>
<b>7 Metodologia</b>	<b>53</b>
7.1 Tipo de estudo	53
7.2 Local do estudo	53
7.3 Participantes do estudo	54
7.4 Critérios de exclusão	54
7.5 Período da coleta de dados	54
7.6 Procedimentos para a coleta de dados e instrumentos de pesquisa	54
7.7 Questões éticas	56
7.8 Análise dos dados	56
7.9 Cronograma	58
7.10 Planejamento orçamentário	59
<b>8 Resultados</b>	<b>60</b>
8.1 A Implantação do programa Previnir Brasil	61
8.2 O monitoramento no alcance dos indicadores	63
8.3 O alcance das metas dos indicadores	64
8.4 A importância da completude das equipes de ESF para o alcance das metas	67
8.5 Avaliação do alcance das metas	70
<b>9 Discussões</b>	<b>74</b>
<b>Considerações Finais</b>	<b>83</b>
<b>Referências</b>	<b>85</b>
<b>Apêndices</b>	<b>95</b>
<b>Apêndice A - Termo de consentimento livre e esclarecido</b>	<b>96</b>
<b>Apêndice B - Instrumento de pesquisa</b>	<b>97</b>

<b>Apêndice C - Relatório de campo</b>	<b>98</b>
<b>Apêndice D - Relatório Executivo</b>	<b>101</b>

## **Apresentação**

Sou Renata Tarouco Manke, Enfermeira da Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Rio Grande, Rio Grande do Sul (RS). Sou formada em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas em 2008. Durante a graduação, tive um longo percurso em Oncologia e atuei como monitora de projeto de extensão intitulado "Convivendo com o Ser Humano em Tratamento Radioterápico" no setor de Radioterapia da Universidade Federal de Pelotas, perdurando de 2005 até 2008. No trabalho de conclusão de curso, investiguei a espiritualidade dos pacientes oncológicos em processo de finitude de vida.

O início da minha carreira profissional ocorreu na mesma semana de formação da graduação na Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, atuando nos setores Centro Cirúrgico e Supervisão Geral da Enfermagem do Hospital. Atuei como responsável técnica do Hospital Psiquiátrico Vicença Maria da Fontoura até o final de 2013 quando fui nomeada no concurso público da prefeitura municipal do Rio Grande, atuando concomitante como orientadora educacional do curso técnico de Enfermagem do Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC).

Em 2010, concluí a especialização de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva e, em 2014, finalizei a especialização em Saúde da Família, pré-requisito para que eu pudesse atuar na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município. Em 2017, fui nomeada como Enfermeira Assistencial da USF São Miguel e, após dois anos de trabalho assistencial, assumi a coordenação das 39 equipes ESF do Rio Grande distribuídas em 29 USF. Esse convite foi propulsor para que eu buscasse aprimoramento do conhecimento, participando em 2020 do processo seletivo, no qual fui aprovada, para o Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE).

A implantação da ESF, no município do Rio Grande/RS, ocorreu em 21 de março de 2001 e, desde então, houve o compromisso com a sua expansão norteada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, cuidado coordenado, vínculo, integralidade, responsabilização, humanização na promoção da equidade e estímulo à participação social (BROMBERGER, 2003). Os primeiros registros oficiais de

cobertura de ESF do município, através do *e-Gestor*, datam de julho de 2007 com cobertura 38,5% de ESF. Possuíam 22 equipes homologadas e estimavam uma cobertura populacional de 75.900 pessoas. Com o passar do tempo e a ampliação do atendimento da ESF no município, ao final de dezembro de 2021, a ESF conta com 44 equipes homologadas, cobertura de atendimento da ESF em 67,75% e 130.086 cadastradas e vinculadas com as equipes de ESF (BRASIL, 2021).

A mudança na política de financiamento da Atenção Primária em Saúde (APS) ocorreu a partir de janeiro de 2020, com o Programa Previne Brasil. Fui, então, responsável pela implantação do novo modelo de financiamento no município. Ao final de março de 2021, finalizei minhas atividades na coordenação da ESF e retornei para o trabalho assistencial na USF São Miguel 2, responsável pela equipe 15, preceptora do programa de residência multiprofissional em saúde da família. Nesse contexto, deparei-me com os desafios da organização do trabalho para o alcance dos novos indicadores previstos no Previne Brasil.

O mestrado profissional possui a vantagem de propor um trabalho de conclusão que possa contribuir para a prática assistencial e, por esse motivo, há o interesse em investigar a organização do processo de trabalho das equipes no alcance das metas do novo modelo de financiamento.

Essa proposta é a oportunidade de encerrar um ciclo de avaliação iniciado com a implantação do programa Previne Brasil e contribuir na identificação das fragilidades e potencialidades do novo modelo de financiamento.

## **1 Introdução**

As primeiras idealizações sobre Atenção Primária à Saúde (APS) ocorreram na Grã-Bretanha, em 1920, a qual foi pioneira e serviu de base para a reorganização dos serviços de saúde em vários países (CONILL, 2008). No Brasil, as experiências precursoras de implantação da APS ocorreram em meados dos anos 70, em franco período de autoritarismo militar, com o debate proposto por diferentes movimentos sociais. Um deles foi o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), instituição que se constituiu no ponto de encontro de médicos e sanitaristas em defesa da democracia e dos direitos sociais (DOIMO, 1995), principalmente pelo Movimento da Reforma Sanitária, que mobilizou intensamente diferentes atores sociais (LUCAS, 2004).

Também foi criado o Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (Cedec), que reuniu pesquisadores e acadêmicos paulistas, um dos principais veículos de discussão dos anos 70. A Revista Saúde em Debate teve papel importante na divulgação de muitos trabalhos de autoria dos envolvidos com a gestão pública, como o sanitarista Sérgio Arouca; o médico e militante do PCB David Capistrano Filho; o médico Eleutério Gomes Neto; e o jornalista e médico Carlos Gentile de Mello (SOPHIA, 2012).

Em 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, marco inicial da Nova República, propulsora de novos projetos e perspectivas políticas, momento de debates sobre o processo de Reforma Sanitária e do seu papel para o debate sobre a proposta de Sistema de Saúde a ser defendido na Constituinte de 1988, objetivando defender o restabelecimento das instituições democráticas (SOPHIA, 2012).

A Constituição Federal de 1988 criou o Sistema Único de Saúde (SUS) e estabeleceu os princípios e diretrizes da universalidade, integralidade, preservação da autonomia das pessoas, igualdade de assistência, direito à informação sobre sua saúde, o uso da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, participação da comunidade, descentralização político administrativa, capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência e a organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1988).



O SUS foi legitimado pela Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização e regulação dos serviços de saúde, e pela Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que estabelece a participação popular e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Após essa conjuntura política, a população brasileira passou a ter direito à atenção integral em uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada, financiada com recursos da união, dos estados e dos municípios (BRASIL, 1990).

No ano de 1991, ocorre a implantação do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), que assemelhou-se às experiências vivenciadas – quanto à organização da APS – pelos países Cuba, Inglaterra e Canadá, com objetivo da atenção à saúde voltada às ações de promoção à saúde e à prevenção de agravos com base na família e territórios (TRAVERSO-YÉPEZ, MORAIS e CELA, 2009). Para Ronzani e Stralen (2003) a ESF foi considerada uma das principais estratégias da reforma do sistema de saúde com vistas à participação da comunidade na reorganização dos serviços, enfatizada por diferentes setores da sociedade.

Em 2006, o Ministério da Saúde (MS) considerou a necessidade de revisar e adequar as normas nacionais da Atenção Básica (AB) em saúde no Brasil, devido à expansão da ESF e à configuração como estratégia prioritária para esse modelo de atendimento. Levados em consideração os princípios e diretrizes propostas pelo pacto pela vida, em defesa do SUS e da gestão, entre as esferas de governo, além da desfragmentação do financiamento da AB, em 28 de março de 2006, foi decretada a portaria nº 648/GM, que instituiu a primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2006).

As tecnologias utilizadas pela AB têm elevada complexidade de modo a resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território, no âmbito individual e coletivo. A AB é determinada como um conjunto de ações de saúde que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006).

Com a criação do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ-AB), em 2011, as equipes de ESF foram estimuladas a participarem dos processos avaliativos com o propósito de qualificar a estrutura dos serviços e o processo de trabalho. Nesse contexto, as equipes de ESF do município de Rio Grande tiveram uma importante participação. No município, a adesão ao PMAQ-AB contou com 32 equipes de ESF, 10 equipes de Saúde Bucal e 03 equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) (BRASIL, 2021).

Em 2017 a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) sofreu revisão, através da Portaria nº 2.436 em 21 de setembro de 2017, as principais modificações ocorridas impactaram o financiamento, a composição das equipes e o modelo dos serviços. Já sinalizando o desmonte da saúde, o curto prazo para consulta pública, as não mudanças ocorridas no texto, bem como os mais de 6 mil resultados levantados e não apresentados, culminaram sucessivamente para o atual panorama que vivenciamos (GUIMARÃES, 2020).

Ao final do ano de 2019, a APS sofre alteração no modelo de financiamento com o lançamento do programa *Previne Brasil*, através da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, estruturado em três blocos de financiamento que são: as ações estratégicas; pagamento por desempenho e capitação ponderada. Como justificativa dessa mudança no panorama financeiro, utilizaram a inspiração no modelo "*Fee For Service*", empregado em outros países (BRASIL, 2019).

Dentre os argumentos de sua implantação, referiu-se à diminuição expressiva na velocidade de ganhos em saúde frente ao investimento público, diminuição da cobertura vacinal, perda de velocidade na redução da mortalidade infantil, proporção de internações hospitalares evitáveis, dificuldade no manejo das doenças crônicas, envelhecimento e enfrentamento da sífilis e do HIV (HARZHEIM *et al*; 2020).

Em Rio Grande, de acordo com os relatórios públicos do FNS, observam-se que, no mês de fevereiro de 2019, os repasses, que incluíram os itens de custeio, Piso de atenção Básica (PAB) fixo e variável, totalizaram R\$1.206.106,86. Em fevereiro de 2021, com o programa *Previne Brasil*, os envios de recursos para o bloco da APS

aumentaram para R\$1.424.822,05 levando em conta que todos valores disponibilizados pelo programa de financiamento estão utilizando a lógica de 100% do alcance da capitação ponderada e pagamento por desempenho, o que leva a uma incerteza do futuro do custeio dos gastos públicos da APS em detrimento da base de cálculo ocorrer mediante a realidade de cadastro e alcance de indicadores (BRASIL, 2021).

Os sete indicadores de saúde selecionados para o pagamento por desempenho levarão em consideração o pré-natal, saúde da mulher, da criança e doenças crônicas. Em sua descrição, levam em consideração a proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas de pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação; a proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; a proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; a cobertura de exame citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos a cada 3 anos; a cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente em crianças de até 1 ano; o percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre; o percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada a cada ano (BRASIL, 2020).

O MS, ao longo desses 24 meses, vem prorrogando os repasses financeiros em 100% de forma fixa em detrimento da pandemia provocada pelo vírus SARS-CoV-2 que perdura desde 2019. Em uma realidade próxima, a base de cálculos dos dois componentes do financiamento, capitação ponderada e pagamento por desempenho, incorrerão a riscos na base de cálculo, referente ao alcance de cadastro frente ao parâmetro de 4.000 mil habitantes por equipe, além da meta pactuada para cada indicador. Questões tão relevantes como essas podem promover distorções no entendimento do novo financiamento, precisando ser analisadas para que não ocorram distorções no planejamento das ações desempenhadas para os usuários do território (MASSUDA, 2018).

## 2 Justificativa

Com a alteração da política de financiamento da APS, questionamentos e interpretações dúbias pelas equipes de ESF, quanto ao planejamento das ações no processo de trabalho, poderão ocorrer. Uma importante alteração do Previne Brasil foi a lógica de número de usuários adstritos por território. A alteração não leva em consideração o preconizado pela Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, que recentemente estabeleceu a revisão das diretrizes para a organização da AB no âmbito do SUS. O novo parâmetro responsabiliza as equipes de tipologia urbana para cuidar de até 4.000 mil indivíduos, sem levar em consideração a caracterização rural que alguns territórios dentro de centros urbanos possuem.

Os novos indicadores de saúde previstos pelo Previne Brasil estão alicerçados nos aspectos clínicos do cuidado e focalizados em algumas ações dentro das ações programáticas. Há a preocupação do enfraquecimento das estratégias matriciais em que, ao longo dos anos, as equipes envolveram-se para promover um cuidado integralizado, em conformidade com os princípios e diretrizes preconizadas pelo SUS.

O fortalecimento da APS é oriundo da qualificação das ações em saúde, através do planejamento e organização do processo de trabalho, entretanto a proposta simplificada de avaliação por desempenho demandará um esforço desafiador às equipes de ESF. Este estudo busca responder à seguinte questão: **Como as equipes da ESF de Rio Grande organizam seu processo de trabalho para o alcance das metas dos indicadores de saúde instituídos pelo Programa Previne Brasil?**

## 3 Objetivo geral

Investigar a organização do processo de trabalho das equipes de Estratégia Saúde da Família de Rio Grande (RS) para o alcance das metas propostas pelo Programa Previne Brasil.

### 3.1 Objetivos específicos

Descrever o processo de trabalho das equipes de Estratégia Saúde da Família.

Identificar as potencialidades e fragilidades das equipes para o alcance das metas propostas.

Realizar resumo executivo para devolução dos achados à gestão.

## 4 Pressupostos

O presente estudo parte do pressuposto de que as mudanças ocorridas no processo de trabalho das equipes de SF, frente aos novos indicadores de saúde, causam dúvidas nas equipes sobre a forma de monitoramento, avaliação e no planejamento de ações para o alcance das metas. Sendo assim, acredita-se que as equipes de saúde possuem questionamentos e dificuldades. A partir das diretrizes propostas pelo componente de pagamento por desempenho, presume-se que os coordenadores de equipe estão desalentados na busca por estratégias de

planejamento para a melhoria do processo de trabalho e alcance dos indicadores, em decorrência da falta de incentivo que o novo programa de financiamento Previner Brasil traz às equipes. Ao fim do trabalho, espera-se contribuir com a elaboração de um relatório executivo para a gestão e equipes de saúde possa permitir reflexões e debates frente às dificuldades elencadas pelas coordenações dos serviços e encontro de soluções em conjunto.

## **5 Referencial Teórico**

### **5.1 Conceituando o financiamento da atenção primária em saúde**

A saúde e seu financiamento, nos diversos países, é um tema amplamente debatido em razão do constante aumento de custos no setor. Além disso, a realidade dos serviços, a organização e as tecnologias utilizadas impactam diretamente nos resultados, fortemente influenciada pelo poder de gerenciamento de recursos advindos das três esferas de governo (MASSUDA, 2020).

A primeira Conferência Internacional que tratou sobre cuidados primários de saúde ocorreu em setembro de 1978, planejada e organizada pela Organização

Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em Alma-Ata, capital do Cazaquistão. Houve mais de 700 participantes, que levaram ao fruto da instauração de uma declaração que teve o propósito de reafirmar a significação da saúde como um direito social e humano mundial (MENDES, 2004).

Após a Conferência, ocorreram diversos movimentos sociais que motivaram as reformas sanitárias em vários países. Em se tratando do Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde direcionou tratativas sobre o assunto e também foi o marco para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no período de redemocratização política (VALENTIM; KRUEL, 2007).

O financiamento da APS, em seu princípio, foi constituído pelo piso da Atenção Básica (PAB), valor per capita, que somado às transferências estaduais e aos recursos próprios dos municípios deveriam financiar a atenção básica da saúde, mediante a garantia de um mínimo de ações e procedimentos contidos na Portaria GM/MS nº 1882, de 18 de dezembro de 1997.

O PAB foi composto de uma parte fixa destinada à assistência básica e de uma parte variável relativa a incentivos para o desenvolvimento de ações estratégicas da própria AB. A parte variável do PAB, implantada em 1998, destinava-se às Ações Básicas de Vigilância Sanitária, aos PACS, ao PSF e ao Combate às Carências Nutricionais e a outros que vinham a ser instituídos por meio dos atos normativos específicos (BRASIL, 1997).

Em 2002, o MS divulgou o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) que teve por objetivo reafirmar as diretrizes operacionais do SUS, substituindo o modelo tradicional de atenção básica de saúde em municípios com população superior a 100 mil habitantes. Dessa forma, foram gerados incentivos financeiros destinados aos três componentes municipais, estaduais e federais, onde foi planejado o seu desenvolvido em três fases, com o propósito de monitorar e avaliar as ações em saúde, desenvolver os recursos humanos e apoiar à conversão do modelo de AB.

Em 2011, foi lançado o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que propôs aos gestores e às equipes o incentivo ao engajamento da melhoria e da qualidade dos serviços prestados em saúde oferecidos aos cidadãos do território. Com o intuito de promover estratégias para qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde, o programa proveu o financiamento de recursos de incentivo federal para os municípios que realizaram a adesão e que atingiram melhora no padrão de qualidade no atendimento, através do alcance dos indicadores.

O PMAQ-AB teve o propósito de ampliar o acesso e a melhoria na qualidade das ações desempenhadas pela ESF por meio da avaliação e acompanhamento periódico de suas ações (GARNELO, SOUSA e SILVA, 2017), sendo estruturado em três fases, adesão e contratualização, certificação e recontratualização, além de um eixo estratégico transversal de desenvolvimento que compôs um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da APS (CONASEMS, 2018). Em abril de 2012, o MS iniciou a avaliação de 17.482 equipes, equivalente a 53,3% do total de equipes no País (32.809), que aderiram ao programa em 3.972 municípios brasileiros (CONASS, 2012).

O PMAQ-AB foi elaborado pela equipe do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, sendo foco de discussões por parte dos membros do Conselho Nacional de Saúde, em que se verificou a formação de consenso sobre o programa, seguindo para aprovação na Comissão Intergestores Tripartite (SADDI *et al*; 2018).

Um marco importante a ser mencionado foi a aprovação da Emenda Constitucional 95, em 15 de dezembro de 2016, que determinou o congelamento dos gastos públicos em um período de 20 anos. A emenda foi aprovada em um contexto claro de insubsistência de recursos financeiros de custeio e de insuficiência de verbas para o fornecimento de serviços públicos essenciais nas áreas de saúde (MASSUDA, 2018).

Massuda (2018) afirma que a APS e o SUS encontram-se em um ponto crítico. O autor faz um apanhado dos últimos seis anos, em que preconiza que a



intensificação dos dilemas da saúde pública no Brasil vem se agravando em detrimento da situação política e econômica a qual estamos enfrentando.

Ao fim de 2019, o financiamento da APS sofre modificação, em substituição ao modelo PAB Fixo e PAB variável, pelo programa “Previne Brasil”, passando a vigorar a partir de janeiro de 2020, através da publicação da Portaria nº 2.979 GM/MS/2019. Esse modelo de financiamento de custeio da APS é composto por capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo às ações estratégicas (MASSUDA, 2020).

A capitação ponderada se expressa pelo repasse calculado sobre o número de pessoas cadastradas, vinculadas e identificadas em cada território de ESF ou equipe de atenção primária de saúde (eAP). O cadastro do cidadão pode ser realizado por todos os integrantes da equipe com o Cadastro de Pessoa Física (CPF) ou Cartão Nacional de Saúde (CNS) do usuário. O registro das informações de cadastro pode ser feito por meio do sistema de Coleta de Dados Simplificada, Prontuário Eletrônico do Cidadão ou sistemas próprios contratados pelo município, e seu controle é possível de ser analisado no sistema de informação em saúde para a atenção básica (SISAB) através do portal *e-gestor* (CONASEMS, 2020).

Esse tipo de capitação leva em consideração os fatores de ajuste, como a vulnerabilidade socioeconômica, o perfil de idade e a classificação rural-urbana do município. A Portaria nº 169, de 31 de janeiro de 2020, define o valor per capita para efeito do cálculo do incentivo financeiro da capitação ponderada do Programa Previne Brasil, e a Portaria nº 172, de 31 de janeiro de 2020, dispõe sobre municípios e Distrito Federal, que apresentam manutenção ou acréscimo dos valores a serem transferidos, conforme as regras de financiamento de custeio da APS do Programa Previne Brasil e sobre o valor per capita de transição conforme estimativa populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A portaria nº 173, de 31 de janeiro de 2020, dispõe os municípios que apresentam decréscimo dos valores a serem transferidos, conforme as regras do financiamento de custeio da APS do Programa Previne Brasil (BRASIL, 2019).

Quanto ao pagamento por desempenho, trata-se da modalidade de aquisição de recursos pelo Município através do alcance das metas dos indicadores para todas equipes homologadas (BRASIL, 2019).

As ações estratégicas são aderidas pelo gestor municipal, através do e-gestor, e os incentivos são modalidades de financiamento com objetivos próprios e específicos. Alguns exemplos de ações estratégicas são: a estratégia dos Agentes Comunitários de Saúde; a Academia da Saúde; o Informatiza SUS; o Programa Saúde na Hora; a Equipe de Consultório na Rua e a Equipe de Saúde Bucal (BRASIL, 2019). Essas modalidades sofreram prorrogação até o fim de agosto de 2021, quando os municípios e o DF receberão o equivalente a 100% do potencial de cadastros, além do teto máximo do pagamento por desempenho que corresponde às equipes homologadas estipulado através das portarias GM/MS nº 166, de 27 de janeiro de 2021 e nº 2.713, de 6 de outubro de 2020 (SAPS, 2020).

É notável a estratificação e heterogeneidade do sistema público do Brasil, resultante de uma política não fundamentada nas necessidades de saúde e nas prioridades de serviços públicos municipais e estaduais. Almeja-se que a fonte de recursos públicos possa ser compatível com a necessidade vivenciada e que os nós críticos sanitários possam ser vistos e superados (DAIN, 2007).

## 5.2 A avaliação e o planejamento como importante instrumento de qualidade do processo de trabalho

A avaliação e o planejamento são instrumentos gerenciais que auxiliam na capacidade de tomar decisões. A avaliação em saúde envolve a seleção de critérios para julgar e comparar adequação, benefícios, efeitos adversos e custos de tecnologias, serviços ou programas de saúde; esses critérios constituem-se em indicadores de qualidade em saúde (PORTELLA, 2000). A avaliação em saúde tem se configurado como um importante instrumento para o planejamento e gestão de sistemas e de serviços de saúde (SANCHO; DAIN, 2012).

Donabedian (1980) já estudava avaliação em saúde, objetivando como tema de pesquisa a assistência médica, com foco na qualidade, através de atributos

consequentes ao cuidado médico. Conceitos como eficácia, disponibilidade, distribuição dos recursos, entendimento dos usuários quanto ao cuidado recebido e os custos despendidos foram temas amplamente difundidos pelo autor.

A participação dos gestores, trabalhadores, usuários, pesquisadores, apoiadores, nos processos avaliativos, são fundamentais para o reconhecimento das situações que precisam ser avaliadas e monitoradas, instrumentalizando o SUS na identificação das escolhas de indicadores a serem mensurados (HARTZ, 1997).

Utilizando de narrativa Hartz (2009) que versa sobre o reconhecimento dos múltiplos conceitos de avaliação, destacam-se aqueles de natureza da saúde que emergem a partir de políticas e programas sociais, alicerçados de conceituação individual, julgamento de valor, que finda em uma ação válida e socialmente legítima. Os processos avaliativos buscam, muitas vezes, através da aplicabilidade de recursos, o alcance dos resultados almejados. Consequentemente, oriunda o controle, o acompanhamento, buscando garantir qualidade no processo da aplicabilidade das ações (CLEMENHAGEN; CHAMPAGNE, 1986).

O processo de implantação da ESF leva ao reconhecimento da redefinição da APS, motivador de discussões sobre a importância do monitoramento e avaliação das equipes, consequentemente reafirmando a necessidade de institucionalização dos processos avaliativos (FELISBERTO, 2006).

Existiram muitas discussões sobre os métodos utilizados, quanto à metodologia, ao objetivo e aos resultados por parte dos profissionais das equipes de ESF. O PMAQ-AB, em seu período de sua instituição, sofreu intensas modificações normativas, o que tornava complexo o processo (CAVALCANTI; FERNANDEZ, 2021). O PMAQ-AB disponibilizou como ferramenta, para que as equipes e gestores realizassem as suas autoavaliações através da autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), que deveria ser realizada por todas as equipes que aderiram à avaliação externa do PMAQ-AB (SES/RS, 2017).

O PMAQ-AB serviu de incentivo para as equipes de ESF repensarem seu processo de trabalho, traçando seus objetivos de forma planejada, refletindo através da autoavaliação, com a possibilidade das matrizes de intervenção a elaboração de estratégias, a educação permanente e a organização do processo de trabalho, conforme necessidades mapeadas. Oportunizando, a mudança no modo de agir e gerir o cuidado, com vistas à qualificação das ações e serviços (MORAES; IGUTI, 2013).

Segundo Testa (1981), o propósito do processo de planejamento em saúde é de mudança social. O planejamento é também prática histórica por estar determinado pelas condições históricas da formação econômico-social na qual se realiza. Conforme ele, saúde é entendida como *o jeito de andar a vida* e os problemas de saúde, tanto de situação de saúde, como de organização setorial, advêm de problemas sociais complexos, nos quais intervêm inúmeras variáveis relacionadas de forma, muitas vezes, desconhecidas. O autor considera que, para os problemas de situação de saúde, a análise que mais tem conseguido aproximar-se dessas complexas relações é a realizada pela epidemiologia social.

Os problemas de organização social, representados, em grandes termos, pela alocação social de recursos para a atenção à saúde, são também problemas sociais. Fazem parte das questões relacionadas à reprodução da força de trabalho e estão determinados economicamente por necessidades da acumulação e, politicamente, pelas lutas dos trabalhadores à sua condição de vida atual e acerca de futuros ordenamentos sociais (TESTA, 1981).

Os problemas de saúde, enquanto problemas sociais, só podem ser resolvidos a partir do social, dado que a totalidade social não é divisível, não podendo assim ser separada em partes. Não é possível modificar o social com propostas setoriais. Essas podem, apenas, criar condições que abram o caminho para a modificação do social (TESTA, 1981). No entender de Testa, proposições em saúde somente serão eficazes a longo prazo, quer dizer, levarão à resolução dos problemas de saúde se fundamentadas na interpretação da determinação social do processo de produção

desses problemas, pois esta interpretação é que mais dá conta da sua complexa determinação.

O planejamento pode ser definido como um processo contínuo e dinâmico baseado em intenções e ideias organizadas e orientadas para atingir um determinado objetivo, possibilitando a tomada de decisões. De uma forma bem resumida, poderíamos identificá-lo como a não improvisação, é decidir aonde se quer chegar e acreditar, isso porque planejar implica transformar ideias em ação (GOMES *et al*; 2015).

O planejamento é ferramenta capaz de possibilitar ações efetivas e maior sintonia com as necessidades dos serviços de saúde, dessa forma é fundamental o trabalho em equipe, como proposta estratégica para enfrentar o intenso processo na área da saúde. Esse processo caracteriza-se pelo aprofundamento vertical do conhecimento e da intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem contemplar a articulação das ações e dos saberes de forma simultânea (CARVALHO; SANTIAGO, 2018).

Em recente estudo, Hone *et al* (2017) defendem que a importância dos serviços prestados pela ESF aos usuários do SUS, com vista à ampliação do acesso primários em saúde, promove melhorias nos resultados em saúde, com redução significativa na parcela de desigualdade sócio regional de amplo reconhecimento internacional na saúde pública.

Fragilidades estruturais do SUS e a enorme heterogeneidade entre os 5.570 municípios brasileiros demonstraram diferentes realidades de existência ESF de qualificação de ações desempenhadas aos usuários do SUS, fator esse limitador de desempenho das funções essenciais da APS (ANDRADE *et al*, 2018).

A expansão da ESF e sua implementação modificaram o cenário da APS dos municípios. Os recursos repassados pela União, ao longo dos anos, propiciaram aos municípios o poder da decisão, com maior propriedade e autonomia, sobre o destino da sua aplicação (MASSUDA, 2020).

5.3 Sistemas de informação e indicadores de saúde, importantes ferramentas para o processo de trabalho.

Os Sistemas de Informações em Saúde são importantes ferramentas para gestão da APS pela União, estados e municípios (PINTO *et al*; 2018). Na década de 80, ocorreu a necessidade de instrumentalização e de recursos metodológicos para coletas de dados com propósito de mensurar as diversidades de situações de saúde do mundo. Desde então, diversos desafios de integração entre os subsistemas são vivenciados pelo Brasil e por diversos países (OMS, 1996).

No Brasil, os principais sistemas que envolvem níveis populacionais correspondem à mortalidade (SIM), ao nascimento (SINASC), à atenção ambulatorial (SIAB; SIA-SUS), às internações hospitalares (SIH), às notificações de doenças (SINAN). Em se tratando de estabelecimentos, equipes de saúde e profissionais, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) detém as principais informações de estabelecimentos públicos e privados (PINTO *et al*; 2018).

O monitoramento dos indicadores tem o objetivo de auxiliar o planejamento dos serviços de saúde e a decisão das prioridades que precisam ser elencadas quanto à saúde pública, São essenciais para a gestão, avaliação e organização dos serviços de saúde (TANAKA, TAMAKI; 2012). Os indicadores são usados para avaliar uma situação ou o fracasso de objetivos e metas. Utilizam variáveis que permitem comparar resultados e quantificar ações. Os indicadores são úteis para avaliar a eficácia, a eficiência e a efetividade das ações em saúde (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 1999).

Portela (2000) fomenta sobre a importante premissa dos indicadores de qualidade, instrumentalizados e baseados em critérios que potencializam a avaliação dos serviços prestados à comunidade local, porém, para que esse processo ocorra, é necessária a estruturação e organização dos serviços como a completude da equipe em todas categorias profissionais, condições físicas dos ambiente de trabalho, acolhimento no serviço de saúde e o funcionamento do sistema de referência e contrarreferência dos pacientes.

Os indicadores de saúde foram criados para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas (OPAS, 2001). São compreendidos como medidas-síntese que contêm informações relevantes sobre dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. São utilizados para avaliar a consecução de objetivos e metas que permitem quantificar os resultados de ações, obter uma quantificação inicial para termos de avaliação no momento ou comparação posterior (MALETTA, 2000).

Ao longo da história dos indicadores de saúde, a maior relevância foi para a redução das taxas de mortalidade infantil com o alcance da meta estabelecida e pactuada pela ONU (PEDRO; RODRIGUES; SILVA, 2017). O sistema público de saúde brasileiro já foi destacado em publicação internacional, ganhando visibilidade, reafirmando a importância e melhoria do desempenho da APS por ter alcançado expressivas melhorias nos indicadores de saúde (JOHNSON *et al*; 2013).

Considerando a Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores de pagamento por desempenho, os novos indicadores a serem observados na atuação das Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Atenção Primária (eAP), para o ano de 2020 e 2021, abrangem as ações estratégicas de Saúde da Mulher, Pré-Natal, Saúde da Criança e Doenças Crônicas Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus*.

Os resultados obtidos pelas equipes homologadas pelo MS, credenciadas e cadastradas no CNES, quanto aos indicadores alcançados, serão aglutinados em um indicador único denominado Indicador Sintético Final Municipal, que definirá o incentivo financeiro do pagamento a partir do desempenho por município e pelo Distrito Federal. A apuração dos indicadores será feita quadrimestralmente, e os resultados serão disponibilizados no quadrimestre subsequente, disponibilizados no e-gestor para visualização dos gestores municipais, com pagamento mensal correspondente sempre ao desempenho alcançado em cada quadrimestre (BRASIL, 2019).

Marcolan e Marchetti (2021), a partir do novo formato de financiamento da APS, pagamento por desempenho, afirmam a necessidade de monitoramento dos indicadores frente ao conjunto de resultados que irão emergir em custeio para o município, podendo, através de portaria municipal, ser repassado para as equipes.

Recentemente, em 20 de janeiro de 2022, os indicadores de saúde da APS sofreram alteração através da nota técnica Nº 3/2022-DESF/SAPS/MS. As principais mudanças nos indicadores foram a captação precoce da primeira consulta de pré-natal até a 12ª semana de gestação e a redução da meta para 45% e pessoas com diabetes, consulta e solicitação do exame de hemoglobina glicada, na APS, nos últimos 6 meses. Outras questões, como equiparação de todos parâmetros em 100%, com exceção do indicador 5 e 4. Os denominadores estimados utilizando o potencial de cadastro municipal/cenário municipal, além de mudanças mais explicativas em torno das nomenclaturas, tempo cronológico e atendimento na APS (BRASIL, 2022).

## **6 Revisão Integrativa de Literatura**

As revisões integrativas de literatura em âmbito da saúde estruturam-se na sumarização de achados científicos, com objetivo de conhecer a problematização que envolve o tema de pesquisa (SOARES *et al*; 2014). Isto exige o comprometimento do autor com a reflexão sobre as hipóteses e o desenvolvimento da conclusão do assunto, trabalho complexo que se desenvolve a partir do delineamento de outros estudos que irão colaborar com o tema, baseado em evidências (OLIVEIRA *et al*; 2017).

Esta revisão contou com cinco etapas de desenvolvimento: a identificação do problema; seleção da amostra; análise dos estudos incluídos na revisão, identificando similaridades e conflitos; discussão e interpretação dos resultados e apresentação da síntese do conhecimento (GANONG, 1997). A revisão buscou responder às seguintes



questões de pesquisa: **(1) Quais são os elementos dificultadores do processo de trabalho das equipes de ESF para o alcance das metas dos indicadores de saúde da APS? (2) Quais seriam as implementações necessárias para auxílio das equipes, frente às metas estabelecidas?**

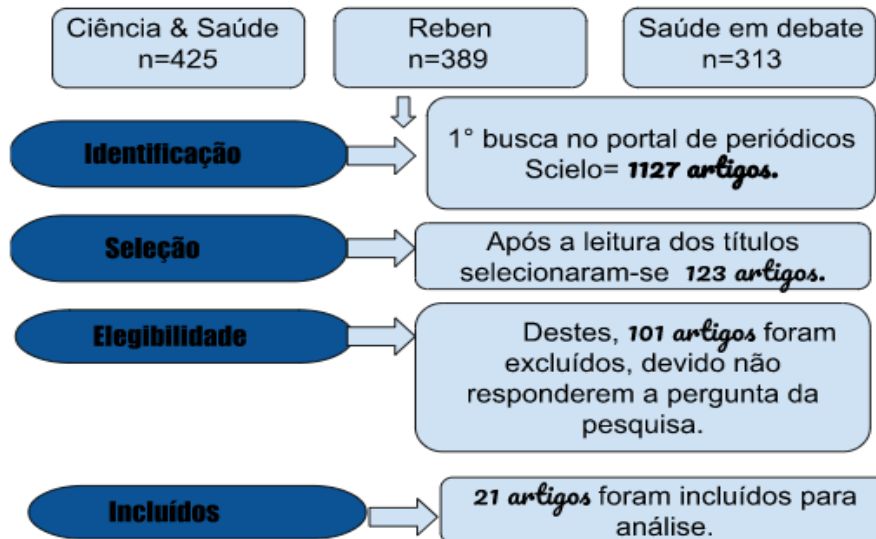
O levantamento dos estudos que serviram de apoio para a discussão do trabalho. A revisão através do portal de periódicos SCIELO ocorreu no mês de setembro de 2022. Utilizando os seguintes termos norteados pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Atenção Primária em Saúde”, “Financiamento da Saúde”, “Planejamento em saúde”, “Indicadores de qualidade em saúde”, “Enfermagem em saúde pública”.

A seguir, a Figura 1 apresentará a totalidade de publicações, de acordo com os respectivos periódicos e a quantidade total de referências encontradas. A busca foi realizada com delimitação temporal de 2018 a 2022.

<b>Periódicos</b>	<b>Limitação Temporal</b>	<b>Total de produções</b>
Ciência & Saúde Coletiva	2018-2022	425
Revista Brasileira de Enfermagem (Reben)	2018-2022	389
Saúde em Debate	2018-2022	313
<b>Total</b>		<b>1127</b>

**Figura 1** – Periódicos, limitação temporal e totalidade de produções encontradas  
**Fonte:** Elaborado para fins do presente estudo.

Os 1127 artigos encontrados foram direcionados ao gerenciador de referências Mendeley® (Elsevier). Desses, a partir de leitura dos títulos e resumos, identificou-se 123 possíveis trabalhos que tivessem afinidade com o tema de pesquisa. Após essa seleção, 101 artigos foram excluídos, devido não responderem a questão de pesquisa, totalizando para a análise 21 artigos. O percurso para a seleção dos artigos apresenta-se esquematizado na Figura 2.



**Figura 2.** Fluxograma das etapas realizadas na seleção dos artigos.

**Fonte:** elaborada pela autora para fins deste estudo.

A seguir, a Figura 3 apresenta os artigos selecionados e organizados por meio de um instrumento elaborado pela autora, com as seguintes informações: título, primeiro autor, ano de publicação, objetivo geral, conclusões para o estudo temático que serviram de referencial teórico para as discussões com os resultados das entrevistas e auxiliaram na construção das categorias da pesquisa (BARDIN, 2011).

TÍTULO	AUTORES	ANO	OBJETIVO GERAL	CONCLUSÃO
Mapping of advanced practice nursing actions in the Family Health Strategy.	Emerson Willian Santos de Almeida; Simone de Godoy; Ítalo Rodolfo e Silva; Orlene Veloso Dias; Leila Maria Marchi-Alves; Isabel Amélia Costa Mendes	2021	Mapear as ações de prática avançada de enfermagem implementadas no contexto da Estratégia Saúde da Família.	Demonstra que enfermeiros do contexto estudado desenvolvem ações de prática avançada carecendo de mestrado profissional recomendado para credenciamento, legislação pertinente, demandando iniciativas por parte das lideranças da enfermagem para superar esse desafio.
Computerization of primary health care: the manager as a change agent.	Tarcísio Laerte Gontijo; Paola Karol Martins Lima; Eliete Albano de Azevedo Guimarães; Valéria Conceição de Oliveira; Humberto Ferreira de Oliveira Quites; Vinícius Silva Belo; Ricardo Bezerra Cavancante	2021	Analisar fatores associados com a implementação dos sistemas de software da estratégia e-SUS Atenção Básica em municípios de Minas Gerais.	A presença de um gestor treinado liderando o processo de implantação impactou a implantação dos sistemas de software de estratégia e-SUS AB nos municípios mineiros. Também é essencial destacar a necessidade de melhorar a infraestrutura tecnológica para a informatização da Atenção Básica.

<p>Entre a 'grande política' e os autogovernos dos Agentes Comunitários de Saúde: desafios da micropolítica da atenção básica.</p>	<p>Luciana Soares de Barros; Luiz Carlos de Oliveira Cecílio</p>	<p>2020</p>	<p>Produzir uma maior aproximação com a micropolítica do trabalho dos ACS, suas práticas, a gestão do seu trabalho e os sentidos que dão para ele, dando visibilidade para elementos presentes no cotidiano de sua atuação na AB, principalmente em cidades maiores.</p>	<p>Evidenciou um trabalhador em mutação, que reproduz práticas biomédicas e burocratizadas, o que pode desfigurar o seu papel enquanto elo da comunidade, mas que também consegue ser bastante criativo, (re)inventando permanentemente suas práticas, de modo mais complexo do que prescrito nas formulações originais da política de saúde, em função, entre outras coisas, dos problemas que enfrenta nos territórios em que atua.</p>
<p>Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura.</p>	<p>Lorena Ferreira; Júlia Saraiva de Almeida Barbosa; Carolina Dutra Degli Esposti; Marly Marques da Cruz</p>	<p>2019</p>	<p>Compreender a apropriação da Educação Permanente em Saúde (EPS) pela Atenção Primária em Saúde (APS) no Brasil.</p>	<p>A desvalorização das iniciativas de EPS contribui para sua não efetivação na APS e na valorização de práticas de EC.</p>
<p>Formação e prática de enfermeiros para a Atenção Primária à Saúde - avanços, desafios e estratégias para fortalecimento do Sistema Único de Saúde.</p>	<p>Elaine Thumé; Amanda Cavada Fehn; Sonia Acioli; Maria Elizabeth Gastal Fassa</p>	<p>2018</p>	<p>Abordar a expansão da Enfermagem nas últimas décadas, o investimento na ampliação de escolas para a formação de Enfermeiros e os desafios das práticas de Enfermagem voltadas à APS e potenciais estratégias de enfrentamento e melhoria, para atingir um futuro já presente no cuidado de indivíduos e populações.</p>	<p>A formação desses recursos requer equilíbrio entre a oferta, a demanda e a capacidade dos profissionais para satisfazer às necessidades de atenção à saúde.</p>

<p>O uso de ferramentas no processo de formação de gerentes de Unidades Básicas de Saúde: um relato de experiência.</p>	<p>Karina Cenci Pertile; Ana Paula Azevedo Hemmi; Camila Zamban de Miranda; Franchesca Fripp dos Santos</p>	<p>2020</p>	<p>Relatar e refletir sobre a experiência vivida no processo de ensino da gerência em Unidades Básicas de Saúde, com foco na oferta de ferramentas para o desenvolvimento do trabalho gerencial, a partir do Curso de Aperfeiçoamento em Gerência de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado, ofertado pela Universidade Federal Fluminense em parceria com o Ministério da Saúde, nos anos de 2016 a 2019.</p>	<p>O desenvolvimento e o uso de ferramentas gerenciais nesse curso parecem ser fundamentais para a qualificação da gerência de UBS.</p>
<p>Contexto de trabalho e satisfação profissional de enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família.</p>	<p>Maria Mônica de Oliveira; Maria Mônica de Oliveira; Dixis Figueroa Pedraza</p>	<p>2019</p>	<p>Avaliar o contexto de trabalho e a satisfação profissional de enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família no estado da Paraíba, estabelecendo uma análise comparativa entre equipes convencionais e do Programa Mais Médicos (PMM)</p>	<p>Evidencia condições críticas de organização do trabalho que influenciam negativamente a satisfação profissional, com problemas na gestão do processo de trabalho que focam o aumento da produtividade.</p>
<p>Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil.</p>	<p>Erno Harzheim; Otávio Pereira D'Avila; Daniela de Carvalho Ribeiro; Larissa Gabrielle Ramos; Lariça Emiliano da Silva; Caroline</p>	<p>2020</p>	<p>Apresentar um debate sobre a nova política de financiamento para Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil.</p>	<p>O modelo final proposto é baseado em Capitação ponderada; Pagamento por desempenho; Incentivo para Ações Estratégicas.</p>

	Martins José dos Santos; Luis Gustavo Mello Costa; Carlo Roberto Hackmann da Cunha; Lucas Alexandre Pedebos			
Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde?	Marismary Horsth De Seta, Carlos Octávio Ocké-Reis; André Luis Paes Ramos	2021	Analisar o Programa Previne Brasil que altera o financiamento e sugere aumento de recursos para APS numa conjuntura de congelamento do gasto social.	Este artigo analisa o Programa Previne Brasil que altera o financiamento e sugere aumento de recursos para APS numa conjuntura de congelamento do gasto social. Identificam-se contradições e alternativas.
Competências necessárias ao gestor de Unidade de Saúde da Família: um recorte da prática do enfermeiro.	Josieli Cano Fernandes, Benedito Carlos Cordeiro; Aline Costa Rezende; Dandara Soares de Freitas	2019	Analisar e discutir as competências necessárias ao gerente de Atenção Primária à Saúde (APS).	Os achados apontam que as competências descritas pelos participantes se alinham às narradas em outros estudos e evidenciam a necessidade de investir em uma formação que permita refletir e buscar desenvolvimento de competências gerenciais para os gerentes de APS, pois a categoria mostra-se em construção, necessitando de aprimoramento e reconhecimento formal que ultrapassem portarias ministeriais.
Cargas de trabalho de enfermeiros: luzes e sombras na Estratégia Saúde da Família.	Daiane Biff; Denise Elvira Pires de Pires; Elaine Cristina Novatzki Forte;	2020	Identificar os elementos que podem aumentar ou reduzir as cargas de trabalho do enfermeiro da Saúde da Família.	Identificou-se que os elementos que mais influenciam o aumento das cargas são a precariedade e déficits no ambiente de trabalho, materiais e equipamentos, somados ao déficit numérico da força de

	Letícia de Lima Trindade; Rosani Ramos Machado; Felipa Rafaela Amadigi; Magda Duarte dos Anjos Scherer; Jacks Soratto			trabalho e ao excesso de demanda assistencial.
Limites do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): em foco, a gestão do trabalho e a educação na saúde.	Merielly Mariano Bezerra; Katia Rejane de Medeiros	2018	Analisar os limites das subdimensões propostas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para avaliação externa das equipes de Atenção Básica, a partir das diretrizes e dos princípios do campo Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (GTES).	Constatou-se que o instrumento de avaliação do PMAQ-AB converge com a política de GTES nos aspectos da precarização do trabalho e da valorização do trabalhador, porém, o instrumento não explora a negociação do trabalho e a saúde do trabalhador.
Pagamento por desempenho às Equipes da Atenção Básica: análise a partir dos ciclos do PMAQ-AB.	André Wagner Dantas Rodrigues; Emmanuella Costa de Azevedo Mello; Rozileide Martins Simões Candeia; Geane Silva; Luciano Bezerra Gomes; Juliana	2021	Compreender como se deu o uso do recurso do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) em nível municipal, como estratégia de pagamento por desempenho, no estado da Paraíba.	Conclui-se que os recursos do PMAQ-AB foram utilizados com uma tendência homogênea nos municípios da Paraíba, repassando incentivos financeiros para os trabalhadores, mas se preocupando também com investimentos nas condições de trabalho das equipes.

	Sampaio			
Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde: garantia de integralidade nas Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Brasil	Carlo Roberto Hackmann da Cunha; Erno Harzheim; Olivia Lucena de Medeiros; Otávio Pereira D'Avila; Caroline Martins; Lucas Wollmann; Lívia de Almeida Faller	2020	Apresentar o processo de desenvolvimento da carteira nacional de serviços para a APS.	Ressaltamos que o modelo da carteira nacional pode ser adaptado à realidade e contexto municipal em cada uma das unidades da federação, inclusive considerando a disponibilidade da rede de atenção local.
Fatores associados à avaliação da Atenção Primária à Saúde na perspectiva do usuário: resultados do inquérito telefônico Vigitel, 2015	Rosângela Durso Perillo; Kátia Crestine Poças; Regina Tomie Ivata Bernal; Elisabeth Carmen Duarte; Deborah Carvalho Malta	2021	Avaliar o desempenho da APS sob a perspectiva dos usuários e sua associação com as características sociodemográficas, condições de saúde autorreferidas e fatores de risco comportamentais para Doenças Crônicas Não Transmissíveis.	A utilização do PCATool na versão reduzida em inquérito telefônico, mostrou-se nova possibilidade de avaliação do desempenho da APS e pode se tornar útil na gestão dos serviços de saúde.
Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde.	Patty Fidelis de Almeida; Maria Guadalupe Medina; Márcia Cristina Rodrigues Fausto; Ligia Giovanella; Aylene	2018	Norteador a identificação de políticas, estratégias e instrumentos para alcance de melhor coordenação no Sistema Único de Saúde.	A diminuição de investimentos e de prioridade na Estratégia Saúde da Família representa o enfraquecimento da consolidação de arranjos sistêmicos, capazes de garantir a integralidade da atenção.



	Bousquat; Maria Helena Magalhães de Mendonça			
Ações voltadas ao controle do Diabetes <i>Mellitus</i> na Atenção Básica: proposta de modelo avaliativo.	Daiani de Bem Borges; Josimari Telino de Lacerda	2018	Apresentar uma proposta de modelo avaliativo, constituída por: modelo teórico, modelo lógico e uma matriz de análise e julgamento, bem como recomendações para pesquisas avaliativas subsequentes.	A aplicação do modelo avaliativo proposto permitirá ampliar o conhecimento dos mecanismos e processos implicados na operacionalização das ações, contribuindo para seu aperfeiçoamento.
Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação.	Charles Dalcanale Tesser; Armando Henrique Norman; Tiago Barra Vidal	2018	Apresentar um panorama sintético da situação do acesso ao cuidado na APS, apontar problemas e desafios e sugerir estratégias para sua superação.	Conclui-se que, para fortalecer a APS, é estratégico estimular o acesso na ESF vinculado ao cuidado longitudinal.
Validade e Concordância do registro em prontuário do uso de serviços da Rede de Atenção à Saúde por idosos	Vanessa Carvalho Leite Gama Rocha; Daniele Sirineu Pereira; Maria Jaqueline Pereira; Silvia Lanziotti Azevedo da Silva	2020	Verificar a validade e a concordância entre registros em prontuários e autorrelato do uso dos serviços de saúde por idosos usuários da Rede de Atenção à Saúde.	A falta de concordância e validade frágil entre o uso do serviço de saúde autorrelatado e os problemas relacionados aos registros em prontuário apontam uma das possíveis causas da quebra da continuidade do cuidado de pacientes na RAS, bem como a ausência da referência e contrarreferência.

<p>Prontuários eletrônicos na Atenção Primária: gestão de cadastros duplicados e contribuição para estudos epidemiológicos.</p>	<p>Luiz Felipe Pinto; Daniele Sirineu Pereira; Maria Jaqueline Pereira; Silvia Lanziotti Azevedo da Silva</p>	<p>2020</p>	<p>Analisar os prontuários eletrônicos das Equipes de Saúde da Família do município do Rio de Janeiro, apresentando o processo de gestão de cadastros duplicados.</p>	<p>A gestão regular de registros duplicados nas listas de usuários cadastrados é fundamental para minimizar o subregistro de casos clínicos apontados nos prontuários eletrônicos.</p>
<p>Modos de produção do cuidado e a universalidade do acesso – análise de orientações federais para o trabalho das equipes da APS no Brasil.</p>	<p>Erica Lima Costa de Menezes; Marta Inez Machado Verdi; Magda Duarte dos Anjos Scherer; Mirelle Finkler</p>	<p>2020</p>	<p>Analisar as orientações federais para organização do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde e os modos de produção do cuidado, no sentido de promover a universalidade de acesso aos serviços, por meio de análise documental em fontes primárias oficiais relacionadas à Política Nacional de Atenção Básica e aos Programas Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade, Mais Médicos e Telessaúde Brasil Redes.</p>	<p>Os resultados apontam avanços na promoção da universalidade, especialmente nos documentos anteriores a 2015, por conta de ações relacionadas à formação profissional, ao acolhimento, ao estabelecimento de processos de avaliação e à ampliação do escopo de ações.</p>

**Figura 3:** Artigos incluídos no estudo para análise e criação de categorização.

**Fonte:** Elaborado pela autora para fins deste estudo.

Após a leitura das entrevistas e dos estudos selecionados pela revisão integrativa de literatura, que serviram como apoio, emergiram 5 categorias para apresentação dos resultados: A implantação do programa Previne Brasil; O monitoramento no alcance dos indicadores; O alcance das metas dos indicadores; A importância da completude das equipes de ESF para o alcance das metas e a avaliação do alcance das metas.

## 7 Metodologia

### 7.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo, exploratório e descritivo. Segundo Minayo (2013), a pesquisa qualitativa conceitua e concretiza a realidade vivida através da exploração minuciosa dos relatos, das inter-relações do mundo com seus significados, dos anseios e motivações, da cultura própria de cada um e do valor real que o ser humano dá para suas experiências vividas no trabalho técnico empírico.

### 7.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no município do Rio Grande, considerado 100% tipologia urbana, localizado no litoral sul do Rio Grande do Sul, a 317 km de Porto Alegre, capital do estado. Limita, ao norte, com o município de Pelotas; ao sul, com o município de Santa Vitória do Palmar, a leste, com o oceano Atlântico e a oeste, com os municípios de Capão do Leão e Arroio Grande. A cidade possui uma população de 211.965 habitantes (IBGE 2020). A economia do município tem como principal atividade a portuária. O município tem uma extensão territorial de aproximadamente 2.817,48 km<sup>2</sup>. Na região, predomina o clima subtropical ou temperado, com forte influência oceânica.

Para o atendimento da população, o município conta com 33 unidades de saúde de APS. Dessas unidades, 30 são USF, que estruturam 49 equipes ESF, e as outras 3 unidades de saúde da APS possuem 12 eAP credenciadas no MS. Importante ressaltar que a área rural de Rio Grande é 100% coberta por ESF. Durante o último ciclo do PMAQ, o município contou com a participação de 32 equipes de ESF, 10 equipes de Saúde Bucal e 3 equipes de NASF-AB (BRASIL, 2021).

O município encontra-se com 43 equipes de ESF homologadas, as quais estão participando da avaliação por desempenho. No *e-gestor/SISAB*, o 1º quadrimestre de 2021 contou com o cadastro de 101.675 pessoas. Dessas, apenas 95.544 irão receber os custeios do Previner Brasil, devido ao fato de possuírem vínculo com equipes homologadas, 35.264 pessoas possuem critérios para ponderação (BRASIL, 2021).

O município de Rio Grande possui um Índice Sintético Final de 2,54, porém, devido à pandemia, recebe um incentivo de 100% no valor de R\$138.675,00 e R\$687.279,70 pela captação ponderada (BRASIL, 2021).

### 7.3 Participantes do estudo

Foram convidados a participar os coordenadores de equipes da ESF do município, no momento da coleta de dados e incluídos os profissionais coordenadores de equipe que já participaram anteriormente de ciclos avaliativos de PMAQ. Após a seleção, através dos critérios de inclusão e exclusão, o número de participantes elegíveis para a pesquisa foi de 24 pessoas.

### 7.4 Critérios de exclusão

Foram excluídos os coordenadores que se encontrarem em afastamento por licença, em cargos de gestão ou contratos temporários.

### 7.5 Período da coleta de dados

A coleta de dados foi realizada de abril a maio de 2022 após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (CEP/FAMED), além da submissão ao Núcleo Municipal de Educação em Saúde de Rio Grande (NUMESC).

### 7.6 Procedimentos para a coleta de dados e instrumentos de pesquisa

Minayo e Costa (2018), em estudo, nos trazem conceitos afirmativos de que a entrevista deve ser constituída da iniciativa do entrevistador e destinada a construir informações pertinentes sobre o objeto de estudo. Nesse contexto, primeiramente, foi solicitada à gestão municipal a lista atualizada dos coordenadores de equipe da SF. Por telefone, foi realizado contato com os coordenadores e, após a aceitação, foi encaminhado, por e-mail, o TCLE (Apêndice A) através do Google Drive.

Foi utilizada entrevista individual e semiestruturada. Minayo (2015) traz o conceito de que a entrevista semiestruturada utiliza de questões abertas e outras previamente definidas pelo autor em seu roteiro, para que possamos ter um controle

maior e domínio sobre o campo, porém, ao mesmo tempo, é necessário dar espaço e vazão para que os entrevistados possam refletir de forma livre e espontânea sobre os tópicos previamente definidos em conformidade com o alcance do Pressuposto (MINAYO; COSTA, 2018).

Através do agendamento pré-estabelecido com os coordenadores, foi realizada entrevista com questões norteadoras (Apêndice B) a partir de vídeo chamada pela plataforma digital *Google Meet* ou encontro presencial, ficando a critério do participante a escolha. Ressalta-se que todos os coordenadores de equipe estão vacinados contra Covid-19, bem como serão utilizados todos cuidados necessários, como distanciamento mínimo de 1,5m, uso de máscara e higienização das mãos e superfícies, caso a escolha seja pela modalidade presencial. As entrevistas serão realizadas pela pesquisadora e terão a duração média estimada de 30 minutos e, se necessário, a pesquisadora poderá marcar mais de uma entrevista, respeitando a disponibilidade e desejo dos participantes. Foi garantido o anonimato dos entrevistados e identificados por letras do alfabeto grego, que totalizam 24.

As questões norteadoras foram definidas a partir dos objetivos da pesquisa e incluem questões fechadas e abertas com informações de formação, tempo de trabalho na equipe, gênero, idade, qualificação dos profissionais, trabalho em equipe, organização do processo de trabalho, monitoramento de indicadores e planejamento de ações.

O instrumento foi testado previamente com 2 coordenadores de equipe que não irão participar do estudo, de modo a identificar o entendimento, facilidade de preenchimento, assim como cálculo do tempo de aplicação, realizando assim as adaptações necessárias.

### 7.7 Questões éticas

O projeto de pesquisa foi submetido para análise do conteúdo ao Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) registrado através do número de 57950022.3.0000.5317 e aprovado no dia 26 de maio de 2022.

Após aprovação foi encaminhada ao NUMESC da Secretaria da Município de Rio Grande com o propósito de autorização para desenvolvimento do trabalho de pesquisa com os profissionais da Estratégia Saúde da Família de Rio Grande, em conformidade com as Resoluções nº 466/2012, a resolução 580, de 22 de março de 2018, e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), as quais regulamentam os critérios e cuidados para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, além da submissão do presente estudo à Plataforma Brasil. Também foram cumpridas as orientações para procedimentos em pesquisa em ambiente virtual (Ofício Circular Nº 2/2021/CONEP/CNS/MS). O trabalho de campo da pesquisa será iniciado após a aprovação do CEP.

#### 7.8 Análise dos dados

Foi utilizada a abordagem de Minayo, que estuda as relações, percepções e opiniões que as pessoas desenvolvem a respeito de seus sentimentos e pensamentos imersos em suas crenças, valores, representações, relações e ações humanas e sociais (MINAYO; COSTA, 2018).

A primeira e segunda fase do estudo foram construídas a partir da leitura flutuante das transcrições, o que despertou uma primeira impressão, fortalecendo o pressuposto da presente pesquisa, além da realização de uma revisão integrativa de literatura, visto o tema estar em constante reformulação.

Sendo assim, a codificação das entrevistas que emergiram da exploração metódica dos recortes dos segmentos de texto gerou unidades de registro, as quais buscaram resumir de forma analítica tais segmentos, por conseguinte classificando-as em categorias temáticas. As primeiras categorias, reunidas de acordo com temas similares, deram origem às categorias iniciais, agrupadas conforme o tema, originando categorias intermediárias e finais.

A terceira fase compreendeu o tratamento dos resultados, inferência e interpretação, que consistiu na retirada das ideias latentes, sendo alicerçadas

posteriormente ao referencial teórico, através das discussões e resultados, apoiado em leituras de estudos publicados acerca das realidades vivenciadas na APS.



## 7.9 Cronograma

A seguir, a Figura 4 demonstrará o cronograma de realização do estudo, as fases do estudo e a cronologia do mesmo.

<b>Etapas</b>	Abril/maio/ Junho 2021	julho/ agosto/ setembro	outubro/ novembro/ dezembro	Janeiro/ fevereiro/ março 2022	Abril/maio/ junho	Julho/ agosto/ setembro	Outubro/ novembro/ dezembro	Janeiro 2023
<b>Projeto</b>								
<b>Revisão Bibliográfica</b>								
<b>Qualificação</b>								
<b>Ajustes</b>								
<b>Comitê de ética</b>								
<b>Rev. integrativa</b>								
<b>Coleta de dados</b>								
<b>Defesa</b>								
<b>Ajustes</b>								
<b>Versão final</b>								

**Figura 4:** Cronograma de realização do estudo.

**Fonte:** Elaborado pela autora para fins deste estudo.

### 7.10 Planejamento orçamentário

O planejamento orçamentário será apresentado na Figura 5, a seguir, demonstrando o material utilizado, o valor unitário e total de cada item.

MATERIAL	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
Assinatura Google Meet	R\$ 40,00	R\$ 80,00
Gastos pessoais		R\$ 200,00
Material Bibliográfico		R\$500,00
Despesas para submissão de artigo		R\$ 400,00
TOTAL		R\$1.180,00

**Figura 5:** Planejamento orçamentário.

**Fonte:** Elaborado pela autora para fins deste estudo.

## 8 Resultados

Participaram do estudo um total de 11 coordenadores das unidades de saúde que possuem Estratégia Saúde da Família no município de Rio Grande/RS, todas do sexo feminino e enfermeiras. A maioria tinha idade entre 41 e 50 anos, eram formadas há 16 anos ou mais e estavam com mais de 6 anos de trabalho na mesma equipe (Tabela 1).

**Tabela 1:** Características demográficas e profissionais das participantes do Rio Grande, 2022.

<b>Características</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b><i>Idade (anos completos)</i></b>		
35 - 40	1	9,1
41- 45	4	36,4
46 - 50	4	36,4
51 - 55	1	9,1
56 - 60	1	9,1
<b><i>Tempo de formação (anos)</i></b>		
5 - 10	3	27,3
11 - 15	1	9,1
16 - 20	4	36,4
21 - 25	2	18,2
> 25	1	9,1
<b><i>Tempo de atuação na equipe (anos)</i></b>		
< 1	3	27,3

1 - 5	2	18,2
6 - 10	3	27,3
> 10	3	27,3

---

**Fonte:** Elaborado pela autora para o fins do estudo.

### 8.1 A Implantação do programa Previne Brasil

O processo de implantação do Programa Previne Brasil em Rio Grande teve início em 2020. A mudança proposta pelo Ministério da Saúde para o pagamento por desempenho foi informada às equipes de saúde das USF pela gestão municipal com a apresentação dos indicadores de saúde selecionados. As estratégias utilizadas foram reuniões com as equipes e distribuição de material escrito. Como forma complementar, duas coordenadoras referiram ter realizado visita ao site do Ministério da Saúde para informações complementares. As falas abaixo descrevem esta etapa:

*"A coordenação da ESF nos apresentou, o antigo Secretário também fez reuniões para nos apresentar." (Delta)*

*"Pela nossa coordenação na época, a gente teve reunião dos coordenadores, depois a gente fez reunião com a equipe e recebemos informativos em relação aos indicadores que foi preparado pela nossa gestão, eu também fui atrás através do site do ministério da saúde." (Kappa)*

*"...através de reuniões pela Secretaria de Saúde, pela coordenação da Estratégia na época que trouxe isso ao nosso conhecimento, elas por sua vez foram realizaram reuniões para informar da nova política e trouxeram isso para nós e a partir dali eu fui buscar mais leituras para esclarecimentos, para que o pudesse instrumentar a equipe." (Lambda)*

Uma das coordenadoras referiu ser surpreendida com a nova proposta e com o número limitado de indicadores para avaliação de desempenho:

*"Fomos informados no susto, já havíamos escutado falar sobre isso... Se tivéssemos uma estrutura humana adequada, a gente conseguiria trabalhar bem com a demanda que tínhamos antes. Fomos informados com a transição do PMAQ para o Previne de uma forma súbita, focalizando apenas esses 7 indicadores..." (Epsilon)*

Na implantação do Previne Brasil, não foram destacadas alterações na rotina do trabalho considerando que os indicadores estão voltados à atenção às condições crônicas, saúde da mulher e da criança:

*“Acredito que não tiveram grandes mudanças, até porque esses indicadores são muito básicos.” (Iota)*

*“Não modificou muito, pois os referidos indicadores fazem parte da nossa realidade, do nosso dia a dia. Posso te dizer que hoje estamos mais em busca de números, mas fora isso não consigo ver grandes mudanças.” (Delta)*

*“...a única diferença que tem é que agora precisamos correr muito atrás de números, parece que a qualidade ficou de lado, e as minorias que estão contempladas nesses indicadores são os que mais tem acesso aos serviços, ficando de lado uma parte considerável de pacientes com outras enfermidades que precisam ser olhadas.” (Beta)*

Ocorreram modificações no processo de trabalho decorrentes da pandemia da COVID-19, que interferiram na implantação do Programa Previne Brasil no apoio às equipes, mas isso pode não ter sido percebido pelos profissionais, como observado no seguinte depoimento:

*“Até o momento eu não percebi tantas mudanças porque eu tive a impressão que a vinda da pandemia modificou bastante o nosso trabalho então nós não conseguimos trabalhar no sentido de lidar com os indicadores, fazer com que eles realmente fossem postos em prática, então por isso que eu não percebo ainda nenhuma alteração, nenhuma mudança, nenhuma interferência. O que eu quero dizer, assim que não teve nenhum reflexo no nosso trabalho.” (Lambda)*

*“Em relação a dinâmica a gente continua fazendo mesmo trabalho né, só que com a função da pandemia então fica difícil de te dizer assim, olha a mudança, um pouco de retrocesso é culpa da política de financiamento, eu não estaria falando com a verdade que na verdade é um conjunto...alterou mesmo foi o NASF, que agora temos a equipe multi, onde os municípios optaram pelo desejo ou não de manter o nasf...” (Kappa)*

*“Comparado ao tempo do PMAQ, tínhamos mais respostas rápida e orientação, pois tínhamos reuniões mais seguidamente, nos orientavam como alcançar os indicadores o que estava falho na equipe, o que podia melhorar, faziam sugestões de trabalho em grupo, uma série de coisas. Até os questionários e livros que vinham para nós respondermos, fazer os dados estatísticos, nós conhecíamos mais a equipe, tínhamos mais contato, orientação aos relatórios das equipes e hoje isso não acontece, estamos muito soltos.” (Zeta)*

## 8.2 O monitoramento no alcance dos indicadores

A importância de apoio pela gestão municipal, no acesso aos relatórios, e o monitoramento do desempenho das equipes foram mencionados pelas coordenadoras, conforme observado nas falas:

*"...então a gente recebeu a visita dos apoiadores aqui na unidade, o ano passado, elas deram informações, como puxar o relatório, como é que a gente podia puxar no sistema, que tinha que ter no caso da gestante seis consultas a primeira iniciar no primeiro trimestre, que era para a gente ir buscando isso né, então nos deram algumas dicas..."* (Theta)

*"...olha a gente já tinha pedido para a coordenação mandar alguém para nos informar... e essa reunião aconteceu há 2 meses atrás e a gente passou todo esse ano sem ter essas informações..."* (Zeta)

O monitoramento dos indicadores é realizado com base no sistema local de informação, nos prontuários eletrônicos, entretanto referem inconsistência entre os atendimentos e os relatórios, uma centralidade e sobrecarga de trabalho da enfermeira, além da necessidade do envolvimento da equipe e dos residentes para a organização do processo de trabalho no alcance dos indicadores que ainda se mostra incipiente:

*"Normalmente por mim, busco todos no sistema através dos relatórios e imprimo e eu corro atrás, é um indicador não só meu mas da minha equipe e eu estou tentando mudar meu jeito, envolvendo mais os outros. Estou me reorganizando, fazendo com que os ACs participem mais e façam busca ativa, chamamentos e reorganizem eles dentro da minha agenda semanal. Liberando para elas 17 agendamentos semanais para que eu possa ver esse diabético ou hipertenso, avalie esse exame e dê continuidade na assistência dele. Tudo depende de mim, se eu não correr atrás e motivar a equipe nada anda, fica tudo em cima de mim."* (Epsilon)

*"A gente tem o levantamento a partir dos relatórios que a gente faz no nosso prontuário eletrônico, então às vezes acontece em consequência, a gente percebe que os valores não batem e a gente tem valores diferentes, um e outro, no nosso sistema de registro..., que é justamente o que mostra como é que estão os indicadores, é uma forma da gente fazer esse levantamento e essa avaliação, mas a gente também se preocupa porque nem sempre esses valores estão corretos."* (Lambda)

*"Eu busco olhar, conforme a coordenação nos mostrou para fazer, através do sistema local, mas é tão difícil chegar no ideal. Fora que fica muita responsabilidade e pouco tempo para eu fazer isso."* (Alpha)

*"Então eu não realizo, sendo bem sincera, eu não realizo porque eu digo ah eu vou, por enquanto tipo a gente tá apagando incêndio, a gente tá amadurecendo a ideia ainda, porque a gente tá avaliando, construindo nosso método de trabalho.... Enquanto a gente não tiver uma abordagem*

*do hiperutilizador mais fechada com a equipe toda, não tem como, e com apoio maior da equipe multi, que eu acho que ainda tá bem difícil.” (Theta)*

*“A gente faz assim, na maioria das vezes, é o enfermeiro que busca e a nossa dentista também nos ajuda muito nisso, mas a gente faz, o último levantamento agora foi a residente que fez, ela levantou, ela trouxe para reunião de equipe o comparativo do primeiro quadrimestre do 2º quadrimestre, muitos indicadores melhoraram e outro se mantivera, ali na média. E aí a gente discutiu isso, o que a gente pode fazer para melhorar aqueles que não estão bons e o que a gente pode fazer para garantir aqueles que conseguimos atingir.” (Kappa).*

### 8.3 O alcance das metas dos indicadores

É possível observar cobranças da gestão com relação à produtividade, e as falas reforçam a preocupação da quantidade em detrimento da qualidade do cuidado, da focalização da assistência e dos gastos públicos:

*“...eu acho que tá muito ligado a produção e não a qualidade do serviço, eu acho que está se baseando muito em números, tem que vencer números, como eu tô enxergando hoje...” (Theta)*

*“Com certeza mudou, agora somos muito mais cobradas, são números e números que precisam ser vencidos e nem sempre conseguimos alcançá-los.” (Alpha)*

*“Não gerou, eu acho essa política de financiamento um desperdício de dinheiro público, pois ele busca atingir números, tu vai em busca de números que buscam solicitar exames, sem nem ao menos saber se esses exames não estão repetidos.” (Epsilon)*

As enfermeiras conhecem os indicadores do programa Previne e estão preocupadas com o alcance das metas, reforçaram a sobrecarga de trabalho e a falta de profissionais para a completude do cuidado, como, por exemplo:

*“... a gente corre e corre atrás da máquina e não consegue vencer porque ao mesmo tempo que eu estou fazendo uma consulta de pré-natal adequada e eu abro a porta tem um monte de acolhimentos me esperando para eu dar conta.” (Epsilon)*

*“...entendo a importância...eu não vou nem ter tempo para isso em uma população que tenha 5 mil habitantes de abrangência, que 1000 sejam crônicos, eu terei que ver com uma abrangência de 2 x ao ano...” (Epsilon)*

*“...a consulta odontológica no pré-natal que para nós é mais difícil porque não temos dentista” (Gamma).*

Com relação ao indicador de realização de exame citopatológico, mencionaram que a baixa procura por exames citopatológicos desafia o alcance da meta, e uma



possível explicação dada foi a demora na entrega dos resultados:

*"...elas faltam muito ao CP e a demora no município é bastante grande com o resultado o que não fideliza muito elas."(Alpha)*

*"...acabou que nem agendo é livre demanda, chegam aqui e já coletam, mas não sei porque a agenda é uma falha, acho que pela demora nos resultados dos exames..." (Beta)*

*" ...um problema de longa data porque já fizemos de todas formas possíveis, com ficha, agendamento e até livre demanda em dias programados e nada dá certo, a procura sempre é baixa." (Gamma)*

*"Esse indicador é um problema, acredito que as outras unidades devem reclamar também, já fizemos o possível e impossível para aumentar a captação, mas elas não aderem, sempre são as mesmas que vem..." (Theta)*

*"...a gente tava com uma baixa procura até o mês de Julho ...então a gente abriu agenda livre, antes fazia dois turnos da semana agendados com elas...Então a gente deixou mais flexível, tem melhorado e o que tem ajudado também. Toda semana na terça-feira, dia do nosso pré-natal, a gente passa para o agente comunitário as faltosas e eles fazem a busca ativa". (Kappa)*

Quanto ao pré-natal, afirmam que, quando realizado em equipe, é possível superar as metas de consultas preconizadas, embora ainda persiste o atraso no início do acompanhamento da gestação:

*"...a gente tenta captar ela antes das doze semanas, sempre no primeiro trimestre, a primeira consulta é com enfermeiro, depois é com médico, a gente intercala as consultas, a nossa média de consultas para cada gestante é muito superior a seis consultas. .... Nossa maior dificuldade ainda é as que chegam depois, já no início do segundo trimestre e aí a gente acaba não alcançando o nosso indicador, mas todas elas são submetidas para sorologia na primeira consulta de pré-natal." (Theta)*

No indicador relacionado com a 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, é destacada a participação dos técnicos de enfermagem e dos ACS. A busca ativa é relatada com o uso do sistema de informação local e dos registros manuais:

*"...nós sempre fizemos as consultas de puericultura e na sala de vacina a técnica nos encaminha aqueles que não realizaram consultas de puericultura para que já possamos atender." (Alpha)*

*"...vacinas eles vem bastante na unidade, e a técnica da sala de vacina está sempre cuidando das vacinas em atraso para que seja feita a busca*

ativa." (Beta)

*"A técnica da sala de vacina faz o levantamento das crianças e já passa os nomes para as ACS realizarem as visitas e busca ativa, aproveitamos as consultas de puericultura para realizar a atualização da carteira de vacina." (Delta)*

*"Quanto às vacinas, na minha última unidade se perdeu muito, devido a covid, pois de manhã só se vacinam Covid e a tarde rotina. A ACS e eu íamos em casa vacinar quando necessário." (Epsilon)*

*"...a gente tem visto pelo sistema de informação local as crianças que estão com a vacina em atraso pelo espelho e cada agente comunitária busca quais são as suas crianças que estão em situação de atraso..." (Iota)*

*"...o pessoal da sala de vacina conversa bastante com as agentes comunitárias, para poder ver quais as crianças estão com a vacina em atraso, olhando os cartões espelho também, o pessoal acompanha também cartão espelho, para poder ver as crianças que estão em atraso..." (lambda)*

Para o alcance dos indicadores relacionados às condições crônicas, também foi observado o papel importante da equipe de enfermagem e dos ACS. As estratégias utilizadas para captação incluem a verificação dos usuários cadastrados no sistema local de informação, durante as consultas de enfermagem para controle de glicemia ou pressão arterial e no acolhimento. Os grupos de hipertensos e diabéticos também foram citados para identificar necessidade de consultas com médico e/ou enfermeira. Também foi citada a possibilidade de realizar mutirões, mas ainda não foi implementado, o que pode ser observado nos depoimentos a seguir:

*" Nós e os Médicos puxamos o relatório de crônicos e fazemos a busca ativa, os diabéticos controlamos também pela tabela do hiperdia, e os ACS fazem a busca ativa conforme vamos passando para eles esse quantitativo e através de agendamento eu e a outra Enfermeira solicitamos o exames de HG. Também quando algum hipertenso vem para procedimento o profissional técnico já nos chama para que possamos atendê-los." (Delta)*

*"...a gente retira também pelos registros informatizados a lista de quem são os crônicos hipertensos e diabéticos e criamos uma agenda para enfermagem, agora para crônicos então toda sexta de manhã fazemos agendamento de 6 crônicos entre hipertensos e diabéticos, aqueles que faz mais de seis meses que não consultam, então a gente tá dividindo essa agenda com o médico.....todo hipertenso e diabético que vem na unidade para fazer um procedimento, se ele é hipertenso, a gente verifica pressão e já fizemos o lançamento. Na entrega da insulina a gente vê ali quem faz mais de 6 meses que não foi solicitado a hemoglobina glicada, a gente já faz." (Kappa)*

*“Procuro fazer a consulta de Enfermagem e já aferir a PA e pedir a hemoglobina glicada, quando esse paciente acessa a unidade já aproveitamos a oportunidade para eu consultá-lo.” (Beta)*

*“Sempre que eles vêm para HGT e para realizar a aferição de PA já procuramos marcar uma consulta para aqueles que ainda não possuem exame de sangue, os ACS e técnicos estão atentos e buscam nos comunicar quando algum deles não possui registro no g-mus.” (Alpha)*

*“Existe o grupo dos crônicos onde aproveitamos para aferir as PA’s e solicitar as hemoglobinas, também marcamos consulta de enfermagem para poder avaliar esse hipertenso e diabético.” (Gamma)*

*“Eu tenho pedido bastante no grupo do hiperdia porque eles acontecem quinzenal, voltamos com os grupos, acontece assim. daí a saúde bucal fala sobre prevenção, limpeza e tártaro. Daí aqueles pacientes que estão ali no grupo eu já verifico a PA e HGT, os que estão com os parâmetros alterados, automaticamente eu já converso e já gerou uma consulta de Enfermagem e os que já estão há bastante tempo sem exames de rotina eu já automaticamente peço como Enfermeira.” (Epsilon)*

#### 8.4 A importância da completude das equipes de ESF para o alcance das metas

A incompletude das equipes interfere na organização do trabalho e no alcance das metas. Os depoimentos retratam as dificuldades de organização decorrente da incompletude das equipes, principalmente de profissionais médicos:

*“ Não está, somos uma unidade rural o que torna o acesso aos domicílios muito difícil, devido a distância, outro ponto é a falta de profissional Médico, acaba que fico com mais responsabilidade e a comunidade também não vem na unidade se não tem Médico...” (Beta)*

*“ Não está tanto por causa da especialidade Médica que não conseguimos contemplar em todas 40h, acaba que fica muita responsabilidade para a Enfermagem que nem espaço físico tem às vezes para poder atender com qualidade.” (Gamma)*

*“ Eu acho que nossa equipe agora com a presença do Médico sim, pois passamos por 3 meses sem Médico e foi praticamente só a Enfermagem trabalhando com os agentes e muita coisa encaminhávamos para outras unidades.” (Zeta)*

A falta do profissional médico nas equipes também foi destacada para o acompanhamento das gestantes e compromete o alcance da meta:

*“...Esse indicador é baixo também, uma vez que nós sem Médico elas acabam fazendo o pré-natal na rede particular...” (Beta)*

Também foram mencionadas a necessidade de apoio multiprofissional e a

preocupação na focalização no indicador em detrimento da completude do cuidado:

*“Para fazer um trabalho conforme o previne Brasil pede é preciso de um trabalho multidisciplinar, não é só a enfermagem e os agente comunitários que fazem a Saúde da Família. Acho que tem uma disparidade de indicadores, daí nos pedem para coletar Cp, mas as pacientes nos cobram que querem usar um diu e demora, ou o cp deu alteração e não temos uma pomada vaginal para dar ou comprar um metronidazol, então essa parte precisaria ter uma outra visão, não simplesmente alcançar indicadores e pronto e não estamos fazendo uma leitura do que estamos prevenindo.” (Zeta)*

Na organização do processo de trabalho, também foi destacada a importância de inclusão do ACS para identificação da população alvo e captação precoce. Por outro lado, há equipe que ressaltou a importância do ACS nas atividades burocráticas, em detrimento do trabalho no território:

*“As gestantes eu acho que para pegar precocemente a gente precisa de atuação muito forte do agente comunitário, se o agente comunitário não sensibilizar, não descobrir, não buscar essa gestante e depender muitas vezes que ela venha, o diagnóstico é tardio e daí a gente já perdeu esse indicador, então a gente precisa tá bem fechadinho com agente comunitário porque eles tem que fazer essa visita todos os meses, ficar em cima do mesmo...” (Theta)*

*“Mais ou menos, hoje eu e a outra Enfermeira conseguimos bem dividir o trabalho, e os ACS também nos ajudam, ficam muito tempo dentro da unidade como burocratas...” (Iota)*

*“Não vou dizer que tá 100% organizada, eu acho que muitas coisas que aconteceram né, nesse período de pandemia, que nos desestruturou um pouco enquanto estratégia saúde da família a gente teve que nos readaptar para poder atender as demandas, principalmente no que diz respeito aos agentes comunitários porque eles mudaram muito a rotina deles, tiveram que atuar em locais onde não era tão frequente, não que eles não atuassem, mas que não era tão frequente, na recepção da unidade, isso aí afetou bastante, porque diminuiu muito as visitas domiciliares, conseqüentemente os cadastros e o acompanhamento e inclusive a busca ativa...” (Lambda)*

Quanto ao processo de trabalho que envolve os indicadores relacionados à saúde das mulheres (prevenção de câncer de colo uterino e pré-natal), é evidenciada a participação dos ACS para busca ativa e o uso dos registros no sistema de informação ou manuais, como observado nos depoimentos:

*“...as ACS's puxam as listas na idade referida para esse indicador (CP)...”. Os ACS buscam nos avisar sempre que eles ficam sabendo de alguma nova gestante para que possamos fazer a consulta de pré-natal o mais rápido possível.” (Alpha)*

*"Através dos relatórios, passo para as ACS os nomes e elas orientam as pacientes para virem no posto..." (Beta)*

*"Puxamos o relatório junto aos ACS e eles fazem busca ativa..." (Gamma)*

*"...daí eu digo eu tenho uma baixa cobertura e vocês tem tantas mulheres que não fazem CP e a ACS vai lá e busca as mulheres..." (Zeta)*

*"...a gente precisa ter o controle de quem é que fez porque a gente sabe que acontece muito de entrar aquelas que fazem controle anualmente...entram mais de uma vez, então às vezes se tem um quantitativo que não é verdadeiro...gente agora tá procurando descobrir comparando essas mulheres dessa idade da área com um livro, quem é que fez nos últimos anos, pelo caderno rosa. Na verdade ficou na mãozinha ainda, não fizemos planilha." (Iota)*

*"...a gente deixou mais flexível, tem melhorado e o que tem ajudado também essa busca ativa das mulheres com mais de três anos é que daí ela já vem, a gente vai em busca, principalmente daquelas que tiveram exames alterados." (Kappa)*

*"...as ACS quando já sabem que a paciente está gestante elas mesmas já agendam a consulta de pré-natal e todas já realizam os testes rápidos na primeira consulta de HIV e sífilis." (Lambda)*

A implantação do programa Previne Brasil no município também ampliou as atividades das enfermeiras nas equipes, gerando sobrecarga de trabalho, mas não necessariamente autonomia na prática da enfermagem:

*"A minha não porque a gente já faz tudo que eles pedem, a gente já faz né, a única coisa assim o atendimento ao crônico que mudou um pouquinho, pois antes pediam os exames eram os médicos, agora nós também pedimos, a única coisa que muda no meu ponto de vista." (Eta)*

*"Hoje com as questões dos números, a gente pode tentar agilizar, a gente tem feito tudo o que a enfermagem faz e ainda solicita os exames, não só a glicada, pede todos e pede para o médico carimbar. Concordamos com isso? não concordamos, muitas vezes o paciente diz assim: eu nem vi o médico. Mas a questão é o número que a gente tem que alcançar, chegar no indicador, então isso me preocupa um pouco, sabe assim então essa rotina mudou para um lado não muito bom." (Theta)*

## 8.5 Avaliação do alcance das metas

Ao serem questionadas sobre o alcance das metas dos indicadores do Previne Brasil, a maioria das coordenadoras referiu não ter alcançado ou desconhecer os resultados da avaliação:

*“Não alcançou, acho que só alcançamos algum pré-natal.” (Gamma)*

*“Todas não, alguns sim, acredito que do pré-natal e das doenças crônicas não lembro, da outra equipe não sei te dizer.” (Delta)*

*“Eu acho que das metas pactuadas, as nossas, bom elas baixaram...o que acho que alcançamos foi a imunização das Crianças. As Gestantes Sim, a gente tem um atendimento bom, até inclusive as que são acompanhadas na rede privada, a gente costuma lançar nos sistemas tem uma, tem uma no HU a gente lançou no sistema.” (Theta)*

*“Não sei bem te responder.” (Iota)*

*“Acho que não conseguimos alcançar nenhum indicador, acho que Pré-natal e crônicos até alcançamos.” (Epsilon)*

*“Não alcançamos pelas causas que já te falei, acredito que o da vacina ou CP deveremos ter alcançado.” (Beta)*

Apontam possibilidades explicativas para o não alcance da meta relacionada com a prevenção de câncer ginecológico que refletem problemas na organização da rede de serviços especializados e laboratorial:

*“...o que eu acho ainda falho é o CP, que tem pouca procura pela demora do resultado. Isso desmotiva as mulheres, daí elas querem colher na liga feminina porque o resultado vai para o CIP e é mais rápido. Por que o nosso laboratório perde a credibilidade. o que vejo também é a demora com o mastologista, tenho duas mulheres com bi-rads 4 e até agora um pedido de urgência e não vem nada de consulta, recentemente perdemos uma mulher jovem, 39 anos, foi um NIC III porque foi colhido ano passado e o resultado do CP demorou muito a chegar, e custaram a conseguir a biópsia e ela foi iniciar o tratamento em março desse ano, olha quanto tempo perdido e ela veio a falecer agora 15 dias atrás, daí ela ia fazer a radioterapia em Pelotas porque a daqui tá fechada e tem algum problema.” (Zeta)*

Quanto às fragilidades no alcance dos resultados, foram destacadas questões relacionadas ao território, à estrutura dos serviços, a equipamentos e pessoal com reflexos na organização do trabalho das equipes, incluindo a sobrecarga que a pandemia da Covid-19 trouxe para as equipes:

*“...as fragilidades é a sobrecarga que enfrentamos de trabalho que a pandemia trouxe muito, os ACS's para dentro da unidade o que atrasou muito a atualização dos cadastros, o G-mus nos atrapalha muito, acho um sistema falho e complicado de se mexer.” (Alpha)*

*“...a fragilidade é o espaço físico e falta de computadores para todos.” (Gamma)*

*“Mas a fragilidade é esse sistema local, que a gente faz tudo, digita certinho e na hora de puxar o relatório não está coerente com o nosso*

*serviço.” (Delta)*

*“Fragilidades é a demanda, a porta aberta e termos que dar conta de tudo. E a tensão com os ACS que precisamos estar sensibilizando os mesmos porque possuímos alguns conscientes do seu trabalho, mas alguns que não cumprem com seus afazeres e responsabilidades, dependendo muito do comprometimento de cada um e isso é inato do profissional, não sendo capaz de mudar quando não se tem essa vontade.” (Epsilon)*

*“As fragilidades são falta de Médico, o território que é muito extenso e de difícil acesso, também os CPs que demoram muito os resultados tornando desfavorável a procura pelo exame na unidade.” (Beta)*

Quanto ao enfrentamento das fragilidades elencadas, as possibilidades sugeridas pelas coordenadoras foram: um profissional não pertencente à equipe responsável pelo monitoramento, a necessidade de educação permanente com frequência estabelecida e voltada aos indicadores avaliados. Frente às fragilidades apontadas quanto ao sistema local de informações, solicitam a mudança de sistema e relatórios mais direcionados às suas necessidades:

*“Que alguém de fora pudesse nos ajudar com mais frequência e que viessem aqui e encontrasse os erros que estamos cometendo, pois às vezes acho que esse sistema é falho. Alguém que só cuidasse disso e nos ajudasse seria muito melhor, também um colega Médico 40h iria ajudar muito e resultados mais rápido de CP.” (Beta)*

*“Mais educação permanente e um profissional de fora das equipes para cobrar e monitorar nosso indicadores, que só fizesse isso.” (Gamma)*

*“Acho que um outro sistema para evoluirmos os pacientes seria melhor que esse que usamos, ele é muito complexo na hora de puxar os relatórios, tem vários caminhos, mais educação permanente sobre os indicadores junto a toda equipe seria bom e alguém externo que viesse aqui nos ajudar para nos dizer aonde estamos errando.” (Delta)*

*“...a gestão precisa montar um grupo mais fechado de facilitadores como era o PMAQ, criar um grupo de facilitadores que visitem as equipes no mínimo uma vez por mês, para ver como está, não é on line, tem que vir no território e ver quais são as dificuldades de cada...Eles precisam sentar e conversar conosco, está faltando diálogo.” (Zeta)*

*“Eu acho que a gente precisava melhorar o nosso sistema... têm sido também um ponto negativo.” (Theta)*

*“Eu gostaria, como eu disse né, que os profissionais fossem escutados e que quando por exemplo, encaminham para nós uma solicitação de cálculo de pessoal para poder se realizar o trabalho dentro de condições favoráveis a todos e com menos riscos, que isso realmente aconteça.” (Iota)*

*“Eu acho que educação permanente é fundamental, educação permanente voltada para os indicadores, a gente tem muita educação permanente não são voltados para os indicadores, é os indicadores que vão nos avaliar, mesmo que seja restrito são eles que vão dizer se aquele município tem ou não um Bom desempenho na atenção primária em saúde.” (Kappa)*

*“...preparar as equipes através da educação permanente, a gente recebe não só de nível municipal, mas de nível estadual também, para gente conseguir se instrumentalizar para poder trabalhar com esses indicadores...” (Lambda)*

Expressam preocupação quanto ao incentivo financeiro relacionado à gratificação pelo desempenho das equipes que foi interrompido com a implantação do Previne Brasil e gerou descontentamento dos profissionais.

*“...até hoje não recebemos nenhum dinheiro do previne Brasil e isso desmotiva e o pessoal comentou que será bem abaixo do PMAQ, então essa parte financeira por ser bem mais abaixo, desmotiva sim e gera um desconforto em todos os profissionais da equipe, não é a mesma coisa que o PMAQ.” (Zeta)*

*“...antes a gente tinha aquela questão do PMAQ que dava o incentivo dos profissionais buscarem melhorar os indicadores, Eu vi assim a equipe mais empolgada, agora o Previne com essa questão mesmo da criação da Lei, na demora da gratificação, o pessoal tá um pouco desmotivado em relação a isso.” (Kappa)*

Quando questionadas quanto às potencialidades para o alcance das metas do programa Previne Brasil, todas referiram a união entre os profissionais, apresentando motivação, engajamento, comprometimento e dedicação para com as rotinas laborais diárias:

*“As potencialidades é que os ACS são muito bons no trabalho deles e somos muito unidos...” (Alpha)*

*“Como potencialidade é a equipe de Enfermagem que é muito unida...” (Beta)*

*“Como potencialidade é uma equipe muito engajada, o pessoal abraça a causa, tenta fazer da melhor forma possível. Mas a gente não tá com uma equipe completa, também a falta de dois agentes comunitários, a gente tá agora com essa rotatividade de médicos...” (Gamma)*

*“Potencialidades vejo como a união de todos, hoje estamos com a equipe completa, nossos ACS são muito dedicados.” (Delta)*

*“Como potencialidade é abertura que a Enfermagem dá, sempre podendo atender mais 1 e encaixando e isso não é legal porque nos sobrecarrega.” (Epsilon)*



*"...eu acho que as gurias são muito atentas, são antigas já, eu tenho poucas agentes novas, são do tempo do início dos agentes. Então acho que isso aí é muito bom, Elas fazem uma busca muito boa, elas estão sempre atentas ao que tá errado e o que não tá." (Theta)*

*"...e a potencialidade vem justamente da comunicação das equipes que estão na ponta porque se alguém tem algo que pode e deve ser dito e escutado porque as pessoas têm que ter ouvido de ouvir e não estar fazendo de conta, as pessoas tem que estar ali para escutar o que está sendo dito por quem tá na ponta trabalhando, então acho que o pedido é esse, vamos potencializar essa ferramenta que a gente tem, que todo mundo fala tanto a tanto tempo que é a comunicação." (Iota)*

*"...e as potencialidades acredito que a gente tem uma equipe que tem uma grande motivação para trabalhar, a gente consegue trabalhar muito isso, mas realmente esses fatores que nos permeiam, acabam atrapalhando um pouco, mas acredito que a equipe que está sensibilizada para o alcance das metas..." (Lambda)*

## **9 Discussões**

O estudo buscou investigar a organização da implantação do Programa Previne

Brasil no município de Rio Grande/RS para o alcance das metas dos indicadores da APS, descrevendo o processo de trabalho e identificando as potencialidades e fragilidades das equipes a partir de entrevistas com as coordenadoras das Unidades de Saúde da Família.

A implantação do programa foi realizada pela gestão da SMS, juntamente com a coordenação da ESF como mencionado pelos participantes da pesquisa e também completaram o conhecimento com buscas em outras fontes, como, por exemplo, materiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde, que justificam o novo programa como importante para fortalecer os atributos essenciais da APS, dentre eles o acesso e a integralidade do cuidado, respeitando a autonomia das gestões municipais. O programa gerou conflitos e diversos autores envolvidos, dentre eles, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais, MS e entidades médicas, que referiram ser uma política de financiamento privatizadora, mercadológica e seletiva, a quimera da flexibilidade e autonomia das gestões municipais, sofrendo críticas de sanitaristas e dos Conselhos de Secretários Municipais do Rio de Janeiro e São Paulo e do CNS (GIOVANELLA *et al*; 2019).

No processo de implantação do programa, é destacada a não participação social e comunitária. Há preocupação quanto à focalização dos indicadores com possibilidade de comprometer a integralidade do cuidado. Os atributos essenciais e derivados são os eixos estruturantes da atenção à saúde que se relacionam à qualidade dos processos de trabalho e à eficácia de suas intervenções. Nessa conjuntura, as ofertas de prestação de serviços da APS deverão respeitar as necessidades de saúde da população (STARFIELD, 2004).

Nessa conjuntura, o pagamento por desempenho assemelha-se ao PMAQ que foi substituído e criticado pelo elevado número de indicadores e pela baixa capacidade que tinha em induzir melhorias (SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021). As coordenadoras criticaram a focalização em apenas 7 (sete) indicadores e a forma súbita como foi feita a transição do PMAQ para o Previne Brasil. Citam que a organização anterior era focalizada na educação permanente, no preenchimento de questionários e nas matrizes de intervenção, além do amplo conhecimento epidemiológico que se tinha do território. Entretanto, diversas evidências contradizem

as justificativas apresentadas pelo governo, pois foi possível observar, ao longo dos anos na APS, melhores indicadores de saúde, em especial os infantis, a diminuição dos anos potenciais de vida perdidos, aumento do acesso e qualidade dos serviços prestados em saúde redução das iniquidades em saúde (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005).

Além disso, como mencionado pelas entrevistadas quanto à simplicidade dos indicadores, que objetivam o alcance de números e não a qualidade, urge a preocupação importante para redução da atenção das equipes a problemas de saúde que não estejam contemplados nas métricas de avaliação por desempenho, indicadores monitorados, podendo desfocar o trabalho das equipes da ESF a outras necessidades específicas que cada comunidade possui (MASSUDA, 2020).

Ressalta-se que estratégias para melhorias no acesso do usuário às USF é uma situação estudada ao longo dos últimos anos, o acolhimento nas USF tem potencializado a prática clínica da enfermagem e o trabalho em equipe (TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018). Em Rio Grande, o acolhimento proposto como estratégia de cuidado para ampliar o acesso ocorreu em 2017 e mostrou ser uma potente ferramenta, e a implantação do Previne não modificou o processo de acolhimento das UBS, mas a incompletude das equipes gera sobrecarga para o trabalho da enfermagem, conforme foi verificado nos depoimentos das coordenadoras.

Os relatos de insuficiência de recursos humanos são agravados quando o novo programa introduz um aumento no número potencial de usuários vinculados às equipes e fragiliza a resolutividade. Sobre acesso do usuário, Green *et al* (2001) afirmam, há mais de 20 anos, que, no propósito de aumento da cobertura de serviços da APS, é imprescindível diminuir o número de pessoas vinculadas às equipes, frente à estimativa de que 25% da população adulta adoeça e de que esses acessem uma vez ao mês os serviços de saúde.

A implantação do novo programa de financiamento em Rio Grande, assim como no restante do país, é comprometida com o início da pandemia da Covid-19, motivo pelo qual a maioria das coordenadoras não observaram modificações no processo de trabalho para alcance das metas dos indicadores do Previne Brasil e o reconhecimento do apoio presente da gestão. O primeiro caso da síndrome

respiratória aguda grave causada pelo coronavírus 2 (SARS-CoV-2) foi identificado em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, na China (THEY, 2020). A OMS nomeou de Covid-19, devido apresentar transmissibilidade e viralidade alta. Em março de 2020, declarou-se situação de pandemia, devido ao acometimento de vários países em todo o mundo (OLIVEIRA; MORAIS, 2020).

Outras modificações recentes da política da atenção básica podem ser mencionadas, como a PNAB de 2017, a criação da Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS) e da carteira de serviços da atenção básica, entendida como *cesta básica* de oferta de ações e serviços (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020). Ressalta-se a flexibilização da inserção dos ACS nas equipes de ESF e eAP, ilógico aos princípios de territorialização e caráter comunitário de promoção à saúde da ESF. Além disso, a criação da ADAPS, de forma subjetiva, estimula o crescimento do setor privado dentro das redes da APS (GIOVANELLA, FRANCO; ALMEIDA, 2020).

Quanto ao processo de trabalho citado pelas coordenadoras foi a suspensão da política de financiamento do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), criado em 2008 e desvinculado da composição das equipes de ESF a partir da nota técnica n. 3/2020-Desf/Saps/MS revogando normativas e custeio do Nasf-AB, afirmando o não credenciamento de novos Nasf-AB (BRASIL, 2020). A decisão do município de Rio Grande foi por manter as equipes multiprofissionais, antes denominadas NASF-AB. A modalidade de trabalho alterou, hoje as equipes trabalham através de agendamento, e os matriciamentos seguem ocorrendo, conforme a organização de cada equipe. A equipe multiprofissional, devido a sua composição e características operacionais, conscientes do compromisso de atuação no apoio matricial e no trabalho multiprofissional, objetivam integralizar o cuidado, através de medidas de assistência e da resolubilidade das ações em território de ESF (CARVALHO *et al*, 2019).

Nos relatos, foi possível identificar o quanto o apoio da gestão e dos profissionais externos à equipe que atuam como facilitadores são essenciais ao monitoramento e adesão ao processo que envolve os indicadores. Em muitos relatos, apresentou-se o apelo para que esses profissionais facilitadores possuam frequência

estabelecida de visitas às equipes de forma mensal. Fomenta-se a necessidade de suporte administrativo às equipes de saúde com vistas à adequação de estrutura e organização das ações em conformidade com os princípios do SUS (FONTANA; LACERDA; MACHADO, 2016).

As dificuldades gerenciais, burocratização excessiva gera sobrecarga de trabalho, deficiência estrutural, falta de equipamentos adequados repercute no desalento e insatisfação dos profissionais integrantes das equipes de ESF, emergindo a necessidade de discussão acerca da qualificação dos profissionais, resolutividade dos serviços e da necessidade de monitorar e avaliar a APS (CARRER *et al*; 2016; MOREIRA *et al*; PÉREZ-CIORDIA, 2013).

As coordenadoras demonstraram insatisfação com o sistema local de monitoramento dos indicadores alegando inconsistências e com a complexidade em gerar relatórios, sendo desafiador o planejamento das ações direcionadas aos usuários do território que contemplem os indicadores propostos. Os sistemas de informação viabilizam o registro e o acompanhamento, de modo a atender o princípio da integralidade e do desempenho no cuidado longitudinal, fortalecendo a resolutividade na APS. O histórico clínico do paciente, a utilização das redes de saúde, juntamente da referência e da contrarreferência, exames e consultas, potencializam a resolubilidade da APS, assim como evitam sobrecarga dos profissionais e gastos públicos. Incentivar e proporcionar a qualificação dos profissionais previnem situações como polifarmácia, iatrogenia e medicalização desnecessária, potencializando a prevenção quaternária, a desprescrição, o cuidado paliativo e abordagens menos medicalizadas (NORMAN; TESSER, 2015). Frente ao processo de avaliação de indicadores de saúde das equipes de ESF do município e a cobrança da gestão pelo alcance das metas dos indicadores, o planejamento das equipes, através do levantamento dos relatórios informatizados, urge a necessidade de incentivo e envolvimento de entes Federativos e coordenações estaduais para a qualificação dos municípios, com menor capacidade de gestão (PINTO; SANTOS, 2020).

A APS, preferencialmente, é a porta de entrada das redes de saúde, coordenadora do SUS. Nesse sentido, o papel de gestão e conhecimento dos indicadores das equipes pelas coordenadoras é de suma importância e relevância.

Ter habilidade no ato de gerenciar os serviços da equipe, aumenta a resolutividade dos serviços, minimiza os conflitos existentes e supera as limitações presentes no serviço da APS, qualificando a assistência em saúde direcionada ao usuário, embasada nos princípios do SUS (LANZONI; MEIRELLES, 2013; BRASIL, 2019).

A sobrecarga de trabalho e a incompletude das equipes, como mencionado pelas coordenadoras, leva à precariedade do cuidado. Moraes, Bertolozzi e Hino (2011) referem que a compreensão dos usuários e profissionais, quanto às necessidades de saúde, é um assunto conflituoso na perspectiva do usuário e na percepção do profissional quanto às demandas diárias. Nesse contexto, o quantitativo de pessoas adstritas de um território e que possam vir a utilizar os serviços de saúde de uma determinada equipe, muitas vezes, é superestimado em virtude da complexidade que poderá apresentar o déficit de força de trabalho, relacionado à importância que cada membro possui dentro de uma equipe e as dificuldades em atender as expectativas dos usuários. Todos fazem parte macro do conceito de condições de trabalho, enfatizando importante premissa de como determinada atividade será realizada, assim se fundamenta a necessidade de análise de qualquer processo de trabalho (MARX, 2012).

O excesso de trabalho suportado pelos enfermeiros e o acúmulo de funções, sendo referência para o funcionamento da unidade de saúde, levam o profissional à exaustão. Aliado a essa perspectiva, as condições físicas de espaço são fatores importantes que interferem na qualidade da consulta oferecida e no tempo de espera para o atendimento. Marx (2012) determina macro conceito de condição de trabalho como a forma de realizar determinada atividade, importante para a qualificação do processo de trabalho. Tal conceito é importante de ser considerado frente aos serviços direcionados à saúde da mulher, à saúde bucal, à da criança e a doenças crônicas.

A equipe de enfermagem e o agente comunitário de saúde (ACS) desenvolvem um importante papel no alcance dos indicadores de saúde das doenças crônicas, como a aferição da PA, acolhimento e cadastro adequado. Quanto ao relato sobre as atribuições do profissional ACS, em estudo de Barros e Cecílio, 2019, é apresentada a importante premissa de que esses trabalhadores estão cada vez mais pressionados

ao trabalho com vistas ao manejo clínico de doenças, em que o propósito de prevenção e orientação em saúde da comunidade perdem espaço.

A periodicidade semanal que os ACS precisam manter dentro das unidades em afazeres administrativos, juntamente às atribuições do ACS reformuladas pela PNAB em 2017, sendo proposto modificações que tradicionalmente são desempenhadas pelos técnicos de enfermagem, levam à preocupação quanto ao tempo a ser disponibilizado para realização das intervenções, busca ativa, prevenção de agravos, monitoramento de grupos prioritários e condições específicas (BARROS; CECÍLIO, 2019). Para o alcance das metas, o aprofundamento das coordenadoras de equipe e gestores municipais quanto ao trabalho do ACS, inerente ao território, potencializa importante ferramenta, que são planejamentos de ações, contribuindo para que os atributos essenciais e derivados sejam difundidos nas realidades dos territórios (OLIVEIRA;MORAIS; PEREIRA, 2013).

As relações humanas e de trabalho são meios complexos, influenciados por fatores locais, de cultura e saberes, de integração quanto ao sentimento de equipe (BRITO *et al*; 2022). A Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) reforça que os enfermeiros os quais atuam na APS, inseridos no contexto socioeconômico-cultural das famílias e comunidades que assistem, necessitam ter perfil de liderança, desempenhando-se de forma multidisciplinar, com olhar interdisciplinar e intersetorial.

A maioria das coordenadoras relataram a incompletude das equipes, a importância do profissional Médico e a dificuldade na organização do processo. Além disso, a atuação dos profissionais Enfermeiros, dentro das equipes, apresenta-se cada vez mais abrangente (GÓMEZ-URQUIZA *et al*; 2022).

Machado *et al* (2016) discursa sobre a necessidade de incorporação de novas tecnologias às práticas, urgindo a necessidade de qualificação contínua. A intensificação que a demanda do acolhimento trouxe para as USF, na maioria das vezes, fica a cargo do Enfermeiro, o que leva à exaustão física e emocional, devido à incompreensão dos usuários pelo tempo de espera para atendimento.

Dentro dessa conjuntura, ocorre o reconhecimento da necessidade de investimento científico na categoria para que o profissional enfermeiro desenvolva

habilidades em práticas avançadas, competência clínica, incluindo prescrição medicamentosa e não medicamentosa, solicitação de exames, além do acompanhamento do paciente durante o tratamento e após alta, a exemplo o município de Monte Claros outorga o Enfermeiro à prática avançada através de protocolo municipal (ALMEIDA *et al*, 2021).

A OMS preconiza o acesso e a cobertura de saúde de forma universal. Em 2014, com o propósito de garantir, os estados membros da Associação Pan-Americana de Saúde (OPAS) reuniram-se promulgando importantes estratégias que implementam os referidos fins. A prática da enfermagem vem sendo ponto de discussão em importantes espaços, observado o avanço potencial na APS, com o desenvolvimento das práticas avançadas, alcançando resultados positivos na promoção, recuperação de saúde e prevenção de agravos em locais menos favorecidos e regionalizados (OPAS, 2018).

As necessidades que envolvem os processos de coleta, armazenamento e trocas de informações sobre os pacientes foi responsável pela mudança em relação aos cuidados em saúde em todo o mundo (INFOWAY, 2013). A evolução tecnológica do acesso às informações em saúde, utilizados nas rotinas da APS, seja com propósito de monitorar através dos relatórios ou de informar situações de atendimento dos pacientes nos prontuários, envolve uma complexa infraestrutura. Nesse contexto, todas coordenadoras relatam dificuldade no conhecimento exato quanto ao alcance da meta em cada indicador referente a sua equipe.

O conhecimento da pontuação para o alcance dos indicadores pelos membros que compõem as equipes de ESF faz com que o direcionamento das estratégias em saúde sejam planejados e repensados. Com objetivo de melhores resultados, o fortalecimento das práticas, através da participação dos membros, aproxima-os da compreensão da realidade das ações (GRIMM; BASSICHETTO; LIRA, 2018).

A prática compartilhada em saúde fortalece e integraliza o cuidado de saúde aos usuários do território da ESF. A existência de processos avaliativos possibilita a identificação de fragilidades, desafios e potencialidades dos processos de trabalho (BRITO *et al*; 2022). A ampliação do acesso do usuário, através do acolhimento bem estruturado, aumenta a conexão harmônica da equipe (LOPES *et al*; 2018).



Gerir os serviços de saúde da equipe, exclusivamente pelas coordenadoras que prestam serviço de enfermagem, ainda sendo responsáveis pela equipe de enfermagem, ACS, entre outras tantas atribuições, é um desafio. O envolvimento e discernimento dos atores envolvidos, frente a decisões nem sempre convergentes, a utilização de instrumentos para monitorar e avaliar as ações de saúde realizadas dentro do território de saúde, apoiam a tomada de decisões em prol do usuário que utiliza o SUS (GRIMM; TANAKA, 2017).

Quando questionadas das potencialidades, todas coordenadoras referiram a união entre equipe e a motivação que possuem para desenvolver as atividades laborais. A qualificação de assistência ofertada pelas equipes de ESF ao usuário é capaz de gerar motivação, sentimento de dever cumprido, eficácia e segurança (PÉREZ-CIORDIA *et al*; 2013). Os serviços de saúde da APS, com base no trabalho em equipe e na prática colaborativa de forma abrangente e integral, desempenha-se como estratégia eficiente para organização da saúde e enfrentamento dos problemas gerados nas rotinas diárias das equipes. Em território brasileiro, vários estudos evidenciam a efetividade da APS com resultados positivos no acesso e qualidade da assistência em saúde (MACINKO; HARRIS, 2015).

Quanto às fragilidades, discorreram sobre a estrutura de serviços, equipamentos e pessoal, isso reflete no planejamento das ações em saúde. Referiram como principal desafio a procura pelo exame citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos, frente a diversas tentativas sem sucesso. A operacionalização e a gestão das necessidades clínicas das redes de atenção à saúde (RAS) têm sido pauta ao longo do tempo. Mendes (2009) discursa sobre os caminhos para uma atenção à saúde efetiva e de qualidade, utilizando processos tecnológicos de gestão da clínica alicerçados em diretrizes clínicas, constituindo-se em gestão da condição de saúde, gestão de caso, auditoria clínica e lista de espera, gestão de patologias e adoção de protocolos clínicos e linhas-guia, entre outras.

Nesse contexto, as fragilidades refletem diretamente nas ações desempenhadas pelas equipes aos usuários. Com o propósito de enfrentamento, foi mencionada a necessidade de profissional extra equipe, educação permanente direcionada aos indicadores, sistema de informações capazes de informar com

exatidão e de forma simples os relatórios para que se estabeleça um planejamento adequado do processo de trabalho da ESF. Os sistemas de informações e os dados oferecidos pelos mesmos instrumentalizam os gestores de saúde, sendo importantes no processo de decisão e alcance dos indicadores, o que lhes confere grande importância e valorização (ALMEIDA, 2004).

### **Considerações Finais**

O presente estudo partiu do pressuposto de que as mudanças ocorridas no processo de trabalho das equipes com estratégia de saúde da família, frente ao alcance das metas dos indicadores de saúde da APS do programa Previner Brasil, causaram dúvidas no monitoramento e planejamento de ações. Acreditou-se que as

equipes de saúde possuíam questionamentos e dificuldades, a partir das diretrizes propostas pelo componente de pagamento por desempenho. Presumiu-se que os coordenadores de equipe estariam desalentados na busca por estratégias de planejamento para a melhoria do processo de trabalho e alcance dos indicadores, em virtude da superficialidade e da falta de motivação que o novo programa de financiamento Previde Brasil traz.

Ficou evidente que o planejamento das ações em saúde para alcance das metas dos indicadores está ocorrendo, entretanto as coordenadoras possuem questionamentos e dificuldades para monitorá-los e para alcançá-los. Desse modo, o pressuposto atingiu seu objetivo, sendo justificado pelas fragilidades enfrentadas como a falta de estrutura de serviços, equipamentos e pessoal.

Outras necessidades almejadas foram discutidas pelas coordenadoras como um sistema de informações com relatórios facilitados e fidedignos com a realidade vivenciada, um profissional facilitador extra equipe com a responsabilidade de monitoramento e planejamento de ações voltadas para o alcance das metas periodicamente, além de educação permanente voltada para os indicadores avaliados. Salientaram a necessidade de trocas com a gestão de forma lesta, quanto às suas necessidades pertinentes ao manejo e alcance dos indicadores.

O processo de qualificação é uma rotina que se estruturou dentro das equipes de ESF, estimuladas anteriormente por recurso financeiro, potencializando a melhoria das práticas dentro dos territórios em virtude do cuidado direcionado aos usuários. Este estudo buscou dar voz aos coordenadores das unidades básicas de saúde e sensibilizar a gestão para que seja direcionado aos profissionais da equipe o fundo referente ao pagamento por desempenho, proporcionando motivação ao planejamento e completude das ações no alcance das metas pactuadas.

O apoio teórico para a discussão com os resultados relacionou-se com os achados, fortalecendo a resolutividade das ações direcionadas aos usuários da APS. Ao final, este estudo busca instrumentalizar gestores das três esferas de governo quanto à realidade vivenciada pelas equipes de ESF no planejamento das ações frente aos indicadores monitorados.

Na condição de aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família e profissional da ESF de RG, almejo que os processos de qualificação das ações de saúde dentro dos territórios sejam periodicamente acompanhados, que a completude das equipes sejam mantidas e que essas possam ser norteadas com conhecimento direcionado aos indicadores pactuados, mas avancem na busca da integralidade do cuidado.

Além disso, espero que possam ocorrer trocas de saberes com outros profissionais regionalizados, com as instituições de ensino que utilizam os espaços dos serviços para a formação acadêmica de modo a questionar as metas pactuadas e o cuidado ofertado para além do alcance das metas dos indicadores do programa Previner Brasil, considerando a possibilidade de revisão do financiamento em saúde e do apoio às equipes de atenção primária à saúde.

## Referências

ANDRADE, M. V; COELHO, A. Q; NETO, M. X; CARVALHO, L. R; ATUN, R; CASTRO, M. C. Transição universal primary health care coverage in Brazil: analysis of uptake and expansion patterns of Brazil's Family Health Strategy (1998-2012). **PloSone**, n.8, v.13, 2018.

ALMEIDA, E. W. S. de; *et al.* Mapping of advanced practice nursing actions in the Family Health Strategy. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 74. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0228>. Acessado em 10 de julho de 2022.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, L. S. de; CECÍLIO, L. C. de O. Entre a 'grande política' e os autogovernos dos Agentes Comunitários de Saúde: desafios da micropolítica da atenção básica. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 43, n. spe 6, p. 10–21, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s601>. Acessado em: 23 de setembro de 2022.

BRASIL, SAPS. **Financiamento da Atenção Primária à Saúde** :Incentivos para ações estratégicas. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento/incentivosacoes/>. Acessado em: 09/11/2020.

BRASIL, SAPS. **Nota técnica Nº 3/2022-DESF/SAPS/MS**. Disponível em <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2022/01/NT-Alteracao-Indicadores-de-Desempenho-Previne-Brasil-1.pdf>. Acessado em: 28/03/2022.

BRASIL. **Nota técnica nº 5/2020-DESF/SAPS/MS**. Indicadores de pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil (2020). 2020. Disponível em: [https://sisab.saude.gov.br/resource/file/nota\\_tecnica\\_indicadores\\_de\\_desempenho\\_200210.pdf](https://sisab.saude.gov.br/resource/file/nota_tecnica_indicadores_de_desempenho_200210.pdf). Acessado em: 10 de fevereiro de 2021.

BRASIL. **Constituição Federal (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Lei 8080 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. Diário Oficial da União 1990; 20 set. Acessado em: 05 janeiro de 2021.

BRASIL. **Lei 8142 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 e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; dez 31. Acessado em: 05 janeiro de 2021

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **e-gestor**: relatórios públicos, cobertura de atenção básica. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acessado em: 05 de julho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Fundo Nacional de saúde**: consulta detalhada de pagamento. Disponível em: <https://consultafns.saude.gov.br/#/detalhada/acao/pagamento>. Acessado em: 05 de julho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria GM/MS nº1.882**, de 18 de dezembro de 1997. Estabelece o Piso da Atenção Básica - PAB e sua composição. Diário Oficial da União 1997; Acessado em: 10 de fevereiro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria GM/MS nº169**, de 31 de janeiro de 2020. Define o valor per capita para efeito do cálculo do incentivo financeiro da capitação ponderada do Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União 2020; Acessado em: 10 de fevereiro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria gm/ms 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 2021. Acessado em: 29 de janeiro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria gm/ms nº 172**, DE 31 DE JANEIRO DE 2020. Dispõe sobre municípios e Distrito Federal que apresentam manutenção ou acréscimo dos valores a serem transferidos, conforme as regras de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde do Programa Previne Brasil e sobre o valor per capita de transição conforme estimativa populacional da Fundação IBGE. Diário Oficial da União 2021. Acessado em: 29 de janeiro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria gm/ms nº 173**, de 31 de janeiro de 2020. Dispõe sobre os municípios que apresentam decréscimo dos valores a serem transferidos, conforme as regras do financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde do Programa Previne Brasil; Acessado em: 29 de janeiro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 648/GM/MS**, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS); Disponível em: [Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006](#). Acessado em: 29 de janeiro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº2.713 GM/MS**, de 06 de outubro de 2020. Dispõe sobre o método de cálculo e estabelece o valor do incentivo financeiro federal de custeio do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União 2019; Acessado em: 10 fevereiro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº2.436 GM/MS**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2017; Acessado em: 10 fevereiro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº2.979 GM/MS**, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de

financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União 2019; Acessado em: 10 fevereiro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Diário Oficial da União. **Portaria nº3.222**, de 10 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Brasília. Diário Oficial da União 2019. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481>>. Acessado em: 14 de agosto de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Documento orientador, como a equipe de saúde da família pode melhorar os indicadores de desempenho**. Disponível em: [https://sisab.saude.gov.br/resource/file/documento\\_orientador\\_indicadores\\_de\\_desempenho\\_200210.pdf](https://sisab.saude.gov.br/resource/file/documento_orientador_indicadores_de_desempenho_200210.pdf). Acessado em: 06 de março de 2021.

BRASIL. Secretaria de Atenção em Saúde, Ministério da Saúde (MS). **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

BRITO, G. E. G; *et al.* Articulação entre a EqSF/AB e o NASF/AB e sua influência na produção do cuidado no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 27 (06), 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.03942021>. Acessado em 20 de julho de 2022.

CAMARGO, B. V; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. Universidade Federal de Santa Catarina [Internet]. 2013 . Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>.

CARVALHO, M. L; SANTIAGO, R. F. **A importância do planejamento no processo de trabalho da equipe de saúde**. 2018. Disponível em: [https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/14820/1/Artigo\\_MUNIQUE\\_Ares.pdf](https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/14820/1/Artigo_MUNIQUE_Ares.pdf). Acessado em: 24 de setembro de 2020.

CARVALHO, F. C. D; VASCONCELOS, T. B; ARRUDA, G. M. M. S; MACENA, R. H. M. Modificações nos indicadores sociais da região nordeste após a implementação da atenção primária. **Trab. Educ. Saude**, 2019, n.17, v. 2.

CARRER, A; TOSO, B. R. G. O; GUIMARÃES, A. T. B, *et al.* Efetividade da Estratégia Saúde da Família em unidades com e sem Programa Mais Médicos em município no oeste do Paraná, Brasil. **Ciê. Saúde Colet.** 2016; 21(9):2849-2860.

CAVALCANTI, P; FERNANDEZ, M. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: uma análise das principais mudanças normativas**. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312020000300605](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312020000300605). Acessado em: 15 de abril 2021.

CLEMENHAGEN, C; CHAMPAGNE, F. **Quality assurance as part of program evaluation**: guidelines for managers and clinical departmental heads. *Journal of Quality Assurance*, n. 12, 1986.

CONASEMS. **Orientações sobre o financiamento da Atenção Primária**. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/orientacoes-sobre-o-financiamento-da-atencao-primaria/>. Acessado em: 09 de novembro de 2020.

CONASEMS. **PMAQ**: Publicada portaria que habilita municípios no 3º ciclo do Programa, 2018. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/pmaq-publicada-portaria-que-habilita-municipios-no-3o-ciclo-do-programa/>. Acessado em: 05 de julho de 2021.

CONASS. CI n.215 – **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ**. Acessível em: <https://www.conass.org.br/ci-n215-programa-nacional-de-melhoria-do-acesso-e-da-qualidade-da-atencao-basica-pmaq/>. Acessado em: 22 de junho de 2021.

CONIL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária em saúde: desafios para a organização dos serviços básicos da ESF em centro urbanos do Brasil. Rio de Janeiro: **Caderno de Saúde Pública**, V. 24, 2008.

DAIN, S. **Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil**: uma tentativa de integração Healthcare financing options in Brazil: an attempt at integration. [s. l.], 2007.

DOIMO, A. M. A vez e a voz do no popular: movimentos sociais e participação política Brasil pós-70. Rio de Janeiro: **ANPOCS/Relume-Dumará**, 1995.

DONABEDIAN, A. **The Definition of Quality and Approaches to its Assessment (Explorations in quality assessment and monitoring)**. v. 1. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em saúde: reabrindo o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 3, v. 11, 2006.

FONTANA, K. C. LACERDA, J. T; MACHADO, P. M. O. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde debate**. 2016; 40(110):64-80.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Res Nurs Health**, n. 10, v. 1, 1987.

GARNELO, L; SOUSA, A. B. L; SILVA, C. O. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**. n. 22, v. 4, 2017.

GIOVANELLA, L; BOUSQUAT, A; ALMEIDA, P. F; MELO, E. A; MEDINA, M. G; AQUINO, R; *et al.* Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde? **Caderno de Saúde Pública**, 2019. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2019.v35n10/e00178619/>. Acessado em: 21 de julho de 2022.



GOES, P. S. A; FIGUEIREDO, N; NEVES, J. C; SILVEIRA, F. M. M; COSTA, J. F. R; PUCCA, J. A. J; ROSALES, M. S. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Caderno Saúde Pública**, n. 28, 2012.

GOMES, L. T. S; *et al.* Avaliação da atenção primária aos hipertensos cadastrados no Hiperdia. **Revista enfermagem UFPE on line**. 2015; 9(4): 7347-7356.

GÓMEZ-URQUIZA, J. L; MONSALVE-REYES, C. S; LUIS-COSTAS, C. S; FERNÁNDEZ-CASTILLO R; AGUAYO-ESTREMER, R. CAÑADAS-DE LA FUENTE, G. A; *et al.* Factores de riesgo y niveles de burnout en enfermeras de atención primaria: una revisión sistemática. **Atenção Primária**. 2017; n. 49, v. 2. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.> Acessado em: 10 de julho de 2021.

GUIMARÃES, E. M. de S. Política de Atenção Básica e formação em saúde: exigências frente ao desmonte. **Anais do 8º Encontro Internacional de Política Social e 15º Encontro Nacional de Política Social ISSN 2175-098X**. 2020, v. 1 n. 1. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/einps/article/view/33339>. Acessado em: 30 de dezembro de 2022.

GREEN, L. A; FRYER, G. E; YAWN, B. P; *et al.* The ecology of medical care revisited. **New england journal of medicine (NEJM)** [internet]. 2001, n. 344, v. 26. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11430334>. Acessado em: 10 de julho de 2022.

GRIMM, S. C. A; TANAKA, O. Y. **O monitoramento como prática apoiadora nos processos de decisão na gestão da saúde**. Atheneu, Rio de Janeiro, 2017. p. 175–84.

GRIMM, S. P; BASSICHETTO, K. C; LIRA, M. Dezesesseis anos de monitoramento em saúde na atenção primária em uma grande metrópole das Américas. **PAHO**. L:1–8, 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49561>.

HARTZ, Z. M.<sup>a</sup> de A. Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2009, v. 14, suppl 1. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800036>. Epub 09 Set 2009. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800036>. Acessado em 10 agosto 2021.

HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p. ISBN 85-85676-36-1. Available from SciELO Books. Acessado em: 21 de julho de 2021.

HARZHEIM, E; SANTOS, C. M; D'AVILA, O. P; WOLLMANN, L; PINTO, L. F. S. Bases para a reforma da Atenção Primária à Saúde no Brasil em 2019: mudanças

estruturantes após 25 anos do Programa de Saúde da Família. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**, v. 15, n. 42, 2020.

HONE, T; RASELLA, D; BARRETO, M. L; MAJEED, A; MILLETT, C. Associação entre expansão da atenção primária à saúde e desigualdades raciais na mortalidade passível de atenção primária no Brasil: uma análise longitudinal nacional. 2017. **Plos medicine**. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002306#sec013>. Acessado em: 18 de agosto de 2021

INFOWAY. Canada Health Infoway: The emerging benefits of electronic medical record use in community-based care [Internet]. [S.l.]: **Infoway, PwC**; 2013 [citado 2014 set 25]. 98 p. Disponível em: <http://www.pwc.com/ca/en/healthcare/electronicmedical-record-use-community-based-care.jhtml>

JOHNSON, C. D; NOYES, J; HAINES, A; THOMAS, K; STOCKPORT, C; RIBAS, A. N; et al. Learning from the Brazilian community health worker model in North Wales. **Global Health**, 2013.

LANZONI, G. M. M; MEIRELLES, B. H. S. Liderança do enfermeiro: elemento interveniente na rede de relações do agente comunitário de saúde. **REV BRAS ENFERM** [internet]. 2013. 66(4):557-563. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a14.pdf>. Acessado em: 12 de outubro de 2022.

LUCAS, A. M. S. Prazer e sofrimento psíquico nos profissionais de enfermagem do PSF. **Dissertação de mestrado**. Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, 2004.

LOPES, A. S; *et al.* O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. *Saúde debate* [internet]. 39(104):114-23. 2018 Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042015000100114&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000100114&lng=pt&tlng=pt) Acessado em: 07 de setembro de 2022.

MACINKO J; HARRIS M. Brazil's Family Health Strategy: Delivering community based primary care in a universal health system. **N Engl J Med**; v. 372, n. 23, 2015.

MACHADO, M. H; OLIVEIRA, E. D; LEMOS. W; *et al.* Mercado de trabalho da enfermagem: aspectos gerais. **Enfermagem em Foco** [internet]. 2016; 7:35-53. Disponível: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/691/301> Acessado em: 06 de setembro de 2022.

MALETTA, C. H. M. **Bioestatística e Saúde Pública**. Belo Horizonte: Editora Independente; 2000.

MARCOLAN, E; MARCHETTI, J. R. Relato de Caso: estratégias para alcançar os indicadores em saúde na APS. **Anuário pesquisa e extensão**: UNOESC: Xanxere. 2021.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. Livro I 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2012.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 25, n. 4, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>. Acessado em: 10 fevereiro de 2021.

MASSUDA, A; HONE, T; LELES F. A; CASTRO M. C; ATUN, R. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. **BMJ global health** 2018; v. 4 n. 3.

MENDES, I. A. C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 12, n. 3, p. 447–448, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-11692004000300001>. Acessado em: 08 abril de 2021.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde no SUS**. Belo Horizonte: ESP-MG; 2009.

MINAYO, M. C. S; COSTA, A. P. Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa. **Rev. lusófona de educação**, v. 40. 2018.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

MORAES, P. N; IGUTI, A. M. **Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho**: uma análise do PMAQ-AB. *Saúde Debate* [Internet]. 2013 jul-set. Acessado em: 05 de outubro de 2020.

MOREIRA, K. S; *et al.* Avaliação da infraestrutura das unidades de saúde da família e equipamentos para ações na Atenção Básica. **Cogitare enfermagem**, n. 22, v. 2, 2017.

NORMAN, A.H, TESSER, C. D. Prevenção quaternária: as bases para sua operacionalização na relação médico-paciente. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade** [internet]. N. 10, v. 35, 2015. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1011>. Acessado em: 20 agosto de 2022.

OLIVEIRA, E. S; MORAIS, A. C. L. N. M. A. de C; PEREIRA, I. C. Atributos Essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. v. 66, set. 2013.

OLIVEIRA, E. DE S; MORAIS, A. C. L. N. de. COVID-19: uma pandemia que alerta à população. **InterAm J Med Health**, 2020. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:YCwax9RNWwJ:https://i.ajmh.emnuvens.com.br/iajmh/article/download/80/77&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=avast-a-1>. Acessado em: 10 de novembro de 2022.

OPAS. Indicadores de Salud: elementos básicos para el análisis de la situación de salud. **Boletín Epidemiológico**, n. 22, v. 4, 2001.

OPAS. **Relatório da Reunião OPAS/OMS Brasil “Diálogo Estratégico para a Preparação do Documento de Referência para a Renovação da Promoção da Saúde no Contexto dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. (Brasília, 6 a 8 de agosto de 2018). Brasília : OPAS; 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Assistência ao Parto Normal: Um guia prático. Relatório de um grupo técnico**. Genebra, 1996.

PEDRO, M. V; RODRIGUES, D. F; SILVA, D. Saúde é o que interessa? A influência do PSF no alcance da meta de redução da mortalidade infantil dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (2000-2011). 2017. **Revista Política Hoje**. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/politica hoje/article/view/3863>. Acessado em: 10 de julho de 2021.

PÉREZ-CIORDIA, I; *et al.* Satisfacción laboral y factores de mejora en profesionales de atención primaria. **An. sist. sanit. Navar**. 2013. N. 36, V 2.

PINTO, L. F; SOARES, M. P; FREITAS, A. W. S. F. Sistemas Nacionais de Informação e levantamentos populacionais: algumas contribuições do Ministério da Saúde e do IBGE para a análise das capitais brasileiras nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 23, v. 6, 2018.

PINTO, L. F; SANTOS, L. J. dos. Prontuários eletrônicos na Atenção Primária: gestão de cadastros duplicados e contribuição para estudos epidemiológicos TT - Electronic medical records in primary care: management of duplicate records and a contribution to epidemiological studies. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 25, n. 4, p. 1305–1312, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.34132019> Acessado em 23 de julho de 2022.

PORTELA, M. C. **Avaliação da qualidade em saúde**. In: Rozenfeld, Suely. (Org). Fundamentos da vigilância sanitária. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000, p.259-269.

ROUQUAYROL, M. Z; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde Pública**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

ROZANI, T. M; STRALEN, C. J. V. Dificuldades de Implantação do Programa de Saúde da Família como Estratégia de Reforma do Sistema de Saúde Brasileiro. **Revista APS**. 2003; 6(2): 99-107.

SADDI, C; PECCKHAM, F; MUNDIM, S; SANTOS, P. Pagamento por desempenho, formulação, implementação e sucesso da política em países de renda baixa, média e alta 1. **Rev. Sociedade & Cultura**, n. 2, v. 21, 2018. Universidade Federal de Goiás, Brasil Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70358824021>. Acessado em: 10 de Maio de 2021

SANCHO, L. G; DAIN, S. Avaliação em Saúde e Avaliação Econômica em Saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção. **Ciência & Saúde coletiva**. v.17, n.3. Rio de Janeiro. Mar. 2012. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000300024&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000300024&script=sci_arttext&tlng=pt). Acessado em: 05 de outubro de 2020.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. **Boletins Informativos**. Acessível em: <https://atencao.basica.saude.rs.gov.br/inicial>, Acessado em: 22 de junho de 2021.

SETA, M. H. de; OCKÉ-REIS, C. O; RAMOS, A. L. P. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? TT - Previne Brasil Program: the apex of threats to Primary Health Care? **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 26, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.01072020> Acessado em: 10 de outubro de 2022.

SOPHIA, D. C. O Cebes e o movimento de reforma sanitária: história, política e saúde pública (Rio de Janeiro, 1970-1980). **Tese** (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) - Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz, Rio de Janeiro, 2012.

SOUZA, M. A. R; WALL, M. L; THULER, A. C. M. C; LOWEN, I. M. V; PERES, A. M. The use of IRAMUTEQ software for data analysis in qualitative research. **Revista Escola de Enfermagem**. USP. 2018.

SOARES, C. B; HOGA, L. A. K; PEDUZZI, M; SANGALETI, C; YONEKURA, T; SILVA, D. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem**. USP, n. 2, v. 48, 2014.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília : **UNESCO**: Ministério da Saúde, 2004.

STARFIELD, B; SHI, L; MACINKO, J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. **Milbank Q** [internet]. 2005, n. 83, v. 3. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16202000> Acessado em: 12 de outubro de 2022.

TANAKA O. U; TAMAKI E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão dos serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. n.4, v. 17, 2012.

TESTA, M. **Planificación estratégica en el Sector salud**, Caracas. CENDES/UCV, 1981.

TESSER, C. D; NORMAN, A. H; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saúde em Debate* [online]. 2018, v. 42, n. spe 1. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S125>>. Acessado em: 20 de setembro de 2021.

THEY, N. H. Uma breve linha do tempo. 2020. **UFRGS Litoral**. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/coronaviruslitoral/uma-breve-linha-do-tempo> Acessado em: 12 de outubro de 2022.

TRAVERSO-YEPEZ, M; MORAIS A. S; CELA, M. Construções discursivas acerca do usuário do Programa Saúde da Família (PSF). **Psicologia ciência e profissão** [online]. Vol.29, n.2, ISSN 1414-9893, 2009.

VALENTIM, I. V. L. V; KRUEL, A. J. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do programa de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 12, v. 3, 2007.

## APÊNDICES

## Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Eu, Renata Tarouco Manke, Mestranda do PROFSAÚDE - Universidade Federal de Pelotas – UFPEL pretendo, juntamente com a minha Orientadora Elaine Thumé, desenvolver um estudo intitulado “Organização do processo de trabalho das Equipes de ESF para o alcance das metas pactuadas dos indicadores do Programa Previne Brasil em Rio Grande, RS.” O estudo tem como objetivo, investigar a organização do processo de trabalho das equipes de Estratégia Saúde da Família de Rio Grande (RS) para o alcance das metas propostas no Programa Previne Brasil.

As informações coletadas serão utilizadas unicamente para os fins desta pesquisa, tendo caráter confidencial. Em nenhum momento, essa pesquisa irá exercer influência em seu local de trabalho, uma vez que os dados serão de uso restrito dos pesquisadores. Em nenhuma situação, você será exposto (a) desnecessariamente e terão a garantia do anonimato, com identificação por meio das letras do alfabeto grego. Assegura-se, ainda, que a pesquisa não acarretará riscos à integridade física dos sujeitos.

Dentre os benefícios da pesquisa, o estudo possibilitará o fortalecimento dos serviços prestados à comunidade através das equipes de ESF. Ressaltamos, ainda, que estamos disponíveis para qualquer esclarecimento que se fizer necessário. A sua participação em muito contribuirá para o sucesso deste trabalho. No entanto, você tem total liberdade para recusar ou retirar seu consentimento a qualquer momento sem que isso possa causar-lhe algum prejuízo.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Declaro ter sido esclarecido (a) acerca do objetivo, da forma de participação e de utilização das informações deste estudo, que estão em conformidade com as Resoluções nº 466/2012, a Resolução 580 de 22 de março de 2018 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta os critérios e cuidados para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil e em cumprimento com as orientações para procedimentos em pesquisa em ambiente virtual (Ofício Circular Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS). Sendo assim, aceito participar da pesquisa, possuindo o entendimento da liberdade que possuo para interromper a participação a qualquer momento, sem que isso possa causar prejuízo a mim.

Assim, **autorizo** a minha participação na pesquisa executada pela Mestranda Renata Tarouco Manke e por sua Orientadora Elaine Thumé

Nome do Entrevistado: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

E-mail: renatarouco@hotmail.com, Telefones: (53) 991595704

Rio Grande, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.



## Apêndice B - Instrumento de pesquisa

Sexo:

Idade:

Graduação:

Especialização/Mestrado ou doutorado:

Tempo de formada:

Tempo de atuação na ESF de RG:

Tempo de atuação na unidade que coordena:

Questões norteadoras:

1. Na sua experiência, a nova política de financiamento da atenção primária em saúde proposta no programa Previne Brasil, gerou alguma modificação na sua rotina de trabalho? Quais modificações?
2. Você conhece os indicadores do Previne Brasil? Poderia falar resumidamente sobre esses 7 indicadores?
  - a) Como foi informada (gestão, colegas, leu em publicações.... Fale sobre).
  - b) O trabalho na USF está organizado para alcance das metas pactuadas para o cuidado dos indivíduos e população do território?
  - c) Qual sua concepção sobre os 7 indicadores escolhidos pelo Previne Brasil, você acha que retrata a sua realidade? por quê?
3. Dentre os 7 indicadores propostos pelo programa Previne Brasil
  - a. Como você trabalha com sua equipe para o alcance das metas dos indicadores referentes à saúde da mulher?
  - b. Quais as iniciativas propostas pela equipe para alcançar a meta proposta do indicador pré-natal?
  - c. Do indicador da saúde da criança?
  - d. Com relação às doenças crônicas?
4. Como é realizado o monitoramento dos indicadores pactuados pela sua equipe?
5. A sua equipe alcançou todas as metas pactuadas?
6. Quais as principais potencialidades e fragilidades no alcance das metas propostas?
7. Dentro das fragilidades, o que você acha que poderia acontecer para a equipe pudesse alcançá-las?
8. Gostaria de acrescentar algo mais?

## Apêndice C - Relatório de campo

A seguir, será apresentado o relatório das condutas realizadas posteriores à qualificação do projeto de trabalho de conclusão do mestrado (PTCM) até a elaboração da dissertação intitulada “Organização do processo de trabalho das Equipes de ESF para o alcance das metas pactuadas dos indicadores do Programa Previne Brasil em Rio Grande, RS”. O trabalho é requisito para conclusão do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE), vinculado à Universidade Federal de Pelotas. O presente estudo teve como produto um relatório executivo que irá retratar a organização das equipes de ESF de Rio Grande, a ambiência retratada pelos coordenadores de equipe enfrentadas para o alcance das metas dos indicadores de saúde da APS.

Após a qualificação do PTCM, foram feitos os ajustes necessários, orientados pela banca examinadora, posteriormente encaminhando o trabalho para o núcleo municipal de educação em saúde coletiva (NUMESC), deferido em 7 de abril de 2022, com a recomendação de atualização do número de equipes de ESF do município. O município em agosto de 2022, para fins de capitação ponderada, possui homologadas 44 equipes de ESF e 6 eAP (3 eAP de 20h e 3 eAP de 30h).

Em conformidade, foi encaminhado para o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). O projeto de pesquisa foi registrado através do número de 57950022.3.0000.5317 e aprovado no dia 26 de maio de 2022.

Durante essa trajetória, foram realizadas duas testagens do instrumento de pesquisa com Enfermeiras que coordenam equipes de ESF da região Sul do país, para avaliar a necessidade de modificação, sendo apenas necessário reagrupar os temas afins em blocos menores, não alterando o conteúdo programático. Quanto ao não uso do software IRAMUTEQ, previsto no projeto, justifica-se pela realização manual da categorização dos resultados, não necessitando da viabilização de dados textuais e por não se tratar de um corpúsculo volumoso.

Realizado contato com a Coordenadora da ESF do município para solicitar a lista de coordenadores de equipe das USF, houve o recebimento da lista contendo 33 coordenadores de USF e eAP. Como descrito nos caminhos metodológicos do PTCM, seriam incluídos apenas os profissionais coordenadores de equipe que já teriam participado, anteriormente, de ciclos avaliativos de PMAQ, resultando em 19 coordenadores elegíveis para a pesquisa.

Os caminhos metodológicos utilizados para as entrevistas contaram com a abordagem qualitativa, entrevistas em profundidade, orientadas por um roteiro, previamente testado com outros profissionais coordenadores de equipes da ESF da região Sul do Brasil. O roteiro inicialmente abordou a caracterização dos entrevistados, com questões quanto ao sexo, idade, graduação, Especialização/Mestrado ou Doutorado, tempo de formação, tempo de atuação na ESF de RG e tempo de atuação na unidade que coordena.

Para coleta de dados, 11 profissionais aceitaram participar da entrevista e do total, oito profissionais não foram entrevistados. Uma das enfermeiras se aposentou no período, duas não concordaram em participar e cinco perdas ocorreram devido a tentativas de agendamentos de entrevistas sem retorno das enfermeiras. Todas as entrevistas ocorreram de forma virtual pelo *Google Meet* entre julho e agosto de 2022, agendadas conforme a disponibilidade do participante.

A primeira entrevista ocorreu dia 22 de julho de 2022, às 15h, com a coordenadora Alpha. As entrevistas com as coordenadoras Beta, Gamma, Delta, Epsilon e Zeta ocorreram no dia 25 de julho nos períodos da tarde e noite. A 7ª entrevista ocorreu com a coordenadora Eta no dia 26 de julho de 2022. A 8ª e a 9ª participantes, as coordenadoras Theta e Iota, foram entrevistadas no dia 27 de julho de 2022. A 10ª entrevista ocorreu no dia 24 de agosto de 2022 com a coordenadora Kappa. A 11ª entrevista ocorreu no dia 29 de agosto de 2022 com a coordenadora Lambda.

Quanto às entrevistas, não ocorreram objeções durante os questionamentos, proporcionando a transparência da realidade vivenciada. O tempo total das entrevistas foram 4 horas, 5 minutos e 15 segundos, sendo gravadas e posteriormente transcritas através da ferramenta on-line disponível na página <https://webcaptioner.com/captioner>, corrigidas e transcritas na íntegra em arquivo do Word, através da releitura do vídeo gravado.

A primeira e segunda fase do estudo foram construídas a partir da leitura flutuante das transcrições, o que despertou uma primeira impressão, fortalecendo o pressuposto da presente pesquisa, além da realização de uma revisão integrativa de literatura, visto o tema estar em constante reformulação.

Sendo assim, a codificação das entrevistas que emergiram da exploração metódica dos recortes dos segmentos de texto gerou unidades de registro, as quais buscaram resumir de forma analítica tais segmentos, por conseguinte classificando-as em categorias temáticas. As primeiras categorias, reunidas de acordo com temas similares, deram origem às categorias iniciais, agrupadas conforme o tema, originando categorias intermediárias e finais.

A terceira fase compreendeu o tratamento dos resultados, inferência e interpretação, que consistiu na retirada das ideias latentes, sendo alicerçadas posteriormente ao referencial teórico, através das discussões e resultados, apoiado em leituras de estudos publicados acerca das realidades vivenciadas na APS.

Importante ressaltar que ocorreram dificuldades durante o desenvolvimento desse estudo, devido a algumas barreiras encontradas, a falta de liberação do horário de serviço para os estudos e produção do conteúdo sem a necessidade de compensação. Entretanto, a afinidade da mestranda com o tema e o franco crescimento de estudos na área de interesse, foi um fator propulsor para que o desenvolvimento do trabalho ocorresse tranquilamente.

## **Apêndice D- Relatório Executivo**

---

2022



**PROFSAÚDE**  
Mestrado Profissional em Saúde da Família

# RELATÓRIO EXECUTIVO



**Organização do processo de trabalho das Equipes de ESF para  
o alcance das metas pactuadas dos indicadores do Programa  
Previne Brasil em Rio Grande, RS**



RENATA TAROUCO MANKE



# APRESENTAÇÃO



O Relatório Executivo é fruto da Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

**LINHA DE PESQUISA:**

**GESTÃO E AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Orientadora: Dr<sup>a</sup> Elaine Thumé.**





O estudo teve como objetivo investigar a organização do processo de trabalho das equipes de Estratégia Saúde da Família de Rio Grande (RS) para o alcance das metas propostas pelo Programa Previne Brasil. Para tanto, foi utilizada a abordagem qualitativa por meio de entrevistas em profundidade com 11 coordenadoras de unidades de saúde da Estratégia Saúde da Família do município. As entrevistas foram gravadas e realizadas entre os meses de julho e agosto de 2022, de forma virtual, através da plataforma Google Meet. Para a análise das entrevistas foi realizada a transcrição e posterior codificação e leitura para exploração metódica dos recortes dos segmentos de texto, gerando unidades de registro, resumindo, de forma analítica, tais segmentos, classificando-as em categorias temáticas. A primeira categoria descreveu a implantação do programa Previne Brasil; a segunda, o monitoramento no alcance dos indicadores; a terceira, o alcance das metas dos indicadores; a quarta, a importância da completude das equipes de ESF e, por fim, a quinta descreveu a avaliação do alcance das metas. Os achados permitiram verificar que o planejamento das ações em saúde para alcance das metas dos indicadores do Previne Brasil está ocorrendo, entretanto as coordenadoras possuem questionamentos e dificuldades para monitorá-los e para alcançá-los. Foram identificadas fragilidades, com destaque para a falta de estrutura de serviços, de equipamentos e de pessoal. Ao final, este estudo busca sensibilizar as gestões nas três esferas de governo para que o processo de qualificação das ações de saúde, dentro dos territórios, seja periodicamente acompanhado e as equipes possam ser norteadas com conhecimento e trocas acerca do alcance das metas dos indicadores.

## RESUMO



RENATA TAROUCO  
MANKE

RELATÓRIO EXECUTIVO



# RESULTADOS

Participaram do estudo um total de 11 coordenadores das unidades de saúde que possuem Estratégia Saúde da Família no município de Rio Grande/RS, todas do sexo feminino e enfermeiras. A maioria tinha idade entre 41 e 50 anos, eram formadas há 16 anos ou mais e estavam com mais de 6 anos de trabalho na mesma equipe. Após a análise das entrevistas emergiram 5 categorias para apresentação dos resultados:



## A Implantação do programa Previne Brasil

Ocorreram modificações no processo de trabalho decorrentes da pandemia da COVID-19, que interferiram na implantação do Programa Previne Brasil no apoio às equipes, mas isso pode não ter sido percebido pelos profissionais, como observado no seguinte depoimento:

*“Comparado ao tempo do PMAQ, tínhamos mais respostas rápida e orientação, pois tínhamos reuniões mais seguidamente, nos orientavam como alcançar os indicadores o que estava falho na equipe, o que podia melhorar, faziam sugestões de trabalho em grupo, uma série de coisas. Até os questionários e livros que vinham para nós respondermos, fazer os dados estatísticos, nós conhecíamos mais a equipe, tínhamos mais contato, orientação aos relatórios das equipes e hoje isso não acontece, estamos muito soltos.” (Zeta)*



## O alcance das metas dos indicadores

As enfermeiras conhecem os indicadores do programa Previne e estão preocupadas com o alcance das metas, reforçaram a sobrecarga de trabalho e a falta de profissionais para a completude do cuidado, como, por exemplo:

*“... a gente corre e corre atrás da máquina e não consegue vencer porque ao mesmo tempo que eu estou fazendo uma consulta de pré-natal adequada e eu abro a porta tem um monte de acolhimentos me esperando para eu dar conta.” (Epsilon)*



## Avaliação do alcance das metas

Ao serem questionadas sobre o alcance das metas dos indicadores do Previne Brasil, a maioria das coordenadoras referiu não ter alcançado ou desconhecer os resultados da avaliação:

*“Não sei bem te responder.” (Iota)*  
*“Acho que não conseguimos alcançar nenhum indicador, acho que Pré-natal e crônicos até alcançamos.” (Epsilon)*



## O monitoramento no alcance dos indicadores

O monitoramento dos indicadores é realizado com base no sistema local de informação, nos prontuários eletrônicos, entretanto referem inconsistência entre os atendimentos e os relatórios, uma centralidade e sobrecarga de trabalho da enfermeira:

*“Eu busco olhar, conforme a coordenação nos mostrou para fazer, através do sistema local, mas é tão difícil chegar no ideal. Fora que fica muita responsabilidade e pouco tempo para eu fazer isso.” (Alpha)*



## A importância da completude das equipes de ESF para o alcance das metas

A implantação do programa Previne Brasil no município também ampliou as atividades das enfermeiras nas equipes, gerando sobrecarga de trabalho, mas não necessariamente autonomia na prática da enfermagem:

*“Hoje com as questões dos números, a gente pode tentar agilizar, a gente tem feito tudo o que a enfermagem faz e ainda solicita os exames, não só a glicada, pede todos e pede para o médico carimbar. Concordamos com isso? não concordamos, muitas vezes o paciente diz assim: eu nem vi o médico. Mas a questão é o número que a gente tem que alcançar, chegar na indicador, então isso me preocupa um pouco, sabe assim então essa rotina mudou para um lado não muito bom.” (Theta)*



## DISCUSSÃO

Em muitos relatos, apresentou-se o apelo para que esses profissionais facilitadores possuam frequência estabelecida de visitas às equipes de forma mensal. Fomenta-se a necessidade de suporte administrativo às equipes de saúde com vistas à adequação de estrutura e organização das ações em conformidade com os princípios do SUS (FONTANA; LACERDA; MACHADO, 2016).

**As dificuldades gerenciais, burocratização excessiva gera sobrecarga de trabalho, deficiência estrutural, falta de equipamentos adequados repercute no desalento e insatisfação dos profissionais integrantes das equipes de ESF, emergindo a necessidade de discussão acerca da qualificação dos profissionais, resolutividade dos serviços e da necessidade de monitorar e avaliar a APS (CARRER *et al*, 2016; MOREIRA *et al*, 2017; PÉREZ-CIORDIA *et al*, 2013).**

As coordenadoras demonstraram insatisfação com o sistema local de monitoramento dos indicadores alegando inconsistências e com a complexidade em gerar relatórios, sendo desafiador o planejamento das ações direcionadas aos usuários do território que contemplem os indicadores propostos. O histórico clínico do paciente, a utilização das redes de saúde, juntamente da referência e da contrarreferência, exames e consultas, potencializam a resolubilidade da APS, assim como evitam sobrecarga dos profissionais e gastos públicos. Incentivar e proporcionar a qualificação dos profissionais previnem situações como polifarmácia, iatrogenia e medicalização desnecessária, potencializando a prevenção quaternária, a desprescrição, o cuidado paliativo e abordagens menos medicalizadas (NORMAN; TESSER, 2015).

**Frente ao processo de avaliação de indicadores de saúde das equipes de ESF do município e a cobrança da gestão pelo alcance das metas dos indicadores, o planejamento das equipes, através do levantamento dos relatórios informatizados, urge a necessidade de incentivo e envolvimento de entes Federativos e coordenações estaduais para a qualificação dos municípios, com menor capacidade de gestão (PINTO; SANTOS, 2020).**

A APS, preferencialmente, é a porta de entrada das redes de saúde, coordenadora do SUS. Nesse sentido, o papel de gestão e conhecimento dos indicadores das equipes pelas coordenadoras é de suma importância e relevância. Ter habilidade no ato de gerenciar os serviços da equipe, aumenta a resolutividade dos serviços, minimiza os conflitos existentes e supera as limitações presentes no serviço da APS, qualificando a assistência em saúde direcionado ao usuário, embasada nos princípios do SUS (LANZONI; MEIRELLES, 2013).



**O excesso de trabalho suportado pelos enfermeiros e o acúmulo de funções, sendo referência para o funcionamento da unidade de saúde, levam o profissional à exaustão. Aliado a essa perspectiva, as condições físicas de espaço são fatores importantes que interferem na qualidade da consulta oferecida e no tempo de espera para o atendimento. Marx (2012) determina macro conceito de condição de trabalho como a forma de realizar determinada atividade, importante para a qualificação do processo de trabalho.**

**Dentro dessa conjuntura, ocorre o reconhecimento da necessidade de investimento científico na categoria para que o profissional enfermeiro desenvolva habilidades em práticas avançadas, competência clínica, incluindo prescrição medicamentosa e não medicamentosa, solicitação de exames, além do acompanhamento do paciente durante o tratamento e após alta, a exemplo o município de Monte Claros outorga o Enfermeiro à prática avançada através de protocolo municipal (ALMEIDA *et al*, 2021).**

A prática compartilhada em saúde fortalece e integraliza o cuidado de saúde aos usuários do território da ESF. A existência de processos avaliativos possibilita a identificação de fragilidades, desafios e potencialidades dos processos de trabalho (BRITO *et al*; 2022). A ampliação do acesso do usuário, através do acolhimento bem estruturado, aumenta a conexão harmônica da equipe (LOPES *et al*; 2018).

**Gerir os serviços de saúde da equipe, exclusivamente pelas coordenadoras que prestam serviço de enfermagem, ainda sendo responsáveis pela equipe de enfermagem, ACS, entre outras tantas atribuições, é um desafio. O envolvimento e discernimento dos atores envolvidos, frente a decisões nem sempre convergentes, a utilização de instrumentos para monitorar e avaliar as ações de saúde realizadas dentro do território de saúde, apoiam a tomada de decisões em prol do usuário que utiliza o SUS (GRIMM; TANAKA, 2017).**

Quando questionadas das potencialidades, todas coordenadoras referiram a união entre equipe e a motivação que possuem para desenvolver as atividades laborais. A qualificação de assistência ofertada pelas equipes de ESF ao usuário é capaz de gerar motivação, sentimento de dever cumprido, eficácia e segurança (PÉREZ-CIORDIA *et al*; 2013).

**Quanto às fragilidades, discorreram sobre a estrutura de serviços, equipamentos e pessoal, isso reflete no planejamento das ações em saúde. Referiram como principal desafio a procura pelo exame citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos, frente a diversas tentativas sem sucesso. Mendes (2009) discursa sobre os caminhos para uma atenção à saúde efetiva e de qualidade, utilizando processos tecnológicos de gestão da clínica alicerçados em diretrizes clínicas, constituindo-se em gestão da condição de saúde, gestão de caso, auditoria clínica e lista de espera, gestão de patologias e adoção de protocolos clínicos e linhas-guia, entre outras.**

Ficou evidente que o **planejamento das ações** em saúde para **alcance** das metas dos indicadores está ocorrendo, entretanto as coordenadoras possuem **questionamentos** e **dificuldades** para monitorá-los e para alcançá-los. Desse modo, o pressuposto atingiu seu objetivo, sendo justificado pelas **fragilidades** enfrentadas como a **falta** de estrutura de serviços, equipamentos e pessoal.

**OUTRAS NECESSIDADES ALMEJADAS FORAM DISCUTIDAS PELAS COORDENADORAS COMO :**

# CONSIDERAÇÕES FINAIS

## SISTEMAS DE INFORMAÇÕES

Relatórios simplificados, profissional facilitador de forma periódica e educação permanente voltada aos indicadores.



## EQUIPES

Compleitude das equipes mantidas e trocas de saberes com outros profissionais.



## GESTÃO

Repasse financeiro, referente ao fundo destinado pelo pagamento por desempenho às equipes.



**O processo de qualificação é uma rotina que se estruturou dentro das equipes de ESF, estimuladas anteriormente por recurso financeiro, potencializando a melhoria das práticas dentro dos territórios em virtude do cuidado direcionado aos usuários.**



RENATA TAROUCO  
MANKE



FIOCRUZ

ALMEIDA, E. W. S. de; *et al.* Mapping of advanced practice nursing actions in the Family Health Strategy. *Revista brasileira de enfermagem*, 1(74). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0228>. Acessado em 10 de julho de 2022.

BRITO, G. E. G.; *et al.* Articulação entre a EqSF/AB e o NASF/AB e sua influência na produção do cuidado no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, 27 (06), 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.03942021>. Acessado em 20 de julho de 2022.

CARRER, A; TOSO, B. R. G. O; GUIMARÃES, A. T. B, *et al.* Efetividade da Estratégia Saúde da Família em unidades com e sem Programa Mais Médicos em município no oeste do Paraná, Brasil. *Ciência e Saúde Colet.* 2016; 21(9):2849-2860.

FONTANA, K. C. LACERDA, J. T; MACHADO, P. M. O. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. *Saúde debate.* 2016; 40 (110):64-80.

GRIMM, S. C. A; TANAKA, O. Y. O monitoramento como prática apoiadora nos processos de decisão na gestão da saúde. *Atheneu*, Rio de Janeiro, 2017. p. 175-84.

LANZONI, G. M. M; MEIRELLES, B. H. S. Liderança do enfermeiro: elemento interveniente na rede de relações do agente comunitário de saúde. *REV BRAS ENFERM* [internet]. 2013. 66(4):557-563. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a14.pdf>. Acessado em: 12 de outubro de 2022.

LOPES, A. S; VILAR, R. L. A; MELO, R. H. V *et al.* O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. *Saúde e debate* [internet]. 39(104):114-23. 2018 Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042015000100114&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000100114&lng=pt&tlng=pt) Acessado em: 07 de setembro de 2022.

MARX, K. O capital: crítica da economia política. Livro I 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2012.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde no SUS. Belo Horizonte: ESP-MG; 2009.

MOREIRA, K. S; *et al.* Avaliação da infraestrutura das unidades de saúde da família e equipamentos para ações na Atenção Básica. *Cogitare enfermagem.* 2017; 22(2):1-10.

NORMAN, A.H, TESSER, C. D. Prevenção quaternária: as bases para sua operacionalização na relação médico-paciente. *Rev Bras Med Família e Comunidade* [internet]. 2015 ; 10(35):1. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1011> Acesso em 20 agosto de 2022.

OLIVEIRA, E. S; MORAIS, A. C. L. N. M. A. de C.; PEREIRA, I. C. Atributos Essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev. Brasileira de Enfermagem.* Brasília. v. 66, set. 2013.

PÉREZ-CIORDIA, I; *et al.* Satisfacción laboral y factores de mejora en profesionales de atención primaria. *An. sist. sanit. Navar.* 2013; N. 36, V 2.

PINTO, L. F; SANTOS, L. J. dos. Prontuários eletrônicos na Atenção Primária: gestão de cadastros duplicados e contribuição para estudos epidemiológicos TT - Electronic medical records in primary care: management of duplicate records and a contribution to epidemiological studies. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 25, n. 4, p. 1305-1312, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.34132019> Acessado em 23 de julho de 2022.

# REFERÊNCIAS

**Agradecemos pela atenção!**

## Contato

(53)9959-5704

renatatarouco@hotmail.com

