



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

Alana Aragão Ávila

Austeridade no campo da saúde: a implementação do Programa Previnde Brasil

Florianópolis

2024

Alana Aragão Ávila

Austeridade no campo da saúde: a implementação do Programa Previne Brasil

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Antropologia Social.

Orientador(a): Prof.(a) Dr.(a) Viviane Vedana

Florianópolis

2024

Ficha catalográfica gerada por meio de sistema automatizado gerenciado pela BU/UFSC.
Dados inseridos pelo próprio autor.

Ávila, Alana Aragão

Austeridade no campo da saúde : a implementação do
Programa Previne Brasil / Alana Aragão Ávila ;
orientadora, Viviane Vedana, 2024.
278 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa
de Pós-Graduação em Antropologia Social, Florianópolis, 2024.

Inclui referências.

1. Antropologia Social. 2. Neoliberalismo. 3. Saúde
Coletiva. 4. Antropologia. I. Vedana, Viviane. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em Antropologia Social. III. Título.

Alana Aragão Ávila

Austeridade no campo da saúde: a implementação do Programa Previne Brasil

O presente trabalho em nível de doutorado foi avaliado e aprovado, em 29/02/2024, por banca examinadora composta dos seguintes membros:

Profa. Rosana Maria Nascimento Castro Silva, Dra.
UERJ

Prof. Fulvio Borges Nedel, Dr.
UFSC

Prof. Caetano Kayuna Sordi Barbará Dias, Dr.
UFSC

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de doutora em Antropologia Social.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Profa. Viviane Vedana, Dra.
Orientadora

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos meus pais, Ana Maria e Antonio Augusto, aos meus irmãos Alex e Amanda e aos seus respectivos companheiros, Sérgio e André, por todo o apoio em minha jornada acadêmica e pessoal. Agradeço aos avós paternos (*in memoriam*), meus tios e tias, primos e primas, pela acolhida, apoio e suporte, em seus mais diversos níveis. Por me acolherem em suas casas, pelas caronas e, principalmente, pelo carinho. Todos foram essenciais para que esta tese tomasse forma. Assim, agradeço à minha família por, contrapondo a música de Dominginhos e Gilberto Gil, nunca me deixarem ser rês desgarrada, tampouco caminhar à esmo.

Às minhas amigas e amigos, que ocupando Santa Catarina e Ceará, sempre abriram os braços durante minhas idas e vindas. Agradeço especialmente à Alana Araújo, Kemyllé Mesquita, Jessica Copetti e Virgínia Rodrigues, pois não sei o que faria sem o carinho, a confiança e a paciência delas. Agradeço também aos amigos que se fizeram presentes de forma online, fosse pela distância usual, fosse pelos condicionantes da pandemia enfrentada, por tonarem o tempo mais leve, mesmo quando todos nós de alguma forma sofríamos.

À minha orientadora, Profa. Dra. Viviane Vedana, agradeço pela acolhida ao projeto, pela liberdade e apoio e, principalmente, pela confiança no meu trabalho. Obrigada pela dedicação e por me ensinar muito além dos escritos. É impossível imaginar os últimos quatro anos vividos sem sua companhia.

Às minhas professoras, professores e colegas do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina, agradeço pelos ensinamentos em auditórios, salas de aula, reuniões online, mesas de bar e jardins.

Agradeço pelas colaborações de cada pessoa que cruzou meu caminho, enviando artigos, notícias, contatos ou mesmo oferecendo espaço para que eu conseguisse elaborar o turbilhão da vida. Nesse sentido, agradeço a Leandro por aguentar as repetidas interrupções ao trabalho dele enquanto eu lia os tais artigos e notícias, em seguida esbravejando sobre o contrassenso do sucateamento do SUS sob a falácia de melhor gestão econômica do país.

Agradeço principalmente aos profissionais da rede de saúde de Sobral por abrirem as portas e me receberem, confiando que este trabalho seria realizado de forma ética e responsável. Nesse sentido, agradeço tanto aos profissionais que encontrei nos Centros de Saúde da Família, quanto aos profissionais da Escola de Saúde Pública Visconde Saboia pela autorização para realização da pesquisa. Se meus agradecimentos muitas vezes giram em torno da ideia de confiança, é porque sem ela este trabalho não seria possível. Foi ela que me autorizou a circular

na rede de saúde de Sobral, e é a confiança nas possibilidades de um SUS forte e universal que me conduziu ao longo da pesquisa e da escrita.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, agradeço a concessão de bolsa de doutorado e ao Instituto Brasil Plural e ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social pelos auxílios financeiros para realização de viagens para pesquisa de campo.

Por fim, agradeço aos meus sobrinhos, João Guilherme e Gael, por serem as melhores coisas que me aconteceram. Obrigada por interromperem minha escrita sempre que possível. Eu não escolheria outra vida.

Não eu não sou do lugar
Dos esquecidos
Não sou da nação
Dos condenados
Não sou do sertão
Dos ofendidos
Você sabe bem

Conheço o meu lugar

(Belchior, 1979)

RESUMO

Esta tese aborda o processo de implementação do Programa Previne Brasil em Sobral, Ceará, com vias de descrever os movimentos traçados para operacionalizar uma rede de saúde em meio a políticas de austeridade econômica relativas ao financiamento do setor. Tendo por base a Teoria Ator-Rede, o movimento etnográfico para a construção desta tese aborda as associações entre documentos, equipamentos públicos, tecnologias, regimes de trabalho, gestão e cuidado que vão desde o nível local da atenção primária à saúde, até o nível federal, envolvendo principalmente o Ministério da Saúde. É descrevendo a rede sociotécnica acionada e modificada no decorrer do processo de criação e implementação deste programa que surgem no cenário pesquisado processos envolvendo a precarização, o produtivismo e a burocratização no campo da atenção à saúde, assim como movimentos e estratégias locais acionados para a manutenção da oferta de cuidado em saúde em meio à ameaça do desfinanciamento. A pesquisa demonstra o esforço da rede sobralense, em seus diversos níveis, de negociar as demandas do governo federal em relação ao imperativo local, inclusas as questões que ultrapassam diretrizes e notas técnicas. É através deste esforço que o município constrói e mantém uma atenção primária ampla e estruturada, operando como ponto de exceção dentro do cenário nacional de desempenho nas métricas estabelecidas pelo Programa Previne Brasil. As associações visualizadas em campo tornam claro o descompasso entre políticas de austeridade no campo da saúde e as reais necessidades de pacientes e profissionais que atuam na ponta do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Previne Brasil. Neoliberalismo. Saúde Pública. Sobral.

ABSTRACT

This thesis addresses the implementation process of the Previne Brasil Program in Sobral, Ceará, with ways of describing the movements outlined to operationalize a health network amid economic austerity policies relating to financing the sector. Based on the Actor-Network Theory, the ethnographic movement for the construction of this thesis addresses the associations between documents, public equipment, technologies, work regimes, management and care that range from the local level of primary health care to the level federal, mainly involving the Ministry of Health. It is by describing the socio-technical network activated and modified during the process of creation and implementation of this program that processes involving precariousness, productivism and bureaucratization in the field of health care emerge in the researched scenario, as well as local movements and strategies implemented to maintain the provision of health care amid the threat of defunding. The research shows the efforts of the Sobral's network, at its various levels, to negotiate the demands of the federal government in relation to the local imperative, including issues that go beyond guidelines and technical notes. It is through this effort that the municipality builds and supports broad and structured primary care, operating as a point of exception within the national performance scenario in the metrics established by the Previne Brasil Program. The associations seen in the field make clear the disconnect between austerity policies in the health field and the real needs of patients and professionals who work at the forefront of the Unified Health System.

Keywords: Previne Brasil. Neoliberalism. Public health. Sobral.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 — Mapa do Município de Sobral com identificação de sede e distritos.....	p. 22
Figura 2 — Mapa do perímetro urbano e divisão oficial de bairros de Sobral.....	p. 23
Figura 3 — Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Sobral.....	p. 27
Figura 4 — Gráfico com as categorias profissionais entrevistadas ao longo da pesquisa.....	p. 34
Figura 5 — Consultório da enfermagem em CSF sobralense com computador e periféricos.....	p. 99
Figura 6 — Visita do secretário da SAPS, Raphael Câmara, a Sobral em agosto de 2022....	p. 108
Figura 7 — Página do Boletim de Economia da Saúde.....	p. 114
Figura 8 — Recursos destinados ao custeio da Atenção Primária à Saúde por ano e modalidade.....	p. 121
Figura 9 — Sala de atendimento odontológico de um CSF de Sobral.....	p. 143
Figura 10 — Relação das Ações Estratégicas autorizadas pelo Ministério da Saúde.....	p. 145
Figura 11 — Organização de medicamentos na bancada da farmácia do CSF.....	p. 156
Figura 12 — Área de recepção do CSF.....	p. 186
Figura 13 — Agenda de horários da médica Mirna colada na mesa do consultório.....	p. 206
Figura 14 — Área externa do CSF organizada para a realização do grupo de saúde mental.....	p. 210

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Valores aplicados pela União no financiamento da saúde pública entre 2018 e 2020.....	p. 59
Tabela 2 – Indicadores de pagamento por desempenho relativos ao ano de 2020.....	p. 75
Tabela 3 – Dados de referência para alcance de indicadores vinculados ao Previne Brasil em 2022.....	p. 109
Tabela 4 – Dados relativos à APS Sobral entre 2020 e 2022 referentes ao alcance de indicadores do Previne Brasil e retirados do SISAB.....	p. 109
Tabela 5 – Média do alcance dos indicadores do Previne Brasil por região, dados referentes ao terceiro quadrimestre de 2022.....	p. 120
Tabela 6 – Classificação dos municípios com maior ISF de acordo com o terceiro quadrimestre de 2022.....	p. 120
Tabela 7 – Comparativo entre metas dos indicadores da Programação Anual de Saúde de Sobral e os indicadores do Programa Previne Brasil para 2022.....	p. 170

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACE	Agente Comunitário de Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADAPS	Agência Para Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
ADM	Algoritmos de Destruição em Massa
AE	Atenção Especializada
APS	Atenção Primária à Saúde
APURASUS	Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS
CAP	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS	Centro de Apoio à Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CaSAPS	Carta de Serviços para a Atenção Primária à Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEPSH	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CF 88	Constituição Federal de 1988
CNS	Cartão Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COVID-19	Corona Virus Disease 2019
CPF	Cadastro de Pessoa Física
CSF	Centro de Saúde da Família
CT	Câmaras Técnicas
DEM	Democratas
eAP	Equipe de Atenção Primária
EC 95	Emenda Constitucional 95
eMulti	Equipes Multiprofissionais
eSB	Equipes de Saúde Bucal
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família

ESP-VS	Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia
EUA	Estados Unidos da América
EVIPNet	Rede para Políticas Informadas por Evidências
FMI	Fundo Monetário Internacional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IEPS	Instituto de Estudos para Políticas de Saúde
ISF	Indicador Sintético Final
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MGC	Medicina Geral e Comunitária
MP	Medida Provisória
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Normas Operacionais da Assistência em Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDT	Partido Democrático Trabalhista
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PIB	Produto Interno Bruto
PL	Partido Liberal
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade - Atenção Básica
PMB	Programa Médicos pelo Brasil
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PMS	Prefeitura Municipal de Sobral
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNGC	Programa Nacional de Gestão de Custos
PSBD	Partido da Social Democracia Brasileira
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
PSL	Partido Social Liberal
PT	Partido dos Trabalhadores

PTB	Partido Trabalhista Brasileiro
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RCL	Receita Corrente Líquida
RMSF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
SAES	Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAPS	Secretaria da Atenção Primária à Saúde
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SISAB	Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica
SISAP	Sistema de Informação em Saúde da Atenção Primária
SUS	Sistema Único de Saúde
TAR	Teoria Ator-Rede
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEVA	Universidade Estadual Vale do Acaraú
UFC	Universidade Federal do Ceará
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	p. 15
A CHEGADA AO TEMA.....	p. 16
CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO LOCAL.....	p. 21
BASES TEÓRICAS E METODOLÓGICAS DA PESQUISA.....	p. 28
ESTRUTURAÇÃO DA TESE.....	p. 38
1 CAPÍTULO 1 - PROCESSOS SÓCIO-HISTÓRICOS DA SAÚDE NO BRASIL: A CRIAÇÃO E O DESFINANCIAMENTO DO SUS.....	p. 41
1.1 MODELOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL E A CRIAÇÃO DO SUS.	p. 41
1.2 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM SOBRAL.....	p. 49
1.3 O FINANCIAMENTO DO SUS: DESCENTRALIZAÇÃO E DESMONTE.....	p. 55
1.4 NEOLIBERALIZAÇÃO DO ESTADO BRASILEIRO E SEUS EFEITOS NO CAMPO DA SAÚDE.....	p. 61
2 CAPÍTULO 2 - PREVINE BRASIL: PRODUTIVIDADE, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	p. 73
2.1 AVALIAÇÃO NA APS: DO PMAQ AO PREVINE BRASIL.....	p. 73
2.2 EXPERIÊNCIAS INICIAIS COM O PREVINE BRASIL EM SOBRAL.....	p. 85
2.3 INAUGURANDO MEDIADORES: A INFORMATIZAÇÃO DA APS E SEUS ELEMENTOS.....	p. 96
2.4 ÍNDICES, LISTAS E NOTAS: FERRAMENTAS DE CONTROLE NO CAMPO DA SAÚDE.....	p. 103
3 CAPÍTULO 3 - ALCANÇANDO O PRIMEIRO LUGAR: ESTRATÉGIAS LOCAIS PARA OPERACIONALIZAÇÃO DO PREVINE BRASIL.....	p. 111
3.1 SOBRAL, A LEGITIMAÇÃO DO SUCESSO DE UM PROGRAMA OU A EXCEÇÃO QUE CONFIRMA A REGRA?.....	p. 111
3.2 CAPITAÇÃO PONDERADA: DIFICULDADES E ESTRATÉGIAS NA SINGULARIDADE DOS TERRITÓRIOS.....	p. 123
3.3 INDICADORES DE DESEMPENHO E O DIRECIONAMENTO DOS SERVIÇOS.....	p. 131
3.3.1 A rotatividade de profissionais e o impacto na APS.....	p. 132

3.3.2	O neoliberalismo das pequenas coisas: do trabalhador ideal às dinâmicas de produtividade.....	p. 137
3.3.3	Convencimento e frustração na conversão de pacientes em números....	p. 139
3.4	INCENTIVOS PARA AÇÕES ESTRATÉGICAS: AS CRIAÇÕES LOCAIS E O IMPERATIVO FEDERAL.....	p. 144
4	CAPÍTULO 4 - PRODUÇÃO DE DADOS NA APS: BUROCRATIZAÇÃO, AVALIAÇÃO E A TOMADA.....	p. 150
4.1	INCREMENTO BUROCRÁTICO: PRODUÇÃO DE DADOS EM SAÚDE.....	p. 150
4.2	EFICIÊNCIA E EFICÁCIA NA AVALIAÇÃO EM SAÚDE.....	p. 164
4.3	O USO DE DADOS NA TOMADA DE DECISÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS.....	p. 174
5	CAPÍTULO 5 – LIMITES, IMPONDERÁVEIS E POSSIBILIDADES DA APS EM SOBRAL.....	p. 184
5.1	“ELA FAZ TERAPIA ATÉ HOJE”: ASPECTOS DA VIOLÊNCIA NO TRABALHO EM SAÚDE.....	p. 184
5.2	SAÚDE MENTAL: CUIDADO E ADOECIMENTO NA APS.....	p. 197
	5.2.1 A demanda em saúde mental entre os profissionais da APS.....	p. 197
	5.2.2 Cuidado em saúde mental na APS e suas articulações com a Atenção Secundária.....	p. 205
5.3	REDES DE SAÚDE: ONDE A ATENÇÃO PRIMÁRIA SE ENCONTRA COM A ATENÇÃO SECUNDÁRIA.....	p. 217
5.4	A APS DO FUTURO E OS PLANOS DO GOVERNO FEDERAL.....	p. 223
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	p. 229
	REFERÊNCIAS.....	p. 235
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	p. 248
	APÊNDICE B – Flyer de divulgação da pesquisa.....	p. 252
	APÊNDICE C – Relação das entrevistas realizadas com profissionais da rede de saúde sobralense.....	p. 253
	APÊNDICE D – Linha temporal da publicação de Portarias, Notas Técnicas e Notas Informativas relativas ao Programa Previne Brasil e seus componentes.	p. 258
	ANEXO A – Parecer favorável da Secretaria de Saúde de Sobral.....	p. 264
	ANEXO B – Repasse de parcelas do financiamento federal para Sobral ao longo de 2022.....	p. 267

INTRODUÇÃO

Nada mais sintomático do coração do migrante do que falar sobre a própria terra. É no encontro entre academia, política, saúde e na dimensão ampliada de casa que esta tese é construída. Segue escrita aqui uma das possíveis histórias de Sobral, ao mesmo tempo que se escreve sobre um processo nacional e seus desdobramentos.

Esta pesquisa teve por objetivo compreender a rede sociotécnica criada e acionada por e a partir dos trabalhadores e gestores da atenção primária à saúde (APS) do município de Sobral/CE, considerando a criação e implementação do Programa Previne Brasil pelo governo federal no fim de 2019. Buscou-se demarcar os elementos inaugurados e alterados pelo programa e seus componentes, além de descrever as associações e os atores acionados neste processo de mudança das regras de financiamento da APS. Em um movimento de pesquisa baseado em uma proposta de antropologia simétrica, surgem neste trabalho relações entre humanos, objetos e híbridos, acionadas através tanto de portarias e notas técnicas, quanto pela experiência diária de trabalho nos equipamentos de saúde do município e nos territórios em que estes se encontram.

A gênese da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) parte do entendimento da necessidade de promoção do cuidado em saúde integral e gratuito para todos os brasileiros. Se distanciando de tradições médico curativas individuais, o SUS torna-se o emblema de uma mudança de entendimento do próprio conceito de saúde, vinculando este a uma problemática social (Nunes, 2012). Todavia, ainda que o direito do brasileiro à saúde tenha sido reconhecido constitucionalmente como dever do Estado, especificamente através da Constituição Federal de 1988 (CF 88), o suporte econômico para a viabilização deste direito permaneceu em disputa e, conseqüentemente, fragilizado. Ao longo dos últimos 34 anos as fontes de financiamento do SUS foram alteradas de acordo com os interesses dos que ocuparam as esferas de poder político no Brasil, especialmente a cadeira da presidência da república. Assim, de acordo com a inclinação do governo, o financiamento da saúde foi alterado, ora correspondendo a agendas políticas de base liberal, ora pela ação de frentes progressistas. Portanto, o texto apresentado aqui aborda os efeitos históricos, políticos e econômicos no campo da saúde que estão implicados na consolidação de uma agenda de inspiração neoliberal na política econômica do Brasil. Com ênfase na relação entre as políticas de austeridade econômica aplicadas ao campo da saúde, abordo os efeitos concretos no campo do trabalho em saúde a partir da fragilização do setor fruto da aprovação do Teto de Gastos, através da Emenda Constitucional 95 (Brasil, 2016), mas principalmente através da aprovação e implementação da nova forma de

financiamento da APS¹, o Programa Previne Brasil (Brasil, 2019a), efeito direto desta e do aparelhamento neoliberal do governo brasileiro. Com vias de auxiliar o leitor na abordagem da extensa descrição e ampliação da rede pesquisada, relata-se abaixo o contexto referente à escolha do tema de pesquisa, os referenciais teóricos e metodológicos que foram base para esta prática etnográfica e a apresentação dos capítulos escolhidos para organizar o material produzido pelo campo de pesquisa.

A CHEGADA AO TEMA

Lançado pelo governo federal em novembro de 2019, o Programa Previne Brasil modifica as regras de repasse financeiro do Estado para os municípios no que diz respeito à APS, buscando inaugurar uma dinâmica de produtividade, competitividade e austeridade dentro da rede, tanto em relação ao uso e empenho de recursos, quanto à ação dos trabalhadores que viabilizam a ação prática do SUS. A partir de uma agenda ancorada no pagamento por desempenho, o programa visa maior controle sobre as ações e serviços executados neste nível de atenção à saúde através da análise de indicadores de produção e capitação, para aquém dos habituais indicadores de saúde utilizados na epidemiologia e reconhecidos como instrumentos válidos para a produção de políticas públicas e ações em saúde². (Lima, Antunes e Silva, 2015; Albuquerque e Martins, 2017).

O programa surge em substituição ao que desde 1997 era a base de financiamento do setor, o Piso da Atenção Básica (PAB). Este se dividia entre PAB Fixo e PAB Variável. Através do PAB os valores eram transferidos automaticamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos municípios e do Distrito Federal. Os valores vinculados ao PAB Fixo variavam de R\$ 25 a R\$ 28 por habitante, tendo como diferenciação as características socioeconômicas dos municípios. Já o PAB Variável contemplava incentivo financeiro relativo às ações adotadas no âmbito da APS, como a implementação de Equipes de Saúde da Família (eSF) (Neves e Machado, 2019).

¹ Conforme a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, a organização do SUS opera a partir da classificação em três níveis de atenção à saúde dentro do que é definido como a Rede de Atenção à Saúde: “cuidados primários, atenção especializada (ambulatorial e hospitalar) e cuidados de urgência e emergência” (Brasil, 2010). Estes níveis são traduzidos também em termos de Atenção Primária à Saúde, Atenção Secundária e Atenção Terciária, traçando suas diferenciações a partir do nível de densidade tecnológica empregada no cuidado em saúde. Neste trabalho são adotadas as nomeações Atenção Primária e Atenção Básica como sinônimos, tendo por base as produções institucionais do Ministério da Saúde sobre o tema.

² A produção e uso de dados para fomento para tais ações já era utilizada pelo governo brasileiro em ações como o cálculo de repasse do Piso da Atenção Básica e o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que serão posteriormente discutidas neste texto.

A criação do Previne Brasil vem na corrente de decisões político-orçamentárias que promoveram arrocho no financiamento da saúde, como o já referido Teto de Gastos. Nesse sentido, o Conselho Nacional de Saúde estima que a EC 95 tenha produzido, somente em 2019, uma perda de R\$ 20 bilhões no setor saúde. A perda se deu pela desvinculação do gasto mínimo³ para saúde e a mudança da regra a partir da referida emenda (ASCOM CNS, 2020). Neste contexto, o Previne, que discursivamente foi representado como uma forma de otimização dos recursos fruto dos impostos pagos pelos brasileiros, assim como uma “opção estratégica da melhor gestão possível dentro de um orçamento global do SUS estável” (Harzheim *et al.*, 2020a, p. 2), traça novos parâmetros para o financiamento, modificando as formas de trabalho e gestão na APS. A reforma que viabiliza a criação do Previne Brasil implicaria então em uma “visão contemporânea, democrática e liberal da necessidade de reforma do Estado brasileiro” (*Ibid*, p. 2), incentivando o empreendedorismo e o foco nos resultados dentro da APS. Caberia considerar que “cada real coletado de impostos tem que se traduzir em serviços de qualidade para o cidadão ou, caso contrário, este imposto deve deixar de existir” (*Ibid*, p. 2). Junto ao programa, passam a ocorrer incrementos burocráticos dentro da APS, assim como modificações voltadas para a informatização das redes, além da inserção de novos elementos de controle e monitoramento.

É preciso salientar que a criação e implementação do programa coincidiu com o surgimento da pandemia de COVID-19, que só no Brasil vitimou 693.853 pessoas até o fim de 2022⁴, em uma mescla de má gestão⁵ e despreparo para lidar com a doença. Assim, a adesão ao programa foi realizada de forma desigual no país, levando municípios de diferentes portes populacionais e dimensões geográficas a apresentarem respostas distintas às demandas deste. Numericamente, estes resultados são facilmente visualizáveis através dos índices de avaliação criados pelo Previne Brasil como o Índice Sintético Final (ISF) e a porcentagem alcançada em relação às metas de Capitação Ponderada e Indicadores de Desempenho (Brasil, 2019a).

O contato com o SUS e seus programas vem de uma experiência de usuária que é mesclada com a experiência de pesquisadora. Assim, são acionados conhecimentos e memórias

³ Ainda que pessoalmente adote uma posição que considera os gastos em políticas públicas sob a ótica do investimento, com vias de melhorar as condições de vida dos sujeitos contemplados por estas políticas, ao longo do texto adoto os termos gasto e investimento de acordo com os referenciais utilizados pelos atores.

⁴ Dados relativos ao acompanhamento dos casos de Covid-19 e óbitos relacionados a este podem ser consultados em <https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html>

⁵ Sodré (2020)

que vão desde passear na pracinha antes de ir tomar a vacina no posto de saúde⁶, aprender o fluxo de chegada e atendimento daquele serviço, até criar um olhar de estranhamento em busca de compreender o que existe por trás daqueles fluxos, cartazes, salas de espera e pacientes que, assim como eu, se espalhavam por salas de espera, jardins e corredores. Lembro de quase todas as vezes de estar na fila de espera para atendimento no Centro de Saúde da Família (CSF) e acompanhar na parede a ilustração do mapa do bairro. Cores e símbolos diferenciavam ruas e pontos de referência. Só depois de começar a conhecer o trabalho da APS em contextos acadêmicos que descobri que o mapa era parte da estratégia de territorialização. Aquele mapa dizia muito mais do que os limites do bairro, dizia de processos de acesso à saúde, incidência de adoecimentos, além de referenciar locais de lazer e cuidado no território.

Considerando as equipes mínimas⁷ que atuam nos CSF, vinculadas à Estratégia Saúde da Família (ESF), a área na qual minha formação acadêmica de base chega é através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). É este o local em que a psicologia comumente acessa a APS, contribuindo com a atuação das equipes em fornecer cuidado em saúde mental neste nível de atenção. Assim, na graduação em Psicologia, através da Universidade Federal do Ceará, o conhecimento em torno do tema veio através das disciplinas vinculadas à Saúde Pública, considerando a importância da relação entre saúde e política, traçando a relação entre classe, raça, gênero e, por fim, como a dimensão econômica afeta a consolidação da saúde como direito de todos e dever do Estado. Foi através desta familiaridade que se construiu um olhar duplo para as políticas públicas de saúde, ora de paciente, ora de profissional. Assim, durante o mestrado em Antropologia Social na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), entre 2018 e 2020, elegi um programa promovido pela APS como eixo para pesquisa com mulheres que realizavam pré-natal através do SUS no bairro Monte Cristo, em Florianópolis/SC. Foi pesquisando o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e sua implementação em um CSF localizado em bairro de classe popular da capital catarinense (Ávila, 2020) que surgiu o interesse em torno de ouvir a história de outros que fazem o SUS, seja como paciente, seja como profissional. A pesquisa, a entrada em campo e o mergulho em manuais, diretrizes e regras de financiamento para o programa foi o primeiro passo em direção ao que viria a ser a inquietação relativa ao financiamento da APS e como este afeta os serviços disponíveis para a população. Qual a razão da disparidade entre os serviços dos municípios dos quais se

⁶ A nomenclatura 'posto de saúde' é comumente utilizada no contexto de pesquisa para identificar os Centros de Saúde da Família. Esta forma de identificação parte tanto da população, quanto de profissionais de saúde.

⁷ A formação de equipes para atuação da APS é definida conforme a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB).

queixavam minhas interlocutoras? O que estaria por trás do sucesso ou do fracasso da APS nestes locais? Como se avalia o serviço institucionalmente e no que isso implica em termos práticos?

Durante a pesquisa de campo para o mestrado eu permanecia como paciente da APS, ainda que em município distinto em relação aos últimos 26 anos como usuária do SUS. A mudança entre Sobral e Florianópolis, em termos de rede de saúde, tinha como expectativa uma certa paridade em termos de cobertura da ESF⁸. Assim, foi justamente na sala de espera de um CSF de Florianópolis que tive meu primeiro contato com a mudança que a APS estava prestes a passar no que diz respeito ao financiamento. Em fevereiro de 2020, enquanto aguardava a atendente localizar minha ficha e me direcionar para a espera do atendimento, vi um pequeno panfleto que avisava "Faça seu cadastro no SUS! O governo federal mudou o financiamento do SUS! Agora o município passa a receber recursos de acordo com o número de pessoas com cadastro atualizado na estratégia saúde da família". Mais tarde, em um evento promovido pela pós-graduação em Saúde Coletiva da UFSC, coube conhecer as discussões que já surgiam em torno desta mudança e as preocupações dos profissionais vinculados à área. O fim da universalidade do SUS, a dificuldade criada para a atuação dos profissionais de saúde, mais um ponto no crônico desfinanciamento da saúde no país. Ali, o Previne Brasil era apresentado no horizonte como mais um desdobramento da política econômica de base neoliberal que crescia no país desde o golpe de 2016, que implicou no impeachment de Dilma Rousseff e a chegada de Michel Temer à presidência. O Previne Brasil surgia naquele momento em consonância à gestão econômica do Estado idealizada por Paulo Guedes, nomeado por Jair Bolsonaro, o então presidente, para o cargo de Ministro da Economia. A frente do programa, figurava Erno Harzheim, então secretário da recém criada Secretaria da Atenção Primária à Saúde (SAPS). Guedes, vindo da tradição liberal da Escola de Chicago, ambicionava a redução do gasto público em áreas como assistência, saúde e educação. O que vinha disfarçado de otimização do Estado, era mais um passo na direção da diminuição do Estado em relação às políticas assistenciais e o reinvestimento deste em, por exemplo, concessão de subsídios a bancos e exploração agrícola, traços clássicos do neoliberalismo (Chamayou, 2020). Para Harzheim, cabia promover reformas no SUS em prol de um sistema de saúde liberal, rompendo com o princípio da universalidade ao propor que a cobertura do sistema de saúde incluísse apenas

⁸ Conforme dados obtidos através do e-Gestor AB, no fim de 2020 a cobertura da Atenção Básica em Florianópolis era de 76,75%, já em Sobral esse número é de 100%.

indivíduos que não conseguissem proteger a si mesmos⁹. A fala enfatiza não só a intenção de restringir o SUS, como o incentivo à expansão da privatização da saúde do país. Se não há SUS para todos, caberia aos indivíduos buscarem assistência na saúde suplementar.

Erno Harzheim foi alçado ao posto de secretário da SAPS por Luiz Henrique Mandetta, então Ministro da Saúde nomeado por Jair Bolsonaro. A agenda que se seguiu dentro do ministério e de suas secretarias esteve assim alinhada as práticas de gestão neoliberal adotada pela dupla Bolsonaro-Guedes. Assim, é necessário pontuar que se Jair Bolsonaro e Paulo Guedes ocupavam cargos de poder naquele momento, era em decorrência de um alinhamento discursivo em torno do Estado brasileiro como devassado pela corrupção dos governos anteriores e através da valorização de discursos vinculados à liberdade, família e propriedade. Nesse contexto, em uma mescla de neoliberalismo e conservadorismo, caberia aos sujeitos - e às famílias - criarem os meios para o próprio sucesso e, no limite, sobrevivência (BROWN, 2019).

Em um primeiro momento esta pesquisa visava ser um estudo comparativo entre Florianópolis e Sobral. Apesar das cidades serem distintas tanto em capital/interior, quanto sul/nordeste, me parecia que as redes tinham amplitudes parecidas e que a comparação cabia. Cidades com grande circulação de estudantes, referências para a região, redes de atenção primárias fortalecidas. Todavia, a ambição antropológica foi atropelada pela concretude do campo. Se eu queria conhecer uma parte significativa da APS, Sobral me oferecia mais possibilidades tanto por pertencimento ao local, como por conhecimento dos pormenores burocráticos de chegar até os equipamentos de saúde. Além disso, Sobral contava com grande produção acadêmica que tinha por base as experiências locais em saúde, ganhando destaque constante por conta de sua rede. Assim, os esforços de pesquisa se deslocaram para a rede de saúde de Sobral, ampla, estruturada e regionalizada¹⁰.

CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO LOCAL

Esta pesquisa se debruçou sobre a experiência dos trabalhadores da rede de saúde pública na cidade de Sobral, interior do Ceará, diante do processo de implementação do Previne

⁹ A fala de Harzheim ocorreu em 2019 durante evento da Sociedade Brasileira de Médicos da Família e Comunidade (SBMFC). Ver mais em: <https://outraspalavras.net/outrasaude/asorigensdodecreto/>

¹⁰ Torna-se importante frisar que a execução desta pesquisa de campo, que demandou deslocamento constante entre Santa Catarina e o Ceará só foi possível através da obtenção de bolsa de doutorado através do CNPq e a taxa de bancada vinculada à esta, assim como de ajuda de custo do instituto Brasil Plural. Assim, essa informação é necessária para compreender não só os caminhos da pesquisa, mas a possibilidade de tomá-los. Para além, opera aqui como um lembrete do quão importante é o financiamento através de agências como a CAPES e o CNPq para a viabilização da trajetória de pesquisadores frutos de classe popular.

Brasil. Considerando as modificações, adequações e ruídos produzidos no processo de encarar uma pandemia ao mesmo tempo que se adequam a novas lógicas de registro e produção, foi através do contato com estes sujeitos que se buscou descrever o desenho da rede que permitiu Sobral se tornar, no segundo quadrimestre de 2022, a cidade do Brasil com a segunda melhor nota classificatória dentro do Previne Brasil¹¹.

Como mencionado, o município é reconhecidamente palco de experiências de sucesso na APS¹², contando com indicadores que demonstram a amplitude da rede de saúde¹³. Para além da APS, Sobral é referência em saúde para 55 municípios dentro do estado do Ceará, se consolidando enquanto Região de Saúde¹⁴. Dentro deste histórico, é preciso considerar ainda que o município foi um dos primeiros a implementar a estratégia que hoje é reconhecida como dos Agentes Comunitários de Saúde, ainda no início da década de 1990. O pioneirismo vem junto ao próprio estado do Ceará, que encabeçou o movimento de criação e consolidação da profissão.

No momento em que esta pesquisa foi realizada, entre 2021 e 2023, Sobral contava com uma população de 212.437 habitantes, conforme estimativa do IBGE para 2021. Se dividindo entre a sede do município e os 17 distritos, 38 Centros de Saúde da Família atuavam nos territórios, promovendo 100% de cobertura da ESF. O valor fica à frente não só da média do estado, como da média nacional que alcançam 87,80% e 76,08% de cobertura, respectivamente, ao fim de 2020. No período desta pesquisa atuavam, divididas entre os CSF, 78 equipes da ESF e 57 equipes de Saúde Bucal (eSB). Contabilizando todos os profissionais que atuavam nos CSF, entre profissionais de nível superior, técnico e médio, chegava-se ao número de 1.621 pessoas, o que por si já demonstra a amplitude deste nível de atenção no município (Sobral, 2022).

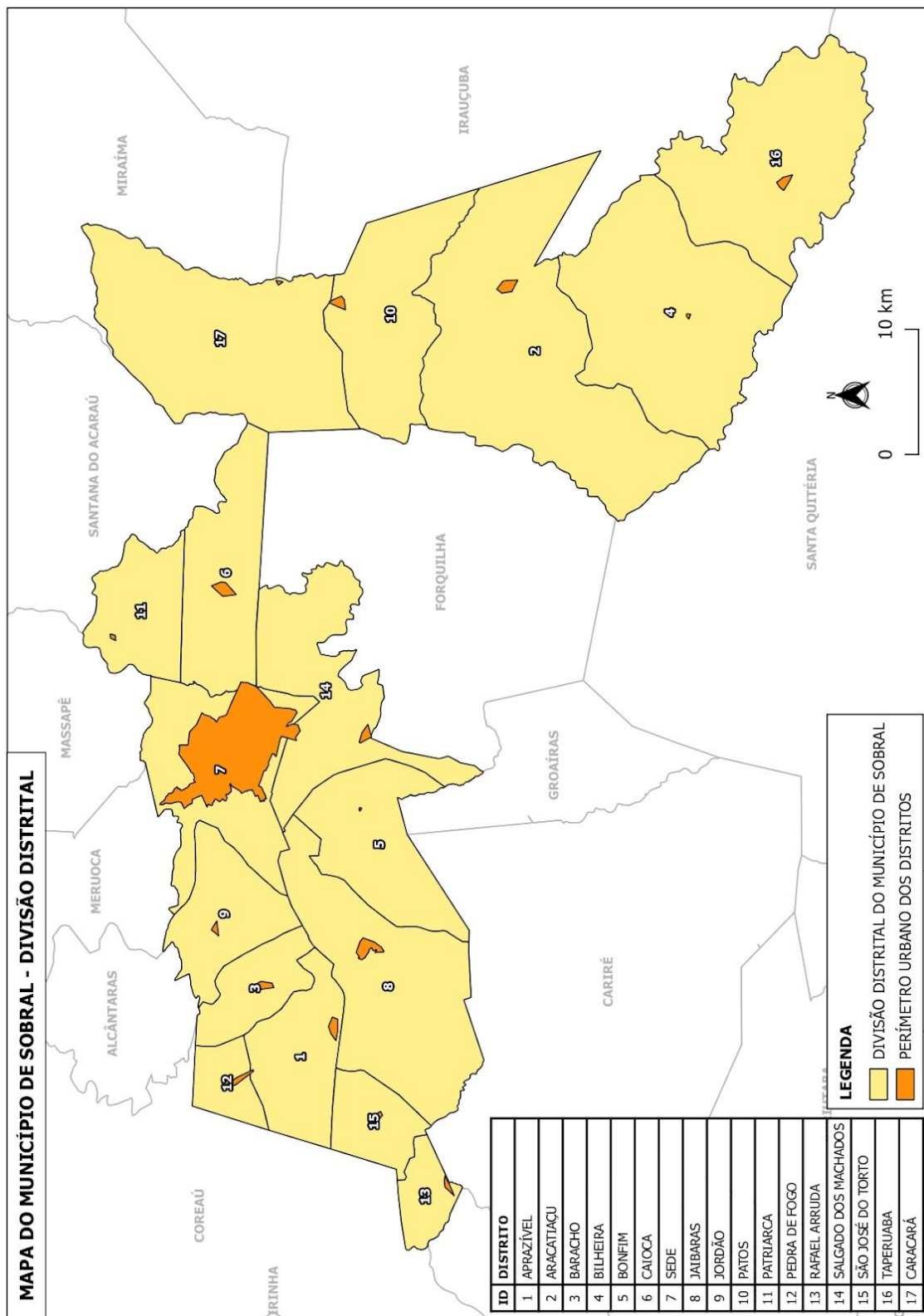
¹¹ Nota atribuída através do Índice Sintético Final referente a cidades entre 100.001 e 500.000 habitantes é obtida através dos dados consolidados nos Painéis de Indicadores da Atenção Primária à Saúde - Índice Sintético Final < <https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/isf> >

¹² Prefeitura de Sobral - Sobral conquista o 1º lugar na categoria Saúde e Bem-estar no Prêmio Band Cidades Excelentes. Disponível em: <<https://www.sobral.ce.gov.br/informes/principais/sobral-conquista-o-1-lugar-na-categoria-saude-e-bem-estar-no-premio-premio-band-cidades-excelentes>>. Acesso em: 2 jun. 2023.

¹³ Secretaria de Saúde - CUIDAR MELHOR: Sobral é o 5º município do Ceará com melhores resultados nos indicadores de saúde. Disponível em: <<https://saude.sobral.ce.gov.br/noticias/principais/cuidar-melhor-sobral-e-o-5-municipio-do-ceara-com-melhores-resultados-nos-indicadores-de-saude>>. Acesso em: 2 jun. 2023.

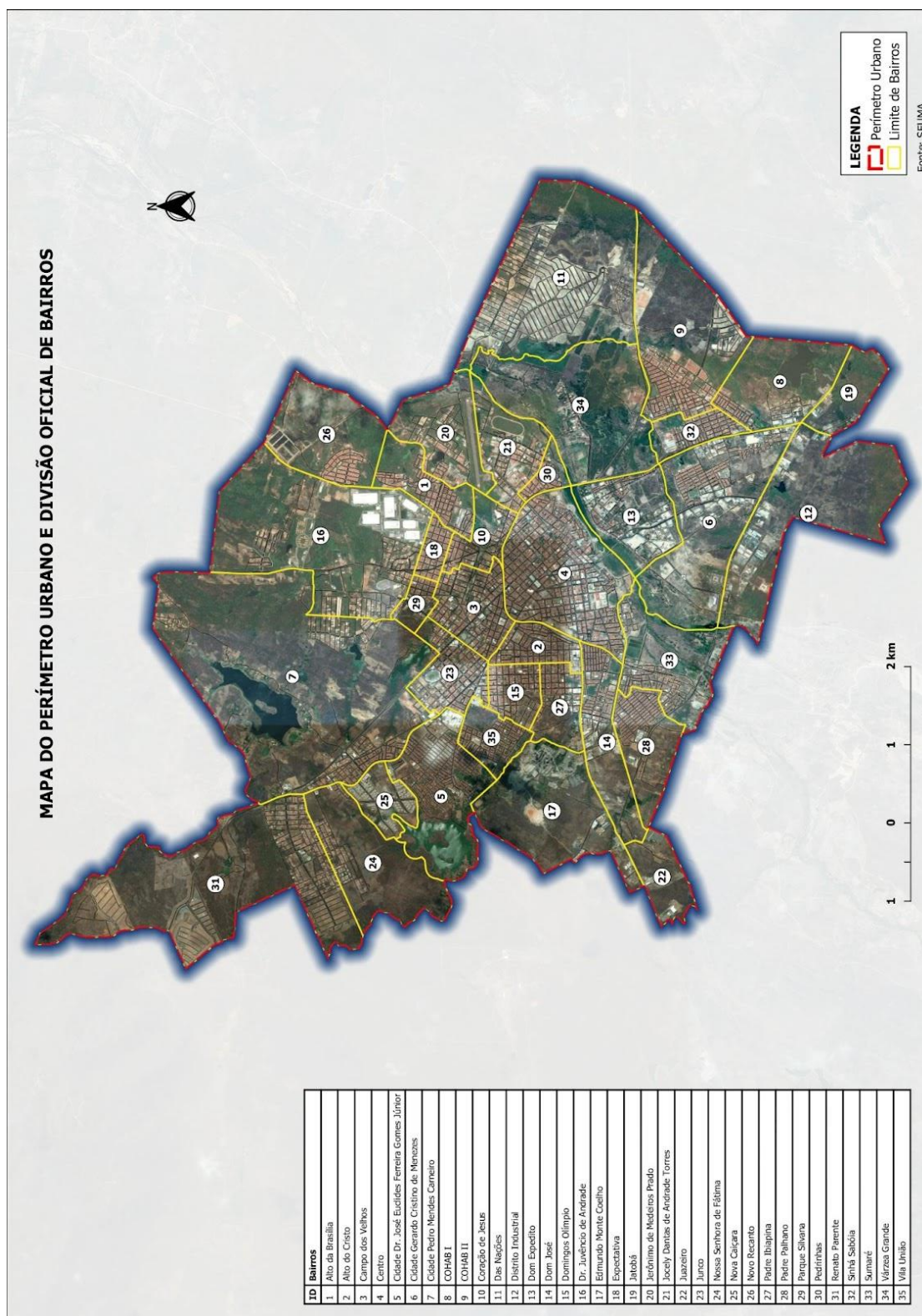
¹⁴ Dentro da organização do SUS as regiões de saúde são definidas como “o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde” (Brasil, 2011a)

Figura 1 — Mapa do Município de Sobral com identificação de sede e distritos.



Fonte: Secretaria do Urbanismo e Ambiente da Prefeitura Municipal de Sobral.

Figura 2 — Mapa do perímetro urbano e divisão oficial de bairros de Sobral.



Fonte: Secretaria do Urbanismo e Ambiente da Prefeitura Municipal de Sobral.

Para além dos CSF, a APS sobralense traça encontro na perspectiva de integralidade e longitudinalidade não só com os demais níveis de atenção, coordenando a atenção secundária

e a atenção terciária, mas passa a estabelecer relação com o setor privado e com instituições de ensino que ofertam serviços na área da saúde, como é o caso do Serviço de Atenção Psicológica da Universidade Federal do Ceará. Esse movimento demarca não só os limites da oferta de serviço na rede - como no caso de exames especializados - como a relação entre o SUS e a rede privada, prevista na própria lei de criação do sistema de saúde nacional.

Sobral conta com crescimento econômico estável, surgindo como o único município cearense entre os 100 mais competitivos do país¹⁵. Polo educacional, o município atrai estudantes não só do Ceará, mas de estados vizinhos graças a amplitude da rede pública e particular de ensino superior. Nesse sentido, no campo da educação superior em instituições públicas se destacam a Universidade Federal do Ceará (UFC) e a Universidade Estadual Vale do Acaraú (UEVA), ambas com cursos vinculados à área da saúde. Ainda em termos de ensino em saúde, o nível da pós-graduação é contemplado principalmente pela Escola de Saúde Pública Visconde Saboia (ESP-VS), responsável por residências médicas e multiprofissionais no campo da saúde mental e saúde da família¹⁶. A influência destas instituições na população sobralense se dá através não só da grande circulação diária de estudantes, mas da população flutuante formada por estes, afetando os próprios índices de atenção básica alcançados pelo município. Em termos de educação básica, a rede pública sobralense ocupa o primeiro lugar no Índice de Oportunidades da Educação Brasileira. Em 2021 Sobral ocupava a posição pelo quarto ano consecutivo¹⁷. Em termos de composição de renda, a classe E - D¹⁸ - indivíduos que recebem entre dois e cinco salários-mínimos - corresponde a 57,9% da população local com carteira assinada. Destes, a classe E corresponde a 44%¹⁹. O município conta ainda com grande

¹⁵ Prefeitura de Sobral - Sobral é único município cearense entre os 100 mais competitivos do Brasil. Disponível em: <<https://www.sobral.ce.gov.br/informes/principais/sobral-e-unico-municipio-cearense-entre-os-100-mais-competitivos-do-brasil>>. Acesso em: 2 jun. 2023.

¹⁶ Em Sobral, a incidência de cursos na área da saúde no município, desde graduação até o nível de mestrado, implica em uma abertura da rede de saúde, em seus diversos níveis, para a absorção de atividades acadêmicas como estágios e pesquisas.

¹⁷ Ceará ocupa as 9 primeiras posições com cidades melhor avaliadas em ranking nacional de educação - Metro. Disponível em: <<https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/metro/ceara-ocupa-as-9-primeiras-posicoes-com-cidades-melhor-avaliadas-em-ranking-nacional-de-educacao-1.3150795>>. Acesso em: 2 jun. 2023.

¹⁸ Opto aqui por utilizar a classificação de faixa de renda utilizada como referência pela fonte destas informações, o portal A Caravela, entendendo que este reúne um robusto conjunto de dados sobre o tema. Todavia, em nível de classificação de faixa de renda, é possível consultar outros órgãos como a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) que classifica as classes sociais no Brasil como A, B1, B2, C1, C2 e DE.

¹⁹ Dados reunidos através do portal A Caravela <https://www.caravela.info/regional/sobral---ce>.

movimento econômico envolvendo o comércio e o trabalho fabril, principalmente na confecção de calçados²⁰.

A composição econômica de Sobral faz com que na divisão de bairros e distritos - são 35 bairros apenas na sede do município - a apresentação dos moradores fosse classificada por profissionais das equipes de saúde ora como vulneráveis, ora como elitizados²¹. Essa classificação se dá à revelia da classificação formal entre classes sociais, passando muito mais por uma percepção de vulnerabilidade em relação ao acesso ao emprego, educação privada e planos de saúde, assim como a apresentação de moradia. Nesse sentido, é comum encontrar bairros que são lidos como de maior vulnerabilidade por reunir problemáticas como violência, tráfico de drogas e/ou proximidade de córregos e inconsistências no saneamento básico. A classificação, que para o olhar estrangeiro pode parecer confusa ou mesmo controversa, é muito mais palpável no dia a dia da cidade. Como exemplo, tomo o território no qual meu núcleo familiar vivia na ocasião da pesquisa e viveu pelos últimos 90 anos. Classificado oficialmente como bairro Centro, o território tem divisões e particularidades que são demarcadas ora por instituições, como a própria prefeitura e seus equipamentos, ora pelo entendimento dos moradores do bairro e da cidade. Se encontrando com outros dois territórios, o local é atendido por um CSF que não é o do Centro, sendo este responsável por outra parcela do município. No quarteirão ao lado da casa dos meus pais já passa a vigorar a ação de outro CSF. Ao mesmo tempo, o bairro é dividido entre áreas de comércio e áreas domiciliares, contando ainda com a presença de um dos campus da UFC no município. Diferentes locais do mesmo bairro são entendidos como de classe média e outros como vulneráveis²². Locais onde a circulação é vista como segura e outros onde é interdita. Essa separação entre segurança e perigo é sutil ao ponto de para os moradores de uma parte da rua o entendimento ser claro: depois do semáforo, é melhor não ir. A mescla de tradição, preconceito de raça e classe, vulnerabilidade social e violência urbana traçam linhas invisíveis que, no limite, produzem a identidade dos territórios e as demandas e possibilidades em termos de cuidado em saúde.

Grande parte dos bairros de Sobral conta com Centros de Saúde da Família em seus territórios, alguns, dada a dimensão populacional, chegam a incluir duas unidades. Este é, por

²⁰ Somente em Sobral existem oito unidades da empresa Grendene, empregando e, 2021 cerca de 20 mil pessoas conforme dados reunidos pelo jornal Diário do Nordeste (2021).

²¹ Esta classificação não é produzidas pelos canais oficiais da rede municipal de saúde, tampouco surge nos documentos produzidos por estas. A classificação entre vulneráveis e elitizados surgiu como produção dos profissionais de saúde a partir de suas experiências de atuação na rede.

²² Os territórios contemplados pelos CSF são divididos entre microáreas. Estes espaços contam com

exemplo, o caso do bairro Terrenos Novos²³, que conta com o CSF Terrenos Novos e o CSF Terrenos Novos 1²⁴. No caso dos distritos, a composição dos CSF - tanto em termos estruturais quanto de rotina de trabalho - é modificada de acordo com as demandas de saúde e as possibilidades de acesso à sede do município. Nesse sentido, os distritos de Taperuaba e Jaibaras contam com CSF que atuam tanto em horário comercial, quanto em regime de plantão, inclusive aos finais de semana. Nestas unidades, além de contar com o básico de um CSF, os serviços operam com equipamentos para recepção de urgências em saúde, assim como ambulâncias para rápido transporte à sede do município em casos de emergência. No caso de Taperuaba, além da sede do CSF, opera também um anexo deste, localizado em outro bairro do distrito, atendendo a população local. O anexo conta com equipe da ESF, mas alguns procedimentos, como tratamento odontológico e vacinação, têm de ser realizados na unidade da sede do distrito. A existência de anexos à CSF diz da identificação de demandas de saúde ampliadas nos territórios. Já no caso do CSF Alto do Cristo, historicamente este surgiu como um anexo do CSF Coelce, posteriormente se consolidando como unidade autônoma. Em relação ao CSF de Salgado dos Machados, a unidade funcionou em local temporário até o fim de 2021, dividindo a equipe de ESF e gerência com o CSF Caioca. A partir da construção da nova unidade, inaugurada em janeiro e construída com fundos do tesouro municipal, o CSF passou a contar com equipe e gerências próprias²⁵.

Em termos operacionais, conforme organograma produzido pela Prefeitura Municipal de Sobral, a Coordenadoria de Atenção Primária contempla a Célula do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), a Célula do Programa Saúde na Escola (PSE), a Célula da Academia da Saúde do Bairro Coelce, a Célula da Academia do Bairro Cohab 3, a Célula da Estratégia Trevo de Quatro Folhas, a Célula de Atenção Domiciliar e a Célula de Saúde Bucal. Para além destas, conforme demonstrado em campo por gestores e profissionais, operam ainda na APS Câmaras Técnicas, que reúnem gerentes dos CSF, a fim de focar temas específicos da APS,

²³ Formalmente o bairro tem por nome Cidade Dr. José Euclides Ferreira Gomes Júnior, mas é tratado popularmente como Terrenos Novos. A mesma situação ocorre em outros bairros e mesmo com os CSF, sendo identificados como CSF + nome do bairro ou ponto de referência, e não em relação ao nome formal da unidade. Como exemplo, o Centro de Saúde Gerardo Carneiro Hardy é identificado pela população geral como CSF da Estação, dado a proximidade com a Estação Ferroviária de Sobral.

²⁴ Os nomes dos CSF aqui mencionados dizem respeito aos bairros e distritos nos quais estes se encontram. Ainda que ao longo do texto os nomes dos CSF que visitei, assim como os bairros, seja preservado, opto por usar a identificação real nesse momento para familiarizar o leitor com a conformação de alguns dos CSF do município, o que pode ser complementado pelas figuras 1 e 2.

²⁵ Prefeitura de Sobral - Prefeitura de Sobral inaugura novo Centro de Saúde da Família no distrito de Salgado dos Machados. Disponível em: <<https://www.sobral.ce.gov.br/informes/principais/prefeitura-de-sobral-inaugura-novo-centro-de-saude-da-familia-no-distrito-de-salgado-dos-machados>>.

BASES TEÓRICAS E METODOLÓGICAS DA PESQUISA

A pesquisa apresentada aqui adota perspectiva voltada à antropologia simétrica, com base na Teoria Ator-Rede (TAR) (Latour, 2019; Callon, 2013). Assim, são considerados na descrição dos achados de campo elementos que atravessam o que comumente se nomearia como social, levando em consideração que estes são também elementos - ou objetos - técnicos, e por isso, políticos. Seguindo este caminho, optei por abordar o Programa Previne Brasil como fruto de redes heterogêneas que envolvem desde os formuladores até os executores deste programa no eixo das políticas públicas de saúde. Conforme demonstra Freire (2006), a partir da perspectiva latouriana, metodologicamente seria necessário “acompanhar os cientistas em ação, já que a ciência está fundamentada em uma prática, e não sobre ideias” (p. 50). Neste sentido, a fundamentação teórico-metodológica deste trabalho parte da compreensão do neoliberalismo como um conjunto de práticas que fundamentam, ao mesmo tempo que são fundamentadas, por uma racionalidade. Ou seja, uma forma de compreensão do mundo a partir de uma lógica de gestão humana com base na economia. Para além, como o desdobramento de um modelo econômico para um modelo de relações sociais (Foucault, 2008). Assim, compreendo aqui que os cientistas a serem seguidos em seus movimentos são os idealizadores e criadores do Programa Previne Brasil. Ao mesmo tempo, proponho acompanhar os sujeitos alvo desta produção de saber, ou seja, quem opera cotidianamente o programa e surge como intermediário ou mediador no trabalho diário da APS, assim como os meios que possibilitam esta operacionalização²⁶.

Nesse sentido, a tradução dos interesses provenientes das bases de gestão econômica neoliberal opera na transformação de práticas voltadas para a diminuição do gasto público, no desinvestimento do Estado em políticas sociais e a introdução de práticas de gestão de base produtivista em um discurso técnico voltado para a valorização do recurso público, a otimização e a promoção de resolutividade e melhor cobertura na APS. Para tal, caberia aos cientistas em questão, os formadores da política, o direcionamento dos sujeitos que reproduzem as bases dessa política cotidianamente através de diretrizes e instrumentos, no caso do Previne Brasil, além da repercussão financeira no setor saúde.

Para Latour, o poder da ciência estaria em apresentar-se como apolítica, sendo mera representante da natureza (Freire, 2006). Considerando esta concepção, encaro aqui a economia

²⁶ Ainda que a população seja um elemento fundamental dentro do Previne Brasil, esta pesquisa não abarcou a experiência dos usuários da APS a não ser pela via do testemunho dos profissionais de saúde e das publicações e demais instrumentos produzidos pelo Ministério da Saúde.

enquanto ciência²⁷, dando ênfase à sua aplicação na organização e reordenação do cuidado em saúde através da alteração da base de financiamento da APS e seus componentes agregados. Para tal, coube considerar o próprio Previne Brasil como um elemento híbrido, dotado de conteúdo político e científico. É a partir deste elemento que buscou-se descrever a implementação do programa no município de Sobral, considerando as redes pelas quais este se materializa, transforma e circula localmente ao mesmo tempo em que responde e se relaciona às demandas em nível de Estado.

O encontro entre as demandas da academia e a perspectiva metodológica da pesquisa com base nos ensinamentos da TAR leva a encontros que beiram o inegociável. Assim, ao mesmo tempo em que foi necessário acionar uma série de saberes e disciplinas a fim de fundamentar o projeto desta pesquisa e viabilizar a passagem deste por comitês e bancas avaliativas, coube um movimento de abertura teórica ao incluir os saberes que eram acionados ao longo da pesquisa. Estes acionamentos sendo operados por documentos e trabalhos relativos ao próprio Previne Brasil ou pelos demais atores em campo, fossem estes humanos, assembleias, manuais ou mesmo manifestações políticas vinculadas a temas em saúde. Assim, a pesquisa conta com a contribuição de áreas como a saúde coletiva, a economia da saúde, a antropologia da saúde, a psicologia, a filosofia e a própria antropologia econômica. Ao mesmo tempo que esta abertura dificulta a classificação técnica do trabalho, demonstra a amplitude dos saberes aceitos e legitimados no campo, seja este teórico ou empírico.

É a partir da noção de rede (Callon, 2013) que aqui se propõe um movimento contínuo entre o micro - entendido como a rede local sobralense - e o macro - a esfera federal personificada através do Ministério da Saúde (MS) e suas secretarias. Nesta perspectiva,

A rede permite passar, sem solução de continuidade, do local ao global, do micro ao macro. O macro não é um quadro que existe fora do local, o local não é um ponto que vem se inscrever em um quadro geral. É o mesmo movimento que fabrica, a um só tempo, generalidade e particular. (Callon, 2013, p. 77 - 78)

Este aporte teórico-metodológico permite contemplar desde as produções técnicas e relações estabelecidas no nível federal até as estratégias empregadas por profissionais em centros de saúde sobralenses como parte do processo que viabiliza a instrumentalização do Previne Brasil.

²⁷ Apesar da economia ser uma ciência, ela está ancorada junto às ciências sociais. Assim, a economia carece dos princípios das ciências “duras” (Latour, 2011), construídas em laboratório e produtoras dos fatos científicos. Contudo, opto aqui por encarar a economia como uma destas ciências duras, ignorando seu caráter social, porque é assim que os formuladores e difusores de tratados de gestão econômica aqui estudados a tratam. É na crença da possibilidade da reprodução e aplicação de experiências econômicas neoliberais que repousam as decisões político-orçamentárias aqui abordadas, na tentativa de retirar da economia seu caráter social e sua dimensão política.

Assim, compreende-se nesta pesquisa que o interesse no processo de descrição da implementação deste programa se relaciona às interações que produzem a rede sociotécnica e as formas pelas quais alguns tipos de interações têm sucesso - ou não - em se multiplicar (Law, 1992).

Conforme Latour (2019), “só há caminhos contínuos para nos transportarmos do local ao global, do circunstancial ao universal, do contingente ao necessário se pagarmos o preço das baldeações” (p. 147). Nesta pesquisa isso implica que, para compreender a própria construção do Previner Brasil foi necessário, como demonstrado anteriormente, buscar a relação deste programa não só com a história da saúde enquanto direito no Brasil, mas com a construção e consolidação de uma agenda neoliberal nas práticas de gestão, que implicam na modificação da visão do papel do Estado no financiamento da saúde. Assim, a antropologia não pode se encerrar como conhecimento em si, mas depende das relações que podem ser estabelecidas com saberes que, construídos com e através do campo de pesquisa, produzem as próprias teorias e práticas.

Publicações na área da saúde coletiva (Massuda, 2020; Morosini, Fonseca e Baptista, 2020) elaboram não só sobre as modificações técnicas do Previner Brasil, mas partem de uma discussão teórica em torno das possíveis implicações do programa sobre os gastos em saúde e sobre a própria dimensão de universalidade do SUS, expressa como direito constitucional. A contribuição destes demonstra a inserção de atores no campo que não são necessariamente trabalhadores locais ou formuladores da política, mas produtores de conhecimento que orbitam no campo de saber que fundamenta parte das discussões em torno do direito à saúde e da necessidade de fortalecimento do SUS e defesa contra as incursões da doutrina econômica neoliberal. Nesse sentido, as contribuições de filósofos, cientistas políticos e economistas fornecem base para a abertura à ideia do neoliberalismo não como uma doutrina em si, mas como fruto de processos e relações que implicam em formas de apresentação do poder. Considerando que a instituição de uma doutrina econômica é em si uma forma de aplicação do poder, cabe buscar os mecanismos pelos quais este poder se traduz enquanto política pública, considerando suas formas de apresentação e busca por manutenção e ampliação.

Estando a pesquisa localizada no campo da saúde, especificamente dentro de instituições, coube inserir atores que têm relação dúbia com a própria base etnográfica, como é o caso dos Comitês de Ética em Pesquisa. A inserção da pesquisa etnográfica no campo de um saber multidisciplinar, mesclando proposições da economia, política e saúde fez com que o projeto desta pesquisa fosse convocado a responder a disciplinas outras que a própria antropologia, incluindo a adaptação a seus métodos. Assim, a ética prevista na relação

etnográfica passa a ter de se relacionar com as demandas da ética biomédica que fundamenta os condicionamentos de pesquisa nos comitês de ética pelos quais o projeto foi avaliado. Para Patrice Schuch, as demandas da ética de base biomédica na construção da pesquisa, que inclui a inserção das categorias de risco e vulnerabilidade, “produzem estruturalmente dois tipos de agência: a de um pesquisador ativo e todo poderoso e a de um pesquisado passivo e vulnerável, que necessita ser protegido” (Schuch, 2013, p. 52). Caberia à antropologia o trabalho de interlocução com os saberes que permeiam e constituem o campo de pesquisa, considerando a politização envolvida nestes e na própria prática antropológica, traduzido em um posicionamento ético em relação aos grupos e instituições onde, com e para quais se faz pesquisa.

O projeto desta pesquisa foi submetido a dois comitês de ética para viabilizar o acesso aos serviços de saúde e seus operadores. Em 2021 o projeto foi submetido primeiramente à Comissão Científica da Secretaria de Saúde de Sobral, através de plataforma vinculada à Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia. O parecer favorável (ANEXO A) previa, para além da aprovação também em Comitê de Ética vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, o posterior contato e acordo com as gerências dos Centros de Saúde da Família nos quais a pesquisa seria realizada. Diante da emergência de COVID-19 ainda vigente no país, o parecer somava às condições de acesso desde o uso de máscara de proteção individual até a interdição do uso de brincos, relógios e afins. Somava-se à pesquisa toda uma série de intermediários entre a pesquisadora e o campo. Além disso, estes passavam a fazer parte do próprio campo, demarcando a possibilidade de acesso. Este parecer foi incluído na documentação enviada para o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC, através da Plataforma Brasil, contando com a aprovação em novembro de 2021. Ao fim de novembro já foram iniciados os primeiros acessos à Sobral enquanto campo de pesquisa.

Como elemento necessário por demanda do CEPSH, foi construído o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). A construção deste se deu conforme as orientações do próprio CEPSH, seguindo as resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Considerando a COVID-19, mediante o Ofício Circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, abriu-se a possibilidade da realização de entrevistas online e de outras formas de comprovação do aceite ao TCLE para além da assinatura manual do documento. Este documento foi empregado em entrevistas realizadas de forma online e presencial entre 2021 e 2023, contando com a mediação de tecnologias como WhatsApp, Google Meet e e-mail.

Os primeiros convites para participação na pesquisa foram realizados através de contato direto com pessoas que atuavam na atenção primária sobralense. Foram estas, já familiares por questões de trabalho, formação e amizade, que se tornaram mediadores entre o desejo de ouvir e o desejo de fala dos interlocutores. Como adição ao cenário, foi produzido um *flyer* (APÊNDICE B) para divulgação e convite para participação na pesquisa. Este foi divulgado em redes sociais e compartilhado por aplicativos de mensagem. O uso destas ferramentas possibilitou o contato com profissionais que atuavam na rede e com pessoas que fizeram parte da APS nos últimos anos, mas que no momento estavam atuando em outros territórios. Como exemplo, profissionais que atuaram no sistema através da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) e do NASF.

Neste período de pesquisa surgiu a questão metodológica: como cortar a rede? Ou melhor, como delimitar seu grau de ampliação? Ainda que pelos preceitos da TAR coubesse seguir os atores e suas associações, quem seriam estes e como eles poderiam somar ao objeto de pesquisa? A pergunta foi posteriormente respondida pelo próprio campo. Ainda que surgissem sujeitos interessados em participar da pesquisa que não atuaram na rede no momento de implementação do Previne Brasil, estes descreviam a própria construção da rede de saúde local e as modificações que ela passou. Através destas entrevistas se construía não só um panorama, como novas pontes. Assim, não era incomum que as entrevistas finalizassem com indicações. Eu deveria conversar com determinada pessoa, ir até determinado CSF, procurar saber sobre a experiência dos profissionais de determinada área. Esse movimento conduziu todo o período de pesquisa. Sem escolha prévia, os contatos com profissionais, gerências de centros de saúde e demais órgãos do setor saúde do município seguiam um fluxo construído cotidianamente, inclusive através das interdições. Assim, a experiência em campo retorna à forma como Strathern (2017) define o próprio conceito de rede: “os rendilhados de elementos heterogêneos que constituem objetos, eventos ou série de circunstâncias como esses, unidos pelas interações sociais: é, em suma, um híbrido imaginado em estado socialmente estendido” (p. 266).

Ao todo, realizei entrevistas individuais com 118 profissionais da rede de saúde sobralense, acessando presencialmente 12 dos 38 CSF do município, sendo 3 localizados em distritos e 9 na sede. Entre estes, gestores, profissionais da APS e de outros níveis de atenção que se relacionam a esta. Considerando a extensão institucional da rede de saúde, o número não denota um exagero metodológico, mas uma postura de abertura diante da compreensão da amplitude do campo. Parte destas entrevistas foram realizadas de forma online, parte de modo

presencial na cidade de Sobral, tanto nos equipamentos de saúde da sede do município e dos distritos, como em cafés, restaurantes e afins²⁸. Para além das entrevistas, foi realizada observação nos CSF, fosse nas salas de espera, nas farmácias ou mesmo acompanhando atendimentos enquanto aguardava o momento de entrevistar o profissional. Dado que dificilmente estes tinham espaço na agenda para parar os atendimentos e responder às questões de pesquisa e compartilhar suas impressões sobre a temática, cabia procurar brechas entre os atendimentos, sempre prometendo brevidade na entrevista, mas por vezes não cumprindo. Foi em um desses momentos que me vi entre diversas mulheres na fila para realização do exame citopatológico. Enquanto aguardava a minha vez sentada nas cadeiras do lado de fora do consultório eu passava informações para as pacientes que chegavam. *Sim, a fila é aqui. Uma moça acabou de entrar. Não se preocupe, é rapidinho.*

Considerando as categorias profissionais que participaram desta pesquisa, foram entrevistados 40 Agentes Comunitários de Saúde, 29 profissionais da enfermagem, sendo 21 enfermeiras e 8 técnicas de enfermagem, 4 atendentes de farmácia, 1 farmacêutico, 11 psicólogas, 6 cirurgiãs-dentistas, 1 técnico administrativo, 1 nutricionista e 13 gestoras, incluindo gestoras da rede de saúde e gerentes dos Centros de Saúde da Família, sendo 95 mulheres e 23 homens. Entre os profissionais, constavam tanto membros da ESF atuante nos CSF do município, quanto profissionais vinculados à Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Residência Multiprofissional em Saúde Mental e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. A superioridade do número de ACS entre os entrevistados diz não só da disponibilidade dos profissionais, mas da incidência maior deste dentro das equipes da ESF, condição prevista na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)²⁹.

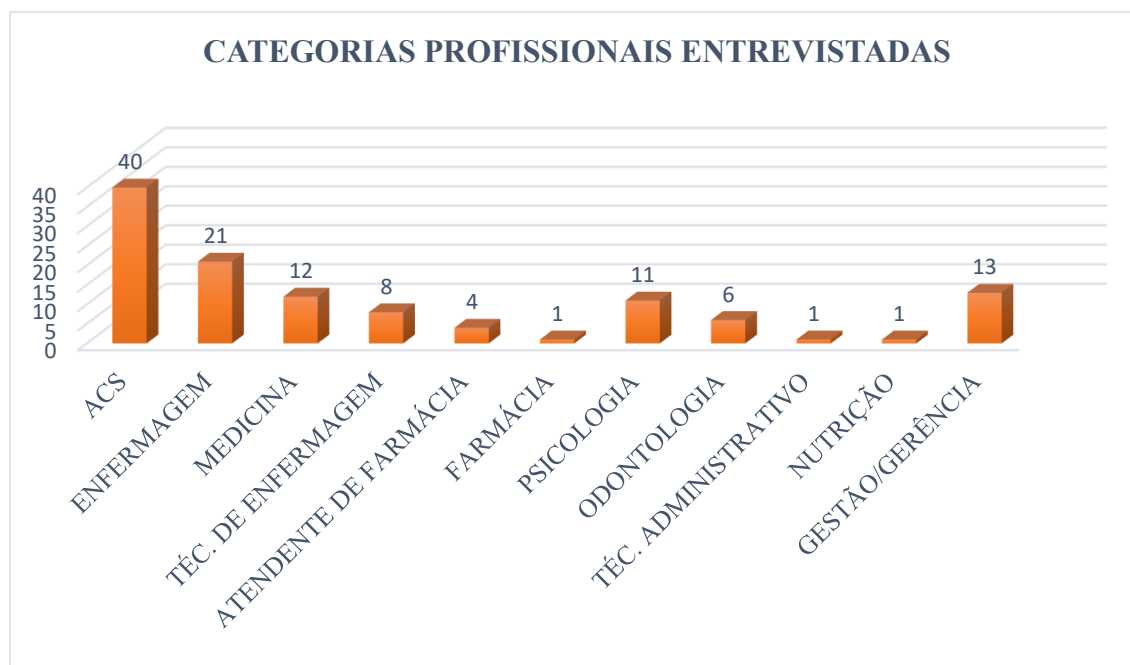
Ao longo dos capítulos utilizo falas de profissionais para fundamentar as discussões em torno das transformações vinculadas ao Previner Brasil e para levar ao leitor imagens da rede aqui descrita. Contudo, por questões relativas à repetição de conteúdos e à necessidade de preservar a identidade dos profissionais e dos serviços em que estes atuam, as falas surgem por vezes condensadas em citações de profissionais que contemplam o exposto por outros colegas

²⁸ As entrevistas realizadas de forma online e presencial foram gravadas, mediante autorização dos interlocutores, todavia opto por não realizar a transcrição delas neste trabalho. No lugar, relato estas no decorrer do texto como fundamentação para os movimentos descritos.

²⁹ Na PNAB de 2012 a recomendação era de que cada ACS fosse responsável por no máximo 750 pessoas, podendo chegar à 12 ACS por equipe (Brasil, 2012). A PNAB 2017 (Brasil, 2017) prevê a possibilidade de equipes de atenção primária sem a presença de ACS.

de categoria. Para uma visualização da lista completa dos profissionais entrevistados, contendo dados relativos à ocupação, tempo de atuação na rede, sexo e idade, consultar o Apêndice C.

Figura 4 – Gráfico com as categorias profissionais entrevistadas ao longo da pesquisa.



Fonte: elaboração própria.

Em Sobral foi possível também acompanhar eventos promovidos pela rede de saúde. Entre estes destaco a Audiência Pública relativa à prestação de contas na saúde, referente ao primeiro quadrimestre de 2022, e o Seminário Regional relativo ao Programa Nacional de Gestão de Custos, adotado recentemente pelo município. Estes eventos possibilitaram, para além da coleta de dados secundários³⁰ produzidos pelo município, a possibilidade de enxergar como a gestão se posicionava em relação aos gastos no setor saúde, além de como ela respondia às demandas e dúvidas de população e profissionais sobre os temas.

Parte significativa desta pesquisa foi realizada de forma online, tanto através da etnografia de documentos - referidos aqui como as portarias, diretrizes e notas técnicas produzidas pelo Ministério da Saúde - quanto pelo acompanhamento das redes sociais e sites relacionados ao MS, à Prefeitura Municipal de Sobral e a Secretaria Municipal de Saúde, além dos perfis dos Centros de Saúde sobralenses que têm presença em redes como o Instagram.

³⁰ Os dados secundários utilizados nesta pesquisa são entendidos como “aqueles produzidos pelo SUS, coletados cotidianamente pelas instituições produtoras e/ou processadoras com informações sobre eventos epidemiológicos, rede e produção assistencial” (Belo e Drumond Júnior, 2021, p. 44). Desse modo, são utilizados dados produzidos e compilados por Sobral e pelo Ministério da Saúde através de sistemas como o e-Gestor, SISAB, SISAP e os Painéis de Indicadores da Atenção Primária à Saúde, identificados ao longo dos capítulos.

Nesse sentido, os perfis Ministério da Saúde (@minsaude), Prefeitura de Sobral (@prefeituradesobral), Ivo Gomes (@falaivo), o então prefeito do município, e Fala Saúde Sobral (@falasaudesobral) foram centrais no acompanhamento da divulgação de ações relativas ao Previne Brasil, assim como das ações relativas à pandemia e a atuação da APS em Sobral. A utilização do Instagram pela gestão municipal teve incremento significativo desde 2020. No período tornou-se possível acompanhar boletins relativos à COVID-19, as novas regras e restrições no município, assim como notas relativas à disponibilidade de vacinação. Ao mesmo tempo, os perfis, especialmente o @falasaudesobral, se tornaram plataforma para acompanhamento diário do trabalho dos profissionais da rede de saúde. Através de compartilhamentos de publicações feitas muitas vezes pelos profissionais em seus perfis pessoais, o @falasaudesobral possibilita que, mesmo à distância, seja possível acompanhar o dia a dia da APS: ações na Academia da Saúde, atendimentos domiciliares, mutirões relativos à saúde da mulher, rodas de conversa nas salas de espera sobre hipertensão e mesmo ações dos grupos de atividades físicas dos CSF. Em uma mescla de divulgação das ações com uma forma de prestar contas sobre o trabalho, os perfis se tornaram também elementos no rendilhado de elementos. Como disse um interlocutor de pesquisa, ao mesmo tempo que a gestão pressiona pelo registro das ações - mensagens no WhatsApp com “cadê a fotinha?” - aparecer no perfil soa para muitos trabalhadores como privilégio e reconhecimento.

Em relação ao acesso a documentos produzidos institucionalmente, os perfis online do Ministério da Saúde, o site da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) e o Diário Oficial da União foram ferramentas para o acesso à profusa publicação de portarias e demais documentos relativos ao Previne Brasil e seus componentes. Conforme demonstrado no Apêndice D, as publicações implicaram constantes mudanças que posteriormente surgiram de forma difusa na fala dos profissionais de saúde, evidenciando muitas vezes lacunas entre o proposto pelo ministério e o entendimento dos profissionais da ponta. Buscou-se compreender como as associações entre estes documentos, seus formuladores e a rede de saúde local sobralense se relacionavam às demandas de inovação inauguradas a partir do Previne Brasil, assim como quais os movimentos de reorganização necessários a fim de operacionalizar o cuidado em saúde no âmbito local frente às demandas traçadas pelo governo federal. Nesse sentido, cabe ainda demarcar a importância das produções jornalísticas, acadêmicas e de órgãos como a Rede APS, a Abrasco, o CONASEMS e o CEBES para a ampliação da compreensão do Previne Brasil enquanto elemento híbrido, dotado de conteúdo político e científico. Este movimento de pesquisa é essencial a fim de trabalhar com a compreensão de quais os elementos

já aceitos na esfera social (Latour, 2012) surgem nos discursos e auxiliam a compreensão de associações ora formadas, ora desfeitas entre os atores.

A abertura aos ensinamentos da TAR para abordagem do campo de pesquisa permitiu traçar um movimento orgânico que possibilitou, como mencionado anteriormente, incluir entrevistas dentro e fora de equipamentos de saúde, realizadas de forma online e/ou presencial, promovendo uma forma de abertura ao campo que inclui também as interdições e cortes realizados pelos próprios atores, exigindo que as associações traçadas pela própria pesquisadora fossem elaboradas em outras formas e ritmos. Incluem-se assim as dificuldades vinculadas ao deslocamento para campo, as possibilidades e impossibilidades de realizar entrevistas durante o horário de trabalho dos interlocutores, as estratégias criadas por estes, pela pesquisadora e as limitações do espaço físico dos equipamentos de saúde. Assim, o acesso a campo passa a ser mediado não só por pessoas, mas por aplicativos de comunicação online, por linhas telefônicas que podem ou não funcionar, por carros de aplicativos, ônibus, aviões, salas de aeroporto e até mesmo pela violência e pelos equipamentos das forças de segurança que surgiram no imponderável do campo.

O texto aqui apresentado atua quase como um recorte filmico no tempo. Ao passo que trata de um momento específico - o financiamento da saúde durante o governo de Jair Bolsonaro e a criação e implementação do Previner Brasil em meio à pandemia de COVID-19 - reporta os movimentos que gestões locais e trabalhadores produziram como resposta a estes processos, incluindo os significantes acionados no próprio ato de trabalho, retrabalho ou não trabalho. Todavia, a imagem da rede sociotécnica que se forma ao fim da leitura desta pesquisa é ultrapassada na sequência de cada parágrafo dada a capacidade de transformação do campo e de seus desdobramentos. Isso se dá tanto pelo movimento contínuo dos atores em suas atualizações de software, diretrizes e visões de mundo e trabalho, quanto pela própria circulação de novos profissionais na rede de saúde sobralense. Fazendo jus à problemática da rotatividade na saúde pública, opera uma circulação de profissionais entre territórios, assim como novas turmas de residentes, novos médicos que assumem o cargo substituindo aqueles que deixaram a APS em busca de melhores oportunidades, novas equipes da ESF homologadas. Considerando o próprio momento da pesquisa, houve alteração até do cargo de secretária de saúde municipal entre o início e o suposto fim da presença em campo. Assim, os movimentos descritos neste trabalho têm tempo e lugar demarcados, ainda que possam servir para fundamentar discussões futuras sobre os temas abordados.

Diante de acordo prévio com interlocutores e com os conselhos de ética pelos quais o projeto desta pesquisa passou, os nomes dos interlocutores serão preservados, assim como a identificação dos Centros de Saúde e bairros em que foram realizadas as incursões de campo. Estes locais serão identificados a partir de contextualizações de caracterização socioeconômica e localização geográfica - sede ou distritos -, considerando a importância destes fatos para a localização do leitor ao acompanhar as dinâmicas produzidas em um território ao qual ele pode ser alheio, ainda que possa também ser local. O compromisso do anonimato foi o que muitas vezes viabilizou as entrevistas. Considerando que as relações estabelecidas entre sujeitos, tecnologias e gestões nem sempre são amigáveis, a garantia de escuta e confidencialidade permitia que temas tabus fossem ditos, mesmo que aos sussurros. Problemas com gerências, queixas em relação aos colegas de equipe, críticas às cobranças e experiências com a violência dentro e fora do CSF surgiam no espaço seguro estabelecido pela escuta e, mais do que pelo TCLE, mediado pela noção de confiança. Ainda que nem sempre essa garantia tenha viabilizado a entrevista - afinal a desconfiança em torno de um estranho perguntando sobre o trabalho existe e tem de ser levada em consideração, especialmente diante da precarização do vínculo trabalhista - a ideia de que era seguro falar era operada também por meio de quem mediava minha relação dentro do serviço com os demais profissionais. A ordem da gerência de que os profissionais precisavam falar com a pesquisadora que estava no CSF era uma coisa, o pedido da enfermeira com “ô, doutor, você tem um tempinho para falar com essa moça? ela tá fazendo uma pesquisa” me posicionava de forma diferente, estabelecendo possibilidades e interditos. Da mesma forma, convites para a pesquisa tinham maior ou menor possibilidade de aceite caso eu estivesse presencialmente nos serviços de saúde ou interpelando através de aplicativos de mensagem.

Entre a ideia de pesquisa, a construção desta e a entrada no território físico de Sobral muito se passou, inclusive os encontros intermediados por pessoas, ferramentas e documentos. Ainda que, como mencionado, portas tenham sido abertas por relações de amizade e contato via profissão, não é possível afirmar que o caminho não tenha tido tropeços ou interrupções. Por vezes o coletivo da saúde sobralense surgia para mim como um conjunto fechado. Nesse conjunto todos sabiam os códigos, a linguagem, os horários e mecanismos enquanto eu rodeava tateando por uma brecha ou convite para poder entrar. Ainda que estando na cidade natal, na possibilidade confortável de ‘sair do campo’ e voltar para a casa materna, por vezes o trajeto parecia fazer as vezes de uma viagem transatlântica. Foi encarando esse aparente conjunto fechado e aprendendo seus códigos que se abriu a possibilidade de aprender junto aos atores o

que era possível e o que era vedado para mim enquanto pesquisadora e sujeito fora da rede de saúde. Ser nativa do município não garante ser nativo do campo, mesmo na ilusão da autoridade etnográfica (Clifford, 2002).

Às segundas-feiras não é possível fazer pesquisa no Centro de Saúde pois as gerentes têm reunião com a gerência da APS. Para encontrar as Agentes de Saúde Comunitárias ainda no postinho tem que chegar às 7 h ou então só as encontra depois das 10 h. A agenda do médico está mais livre às 13 h ou então às 16 h, é possível entrevistar enquanto ele renova receitas. Pequenos índices que foram modulando a forma de estar no território, ainda que eles nem sempre tenham funcionado ou o campo feito torção destes. Todo esse corpo de conhecimento teve que se juntar ao meu conhecimento da cidade, em suas ruas e praças, na experiência com a violência urbana, com o funcionamento do tráfego, a forma extremamente local de se apresentar e consequentemente apresentar a família, a escola que frequentou e a universidade. As entrevistas que por vezes se transformaram em conversas facilmente transferíveis para uma calçada no começo da noite, onde mais do que entrevistas semiestruturadas com roteiro aprovado por comitês de ética, traçaram-se diálogos que expandem a noção de rede de saúde e reuniam relações, lugares, objetos e o próprio clima.

Quente demais para fazer a entrevista na sala fechada? O entrevistado renuncia à privacidade e me leva para a sala dividida, mas que tem ar-condicionado. A interrupção para oferecer um chá, uma água, um pedaço de bolo vindo da festa de despedida do residente médico. A conversa interrompida pela correria e pelo grito. A enfermeira indo embora e alertando de dentro do carro “não fica na calçada com o celular, espera dentro do posto!”. Cuidado, negociações, burocracias, partidas, chegadas, interrupções, tropeços e abraços. Este trabalho, composto de todos esses elementos, para além dos outros que se colocam na margem seja por esquecimento, segredo ou limitação da formatação acadêmica, busca enfim descrever não só a criação do Previn Brasil e a implementação deste em Sobral, mas o próprio processo de tornar possível a descrição trazendo a contribuição ativa dos interlocutores em toda sua gama de hibridizações.

ESTRUTURAÇÃO DA TESE

Esta pesquisa teve seus resultados contemplados em cinco capítulos. O **Capítulo 1** apresenta contextualização histórica relativa à saúde no Brasil, abordando desde o acesso à saúde no período anterior ao SUS, quanto às lutas políticas que produziram a redemocratização, a aprovação da Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS, divididos em níveis de atenção

à saúde. O capítulo aborda ainda o processo histórico de implementação da atenção primária em Sobral, compilando produções acadêmicas com falas de profissionais que atuam na saúde do município desde a década de 1990. Por fim, o capítulo propõe evidenciar o contexto sócio-histórico do financiamento do setor saúde após a criação do SUS, apontando as mudanças entre governos liberais e progressistas no processo de ampliação e arrocho do SUS e de seu financiamento. É contextualizando ainda o processo de neoliberalização do Estado brasileiro que apresento os meios que viabilizaram a aprovação da Emenda Constitucional 95 em 2016 e do Programa Previne Brasil ao fim de 2019.

No **Capítulo 2** são apresentadas as formas de avaliação da APS antes e depois do Previne Brasil, focalizando no discurso oficial de criação do programa, assim como nas alegações de rompimento constitucional do programa em relação à universalidade do SUS. São apresentados dados referentes à implementação do programa em Sobral, ainda em 2020 e a negociação deste com a incidência da pandemia por COVID-19, alterando as dinâmicas na APS sobralense. Considerando os novos elementos introduzidos pelo Previne Brasil na APS, aborda-se o processo de informatização desta, juntamente ao incremento do monitoramento e da demanda por produtividade na rede de saúde. O capítulo conclui abordando como a produção de listas, índices e notas operam como indicadores de sucesso do Previne Brasil e a relação estabelecida entre os trabalhadores, a gestão local e a esfera federal em relação a estas.

Propondo um redirecionamento, o **Capítulo 3** inicia contextualizando o sucesso de Sobral em relação às notas alcançadas no Previne Brasil em relação ao desempenho nacional no programa. Considerando que o município é a exceção que confirma a regra, são apresentadas as estratégias locais para o sucesso em índices relativos à Capitação Ponderada, o alcance dos Indicadores de Desempenho e a relação do município com o Incentivo às Ações Estratégicas, componentes vinculados ao repasse financeiro programa. Descrevendo as dificuldades apresentadas pelo território em relação a este alcance, demonstro as dinâmicas referentes à rotatividade profissional na APS, a introdução do trabalhador ideal do neoliberalismo e as frustrações expressas pelos trabalhadores e gestores no processo de tornar o município um caso de sucesso.

No **Capítulo 4** busco descrever a dimensão do incremento burocrático na atenção primária, especificamente fruto da adoção do Previne Brasil e de seus componentes. Desta forma, sigo no diálogo relativo às dimensões de eficiência e eficácia envolvidas na ideia de otimização dos recursos financeiros proposta pelo programa, dimensionando a possibilidade de visualização do sucesso do programa tanto na percepção dos profissionais da ponta, quanto nos

índices avaliativos construídos pelo próprio Previne Brasil. Considerando estes fatores, abordo o uso de dados, assim como a construção destes, para tomada de decisão em saúde, tensionando como a produção desses dados afeta a construção de políticas públicas.

Como capítulo final, são reunidos no **Capítulo 5** os imponderáveis do campo, tanto da APS, quanto da própria pesquisa. Abordo a relação estabelecida entre o trabalho em saúde na APS e a dimensão da violência, dentro e fora dos equipamentos de saúde, considerando os efeitos destas no trabalho dos profissionais. Como questão fruto do campo de pesquisa, a demanda em torno do cuidado em saúde mental e do adoecimento é exposta como uma problemática crescente não só entre os usuários dos serviços, mas como questão presente entre os profissionais de saúde. Seguindo para a relação entre a atenção primária e atenção secundária, dialogo os limites da APS sobralense e a percepção dos profissionais em relação às carências da rede de saúde local. Por fim, encerro o capítulo considerando as alterações e permanências do programa Previne Brasil a partir do lançamento do conceito de “APS do Futuro”, proposto pelo governo federal em 2023.

CAPÍTULO 1 – PROCESSOS SÓCIO-HISTÓRICOS DA SAÚDE NO BRASIL: A CRIAÇÃO E O DESFINANCIAMENTO DO SUS

Este capítulo parte do entendimento de que a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) faz parte de um processo sócio-histórico que diz não só da evolução da ideia de direito à saúde como dever do Estado brasileiro, mas de uma assembleia de fatores políticos e econômicos vinculados ao tema. Dessa forma, o capítulo tem por objetivo apresentar a evolução da assistência à saúde via Estado desde o início do século XX a fim de demonstrar o caminho traçado até a criação do SUS e o estabelecimento deste enquanto política de Estado, ainda que seu financiamento opere como política de governo dada a ausência de fonte fixa. São apresentadas as bases do SUS e da APS, focalizando a criação do Programa Saúde da Família e sua implementação no município de Sobral como reflexo de decisões político-econômicas. Em termos de financiamento, é traçado o caminho percorrido pelo SUS na década de 1990 diante da permeabilidade do ideal neoliberal em seu fator de financiamento, proporcionando o início do que seria um processo crônico de desfinanciamento do sistema, incentivado por governos liberais e agentes internacionais. Por fim, são apresentados os eventos político-econômicos que culminaram na aprovação da Emenda Constitucional 95 e do Programa Previnde Brasil, considerando como estes refletem interesses de governos voltados à ideia de diminuição do gasto público em relação às políticas de assistência.

1.1 MODELOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL E A CRIAÇÃO DO SUS

A Estratégia Saúde da Família, que ao longo do campo foi rememorada diversas vezes pelos interlocutores de pesquisa, cada um com sua compreensão própria, surge no Brasil como resposta às demandas não só da população, como dos profissionais da saúde, especialmente diante do surgimento da medicina social no país. Nesse sentido, estas demandas surgem de um processo histórico em que as ações em saúde promovidas pelo poder público estavam ora vinculadas ao combate de epidemias e endemias, com vistas ao controle de doenças, ora vinculadas ao atendimento médico privado e individual vinculado à contribuição para a Previdência Social. Assim, cabe retornar não só para o que dá subsídio para o atual cenário das políticas públicas de saúde no país, como para a construção e consolidação destas em Sobral, ancorando-se não só nas produções documentais oficiais, como na narrativa dos atores envolvidos no processo de implementação e fortalecimento das tais políticas.

Os sanitaristas Chioro e Scaff (1999) demonstram que, do fim do século XIX até a década de 1960, a assistência em saúde promovida pelo Estado brasileiro era vinculada a um modelo campanhista, interessado no “combate às doenças através de estruturas verticalizadas e

estilo repressivo de intervenção e execução de suas atividades sobre a comunidade e as cidades” (p. 2). Este modelo foi amplamente utilizado por sanitaristas de renome como Oswaldo Cruz e Carlos Chagas e, apesar de limitado, trouxe ganhos relativos ao controle e a própria compreensão de epidemias como a cólera, a malária e a febre amarela, que se apresentavam especialmente nas áreas rurais. Todavia, este modelo era implementado de forma verticalizada e com foco em doenças específicas que assolavam a população e interferiam na economia ao afetar as dinâmicas de produção e exportação de bens, então carro-chefe da economia brasileira. O modelo campanhista manteve-se de tal forma que a própria pasta da saúde não era concebida de forma independente, tendo estado vinculada aos ministérios da Educação e da Justiça. A pasta só foi separada, e enfim criado o Ministério da Saúde, em 1953. Assim, é relativamente recente o entendimento do Estado em relação não só a necessidade de independência da pasta, quanto à mudança de compreensão das dinâmicas necessárias no processo de assistência à saúde.

Para além do modelo campanhista, a assistência em saúde no Brasil se desenvolveu também através do atendimento médico privado, envolvendo a contratação de profissionais liberais, além do acesso via Santas Casas de Misericórdias, especialmente direcionadas ao amparo aos pobres (Chioro e Scaff, 1999). Na década de 1930 surge no país uma nova via de acesso à assistência médica a partir da criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), vinculadas à Previdência Social, recém-criada no Brasil. As CAP inauguram um momento em que a assistência médica passa a ser ofertada como um retorno aos contribuintes. O período está ligado à acelerada industrialização do país e da conseqüente maior vinculação dos trabalhadores à Previdência. Nesse momento ocorre também um movimento migratório do campo para as grandes cidades, ampliando não só a massa de trabalhadores, como a demanda por assistência em saúde, demonstrando como o modelo sanitarista deixava a desejar, não respondendo às demandas da população. Diante deste cenário é preciso compreender que, para além de campanhas sanitárias, a população que não contribuía para a Previdência Social - especialmente pobres, mulheres donas de casa e trabalhadores informais - tinha de recorrer ou às Santas Casas de Misericórdia, às instituições da Beneficência Portuguesa ou à medicina popular, que incluía rezadeiras, curandeiros e afins. Desta forma, o modelo de assistência adotado pelo governo brasileiro deixava uma grande parcela da população descoberta pelos serviços de saúde. O desinteresse do Estado em promover equipamentos de saúde de qualidade para o atendimento geral da população surte efeitos até hoje, contribuindo para a manutenção da crença popular na

ineficiência dos serviços de saúde estatais, assim como da qualidade dos profissionais, insumos e equipamentos.

Nas décadas seguintes, incluindo as em que o Brasil esteve sob a égide da Ditadura Militar, a lógica da assistência médica através da Previdência foi sendo enfraquecida diante da crise econômica e das transformações sociais do período. Apesar do Brasil ter passado por um período de ‘milagre econômico’ (Chioro e Scaff, 1999), o custo do financiamento da assistência médica através da previdência social começava a onerar os cofres públicos. O período foi marcado também “em decorrência do aumento da miséria, da mortalidade infantil, da desnutrição e da baixa cobertura de saneamento básico” (Ceccon *et al.*, 2022, p. 27). Essas questões, atualmente compreendidas como passíveis de solução já no nível da atenção primária, contribuíram para a mobilização coletiva em prol de reformas que viabilizassem a melhoria da assistência, transformando práticas e acionando novos saberes no campo da saúde para além da medicina curativista. Era hora de pôr ênfase no projeto preventivista, incentivado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) desde 1950, e base da medicina social.

No gancho dos efeitos danosos da crise econômica e da ineficiência do Estado em promover saúde para a população, surge dentro do cenário brasileiro, ainda na década de 1970, movimentos de pressão política e social em prol de uma reforma do modelo médico assistencial privatista. Essas mobilizações foram as bases do que viria posteriormente a ser conhecido como a luta pela Reforma Sanitária (Chioro e Scaff, 1999). A compreensão da necessidade de modificação do planejamento em saúde envolvia também o custo da atenção médica, sendo que essa discussão ocorria não só no Brasil, mas também em outros países da América Latina (Nunes, 2012). Neste contexto, é preciso considerar que a proposta da Reforma Sanitária residia ainda em um “projeto de promoção de uma transformação social capaz de gerar condições para a construção de uma sociedade democrática, o que extrapola parâmetros meramente sanitários” (Fleury, 2018a, p. 24).

A Reforma Sanitária, orientada por princípios ético-normativos, científicos, políticos e sanitários³¹, surge no cenário brasileiro ancorada na ampliação da medicina social³² no Brasil,

³¹ Demais informações sobre o processo teórico e prático da construção das bases da Reforma Sanitária Brasileira podem ser consultados em Fleury (2018a).

³² De acordo com Nunes (1994), a construção de uma medicina social no Brasil é inspirada na medicina social europeia do século XIX. A reformulação da prática médica implicada na medicina social passava a incluir dimensões desde as relações sociais estabelecidas entre sujeitos e comunidades até as implicações sócio-políticas das estruturas e acesso à rede de saúde. A medicina passava então a incluir outras disciplinas como a economia e a sociologia ao tratar do processo de saúde-doença da população.

na criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco)³³ e em eventos internacionais relativos à medicina de base comunitária e ao papel do Estado na promoção de saúde, como a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que resultou na Declaração de Alma-Ata, em 1978 (Ceccon *et al.*, 2022).

As reivindicações em torno da Reforma Sanitária desencadearam na aprovação, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, das bases para futuro Sistema Único de Saúde (SUS). É na 8ª CNS que a ideia da relação intrínseca entre democracia e saúde se consolida como demanda da sociedade e fundamenta a base do texto que viria a ser aprovado junto à Constituição Federal de 1988 (CF 88), a também chamada Constituição Cidadã, reconhecendo a saúde como dever do Estado e direito do cidadão. Este movimento traça a separação final entre a assistência em saúde e a necessidade de contribuição para a Previdência Social. Ou seja, é na corrente do processo de redemocratização que as demandas populares em torno da transformação da assistência à saúde são ouvidas e transformadas nos eixos estruturantes para o SUS.

A diferença de outras políticas públicas, o SUS não é oriundo de decisões tecnocráticas, e sim de intensa mobilização social. Por conseguinte, ele já foi constituído e desenhado com canais formais de participação social, permeáveis a demandas sociais formuladas a partir de uma dinâmica ‘debaixo pra cima’.” (Rocha, Lago e Giambiagi, 2022, p. 27)

Para Fleury (2018b), estão no bojo das reivindicações da Reforma Sanitária as posteriores construções de políticas públicas voltadas à proteção social.

(...) a maior parte das análises fora da saúde coletiva prefere assumir tais inovações como fruto de um ou outro governo do que trata-las como consequência de uma organização social que articulou a produção coletiva de um saber e de uma prática política gerando políticas públicas inovadoras no campo da saúde coletiva, posteriormente adotadas como padrão para as políticas incluídas na nova ordem social. (Fleury, 2018b, p. 39)

Todavia, ao mesmo tempo em que as bases do que viria a ser o SUS se tornam permeáveis às demandas populares e o próprio SUS posteriormente demarca os espaços de participação popular, o novo sistema demonstra também ser alvo de disputa nos âmbitos da ciência, tecnologia, economia e política. Cada uma destas disciplinas passa a abordar o SUS e suas propriedades intrínsecas, constituídas democraticamente, a partir de sua seara e seus interesses.

³³ Atualmente a associação é nomeada Associação Brasileira de Saúde Coletiva e atua ativamente no campo da luta pelo fortalecimento do sistema de saúde no país.

Conforme mencionado anteriormente, até a homologação da CF 88, a assistência do Estado à saúde era vinculada ao conceito de seguro social, a partir da contribuição para a Previdência. É a partir da homologação da CF 88 que a saúde no Brasil passa a operar com o conceito de ‘seguridade social’, ampliando a cobertura para a população que não tinha vínculo formal de trabalho, colocando a saúde como ‘bem de relevância pública’ (Massuda e Malik, 2022, p. 58). Todavia, ainda que o reconhecimento da assistência em saúde como dever do Estado brasileiro tenha sido um grande marco, o direito à assistência permaneceu fragilizado nos anos posteriores à CF 88 diante da inconsistência do aporte financeiro ao SUS.

Criado oficialmente através da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, o SUS contou com diversas modificações em termos de programas e responsabilizações até a atual conjuntura. É a partir da lei 8.080 que se criam as resoluções relativas à “descentralização, das competências das diferentes esferas de governo e da organização do Sistema” (Brasil, 2002a, p. 7), já a lei n.º 8.142, de 28 dezembro de 1990, trata sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, assim como dos “mecanismos de transferência de recursos financeiros às demais instâncias de gerência, estabelecendo a previsão de remessas regulares e automáticas do governo federal. (Brasil, 2002a, p. 8). Essas leis seriam posteriormente complementadas a partir das Normas Operacionais Básicas (NOB) 91, 93 e 96, que tratam, entre outros fatores, da operacionalização do sistema de saúde e da relação entre estados, municípios e União, assim como dos níveis de atenção da rede.

Nos parâmetros organizacionais, o SUS é constitucionalmente criado a fim de responder a certos princípios, a saber, a regionalização e hierarquização; resolutividade; descentralização, participação dos cidadãos e complementaridade do setor privado. Este último seria acionado diante de insuficiência de suporte por parte do setor público. (Chioro e Scaff, 1999)

Quando de sua criação, o SUS já competia com o mercado privado, que estava cada vez mais fortalecido no país. Este fortalecimento estava vinculado tanto à ênfase na medicina previdenciária, quanto às movimentações do governo ditatorial brasileiro em prol da “transferência da função provedora para a iniciativa privada” (Almeida, 1998, p. 11). Assim, o Estado brasileiro sob a égide da ditadura militar promovia o incentivo à privatização desde a contratação de serviços pelo Estado, incentivo à contratação de seguros-saúde pelos cidadãos até o incentivo ao empresariamento da categoria médica em resposta a demanda do setor saúde (Almeida, 1998). Assim, junto à degradação dos serviços ligados ao SUS, nos primeiros anos de criação do sistema, já se apresentavam cada vez mais elementos da privatização do setor

saúde, incluindo a ampliação dos planos de saúde (Brasil, 2002a; Chioro e Scaff, 1999). Enquanto o SUS dava os primeiros passos em prol de sua organização e articulação conforme seus princípios, demonstrava também a fragilidade imposta às redes dado a incerteza do financiamento e a centralização do cuidado ainda no nível hospitalar, oferecendo poucos recursos para a atenção básica.

Os princípios organizadores do SUS previam uma maior articulação da assistência à saúde, designando uma rede hierárquica e descentralizada em prol do maior acesso da população, assim como da identificação das demandas locais. Para além, previa-se qual o papel dos três níveis de poder - União, Estados e Municípios - dentro da gestão do sistema, designando uma rede em nível nacional, ainda que com as particularidades de suas apresentações locais.

É somente em 1994 que o Programa Saúde da Família (PSF) passa a integrar nacionalmente o SUS, lançado durante o governo do então presidente Itamar Franco (PMDB). O programa, além de traçar novas diretrizes para a atenção básica, fez a integração em suas equipes do Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS), até então iniciativa isolada dentro do sistema de saúde. Apesar de experiências locais em atenção primária à saúde (APS) estarem sendo desenvolvidas desde a década de 1980, é a partir do PSF que o SUS passa a promover uma orientação para o cuidado na atenção básica, incluindo equipes e responsabilidades. A criação do PSF torna-se marcante para a modificação deste nível de atenção à saúde, promovendo a reunião de novos atores no campo da saúde, com a finalidade comum de fortalecimento da assistência no nível da atenção básica. Ainda assim, os princípios que regiam a organização do SUS permaneciam não sendo cumpridos, muito por conta da fragilidade do financiamento que afetava de forma desigual os estados.

As dificuldades de financiamento impediam correções no sentido de maior equidade entre os Estados e as regiões. Os limites financeiros adotados em 1994 mostram a persistência da desigualdade. Os Estados do Norte e do Nordeste recebiam menores valores per capita: Sergipe, Roraima, Amazonas, Acre e Amapá recebiam menos da metade do valor per capita de São Paulo. (Brasil, 2002a, p. 26)

Conforme Escorel *et al.* (2007), o PSF inicialmente estava voltado para o atendimento a áreas e sujeitos com maior risco social. Foi somente em 1998, com a criação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e ampliação do PSF, que a atenção primária e sua política se tornaram centrais na organização do SUS com “vistas a reorientar o modelo assistencial e imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde” (Escorel *et al.*, 2007, p. 165). Inaugurado a partir de diretrizes, recomendações e atribuição de papéis, o

programa expandiu-se nacionalmente a partir da ideia de cuidado multiprofissional, tornando a APS a porta de entrada para o SUS.

Encarada como eixo estruturante do sistema de saúde, a APS opera a partir da perspectiva de integralidade do cuidado. Longe de encarar os sujeitos como indivíduos solitários, este nível de atenção orienta-se pelo cuidado integral de forma a considerar que os determinantes de saúde e doença envolvem não só o sujeito, como também a família, a comunidade e o território. Desse modo, “pensar o papel da Atenção Básica em um dado sistema de saúde implica compreender as ações de saúde, antes de tudo, como um reflexo de um determinado modelo de proteção social.” (Gondim *et al.*, 2011, p. 102). Nesse sentido, Mendes, Carnut e Guerra (2018) afirmam que

As primeiras experiências locais brasileiras que iniciaram a edificação da AP (já bastante reduzida em termos conceituais e em sua radicalidade original) no Brasil foram basicamente três: a experiência dos Agentes de saúde na comunidade de Sobral (CE), a experiência dos médicos de família em Niterói (RJ) e a experiência dos agentes de saúde comunitária em Camaragibe (PE). (p. 229)

Junto ao PSF foi criada a Estratégia Saúde da Família (ESF), construída pelas equipes multiprofissionais que desempenhavam as ações de cuidado a partir do PSF de forma articulada e considerando as relações entre sujeitos, comunidades e territórios no processo saúde-doença. É em 2006, quando do lançamento pelo governo federal da primeira edição da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) que o PSF é unido ao PACS e à própria ESF, passando a ESF a ser o modelo preferencial de organização da APS. Posteriormente novas edições da PNAB foram promovidas em 2011 e 2017, cada uma contando com as modificações em termos de equipes, profissionais e ações pertinentes ao quadro de serviços da APS. Se em 1999 já tinham sido introduzidas as Equipes de Saúde Bucal dentro do PSF, em 2008 somam-se aos serviços da APS as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), incluindo “Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional” (Brasil, 2008), expandindo o leque de cuidado no nível da APS. A escolha de quais profissões atuariam em cada NASF ficou a cargo dos gestores municipais, sendo orientado que estes considerassem as necessidades locais e disponibilidade de profissionais das áreas requeridas.

Somente em 2010, através da Portaria nº 4.279, de 30/12/2010, o Ministério da Saúde oficializou a criação e as diretrizes para as Redes de Atenção à Saúde (RAS). Assim, dentro da organização das redes de saúde, atenção secundária e atenção terciária passam a ser organizadas

a partir da atenção primária. Desse modo, as Redes e Atenção à Saúde (RAS) passam a ser entendidas como serviços de diferentes densidades tecnológicas, assim como “organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população” (Brasil, 2015a, p. 24).

No artigo 2º da PNAB (Brasil, 2017), a Atenção Básica é definida como

o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (Brasil, 2017)

O documento reafirma o caráter organizador da Atenção Básica (AB) no interior da RAS, assim como as dimensões de universalidade, equidade e integralidade do cuidado, dispensando qualquer exclusão “baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras.” (Brasil, 2017). Tendo a Saúde da Família como estratégia prioritária dentro da rede de saúde, a AB conta com dois tipos de estabelecimentos.

Art. 6º Os estabelecimentos de saúde que ofertem ações e serviços de Atenção Primária à Saúde, no âmbito do SUS, de acordo com o Anexo XXII, serão denominados: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 397 de 16.03.2020)

I - Unidade Básica de Saúde (UBS): estabelecimento que não possui equipe de Saúde da Família; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 397 de 16.03.2020)

II - Unidade de Saúde da Família (USF): estabelecimento com pelo menos 1 (uma) equipe de Saúde da Família, que possui funcionamento com carga horária mínima de 40 horas semanais, no mínimo 5 (cinco) dias da semana e nos 12 meses do ano, possibilitando acesso facilitado à população. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 397 de 16.03.2020) (Brasil, 2017)

Dentro da USF, também chamada de Centro de Saúde ou mesmo ‘postinho’, tanto por moradores quanto por funcionários do serviço, operam equipes da ESF. Estas equipes, conforme orientação da PNAB, devem atender entre 2.000 e 3.500 pessoas por território. Dessa forma, a quantidade de equipes dentro de uma USF deve ser consonante à quantidade de indivíduos inscritos ao serviço de saúde naquele território. A PNAB faz uma descrição mínima de quais profissionais devem atuar dentro das equipes da ESF:

(...) no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer

parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE)³⁴ e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal. O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local. (Brasil, 2017).

Diante da expansão do PSF e dos processos de descentralização do SUS, os municípios passaram a ter maior carga quanto à organização, gestão e financiamento da APS. Assim,

gradualmente, os municípios brasileiros passaram a responsabilizar-se pela atenção à saúde de seus habitantes, o que constituiu uma enorme mudança do ponto de vista institucional, gerencial, político e financeiro. Cada município do país teve que criar uma estrutura gerencial, a Secretaria Municipal de Saúde, implantar serviços de saúde mesmo onde, até então, não havia uma única unidade de saúde, além de participar no financiamento da atenção à saúde. (Pinto e Giovanella, 2018, p. 1905)

Este processo impactou de formas diferentes os municípios brasileiros, promovendo tanto a ampliação do acesso à saúde, quanto a ampliação de iniquidades no que diz respeito à composição das redes de saúde. Assim, para compreender a implementação e expansão das redes de saúde locais é necessário compreender os interesses e aparatos acionados para a constituição destas. Longe de serem produzidas simplesmente a partir do lançamento de programas ou diretrizes, as redes de saúde se mostram parte de um amplo processo de associações com potencialidade de transformação da realidade local.

1.2 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM SOBRAL

As experiências no nordeste foram decisivas para a implementação e consolidação de práticas de cuidado a partir da atenção primária. Nesse sentido, a cidade de Sobral é reconhecida nacionalmente como de grande tradição no campo da saúde, especialmente no que diz respeito ao nível da APS. Não raro o município surge em textos acadêmicos referentes à saúde coletiva como um dos primeiros casos de sucesso da aplicação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e da consolidação do trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) (Coelho e Andrade, 2004). O reconhecimento não vem à toa, afinal, no fim da década de 1980 o estado do Ceará já encabeçava o que em 1991 o governo federal instituiria como o Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS). O governo de Tasso Jereissati (PSDB) foi responsável em 1988 por criar a iniciativa de mulheres agentes de saúde, consolidando o programa em 45 municípios, com foco na promoção de saúde, especialmente voltada à saúde materno-infantil.

³⁴ Os agentes de combate às endemias fazem parte da Vigilância Sanitária. Ainda que a Vigilância Sanitária esteja articulada com a Atenção Primária e os agentes de endemias atuem de forma integrada com as equipes de saúde da ESF, este profissional está locado em outro nível de atenção.

Em Sobral o programa passou a funcionar a partir de 1992, com a contratação de 97 Agentes de Saúde (Coelho e Andrade, 2013).

No processo de pesquisa de campo encontrei alguns profissionais que atuam como ACS desde este primeiro momento, tendo acompanhado tanto as modificações de nomenclaturas quanto de posicionamento destas dentro da própria APS e seu avanço político, tecnológico e territorial. A primeira vez que entrevistei uma dessas mulheres ela me contou que estava a semanas de se aposentar: Maria Rosa estava atuando há 31 anos em Sobral como ACS. Do tempo da criação do programa, recorda que todas as ACS eram vinculadas ao que até pouco tempo era a Unidade Mista de Saúde³⁵, um equipamento que mesclava desde imunizações e consultas médicas até sala de parto.

Para a contratação das Agentes de Saúde o grau de instrução exigido era apenas saber ler e escrever (Guedes, Santos e Lorenzo, 2011), não sendo necessário curso especializado na área da saúde. Em sua maioria mulheres, as Agentes de Saúde deveriam ainda ter certo grau de relevância dentro dos territórios pelas quais seriam responsáveis, sendo moradoras do mesmo território. A exigência de moradia no território persiste até hoje nas recomendações para a atuação no cargo de ACS, apesar disso, em Sobral alguns profissionais acabam morando em outros territórios, seja por preferência pessoal ou por sensação de insegurança em decorrência da violência dos territórios pelos quais são responsáveis.

Na corrente da iniciativa do PACS, o Programa Saúde da Família (PSF), foi criado em 1994, a partir da experiência em Quixadá, cidade localizada no sertão central cearense. A partir de 1998 o programa teve sua implementação acentuada nos demais estados brasileiros (Guedes, Santos e Lorenzo, 2011). É a partir dele que os então Agentes de Saúde passam a fazer parte das equipes multiprofissionais do programa, proporcionando também a ampliação do suporte técnico a esses profissionais, contando a criação de novas áreas de atuação e da possibilidade de intercâmbio com equipes de saúde direcionadas para cada território. No caso de Sobral, em 1998 o município ampliou tanto as equipes, quanto às áreas de atuação, promovendo cobertura de 100% do território. Esta cobertura pelas equipes atuantes no PSF, hoje nomeado Estratégia Saúde da Família, continua presente no território sobralense, ainda que este tenha se expandido

³⁵ A Unidade Mista Dr. Thomaz Corrêa Aragão a partir de 1998, diante da implantação do Programa de Saúde da Família no município, foi a unidade de referência para as primeiras equipes de Saúde da Família no território descentralizado Sinhá Saboia. Na criação do PACS, todas as ACS eram vinculadas à Unidade Mista, independente do território de atuação.

tanto no nível populacional, quanto geográfico a partir da composição de novos bairros na sede e nos distritos. Assim, em 1998,

Foram implantadas inicialmente 31 equipes do Programa Saúde da Família, em 25 unidades básicas distribuídas em 23 áreas descentralizadas de saúde. Estas equipes contaram com um total de 205 Agentes Comunitários de Saúde, 31 médicos, 46 enfermeiros e 51 auxiliares de enfermagem, atingindo uma cobertura de 100% da área geográfica do município. (Coelho e Andrade, 2013, p. 160).

Em Sobral, os profissionais contratados para a atuação no PSF não tinham experiência ou formação na área do atendimento em saúde de base comunitária, conforme previsto pelo programa. O caso se deu pelo próprio PSF romper com a tradição de atuação em saúde centrada no indivíduo e no médico curativista. Ainda que a especialidade Medicina Geral e Comunitária (MGC)³⁶ já atuasse no Brasil desde 1976 com programas de residência (Abath, 1984), persistia carência de profissionais especialistas. A promoção de equipes para suporte em saúde a famílias e comunidades tornou-se um dos grandes marcos e desafios para a consolidação do programa. Cientes da lacuna em termos de formação, os gestores de saúde em Sobral, em parceria com a Universidade Estadual Vale do Acaraú, que tem campus local, fundaram em 1999 a Residência em Saúde da Família, buscando capacitar os profissionais que atuavam no PSF do município. A Residência até hoje tem impacto profundo na formação dos profissionais de saúde na cidade de Sobral, ao mesmo tempo que fornece amplo suporte multiprofissional para as equipes dos Centros de Saúde e à população na APS. A primeira turma da residência contou com 70 alunos, sendo 14 médicos e 56 enfermeiros, todos atuantes na rede de saúde sobralense. (Xavier *et al.*, 2004).

Tanto a criação da Residência quanto a implementação do PSF, junto da atuação dos ACS, em Sobral surtiram efeitos drásticos nos indicadores de saúde do município.

Até então, o modelo de atenção à saúde do município concentrava-se em serviços hospitalares, na demanda espontânea e em ações curativas centradas no profissional médico. Este modelo de atenção refletia negativamente na qualidade de vida da população, que apresentava elevadas taxas de desnutrição e mortalidade infantil, baixa cobertura vacinal e de assistência pré-natal, enfim, ausência de acesso da grande maioria da população às ações de Atenção Primária à Saúde (APS). (Andrade *et al.*, 2004, p. 10)

O levantamento dos dados referentes à saúde materno-infantil, entre 1995 e 2002, demonstra queda expressiva nos quadros relacionados à desnutrição, mortalidade neonatal e

³⁶ Giovanella, Franco e Almeida (2020) chamam a atenção para o papel da Medicina Geral e Comunitária na história da APS ao tensionar que a transformação da especialidade em Medicina de Família e Comunidade, em 2001, denota um afastamento do caráter comunitário e preventivo, incorporando práticas liberais e voltadas ao mercado privado. Muito além de uma simples mudança de nomenclatura, mudou-se o ideário em torno das práticas do médico no campo da APS. Entre tais mudanças estaria “reversão do direito à saúde para direito a serviços de saúde custo efetivos” (p. 1477)

infantil geral e por diarreia, além de melhora nos índices de acompanhamento pré-natal, aleitamento e imunização no município (Andrade *et al.*, 2004).

No que diz respeito à atuação das ACS neste cenário, é importante ressaltar que historicamente a profissão foi bastante ligada a técnicas de apoio à saúde materno-infantil como o acompanhamento de puerpério e amamentação, além do monitoramento de peso dos bebês e o ensino da receita de soro caseiro para prevenir desidratação fruto de diarreia, uma grande causa de morte neonatal. Nesse sentido, tanto profissionais que atuaram como ACS no período de adoção da estratégia em Sobral, quanto profissionais que entraram há poucos anos no sistema de saúde se reportam a essa tradição de cuidado próximo, dentro das casas das famílias, especialmente vinculado ao cuidado materno-infantil.

Lúcia, ACS em Sobral há 5 anos, lembra de crescer observando a rotina de uma tia que trabalhava no mesmo cargo. Diz que se interessou em seguir na profissão pois achava muito bonito o contato próximo, a ideia de auxiliar na promoção de saúde ensinando o soro caseiro, pesando bebês e promovendo orientações gerais para as famílias. Hoje ela afirma que trabalha por amor, ainda que a atuação não seja mais como antigamente, sendo que hoje exigem muito mais do que ela chama de papelada. A mesma papelada a qual Lúcia se refere aparece na fala de Fátima, que atuando há 22 anos como ACS, conta que antes o trabalho era corpo-a-corpo, “entrar nas casas e conversar”. Diz que foi treinada para o cuidado, mas hoje está presa a planilhas e computadores. A papelada a que elas se referem é composta tanto por papéis físicos - cadernos, fichas, listas - quanto por planilhas eletrônicas, fichas e relatórios produzidos por programas, computadores e gestores. As falas de Lúcia e Fátima elaboram sobre o surgimento de novas tecnologias e processos de trabalho, operadas por novos compostos técnicos que são inseridos no dia a dia dos profissionais envolvidos na área da assistência em saúde do SUS, acentuadamente a partir do lançamento Previne Brasil em 2019.

Assim, as modificações das quais Fátima e Lúcia se reportam vieram junto das transformações nas demandas de trabalhos tanto dos profissionais ACS, quanto dos demais profissionais vinculados ao Programa Saúde da Família, por vezes introduzindo a faceta da burocratização em meio ao que Lúcia elaborava como uma profissão de cuidado. Não restritas a Sobral, as modificações na atuação dos profissionais vinculados à ESF fundamentam-se tanto nas necessidades em saúde da população brasileira, quanto das determinações político-econômicas ligadas à própria configuração do programa e seus direcionamentos práticos. Ou seja, estas mudanças estão ligadas a reformulações tanto locais, quanto à recomendação do

Ministério da Saúde e das reformulações da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) e consolidação de programas e ações em saúde.

Dado que a cidade de Sobral promoveu um esforço para se posicionar na vanguarda no que diz respeito à formação dos profissionais da rede, este compromisso foi amplamente rememorado e narrado por diversos profissionais - especialmente médicos e enfermeiras - que estavam atuando na rede quando da implementação do PSF e a formação da primeira turma de residência. Muitas destas profissionais apontaram Odorico Monteiro como o principal responsável pela base formativa e pelo incentivo aos profissionais em investirem em suas formações para atuação junto da comunidade sobralense. Odorico, atualmente deputado federal pelo Ceará e pesquisador pela Fiocruz, em 1999 era Secretário de Saúde de Sobral. Sônia, enfermeira de formação, que por vários anos atuou como gerente de Centros de Saúde da Família, recorda o período como de grande crescimento da APS e de compartilhamento, pois os profissionais aprendiam juntos no processo de residência. Sônia dá especial ênfase ao período ao argumentar que o processo formativo aconteceu viabilizado pela gestão de Cid Gomes e do entusiasmo e compromisso de Odorico.

No momento da implementação do PSF e da Residência em Saúde da Família, Cid Ferreira Gomes (PDT), atual senador pelo Ceará, era prefeito do município, permanecendo no cargo por duas gestões seguidas. A chegada de Cid Gomes à prefeitura de Sobral veio acompanhada de um plano de investimentos em diversas áreas do município, que foi seguido por seus sucessores políticos, chegando até o atual prefeito de Sobral, Ivo Ferreira Gomes (PDT), irmão mais novo de Cid, que já se encontra na segunda gestão no município. O domínio político dos Ferreira Gomes é construído narrativamente como reflexo tanto do tradicionalismo local, quanto dos efeitos das políticas progressistas do clã no município, especialmente nas áreas da saúde e educação básica. Entre outros aspectos, o movimento de investimento nestas áreas torna-se visível ao analisar o empenho orçamentário municipal. Dentro do quadro de secretarias, as secretarias de Saúde e Educação têm orçamento extremamente superior às demais pastas.

A ênfase da residência era em atividades teórico-práticas, tornando a rotina dos profissionais durante todo o dia ancorada em turnos de atendimentos e outros de formação. Conforme dito anteriormente a residência permanece tendo destaque no município. Hoje promovida através da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESP-VS), a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) contempla profissionais das áreas da enfermagem, educação física, serviço social, fisioterapia, odontologia, psicologia,

fonoaudiologia, terapia ocupacional, nutrição e farmácia. Pela mesma instituição, opera ainda a Residência Multiprofissional em Saúde Mental, a Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade e a Residência Médica em Psiquiatria. As residências têm suas bolsas custeadas pelo Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, vinculado ao Ministério da Saúde. Em termos nacionais, é somente em 2012 que o governo federal lança as Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e Profissional de Saúde (Massuda e Malik, 2022). Para além das residências, Sobral é contemplada por diversos cursos relativos à saúde, tanto através de universidades públicas, quanto através de instituições privadas, tornando-se um polo formador para a atuação em saúde, nos mais diversos níveis de atenção.

Em decorrência dos investimentos locais em profissionais e equipamentos, Sobral tornou-se também referência na assistência em saúde não só para a região norte do estado do Ceará, como também recebe pacientes de outros estados que buscam realizar os tratamentos na rede local. O fato é tão comum que chega a criar dificuldades para as equipes de saúde da APS em casos como de gestantes de outros municípios que passam a morar temporariamente com familiares em Sobral para poder realizar pré-natal e parto na rede, mas se mudam logo após o nascimento. Nesses casos, os relatos dos profissionais são que as equipes de saúde acabam prejudicadas na contabilização dos indicadores de acompanhamento puerperal e vacinação infantil. Esse tipo de caso é queixa principalmente das ACS, que acompanham de forma mais próxima os territórios e os fluxos de moradores. Importante ressaltar que esse movimento reflete não só o empenho municipal na oferta de serviços de saúde, como também a fragilidade da assistência nos municípios vizinhos, assim como a visão popular construída em torno de Sobral.

Responsáveis por territórios de tamanhos, níveis populacionais e renda diversos, os CSF do município contam com 78 equipes da Estratégia Saúde da Família (eSF) com atendimento diário nas unidades. Além disso, atuam na APS as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) e dos Centro de Referência em Atenção Psicossocial (CAPS) com diferentes abordagens em atendimento multiprofissional. Diante desse contexto, alguns CSF, apesar de um território grande, contam com apenas uma equipe da ESF dado o tamanho da população e as demandas em saúde, outros chegam a ter quatro equipes da ESF. Durante o trabalho de campo foi realizada etnografia em CSF de 1 até 4 equipes, cada um demonstrando suas particularidades envolvendo território, gestão e profissionais.

O destaque que Sobral garantiu na gênese do PACS e do PSF se manteve como ambição das gestões seguintes, orientando o trabalho para a manutenção da taxa de cobertura de 100% do território e da resposta às demandas de saúde da população. Tal movimento foi possível, entre outros aspectos, graças ao crescimento econômico de Sobral a partir da implementação tanto da Universidade Federal do Ceará, quanto de investimentos proporcionados pela Indústria e demais polos educacionais, movimentando o comércio e aumentando a circulação de renda e arrecadação do município.

Em termos de financiamento, em Audiência Pública de Prestação de Contas, realizada em maio de 2022, a gestão demonstrou que o empenho municipal, de recurso próprio, em saúde no período tinha sido de 15,89%, acima dos 15% obrigatórios por emenda federal³⁷. Além da operacionalização dos serviços, os investimentos municipais são acionados também para a construção de novos Centros de Saúde que têm sido construídos na sede e na área rural do município, conforme informações divulgadas pela Prefeitura Municipal de Sobral (PMS) através de seus canais online. Até o fim de 2022 Sobral contava com 38 Centros de Saúde da Família (CSF), destes 23 localizados na sede do município e 15 nos distritos da zona rural.

1.3 O FINANCIAMENTO DO SUS: DESCENTRALIZAÇÃO E DESMONTE

Diante da descentralização do SUS e da municipalização da gestão através das Normas Operacionais Básicas aprovadas em 1991, 1993 e 1996, a divisão de recursos federais, estaduais e municipais para o desenvolvimento das ações de saúde foi sendo modificada de modo a tornar cada vez mais importante a contribuição dos municípios para a execução desta política. Em 2000, em termos de financiamento tripartite, a partir da aprovação da Emenda Constitucional 29, o Congresso Nacional definiu que estados e municípios deveriam empenhar, respectivamente, 12% e 15% de suas receitas totais no financiamento da saúde. Nesse cenário o governo federal não teve porcentagem definida, ficando à mercê da variação do Produto Interno Bruto (PIB), sem fonte específica (Massuda e Malik, 2022).

Em 1990 o governo federal respondia por 74,4% dos recursos, enquanto municípios contribuíam com 12,1% do financiamento da saúde. Em 2015 esses números chegaram a 43,2% e 30,9% respectivamente (Mendes, Carnut e Guerra, 2018). Além das crises inflacionárias do período e do projeto político econômico adotado pelo governo federal, o movimento de

³⁷ Conforme dados apresentados no evento, no primeiro quadrimestre de 2022 as despesas da Atenção Básica do município foram de R\$ 22.785.167,08. Destas, foi repassado do fundo do tesouro municipal o valor de R\$ 11.029.073,07. Os demais valores dizem respeito a recursos provenientes da União, do Estado, de rendimentos bancários e recursos de anos anteriores.

descentralização do SUS foi em grande parte responsável por essa mudança em termos de responsabilização pelo financiamento. É preciso compreender que “a descentralização, no contexto da reforma sanitária, é entendida como uma estratégia de democratização e de incorporação de novos atores.” (Duarte *et al.*, 2015, p. 476). Todavia, mesmo considerando as benesses da descentralização e municipalização, como a possibilidade de desenvolver ações específicas que considerem o território local e suas particularidades, as modificações no financiamento promoveram desigualdades entre municípios de maior e menor renda. Entre os problemas para o sucesso da descentralização do SUS encontram-se

a desigualdade de condições políticas, administrativas, técnicas, financeiras e de necessidades de saúde identificadas nos municípios brasileiros tornou o processo extremamente intrincado; a competição entre os entes federados, em muitos casos, não possibilitou a real autonomia municipal nem na gestão dos equipamentos existentes nos seus limites territoriais nem nos recursos financeiros disponibilizados; a falta de cultura participativa da sociedade que não transformou os conselhos de saúde municipais em legítimos condutores da política de saúde local; a herança deixada pela medicina previdenciária, cujos atores continuaram a influenciar a lógica de organização do sistema (Duarte *et al.*, 2015, p. 476)

Ainda assim, é o mesmo processo de descentralização que propiciou a ampliação do PSF e das políticas implementadas a partir deste, auxiliando na melhoria de índices importantes como a mortalidade infantil, a vacinação e a resolutividade de demandas em saúde já no nível da atenção primária.

No caso de Sobral, o município é referência em saúde para toda a região norte do estado do Ceará. Desse modo, os atendimentos realizados na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e em hospitais fazem parte da cobertura de saúde de outros municípios que não possuem estrutura em suas redes de saúde, onerando o orçamento municipal. O caso se dá graças ao processo de regionalização do SUS, aprovado em 2002 através da Portaria nº 373 (Brasil, 2002b). É a partir dela que a regionalização passa a ser compreendida como uma estratégia de hierarquização com vistas à maior equidade na assistência à saúde. Dentro da portaria a região de saúde é entendida como

base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. (Brasil, 2002b)

O Ceará possui cinco regiões de saúde, com vinte e duas áreas descentralizadas dentro destas³⁸. Uma destas áreas é encabeçada por Sobral, consolidando que a atuação de referência do município na área de saúde da região norte do estado se dá não só popularmente, mas também institucionalmente.

Conforme Duarte *et al.* (2015), as desigualdades entre municípios surtem efeitos drásticos no processo de descentralização. A diminuição da parcela do governo federal no financiamento do SUS torna-se ação condenatória tanto a municípios que não conseguem dar conta das demandas locais, quanto de municípios maiores que se tornam a única alternativa para a assistência a uma população por vezes muito maior que a de moradores locais. O caso se torna especialmente visível quando de emergências em saúde, como foi o caso da COVID-19 a partir de 2020.

Após as NOB, no período de 2001 a 2002, o Ministério da Saúde passou a estabelecer novas regras quanto à organização das redes de saúde a partir das Normas Operacionais da Assistência em Saúde (NOAS). A perspectiva era uma maior integração entre municípios na organização do sistema, assim como estabelecer cooperação entre os três níveis de governo. Contudo, estes instrumentos de gestão não foram acompanhados de aumento no financiamento.

Consequentemente, ao invés de se estabelecer uma dinâmica de cooperação regional entre municípios na construção de redes de saúde, predominou a disputa por recursos escassos, a exemplo de profissionais médicos. Diante das diferenças de capacidade fiscal entre municípios e da frágil governança regional, perpetuaram-se iniquidades no acesso à saúde e na situação da saúde no país. (Massuda e Malik, 2022, p. 61)

Essa disputa acaba sendo afetada não só pela estrutura física dos serviços e a disponibilidade de equipamentos tecnológicos para o trabalho em saúde, como das próprias práticas de gestão. Sônia, enfermeira há 27 em Sobral, relata que colegas enfermeiras preferem trabalhar em municípios vizinhos, mesmo que menos estruturados, por conta da constante cobrança da gestão local em torno da execução do trabalho diário e do alcance de metas dos programas do Ministério da Saúde. Já Alberto, médico recém-formado, atuando há um ano em Sobral, diz que parte do que fez ele querer trabalhar na rede foi a estrutura local. Alberto atende em área urbana, em uma sala com ar-condicionado, computador e impressora, muito diferente de seu primeiro emprego em um município vizinho. Lá ele atuava em um CSF em área rural e

³⁸ O mapa da regionalização em saúde do estado do Ceará está disponível através do [link](#), também contando com os pormenores das Superintendências Regionais, Áreas Descentralizadas em Saúde e Consórcios públicos em saúde.

relata que tudo era feito no papel, além de mencionar que por vezes os profissionais mais antigos colocavam dinheiro do próprio bolso para comprar itens de uso diário do serviço de saúde.

O repasse federal para o financiamento da APS se consolidou nacionalmente a partir de 1998, com a criação do Piso da Atenção Básica (PAB). Logo, este

muda o paradigma das transferências dos recursos via faturamento (produção), para automáticas pelo Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde. Transferindo recursos para procedimentos com atenção básica (ações individuais ou coletivas na primeira linha dos serviços de saúde, como: atendimentos básicos, vacinação, assistência pré-natal, pequenas cirurgias) diretamente aos municípios, é assegurado valor per capita de no mínimo R\$ 10,00. Assim o Ministério da Saúde garantiu as transferências mensais, regulares e automáticas dos recursos aos municípios, diminuindo as desigualdades e permitindo que desempenhassem seu papel: o de administrador do sistema de saúde local, uma vez que é ele quem melhor conhece as necessidades da área. (Brasil, 2002b, p. 9 - 10)

Dentro do PAB passaram a operar dois eixos de repasse: um fixo, com base na população, e outro variável referente ao fomento à operacionalização dos programas considerados prioritários pelo Ministério da Saúde. A partir de 2006 os incentivos federais passaram a ser divididos em seis blocos de financiamento, a fim de orientar gestores quanto ao empenho dos repasses, sendo a atenção básica um destes blocos (Massuda e Malik, 2022).

O processo de ampliação da ESF e do financiamento desta contou ainda com outros elementos, como a criação do Programa Mais Médicos em 2013. Este tipo de programa buscava mitigar um dos grandes problemas vinculados à atenção básica: a carência de recursos humanos para atuação dentro dos programas. Conforme mencionado anteriormente, o processo de descentralização, ocorrendo de forma desigual, proporcionou iniquidades entre os territórios, influenciando na retenção de profissionais em serviços localizados em áreas rurais e/ou periféricas.

Diversos pesquisadores enfatizam a relação direta entre financiamento e melhoria dos indicadores em saúde. Debatendo em torno da relação destes marcadores, Marinho e Ocké-Reis (2022) apontam que “caso se queira de fato melhorar as condições de saúde da população brasileira, a busca da eficiência em direção à eficácia e efetividade pode, na realidade significar e exigir o aumento de gastos” (p. 14). A partir de 2016, diante da aprovação da Emenda Constitucional 95, o Brasil passou a operar a partir de restrições orçamentárias. Inaugurando um novo regime fiscal, a EC 95 promove arrocho financeiro a partir de um teto de gastos. Dentro desse teto, opera a redução do gasto público, vinculado ao crescimento do PIB, por vinte

anos. Um dos efeitos da EC 95 tornou-se visível a partir da diminuição dos valores aplicados pela União no financiamento da saúde entre 2018 e 2020.

Tabela 1 - Valores aplicados pela União no financiamento da saúde pública entre 2018 e 2020.

Ano	Receita Líquida Corrente (RCL) (A)	Valor de Referência para piso - 15% da RCL (B = A x 15%)	Valor Aplicado Empenho 2018 e 2019 e Autorizado em 2020 (C)	Perda Anual (D = B - C)
2018	805.348	120.802	116.821	-3.981
2019	905.659	135.849	122.270	-13.579
2020	869.100	130.365	125.443	-4.922
Total				-22.482

Fonte: Ocké-Reis, C.O, Moretti, B e Funcia, F. R. (2020)

A aprovação desta emenda se consolida a partir de transformações político-econômicas que introduziram uma nova ‘racionalidade formal’ (Weber, 1996, *apud* Marinho e Ocké-Reis, 2022) ao cálculo financeiro para subsídio de políticas públicas. Para Weber, a racionalidade formal da gestão econômica se materializa através de uma “ação política guiada por certos postulados de valor definidos histórica e socialmente” (p. 17). A fim de compreender os mecanismos pelos quais a Emenda Constitucional 95 opera dentro da rede de saúde, assim como os processos anteriores à sua aprovação e tornados possíveis em consequência a ela, é preciso compreender o processo de formação desta nova forma de racionalidade na gestão financeira do Estado.

No campo do financiamento da atenção primária, um dos efeitos produtivos da implementação da EC 95 foi a aprovação, no final de 2019, do Programa Previne Brasil através da Portaria nº 2.979. O programa foi aprovado durante a gestão de Jair Bolsonaro, então filiado ao PSL, eleito para o cargo de Presidente da República no ano anterior. Dentro da proposta econômica, o governo de Bolsonaro estava abertamente vinculado às doutrinas do neoliberalismo, especialmente por ter Paulo Guedes no Ministério da Economia. Este, vinculado à Escola de Chicago, traçou plano econômico nos moldes do tratamento de choque alertado por Klein (2008), que já tinha sido implementado em outros países da América do Sul, contando com Guedes dentro da experiência implementada no Chile. Para além da perspectiva econômica, o governo de Bolsonaro pregava discursos voltados à meritocracia, ao enfraquecimento das políticas públicas de assistência, assim como a ênfase na vinculação do

Estado a uma perspectiva misógina, racista, classista e heteronormativa, tendo efeitos no âmbito social, tanto em nível de relações comunitárias e sociais, quanto no âmbito do trabalho.

O modelo imposto pelo Previde Brasil se propôs a alterar a forma de repasse federal para os municípios, interrompendo o modelo do PAB fixo e variável. O Previde Brasil opera, tal qual a ideia inicial da descentralização do SUS, com a perspectiva de expandir a APS, aumentando a responsabilização de gestores e profissionais locais. Na prática, o Previde coloca nas mãos destes atores, através de uma série de mecanismos, softwares e outros apanhados técnicos, a responsabilidade por garantir o financiamento dos serviços³⁹. Entre outros fatores, o cálculo de repasse passaria a incluir somente as pessoas do território efetivamente cadastradas junto aos serviços de saúde, ao contrário da população estimada, adotada pelo modelo anterior. Nesse contexto, o financiamento federal para a APS passa a ser constituído por: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas (Brasil, 2019a).

Dentro da rede articulada construída a partir da ordenação da APS, tanto através de portarias referentes ao financiamento tripartite⁴⁰, quanto da determinação da atuação profissional e da cartela de serviços operada a partir da PNAB, o Previde Brasil surge como desestabilizador a partir de 2019. Não só através da modificação drástica referente ao financiamento, mas também através das novas mobilizações necessárias para o cumprimento de suas determinações, o Previde passa a operar como um objeto técnico (Akrich, 2014), dotado de conteúdo político, afetando não só as organizações, como as relações produzidas no interior destas. A fundamentação para a ordenação desta nova forma de financiamento da APS responde então a uma racionalidade formal (Weber, 1996, *apud* Marinho e Ocké-Reis, 2022), com elementos técnicos e sociais, introduzindo assim diversos atores em seus processos formativos e operacionais.

A composição do Previde Brasil responde de forma direta à própria composição da PNAB 2017, de onde já é possível observar o processo de diminuição da APS e de seu caráter estruturante da universalidade em saúde. Giovanella, Franco e Almeida (2020) indicam que o texto da PNAB promove a diminuição do caráter da multidisciplinaridade na APS ao interromper o financiamento federal para os Núcleos de Apoio de Saúde da Família (NASF), promovem o enfraquecimento da ESF ao aprovar a constituição de Equipes de Atenção Primária

³⁹ Os desdobramentos desta imposição serão abordados nos capítulos posteriores a partir dos relatos dos interlocutores.

⁴⁰ O financiamento do SUS tem caráter tripartite, foi definido a partir da Constituição Federal de 1988, sendo referente ao financiamento através das esferas de governo municipal, estadual e federal.

(eAP) , que conta com menos profissionais, cargas reduzidas e até mesmo a ausência de ACS, além da possibilidade de emprego de médicos com carga horária de 10 h semanais. “Novas equipes com carga horária mínima do profissional, de dez horas semanais, restituem o emprego médico na atenção básica como um “bico” em vigor no período pré e nos primórdios do SUS.” (p. 1477). Morosini, Fonseca e Lima (2018) alertam que o texto da PNAB 2017 promove a diminuição da atenção básica e tenta justificar seus mecanismos como parte de um processo de descentralização e promoção de autonomia aos gestores. Contudo, “esse processo só se completaria com a transferência de recursos necessários à autonomia de gestão pelos municípios, e com os mecanismos de controle social e participação popular.” (p. 14). Para além, as autoras indicam ainda que o texto da PNAB 2017 restringe a cobertura da APS, ignorando a meta de 100% de cobertura populacional e abre parâmetro para a oferta de serviços mínimos dentro da APS, ficando a caráter do gestor local. A diminuição da atenção básica segue, regulamentada, traçando uma caminho institucionalizado para a restrição de crescimento e a fragilização da política de saúde. Este processo se dá, como o próprio Previner Brasil, em compromisso com a lógica privatista neoliberal na qual o Estado brasileiro tem se aprofundado.

1.4 NEOLIBERALIZAÇÃO DO ESTADO BRASILEIRO E SEUS EFEITOS NO CAMPO DA SAÚDE

Na construção política, social e discursiva do SUS, operam desde sua gênese a disputa tanto em torno do financiamento, como a pertinência deste frente a compreensões voltadas à eficácia e eficiência do sistema. Todavia, ao contrário de práticas comerciais corriqueiras, os efeitos da ação do SUS não são visualizados de forma imediata, sendo possível a palpabilidade de sua eficiência. Sendo uma política de resultados a médio e longo prazo, o não imediatismo de seus efeitos benéficos na saúde da população pode contribuir para discursos que buscam desestabilizar a pertinência do serviço e o financiamento deste. A cooptação e promoção destes discursos e práticas ao longo dos últimos anos opera, entre outros aspectos, a partir da implementação da racionalidade neoliberal⁴¹ nas práticas de governo. Ainda que mais evidentes

⁴¹ É preciso considerar que sob a aparente abstração do conceito de neoliberalismo está ancorada uma forma específica de produção de pensamento social e econômico, vinculada tanto a ideias de otimização econômica, quanto à diminuição do Estado em áreas como a proteção social. A racionalidade neoliberal seria então a forma de apresentação desta enquanto matriz de pensamento. Inauguram-se assim novas formas de associação entre pessoas e coisas. Assim, para Foucault (2008) o neoliberalismo trata-se do desdobramento de um modelo econômico de oferta e procura ou investimento-custo-lucro e passa a “fazer um modelo das relações sociais, um modelo da existência, uma forma de relação do indivíduo consigo mesmo, com o tempo, com seu círculo, com o futuro, com o grupo, com a família” (p. 332).

na história recente desde 2016 com a EC 95, na história do SUS esta dinâmica se apresenta desde a década de 90.

As transformações político-econômicas da década de 90 no Brasil envolveram desde a homologação do SUS, a eleição e posterior impeachment de Fernando Collor de Mello (PTB) até a eleição de Fernando Henrique Cardoso (PSDB), que ocupou a cadeira presidencial por dois mandatos consecutivos. No início da década de 1990 o Brasil passava por profundas transformações sociais e econômicas. Experimentando os primeiros efeitos da aprovação da CF 88, a chegada de Fernando Collor de Mello ao poder trouxe também o fim da Nova República, período que sucedeu os anos da ditadura militar. Se no período os gastos sociais tiveram aumento, incluindo os gastos em saúde, a ascensão de Collor ao poder trouxe o retorno do arrocho econômico na área das políticas sociais. Esse movimento se dá tanto por questões referentes ao aumento da inflação no período, quanto ao compromisso com uma agenda neoliberal por parte do governo federal (Brasil, 2002a; Chioro e Scaff, 1999).

As relevantes oscilações, intensificadas pela inflação, tiveram as consequências previsíveis no funcionamento do sistema público. Tal inconstância e insuficiência de recursos levaram a deficiências na manutenção da rede e na diminuição do ritmo de expansão e melhoria dos equipamentos. Parte expressiva do conceito existente de má qualidade dos serviços públicos de saúde teve origem nessas deficiências de financiamento. (Brasil, 2002a, p. 17)

Esse projeto neoliberal criou um sistema privado forte e com baixa regulação pelo Estado: o da atenção médica supletiva, que se consolidou pelo tipo de financiamento (sem recursos e dependência direta do Estado) e por sua expansão às custas da perda de qualidade do setor público, fazendo com que este último passe a ser considerado o sistema dos grupos "de baixo" e o da atenção médica supletiva (privada) o do grupo dos "de cima". É a chamada universalização excludente. (Chioro e Scaff, 1999, p. 27)

A política econômica neoliberal se tornou cada vez mais permeável, especificamente nos países da América do Sul, a partir da intensificação do processo de endividamento em relação ao Fundo Monetário Internacional (FMI). Com juros que por si só poderiam afundar alguns países latino-americanos, a ferramenta da dívida foi acionada para mobilizar reformas sociais e econômicas ancoradas na racionalidade neoliberal.

Naomi Klein (2008) afirma que a crise de dívidas em que os países da América Latina estavam nos anos 80 teve seus efeitos tornados visíveis no Brasil na década de 1990, desencadeando mudanças estruturais. Para a autora, desde a década de 1980 a crise da dívida forçou países da América Latina e da África a “privatizar ou morrer”. Assim, estes países se viam impelidos a aceitar as exigências de fundos internacionais como o FMI, assim como

aceitar mudanças político-econômicas como uma forma de "tratamento de choque" para recuperação econômica.

Analisando o que subsidiou as reformas na América Latina durante os anos de 1990, Wendy Brown (2019), através de uma leitura neomarxista e foucaultiana, aponta que o neoliberalismo configura “um ataque dos capitalistas e seus lacaios políticos aos Estados de bem-estar keynesianos, as sociais-democracias e ao socialismo de Estado” (p. 29). Assim, as críticas à Constituição Cidadã, que por vezes a apontam como impedimento para o crescimento do país ao garantir ‘direitos demais’, fazem parte das produções discursivas amparadas pela racionalidade fruto do neoliberalismo. Esse tipo de crítica busca construir a ideia de que direitos demais exaurem o Estado e de que caberia aos próprios sujeitos criarem individualmente condições para assistência às suas demandas, vistas como pessoais e fora da alçada estatal.

É importante ressaltar que na década de 90 o país experimentava os primeiros anos do SUS e engatinhava em termos de organização e estruturação dos serviços. Não à toa, conforme mencionado anteriormente, o Programa Saúde da Família só é ampliado nacionalmente a partir de 1998, durante o segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso como presidente. A demarcação de quem ocupava a presidência da república quando da implementação de programas e reestruturações do sistema de saúde faz-se necessária, conforme exposto anteriormente, pela própria constituição orçamentária do SUS. Por não ter fonte fixa de financiamento, o financiamento do SUS passou a responder à inclinação de governantes ao invés de responder às demandas públicas. Nesse sentido, é somente no ano 2000, com a aprovação da Emenda Constitucional 29 que passa a ser definido um valor mínimo de financiamento para união, estados e municípios (Massuda e Malik, 2022), junto a esse movimento, em 2001 é aprovada a NOAS que “ampliou a responsabilidade dos municípios na atenção básica, definindo a regionalização da assistência e o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS” (Ceccon *et al.*, 2022, p. 24).

A última gestão de Fernando Henrique Cardoso acabou em 2002, sendo substituído por Luis Inácio Lula da Silva (PT) em 2003, inaugurando o que seriam 13 anos de governos petistas, interrompidos pelo impeachment de Dilma Rousseff (PT) em 2016. Durante o governo de Lula, houve, especialmente nos setores da saúde e da educação, grandes avanços no que diz respeito à reorganização dos sistemas e implementação de políticas para dar vazão às demandas

da população⁴². Um dos principais pontos dentro da organização das políticas de saúde a partir de 2003 foi a consideração em relação aos determinantes sociais de saúde. Conforme Cecon *et al.* (2022)

se caracterizam como as condições de vida e trabalho dos indivíduos e dos grupos que estão diretamente relacionados à situação de saúde. Compreendem os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (p. 21)

A ênfase em considerar os determinantes sociais na construção de políticas de proteção social se dava em consonância com a Organização Mundial da Saúde (OMS), que em 2005 criou comissão especializada nos Determinantes Sociais da Saúde. O Brasil tornou-se o primeiro país a criar comissão própria relativa ao tema, traçando protagonismo dentro da saúde coletiva em âmbito global (Cecon, *et al.*, 2022). Por si só, este movimento, especialmente após um período de forte crise econômica e reformas de caráter neoliberal, traz uma mudança drástica na forma de condução político-econômica do país.

Em termos de ampliação das políticas públicas a partir de 2003 destacam-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a criação do Programa Brasil Sorridente, do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e da Farmácia Popular. Várias das políticas criadas acabavam por integrar os três níveis de atenção à saúde, especialmente os serviços ofertados a partir da atenção primária, organizadora do sistema. A partir de 2013, durante a segunda gestão de Dilma Rousseff, o Programa Mais Médicos chega ao Brasil com a intenção de fixar profissionais em áreas remotas e periféricas. O programa teve recepção amarga pela classe médica, ao mesmo tempo que se tornou celebrado em cidades do interior e periferias de grandes centros urbanos que se viam preteridos por estes profissionais.

O Mais Médicos tornou-se uma das questões associadas à crise política que acabou por envolver Dilma Rousseff no período. Se os países de primeiro mundo como os EUA se viam em crise econômica desde 2008, os efeitos alcançam o Brasil e se unem a um movimento político de contestação da capacidade de gestão de Rousseff em 2013. É a partir da crise econômica instalada que se desenrolam mobilizações políticas, midiáticas e populares - muitas

⁴² Ainda que os governos de Luís Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff sejam considerados do âmbito progressista, faz-se necessário apontar a adoção de políticas e alianças ao longo do período que contribuíram para a perpetuação de práticas clássicas do neoliberalismo (Teixeira e Pinto, 2012). Todavia, traço nesta tese uma inflexão do neoliberalismo no Brasil a partir da EC 95 e da gestão de Jair Bolsonaro e Paulo Guedes diante do avanço, da institucionalização e da abertura discursiva do governo em prol da massificação das práticas de governo em direção ao campo do neoliberalismo de cunho autoritário.

vezes de base misógina - em busca do impeachment que viria a ocorrer em 2016 sob a argumentação de ‘pedaladas fiscais’ por parte de Rousseff. Ainda que posteriormente tal argumento tenha sido considerado inválido e o processo contra a presidenta arquivado, os efeitos do golpe foram imediatos. Com a ascensão ao poder de Michel Temer (MDB), vice de Rousseff, logo são aprovadas medidas que muito lembram a argumentação teórica e empírica de Klein (2008) em torno do tratamento de choque ofertado pelo neoliberalismo.

Se discursivamente o país era apresentado como uma economia fragilizada e em crise, fruto de más gestões que ‘abriram as torneiras’ do governo em prol de políticas de transferência de renda e seguridade, cabia naquele momento fazer um verdadeiro arrocho nas áreas que eram consideradas onerosas ao orçamento da União. Nesse sentido, ainda 2016, quatro meses após o impeachment de Rousseff, é aprovada a Emenda Constitucional 95 que inaugura um novo regime fiscal no país, a ser cumprido por vinte exercícios financeiros consecutivos. Na prática, a EC 95 criou um Teto de Gastos para o governo, congelando os investimentos por vinte anos. O movimento de criação da EC 95, envolvendo a articulação de grupos políticos e interesses privados, reinaugura no cenário político-econômico brasileiro a adoção de políticas de austeridade.

Essas medidas incidem sobre uma relação frágil entre o SUS e a sociedade brasileira, e caminham em paralelo ao fortalecimento ideológico do setor privado como alternativa de qualidade para o atendimento das necessidades de saúde. Conforma-se, assim, o terreno propício para dar prosseguimento à desconstrução do SUS, cujo financiamento jamais alcançou um patamar de suficiência e estabilidade, ao passo que as empresas privadas de planos de saúde sempre foram objeto de fortalecimento, por meio da destinação de incentivos financeiros contínuos. (Morosini, Fonseca e Lima, 2018, p. 14)

Safatle (2021) chama atenção para o próprio conceito de austeridade aplicado às teorias políticas e econômicas. Explorando como a austeridade passou a se referir a políticas de combate às crises econômicas, o autor afirma que o conceito “não era exatamente um termo técnico da teoria econômica, mas um termo vindo diretamente da filosofia moral” (p. 18). Safatle reporta a apropriação do termo à hegemonia neoliberal e afirma que seu uso “explicitava como valores morais eram mobilizados para justificar a racionalidade de processos de intervenção social e econômica” (p. 18).

Chama-se por austeridade fiscal o corte das fontes de financiamento dos “direitos sociais” a fim de transferir parte do orçamento público para o setor financeiro privado por meio dos juros da dívida pública.(...) A captura do orçamento pelo capital financeiro envolve a formulação de um discurso que transforma decisões políticas, em especial as que envolvem finanças públicas e macroeconomia, em decisões “técnicas”, de “especialistas”, infensas à participação popular. (Almeida, 2020)

Note-se que ser contra a austeridade é, inicialmente, uma falta moral, um desrespeito ao trabalho de terceiros, além de uma incapacidade infantil de retenção e poupança. Criticar a austeridade é assim colocar-se fora da possibilidade de ser reconhecido como sujeito moral autônomo e responsável. Da mesma forma, era moral a defesa de que os indivíduos deveriam parar de procurar “proteção” nos braços paternos do Estado-providência a fim de assumir a “responsabilidade” por suas vidas (...). (Safatle, 2021, p. 18).

Desta forma, é comum que a defesa de políticas de austeridade rebata as críticas a estas como desconhecimento do funcionamento do Estado ou mesmo a ideia de que os indivíduos buscam se aproveitar do governo para serem sustentados por este. Dentro desta ótica, as reformas de austeridade operam na via da crítica ao funcionalismo público, aos gastos com educação, saúde e as demais políticas e programas de assistência e transferência de renda. A crítica ao SUS, por exemplo, muitas vezes opera a partir da defesa do desmantelamento do serviço por conta de uma pretensa ineficiência deste, seja na gestão ou no atendimento ao público. Todavia, a crítica omite o crônico desfinanciamento do SUS, a precarização deste e a quase teimosia de seus funcionários e gestores em torná-lo referência mundial em serviço público e gratuito de saúde.

Ana Tsing (2019), recuperando Latour, aborda a dificuldade de os antropólogos dialogarem sobre ‘os destroços’.

Não devemos ter medo, ele argumenta, das acusações de sermos apocalípticos; em vez disso, devemos usar o apocalipse como um tropo para aumentar nossa consciência. Naturalmente, devemos ficar encantados se nossas expectativas forem provadas falsas. Mas essa esperança não deve atrapalhar a descrição dos terrores. Esse argumento parece-me uma importante provocação para os antropólogos. Meu palpite é que uma das principais razões pelas quais os antropólogos não descrevem “destroços” é por medo de serem chamados pelos nomes — não apenas apocalípticos, mas também como românticos e, pior ainda, estúpidos. (Tsing, 2019, p. 173)

Ortner (2020a) destaca o neoliberalismo como uma formação econômica e governamental. No campo da antropologia, a autora aponta o crescimento de pesquisas que abordam não só a temática, como seus efeitos na vida social dos indivíduos e os locais em que estes circulam.

Chamo isso de ascensão da “antropologia sombria”: isto é, a antropologia que enfatiza as dimensões duras e brutais da experiência humana, e as condições estruturais e históricas que as produzem. Essa mudança para a antropologia sombria (incluindo tanto a “teoria sombria” quanto a “etnografia sombria”) é, ao menos em parte, uma resposta às críticas internas que acabamos de delinear, mas também uma resposta - eu argumentaria - às condições crescentemente problemáticas do mundo real sob o neoliberalismo (Ortner, 2020a, p. 29)

Entre as abordagens possíveis da temática, Ortner (2020a) indica pesquisas antropológicas que se dividem ao encarar o neoliberalismo através de sua ênfase econômica, enquanto outras abordam a neoliberalização da sociedade no processo de produção de sujeitos empreendedores

de si e autogeridos. É neste processo que surgem trabalhos abordando o lado mais obscuro das práticas do neoliberalismo, expondo cenários de ampliação de precarização e violência, em seus mais variados aspectos. Entre as críticas possíveis, uma fetichização e exotização do sofrimento sob a égide neoliberal. Todavia, se faz necessário compreender o fenômeno do ponto de vista da crítica e do registro histórico desses movimentos.

é importante reconhecer esses trabalhos não como exemplos de uma “pornografia miserável” (por mais sombrios que sejam), mas como exemplos de um gênero etnográfico crítico novo e importante, lançando luz sobre o mundo em que vivemos hoje e revelando seu funcionamento interno. (Ortner, 2020a, p. 40)

Recuperando o trabalho de autores como Arjun Appadurai e David Graeber, Ortner aponta dentro da antropologia a própria transformação do lugar do pesquisador. “O que há de novo em muitos desses estudos é a virada para a “antropologia ativista”: isto é, um trabalho no qual os próprios antropólogos não estão simplesmente fazendo a pesquisa, mas estão diretamente envolvidos nos movimentos.” (Ortner, 2020a, p. 42). Castro (2019), indica a relação entre a indústria farmacêutica e o Brasil, este enquanto celeiro de pacientes, entre outros aspectos, pela falta de acesso dos sujeitos à tratamentos adequados. Esta dinâmica denota as fragilidades do sistema de saúde em responder às demandas da população. “letalidade e valor são aparentemente sinônimos, e o modo de gestão necropolítica dessa enorme população aponta para uma articulação intensa entre os interesses e modos de ação do estado brasileiro e do mercado farmacêutico internacional.” (Castro, 2019, p. 19). Assim, a descrição do avanço do neoliberalismo no Brasil e seus efeitos no campo da saúde se faz não só como registro, mas como denúncia fruto de uma prática antropológica comprometida eticamente.

Como efeito produtivo da EC 95, surge em 2019 o Programa Previne Brasil como a nova forma de financiamento da atenção primária. A partir deste, parte do repasse de verbas aos municípios torna-se vinculado ao número de indivíduos já cadastrados nas unidades e ao cumprimento de metas relativas a programas de assistência materno-infantil, saúde da mulher e manejo de doenças crônicas. O Previne Brasil opera na via da diminuição da atuação do Estado como provedor de acesso à saúde, assim como na perspectiva da supressão de políticas públicas de assistência e transformação social. Até antes dele, conforme mencionado anteriormente, o PAB fixo e variável financiavam a APS a partir de repasse automático. É a partir do Previne que ressurgem os elementos vinculados à produtividade dentro do sistema, assim como a restrição orçamentária ao financiamento proporcional aos indivíduos regularmente cadastrados nos serviços de saúde, não mais o público estimado do território. Essa medida vai de encontro ao fundamento de universalização do acesso à saúde, apesar do

programa tenha sido divulgado oficialmente como uma forma de aumentar os cadastros na rede, contemplando uma maior parcela da população.

A fórmula de orçamento proposta através do Previde Brasil faz o serviço de saúde ofertado pelo Estado entrar na lógica da administração de empresas privadas. Essa forma de encarar o serviço público e o financiamento deste fazem parte das ideias de otimização e austeridade propagadas pela racionalidade neoliberal. Pensando em seus efeitos no SUS, a universalidade do atendimento, que fica comprometida a partir do Previde Brasil, torna-se um gasto desnecessário e danoso para a otimização financeira do Estado. Dessa forma, o Previde Brasil soma-se à EC 95, aos constantes cortes no orçamento federal, aos demais cortes em áreas como educação pública e a privatização (ou tentativas desta) de empresas estatais como efeitos das políticas de austeridade. Em uma lógica de empresa em que as relações sociais e econômicas são vistas pela mesma ótica, as demandas produzidas pela sociedade civil são vistas como impeditivos para o funcionamento do Estado. Sobre a privatização econômica neoliberal e seus efeitos de transformação da nação pela ótica da empresa privada, Wendy Brown (2019) afirma que esta é uma subversão da democracia e que “ela gera e legitima a desigualdade, a exclusão, a apropriação privada dos comuns, a plutocracia e um imaginário democrático profundamente esmaecido” (p. 141). Nesse cenário, o direito à saúde, educação e assistência social garantidos a partir da Constituição Cidadã são lidos como gastos desnecessários e são combatidos discursivamente e financeiramente por aqueles que encaram o Estado como empresa e as comunidades e a própria ideia de população como a mera localização geográfica de indivíduos. Sem laços sociais ou obrigações com os cidadãos, o orçamento do governo torna-se livre para responder ao mercado financeiro.

É dentro desse estado quase ingovernável (Chamayou, 2020) fruto das demandas do social, que surge a necessidade da implantação de políticas de austeridade. Se o fortalecimento da CF 88 e o SUS foram na década de 1990 fruto da consolidação de pautas progressistas frente à crescente inclinação dos Estados em direção ao neoliberalismo e a seus efeitos restritivos no campo das políticas sociais, desregulamentação do emprego e desarticulação do Estado, mais de 30 anos depois cabe às atuais reformas de austeridade econômica o papel de recuperar as pautas neoliberais.

Abordando a necessidade de despolitizar a sociedade para responder aos fins ideológicos da organização do governo neoliberal, Chamayou (2020) explora como esta ideologia promove uma redistribuição do Estado para “ao mesmo tempo se retirar quase por

completo de certas áreas e a reinvestir com vigor em outras” (p. 367). Recuperando a discussão de Alan Wolfe sobre as políticas de austeridade e as despesas de governo, Chamayou afirma ainda que por trás da ideia de despesa operam sempre *necessidades reais de pessoas reais*. Desta forma, ao falar sobre os cortes e modificações do financiamento do SUS e de outras políticas vinculadas aos direitos sociais, fala-se do abandono do Estado em relação ao compromisso com a oferta de assistência de qualidade aos cidadãos.

Chamayou (2020) relembra as propostas do neoliberal Madsen Pirie e a ideia deste em relação à micropolítica da privatização. A ideia de Pirie é que este método permitiria o início de ações, por parte dos governos, em prol de reformas políticas sem exaltar ou alarmar a população. Através de uma espécie de ‘engenharia social’, caberia ao método da micropolítica de privatizações “gerar circunstâncias nas quais os indivíduos serão motivados a preferir adotar a alternativa da oferta privada e nas quais as pessoas tomaram individual e voluntariamente decisões cujo efeito cumulativo propiciará o advento do estado de coisas desejado” (Chamayou, 2020, p. 370). Em termos de saúde pública brasileira, é através do sucateamento dos serviços, do desfinanciamento e da construção discursiva do SUS enquanto gasto desnecessário, assim como da valorização do individualismo e da superioridade do serviço privado, que as micropolíticas são construídas para vender a ideia da ineficiência dos serviços. É a base desta forma de micropolítica que fortalecia o mercado privado na década de 90 e agora continua a promover cortes sucessivos na área da saúde, por vezes imobilizando o sistema de saúde, como a EC 95 e seu Teto de Gastos.

Como efeito do Teto de Gastos, especificamente no enfraquecimento da APS, pesquisadores estimaram em 2019 que ocorreriam 27 mil mortes até 2030 por causas evitáveis⁴³. Eles se referiam a problemas facilmente prevenidos e tratados através da APS. Esta projeção foi feita em um cenário anterior à pandemia de COVID-19 onde não eram consideradas a ocorrência de novas epidemias locais, tampouco uma pandemia de efeito global e que afetou de forma tão severa os sistemas de saúde, especialmente onde não se tinha uma rede ampla e articulada, associada à boas práticas de governança. No caso brasileiro, ainda que o SUS tenha operado como grande chave para o rastreamento de sintomas e contágios,

⁴³ Estudo estima 27 mil mortes até 2030 com impacto do teto de gastos na Saúde. Disponível em: <<https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/05/03/estudo-estima-27-mil-mortes-ate-2030-com-impacto-do-teto-de-gastos-na-saude.ghtml>>.

atividades de prevenção e práticas de cuidado com objetivo de tratamento e cura, outros fatores afetaram a proporção da doença em território nacional.

A produção de discursos negacionistas, a promoção de medicações e tratamentos ineficazes e as estratégias para minar as possibilidades de assistência à saúde e o próprio rastreamento da doença contribuíram para o avanço das infecções e a vitimização da vida de quase 700 mil brasileiros entre 2020 e 2022. É preciso considerar que estas foram as fatalidades registradas, ficam fora desta conta os casos não registrados como óbito por COVID-19, os sujeitos que carregam sequelas da doença - também chamada de Covid longa - assim como as mortes vinculadas a adoecimentos que ficaram sem assistência em frente ao medo, ao desconhecimento e aos discursos desencontrados e negacionistas em narrativas rivalizadas entre governo federal, estaduais, municipais, órgãos de imprensa e órgãos como a Fiocruz e o Instituto Butantã.

A ideia de que a COVID-19 poderia ser melhor enfrentada em locais com rede de saúde articulada foi colocada à prova durante os dois primeiros anos da pandemia. Ainda que competindo com discursos do governo federal em torno de minimizar ou negar a pandemia, alguns governos estaduais e municipais se uniram em prol do trabalho em rede para dar vazão às demandas ocasionadas pela pandemia. No caso do Ceará, o então governador Camilo Santana (PT), atual Ministro da Educação, se uniu aos demais governadores que não faziam parte da base bolsonarista do governo, formando uma rede de colaboração em prol não só do combate à COVID-19, mas também a divulgação dos números reais da doença no país. A estratégia adotada pelo estado do Ceará se multiplicou nas cidades do interior, especialmente em municípios que não estavam vinculados ao então presidente da república Jair Bolsonaro⁴⁴. No caso de Sobral, na ocasião tendo Ivo Gomes (PDT) como prefeito, a lógica de assistência em saúde a partir do SUS foi baseada na descentralização do cuidado. Longe de estabelecer focos de cuidado específico para a doença em regiões centrais, os Centros de Saúde da Família, localizados dentro dos bairros, tornaram-se pontos de testagem e acompanhamento da evolução dos casos. Nesse momento a rede de saúde foi reorganizada em prol do monitoramento, diagnóstico e tratamento.

⁴⁴ A separação ideológica entre governos estaduais e o governo federal, materializado através de Jair Bolsonaro, implicou não só em diferenças quanto à divulgação de dados relativos à COVID-19, quanto de manejo de insumos e estabelecimento de protocolos. Conforme noticiado pelo jornal El País, em março de 2020 o presidente, ao invés de incentivar o uso de máscara e outras medidas de proteção, viajava pelo país causando aglomerações e vilanizando o uso de máscara. Ver em <https://brasil.elpais.com/brasil/2021-03-02/governadores-elevam-pressao-sobre-bolsonaro-enquanto-brasil-mira-caos-no-pior-momento-da-covid-19.html>

O agregado social formado pela rede de saúde - incluindo profissionais, usuários, gestores, objetos, equipamentos, diretrizes, leis etc. - foi tornado instável a partir da emergência da COVID-19. Não que a própria estrutura deste fosse imóvel e permanente, especialmente dado a constante circulação de novos profissionais e inovações técnicas, mas dentro da rede de saúde local existia um mínimo de previsibilidade a partir da certeza do imponderável dos territórios - as demandas que podem surgir por parte da população e ambiente - e as diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica, que define quais atores estão incluídos na rede e quais as bases para suas formas de atuação. O movimento que a COVID-19 gera dentro da rede é de instabilidade ao trazer não só um novo elemento - o vírus - mas também diferentes demandas para os atores, novos elementos técnicos-científicos, discussões políticas e elaborações midiáticas, inclusa a própria divulgação do número de testes realizados, contágios e óbitos.

Luciana atuava como psicóloga dentro da rede de saúde no decorrer do primeiro ano da pandemia. Com sua atuação focada no suporte às demandas dos usuários do Centros de Saúde, tinha carga horária dividida entre dois CSF e carga de estudo como residente. Nos primeiros meses de 2020, quando as notícias de contágio se tornaram cada vez mais frequentes em nível nacional, Luciana foi retirada do território em que atuava. Teve seu trabalho deslocado para o monitoramento de infecções e de testes realizados. Ela, assim como outros profissionais que atuavam nos CSF como residentes, teve seu trabalho remanejado e a fim de produzir dados. Recordo o momento como de crise ao afirmar que tinha entrado na residência para atuar como psicóloga, mas estava fazendo um trabalho de controle epidemiológico registrando testes e monitorando resultados. O trabalho a que Luciana se refere foi uma força-tarefa criada pelo município para tentar prestar contas - para a gestão e para a população - sobre o avanço das infecções por COVID-19 no município. Era a partir do monitoramento feito por Luciana e por outros profissionais fisioterapeutas, fonoaudiólogos, enfermeiros etc. que os dados eram colhidos, transformados em tabelas e encaminhados para o prefeito e para a secretaria de comunicação de Sobral. Esses dados, que Luciana não entende como se tornaram uma função dela e dos colegas, acabavam por gerar Informes Epidemiológicos que eram diariamente divulgados através do site da Prefeitura Municipal de Sobral e das contas oficiais do prefeito, da prefeitura e da secretaria de saúde no aplicativo Instagram. Longe de seguir as recomendações da PNAB ou as funções elencadas no edital de entrada da Residência a qual Luciana estava vinculada, às demandas da COVID-19 e as decisões da gestão local incluíram novas práticas, atores e associações no campo da atenção primária. Modificações que não se resumiam ao trabalho de monitoramento por telefone ou através de planilhas, mas modificavam

também a forma como os profissionais de saúde atuavam nos CSF e fora deles. Salas foram readequadas, equipamentos de proteção individual passaram a fazer parte da vestimenta diária⁴⁵, a interrupção dos lanches coletivos na copa do CSF e as próprias rotinas de retorno para casa e desinfecção surgiram como partes integrantes do ser trabalhador da rede de saúde. O vírus se tornava naquele momento um mediador, atravessando todas as instâncias do trabalho e da rede que até então operava de forma organizada e estruturada.

No mesmo período da explosão de casos de COVID-19, chegava à rede de saúde a demanda pela implementação do Previn Brasil e as demandas de produção a partir dele. Dado que em um primeiro momento, em fase aguda de negacionismo, o governo federal não se manifestou em relação ao tema, coube às gestões locais tomarem decisões quanto ao cumprimento das demandas do programa. Em Sobral, Cíntia, que naquele momento atuava na gestão da rede, afirma que foi tomada a decisão de abandonar os registros eletrônicos - parte decisiva para a contabilização de produção dentro do Previn - considerando que o uso de computadores durante os atendimentos poderia ser instrumento de propagação do vírus entre profissionais. A atitude, conforme relatado por Cíntia, teve repercussões financeiras para o município, influenciando o repasse federal, mas foi uma decisão que ela considera acertada dado o contexto da pandemia.

Apesar da implantação do Previn Brasil e da cada vez menor participação do governo federal no financiamento da Atenção Básica, iniciativas locais seguiram na contramão da diminuição da rede de saúde. Em Sobral, a rede da APS contava até 2022 com 38 Centros de Saúde em funcionamento, além de novas unidades em processo de construção. Contando com uma cobertura de 100% do território, Sobral destoa do resto do país onde a cobertura da AB é de 78,06% e do próprio estado do Ceará que conta com 87,80% de cobertura. Para compreender os motivos que tornam Sobral referência em termos de Atenção Básica frente ao panorama nacional e aos cortes do financiamento federal, faz-se necessário tornar visível a rede sociotécnica que constrói, executa e participa da oferta de atendimento em saúde no município. Para além, é preciso compreender como os modos de fazer locais se articulam frente às políticas de austeridade e a dimensão individualizante do neoliberalismo considerando o papel do Estado em relação aos cidadãos.

⁴⁵ Sobre o tema, levantamento da Rede APS demonstrou que a oferta de equipamentos de proteção individual (EPI) na atenção básica foi um dos grandes problemas da pandemia, incluindo disparidades entre as regiões do país. Considerando um conjunto de quatro EPI – máscara cirúrgica, máscara N96/PFF2, avental impermeável e visor/face shield/óculos de proteção – foi observada a oferta permanente destes em apenas 44,9% das unidades básicas de saúde pesquisadas (Bousquat *et al.*, 2021).

CAPÍTULO 2 – PREVINE BRASIL: PRODUTIVIDADE, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Neste capítulo considero a apresentação do Previne Brasil enquanto objeto técnico (Akrich, 2014) no campo da atenção primária, desta forma, busco tornar visível as associações envolvidas na criação deste programa, assim como os elementos que ele inaugura neste nível de atenção à saúde. Considerando as implicações do Previne Brasil nas esferas de avaliação, monitoramento e produtividade, o programa é abordado aqui a partir de discussões teóricas e dados etnográficos. Através dos relatos das primeiras experiências com o programa em Sobral, são descritos os movimentos envolvidos no processo de tentativa de transformação do Previne Brasil em elemento estável dentro do sistema de saúde, modificando rotinas, processos e sujeitos.

2.1 AVALIAÇÃO NA APS: DO PMAQ AO PREVINE BRASIL

Desde a criação do PSF tornou-se um desafio dentro do SUS a ampliação do programa, juntamente do incremento de qualidade. Sendo a base da APS, eixo organizador do sistema de saúde, a melhoria do PSF se apresentou como questão central para o fortalecimento de todos os níveis da rede de atenção à saúde. Oficialmente instituído a partir da Portaria nº 2.979, de 12 de Novembro de 2019, para além do caráter de financiamento, o Previne Brasil apresenta-se como uma forma de incentivar a melhoria dos serviços no nível da APS, inaugurando a relação direta entre financiamento de custeio e avaliação de produtividade dentro das ações e serviços desenvolvidos pelas equipes da ESF. O programa surge também para substituir o que até então figurava dentro da atenção básica como eixo de avaliação e melhoria do acesso aos serviços.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade - Atenção Básica (PMAQ-AB) operava desde 2011 como uma estratégia de qualificação, acompanhamento e avaliação da atenção básica. Contando com três fases e um eixo estratégico transversal, o PMAQ foi reformulado em 2015 através da Portaria nº 1.645, na gestão de Artur Chioro junto ao Ministério da Saúde, durante o governo de Dilma Rousseff (PT). Entre as diretrizes do programa figuravam a necessidade de estabelecer parâmetros de qualidade, considerando a realidade local; estímulo à melhora dos parâmetros de acesso e qualidade; a transparência em todas as etapas; o envolvimento de gestores, profissionais e usuários (Brasil, 2011b).

O PMAQ era realizado através de ciclos de 24 meses, contando com adesão voluntária por parte dos municípios. Ou seja, longe de serem obrigados a adotar o programa, os municípios eram incentivados a fazer parte do processo de avaliação e qualificação, com vias de melhorar os indicadores relativos tanto à promoção de programas, quanto à estrutura física das unidades,

além da relação de vínculo com os usuários e comunidades. Caso o município adotasse o programa, ele poderia incluir todas as equipes da ESF ou apenas algumas equipes, de acordo com a decisão da gestão municipal.

Divididos entre parâmetros de desempenho e monitoramento, o PMAQ operava a partir de 47 indicadores, respondendo a sete eixos estratégicos: saúde da mulher, saúde da criança, doenças crônicas, produção geral, doenças transmissíveis, saúde mental e saúde bucal⁴⁶ (Brasil, 2015b). Os repasses financeiros ligados ao programa, realizados através do PAB-variável, ocorriam em dois momentos: na homologação dos municípios e após a segunda fase de cada ciclo. Os valores eram repassados considerando o número de equipes contratualizadas no programa, a disponibilidade orçamentária do Ministério da Saúde e o fator de desempenho alcançado pelas equipes (Brasil, 2011b).

Durante o período de funcionamento, o PMAQ traçou novos parâmetros para a APS, contribuindo com uma maior produção de dados referentes à atenção primária, assim como demonstrando a melhoria na estrutura física dos serviços, e nos processos de atendimento e acesso. Para além, pesquisas indicaram as potencialidades do programa no que diz respeito desde a formação continuada dos profissionais, até o fortalecimento do programa como ferramenta de gestão, estímulo e avaliação de desempenho na APS. Todavia, as críticas ao PMAQ envolviam principalmente o caráter de adesão voluntária ao programa, considerando que este criava um viés nas informações produzidas. Além disso, criticava-se a complexa rede necessária para a obtenção de dados para avaliação, o curto espaço entre os ciclos de avaliação e a vinculação de resultados ao repasse financeiro (Zanoni, 2021).

No caso do Previnde Brasil, tanto do seu lançamento em 2019 até o final de 2022, o programa operava a partir de sete indicadores em seu caráter de pagamento por desempenho. Conforme apresentado abaixo na Tabela 2, apesar de coincidirem com os eixos estratégicos do PMAQ, os indicadores adotados pelo Previnde acabam restringindo a atenção à saúde bucal à obrigatoriedade de pelo menos uma consulta durante o pré-natal da gestante e excluindo os parâmetros de ações relativas à hanseníase e tuberculose, assim como os relativos à saúde mental.

⁴⁶ Cada um destes eixos tem ações de desempenho e monitoramento a serem consideradas no cálculo geral que ao fim do segundo ciclo do PMAQ classificaria as equipes como ótimo, muito bom, bom, regular e ruim (Brasil, 2015b; Brasil, 2011b).

Tabela 2 - Indicadores de pagamento por desempenho relativos ao ano de 2020.

Ações	Indicador	Parâmetro	Meta 2020	Peso
Estratégicas Pré-Natal	Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação ⁴⁷	>=80%	60%	1
	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	>=95%	60%	1
	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	>=90%	60%	2
Saúde da Mulher	Cobertura de exame citopatológico	>=80%	40%	1
Saúde da Criança	Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente	>=95%	95%	2
Doenças crônicas	Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre	>=90%	50%	2
	Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada	>=90%	50%	1

Fonte: Brasil (2019)

Estes indicadores, seus parâmetros e metas têm por referência a porcentagem da população cadastrada junto às unidades de saúde, não considerando o total estimado de moradores da área. Ainda que outras ações fora do escopo dos indicadores sejam incentivadas a serem desempenhadas na APS, a ausência destas entre os indicadores do Previne as coloca em um aparente menor nível de importância. Isso se dá não por conta do desinteresse de gestores ou equipes, tampouco por conta da não apresentação dessas demandas, mas pela necessidade de foco no alcance dos sete indicadores instituídos e a dependência deste alcance para a viabilização do financiamento.

Além do índice de alcance dos indicadores, o programa passou a produzir seu cálculo de repasse também em cima de dados relativos à capitação ponderada e incentivo para ações estratégicas. Após a publicação da portaria que lança o Previne Brasil, em janeiro de 2020 foi divulgada nova portaria referente à metodologia de cálculo e periodicidade da avaliação.

A avaliação do desempenho das equipes Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Primária (eAP) no conjunto dos indicadores será consolidada em um Indicador Sintético Final (ISF), que determinará o valor do incentivo financeiro a ser transferido ao município. O ISF corresponde ao cálculo do desempenho do conjunto dos sete indicadores selecionados. Esse indicador será aferido a cada 04 (quatro) meses com repercussão financeira para os 04 meses subsequentes. Esse ciclo se repete quadrimestralmente. (Brasil, 2020)

Posteriormente o resultado quadrimestral do ISF passou a ser explorado pela SAPS como uma forma de demonstrar experiências de sucesso do programa, inclusive com publicações no site

⁴⁷ Em 2022 houve alteração em relação ao indicador, passando a serem consideradas consultas realizadas sendo a primeira até a 12ª semana de gestação. A alteração foi feita através da Nota Técnica nº 13/2022-SAPS/MS.

da secretaria e no perfil oficial do Instagram ligado a esta. Elencando notas máximas entre municípios de diferentes composições geográficas tanto em termos de população quanto território, assim como do número de equipes da ESF atuantes, os municípios passaram a ganhar relevância em termos de capacidade técnica a partir do reconhecimento do Ministério da Saúde.

Deiva Zanoni (2021), diante de revisão de literatura a respeito do PMAQ, aponta que uma das críticas a este programa, especificamente em relação ao repasse financeiro, seria a possibilidade de o gestor local selecionar equipes com os melhores resultados para fazerem parte da avaliação e assim levar recursos financeiros para o município. Ou seja, a participação das equipes se daria não pelo empenho em avaliação e melhorias de equipes deficitárias, mas pelo empenho em receber o incentivo financeiro vinculado ao PMAQ⁴⁸. Nesse sentido, o traço mais marcante da diferenciação entre o PMAQ e o Previne Brasil, em termos de financiamento, seria que, enquanto anteriormente a desconfiança de parte dos críticos ao programa era de os gestores atuarem a fim de receber um valor extra, agora a maior parte do valor recebido é diretamente relativo à produtividade de todas as equipes do território. Ao invés de um interesse, passa a operar a necessidade de cumprir os requisitos do programa a fim de viabilizar o financiamento dos serviços, reunindo elementos de avaliação a partir da vinculação a dinâmicas de produtividade em caráter obrigatório. Ainda que considerando as limitações relativas à adoção voluntária ao PMAQ, em 2019 80% das equipes de saúde da família estavam vinculadas ao programa, consolidando um repasse de cerca de 2 bilhões de reais (Harzheim *et al.*, 2020a).

O processo de criação do Previne Brasil ocorre simultaneamente com a adoção de um novo projeto político-econômico no país, consolidado a partir da chegada ao poder de Jair Bolsonaro, sob orientação econômica de Paulo Guedes. A partir daquele ponto, foi baseado nas recomendações de Guedes junto ao Ministério da Economia que se ampliou um modo de relação entre políticas públicas e o financiamento destes ancorados na perspectiva da racionalidade neoliberal. Esta perspectiva permitiu, a partir de 2019, o fortalecimento de uma lógica gerencialista dentro do sistema de saúde, a partir da noção ‘racionalização de recursos’. (Morosini, Fonseca e Baptista, 2020). Assim, no interior do SUS a adoção deste modelo em financiamento e pensamento político-econômico promoveu também “mudanças que abrangem nomenclatura, reestruturação organizacional e produção de instrumentos normativos” (*Ibid*, p. 2). Desta forma, a adoção deste modelo operou modificando os elementos da rede em seus mais

⁴⁸ Conforme a Portaria nº 204/2007, os valores repassados através do PMAQ deveriam obrigatoriamente serem agregados a ações de melhoria no âmbito da Atenção Básica, não cabendo desvios de recursos para outras áreas da saúde ou de outras secretarias.

diversos níveis, introduzindo novos objetos e atores ao mesmo tempo que modificou as ações dos já presentes anteriormente e as formas de organização e ação até então autorizadas.

Logo do início do governo Bolsonaro, o Ministério da Saúde, então sob o comando de Luiz Henrique Mandetta, o primeiro do que viriam a ser quatro ministros da saúde ao longo da gestão⁴⁹, dividiu a Secretaria de Atenção à Saúde de modo a consolidar o setor através três secretarias. Assim, foram criadas naquele momento a Secretaria da Atenção Primária à Saúde (SAPS), a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES), que se juntaram à Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI)⁵⁰, já existente dentro do MS desde 2010. Na área da APS, autoras chamam a atenção para o fato de que a partir daquele momento ocorreu uma intensificação na produção de normativas para a área. Operou-se ainda a proposta de reforma da área a partir do financiamento, regulação e prestação de serviços (Morosini, Fonseca e Baptista, 2020). Estas reformas foram a base para o que posteriormente materializou-se como:

A nova proposta de financiamento, Programa Previne Brasil 12, altera de forma estrutural a lógica indutiva de organização da política de saúde e aporta três mudanças principais para a atenção básica: extingue os pisos fixo e variável (PAB); introduz o repasse dos recursos federais pelo número de pessoas cadastradas; e estabelece nova forma de pagamento por desempenho.

Sobre a regulação do sistema, em agosto do mesmo ano, o Ministério da Saúde encaminhou para o Congresso Nacional a Medida Provisória (MP) no 890, convertida em dezembro na Lei no 13.958, que institui o Programa Médicos pelo Brasil (PMB) e autoriza a criação da Agência para Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), instituição de direito privado, com modalidade paraestatal (Serviço Social Autônomo).

Quanto à prestação e provisão de serviços, também em agosto, o Ministério da Saúde apresentou a proposta da Carteira de Serviços para a APS (CaSAPS), estabelecendo a relação de serviços a serem ofertados pela atenção básica. Nesse caso, o Ministério da

⁴⁹ Além dos quatro ministros, o país contou com período de vacância do cargo após Nelson Teich renunciar em pouco mais de um mês à frente do ministério. Assim, entre 15 de maio e 2 de junho de 2020, no auge da primeira onda da pandemia de COVID-19 o país ficou sem Ministro da Saúde, cabendo ao general Eduardo Pazuello, segundo na pasta durante a gestão de Teich, assumir interinamente a pasta. Pazuello posteriormente foi nomeado por Jair Bolsonaro como ministro da saúde. Na ocasião, notícias davam conta de que a presença do general no ministério estaria ligada diretamente à recusa de civis em assumirem a pasta e incentivarem medidas relativas à COVID-19 defendidas pelo então presidente, que contrariavam as recomendações de órgãos como a Organização Mundial da Saúde. Sobre o tema, ver em <https://www.bbc.com/portuguese/geral-53424937.amp>

⁵⁰ Quando da publicação da portaria que traçou a criação das secretarias citadas, houve também a suspensão da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Na ocasião, as críticas se lançaram tanto em torno de um potencial enfraquecimento das secretarias diante da separação, assim como da fragilização do controle social dentro do SUS. Para Angélica Fonseca, pesquisadora da Fiocruz, a separação das secretarias poderia se mostrar apenas um discurso de gestão, sem melhora real na qualidade da atenção à saúde (Antunes, 2019). Entre os efeitos do governo Bolsonaro nas secretarias, cabe frisar a atuação da SESA. As populações assistidas pela secretaria foram afetadas diretamente não só pela má gestão federal, como pelo abandono das pautas trazidas pelas lideranças. No caso dos Yanomamis, ofícios enviados pela SESA entre junho de 2021 e março de 2022 alertavam em torno da situação crítica nutricional destes. Os ofícios não só foram ignorados, como em 2022 o governo federal fez corte de R\$ 250 milhões para a saúde indígena. (Lucena, 2023; Valente, 2022). Conforme dados obtidos pela BBC News através da Lei de Acesso à Informação, nos quatro anos do governo de Jair Bolsonaro a morte de yanomamis aumentou em 331% quando comparado aos quatro anos anteriores. Destes, 177 indígenas morreram com causas vinculadas à desnutrição (Fellet e Prazeres, 2023).

Saúde abriu consulta pública por uma semana e, após quatro meses, divulgou o documento consolidado. (Morosini, Fonseca e Baptista, 2020, p. 3)

Ou seja, dentro de um curto espaço de tempo houve uma intensa operação de modificação das próprias bases estruturais da APS, consolidando um plano de atenção ancorado em uma “visão contemporânea, democrática e liberal da necessidade de reforma do Estado brasileiro” (Harzheim *et al.*, 2020a, p. 2). Na ocasião de formulação e publicação do Previne Brasil enquanto nova política de financiamento, Erno Harzheim ocupava o cargo de Secretário da SAPS, encabeçando o processo de reforma.

É possível notar que a implementação do Previne Brasil se deu através da ampliação de controvérsias sobre o tema, desencadeando artigos que exaltavam o programa, ao mesmo tempo que produziu respostas de críticos que apontavam as fragilidades e inconsistências deste.

Um documento se torna científico quando tem a pretensão de deixar de ser algo isolado e quando as pessoas engajadas na sua publicação são numerosas e estão explicitamente indicadas no texto. Quem o lê é que fica *isolado*. A cuidadosa indicação da presença de aliados é o primeiro sinal de que a controvérsia está suficientemente acalorada para gerar documentos técnicos. (Latour, 2011, p. 48)

A produção acadêmica sobre o Previne Brasil ocorre especialmente no período em que esta reforma era fundamentalmente teórica, entre 2019 e o início de 2020. Longe de dados empíricos próprios ao território brasileiro, a reforma era descrita por seus autores como inovação necessária para a evolução do sistema de saúde brasileiro a partir de modernização (Harzheim, 2020). Já os críticos, em sua maioria sanitaristas, a descreviam como um passo adiante no processo de diminuição do Estado no campo das políticas públicas com foco na privatização e na suspensão do direito universal à saúde fundamentado a partir da CF 88 (Morosini, Fonseca e Baptista, 2020; Massuda, 2020). Ainda que o campo em que esta pesquisa foi desenvolvida retorne dados empíricos para as especulações tanto dos criadores da reforma da APS quanto dos críticos a estas, cabe compreender a base para tais modificações, especialmente considerando que elas operam de modo a tentar produzir não só um modo de funcionamento do sistema de saúde, como um sujeito ideal produtivo e competitivo como profissional da assistência.

Conforme mencionado anteriormente, ocorreu uma profusão de normativas a partir da SAPS. Essa dinâmica produtiva, longe de evidenciar planejamento estratégico para melhoria do sistema, operou a partir de diretrizes incompletas e movimentos de tapa-buraco (Morosini, Fonseca e Baptista, 2020), demandando correções e esclarecimentos através de normativas e notas técnicas diversas. Um exemplo prático diz respeito aos indicadores vinculados ao Previne Brasil. Primeiramente divulgados através da Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que

contava com o planejamento da expansão de indicadores para 2021 e 2022, os indicadores, seus pesos e porcentagem foram sendo modificados ao longo dos anos seguintes. As informações referentes à estas mudanças foram divulgadas em notas técnicas que alteravam as anteriores⁵¹, construindo um lastro documental de difícil compreensão para quem está na ponta da rede de saúde e mesmo para gestores e demais membros de órgãos de controle social⁵². Durante a pesquisa de campo, a profusão de informações sobre o Previne e suas demandas, seja através das notas, diretrizes e ou dos repasses de informações a partir da gestão municipal, gerências dos serviços e chefes de equipes levou a comentários como “não está contando agora, mas próximo quadrimestre já vai contar” e imprecisões relativas ao peso de cada indicador.

O planejamento em torno da ampliação dos indicadores dentro do Previne Brasil não contava com a COVID-19, ainda que esta já se apresentasse como ameaça pandêmica quando do lançamento das primeiras notas em 2020, tampouco com a problemática da imensa maioria dos municípios não conseguirem cumprir as metas estipuladas para os tais sete indicadores. Como exemplo, em setembro de 2022, notícia da Folha de São Paulo revelou dados referentes aos resultados do primeiro quadrimestre de 2022, onde apenas 3% dos municípios cumpriram as metas relativas ao controle de diabetes e hipertensão. No que diz respeito à meta de realização do exame citopatológico, apenas 4% dos municípios cumpriram a meta estabelecida pelo programa. Os dados compilados pela matéria são públicos e podem ser acessados através da ferramenta e-Gestor⁵³. O secretário da SAPS na ocasião, Raphael Câmara Parente, ao ser confrontado com os resultados e as críticas ao programa, afirmou que "Quem está reclamando são gestores incompetentes que não conseguem fazer o mínimo." (Collucci, 2022). A fala do gestor surge não como opinião pessoal, mas como discurso institucional. Nesse sentido, o apontamento de Antunes e Praun (2015) se faz necessário:

Apesar de na maioria das vezes ser direcionado a um trabalhador específico, o assédio repercute sobre o coletivo. Em se tratando de uma ferramenta de gestão, sua prática, apesar de personificada na figura de um chefe, supervisor ou outro agente cuja relação de poder possa desencadeá-la, encontra-se em consonância com o conjunto de diretrizes que ordenam o trabalho coletivo na empresa (Barreto, 2013; Barreto, Heloani, 2013; Gaulejac, 2007).

As práticas dessa natureza são ferramentas de gestão voltadas para garantir, por meio da pressão institucionalizada, tanto o aumento constante da produtividade como o

⁵¹ Dentro do portal da SAPS é possível consultar algumas das notas técnicas e portarias referentes ao Previne Brasil e seus componentes <https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento/materiaisapoio/>

⁵² Em entrevista com profissional da gestão da secretaria de saúde sobralense esta relatou da dificuldade apresentada nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde. Sem compreenderem os pormenores dos cálculos dos indicadores e metodologias de repasse de informações e avaliação destas pelo Ministério da Saúde, conselheiros cobraram aos representantes da secretaria de saúde em relação à queda no alcance dos indicadores visualizados nas avaliações quadrimestrais do Previne Brasil.

⁵³ A plataforma está disponível em <https://egestorab.saude.gov.br/>

isolamento e a exclusão daqueles que se constituem como “barreiras” para sua plena realização. (p. 420)

Autores vinculados à então recém-criada SAPS⁵⁴ elencam os fundamentos para a reforma que dá base ao Previn Brasil. Em sua gênese, o ideal da reforma vincula o serviço público ao pagamento de impostos e, portanto, a necessidade de responder às demandas do cidadão, entendido como contribuinte. O cidadão mítico é retomado e alçado à plural no momento em que a sociedade passa a ser evocada como desejante uníssona da reforma para viabilizar melhores resultados dentro do sistema de saúde.

seu modelo de financiamento monitoramento e avaliação deve induzir o alcance de resultados esperados pela sociedade; as decisões devem ter forte embasamento científico; promover o uso intensivo da melhor tecnologia efetiva disponível; e focar na busca dos melhores resultados em saúde, com qualidade, transparência e equidade (Harzheim, *et al.*, 2020a, p. 3)

O motivo para esta reforma, além da suposta necessidade de modernização, estaria vinculado a problemas como serviços com “qualidade heterogênea, resolutividade limitada, baixa incorporação tecnológica e flagrante ausência de mecanismos de coordenação assistencial aliados a dificuldades de acesso” (Harzheim, *et al.*, 2020a, p. 4). Alertando para a necessidade de um sistema de saúde em que o paciente seja acompanhado de ponta a ponta, os autores afirmam que, a partir da reforma seria necessário que “informação e o dinheiro seguissem o paciente a fim de possibilitar e premiar a solução dos problemas de saúde realizada no local mais apropriado, no tempo adequado e com qualidade suficiente” (Harzheim, *et al.*, 2020a, p. 5). A palavra premiar não surge à toa na frase, mas como um dos sinais do mercantilismo aplicado à base racional da reforma proposta.

Constantemente os autores retornam à necessidade de modernizar a atenção primária, evocando taticamente a imagem de sociedade exausta de um Estado que retira recursos através de impostos e não retorna um serviço de qualidade verificável através de índices e notas. Todavia, ao construir esta narrativa estes traçam uma separação drástica entre o que seriam decisões técnicas e os objetos destas, e a própria natureza da política pública: os profissionais que a compõem e os sujeitos que dela usufruem. Todavia, “sob a oposição dos objetos e dos sujeitos, há o turbilhão de mediadores. Sob a grandeza moral, há a triagem meticulosa das

⁵⁴ Dentro da referência Harzheim *et al.*, 2020a, o Diário Oficial da União informa que Erno Harzheim, professor associado do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina e do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia UFRGS, ocupava o cargo de secretário da SAPS. Dentro desta secretaria, Caroline Martins José do Santos ocupou cargo de Coordenadora-Geral de Saúde Bucal, Otávio Pereira D’Ávila o cargo de diretor do Departamento de Saúde da Família, Lucas Wollman cargo de Diretor de Programa, sem definição de qual programa, e Luis Felipe Pinto não ocupou cargo no governo, sendo vinculado apenas à Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

circunstâncias e dos casos” (Latour, 2019, p. 63) Assim, a construção narrativa em torno da necessidade da reforma e das propostas para esta se concentram em uma oposição entre o que seria uma análise técnica e racional, versus uma condução até então ineficaz de recursos.

A discussão permanente sobre o subfinanciamento do SUS não faz parte desta análise, nem das definições políticas tomadas, visto que vivemos na maior crise econômica da história da República Brasileira e aumentar o emprego de recursos públicos, neste momento, seria um erro frente à sociedade atual, um equívoco ainda mais grave frente à herança que deixaremos às gerações futuras. (Harzheim *et al.*, 2020a, p. 2)

No trabalho citado acima, um dos mais completos produzidos por autores vinculados à SAPS explorando os pormenores das reformas que fundamentam o Previner Brasil, ignora-se logo no segundo parágrafo a tônica essencial para discussão sobre o SUS, novamente acionando um pretexto de moralidade e racionalidade. Há uma clara escolha de narrativa a fim de modular a percepção do leitor e, no limite, dos operadores da política fruto da SAPS. Nesse sentido, Douglas (1998), abordando as construções de instituições, afirma que:

Qualquer instituição que vai manter sua forma precisa adquirir legitimidade baseando-se de maneira muito nítida na natureza e na razão. Então ela propiciará a seus membros um conjunto de analogias por meio das quais se poderá explorar o mundo e com as quais se justificará a naturalidade e a razoabilidade dos papéis instituídos, e ela poderá manter sua forma contínua, identificável. Assim, qualquer instituição começa a controlar a memória de seus membros; ela os leva a esquecer experiências incompatíveis com aquela imagem de correção que eles têm de si mesmos e traz para suas mentes acontecimentos que apoiam uma visão da natureza que lhe é complementar (Douglas, 1998, p. 131)

Em termos de financiamento, a crítica dos autores é focada na ineficiência nas formas de repasse financeiro para as gestões locais da APS. Nesse sentido, o PAB Fixo é lido como ineficaz por fazer o repasse baseado na população estimada do território, “repassado sem nenhuma exigência auditável de contrapartida do município, uma vez que não havia registro da vinculação de pessoa a pessoa e nem critério de homogeneidade na fiscalização de sua aplicação” (Harzheim, 2020, p. 1191). Já o PAB Variável, que reunia repasses vinculados essencialmente a incentivos provenientes aos cadastros de equipes da ESF e da promoção de programas criados pelo Ministério da Saúde, assim como os valores repassados pelo incentivo à contratação de Agentes Comunitários de Saúde e o PMAQ, surge como insatisfatório por empenhar grandes somas financeiras e não contar com mecanismos para avaliar o desempenho e proporcionalidade dos serviços desempenhados (Harzheim, 2020). No que parece, em uma primeira leitura, tratar-se de uma demanda em torno da eficiência dos serviços, no decorrer do texto demonstra ser uma forma de mercantilização do sistema, impulsionando estratégias de rendimento e financiamento, comumente utilizadas na rede privada.

Recuperando o discurso em torno da necessidade de modernização do sistema, os autores de Sellera *et al.* (2020), profissionais atuantes na SAPS⁵⁵, afirmam que o modelo de avaliação e monitoramento produzido a partir do Previne Brasil opera com base na revisão de métodos de avaliação internacionais, focando com sistemas universais de saúde que teriam similaridade com o aplicado no Brasil. É ainda com ênfase nas recomendações da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) referentes à oferta de serviços na APS que o Previne Brasil surge discursivamente como uma ferramenta para gerar competitividade dentro das equipes, o que aumentaria a eficiência dos serviços, especialmente no que diz respeito à capitação ponderada e a possível escolha autônoma dos usuários do serviço em relação à qual equipe se vincular.

Como o livre-arbítrio é princípio inerente e fundamental de uma democracia liberal, a definição política proposta pelo Ministério da Economia está presente no componente de capitação ponderada. Quanto melhor for o trabalho de determinada equipe de Saúde da Família, mais procurada ela será, e mais fácil será o alcance dos parâmetros de cadastramento, fato que gerará um processo de competição virtuosa por mais pessoas vinculadas às equipes, especialmente as mais vulneráveis. (Harzheim *et al.*, 2020a, p. 9)

A proposta parece ignorar o modo de fazer do SUS, especialmente em seu caráter de territorialização. Os autores ignoram que o serviço na ponta opera não a partir da escolha dos usuários em relação às equipes, mas na divisão do território entre áreas de atuação que passam a ser responsabilidade das ACS e equipes da ESF. Essa divisão é base para a construção de vínculo entre sujeitos, famílias, comunidades, equipes de saúde e a apresentação física do serviço de saúde. Ainda que o texto remeta a um processo de “competição virtuosa” em relação aos cadastros, esse modelo de competitividade apresentou-se em campo em outros cenários, especialmente entre equipes que são responsáveis por territórios de rendas diversas, assim como apresentações geográficas.

Em um Centro de Saúde localizado em bairro popular de Sobral atuam duas equipes completas da ESF. Todavia, as particularidades do território fazem com que em certas áreas se concentrem famílias de renda média que fazem alguns tipos de acompanhamento no serviço privado, enquanto para outros utilizam o CSF. Ao mesmo tempo, o mesmo serviço de saúde contempla uma parte do território que reúne famílias em extrema vulnerabilidade social,

⁵⁵ Conforme dados do Diário Oficial da União, Paulo Sellera ocupou cargo de Coordenador-Geral de Monitoramento e Avaliação da Atenção Primária, Lucas Pedebos o cargo de Coordenador-Geral de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica, sendo remanejado posteriormente para Coordenador-Geral de Informação da Atenção Primária e novamente para Diretor de Programa, Olivia Medeiros foi Coordenadora-Geral de Prevenção de Doenças Crônicas e Controle do Tabagismo, Larisse Ramos ocupou cargo comissionado referente à Coordenadora de Qualificação de Apoio à Gestão de Investimentos junto à Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde. Os cargos de Caroline Martins e Otávio D'Ávila são mencionados na nota anterior.

reunindo baixa renda, exposição à violência no contexto familiar, vulnerabilidade alimentar e a presença de facções vinculadas ao tráfico de drogas. A enfermeira responsável por este território, quando entrevistada, se queixou do intenso fluxo de pessoas diário e a dificuldade em atender todos os pacientes que surgiam em demanda espontânea enquanto ainda tinha que cumprir os indicadores impostos pelo Previn Brasil. Os ACS que atuam nesse trecho relataram experiências que envolviam dias que não podiam acessar o território, por exemplo por conta de tiroteios, o que afetava não só o acesso das pessoas ao serviço, como a produção final dos ACS, inclusive relativo à capitação ponderada. Já a enfermeira do trecho que conta com usuários de renda média, percebe resistências à realização de exames citopatológico no serviço - um dos indicadores do Previn -, assim como dificuldades no acompanhamento de doenças crônicas. Ainda que aqueles pacientes utilizem o serviço ocasionalmente, não o frequentam cotidianamente como os usuários de baixa renda. Essa diferença geográfica e social produz efeitos que vão desde diferenças no alcance de indicadores entre as equipes, até queixas e produção de mal-estar entre os profissionais do serviço. Diante da falha em atingir os indicadores do Previn Brasil, não é o programa o apontado como culpado, tampouco as particularidades do território, mas os trabalhadores. Na ótica neoliberal no campo do trabalho, cabe aos sujeitos não só a responsabilização, mas a exigência de excelência.

Se uma das dificuldades do SUS que seria base para a reforma do sistema e seu financiamento seria a inequidade entre os serviços dada a variabilidade dos territórios, é ilógico considerar para a promoção de uma política que opere qualquer forma de homogeneidade, seja entre municípios, bairros ou ruas. Ainda que a pesquisa apresentada aqui tenha sido realizada principalmente dentro dos serviços de saúde, o próprio movimento de sair de casa e chegar até eles faz parte do processo de conhecer os territórios em que estes operam. Ao sair de casa em direção a um CSF, de dentro do carro de aplicativo vi, no quarteirão ao lado da casa dos meus pais - que conta com fogão elétrico, saneamento e afins - uma mulher com crianças em uma casa diminuta, com chão de cimento queimado, acendendo um forno a lenha para preparar alimentos. Considerando a divisão territorial, a ACS que atende a casa dos meus pais é a mesma que atende aquela mulher e seus filhos. Assim, é a mesma equipe de saúde que acompanha as diferentes demandas de saúde das pessoas destes dois domicílios, localizados no mesmo bairro, na mesma rua, mas que em um primeiro momento parecem realidades longínquas.

Para Massuda (2020), o financiamento baseado em capitação ponderada rompe com o princípio de universalidade do SUS. Analisando a documentação publicada pelo Ministério da Saúde quando do lançamento do Previn Brasil, o autor aponta que “No lançamento do

programa, o Ministério da Saúde apresentou a existência de 90 milhões de pessoas cadastradas e que busca registrar outros 50 milhões. Portanto, a meta do governo federal claramente não é financiar a APS para o total da população brasileira.” (Massuda, 2020, p. 1185). Todavia, Massuda ainda declara a possibilidade da capitação ponderada auxiliar no aumento de cadastros, ainda que este tenha relação com a própria efetividade do cadastro por parte das equipes. O que Massuda não inclui, e posteriormente é dialogado em Sellera *et al.* (2020), é que há ainda a previsão de desligamento de pessoas cadastradas e que não utilizarem o serviço dentro de um determinado tempo. Com o desligamento destas pessoas diminui-se também o financiamento proveniente de seus cadastros.

A relação cadastral é importante para medir a quantidade de pessoas que estão sob responsabilidade da APS em algum momento no território. Posteriormente a fase de incentivo ao cadastro, pretende-se estudar após quanto tempo o cadastro pode ser considerado inativo a partir do momento que o usuário da APS não receba qualquer tipo de atendimento pela equipe de saúde. (Sellera *et al.*, 2020, p. 1407)

Novamente o princípio da universalidade garantido constitucionalmente e operacionalizado anteriormente através do repasse oriundo do PAB Fixo é rompido.

Massuda ainda aponta a problemática do modelo de reforma brasileiro e sua aparente inspiração em outros modelos de monitoramento, avaliação e financiamento de sistemas de saúde estrangeiros. A diferença central entre estes e o modelo adotado a partir do Previne Brasil se daria ao substituir a remuneração dos serviços com base em avaliação de desempenho e capitação por um processo de repasse intragovernamental, ou seja, financiamento dos sistemas locais de saúde (Massuda, 2020).

A proposição do Previne Brasil como materialização das reformas necessárias dentro da APS e de sua forma de financiamento, avaliação e monitoramento foi divulgada oficialmente em julho de 2019. A proposta foi divulgada primeiramente no Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade e posteriormente em reuniões estaduais do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), todavia sem apresentação anterior de qualquer documento ou debate em torno da metodologia formulada ou do cálculo dos indicadores (Morosini, Fonseca e Baptista, 2020). A aprovação do programa se deu em 31 de outubro, em reunião dos intergestores tripartite. A ausência de debate público e claro em torno do tema, tanto de sua base de formulação quanto de elementos de cálculo e organização interrompem o fluxo de regulação previsto a partir do controle social dentro do SUS. Importante lembrar que foi esse fluxo o responsável pela luta política que criou as próprias bases para o sistema, ainda na década de 1980.

2.2 EXPERIÊNCIAS INICIAIS COM O PREVINE BRASIL EM SOBRAL

A chegada do Previne Brasil em Sobral ocorre oficialmente em 2020. Ainda que as discussões sobre o programa, em nível nacional, tenham ocorrido em 2019, é apenas no ano seguinte que se iniciam as mudanças propostas por este. Desta forma, o início da adoção do Previne ocorre de forma simultânea ao início da crise em saúde provocada pelo surgimento da COVID-19 e todos seus desdobramentos políticos e técnicos. O programa chega à APS juntamente da ampliação de utilização de recursos relativos à informatização dos serviços, impactando na forma de registro e contabilização das ações realizadas. Nesse sentido, instrumentos vinculados ao e-SUS⁵⁶, relativos à cadastro e prontuários, passaram a ter seu uso não só incentivado, mas demandado como central para o repasse de financiamento, fruto da mudança para o Previne Brasil. Cíntia, que na ocasião tinha acabado de chegar a um cargo de gestão dentro da APS sobralense, recorda o período como assustador. Ela se refere ao momento em que as demandas em torno do programa se uniram à necessidade de reorganizar os serviços de saúde e desenvolver protocolos para mitigação da COVID-19.

Cíntia afirma que em um primeiro momento, o que ela nomeia como “o início do Previne”, o foco foi total para a atualização dos cadastros dos usuários da rede, conforme orientado pelo programa no item da capitação ponderada. Nesse sentido, em abril de 2020, após a Organização Mundial da Saúde elevar a condição da COVID-19 a nível de pandemia, as orientações do Ministério da Saúde permaneciam em direção à adaptação dos municípios ao Previne Brasil. Ainda que através da Portaria nº 29, de 16 de Abril de 2020⁵⁷ o MS tenha prorrogado o prazo de transição das equipes para a modalidade de capitação ponderada, estendendo o prazo até junho de 2020, a decisão parecia alheia à emergência de saúde provocada pela COVID-19. Coube então às equipes dos CSF não só orientarem suas ações em prol da atualização de dados dos usuários já cadastrados no sistema, mas também para a busca ativa por moradores do território que ainda não eram usuários do serviço. Dado que o financiamento das ações passava a estar diretamente ligado a quantidade de cadastros e não mais à estimativa da população local como no repasse do PAB Fixo, cadastros realizados significavam o recebimento de repasse financeiro para manutenção dos serviços. Nesse sentido, diversas ACS sobralenses entrevistadas recordam o período destacando a dificuldade de acessar os moradores e suas residências. A orientação das gerências, vista como paradoxal, era de não

⁵⁶ O e-SUS é uma estratégia e ao mesmo tempo um sistema para reorganização e qualificação das informações no SUS, consolidado através de sistemas e diretrizes para uso pelas equipes da APS.

⁵⁷ Ver em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-29-de-16-de-abril-de-2020-252790187>

entrar nas residências, exceto se as pessoas estivessem infectadas. O receio dos moradores em relação ao contágio repercutiu não só nos anos centrais da pandemia, 2020 e 2021, como permaneciam como questão em 2022 enquanto as entrevistas desta pesquisa eram realizadas.

A demanda pela ampliação das redes do e-SUS, e conseqüentemente a informatização dos serviços, torna-se ponto chave dentro do Previnde Brasil ao introduzir a necessidade de atualizações de sistemas e maior utilização dos mecanismos já implementados anteriormente. Os dados relativos à capitação ponderada, assim como a produção de atividades coletivas ou consultas individuais passou a ser monitorado através de ferramentas como o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Para tal, tornou-se necessário a aceleração do processo de informatização das equipes da ESF, demandando investimentos financeiros. Nesse sentido, repasses financeiros relativos ao tema passaram a ser realizados a partir do Informatiza APS⁵⁸ (Brasil, 2019b). Segundo dados do próprio Ministério da Saúde, em junho de 2020, 3.961 municípios contavam com equipes informatizadas, o que deixava uma lacuna de 1.607 municípios alheios a esse elemento do programa.

Ao longo de 2020 diversas notas, informativos e prazos foram divulgados e alterados, demonstrando um despreparo na condução do Previnde Brasil diante da emergência sanitária na qual o país se encontrava. Nesse sentido, eram através de decisões soltas, informadas muitas vezes no final do período de avaliação, que chegavam atualizações sobre o aumento do prazo de cadastros da capitação ponderada⁵⁹ ou mesmo avisos de que municípios perderiam recursos diante da não atualização do software utilizado para atualização de registros⁶⁰. Ainda assim, dentro dos canais online do Ministério da Saúde o Previnde Brasil e seus componentes eram celebrados com ênfase nos valores repassados e no sucesso de equipes em alcançar as metas propostas⁶¹. A celebração dos valores repassados, ao considerar o conjunto de notícias veiculadas pela SAPS, reflete a tônica da comunicação governamental no governo de Jair Bolsonaro, exaltando empenhos financeiros, ainda que uma análise apurada do conteúdo demonstre que estes por vezes não significavam aumento real, tampouco incremento de qualidade.

⁵⁸ Conforme a Portaria Nº 2.983, de 11 de novembro de 2019, os repasses financeiros vinculados ao Informatiza APS estão condicionados ao alcance de um parâmetro mínimo de envio de dados da APS. O não envio ou não alcance mínimo por três competências consecutivas implicará na suspensão do repasse financeiro.

⁵⁹ Ministério da Saúde prorroga prazo para cadastro de brasileiros na Atenção Primária. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/noticia/10017>>.

⁶⁰ Atualização obrigatória do Prontuário Eletrônico do Cidadão. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/noticia/9776>>. Acesso em: 5 abr. 2023.

⁶¹ Previnde Brasil: mais de R\$ 96 milhões são liberados para alcance de metas de 2020. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/noticia/10736>>. Acesso em: 5 abr. 2023.

Considerando as publicações posteriores de portarias vinculadas ao Previne Brasil, torna-se claro que houve perda financeira para parte significativa dos municípios. Já em 16 de janeiro de 2021 a Portaria nº 166 trata não só do repasse financeiro relativo à capitação ponderada, como do alcance de metas de indicadores e de cálculo de fator de correção relativo aos valores empenhados em 2019 e previstos para 2021.

Art. 2º As regras para transferência dos incentivos financeiros federais de custeio da APS, no âmbito do Programa Previne Brasil, para o ano de 2021, observarão o disposto a seguir:

I - capitação ponderada - o equivalente a 100% (cem por cento) do potencial de cadastro referente ao incentivo financeiro da capitação ponderada do município ou Distrito Federal, nas 4 (quatro) primeiras competências financeiras do ano de 2021;

II - pagamento por desempenho - o equivalente ao resultado potencial de 100% do alcance do Indicador Sintético Final do município ou Distrito Federal, nas 8 (oito) primeiras competências financeiras do ano de 2021;

III - incentivo financeiro com base em critério populacional - incentivo com base na população municipal ou do Distrito Federal transferido nas 4 (quatro) primeiras competências financeiras do ano de 2021, calculado da seguinte forma: valor per capita anual de R\$ 5,95 (cinco reais e noventa e cinco centavos) multiplicado pela estimativa da população dos municípios e Distrito Federal, de acordo com os dados populacionais do ano de 2019 divulgados pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); e

IV - incentivo financeiro de fator de correção - incentivo correspondente ao fator de correção, calculado a partir da comparação entre os valores que o município ou Distrito Federal fez jus nas 12 (doze) competências financeiras do ano de 2019 e o resultado da aplicação, para o ano de 2021, das regras de capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivos para ações estratégicas, considerando o disposto no § 1º. (Brasil, 2021)

Em um momento de crise, a necessidade de financiamento e os efeitos da precariedade deste tornaram-se cada vez mais visíveis. Cíntia diz que o processo de implementação do programa foi muito atropelado, mas que o congelamento do recurso permitiu que eles se organizassem com mais calma. Como mencionado no capítulo anterior, antes da decisão por parte do governo federal de congelar os recursos, em 2021, o município sofreu as consequências de não priorizar a atualização de prontuários e sistemas em prol das tentativas de mitigar as chances de disseminação do vírus durante os atendimentos nos CSF.

Ainda que em dado momento o município tenha optado por não focar no sistema online do qual o Previne retira as informações de produtividade e alcance de indicadores, o programa não saiu do horizonte da organização local. Ainda durante 2020 e 2021, período em que se recomendava o isolamento social, a secretaria municipal de saúde forneceu treinamentos online, referentes às ferramentas do Previne Brasil, para os profissionais atuantes nos CSF. Os treinamentos visavam apresentar os programas online que seriam utilizados para o registro de

atendimentos, especialmente o PEC e suas atualizações⁶². Dado que um componente central do Previne Brasil e das reformas da APS é a necessidade de informatização do SUS, o município rapidamente promoveu a informatização de seus CSF, introduzindo equipamentos como computadores e impressoras nos consultórios e demais pontos de atendimento⁶³.

Michele passou por treinamento online no primeiro semestre de 2021. Ocupando cargo de enfermeira em um CSF localizado em bairro de classe popular, recorda que o treinamento era feito de seis em seis meses e que chegou a contar com momentos presenciais em outro equipamento do município. Os treinamentos eram realizados em grupos de acordo com as categorias profissionais. Em dado momento recorda que um rapaz chegou a ir até o CSF para orientar sobre a utilização dos sistemas online vinculados ao e-SUS. Um ano depois, durante nossa entrevista, contou que, apesar das dificuldades, as coisas estavam melhorando, havia mais domínio sobre a utilização e as demandas do Previne e seus componentes técnicos. Cíntia me contou algo parecido, após recordar o período que ela chama de assustador e atropelado, disse que já dominava mais a ferramenta e que tinha aprendido a gostar.

Conforme mencionado, o Previne Brasil demandou uma acelerada informatização da APS em Sobral. Apesar disso, dada a amplitude da rede e das possibilidades orçamentárias, no primeiro semestre de 2022 o município contava com 70 impressoras para 76 equipes da ESF. Desta forma, alguns CSF e seus anexos continuavam monitorando as produções diárias em papel. O processo de informatização contou também com resistência por parte de alguns profissionais de saúde que, de acordo com Cíntia, não queriam se adaptar ao novo sistema online. Chegou-se ao ponto de Cíntia ameaçar médicos de demissão caso não adotassem a utilização do PEC durante os atendimentos.

A não adaptação dos profissionais às demandas do Previne, especialmente em termos de registro, faz parte das queixas de profissionais tanto da assistência quanto da gestão. Joana, gerente de um CSF, afirma que é necessário um alinhamento entre toda a equipe para utilização

⁶² No primeiro semestre de 2023 o PEC teve nova atualização divulgada, passando para a Versão 5.1.16. Os dados referentes à atualização dos sistemas online vinculados ao e-SUS podem ser consultados através do site [e-SUS](#). Dentro do mesmo site é possível visualizar o [Manual de Uso](#), publicado em 2021 e referente a versão 4.3, conforme ficha catalográfica. Em setembro de 2020 a versão utilizada era a 3.2.31. No site da SAPS, em 2023 foi publicado ainda [manual referente ao uso do PEC na qualificação de indicadores para a APS](#). A distância entre a versão de 2020 e a implementada em 2023 reflete uma constante modificação do sistema, demandando novas adaptações e treinamentos dos profissionais implicados no uso da ferramenta.

⁶³ Ainda que seja incentivada a informatização da APS, contando inclusive com recurso financeiro exclusivo para este fim, existe a possibilidade de operar o Previne Brasil através de cadastros em papel cujo dados posteriormente são inseridos no sistema online (Brasil, 2020). Desta forma, ainda que o CSF não conte com computadores e demais itens em todos os consultórios, as produções locais ainda podem ser contabilizadas e avaliadas pelo sistema.

do programa online para viabilizar o alcance dos indicadores. No processo de implementação do Previne, além dos treinamentos por categorias, as gerentes das unidades de saúde foram informadas sobre o programa e seus componentes. Coube a elas repassarem estas informações para as equipes dos CSF.

Enquanto entrevistava Joana em sua sala, na parede ao lado figuravam folhas de papel de tamanho A4 que reuniam os então atuais números alcançados pelas duas equipes do CSF. Materializam-se em letras garrafais e coloridas as porcentagens dos indicadores que estavam satisfatórios e os que demandavam maior atenção. Joana recorda que no período de adaptação ao programa, houve muita dificuldade entre os profissionais, mas que a secretaria forneceu treinamentos. Para ela o Previne vai qualificar a assistência à nível mundial. Flávia, gerente em um CSF localizado na área rural, diz que o Previne funciona como um direcionamento para o trabalho, não uma mudança. Afirma que as dificuldades da equipe são remediadas pela atuação da secretaria ao fornecer treinamentos e avaliações. Na mesma semana que falei com Flávia, conversei com Roberta, gerente de um CSF na sede do município. Ao questionar como as equipes estavam lidando com o programa, se estavam aderindo bem, Flávia respondeu com um enfático “não tem escolha, tem que aderir”.

Se o Previne opera, ao contrário do PMAQ, com uma obrigatoriedade de adesão, existem algumas possibilidades para lidar com esse imperativo. Em Sobral, especificamente para a APS, operam as Câmaras Técnicas (CT). Cintia explica que as CT atuam reunindo gerentes de CSF para abordar determinados temas vinculados à APS. Em cada CT atuam entre 5 e 6 gerentes, junto à coordenação da APS. A ideia é que as CT façam visitas periódicas às unidades de saúde, identifiquem as fragilidades no fluxo de atendimento e depois tratem junto às gerências dos serviços possibilidades de correção. Dentro da organização local, todos os gerentes têm reuniões semanais com a coordenação da APS, já as Câmaras Técnicas se reúnem uma vez ao mês. Nesse sentido, foi criada uma CT voltada para o Previne Brasil de modo a identificar dificuldades e orientar equipes e gerências em relação a superação destas. Apesar de nunca ter presenciado a ação de uma CT, tampouco elas estarem identificadas no site da prefeitura junto ao organograma da secretaria de saúde, estas organizações surgiram nos relatos de algumas gerentes. Flávia, por exemplo, se refere a CT Previne Brasil como um dos apoios que o município dá para os profissionais da assistência. Outra ação municipal foi a criação da Célula e-SUS que monitora o sistema e as atualizações relativas a este, estando em contato direto com o Ministério da Saúde. Uma das ações da célula foi criar grupos de WhatsApp de cada categoria profissional a fim de tirar as dúvidas destes em uma espécie de “tempo real”.

Nestes grupos as dúvidas em relação ao preenchimento do sistema são respondidas tanto pelos profissionais do e-SUS, como por colegas de outros CSF do município.

Apesar destes elementos inseridos na rede de saúde sobralense a partir do Previne, o programa surge de forma diversa no discurso dos profissionais da assistência. Enquanto gerentes muitas vezes têm um discurso padronizado, muito semelhante ao produzido por Cíntia, a relação, e própria compreensão do programa, parece sofrer alterações a partir da categoria profissional do entrevistado. A ideia inicial que eu tinha, de que os profissionais da assistência eram familiarizados com o Previne e seus componentes sofreu alterações drásticas ao longo da pesquisa de campo, demonstrando que conexões diversas foram acionadas de acordo com cada experiência pessoal em relação ao trabalho e seus elementos.

Antes de iniciar a pesquisa de campo presencialmente, produzi e divulguei um *flyer* de apresentação, que também tinha a intenção de ser um convite para participação na pesquisa (APÊNDICE B). O material foi divulgado em minhas redes sociais e em grupos de WhatsApp, muitas vezes através de amigos que já atuavam dentro da rede de saúde ou mantinham relações por terem atuado recentemente. A partir desse material diversos profissionais entraram em contato comigo, principalmente via Instagram e WhatsApp, por quererem colaborar com a pesquisa e compartilharem suas experiências na rede de saúde sobralense. Estes profissionais, ao serem entrevistados em dia e horário agendado previamente, já tinham refletido sobre o tema da pesquisa, muitas vezes preparado um roteiro de fala. Assim, em um primeiro momento criou-se uma impressão de que o Previne Brasil era tema estabelecido dentro da rede de saúde, e não material de disputa narrativa. Nesse primeiro momento surgiram relatos que davam conta principalmente da experiência de atuar na rede em meio à pandemia e das dificuldades com as modificações em torno do trabalho, inclusive o Previne Brasil. Foi durante este período de entrevistas, realizadas de forma online, que Valéria se prontificou a falar sobre sua vivência enquanto ACS em um território de alta vulnerabilidade. Foi na fala de Valéria que surgiu pela primeira vez a compreensão do Previne Brasil como um programa que inverte valores de qualidade por quantidade. Valéria se sentia frustrada pelo não alcance das metas, ainda que o trabalho estivesse sendo realizado. Criticava o programa por não ter sido informada dos pormenores de seus componentes, os motivos daqueles indicadores. Valéria não tinha participado de qualquer treinamento em relação ao Previne, o que sabia tinha sido informado na roda mensal do CSF: o alcance de metas estava ligado ao financiamento. Além de apontar diferenças entre as cobranças por categoria profissional, Valéria se sentia alienada do trabalho que ela desempenhava desde 2017.

O processo de entrada física em campo, autorizado anteriormente pela Secretaria de Saúde através de Comitê de Ética, dependia também do aceite de cada gerência de CSF. Assim, foram as gerentes que mediaram meu contato com o campo, ainda que para estabelecer contato com elas tenham surgido outros elementos que viabilizaram e interditaram relações, como linhas telefônicas, relações políticas e servidores da própria secretaria. Desta forma, ao autorizarem minha entrada nos CSF, eram as gerentes que organizavam minha possibilidade de contato com os profissionais, meu espaço de entrevistas ou mesmo delegaram estas funções para quem era entendido como o segundo na cadeia de poder local. Assim, muitas vezes profissionais chegavam até o local em que eu estava, ou me recebiam em seus consultórios, sem saber exatamente quem eu era ou o que pretendia. “A gerente falou que tinha uma pesquisadora, só isso” era a frase mais comum que retornavam quando eu perguntava se eles tinham sido informados do porquê de eu estar lá.

Considerando que Sobral é polo formador em saúde, não é de se estranhar que os profissionais estejam acostumados a receber pesquisadores - dos diversos níveis de formação - e questionários, online ou presenciais, em relação a suas experiências nos serviços de saúde⁶⁴. Assim, eu acabava em consultórios, quintais e salas de espera explicando os pormenores da pesquisa para profissionais que chegaram até lá sem saber que tipo de pergunta os esperava.

Foi nesse movimento que encontrei Marcela, médica há seis meses em um CSF localizado na sede do município, mas que também atende parte da zona rural. A entrevista foi feita enquanto Marcela renovava receitas em seu consultório, junto a uma estudante. Em um primeiro momento ela estranhou o nome Previne Brasil. Expliquei que era a nova forma de financiamento, que estabelecia certas metas e que provavelmente ela já utilizava. Quando citei os indicadores ela respondeu como se tivesse tido um estalo. Sim, conhecia os indicadores, mas não tinha ligado ao nome do programa. Sabia tudo sobre o PEC e a necessidade de registro, mas dizia não se estressar em relação a eles. Ao contrário de Valéria, que ficava ansiosa a cada resultado de quadrimestre e relatório, Marcela dizia que chegava até a esquecer, só preenchia os dados.

⁶⁴ A maioria das pesquisas aplicadas nos Centros de Saúde de Sobral são de caráter quantitativo ou feitas através de questionários fechados. Não raros profissionais que alegavam ter pouco tempo para entrevista me perguntavam se eu podia enviar o questionário por e-mail. Nesse sentido, a gerente de um CSF da zona rural, ao fim da entrevista, relatou que na semana anterior estiveram lá outros pesquisadores, mas que eles estavam interessados em números da unidade. Considerada a experiência de poder falar livremente sobre o serviço e sua experiência como diferente e que a pesquisa tinha mais potencialidades por isso.

Marcela não foi um caso isolado, vários profissionais demonstraram não saber o que formalmente era o Previne Brasil. Alguns destes só sabiam identificar o programa a partir dos componentes relacionados aos indicadores. A razão destes indicadores, do programa ou a explicação para a mudança parecia não fazer parte das informações que eles receberam. Alguns deixavam claro que até poderiam ter sido informados, mas que não se lembraram. A necessidade de alcance dos indicadores sim, todos estavam cientes.

Como a fala de Valéria anunciou, ainda no início de 2022, a pressão em torno do alcance dos indicadores parece cair de forma diferenciada entre os profissionais, surgindo especialmente nas falas de enfermeiras. Dentro das equipes de ESF, ainda que opere uma horizontalização da responsabilização e cuidado entre seus membros, as enfermeiras têm papel central na organização. Assim, muitos ACS relataram que eram as enfermeiras que repassavam os dados relativos às metas e as pendências da equipe para atingir os indicadores, geralmente durante reuniões semanais. Os médicos não surgiram nestes relatos, pareciam ser uma instância separada da equipe, ainda que parte delas. Já os profissionais técnicos de enfermagem, que foram vistos atuando como uma espécie de volante nas unidades, sem equipe de ESF fixa, pouco sabiam sobre o Previne ou suas metas. Todavia, a importância de preencher corretamente o PEC permanecia nas falas dos profissionais. As orientações que tinham vinham das reuniões gerais realizadas mensalmente com todos os profissionais do Centro de Saúde. Situação parecida recaía sobre os profissionais da odontologia. Sendo que muitos CSF não tem uma equipe de saúde bucal (eSB) - cirurgião dentista e auxiliar - para cada equipe, por vezes uma mesma equipe SB acaba atuando recebendo demandas de duas equipes da ESF⁶⁵.

Um padrão entre os profissionais acabou sendo o relato de treinamento para uso do PEC. Assim, chegou-se ao ponto de o PEC ser entendido como o próprio Previne Brasil. A forma como a ferramenta online e o programa de financiamento foram apresentados variou conforme inclinação da própria gerência da unidade, assim como do interesse dos profissionais da assistência em buscar outras fontes de informações. No CSF que Lourdes atua como enfermeira, a gerente apresentou o Previne Brasil e as metas enfatizando que o alcance de metas não era só para responder às demandas da secretaria, mas para o bem da população.

⁶⁵ De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, as equipes da Estratégia Saúde da Família devem ser compostas por enfermeiro, médico, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. A estas podem ser adicionados cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico de saúde bucal, além do agente de endemias (Brasil, 2017)

Profissionais de outras unidades afirmaram que o programa foi apresentado através de uma abordagem muito mais quantitativa, com ênfase em alcançar os indicadores a qualquer custo.

A relação direta entre o alcance de metas e o repasse de financiamento adquiriu certa opacidade entre os profissionais. Ruth, enfermeira em um CSF da área rural, ao ser questionada sobre o que sabia sobre o PreVine, me retornou com uma afirmação que mescla uma pergunta: “o município recebe uma verba, né?”. Ruth considera que o trabalho diário não mudou, aponta só o preenchimento do PEC como a alteração da rotina diária. O distrito em que Ruth atua não tem um bom fluxo de transporte para a sede do município. A quase totalidade das demandas em saúde da população, mesmo das pessoas com renda um pouco mais elevada, acaba chegando ao CSF. Assim, ao mesmo tempo que é possível alcançar o público-alvo do PreVine, diversas outras demandas surgem diariamente para os profissionais, considerados a única possibilidade de acesso à saúde no território.

Diferenças em relação a compreensão do programa surgem também diante do tempo de atuação do profissional na rede. Virgínia e Carlos são recém-formados e atuam como médicos na APS sobralense. Os dois chegaram a seus Centros de Saúde pouco depois de formados. Enquanto Carlos tomou conhecimento do PreVine Brasil enquanto estudava para uma prova de residência médica, Virgínia se aproximou do PEC enquanto atuou como interna de outro médico da APS, ainda na graduação. Ainda assim, a própria experiência destes com a ferramenta entendida como a base do PreVine demonstrou ser diversa. Enquanto Virgínia aprendeu a preencher o sistema ao fazer isso como interna, Carlos segue com diversas dúvidas sobre o que conta ou não para o programa, assim como qual a necessidade de repetição de preenchimento das informações a cada consulta realizada. A situação de Matheus, há mais de 20 anos atuando como médico de CSF em Sobral, se diferencia dos colegas recém-chegados e demonstra algo que surge frequentemente entre profissionais que atuam há mais tempo na rede: a produção das próprias ferramentas de monitoramento. Matheus relata que sempre teve os registros de pacientes crônicos em planilhas que ele construía, enumerando hipertensos, diabéticos e demais condições entre os usuários da área pela qual é responsável. Relata que teve dificuldade em utilizar o PEC, especialmente porque por vezes os dados que ele tinha referentes aos pacientes do território eram diferentes dos dados produzidos pelo PEC. Matheus acredita mais na eficiência das próprias planilhas do que da ferramenta online. O descompasso entre os dados observados diariamente no território e os fornecidos pelo sistema baseado nas informações do PEC surgiu como ponto crítico na relação entre o PreVine, a gestão, os profissionais e os próprios usuários do serviço.

Conforme mencionado, a implementação do Previne Brasil e de seus mecanismos de controle e monitoramento não foi discutida de forma ampla entre gestores e profissionais da base. Também não figurou, antes de sua aprovação, como debate em conferências populares de saúde. Assim, é de se imaginar que existam diferentes entendimentos em torno do programa, seja entre categorias, equipes ou unidades de saúde. Conforme a enfermeira Cristiane, “a gente que tá aqui na ponta pode ter várias compreensões”. Se em Sobral parte desta problemática foi abordada diante da criação de uma Câmara Técnica e do direcionamento de profissionais exclusivamente para esmiuçar a política e suas modificações, surgem no Brasil elementos fora do domínio do Estado visando preencher uma lacuna de conhecimento e técnica. A criação e atuação de instituições como a Impulso Gov, o Instituto Inova Cidades e o Univer Saúde surgem como fornecedores de treinamento para gestores e profissionais da assistência. O Impulso Gov chegou a criar plataforma exclusiva para auxiliar municípios em relação ao Previne Brasil, tendo firmado parceria inclusive com o CONASEMS⁶⁶. A instituição não governamental desenvolve contratos com gestões municipais a fim de auxiliar na gestão de dados e alcance dos indicadores do programa. Já o Instituto Inova Cidades promove oficinas de treinamento para gestores municipais e profissionais relativos ao alcance de metas dentro do Previne Brasil⁶⁷. Em um trabalho exclusivo com as prefeituras, a instituição oferece 12 módulos de ensino e fornece nota fiscal de empenho. No caso do Univer Saúde, esta se propõe a ser uma startup para capacitação de gestores, relacionando o uso de dados ao conhecimento técnico. Para além da mercantilização da saúde promovida pelo Previne, a própria utilização desse demanda um novo gasto dentro do setor público para que municípios alcancem metas e não percam financiamento federal. Cria-se um mercado para capacitar gestores e profissionais, evidenciando novamente a lacuna de conhecimento imposta pela forma que o Previne Brasil foi construído e implementado⁶⁸.

A incorporação do Previne Brasil à rotina dos serviços da APS em Sobral trouxe não só abundância de compreensões sobre o programa e suas formas de registro, avaliação e

⁶⁶ Novo parceiro da Impulso Gov: Conasems apoia o Impulso Previne. Disponível em:

<<https://www.impulso.gov.org/noticias/conasems-apoia-impulso-previne>>. Acesso em: 5 abr. 2023.

⁶⁷ Oficina Previne Brasil. Disponível em: <<https://oficinaprevinebrasil.com.br/>>. Acesso em: 5 abr. 2023.

⁶⁸ Entre as instituições apresentadas, a Impulso Gov não cobra pelos serviços prestados. A organização é financiada através da associação filantrópica Umane, contando ainda com apoio de diversas outras organizações, como o próprio CONASEMS. A Univer Saúde e o Instituto Inova Cidades ofertam serviços mediante contrato com as prefeituras, emitindo nota de empenho. Dentro do orçamento municipal esses valores podem constar sob o item “Serviço de apoio administrativo, técnico e operacional”, prestado por pessoa jurídica, previsto através da Portaria Nº 448, de 13 de Setembro de 2002, da Secretaria do Tesouro Nacional.

consolidação, mas também inseriu novos elementos na rede. Grupos de WhatsApp, câmaras técnicas, prontuários online, relatórios, listas de usuários cadastrados, formulários online de cadastros e diversos outros aparatos técnicos surgem e passam a influenciar nas relações entre os profissionais, a gestão e o programa. Ao serem incorporados na rede estes objetos passam a produzir modificações tanto nas ações dos atores, como os atores passam a modificar estes objetos e criar adaptações e estratégias a partir de suas compreensões. Estas relações, nem sempre amistosas, fazem parte dos efeitos produtivos do sistema na rede.

Longe de serem compreendidos meramente como objetos, programas e siglas, o Previne Brasil e seus componentes - em sua rede de portarias, notícias, computadores e software - são transformados a partir da relação com os humanos que são colocados como agentes da política pública. Considerando a teoria ator-rede, o Previne Brasil demonstra ter sido construído como função de intermediário na relação entre financiamento federal e a APS, ainda que sua análise o coloque como elemento híbrido, reunindo dimensão política e científica.

Entre a formulação e publicação surgem as inconsistências de uma rede que se multiplica e insere a cada dia novos componentes, transformando conteúdos e relações. Dentro da rede de saúde sobralense, ainda que orientado verticalmente pelo Ministério de Saúde, a gestão local e os profissionais transformam-se e transformam o próprio Previne Brasil em mediadores complexos. Como lembra Latour (2012),

Um computador em perfeito funcionamento é um ótimo exemplo de intermediário complicado, enquanto uma conversa banal pode se transformar numa cadeia terrivelmente complexa de mediadores onde paixões, opiniões e atitudes se bifurcam a cada instante (p. 65)

Idealizado para ser uma espécie de computador em perfeito estado, o Previne Brasil passou por interferências da ordem tanto da pandemia de COVID-19, quanto pelas complicações de se implementar uma política baseada em mercantilização da saúde dentro de um sistema criado para contrapor esse ideal. Assim, o entendimento do Previne Brasil e as tentativas de consolidar o programa através de portarias e regulações é atravessado pela difusão de mediadores que se somam em cada eixo do programa, necessitando abrir espaço para que muitos outros elementos - humanos e não humanos - surjam no processo de compreender a apresentação e utilização desta política. Em último grau, compreender como os mediadores acessam diretrizes e indicadores, transformando em ação prática e como estes acabam se traduzindo em inovações, viabilizando outras formas de conexão.

2.3 INAUGURANDO MEDIADORES: A INFORMATIZAÇÃO DA APS E SEUS ELEMENTOS

Na miríade de mediadores entre o Previne Brasil e a atuação das equipes da ESF dentro dos territórios existem elementos que são lidos pelo sistema de saúde como técnicos. Todavia, longe de adquirem conteúdo político (Akrich, 2014), tornando-se mediadores, estes objetos são entendidos como técnicos com base na objetividade e racionalidade moderna que separa estes elementos de seu conteúdo sociopolítico. Estes, dotados de objetividade, serviriam exclusivamente para o registro, acompanhamento e regulação dos serviços. Afinal, dentro da própria justificativa para as reformas da APS, na relação entre financiamento e serviços de saúde existiria a necessidade de um sistema “(1) contínuo, (2) de aplicação simples, (3) mais transparente, (4) de complexidade gradual e progressiva e (5) alinhado às melhores experiências internacionais e (6) centrado nas necessidades das pessoas” (Sellera *et al.*, 2020, p. 1403). Para tal, a SAPS optou por privilegiar o uso de dados secundários frutos do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB. Considerando os componentes do cálculo de remuneração do Previne Brasil, tanto os softwares, os equipamentos eletrônicos, os sujeitos que os utilizam e a seleção de quais sujeitos o fazem, interferem na relação entre o programa e os dados secundários almejados pelo governo federal para calcular a eficiência dos serviços de saúde.

Os indicadores selecionados terão como base sua relevância clínica e epidemiológica; indicadores de processo e resultados intermediários das ESF; indicadores de resultados em saúde; e indicadores globais de APS. Para esse conjunto de indicadores o monitoramento será quadrimestral (mesma periodicidade de outros instrumentos de gestão do SUS), com granularidade a nível da equipe, com metas graduais que consideram o estágio atual de cada equipe de saúde e valores ponderados correspondentes à dificuldade de alcance do indicador. (Sellera, *et al.*, 2020, p. 1407)

Na prática, quanto maior a dificuldade das equipes em alcançar os resultados estimados pelo programa, menor o repasse de financiamento.

Conforme mencionado, a partir do Previne o correto preenchimento do PEC tornou-se uma das principais vias de controle e monitoramento da produção na APS⁶⁹, repercutindo no financiamento e na nota alcançada pelos serviços de saúde e pelo próprio município. Entre os profissionais entrevistados durante a pesquisa, todos faziam uso do sistema e-SUS, porém em

⁶⁹ Ainda que inicialmente outros programas de monitoramento tenham sido considerados aptos para fazer a integração de dados dentro do SISAB (Sellera *et al.*, 2020), o PEC foi colocado dentro da rede sobralense como ferramenta privilegiada. As modificações que levaram a tal situação, dado que Sobral tinha sistema próprio de monitoramento, dizem respeito às mudanças nas demandas do governo federal. Um destes exemplos se dá através da Nota Informativa nº 4/2020-CGIAP/DESF/SAPS/MS, referente a necessidade de atualização do PEC para a versão 3.2.31. A nota esclarece que municípios que não fizerem a atualização podem perder recursos.

diferentes dimensões. A compreensão de que existem diferentes níveis de acesso, e mesmo de informação sobre a ferramenta, surgiu ainda durante as entrevistas realizadas online com os gestores locais. Quando uma gestora municipal relatava o treinamento que os profissionais receberam diante da chegada do Previne Brasil, esta mencionou que todos os profissionais teriam recebido capacitação. Como demonstrado posteriormente em campo, o *todos* mencionado não envolvia os ACS. Apesar de ser prevista uma ferramenta online para utilização pelos próprios ACS, o e-SUS TERRITÓRIO, esta ainda não tinha sido incorporada à rede de saúde. Desta forma, os profissionais ainda faziam suas produções em papel. Posteriormente elas eram repassadas a um técnico administrativo da unidade de saúde que inseria as informações no sistema online⁷⁰.

A percepção dos profissionais em relação à ferramenta, e ao uso dela, também diferiu, ainda que existisse um quase consenso em relação à vantagem de enxergar os dados do território através de listas e planilhas produzidas pelo programa. Assim, a relação estabelecida no interior da rede de saúde demonstrava não ser planejada, tendo espaço para diferentes opiniões. Cíntia, gestora, relata que diante da informatização dos Centros de Saúde, um médico chegou a relatar que se sentia no consultório particular, pois sua sala tinha ar-condicionado, computador e impressora. O elogio foi repetido por outros profissionais, mas sem mencionar a comparação com o trabalho no setor privado. Elogios ao PEC foram desde a possibilidade de ver rapidamente o histórico do paciente sem precisar recorrer a arquivos físicos, até o controle em relação a marcação de consultas posteriores, geralmente associadas a pacientes crônicos e gestantes, que já ficam na agenda e na ficha do paciente. Ao mesmo tempo, profissionais relataram dificuldades em relação às atualizações de software e a incerteza se estavam preenchendo corretamente os dados. Além disso, havia a preocupação em torno da dúvida se os colegas estavam preenchendo corretamente o sistema. Inconsistências afetariam não só a visualização correta dos dados do território, mas o alcance de indicadores e financiamento do serviço.

Historicamente o PEC surge na APS junto ao lançamento do e-SUS AB, em 2013 (Ribeiro *et al.*, 2018). A estratégia do e-SUS AB surge como uma forma de incentivar a informatização da APS, com vias tanto de melhora e agilidade no atendimento aos pacientes quanto de melhor monitoramento dos serviços ofertados e demandas em saúde da população

⁷⁰ Alguns profissionais ACS buscaram aprender a utilizar o sistema online e assim repassar os próprios dados das próprias produções através da senha do técnico. O surgimento do técnico enquanto intermediário entre ACS e sistema online mostrava-se problemático especialmente em serviços onde havia inconsistência entre os dados do território e os registros do sistema.

do território brasileiro. Assim, a partir do e-SUS surge um novo ator na rede de produção do cuidado em saúde da atenção básica, mas não necessariamente presente em todos os níveis desta rede. A adoção do e-SUS pelos municípios, especialmente no que diz respeito à utilização dentro dos consultórios médicos e de enfermagem com o PEC, tem sido realizada de forma gradativa e envolve questões relacionadas até à própria situação física das unidades de saúde. A oferta de internet, a separação de salas e o interesse das gestões locais interferem tanto na adoção do e-SUS, quanto dos sistemas vinculados a este. Em Sobral, o e-SUS passou a ser utilizado a partir de 2018 (Ribeiro *et al.*, 2018). Coelho Neto e Chioro (2021) relembram que “para além do seu aspecto funcional, a informação em saúde no último século foi inserida num contexto epistêmico de expansão do olhar do Estado e do próprio capitalismo sobre os processos, trabalhos e hábitos de saúde da população” (p. 2). Assim, é relevante considerar os interesses relacionados à implementação e uso de sistemas de monitoramento eletrônico dentro da APS.

Na perspectiva da epidemiologia, o uso de dados produzidos a partir de registros eletrônicos nos serviços de saúde surge como uma rica fonte para não só o monitoramento das demandas em saúde, como para o planejamento de ações e promoção de políticas públicas. Em relação ao uso de registros eletrônicos na área da saúde, autores apontam ainda que

(...) estes registros constituem uma extensa fonte de dados, com baixo custo, que permite comparações longitudinais, estudos de coorte, avaliação da qualidade e ensaios clínicos com grandes tamanhos amostrais, podendo ser utilizados para vigilância em saúde, particularmente das doenças crônicas, como a diabetes, a hipertensão e as cardio-vasculares, que contribuem para grande parte da morbimortalidade da população brasileira. (Pinto e Santos, 2020, p. 1306)

A implementação dos registros eletrônicos envolve diversos níveis, como hardware, software e infraestrutura a fim de viabilizar os registros e o monitoramento destes (Pinto e Santos, 2020). Desse modo, são acionados atores humanos e não-humanos, entendidos como intermediários, para a viabilização da execução tanto dos registros como do contínuo monitoramento destes, desde atualização cadastral de local de moradia até o monitoramento de cadastros duplicados e ocorrência de óbitos e nascimentos no território.

Figura 5 — Consultório da enfermagem em CSF sobralense com computador e periféricos.



Fonte: autoria própria.

O Previne Brasil, para além da mudança na forma de financiamento da APS, transforma também a relação com os sistemas de informação utilizados na atenção primária, especialmente diante da relação direta entre os dados de produtividade e retorno financeiro. Nesse sentido, o Previne e o sistema vinculado a este, especialmente o PEC, transformam a própria dinâmica de trabalho dentro dos serviços. Neste cenário, o PEC e as listas produzidas a partir dos dados inseridos nestes, tornam-se atores dentro da rede de relações de viabilização da produção da rede de atenção primária em Sobral.

Uma das queixas frequentes dos profissionais diz respeito à ativação de condição crônica no sistema PEC⁷¹. A ativação da condição, como hipertensão, pode ser realizada por

⁷¹ Dentro do PEC é possível identificar, entre outros itens, as condições crônicas do usuário. No caso de hipertensos e diabéticos, é necessário que o profissional de saúde identifique a condição, ativando no sistema, de modo que o usuário passa a fazer parte da relação de hipertensos/diabéticos cadastrados e atendidos pela equipe da ESF. Usuários com a condição ativa passam a ser monitorados e contabilizados no Previne Brasil juntos aos indicadores referentes à estas condições de saúde. Até 2023 não era possível desativar a condição no PEC uma vez que esta fosse ativada.

diversos profissionais da equipe, fazendo com que pacientes muitas vezes já cheguem ao consultório médico com a condição ativa. Todavia, após a condição ser ativada, não há possibilidade de correção ou retirada. Por conta da impossibilidade de desativar a condição, ocorriam diversos relatos em relação a pacientes que estavam com a condição ativa por erro de preenchimento ou porque tiveram episódios isolados - como um pico de pressão por estresse -, mas não eram crônicos. Ainda que estes pacientes não fossem de fato entendidos pela equipe de saúde como pacientes crônicos, a partir da ativação no PEC, a equipe se tornava responsável pelo monitoramento do paciente, o que incluía consultas semestrais, realização de exames e retirada de medicamentos, repercutindo diretamente nos dados finais relativos ao alcance do indicador.

Robson, gerente de CSF, revela outra vertente do sistema que afeta diretamente o resultado dos indicadores do serviço de saúde e que acaba colocando em xeque o trabalho das equipes: pacientes que não existem. O termo se refere tanto ao aparecimento de cadastros duplicados, quanto a permanência na lista de usuários do serviço pacientes que já foram a óbito ou trocaram local de residência, saindo da área pela qual o CSF é responsável. Além destes, de acordo com Robson, surge ainda uma grande quantidade de pacientes que nunca foram cadastrados no território, fazendo com que as equipes não reconheçam os cadastros ou encontrem os sujeitos ao buscá-los no território. O relato de Robson não foi ponto isolado dentro da APS, diversos profissionais relataram a repetição na disparidade de dados a cada resultado de quadrimestre avaliativos do Previne.

A existência de cadastros duplicados é facilmente explicada pelos profissionais através do processo de informatização da rede. O fenômeno é comumente compreendido como erro humano diante da atualização dos cadastros que antes eram físicos, armazenados em prontuários e pastas, e que agora tinham de ser refeitos dentro do sistema online. Todavia, a repetição dos erros a cada relatório parcial e final passou a promover entre os profissionais a compreensão de que o próprio sistema opera de formas alheias ao controle local. Quando são identificados erros no relatório e conferidos à exaustão em comparação aos relatórios individuais dos profissionais, às listas de controle locais e ao próprio sistema de planilha paralelo mantido pelo CSF, o Ministério de Saúde é acionado para correção das falhas. Esse passo é feito buscando não só a correção com vias de melhora no monitoramento dos usuários da rede e planejamento de ações, mas também com ênfase em como o serviço pode ser prejudicado na avaliação quadrimestral dos indicadores. Assim, não é raro que próximo ao resultado das avaliações quadrimestrais os serviços tenham maior ênfase tanto na realização de

procedimentos - como mutirões para exame citopatológico - quanto no controle dos dados registrados pelos profissionais e as produções do sistema após a solicitação de correções. Ainda que esses dados fossem conferidos pelas equipes, além de posteriormente serem apontados ao Ministério da Saúde solicitando correção, os efeitos imediatos da avaliação negativa dos serviços eram visíveis. Tanto Robson quanto outros profissionais declararam o estresse e frustração envolvidos nas avaliações que não atingiam 100%, ainda que as equipes estivessem, de acordo com as próprias ferramentas de controle, alcançando todos os hipertensos cadastrados no CSF⁷². Santiago é médico recém formado e trabalha há um ano no CSF que Robson gerencia. Me recebe no consultório munido de um ventilador de mesa que tenta aplacar o calor do fim de ano. Santiago repete o testemunho do gerente em relação à inconsistência de dados relativos aos hipertensos enquanto observo o grande anel de formatura em sua mão, o sinal de que ele é mais um dos recém formados atuando dos CSF de Sobral. Sobre o indicadores, diz que no citopatológico a dificuldade não é só a procura, mas também a falta de material para coleta. Ainda assim, puxando da memória realidades de outros locais, acredita na qualidade da saúde no município. “Os resultados falam por si só”, completa o médico.

Como alguns dos interlocutores relataram, as cobranças em relação ao alcance de metas não é novidade na rotina do serviço, tampouco as atividades desempenhadas. Afinal, as condições de saúde abordadas a partir do Previne Brasil já tinham protocolos de recomendação a partir de programas específicos, como o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (Brasil, 2002c) e o Programa Nacional de Imunização (Brasil, 2013). Diante da tradição dos serviços de saúde ofertados a partir do SUS produzirem dados para o controle e monitoramento das ações em saúde, aliado a dados produzidos por outros órgãos como a Justiça Federal e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os profissionais da rede de saúde já estavam habituados a desenvolver as próprias estratégias para monitoramento dos pacientes. Em Sobral, por exemplo, havia um sistema online de abrangência local para controle das produções dos serviços de saúde. Diante da adoção do Previne, o sistema passou a ser um segundo controle para as ações, sendo o e-SUS o principal componente da rede de sistemas online.

Conforme demonstrado anteriormente, os trabalhadores da saúde estabelecem formas outras de controlar e monitorar suas ações, territórios e usuários pelos quais são responsáveis.

⁷² Ainda que nem todos os Centros de Saúde da Família onde a pesquisa foi realizada tenham tido relatos de disparidade entre os dados dos territórios e os produzidos pelo e-SUS a incidência destes tornou-se relevante ao instituir relações conflituosas entre as equipes, chegando a produzir acusações de ineficiência e cobranças contínuas entre os profissionais.

Vânia, ao longo de nossa entrevista, me mostrou em detalhes o caderno escolar em que coloca todos os dados dos usuários pelos quais ela é responsável. Separados por folhas dobradas em formato triangular e identificadas com textos coloridos, as sessões classificam idosos, hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças de diferentes idades, cada um com o número do seu cartão do SUS anotado. É observando o caderno, que Vânia atualiza diariamente, que ela anota inclusive particularidades como mudanças, óbitos e ausências no dia da visita. É através das anotações que Vânia consegue saber, por exemplo, se alguma criança de até 1 ano está com pendência vacinal. A ACS atua em um território rural com menos de 1.500 pessoas cadastradas no serviço de saúde, o que já é praticamente toda a população local. Ela e mais 3 colegas se dividem na atuação como ACS no CSF recém-construído. Se em um primeiro momento pode parecer que Vânia consegue produzir esse mecanismo de controle pela baixa densidade populacional do território, identifica-se que esse tipo de controle manual, quase uma artesanaria, é feito também por profissionais que atuam na sede do município, mesmo que em bairros com maior concentração populacional.

Nas relações dentro dos serviços de saúde, os cadernos e planilhas que os profissionais produzem de forma individual, independente do sistema online vinculado ao Previne, surgem também como formas de negociar e argumentar as demandas da gerência e da gestão, além dos resultados do próprio sistema online. Assim, em relação direta com os elementos inseridos no campo através dos aparatos tecnológicos da informatização, ocorre uma transformação destes apetrechos em objetos técnicos dotados de conteúdo político.

Os objetos técnicos definem, em sua configuração, uma certa partição do mundo físico e social, atribuem papéis a certos tipos de atores — humanos e não-humanos — excluindo outros, autorizam certos modos de relação entre estes diferentes atores etc... de maneira tal que eles participam plenamente da construção de uma cultura, no sentido antropológico do termo, ao mesmo tempo que eles se tornam obrigatoriamente os mediadores em todas as relações que nós mantemos com o “real”. (Akrich, 2014, p. 161).

Em um CSF, quando cheguei para começar as entrevistas do dia, encontrei todas as ACS reunidas na sala da gerência recebendo orientações sobre uma demanda urgente em relação ao cadastro vacinal de crianças até 6 anos. Enquanto aguardava a gerente para avisar da minha chegada, observava as reações das ACS - de comentários a expressões faciais - ao serem informadas da aparente lacuna de informação que o sistema denunciava. As entrevistas foram realizadas logo depois desse repasse de demanda, ao ponto que enquanto ocupava um consultório entrevistando uma ACS, podia ouvir as outras aguardando na antessala e fazendo seus planejamentos ao mesmo tempo que argumentavam que aqueles dados já tinham sido registrados. Foi nesse processo que Marieta, no meio da entrevista, retirou da pasta a lista

impressa pelo sistema e seu caderno para me mostrar como ela passaria o restante da manhã. Apontava os nomes das crianças, recordava a moradia de cada uma e planejava a rota de caminhada pelo bairro. Dizia que passaria a manhã correndo para fazer um serviço que já tinha sido feito. Argumentava afirmando que as tais vacinas já tinham sido cadastradas no sistema e que por um erro dele, alheio ao trabalho de Marieta, elas não constavam como realizadas. Caberia naquele momento uma espécie de retrabalho ao ir de casa em casa conferir um por um os cartões de vacina, os quais ela iria fotografar para produzir uma garantia dupla: foi até o local e tem a referência para garantir a confiabilidade de suas anotações.

Rompendo com a racionalidade que seria base para as decisões técnicas, sem conteúdo político, que produziram os sistemas de monitoramento e avaliação, esses mesmos sistemas passam a demandar estratégias dos atores para os quais eles foram desenvolvidos.

Se forem os objetos técnicos que nos interessam e não as quimeras, não podemos metodologicamente nos contentar somente com o ponto de vista do projetista ou daquele do usuário: é necessário efetuarmos sem parar o ir e vir entre o projetista e o usuário, entre o usuário-projeto do projetista e o usuário real, entre o mundo inscrito no objeto e o mundo descrito pelo seu deslocamento. (Akrich, 2014, p. 165)

Cabe assim considerar não só o Previne Brasil como um objeto técnico, cujos projetistas anseiam a transformação em instrumento de conhecimento, mas todos os demais componentes que se relacionam ao programa, inclusive os humanos envolvidos na implementação deste. Conforme Akrich (2014), “a transformação de fatos sociotécnicos a simples fatos passa, portanto, pela transformação do objeto técnico em caixa-preta: ele desaparece ao mesmo tempo em que é mais indispensável que nunca” (p. 180). Nesse sentido, considerando que o Previne Brasil é fruto de reprodução da racionalidade neoliberal no escopo do financiamento de políticas públicas, ao abrir espaço para diálogo com elementos humanos e não humanos do campo, é em busca da não estabilização que se direcionam os esforços desta pesquisa.

2.4 ÍNDICES, LISTAS E NOTAS: FERRAMENTAS DE CONTROLE NO CAMPO DA SAÚDE

Dentro da APS sobralense, os principais componentes que surgiram em campo como associações entre objetos técnicos e profissionais que os utilizam dizem respeito às ferramentas de cadastro, monitoramento e avaliação vinculados ao Previne Brasil. A partir destas, o PEC e os relatórios produzidos pelo SISAB com os resultados parciais e finais dos indicadores surgiram como ferramentas de incremento burocrático, melhorias para o trabalho diário e fontes de estresse entre os profissionais e gestores. O Índice Sintético Final - ISF, cálculo feito pelo governo federal a partir dos dados relativos aos componentes de financiamento, surgiu tanto

como elemento produtor de ansiedade quanto como meta estratégica em termos de gestão local. Como dito anteriormente, estes elementos se multiplicam em planilhas, relatórios, índices, cadernetas, cartazes e formulários eletrônicos dentro das estratégias locais que articulam os imperativos do Previne Brasil e o manejo da gestão local e profissionais da assistência.

No início de maio de 2022, quando recém chegava em Sobral para iniciar o que seriam quase dois meses de contínuas entrevistas e pesquisa nos CSF, os profissionais estavam às voltas com o resultado do primeiro quadrimestre de 2022. O período avaliado vinha na sequência de um ano em que o governo federal fez cálculos de fator de correção, gerando incremento financeiro para municípios a fim de compensar as perdas de 2020. Além disso, em 2021 os repasses foram feitos considerando que todos os municípios alcançaram 100% dos indicadores, evitando perda financeira. Com a suspensão desta modalidade de cálculo, a partir da Nota Técnica nº 03/2022 DESF/SAPS/MS, o cálculo de repasse seria feito com base no alcance real de cada equipe do município. Desse modo, o resultado dos indicadores do primeiro quadrimestre de 2022 representava uma espécie de recomeço do Previne Brasil. Se em 2020 o programa foi tratado em segundo plano frente a pandemia, em 2021 um período de intensa adaptação, com treinamentos, capacitações e trabalho intenso em prol de melhorar os números dos indicadores e o resultado, o programado para o ano de 2022 colocava à prova tanto o plano do governo federal, quanto os esforços da gestão municipal.

De acordo com comunicado da SAPS, os repasses em 2022 teriam como base os seguintes parâmetros:

Para o financiamento no primeiro quadrimestre de 2022, será considerado o percentual do **alcance real** para as metas dos indicadores 1 e 2, somado à meta de 100% dos demais indicadores para a apuração do ISF do município e Distrito Federal, obtido no terceiro quadrimestre de 2021 com a metodologia de cálculo anterior aos indicadores revisados;

Para o financiamento no segundo quadrimestre de 2022, será considerado o percentual de **alcance real** para as metas dos indicadores 1, 2, 3, 4 e 5, somado à meta de 100% dos demais indicadores para a apuração do ISF do município e Distrito Federal, obtido no primeiro quadrimestre de 2022;

Para o financiamento no terceiro quadrimestre de 2022, será considerado o percentual de **alcance real** para as metas de todos os 7 (sete) indicadores elencados – para a apuração do ISF do município e Distrito Federal, obtido no segundo quadrimestre de 2022⁷³. (Brasil, 2022a)

O que encontrei nos serviços naquele momento foram relatos frequentes em torno das dificuldades iniciais com o PEC, a incerteza de quais indicadores seriam cobrados em cada quadrimestre e se novos seriam implementados. Da mesma forma, encontrei gerentes que alegavam não ter tempo para sentar-se e participar da pesquisa. Uma delas, autorizando que eu

⁷³ Previne Brasil: confira as mudanças nos indicadores de desempenho para 2022. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/noticia/15656>>.

conversasse com os demais profissionais da unidade de saúde, negou a própria participação ao me mostrar diversas folhas e cálculos que ela estava fazendo naquele momento. Muito ocupada. Tão ocupada que a ocupação surgiu na fala de profissionais como estresse por conta das cobranças da gestão municipal e da rotatividade de profissionais que o serviço enfrentava. Naquele CSF quem ficou no papel de me guiar, autorizar estar nos espaços, e interceder para que profissionais me encaixassem entre consultas e atendimentos foi uma enfermeira. Procuramos juntas uma sala vaga onde eu pudesse entrevistar sem ter interferências e onde os profissionais pudessem falar livremente, mas todas estavam ocupadas. Acabei pedindo para realizar as entrevistas no quintal da unidade. Foi lá que organizei duas cadeiras de plástico, descobri que aquele era o ponto de encontro para pausas no trabalho e lanches, e que enquanto eu estava lá fora, na copa se construía um burburinho sobre a minha presença. Meri, a enfermeira, chegou rindo e me contando que os profissionais estavam se questionando quem eu era e, principalmente, se eu trabalhava para a prefeitura ou para o Ministério da Saúde. Apesar de Meri já ter negado que esse fosse o caso, fiz questão de enfatizar, a cada entrevista, que não estava ali para avaliar o trabalho, tampouco fiscalizar a execução de uma política, eu estava lá para ouvir. E foi isso que fiz.

Matilde, ACS há 13 anos, abre a fala declarando que o Previne veio buscar números. Matilde acredita que não se faz mais trabalho de atenção primária. A declaração foi por vezes repetida na boca de outros profissionais do município, ora pela ênfase excessiva na produção de números, ora pelas demandas da população nos últimos anos, que passaram a enxergar o CSF como uma espécie de UPA nos bairros. Ainda em relação a números, Débora, que atuava como ACS em Sobral desde 1992, me disse que naquele momento as gestões só queriam números. “Lista disso, lista daquilo”. Disse que eles, profissionais, trabalham sempre com ameaças relativas ao rendimento. De acordo com Débora seu trabalho naquele momento se resumia a produzir dados para o município, perdendo qualidade de vida, sendo afetada física e mentalmente.

As demandas em relação aos indicadores, como exemplificado anteriormente, se alteram entre os profissionais de saúde. Não só as demandas de ação, como as formas que estas demandas chegam e são compreendidas. Ainda em janeiro de 2022, enquanto fazia entrevistas iniciais com profissionais que eu já tinha contato anteriormente, fui informada sobre as cobranças que estavam sendo impostas na APS em relação ao alcance de metas. Indicadores mais problemáticos, como o relativo ao exame citopatológico, geravam ações que fugiam do escopo do esperado para a APS. Foi assim que um dos CSF entrou na futura rota de pesquisa.

Kelly, psicóloga atuante na APS, me contou de uma enfermeira de determinado CSF que tirou do próprio bolso dinheiro para comprar itens para serem sorteados entre as mulheres que comparecessem ao mutirão de exame citopatológico. A promoção de mutirões, especialmente próximo ao fim do período de avaliação, demonstrou ser comum dentro dos serviços. Todavia, atitudes como a da enfermeira em questão demonstraram que outras estratégias, não previstas institucionalmente, estavam sendo colocadas em prática.

O relato desse caso passou a fazer cada vez mais sentido com o decorrer da pesquisa de campo. Os baixos índices referentes ao exame citopatológico surgiram em quase todos os CSF como queixa e objeto de frustração. Carmem, enfermeira em um CSF que reúne um vasto território com famílias de renda média, concedeu entrevista em seu consultório enquanto conferia as mulheres que tinham agendado e faltado ao exame. Carmem culpava as ACS por não trazerem mulheres suficientes. Dizia que o trabalho tinha de ser feito com mais ênfase, que tinha um número para atingir até o mês seguinte. Se as ACS não agendam as mulheres e, se possível, levam elas até o CSF, Carmem não tem como realizar os exames. Se o exame não é feito, não conta para o indicador. Se o indicador não tem seu número alcançado, a culpa seria da má ação dos profissionais. Como citado anteriormente, a reação do próprio secretário da SAPS segue essa tônica, a ineficiência em alcançar os parâmetros do Previne Brasil seria culpa dos gestores e não do programa.

Nesse sentido, uma analogia ao proposto por Akrich (2014) torna-se plausível. Considerando a implantação de kits elétricos na Costa do Marfim, a autora afirma

A história dos kits poderia ser lida como uma longa série de acusações recíprocas entre as diferentes partes interessadas: não daríamos mais que dois exemplos: por um lado os industriais pelos quais: “se isso não funciona (subentendido tecnicamente), é porque é mal utilizado (socialmente)”, por outro lado os usuários, ou melhor, esses que se querem seus representantes: “se isso não funciona (socialmente), é por que é mal projetado (tecnicamente)” (Akrich, 2014, p. 178)

No momento da pesquisa, os industriais, entendidos aqui como os projetistas da reforma dentro da SAPS, alegavam a má utilização dos sistemas do Previne Brasil e do próprio recurso público destinado à APS. Por outro lado, gestores e profissionais se dividiram entre corroborar a hipótese dos projetistas, e alegarem que a falha estaria justamente na ineficiência técnica do aparato construído junto ao Previne Brasil.

Durante audiência pública para prestação de contas, no fim de maio de 2022, a então secretária de saúde abriu sua fala declarando que, para fazer o máximo com o recurso da saúde, seria necessário planejamento, avaliação e monitoramento. Dentro das estratégias de subverter

a lógica produtivista ou corroborar com o fluxo de produtividade, a gestão municipal escolhia posicionar os gerentes dos CSF como talentos excepcionais. Estaria na mão deles fazer com que os serviços alcançassem as metas e os profissionais correspondessem às expectativas do governo municipal e federal. Ao mesmo tempo em que eram exaltados, a cobrança também era pública. A gestora direcionou um questionamento geral em relação à queda de cobertura vacinal entre crianças, um dos indicadores do Previne. A cobrança naquele espaço se uniu posteriormente aos relatos de profissionais da ponta que, ao se queixarem em relação à excessiva cobrança dos indicadores, repassada pela gerência, entendiam que a própria gerência também era cobrada. Surgia ali entre os trabalhadores entrevistados a perspectiva de que por vezes se construía uma cascata de cobrança entre as diferentes instâncias da secretaria de saúde. Esta cascata se renovava diariamente baseada nas demandas do governo federal, instrumentalizado através do Previne Brasil.

A dúvida em relação ao motivo da minha presença no território, ainda que tenha surgido algumas vezes e se materializado em entrevistas que sucediam em discursos extremamente elogiosos, recusando qualquer hipótese de necessidade de melhoria na rede de saúde, quando extinguida, promoveu espaços de uma espécie de expurgo. Experiências que envolveram desde Ricarda, chorando em frente a mim ao contar sua trajetória como ACS e as dificuldades que enfrentava com as reformas dos últimos anos, até profissionais que abriam planilhas, pastas, cadernos e forneciam diversos exemplos de como estavam adoecidos. Se referiam à experiência de não só enfrentar uma emergência como a COVID-19, mas de ter de entrar em uma lógica produtivista em que nem sempre o cuidado parecia estar em primeiro plano.

Ao longo de 2022 a cidade de Sobral foi reconhecida pela melhoria no alcance dos indicadores, expressos pela nota do ISF de cada quadrimestre. O feito foi celebrado no âmbito municipal como expressão do sucesso da gestão e dos profissionais. Nesse processo, o município chegou a receber visita do então secretário da SAPS, figurando posteriormente no site da SAPS como um caso de sucesso na APS⁷⁴.

⁷⁴ Sobral e Acaraú/CE protagonizam em desempenho na Atenção Primária brasileira. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/noticia/18596>>. Acesso em: 5 abr. 2023.

Figura 6 – Visita do secretário da SAPS, Raphael Câmara, a Sobral em agosto de 2022.



Fonte: SAPS/MS.

Na ocasião, profissionais vinculados à gestão local declararam o que levava o município àqueles resultados:

Segundo a gerente da APS de Sobral, Rogeriany Lopes Farias, o motivo de terem alcançado o resultado está na reestruturação e informatização dos serviços de saúde com foco no monitoramento das ações. “A continuidade, a desvinculação daquelas ações que antes eram pontuais e agora são estruturadas e monitoradas, a capacitação de todas as categorias profissionais de forma permanente e mensal, o apoio e investimento da gestão, o planejamento estratégico, as avaliações de cada resultado - não apenas aguardar os resultados após o Indicador Sintético Final ao final do quadrimestre, mas a cada mês a gente tentar entender os nossos passos e implementar e construir novas ações em conjunto – tudo isso nos ajudou a chegar aqui”.

A coordenadora de Atenção Primária de Sobral, Larisse Araújo de Sousa, acredita que o resultado é justo. “Esse é um dia histórico pra gente, porque temos trabalhado muito em cima disso. Quando saiu o primeiro resultado, ficamos um pouco assustados, vimos que municípios menores tinham mais chance que nós e ficamos receosos de o MS não conseguir fazer esse reconhecimento. Mas conversando com o secretário ficou bem claro que eles têm essa visão de tratar todos de forma justa, então foi muito justa a nossa colocação, e Sobral vai trabalhar e arregaçar as mangas para conseguir o primeiro lugar também”. (Brasil, 2022b)

Na ocasião, Sobral alcançou o primeiro lugar no alcance de indicadores entre municípios de 100.001 a 500.000 habitantes entre a região Norte e Nordeste. Em nível nacional, ocupava a terceira posição. Conforme observado na Tabela 3⁷⁵ e Tabela 4, houve uma drástica mudança nos números alcançados por Sobral entre 2020 e 2022. Todavia, a explicação não pode ser resumida à reestruturação dos serviços, tampouco a chegada de novos componentes. É somente puxando o fio de conexões entre os elementos que viabilizam estes resultados que se

⁷⁵ Dentro do SISAB não existem dados relativos ao primeiro quadrimestre de 2020, por isso estes não constam na referida tabela.

pode suspender a opacidade imposta através de números e tabelas de produtividade. Considerando a declaração da então gerente da APS em Sobral, no processo de compreender a relação entre Sobral e o Previne Brasil, aqui interessam tanto os números, quanto os passos.

Tabela 3 - Dados de referência para alcance de indicadores vinculados ao Previne Brasil em 2022.

Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas	<18%	18 - 31%	31 - 45%	> 45%
Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	<24%	24 - 42%	42 - 60%	> 60%
Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	<24%	24 - 42%	42 - 60%	> 60%
Cobertura de exame citopatológico	<16%	16 - 28%	28 - 40%	> 40%
Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente	<38%	38 - 67%	67 - 95%	> 95%
Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre	<20%	20 - 35%	35 - 50%	> 50%
Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada	<20%	20 - 35%	35 - 50%	> 50%

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 4 – Dados relativos à APS Sobral entre 2020 e 2022 referentes ao alcance de indicadores do Previne Brasil e retirados do SISAB.

Quadri mestre (Q)	População	Total de ES F	ISF	% Incentivo	Ponderação						
					1	1	2	1	2	2	1
					Gestantes 6 consultas Pré-Natal	Gestantes Exames Sífilis e HIV	Gestantes com atendimento Saúde Bucal	Cobertura Citopatológico	Cobertura Poliomielite e Pentavalente	Pressão arterial aferida	Solicitação Hemoglobina Glicada
					Meta: 45%	Meta: 60%	Meta: 60%	Meta: 40%	Meta: 95%	Meta: 50%	Meta: 50%
Q2/2020	208.395	70	4,63	46,3%	43%	47%	41%	17%	49%	6%	3%
Q3/2020	208.395	70	5,21	52,1%	58%	52%	41%	17%	47%	9%	11%

Q1/202 1	210.7 11	70	5,9 4	59,4 %	63%	61%	57%	16%	36%	12%	20%
Q2/202 1	210.7 11	70	8,2 3	82,3 %	70%	75%	74%	17%	100%	20%	51%
Q3/202 1	210.7 11	70	8,6 4	100%	78%	91%	86%	19%	100%	29%	69%
Q1/202 2	212.4 37	70	8,6 5	92,34 %	56%	72%	71%	22%	80%	42%	37%
Q2/202 2	212.4 37	77	9,2 1	92,13 %	54%	71%	71%	25%	84%	48%	45%
Q3/202 2	212.4 37	78	9,4 5	95,52 %	61%	72%	73%	29%	88%	50%	45%

Fonte: elaboração própria.

CAPÍTULO 3 – ALCANÇANDO O PRIMEIRO LUGAR: ESTRATÉGIAS LOCAIS PARA OPERACIONALIZAÇÃO DO PREVINE BRASIL

Este capítulo faz a contextualização de como Sobral chegou ao primeiro lugar no ranking de desempenho dos municípios a partir do Previne Brasil em 2022, ao mesmo tempo que aponta as dificuldades dos outros municípios do país em relação ao alcance das metas do programa. Destacando o desempenho local como exceção, são apresentadas as estratégias, dificuldades e frustrações envolvidas na dinâmica de produtividade inaugurada a partir do programa e como esta reflete modos de ação do neoliberalismo aplicados ao campo do trabalho em saúde. A partir de dados teóricos e etnográficos são abordadas as experiências locais nos quesitos Capitação Ponderada, Indicadores de Desempenho e Incentivo às Ações Estratégicas, eixos de avaliação e monitoramento do Previne Brasil. São incluídos ainda diálogos em torno das dificuldades da APS no país e em Sobral, considerando desde a rotatividade de profissionais até os limites impostos pelo direcionamento do governo federal em relação à adoção de ações estratégicas nos territórios.

3.1 SOBRAL, A LEGITIMAÇÃO DO SUCESSO DE UM PROGRAMA OU A EXCEÇÃO QUE CONFIRMA A REGRA?

Conforme demonstrado anteriormente, dentro da organização orçamentária sobralense a Secretaria de Saúde ocupa o primeiro lugar nas despesas municipais. Ainda que a APS não seja a que demande mais gastos, sendo a atenção hospitalar a que ocupa este posto, parte significativa do orçamento municipal é empregado na APS. Neste sentido, nos últimos anos houve grande expansão da rede de saúde local, contando com a construção de novos centros de saúde da família, reformas nas unidades já presentes, além da criação e reforma de hospitais municipais. Estes últimos em parte decorrentes do aumento de fluxo de atendimentos hospitalares demandados a partir da COVID-19. O movimento de expansão é acompanhado especialmente dentro da Secretaria de Educação, a segunda secretaria com maior investimento financeiro no município. Esse dado torna-se necessário a fim de compreender como Sobral consegue operacionalizar uma extensa rede de saúde, em seus diversos níveis, ao mesmo tempo que alcança indicadores de excelência a partir dos parâmetros de avaliação do governo federal.

O fluxo financeiro, traduzido por uma rede que só nos Centros de Saúde conta com 1.621 funcionários, tem efeitos práticos nos índices alcançados pelo município. Conforme o exposto na Tabela 4, Sobral passou por uma drástica melhora nos indicadores do Previne Brasil entre 2020 e 2022. Se parte importante dessa melhora diz de um maior e melhor treinamento

dos profissionais de saúde em relação ao preenchimento dos mecanismos vinculados ao e-SUS, reflete também práticas específicas de organização e gestão local. Além das já citadas Câmaras Técnicas, exclusivas da APS, a rede de saúde local também conta com coordenações de áreas como a própria APS, a Atenção Especializada, a Saúde Mental e a Vigilância em Saúde. Além disso, operam Células vinculadas a temáticas corriqueiras do SUS como a Célula de Saúde da Mulher, a Célula de Atenção Domiciliar, a Célula da Academia da Saúde e a Célula de Avaliação e Monitoramento dos Indicadores de Saúde, além de estratégias locais como a Célula da Estratégia Trevo de Quatro Folhas⁷⁶. Dentro desta ampla rede formalizada institucionalmente constroem-se dinâmicas próprias que refletem o modo local de enxergar a necessidade de organização e monitoramento, além da própria aplicação das recomendações do SUS e da União referente à assistência em saúde. A atuação destas Câmaras Técnicas, Coordenações e Células é acionada no dia a dia do sistema de modo a mesclar as ações dos níveis de atenção, proporcionando um esforço em prol da integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde, ainda que surjam obstáculos operacionais dentro do sistema.

Para além das dinâmicas próprias ao território sobralense, a gestão local se propõe a firmar parcerias e colaborações tanto com órgãos governamentais, quanto com entidades externas em prol de melhorias nas práticas locais⁷⁷. Um dos efeitos produtivos destas iniciativas foi a adesão do município ao Programa Nacional de Gestão de Custos, criado pelo governo federal em janeiro de 2018 através da Portaria GM/MS nº 55. O PNGC foi operacionalizado em Sobral com dados referentes ao primeiro quadrimestre de 2022, considerando os custos referentes aos 38 Centros de Saúde da Família então atuantes no município. Como fruto desta iniciativa foi publicada a 1ª Edição do Boletim de Economia da Saúde de Sobral - CE (Sobral, 2022). Durante o evento em que o boletim foi lançado, o I Seminário Regional de Gestão de Custos, estiveram presentes entre o público profissionais vinculados não só a rede de saúde sobralense, mas também representantes de outros municípios da região norte do estado. O seminário, conforme divulgação, visava sensibilizar gestores, profissionais e acadêmicos em relação ao aperfeiçoamento da gestão no SUS. Entre os apresentadores, estavam profissionais vinculados ao Ministério da Saúde, Ministério Público Federal, Controladoria Geral do

⁷⁶ No site da Prefeitura Municipal de Sobral é possível consultar parte significativa da rede de saúde, com identificação dos responsáveis por cada sessão. Até o primeiro semestre de 2023 as informações sobre as Câmaras Técnicas e seus componentes permanece ausente no site.

<https://saude.sobral.ce.gov.br/institucional/quem-e-quem>

⁷⁷ Entre as parcerias estabelecidas pela prefeitura sobralense estão o projeto Cria na Paz, vinculado à rede internacional Urban95, iniciativa da Fundação Bernard van Leer, referente ao cuidado na primeira infância. Ver em <https://www.sobral.ce.gov.br/informes/principais/prefeitura-inicia-campanha-cria-na-paz-dentro-da-estrategia-de-atencao-a-primeira-infancia-em-sobral>

Município, além de representantes da rede local de saúde e da Universidade Federal do Ceará, parceira do município nas ações relativas à Economia da Saúde.

Durante a apresentação do evento, a representante do Ministério da Saúde, Maciene Mendes da Silva, enfatizou tanto a importância do PNGC para a tomada de decisões no âmbito da saúde, quanto a excelência de Sobral no processo de implementação deste. A rapidez na obtenção de dados foi apresentada como um esforço conjunto da gestão local junto ao MS, contando com a participação essencial das gerências dos Centros de Saúde da Família. O saldo desse movimento, visualizado através do Boletim de Economia da Saúde, foi o compilado dos dados relativos à gestão de custos dos 38 Centros de Saúde da Família locais. Com dados consolidados a partir da ferramenta online APURASUS⁷⁸, os valores de custo de cada serviço foram disponibilizados, ao mesmo tempo que cada CSF foi caracterizado com dados relativos ao território, população assistida, número de equipes de saúde da família e saúde bucal, número total de profissionais e taxa de cobertura do território.

⁷⁸ Ao contrário do SISAB, os dados disponíveis no APURASUS não são públicos para o acesso dos cidadãos, somente das gestões. Esta base de dados foi desenvolvida especificamente para uso do PNGC.

Figura 7 — Página do Boletim de Economia da Saúde.

Boletim de Economia da Saúde de Sobral-CE – 1ª Edição, 08 de novembro de 2022.

Centro de Saúde da Família Alto da Brasília

Localização: Rua José Ribeiro da Silva, 277, Alto da Brasília Sobral/CE

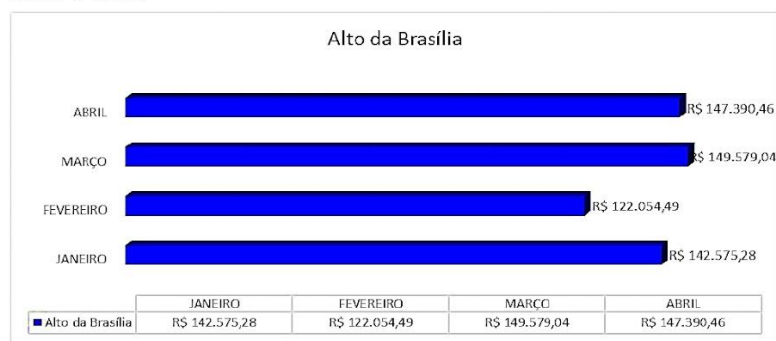
Número de profissionais: 33 profissionais

Total de Equipes de Saúde da Família: 02 equipes

Total de Equipes de Saúde Bucal: 1 equipe

Cobertura do território (%): 100%

População total assistida: 6.512 pessoas

Gráfico 1 - Custo total da unidade por mês no 1º quadrimestre de 2022 do CSF Alto da Brasília, Sobral/CE, 2022.

Fonte: APURASUS.

Tabela 1 - Item de custo - sintético analítico por mês do 1º Quadrimestre 2022, do CSF Alto da Brasília, Sobral/CE, 2022.

Item Custo - Sintético Analítico	Jan./2022	Fev./2022	Mar./2022	Abr./2022	Total 1º Quadrimestre	Proporção
Pessoal	R\$ 92.559,85	R\$ 104.401,08	R\$ 117.876,32	R\$ 115.975,28	R\$430.812,53	76,71%
Materiais de Consumo	R\$ 43.897,41	R\$ 10.851,56	R\$ 23.166,80	R\$ 24.122,97	R\$102.038,74	18,17%
Serviços de Terceiros	R\$ 3.531,57	R\$ 3.455,73	R\$ 4.163,45	R\$ 3.320,02	R\$14.470,77	2,58%
Despesas Gerais	R\$ 2.586,45	R\$ 3.346,12	R\$ 4.372,47	R\$ 3.972,19	R\$14.277,23	2,54%
Total	R\$ 142.575,28	R\$122.054,49	R\$ 149.579,04	R\$147.390,46	R\$561.599,27	100%

Fonte: APURASUS.

10

Fonte: SOBRAL (2022)

O boletim evidencia dados importantes como a discrepância de gastos entre unidades localizadas dentro de territórios de alta vulnerabilidade social em relação às localizadas em bairros prioritariamente de classe média. Da mesma forma, os horários de atendimento das unidades operaram diferenciações nos custos finais⁷⁹. Em relação a estas diferenças, durante o

⁷⁹ Em Sobral, até o fim de 2022, 6 equipes da ESF atuavam em horário estendido, fazendo com que CSF atendessem de 7 da manhã até às 19 h de segunda à sexta-feira.

evento um profissional da gestão municipal declarou, em tom de surpresa, que um dado que o APURASUS permitia visualizar era que os CSF em área periférica consumiam mais - de luz à medicação - do que os CSF localizados em área nobre. Sentada junto a uma plateia repleta de profissionais que atuam na ponta da rede de saúde, me perguntava se só eu estranhava aquela fala. Ao acompanhar os serviços de saúde e a relação íntima entre marcadores sociais e condições de saúde, já me soava óbvia a diferença de consumo. Os serviços em periferias têm maior fluxo de pessoas, assim como de demandas em saúde, inclusa a dispensação de medicação. São também nessas unidades onde se concentra maior número de profissionais. Aquela fala, repleta de surpresa, me soava estranha porque o conhecimento de que a população vulnerável busca desde um comprimido de dipirona monoidratada - item acessado de forma extremamente corriqueira pela classe média - até medicamentos de alto custo através do SUS me parecia básico. Reconheço que esse estranhamento se deu não só pelos dados que o campo apresentava, mas também pela vivência de ser classe popular e acessar o SUS desde a própria criação deste. Nesse mesmo momento recordei as entrevistas realizadas nas farmácias dos Centros de Saúde, enquanto as profissionais respondiam minhas questões ao mesmo tempo que dispensavam medicações em um tempo sem pausa. De forma concomitante, lembrava dos profissionais médicos que me contavam terem solicitado remanejamento de CSF após anos atuando em áreas periféricas do município, de alta vulnerabilidade social. A exaustão da qual eles me contavam refletia a demanda constante daquela população. De alguma forma esses dados se materializam no APURASUS em forma de custos, mas não necessariamente conseguiam abranger as condições que viabilizam aquela materialização.

Como mencionado, parte essencial para a implementação do PNGC no município foi a atuação das gerentes dos Centros de Saúde. Uma destas profissionais chegou a ser retirada do cargo de gerente para atuar na direção da implementação do programa em Sobral. Na prática, conforme explicado durante o evento de apresentação, mensalmente as unidades de saúde receberam planilhas a fim de definir Centro de Custo, Índice de Produção e Critérios de Rateio. As tais planilhas somaram-se à já exaustiva carga de documentos produzidos pelos serviços e vinculados a gestão e monitoramento. Somando-se ao Previne Brasil e seus diversos mecanismos, listas e programas, coube ainda às gerências o trabalho de mediação e coordenação dos serviços de saúde, a organização local, o manejo das relações interpessoais e as respostas às demandas tanto da gestão, quanto da população e dos profissionais de saúde.

A carga de responsabilidade vinculada à atuação das gerências é ligada não só a uma constante cobrança de excelência, mas a um reconhecimento da gestão local referente à

qualidade destes profissionais. Sendo cargos de confiança, as profissionais que ocupam essas posições incorporam não só uma capacidade técnica, mas manifestam uma relação política dentro da rede⁸⁰. Se o repasse em relação às informações relativas ao Previner Brasil coube às gerências, são elas também o centro nervoso de uma operação que em cada território busca inovações em prol do alcance das metas do programa, ao mesmo tempo que tem de responder às demandas locais e trabalhar em cima de suas particularidades. Essa rede de responsabilidade local se amplia através das enfermeiras enquanto líderes no processo organizacional das equipes da ESF, ao mesmo tempo que responde também às figuras que estão acima das gerências em termos organizacionais. Quando da realização desta pesquisa, a APS sobralense contava com duas figuras centrais em sua organização, acima das gerências dos CSF: a coordenadora da atenção primária à saúde e a gerente da atenção primária à saúde. Ainda que a separação técnica dos cargos destas não tenha sido tornada clara durante as entrevistas, ambas surgem como elementos centrais no repasse de informações para os outros níveis da APS, além de uma ligação entre os profissionais e a própria secretária de saúde. A presença destas duas profissionais surge em campo como um indicativo da amplitude e complexidade da rede de saúde.

Conforme explicitado nos capítulos anteriores, a formação da rede da APS sobralense ocorre não só a partir de resoluções técnicas e políticas vindas do governo federal, mas principalmente através de uma compreensão local da forma de fazer gestão e promover políticas públicas. Respondendo a um grau de desenvolvimento que coloca Sobral como sede de região de saúde, contemplando 55 municípios (Sobral, 2022) e consolidando-se como referência em atenção especializada e hospitalar, a APS segue como a menina dos olhos, ao lado da educação pública, como referência nacional. Conforme diversos interlocutores de pesquisa, de diferentes cargos da rede, Sobral tem a ambição de “ser sempre primeiro lugar, alcançar o 100%”. Todavia, é preciso compreender que essa referida ambição é composta de diversas conexões que permitem ao município se destacar mesmo diante de um quadro de desfinanciamento federal. Assim, faz-se necessário contextualizar não só os resultados alcançados por Sobral e os mecanismos utilizados para este fim, quanto à situação regional e

⁸⁰ Atualmente as contratações de nível superior para os cargos dentro da APS são realizadas através de seleção simples, com vínculo de 1 ano, renovável por mais um. Anteriormente cargos como os da enfermagem eram feitos através de nomeação. Diversas modificações foram realizadas nos últimos anos, assim foi possível encontrar em campo profissionais que tinham vínculo através de concurso público, como ACS e Técnicos Administrativos, contratos via empresa terceirizada, como no caso dos Técnicos de Enfermagem, além de contratos diretos, como os estabelecidos entre médicos. Ainda assim, é possível encontrar médicos concursados que permanecem na rede, assim como enfermeiras com contratos temporários. De modo geral, não há constância na forma de vínculo empregatício dos profissionais na APS, influenciando na visão de risco de desfinanciamento a partir do não alcance de metas relativas ao Previner Brasil.

nacional em relação às dinâmicas inauguradas pelo Previne Brasil. Afinal, longe de sinalizar o desempenho geral dos municípios em relação ao programa, Sobral surge como a exceção que confirma a regra.

É fato corriqueiro no campo da saúde coletiva a diversidade do Brasil em termos de desenvolvimento e práticas de gestão no campo da saúde. Programas como o já citado PMAQ, assim como programas criados pelo Ministério da Saúde tornaram-se formas de abordar temas de grande importância no campo da saúde, criando uma espécie de homogeneização artificial dos problemas dos territórios. Se o PMAQ operava de modo a avaliar e qualificar a assistência, era tendo em vista a disparidade de qualidade e do acesso à saúde pública no Brasil. Dentro do Previne Brasil, as Ações Estratégicas surgem como formas de viabilizar que municípios adotem programas e ações que respondam diretamente às dinâmicas locais, sem necessariamente enquadrarem-se em grandes questões da rede como o aumento de incidência de doenças crônicas no Brasil. Todavia, se a adoção de Ações Estratégicas é incentivada, as metas relativas ao alcance de Indicadores de Desempenho impõem cuidados específicos a serem implementados em todos os territórios. Ainda que baseados em grandes chaves da saúde pública, de relevância reconhecida, as metas e indicadores não necessariamente refletem as demandas da população dos territórios, tampouco consideram as dificuldades locais em termos de estruturação dos serviços de saúde. Afinal, a oferta de unidades de saúde nos bairros, o acesso às equipes de saúde bucal, a fixação de médicos dentro das equipes da ESF e as próprias diferenças territoriais têm efeito dramático nos números finais alcançados pelos municípios. Parte da responsabilidade sobre as discrepâncias na implementação da APS, conforme mencionado em capítulo anterior, se deve ao processo de municipalização vinculado ao crônico desfinanciamento do SUS.

Em evento promovido pela Rede APS em abril de 2023, Nésio Fernandes, Secretário da SAPS⁸¹, defendeu a dinâmica da municipalização tensionando o distanciamento normal entre as gestões municipais, estaduais e a gestão federal, dando ênfase na necessidade de maior autonomia dos territórios na gestão da APS. Para o secretário, as fragilidades das gestões locais não estariam na natureza jurídica dos municípios, mas na falta de liderança, apoio e financiamento⁸². Entre estas, estaria a dificuldade na fixação do profissional médico nas equipes

⁸¹ Nésio Fernandes assumiu o cargo no início de 2023, nomeado pela Ministra da Saúde Nísia Trindade, apontada por Lula para a pasta.

⁸² 1º Seminário Rede APS - A Estratégia Saúde da Família na garantia do direito à saúde e defesa do SUS. Disponível em: <https://youtu.be/Y7ijKUgVcZs?list=PLHdpktFRTSN50SW_gfZSYHJpvH6Qt1ZJc>. Acesso em: 10 maio. 2023.

da ESF. O secretário apontou dados de levantamento recente da SAPS indicando que a média de fixação destes profissionais nas equipes é de seis meses, interferindo na criação de vínculo nos territórios e na própria aplicação das ações da APS. Nésio citou ainda como dificuldade a baixa cobertura de equipes de Saúde Bucal, que interfere em um dos indicadores avaliados pelo Previne Brasil. Para ele, é inadmissível que seja necessária uma viagem de 2 h para a realização de um procedimento odontológico. Diante dos dados expostos, Charles Tocantins, vice-diretor do CONASEMS, afirma que na região norte a realidade são viagens de dois dias de barco para realizar consultas odontológicas e que há dificuldade na própria contratação dos médicos para as equipes, não só na permanência destes. Os dados que Charles traz dão conta da vasta diferenciação entre os territórios brasileiros. Ainda que consideradas suas particularidades através dos cálculos populacionais e as demandas previstas na PNAB, Charles em sua fala torna visível todo um regime de trabalho e habitação que difere do meu campo de pesquisa. Como exemplo, em 2022 Sobral contava com 57 equipes de Saúde Bucal nos CSF do município, além de cirurgião dentista disponível 24 h na UPA e dois Centros de Especialidades Odontológicas⁸³, um municipal e um regional.

A maior distância entre os distritos e a sede do município é de 65 km e mesmo neste local existe regime próprio da APS, com o CSF funcionando 24 h durante os sete dias da semana, tanto em horário comercial, quanto em regime de plantão. Como veremos posteriormente, ainda que não demande uma viagem de dois dias de barco para realização de um procedimento, a distância entre a sede e os distritos é capaz de produzir efeitos maléficos nos itinerários de saúde dos usuários. A fala de Nésio, Charles e os próprios dados do campo apresentam pedaços complexos da municipalização do SUS e dão indícios do perigo da produção de um programa de avaliação e financiamento que desconsidera as realidades locais, tanto de demanda em saúde, quanto da oferta de profissionais.

Marco, médico, relatou em entrevista que no município anterior em que trabalhava a solicitação do exame de hemoglobina glicada sempre era realizada, conforme orientação do Previne Brasil em relação ao tratamento de pacientes diabéticos. Todavia, o exame não era realizado na rede local. Marco diz que mesmo assim o pedido era contabilizado no indicador, pois o Previne queria apenas o pedido do exame e não o resultado ou a devolução deste para o

⁸³ Em maio de 2023 foi anunciado o encerramento dos serviços do CEO Municipal e remanejamento dos pacientes para atendimento no CEO Regional. No pronunciamento, a então secretária de saúde do município ressaltou que a decisão foi tomada visando otimizar os recursos dos contribuintes. A publicação, feita através de canal oficial da secretaria no aplicativo Instagram, recebeu diversos comentários da população que discordava da ação, especialmente diante do fato de que o CEO Regional, financiado pela gestão estadual, recebe pacientes de outros 23 municípios.

paciente. Nesta mesma entrevista o profissional fez elaborações sobre a armadilha da quantificação da saúde e sobre como o Previnde pode prejudicar boas equipes ao introduzir a dimensão do financiamento junto ao alcance de metas específicas. Para ele o Previnde não deveria ser a base do financiamento, mas uma espécie de sobremesa. A revelação que o profissional traz em relação ao modo de quantificação do indicador - sem a necessidade de realizar o exame - levanta dúvidas em relação tanto à construção do programa, quanto das intenções relacionadas a ele. A quantificação do cuidado implicaria em uma melhor cobertura? A solicitação de exames resultaria em melhora nos desfechos em saúde? Se no município que Marco atuou o indicador era burlado através da solicitação de um exame sem retorno, isso se daria por má fé ou por uma tentativa de não perder financiamento? Estas duas coisas seriam conciliáveis?

Apesar de divulgado como um programa de sucesso pela gestão da SAPS durante o período de seu lançamento até o fim de 2022, o Previnde Brasil não só não conseguiu atuar conforme o planejamento, como apesar dos atrasos, incentivos e discursos não obteve resultados numéricos que fundamentem o sucesso do programa. Matéria veiculada no jornal Folha de S. Paulo em abril de 2023, reunindo dados compilados pelo Impulso Gov, revelam que, considerando os dados referentes ao terceiro quadrimestre de 2022, “mais de 80% dos municípios ainda não conseguem aferir a pressão arterial de 50% dos seus hipertensos, a cada seis meses, e dosar a hemoglobina glicada de metade dos seus diabéticos” (Collucci, 2023). Da mesma forma, 848 municípios não cumpriram nenhuma meta dos sete indicadores vinculados ao programa. Nesse sentido, a estimativa do Impulso Gov é que em 2022 os municípios tenham perdido R \$315 milhões diante do não alcance das metas.

Considerando os indicadores do Previnde Brasil, a tabela abaixo reúne a média por região do alcance dos indicadores também no terceiro quadrimestre de 2022. Para a tabela, são considerados os seguintes indicadores: 1) Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12^a semana de gestação; 2) Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; 3) Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; 4) Cobertura de exame citopatológico; 5) Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente; 6) Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre; e 7) Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.

Tabela 5 - Média do alcance dos indicadores do Previne Brasil por região, dados referentes ao terceiro quadrimestre de 2022 retirados do SISAB.

Região	1	2	3	4	5	6	7
Centro-oeste	46%	65%	50%	17%	73%	24%	19%
Nordeste	47%	70%	62%	22%	70%	30%	27%
Norte	37%	72%	55%	19%	62%	26%	24%
Sudeste	40%	51%	44%	19%	63%	24%	18%
Sul	50%	64%	52%	24%	74%	28%	24%

Fonte: elaboração própria.

Analisando a média dos quadrimestres, durante 2022 houve crescimento no alcance de metas entre o primeiro e o terceiro quadrimestre, conforme os dados disponíveis no SISAB. Através destes mesmos dados é possível observar que não há uma região líder em todos os indicadores, assim como há um certo equilíbrio no quão crítico nacionalmente é o alcance de indicadores como a realização de exame citopatológico. É preciso considerar também que, apesar das diferenças demográficas, as porcentagens têm como referência a própria região, não ocorrendo prejuízo entre regiões dada a dimensão populacional.

Conforme exposto na Tabela 4, Sobral passou por grande incremento no alcance dos indicadores desde 2020, permanecendo no primeiro lugar de norte e nordeste entre municípios de 100.001 a 500.000 habitantes durante todo o período de 2022. Todavia, dentro da tabela nacional, no terceiro quadrimestre de 2022, a classificação de municípios se consolida a partir do ISF como

Tabela 6 - Classificação dos municípios com maior ISF de acordo com o terceiro quadrimestre de 2022 retirados do SISAP.

Município	Tipologia Rural/Urbana	ISF
Coronel Fabriciano - MG	Urbano	10
Umuarama - PR	Urbano	9,64
Muriaé - MG	Urbano	9,51
Passos - MG	Urbano	9,45
Sobral - CE	Urbano	9,45

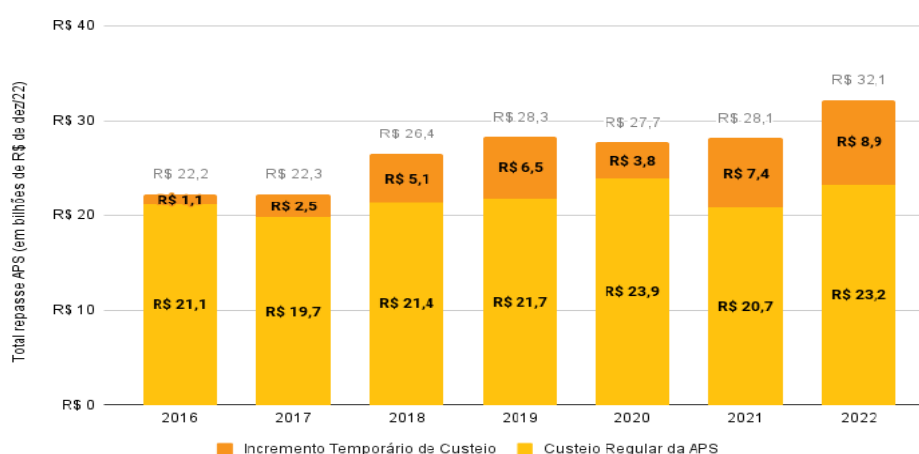
Fonte: elaboração própria.

Apesar da tabela incluir três municípios mineiros, conforme a Tabela 6, a região sudeste tem números gerais que indicam alcance de metas, por exemplo, de apenas 18% dos diabéticos. A análise dos indicadores dos municípios evidencia o quanto estes destoam da classificação geral da região, indicando que existem discrepâncias importantes. Todavia, é preciso lembrar que o ISF não considera apenas o alcance dos indicadores, mas é baseado também na Capitação Ponderada e nas Ações Estratégicas.

A dificuldade dos municípios em alcançar os indicadores previstos a partir do Previne pode ser ligada a diferentes fatores, que ao contrário de anularem-se, somam-se no cenário. Na matéria da Folha de S. Paulo citada anteriormente, Érico Vasconcelos, diretor-fundador da Univer SUS, aponta que uma das dificuldades dos municípios é a não compreensão das orientações do Ministério da Saúde. Nesse sentido, a profusa publicação de portarias sobre mudanças no Previne seria uma das causas da dificuldade de adaptação. Geraldo Reple Sobrinho, presidente do Conasem/SP, aponta a dificuldade em manutenção de médicos nas equipes da ESF como outro fator que impacta nos números finais dos municípios. Outros fatores apontados na matéria são as dificuldades de gestão e planejamento dos municípios.

O impacto financeiro para os municípios diante do não alcance dos indicadores permanece alvo de disputa narrativa. Enquanto o governo de Jair Bolsonaro finalizou o mandato ainda entoando de forma célebre os ganhos do programa, chegando a declarar que nunca houve tanto investimento na APS⁸⁴, os números apontam que não houve aumento real significativo no setor, ainda que a repercussão financeira do alcance de metas não tenha sido implementada em sua totalidade até 2022. Em estudo de Rosa et. al (2023), os autores indicam que “Entre 2016 e 2022, a variação real do custeio total da APS foi de 45%. No entanto, o custeio regular aumentou 10% e o incremento temporário cresceu 715%”. (p. 8). Ou seja, a maior parte do aumento veio a partir de emendas parlamentares.

Figura 8 - Recursos destinados ao custeio da Atenção Primária à Saúde por ano e modalidade



⁸⁴ A declaração foi feita no evento Seminário Financiamento da Atenção Primária à Saúde no SUS, evento promovido pelo CONASEMS em parceria com o Banco Mundial, realizado no dia 23 de agosto de 2022 em Brasília. O evento contou com transmissão online através do Youtube. Ver em <https://www.youtube.com/watch?v=d97u5s10btg&ab_channel=CONASEMS>

Fonte: Rosa *et al.*, 2023.

Os resultados indicam que entre 2016 e 2022 houve um aumento real de recursos destinados ao custeio de APS. No entanto, parte importante desse aumento foi direcionado por emendas parlamentares, submetidas a escolhas de alocação diferentes daquelas definidas estrategicamente pelo Ministério da Saúde. A parcela de recursos destinada ao custeio regular (Previne a partir de 2020 e PAB antes de 2020) se alterou marginalmente com a mudança de modelos. Entre 2016 e 2022, a variação real do custeio total da APS foi de 45%. No entanto, o custeio regular aumentou 10% e o incremento temporário cresceu 715%. Comparando o ano de 2022 e 2019, segundo ano do Previne e último ano do PAB, notamos um aumento real de 7% nos recursos destinados ao custeio regular da APS. (Rosa *et al.*, 2023, p. 8-9).

Retirados os recursos destinados especificamente para o combate da COVID-19 e os repasses fruto de emendas parlamentares⁸⁵, o crescimento real no empenho de recursos foi mínimo. Importante salientar que a curva na qual os autores se baseiam vem na corrente de fenômenos como a aprovação da EC 95 e o sucessivo arroxos nos investimentos na área da saúde. Desta forma, o aparente aumento no número de recursos, ainda que diminuto, não reflete necessariamente um incremento de qualidade nos serviços, tampouco de promoção de universalidade no acesso ao SUS.

No mesmo relatório, os autores apontam que, para além dos sete indicadores do programa, seria a capitação ponderada a principal fonte de orçamento dentro do Previne Brasil. No período de 2022, os recursos provenientes do Previne foram divididos em: Capitação Ponderada, 47%; Incremento Populacional, 6%, Indicadores de Desempenho, 7%, Ações Estratégicas, 40%. (Rosa *et al.*, 2023)⁸⁶. Os dados revelam ainda que municípios urbanos têm tido maior dificuldade no alcance das metas relativas à capitação ponderada do que municípios remotos. Se o dado surge numericamente, é preciso considerar como essa dificuldade se apresenta nos territórios e as formas que as gestões enfrentam o problema. Considerando Sobral, município classificado como urbano com grande faixa populacional, o número de cadastros não parece ser um problema de acordo com os dados disponíveis no e-Gestor AB. O município surge com uma capacidade alcançada de 130,28% em cadastros individuais. O dado é confrontado em campo por relatos de dificuldade encontrada nos territórios, assim como com a própria recomendação do Ministério da Saúde em relação à capacidade de cadastros por

⁸⁵ Emendas parlamentares viabilizam a realocação de recursos de acordo com o interesse do detentor desta. Assim, “são alterações realizadas pelos Deputados e Senadores ao Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA), de autoria do Poder Executivo. Elas possibilitam aos parlamentares participarem do orçamento anual acrescentando, suprimindo e direcionando a alocação de recursos financeiros para estados, municípios e instituições”. (Pereira *et al.*, 2022, p. 93)

⁸⁶ Para consultar as parcelas recebidas e seus componentes <https://egestorab.saude.gov.br/gestaoaps/relFinanciamentoParcela.xhtml>.

equipe da ESF. Cabe considerar como conciliar esses dados à medida que se compreende como eles se relacionam.

3.2 CAPITAÇÃO PONDERADA: DIFICULDADES E ESTRATÉGIAS NA SINGULARIDADE DOS TERRITÓRIOS

No quesito capitação ponderada, o Previne Brasil prevê em sua portaria de lançamento que equipes da ESF, em municípios urbanos, têm por quantitativo potencial de pessoas cadastradas o número de 4 mil indivíduos. Para equipes que atuam em regimes de 20 h semanais, o número seria de 2 mil, já em equipes que atuam 30 h semanais o número sobe para 3 mil (Brasil, 2019c). Em Sobral, o regime padrão de trabalho nos CSF é de 40 h semanais, contando com modificações de acordo com a categoria profissional. Médicos, por exemplo, apesar de serem contratados em regime de 40 h, têm um dia livre na agenda para realizar atividades de formação. Dentro do contingente populacional existem diferenças de peso no valor vinculado aos cadastros, considerando dados relativos à questão socioeconômica e perfil demográfico. A saber,

Art. 12- A. O peso por pessoa cadastrada de que trata o parágrafo único do art. 10 corresponde a:

- I - 1,3 (um inteiro e três décimos) para as pessoas que atendam aos critérios de vulnerabilidade socioeconômica ou perfil demográfico;
- II - 1 (um inteiro) para as pessoas que não se enquadrem o inciso I do caput; e
- III - 1 (um inteiro), 1,45 (um inteiro e quarenta e cinco décimos) ou 2 (dois inteiros), de acordo com a classificação geográfica do município ou Distrito Federal, observada a tipologia rural-urbana definida pelo IBGE nos termos do §4º deste artigo. (Brasil, 2019c)

Na prática, o valor recebido anualmente pelo município por cada cadastro muda drasticamente a partir do perfil do usuário.

Para fins de comparação, um cadastro em um município em centro urbano, de um adulto de trinta anos não beneficiário de programas de assistência social recebe R\$ 50,50 no ano (divididos em 12 parcelas). Já um cadastro em município rural em áreas remotas (e.g. municípios da região amazônica), de uma criança de quatro anos que faz parte do programa Bolsa Família recebe R\$ 131,30. O total de cadastros que um município pode realizar é limitado por um teto denominado potencial de cadastro, definido pelo número de equipes, tipos de equipes e a classificação geográfica do município (Rosa *et al.*, 2023, p. 3)

Análise do IEPS indica que, quando de seu lançamento, o Previne Brasil previa o cadastro potencial de menos de 75% da população. Esse número foi ampliado posteriormente, chegando a 83%. O valor é ligado diretamente à quantidade de equipes de saúde da família⁸⁷ cadastradas junto ao Ministério e autorizadas à atuação nos territórios (Brasil, 2019c). A partir

⁸⁷ Em termos de equipe de saúde da família, duas formas de composição podem ser encontradas na APS: equipes da Estratégia Saúde da Família e Equipes da Atenção Primária. Em Sobral até o fim de 2022 só existiam equipes da Estratégia Saúde da Família.

do aumento na homologação de equipes que o número destas subiu de 40 mil para 53 mil entre 2020 e 2022, conforme dados do e-Gestor AB (Rosa *et al.*, 2023). Apesar dos dados relativos ao aumento da homologação de equipes, no início de 2023 foram autorizadas 57 mil novas equipes e serviços na APS⁸⁸. Conforme declarações do próprio secretário da pasta, Nésio Fernandes, os pedidos de homologação destas estavam represados pela gestão anterior⁸⁹. Novas equipes e serviços implicam necessariamente em maior financiamento, alterando o plano de investimentos do governo federal para a área, o que aparenta ter sido a razão para o represamento das solicitações.

No primeiro ano do Previne Brasil, o quesito da capitação ponderada foi duramente criticado não só por restringir o financiamento da APS para atendimento a sujeitos já cadastrados no sistema, mas também por introduzir dinâmicas de individualização dentro da rede, rompendo com a perspectiva do cuidado comunitário com foco nas questões territoriais, assim como com o princípio da universalização do acesso.

A ênfase na pessoa cadastrada ou assistida desperta a preocupação quanto ao enfoque no indivíduo, em detrimento da perspectiva comunitária e da atenção territorializada. Agrava a ruptura com o princípio da universalidade, admitindo que parte da população não será atendida na atenção básica, e evoca a ideia de cobertura universal, com direcionamento de recursos escasseados para os segmentos mais pobres da população, promovendo um modelo de APS focalizante.(...) Desse modo, a ênfase na pessoa assistida, desconsiderando o processo social e político de produção das vulnerabilidades, tende a tornar menos visíveis os problemas territoriais e a desmobilizar as ações do campo da saúde que transcendam a clínica biomédica. (Morosini, Fonseca e Baptista, 2020, p. 10)

Para Massuda (2020), dentro dos efeitos da dimensão da vinculação da capitação ao financiamento surge ainda o risco da queda da qualidade dos serviços, além da dificuldade de cadastro em municípios com ampla densidade populacional. O autor considera ainda o risco na relação entre custo do paciente e o financiamento vinculado a este.

especial atenção deve ser dada a eventuais efeitos colaterais sistêmicos do uso da capitação como instrumento de financiamento. Por um lado, pode-se dirigir a atenção de municípios para a expansão de pacientes registrados, em detrimento da qualidade e abrangência dos serviços (especialmente aqueles sem incentivos de desempenho). Por outro, pode-se estabelecer barreiras para o cadastro de determinados grupos populacionais que exijam maiores cuidados ou que apresentem problemas de saúde com tratamentos mais onerosos. (Massuda, 2020, p. 1185)

Conforme profissionais e gestores da rede sobralense, a capitação ponderada, nomeada em campo como o cadastro dos moradores do território, foi a primeira ação relativa ao Previne

⁸⁸ O Ministério da Saúde credencia mais de 57 mil novas equipes e serviços para ampliar o acesso da população ao SUS. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/noticia/21119>>. Acesso em: 10 maio. 2023.

⁸⁹ O comunicado foi feito por Nésio Fernandes, secretário da SAPS, em postagem oficial. Ver em <https://www.instagram.com/p/Cq-JqU7Oltu/>. Acesso em: 10 maio. 2023.

Brasil a ser implementada localmente. Já em 2020 teve início a busca ativa nos territórios e as ações de incentivo ao cadastramento. Nesse sentido, coube às ACS o encabeçamento deste processo. Os dados recolhidos por elas no território eram posteriormente inseridos na plataforma online a fim de criar o registro do usuário junto ao sistema do SUS. O usuário passava então a ser identificado através do Cartão Nacional de Saúde, utilizado dentro do PEC como identificação do usuário, sendo essencial - junto ao CPF - para a contabilização nos serviços da APS como a capitação ponderada e os indicadores de desempenho⁹⁰.

Apesar da incidência da COVID-19 e da maior dificuldade em acessar os territórios, inclusive de manter contato físico com os moradores, o celular surgiu como ferramenta privilegiada para a manutenção tanto do fluxo de cadastros, quanto do monitoramento das situações de saúde. Foi através do aplicativo WhatsApp que as ACS passaram a manter contato direto com os usuários, ao mesmo tempo que buscavam contactar pessoas que ainda não tinham se cadastrado no CSF.

Milena atua como ACS há 5 anos e diz que fala com a maioria dos usuários cadastrados através do WhatsApp, muitos porque trabalham e dificilmente tem tempo para encontros presenciais. Lucas, ACS em outro território do município há 17 anos, diz que tem uma lista de transmissão com os usuários de sua área e que depois da COVID-19 foi intensificado o acesso via aplicativo. Diz que as pessoas chegam a nem ligar para o CSF, mas a enviar mensagens para o WhatsApp dele em busca de informações sobre serviços como vacinação, ou mesmo em caso de adoecimento. As interpelações via WhatsApp buscam saber, por exemplo, se o médico da área está atendendo naquele dia, poupando uma ida em vão ao CSF caso ele não esteja ou não tenha mais vaga para o dia. Milena e diversos outros profissionais relatam que os contatos via WhatsApp não têm horário, ignorando o tempo regulamentar do cargo. Diante disso afirma que colegas chegaram a trocar o número de telefone depois do pico da pandemia por conta da

⁹⁰ Antes do Previnir Brasil a identificação dos usuários do SUS era feita através do cartão do SUS. O cartão era simplesmente uma numeração que poderia servir de identificação do usuário nos diversos níveis de atenção, ainda que não operasse um sistema online que integrasse os três níveis. Quando fiz meu cartão do SUS, oficialmente nomeado CNS - Cartão Nacional de Saúde, ele veio em forma impressa, como um cartão de CPF, produzido pelo município de Sobral. Recebi o cartão em uma unidade do Centro de Especialidades Médicas, serviço do nível da atenção especializada. Apesar de o ter em mãos, quando procurava o CSF do bairro a minha identificação enquanto usuária era feita através da identificação do ACS responsável ou pelo número do prontuário correspondente ao meu núcleo familiar. O prontuário físico era acomodado entre tantos outros e identificados por cores correspondentes aos ACS responsáveis. Posteriormente houve uma maior adoção do cartão do SUS, concomitante com a ampliação do e-SUS. Atualmente dentro do PEC os usuários podem ser identificados através do número do CNS ou do CPF. Demais informações sobre o CNS podem ser consultadas em < <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/cns> >

intensidade do fluxo de mensagens recebidas⁹¹. Ainda assim, em muitos territórios o uso do WhatsApp pessoal das profissionais ainda é adotado como estratégia para o alcance da capitação ponderada.

Outra estratégia adotada para alcançar o público não cadastrado passou a ser a distribuição de bilhetes que identificavam a unidade de saúde, a ACS e o número desta para que a pessoa entrasse em contato de acordo com a própria disponibilidade. Estes bilhetes, colocados nas caixas de correio dos domicílios, passaram a intermediar o contato entre a população e o serviço de saúde. Este tipo de estratégia se apresentou especialmente em bairros descritos pelos profissionais como ‘elitizados’. Nestes territórios incidia uma maior concentração de prédios residenciais, assim como condomínios, dificultando o livre acesso dos profissionais. A estratégia padrão de bater na porta das casas ou encontrar as pessoas nas calçadas era interrompida diante da estrutura física das unidades domiciliares e do risco de segurança de permitir a entrada de desconhecidos, mesmo que identificados como profissionais do CSF, na área comum dos edifícios e condomínios. Outra dificuldade apresentada em territórios classificados como elitizados era a dificuldade de encontrar os moradores em casa durante o horário de serviço das ACS. A justificativa era que durante a manhã e à tarde estes estavam também em seus respectivos empregos, tornando-se indisponíveis para receber visitas e interpelações. Assim, o elitizado descrito era muitas vezes caracterizado como uma unidade domiciliar em que todos os moradores trabalham ou estudam. Surge nesta descrição uma separação que omite a classificação formal entre classes de A à E, e define sujeitos como elitizados ou vulneráveis. No caso destes últimos, as dificuldades eram outras.

Como já mencionado em capítulo anterior, questões como a violência urbana e familiar afetam a experiência dos profissionais de saúde no dia a dia dos serviços. No que diz respeito tanto ao cadastro, quanto a abordagem de sujeitos em prol da participação em atividades coletivas ou mesmo consultas individuais, a violência interdita e modifica relações. Ainda assim, como o próprio levantamento do IEPS (Rosa *et al.*, 2023) menciona, a capitação ponderada não tem tido grandes dificuldades entre populações vulneráveis. Analisando os relatos das profissionais sobralenses é possível compreender como é conciliado o perigo do território e a necessidade dos profissionais em relação ao alcance de metas e dos sujeitos em relação à assistência.

⁹¹ Pesquisa da Rede APS (Bousquat *et al.*, 2021), realizada em 907 unidades básicas de saúde, indica que 63% dos profissionais utilizavam celulares pessoais para realização de atividades de trabalho.

Márcia atua como ACS em um território de classe popular do município há 5 anos. O local, fruto de política de habitação, é composto por conjuntos habitacionais e tem sido alvo de disputas desde sua construção, há pouco menos de 10 anos. As disputas envolvem prioritariamente o tráfico de drogas e as facções relacionadas a este e presentes no município. De modo geral, os habitantes do local são membros de famílias de baixa renda e usuários frequentes dos serviços públicos tanto de saúde quanto de educação e da assistência social. Durante nossa entrevista Márcia classificou o território como “100% SUS”, ela reflete que ali os sujeitos não têm possibilidade de buscar atendimento privado ou ter planos de saúde, assim dependem integralmente do CSF para consultas médicas e de saúde bucal⁹². Enquanto entrevistava Márcia, às 7 e meia da manhã de uma terça-feira, podia ver a sala de espera da unidade de saúde repleta de usuários. As pessoas se espalhavam nas filas de cadeiras da recepção e no meio fio do jardim em frente a porta de entrada da unidade. O CSF já estava funcionando, pessoas já estavam sendo atendidas e o fluxo não dava indícios de diminuição. É por serem pessoas que dependem 100% do SUS que Márcia dizia não enfrentar dificuldades de cadastrar os moradores. Elas tanto buscavam espontaneamente o serviço, como recebiam a profissional em suas casas. Apesar de não ser mais moradora do local - Márcia se mudou por conta da violência armada - ela conhecia os pormenores do ambiente, inclusive os horários e locais interditos. Assim, não tinha dificuldades nem com os cadastros, tampouco com o alcance de indicadores⁹³.

Liduína, gerente de um CSF em área prioritariamente de classe média, estabeleceu outra estratégia para conseguir cadastrar as pessoas ‘elitizadas’ do território. A ideia veio da experiência de outro CSF do município e naquele momento era replicada buscando aumentar o número de cadastros, assim como atualização dos indivíduos já cadastrados. O que estava sendo feito na ocasião, para além da busca ativa, era a distribuição de mini panfletos com um QR Code que levava até um formulário do Google, criado pelo CSF. O formulário continha perguntas baseadas na ficha de cadastramento da unidade de saúde e era preenchido pelo próprio usuário, no horário em que este considerasse conveniente. Os dados chegavam até o e-mail do CSF e de lá eram compilados e analisados pelas equipes. Na sala de Liduína ela me mostrou a planilha com os últimos dados que estava verificando. Pude notar nomes em

⁹² Parte da população atendida no CSF de Márcia é vinculada às facções, nesses casos existe ainda a interdição de deixarem o bairro, pois são ameaçados de morte por membros de facções rivais que também atuam no município.

⁹³ O CSF em questão é um dos maiores do município, contando com quatro equipes completas da ESF e duas equipes de Saúde Bucal.

diferentes cores, ao que a gerente respondeu corresponder a situações como cadastro repetido ou não pertencimento ao território. Apesar daquele QR Code ter sido distribuído apenas no bairro, pessoas de outros bairros tinham respondido o questionário. Liduína não sabe como aquilo poderia ter acontecido, mas especula que pode ter sido alguém compartilhando com colegas, como se o formulário valesse para todo o município e não só para aquele CSF. Cabia o trabalho constante de análise de cada resposta recebida.

Apesar do esforço constante na busca ativa e em estratégias como o uso do WhatsApp e do formulário online, Liduína e outras gerentes apontam que a vacinação da COVID-19 foi central para o cadastramento de pessoas que até então não eram frequentadoras dos serviços da APS. Liduína, que é gerente de um CSF que opera em horário estendido, conta que diversas pessoas que chegaram até o serviço em busca do cadastro para conseguir a vacinação contra COVID-19 e se surpreenderam com a estrutura do serviço. Lá eles passaram a conhecer os serviços ofertados, a equipe a qual passaram a ser vinculados e receber o contato da ACS da área. Aqui é preciso considerar que a vacinação em Sobral, além do próprio tratamento e diagnóstico da COVID-19, passou diretamente pela APS, concentrando as ações nos territórios. O foco na APS permitiu que em meio a pandemia as pessoas, mesmo de classe média e muitas com plano de saúde, passassem a obrigatoriamente serem cadastrados na rede.

Concomitante ao cenário gerado pela pandemia, em termos sanitários e de gestão, ampliaram-se os efeitos da estagnação econômica no Brasil, tanto relacionados à recessão de 2015, quanto da aprovação da EC-95. Nesse sentido, houve acentuado aumento da inflação no período, acompanhado do crescimento do desemprego, o que desencadeou em uma maior dependência dos brasileiros em relação às políticas públicas de assistência. Só no período de 2020, 67,9 milhões de pessoas receberam parcelas do Auxílio Emergencial fornecido através do governo federal, o que equivale a 1/3 da população brasileira⁹⁴. Em Sobral o número de beneficiados em 2020 chegou a 76.427, 40.60% da população, conforme dados do Portal da Transparência⁹⁵. Os efeitos no campo da saúde em Sobral se manifestaram pelo incremento de usuários no sistema, muitos anteriormente assistidos por planos privados de saúde. Em pelo menos dois CSF pesquisados, responsáveis por territórios criados recentemente no município, a perda de poder de compra das famílias implicou em uma maior procura pelos serviços

⁹⁴ Publicação apresenta o perfil dos beneficiários do Auxílio Emergencial em 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2021/marco/publicacao-apresenta-o-perfil-dos-beneficiarios-do-auxilio-emergencial-em-2020>>.

⁹⁵ Sobral / CE - Portal da transparência. Disponível em: <<https://portaldatransparencia.gov.br/localidades/2312908-sobral?ano=2020>>. Acesso em: 10 maio. 2023.

públicos de saúde. Estes territórios foram comprados por grandes construtoras que passaram a comercializar casas através do financiamento do Minha Casa, Minha Vida. A partir desse financiamento, vinculado à Caixa Econômica Federal, os proprietários financiam as casas em uma média de 30 anos. Comumente entendidos como territórios elitizados, os moradores destes locais são descritos pelos profissionais de saúde como em sua maioria por famílias jovens e que sofreram o impacto da perda econômica da pandemia. Assim, chegou-se ao ponto de estes terem de escolher entre continuar os pagamentos do financiamento da casa ou as parcelas dos planos de saúde. É nesse movimento que muitos passaram a frequentar os CSF de seus territórios, especialmente para a retirada de medicações e realizações de exames. No caso dos territórios elitizados, muitas das demandas giram em torno de medicações relacionadas ao adoecimento mental. Sonia Fleury (2018b) atribui a transformação cultural e social das últimas décadas a ampliação de valores como o individualismo e consumismo, tal transformação estaria refletida na “na área da saúde na existência de um sistema de seguros privados para os mais ricos e um sistema público para os mais pobres, mas ao qual os assegurados recorrem em várias situações que lhe são vantajosas” (p. 72). Assim, o status social da nova classe média estaria ligado diretamente a não dependência do SUS, ainda que este seja acionado caso necessário. Esse movimento, conforme Marinho e Ocké-Reis (2022), se desenvolve desde a década de 1960 e teve uma expectativa de dissolução diante do SUS. Todavia, frente ao subfinanciamento do setor, implicando em baixa oferta e qualidade em serviços, o SUS permaneceu preterido por setores da sociedade, contribuindo para a perpetuação da ideia de inferioridade frente à saúde suplementar.

Os números de cadastro individual em Sobral parecem ultrapassar não só a capitação potencial por equipes da ESF, como a própria população estimada do município. O IBGE estimava para 2021 que Sobral contasse com uma população de 212.437 habitantes. De acordo com o e-Gestor AB, em números de cadastros vinculados, o município contava no terceiro quadrimestre de 2022 com 236.731, atingindo a já citada porcentagem de 130.28 de cobertura da Atenção Básica. Dentro destes cadastros, 92.784 têm critério de ponderação vinculados⁹⁶. De acordo com a quantidade de equipes da APS, diante da atual configuração de 4 mil cadastros por equipe, o número de cadastros poderia chegar a 276.774.

⁹⁶ Os dados referentes a cadastros vinculados e a cobertura da AB podem ser consultados através do e-Gestor AB < <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relCoberturaAPSCadastroParamPnab.xhtml;jsessionid=u9h6pkX9Zraq8OL+owmwh98l> > e do SISAB < <https://sisab.saude.gov.br/paginas/ acessoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorCadastro.xhtml> >

A disparidade entre os números de habitantes e cadastros realizados demonstra a inconsistência dos dados e cabe investigação posterior. Como hipótese, considerando os relatos do campo em relação à caracterização local e as estratégias utilizadas pelos profissionais, cabe ponderar não as questões relativas a erro de registro local e a incidência da população flutuante do município, mas a inconsistência de dados vindos do próprio Ministério da Saúde. Como Robson relata, a lista de hipertensos que existiam no território de acordo com o sistema do e-SUS ultrapassa em centenas os sujeitos de fato cadastrados pelas equipes do CSF. Dentro desse quantitativo é preciso considerar também o número de óbitos relatados ao Ministério, mas que permanecem como usuários ativos dentro do sistema⁹⁷.

Para Geraldo Reple Sobrinho, presidente do Cosems/SP, uma das dificuldades dos municípios em relação à consolidação dos dados se dá por conta de problemas nos sistemas de informação utilizados. “Os dados dos municípios ainda têm um 'delay' [atraso] para chegar ao ministério. Ou porque eles têm sistemas de informação próprios e não usam o e-SUS [sistema do Ministério da Saúde] ou porque tem erro de lançamento [dos dados no e-SUS]” (Collucci, 2023). Em evento promovido pela Rede APS em abril de 2023, o então secretário da SAPS, Nésio Fernandes, relatou que 77% dos municípios brasileiros utilizam o PEC. Entre os municípios com mais de 100 mil habitantes, como é o caso de Sobral, o número cai para 69%. Completando 10 anos do lançamento do e-SUS, a adesão ao sistema online e o domínio das ferramentas nele implicadas ainda surge com disparidade dentro da APS, produzindo efeitos tanto na visualização das demandas do território, quanto na repercussão financeira para os municípios.

Luciano começou a trabalhar na APS sobralense aos 20 anos. Atuando como auxiliar administrativo em um CSF, acredita que utiliza o e-SUS desde 2017 ou 2018. No momento da entrevista, aos 38 anos, ele é a mediação entre os dados recolhidos pelas ACS e o cadastramento dos usuários no sistema. A atualização destes cadastros também passa por Luciano. Pergunto como está o alcance dos cadastros no território e ele diz que nunca é possível fazer 100%, mas que o número fica próximo. Luciano passou por treinamento e sabe a ligação entre os cadastros e o financiamento proveniente do Previne Brasil. Ao ser questionado se isso causa algum tipo de preocupação, já que todo o material passa pelas mãos dele, Luciano confirma, mas diz que

⁹⁷ Ainda que o número de cadastros de um município ultrapasse o número estimado da população, o pagamento é vinculado ao teto de cadastros por equipe da ESF. Conforme slide produzido pelo CONASEMS em 2021, na ocasião Sobral fazia parte dos 2.501 municípios que já ultrapassaram em cadastros a população estimada. Ver em https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/09/PROPOSTA_PREVINE_DIRETORIA-BH.pdf

vai empurrando essas etapas porque não existe trabalho fácil. Todo final de mês e quadrimestre Luciano se cobra mais pois sabe que o trabalho dele afeta a nota final alcançada pelo CSF⁹⁸.

Ainda que a busca ativa e as demais estratégias de cadastramento dos usuários tenham surtido efeito, o trabalho em torno da adesão dos indivíduos às ações do CSF permanece como demanda constante. Junto do aumento de cadastros vem um aumento na porcentagem de procedimentos e consultas vinculadas ao Previner Brasil, com grandes diferenças entre cada categoria. Ainda que o número de gestantes por ACS se mantenha em uma constante, menor em bairros de classe média, a quantidade de hipertensos e diabéticos subiu não só pela maior adesão ao serviço de saúde, como por efeito do adoecimento durante a pandemia.

3.3 INDICADORES DE DESEMPENHO E O DIRECIONAMENTO DOS SERVIÇOS

Contando com a intensa produção de normas técnicas e portarias lançadas desde 2020 relativas à contabilização dos dados vinculados aos indicadores de desempenho, conforme demonstrado no capítulo 2, a relação do alcance destes e o financiamento da APS foi constantemente modificada. Conforme mencionado anteriormente por Érico Vasconcelos, esta pode ser uma das razões no insucesso de tantos municípios em alcançar as metas do programa. Todavia, ainda que o alcance dos indicadores até 2022 não tenha tido efeitos práticos no financiamento, a nota final consolidada a partir dele e dos outros elementos do Previner Brasil permaneceu não só como interesse entre municípios, mas como ferramenta discursiva do governo em relação ao sucesso do programa.

Ao longo das gestões do Ministério da Saúde durante o governo de Jair Bolsonaro, a lógica de sucesso foi constantemente difundida através da exaltação de porcentagem e valores vinculados às ações e programas na SAPS. Na categoria de notícias do site oficial, é possível observar entre 2019 e 2022 a forma pela qual os títulos das notícias exaltam aplicações financeiras e o sucesso de municípios em relação ao Previner Brasil. Assim, municípios passaram a figurar nas redes institucionais do MS como exemplos, recebendo como recompensa visitas da gestão federal e uma publicação nas redes como reconhecimento pelo sucesso expresso pelos números.

Em uma dinâmica que muito se assemelha à encontrada dentro das empresas privadas, o governo federal, ao intensificar a divulgação destas experiências construía tanto a

⁹⁸ Dentro do painel de indicadores e demais sistemas do e-SUS só é possível acessar as notas e alcance de indicadores por equipe com o código de acesso da gestão. Para o público geral as informações são relativas ao município como um todo. Assim, as equipes têm que aguardar o repasse da gestão local para saber como se saíram no quadrimestre avaliado.

narratividade do caso de sucesso do Previne Brasil, como estimulava os municípios a ambicionarem o destaque proporcionado nacionalmente pelas publicações do Ministério da Saúde. Em uma avaliação estritamente numérica, os valores alcançados através do ISF ganham novo sentido, se afastando da ótica da repercussão financeira e entrando na seara do reconhecimento meritocrático. Longe de analisar os meios pelos quais os municípios alcançavam tais indicadores, cabia ao Ministério da Saúde sinalizar que o alcance dos indicadores reflete obrigatoriamente qualidade.

Considerando as dificuldades expressas pelo estudo do IEPS, assim como as notícias jornalísticas vinculadas ao fracasso de municípios em cumprir as metas do programa e as falas de profissionais da nova gestão da SAPS e do CONASEMS, a experiência de Sobral surge como contraponto. Todavia, ainda que os números demonstrem sucesso em alcançar as metas do programa, o município não deixa de apresentar dificuldades e demandar constantes ajustes entre os componentes da rede de saúde para que o alcance se concretizasse.

3.3.1 A rotatividade de profissionais e o impacto na APS

Considerando a problemática brasileira em relação à ESF, a rotatividade de médicos e a dificuldade de fixar esses profissionais fora dos grandes centros urbanos surge como desafio constante. Portanto, este não é um fenômeno desconhecido, tampouco novo. No caso de Sobral, ainda que existam médicos que atuam há mais de 10 anos na rede, vinculados através de concurso público, é corriqueiro o encontro de recém-formados que atuam na APS de forma temporária, geralmente enquanto aguardam aprovação em residência médica. Quando considerado o Previne Brasil, essa característica traz reverberações que envolvem desde a criação de vínculo entre profissional e comunidade, e mesmo equipe, até questões relativas ao próprio conhecimento em relação ao sistema online vinculado ao programa.

Autores apontam que a rotatividade de profissionais está vinculada a fenômenos internos e externos da organização, ou seja, do serviço de saúde local e da própria organização da política pública de saúde. Assim, “dentre os fenômenos externos, estão a situação de oferta e procura de recursos humanos no mercado, a conjuntura econômica, as oportunidades de empregos no mercado de trabalho” (Medeiros *et al.*, 2010, p. 1522). Entre os fenômenos internos estariam “a política salarial, a política de benefícios, o tipo de supervisão, as oportunidades de crescimento profissional, o relacionamento humano dentro da organização, as condições físicas e ambientais de trabalho” (Medeiros *et al.*, 2010, p. 1522). Nesse sentido, a atenção à saúde dentro da APS tem seu escopo demarcado a partir da cartela de serviços deste

nível de atenção. Todavia, os serviços promovidos dentro das unidades dependem de questões ambientais, locais e organizacionais, envolvendo não só as demandas da população, como a predisposição de profissionais de saúde, gestores locais e gestores municipais.

No campo de pesquisa foi possível encontrar profissionais que tinham ação estritamente ambulatorial, realizando consultas individuais por todo o período de trabalho, e profissionais que atuavam dentro e fora do serviço em atividades grupais e mesmo em ações como encontros de matriciamento⁹⁹ envolvendo profissionais da rede especializada, como os CAPS. Neste cenário, considerando as demandas do Previne Brasil em relação ao alcance de indicadores, constantemente recebi relatos de profissionais, especialmente da medicina e enfermagem, sobre a ausência de tempo para realizar atividades que não fossem atendimentos individuais. Enquanto uma enfermeira me relatava o quão comum era almoçar enquanto trabalhava em cima dos prontuários, diversos médicos só tinham tempo para me receber no fim do turno de trabalho, enquanto renovavam receitas. Tobias reuniu na minha frente os prontuários físicos de todos os pacientes que tinha visto naquele dia e dos que ele tinha que analisar para renovar receitas diversas. A rotina de atendimentos, intensificada normalmente em períodos como de surto gripal, já conhecidos e esperados pelas equipes anualmente, tem novas demandas a partir da necessidade de acompanhamento mais próximo de hipertensos e diabéticos. Quando Letícia, médica, me recebeu em seu consultório, afirmou que eu tinha chegado em um momento atípico, pois naquele dia tinha tido mais receitas do que pacientes. Ainda assim, nossa conversa foi interrompida diversas vezes por interconsultas da enfermagem.

Apesar do impacto em termos de intensificação do atendimento ambulatorial, muitos profissionais elaboraram sobre os ganhos provenientes da dinâmica do Previne Brasil. Teria sido a partir da obrigatoriedade da consulta semestral que diversos hipertensos teriam retornado aos atendimentos ao invés de permanecer apenas renovando receitas que muitas vezes estavam desatualizadas em relação às necessidades de saúde. Esse movimento, na avaliação dos profissionais, possibilita maior controle da situação de doença crônica e estabelece nova relação entre os usuários e o serviço de saúde. O foco nos sujeitos contemplados pelas metas do Previne Brasil tem assim duplo efeito na rede: ao mesmo tempo que promove melhora no

⁹⁹ No conceito de matriciamento, revisitado por Gastão Wagner Campos (1999), “Parte-se da suposição de que a reordenação do trabalho em saúde segundo a diretriz do vínculo terapêutico entre equipe e usuários estimularia a produção progressiva de um novo padrão de responsabilidade pela co-produção de saúde.” (p. 395). Nos moldes atuais, no contexto de pesquisa o matriciamento opera através da atuação de equipes de referência, seja do NASF ou instituições como os CAPS, a fim de criação de diálogo com as equipes da atenção básica para a abordagem de questões que surgem na APS, possibilitando a criação e diálogo de planejamentos e intervenções no cuidado em saúde.

acompanhamento de usuários, produz uma necessidade de constante busca por esses sujeitos que nem sempre querem fazer parte desta dinâmica.

Durante nossa entrevista, Rosa, ACS responsável pelo território próximo à unidade de saúde, aponta para os lados e identifica as casas de pacientes hipertensos pelos quais ela é responsável. Diz que seus hipertensos e diabéticos são todos identificados e pacientes frequentes do CSF. A proximidade física em relação ao serviço de saúde possibilita tanto que eles procurem facilmente a unidade, quanto faz com que Rosa tenha fácil acesso às suas casas e ruas. Com um público composto em sua maioria por idosos, a proximidade que Rosa criou ao longo do tempo com os sujeitos faz com que não surjam dificuldades de acompanhamento. Caso necessário, os profissionais da unidade podem se deslocar até as residências de pacientes com dificuldade de locomoção ou acamados, sem prejuízo do serviço na unidade ou necessidade de solicitação de transporte. O mesmo por vezes não ocorre em outras regiões do município, seja pela distância entre a sede do CSF e a moradia dos sujeitos, seja pela violência urbana. Mauri, nutricionista do NASF, que atua em quatro CSF do município, relata que em um destes, os profissionais precisam solicitar carro da prefeitura, adesivado e identificado, mesmo para fazer consultas domiciliares na rua atrás do CSF. A medida se dá buscando garantir a segurança dos profissionais. A área que Mauri menciona é um bairro que reúne trechos de extrema vulnerabilidade, conhecido pela ação de facções, e casas com famílias de alta renda que dificilmente frequentam a unidade de saúde.

Marcela atua como médica no mesmo CSF em que Rosa trabalha. Ao ser questionada sobre sua rotina, afirma que a maioria das consultas é por livre demanda e que os pacientes não gostam de ter de agendar o atendimento. Me conta que a maioria dos casos trata de questões de adoecimento mental, mas mesmo nestes ela busca investigar se existem doenças crônicas como diabetes e hipertensão para poder pontuar no indicador. Marcela costuma atender entre 12 e 18 pacientes por turno. Célio, médico no mesmo CSF, há sete anos na rede, apesar de elogiar a adesão dos pacientes crônicos ao tratamento diante da necessidade de as equipes proporcionarem consultas e exames semestrais, afirma que antigamente tinha maior tempo para realizar atividades em outros programas da APS. A atuação de Célio naquele momento se concentrava mais no setor ambulatorial. Me contou, enquanto seu estagiário repassava dados de atendimentos para o sistema online, que costuma atender uma média de 14 pacientes por turno.

Marisa é enfermeira há 17 anos na APS sobralense. Conta que quando o Previne Brasil foi apresentado pela gerência a ênfase foi no benefício de poder monitorar de forma mais

eficiente o público atendido. A equipe da qual Marisa faz parte conta com oito ACS e uma das primeiras orientações para estas profissionais foi em relação à necessidade de atualização dos cadastros dos usuários do território. A enfermeira relata que desde o lançamento do Previne a rotina de trabalho foi modificada de modo a focar mais nas demandas dos indicadores. Diz que não enfrenta grandes dificuldades para alcançar as metas, mas a gestão quer que seja 100% e que continue sendo 100% de alcance. Sua preocupação se volta para a relação entre os indicadores e o financiamento. Marisa se queixa da situação atual por não ter apoio para desenvolver mais atividades de promoção de saúde, tendo que focar seu trabalho no atendimento ambulatorial. Recorda seu percurso na APS e diz que já houve tempos melhores, principalmente por conta do apoio que recebiam de equipes multiprofissionais. Do seu ponto de vista, antigamente se considerava mais o bem dos pacientes e não a busca por indicadores.

Doralice, também enfermeira, tem opinião similar à de Marisa. Apesar disso, diz que o Previne Brasil de fato trouxe a possibilidade de maior controle em relação ao trabalho. Conta que a partir dos registros online foi possível identificar uma paciente que há três anos não comparecia ao CSF para controle de doença crônica. Sabendo disso, a equipe se organizou para atender a paciente no domicílio. Ainda assim, dificuldades outras atrapalham na rotina do serviço. Relata que nos últimos anos houve troca frequente da gerência da unidade de saúde, assim como de médicos. Na ocasião da pesquisa havia duas novas médicas na unidade. Recém-formadas, as duas não tinham mais de dois meses no CSF. Uma destas profissionais relatou em entrevista que a APS não era seu objetivo, mas a vaga surgiu e ela aceitou. Doralice tem uma percepção sobre os médicos da ESF que é compartilhada por muitos profissionais, especialmente enfermeiras, que têm maior fixação nas equipes: existe muita rotatividade e isso prejudica a continuidade do tratamento e formação de vínculo com os usuários. O impacto da falta de médicos e da rotatividade destes - que chegam e têm de dar conta do fluxo represado de pacientes - influencia diretamente no saldo final dos indicadores, considerando que existem ações que necessitam passar pelo profissional médico. Apesar de ser prevista certa autonomia para a enfermagem, tanto em solicitação de exames como na realização de consultas e procedimentos, muito ainda é interdito. Sobre o tema, Débora, enfermeira, tomou como exemplos situações comuns na APS. Em Sobral, de acordo com portaria municipal, existem medicações que podem ser prescritas pela enfermagem. Todavia, Débora aponta que algumas interdições do documento dificultam o trabalho da enfermagem, criando uma dependência desnecessária em relação ao médico. Débora conta que não pode prescrever Loratadina, medicação de uso comum em síndrome gripal e comprada sem receita em farmácias. No CSF

essa medicação só pode ser autorizada pelo médico. Em outros casos, não se trata da medicação, mas de seu uso. A prescrição de azitromicina, um antibiótico, é autorizada em casos relativos ao tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, mas não caso a demanda do paciente seja uma dor de garganta.

Como mencionado, diversos profissionais médicos entrevistados em campo, especialmente os recém-formados, tinham planos de deixar a APS logo que fossem aprovados em algum processo seletivo para residência médica. A combinação entre a escassez de médicos dispostos a atuar no nível da APS, especialmente em territórios carentes ou afastados de grandes centros urbanos, somado à necessidade de emprego de após a formação, faz com que vários médicos sejam empregados através de seleções simples, em contrato direto com a prefeitura, para suprir as demandas imediatas da população. O fato é tão conhecido e corriqueiro entre as equipes, que uma enfermeira chegou a relatar surpresa com o fato do médico da unidade, que chegou lá também recém-formado, estar há mais de quatro anos atuando no mesmo local.

Apesar da grande rotatividade, existem profissionais que atuam como médicos na APS sobralense há mais de vinte anos, estando presentes desde a implementação do PSF e acompanhando as transformações na rede de saúde, sejam políticas, sociais ou estruturais. Tobias oferece a perspectiva de quem chegou no município em uma época de grande fomento à qualificação profissional dos médicos vinculados à atenção primária. Tobias lembra que era comum ser encaminhado pela prefeitura para eventos e formações na capital do estado, o que diz não acontecer mais atualmente, apesar das várias ações de educação permanente que são oferecidas no próprio município. O médico trata esse tempo passado como um momento em que existia uma maior valorização do profissional, fosse pelo investimento, fosse pelo maior contato entre estes e os gestores da rede de saúde. Na ocasião da entrevista, Tobias contou que nunca tinha conhecido a então secretária de saúde municipal, duvidava que ela soubesse seu nome ou o CSF em que este atuava. Disse que isso antes era inimaginável, dando ênfase ao atual afastamento entre os profissionais da ponta e os gestores. Segundo ele, as cobranças continuavam, mas sem o reconhecimento desejado.

A experiência de Tobias difere diametralmente do relato de Matheus, especialmente no que diz respeito ao contato entre gestão e profissionais da rede. Em sua fala, Matheus só tem elogios aos profissionais da gestão da Secretaria de Saúde, desde a forma de comunicação até a articulação entre os profissionais da rede. Considerando os dois relatos, é possível perceber que, apesar de estarem na rede em tempos similares, às experiências de Tobias e Matheus atravessam outros espaços e acionam outros atores, estabelecendo diferentes conexões.

Enquanto Tobias traçou um caminho profissional centrado na ESF, atuando em diversos CSF do município, Matheus mesclou sua atuação enquanto médico com ação formativa de tutor nas residências profissionais do município, o que o coloca em local diferenciado dentro da própria história da saúde em Sobral. Ser parte da residência e envolver-se nas articulações desse nível de formação, além de ser nativo do município e possuir toda uma tradição de reconhecimento familiar local, abre para Matheus outros espaços de diálogo e reconhecimento dentro da rede de saúde. Mesmo que ocupem o mesmo cargo, existem outros cruzamentos e acionamentos na percepção destes profissionais em relação a suas realidades. Essa variabilidade se repetiu ao longo do campo, podendo ser rastreada até níveis diversos, inclusive de confiança na pesquisadora.

3.3.2 O neoliberalismo das pequenas coisas: do trabalhador ideal às dinâmicas de produtividade

As condições de saúde vinculadas às metas do Previnê Brasil não são novidade na APS. De modo geral, os indicadores reúnem elementos já aceitos na esfera coletiva deste nível de atenção: monitoramento de dados, busca ativa, políticas de pré-natal, vacinação infantil, rastreamento do câncer de colo do útero e manejo de doenças crônicas. Talvez exatamente por isso vários dos interlocutores respondiam com quase surpresa a pergunta de se algo havia mudado na rotina de trabalho a partir dos indicadores do Previnê. O consenso é que tudo já era cobrado, mas de uma forma diferente. Mirtes, enfermeira, diz que a APS sempre foi cobrada pela gestão em relação ao alcance de metas, a mudança agora não seria de conteúdo do trabalho, mas a forma como ele é realizado e a possível repercussão financeira vinculada a ele. Novamente, ainda que os indicadores durante os primeiros anos do programa não alterassem a verba recebida, esse entendimento não alcançava todos os profissionais da rede.

Rosana conta que é comum ultrapassar as 40 h semanais no serviço de saúde. Se refere não só aos sábados trabalhados, mas às demandas que se acumulam e aos trabalhos que leva para casa. Espera que de alguma forma o trabalho seja recompensado, lembra da defasagem do salário da enfermagem ao dizer que existe um falatório que a prefeitura ia premiar financeiramente as equipes com os melhores indicadores. O trabalho que Rosana leva para casa me soa parecido com o de Valdeci, que atua como ACS. Ainda que em profissões distintas, Valdeci me conta que leva os papéis para casa a fim de preencher o sistema. Diz que faz isso tarde da noite pois precisa dar conta do cuidado com a filha e com o marido. Ele não gosta que ela leve trabalho para casa pois isso significa menos tempo com a família. Valdeci se sente sem escolha, precisa cumprir as metas e atualizar os dados, faz aos poucos e às vezes escondida para

não gerar brigas no casamento¹⁰⁰. A experiência de Valdeci e Rosana expõe um eixo central dos efeitos do neoliberalismo nos processos de trabalho: a flexibilização. Para Antunes e Praun (2015), “a flexibilização se expressa na diminuição drástica das fronteiras entre atividade laboral e espaço da vida privada, no desmonte da legislação trabalhista, nas diferentes formas de contratação da força de trabalho e em sua expressão negada, o desemprego estrutural.” (p. 412).

Mauro, ACS há 15 anos, inicia sua fala dizendo que ele é um dos poucos homens que atuam no cargo em Sobral. Quando entrou no serviço ele era o único homem da turma. Diz que o trabalho é o mesmo, dando ênfase na dimensão individual em relação ao alcance de metas e relação com o sistema online. Ele tem facilidade com tecnologias, chegando a ter feito curso na área, além de possuir um bom repertório com a população assistida. Não vê dificuldades em preencher sistemas e subestima a dificuldade dos colegas. Mauro encarna em sua fala o sucesso profissional vendido a partir da meritocracia neoliberal: ele vence pelo próprio esforço e os problemas dos outros dizem também da dimensão individual e não coletiva. Kelly, também ACS, diz que não tem dificuldades com as demandas do Previde Brasil, diz que alguns colegas têm problema, mas seria porque elas tinham problemas alheios ao trabalho e isso influenciava. Kelly é da mesma equipe de uma ACS que abandonou o serviço diante de uma crise de saúde mental ocasionada, de acordo com a própria, pelas mudanças nas demandas de atuação. A colega de Kelly se via desvinculada do serviço de ACS, com sua atuação descaracterizada. Em meio a sobrecarga, não achava que conseguia de fato auxiliar a população e se sentia angustiada por este sentimento.

Foucault apresenta o neoliberalismo como uma forma de governamentalidade, inaugurando um modo de gestão de si e dos outros com base na economia. Assim, este “pressupõe um sujeito que age em conformidade com a lógica capitalista, movido pelo interesse, pela utilidade, pela satisfação, que se traduz nas formulações teóricas em termos matemáticos” (Franco *et al.*, 2020, p. 66). É esse sujeito que passa a ser acionado dentro de um sistema que individualiza as condutas, afastando do trabalhador a responsabilidade do Estado em relação à função que este desempenha. Cabe ao sujeito responder à demanda e sofrer as consequências destas sem que este sofrimento seja reconhecido como produto da associação

¹⁰⁰ As ACS não têm computador para uso próprio dentro do CSF. Como mencionado no capítulo anterior, algumas profissionais aprenderam a preencher o sistema por conta própria e fazem isso ao invés de apenas repassar os dados para os técnicos dos CSF.

estabelecida através do trabalho. Alteram-se as próprias formas de sofrer, “procurando retirar de nosso sofrimento psíquico a consciência potencial da violência social” (Safatle, 2020, p. 44).

Dentro da dinâmica de desresponsabilização por parte dos gestores do Previne Brasil, o programa reverte o eixo ao produzir responsabilizações individuais na ponta do sistema de saúde. Como destaca Chamayou (2020), “A responsabilização apela para a autonomia subjetiva; ela se dirige a indivíduos intimados a se responsabilizar, a governar a si mesmos” (p. 298). Assim, o sucesso ou o fracasso dos profissionais em comprimir as metas do programa ou mesmo utilizar as ferramentas deste se torna questão individual, alheia ao coletivo da rede de saúde e aos demais elementos de gestão. Em uma cadeia de responsabilizações que se acumulam, mas não chegam à esfera federal, o potencial fracasso ou sucesso é individual e deslocado de qualquer dimensão coletiva.

3.3.3 Convencimento e frustração na conversão de pacientes em números

Não é possível forçar o paciente a comparecer ao serviço de saúde. Por mais que a frase pareça senso comum, por vezes parece ser uma ideia obscura, especialmente considerando a forma como um programa como o Previne Brasil é construído. Considerando a necessidade de promover autonomia no cuidado, incentivando os sujeitos a serem partes ativas de seus itinerários de saúde, faz-se necessário também considerar o papel de autoridade dos profissionais da saúde dentro da dinâmica que se constrói nos consultórios e salas de espera.

É preciso levar em conta a queixa de Alberto sobre como este se sente sobrecarregado e fica estressado quando pacientes não aceitam serem vistos pela enfermagem, solicitando consulta médica para se sentirem realmente atendidos. Alberto se esconde no próprio consultório e evita sair até no corredor por receio das interpelações. Me fala dos gritos que as profissionais que ficam na recepção recebem de pacientes insatisfeitos porque a única opção de atendimento naquele momento era a enfermeira. Ainda que a divisão entre médico e enfermeira seja feita de forma legítima, baseada inclusive na sintomatologia do paciente, podendo ser utilizada a interconsulta¹⁰¹, a autoridade do médico ainda é requerida. Mirtes, enfermeira, me conta que por vezes alega para o paciente que vai consultar o médico para fornecer a medicação, mas só sai da própria sala e fica alguns minutos no corredor. Aquilo é suficiente para o paciente aceitar que a receita tem o saber médico incluso. Mirtes faz isso porque tem autoridade e saber técnico, assim como vasta experiência em atendimentos. Se tivesse qualquer dúvida, diz que

¹⁰¹ A interconsulta possibilita que o profissional procure auxílio para diagnóstico com outro profissional, pode ser realizada envolvendo enfermagem e medicina, assim como outros profissionais de outras áreas e ênfases.

procuraria a médica de sua equipe, como já fez muitas vezes. Porém, nas situações que Mirtes descreve não se trata dela não saber, mas o paciente supor que ela não sabe.

Ainda que a autoridade do médico seja praticamente garantida dentro da equipe da ESF, pelo menos na visão dos pacientes, outros profissionais acabam desenvolvendo as próprias táticas a fim de adquirir certa autoridade para que consigam desenvolver os próprios trabalhos. Relembremos que na gênese da criação dos ACS era necessário que estes possuíssem certo grau de autoridade dentro da comunidade pela qual seriam responsáveis. Afinal, eles se tornam a referência humana do CSF, 24 h por dia. É nelas que se personifica a ligação possível entre comunidade e serviço de saúde. Mauro me conta que, em caso de alguém passar mal no território, logo o procuram, especialmente pela noite. É Mauro que orienta para ligarem para o SAMU caso necessário ou mesmo se é o caso de ir para a UPA. Foi assim que Mauro, sem formação alguma na área da saúde, adquiriu um aparelho para medir a pressão arterial. O aparelho materializa um saber que a comunidade acredita que Mauro possua. Ele não é o único ACS a fazer coisas do gênero, ainda que não seja nem sua responsabilidade funcional, nem em seu horário de trabalho.

Larissa recebia interpelações na própria casa em qualquer horário. Conta de pessoas já terem batido na janela às 3 da manhã em busca de um remédio para a dor de dente. Larissa repassava um comprimido de dipirona. Diz que geralmente essas são pessoas do bairro que ela sabe serem usuárias de drogas, muitas vezes envolvidas também com o tráfico. O uso de drogas, aliado às outras práticas diárias, acaba afetando a saúde bucal destes indivíduos. Larissa passava o comprimido e já informava sobre o dentista da unidade de saúde, tentava facilitar o fluxo para que a pessoa fosse agendada e atendida brevemente. Existe um protocolo não oficial sobre como atender membros de facções nos CSF, a brevidade faz parte dele. Todavia, não são só as demandas de dor que surgem, Larissa conta que muitas vezes a procuraram buscando preservativos. Diz que sempre leva os do CSF para casa já considerando que vão existir demandas.

O caso de Sandra mescla duas facetas da atuação do ACS: o cuidado com o outro e a necessidade de responder às demandas de gestão, nesse caso do próprio Previn Brasil. Sandra me conta, em tom baixo, praticamente cochichando ainda que estejamos sozinhas em uma sala, que ela pode até estar errada, mas usa a alegação de perda de benefício assistencial para incentivar as mulheres a fazerem o exame citopatológico. Diz que somente assim consegue vencer a resistência de algumas e que é sempre a última opção. Ao mesmo tempo, diz que, apesar de servir para o indicador, é realmente importante que as mulheres façam o exame.

Sandra equilibra no discurso uma mentira por um bem maior. O benefício ao qual Sandra se referia na ocasião era o Auxílio Brasil, substituto do Bolsa-Família no governo de Jair Bolsonaro. Apesar do referido auxílio não ter entre suas condicionalidades o exame citopatológico, tampouco vacinação infantil ou realização de pré-natal, na versão anterior do Bolsa Família o programa condicionava o benefício a realização de consultas pré-natal, vacinação infantil e frequência escolar¹⁰². Quando Sandra me contou a situação, aquilo não me surpreendeu. Tendo atuado em um Centro de Referência da Assistência Social em 2016, localizado ao lado de um CSF, era comum chegarem beneficiários com relatos e dúvidas quanto à necessidade de realizar o exame para manter o benefício. Ainda que a situação fosse em outro município, a criatividade estratégica dos profissionais em busca do alcance de metas me soava muito familiar.

“O Previne é como um pai, fica ali cobrando, cobrando, cobrando”, é o que Inácia me diz enquanto verifica a lista de mulheres que não compareceram para realização do exame citopatológico. O maior desafio entre as metas do programa, de acordo com os números gerais alcançados pelas equipes no Brasil, foi queixa geral durante a pesquisa. Inácia me contou que tinha que realizar exames em mais 100 mulheres até o mês seguinte para conseguir bater a meta. Disse que estava "pirando". O exame não é algo novo, tampouco a necessidade de bater metas, mas diz que o PEC pegou a todos de surpresa. Se refere ao monitoramento que o sistema faz e o cálculo produzido para a meta, baseado nas mulheres em idade fértil cadastradas na unidade de saúde. Alega que a demanda diária no CSF é muito grande, que acaba errando registro ou deixando para depois, o que acaba afetando também os indicadores. Me conta que independente disso, o Previne quer dados, a gerência quer dados. Diante do relato de Inácia pergunto se a pressão que ela relata tem efeitos na sua saúde mental, ela me responde que “ele [o Previne Brasil] não quer saber a justificativa, ele quer a meta e o profissional é um ser humano, não é uma máquina”. Encerra a resposta dizendo que muitos profissionais vão adoecer, se é que é possível eles serem autorizados a adoecer. A frustração de Inácia denuncia metas excessivas, um programa que personifica características humanas para cobrar e mostra novamente a faceta que se esconde por trás dos números dos indicadores: é preciso alcançar a meta, não importa como. Se as justificativas não são aceitas, não cabe alegar que muitas mulheres estão com os exames em dia, porém feitos na rede particular. Tampouco falar sobre o tamanho ou material do espelho, o puritanismo alegado em relação a mulheres que têm vergonha de um exame

¹⁰² Bolsa Família transferência de renda e apoio à família no acesso à saúde, à educação e à assistência social. Disponível em: <https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/bolsa_familia/Cartilhas/Cartilha_PBF_2015.pdf>.

ginecológico, as diversas tentativas de convencimento, as faltas e muito menos a pura e simples negação. Algumas mulheres não querem fazer o exame na rede pública, mas a opção parece inadmissível diante do programa. É essa inadmissibilidade que produz o alcance reduzido da meta, ainda que essa esconda todo um esforço conjunto das equipes da ESF em consultórios, salas de espera, mutirões e visitas domiciliares. Rodolfo, cirurgião dentista atuante na APS, compara a saúde em Sobral em relação ao município em que atuava anteriormente. Ao elogiar a cidade, em termos de amplitude e qualidade da rede de saúde e de educação diz que, em relação à saúde, “a pessoa é perseguida aqui, praticamente, pra ser acompanhada”.

Pergunto para Rodolfo como ele alcança a meta do Previne Brasil para consultas odontológicas com gestantes. A pergunta vem depois dele detalhar o imenso fluxo de pacientes no distrito em que atua há pouco mais de dois meses. Rodolfo diz que as pacientes já sabem que precisam ir pois a consulta já fazia parte do pré-natal, antes mesmo do Previne. O profissional diz que nem sempre consegue realizar o exame físico, mas sempre é possível uma conversa para orientação. Essa conversa já pontua no indicador como realização de consulta odontológica no pré-natal.

Estudo realizado na APS de Fortaleza/CE entre 2015 e 2016 indica que o melhor momento para a realização do pré-natal odontológico é o segundo trimestre, dada as alterações orgânicas próprias da gestação. Na ocasião, a pesquisa identificou que, entre as gestantes participantes, apenas 42,6% realizavam tratamento odontológico. Entre os determinantes para esse número estaria o medo de ir ao dentista, a falta de interesse e a falta de orientação adequada (Botelho *et al.*, 2019). Monalisa atende em um bairro de classe média do município e diz que a maioria das mulheres em pré-natal já fazem acompanhamento na rede privada, ainda assim o enfermeiro sempre as leva até o consultório odontológico para realizarem pelo menos uma consulta. Quando Monalisa foi contratada, a gerente da unidade de saúde logo informou sobre a ênfase nas consultas odontológicas com gestantes por conta do indicador, então tornaram-se prioridade. Ela e a outra cirurgiã-dentista da unidade estão sempre prontas para receber, mesmo sem agendamento prévio. É nessa mesma dinâmica, sendo levadas pelo enfermeiro diretamente da consulta pré-natal, que as gestantes chegam até Clarice. O que Clarice conta é que no CSF criou-se um roteiro para o atendimento desse grupo. A enfermagem direciona para a consulta e profissional busca conhecer o histórico da gestante, fazer orientações e, se possível, o exame físico.

Figura 9 — Sala de atendimento odontológico de um CSF de Sobral.



Fonte: autoria própria.

A situação encontrada por Paola é diferente, principalmente por conta da distância entre a unidade de saúde e as moradias das gestantes. Diz que não faz agendamentos porque as pessoas não comparecem. Enquanto argumenta sobre, Paola mostra a lista de pessoas que faltaram aos atendimentos na última semana. Assim, para consultar as gestantes ela necessariamente tem que ‘pegar’ as pacientes no dia da consulta pré-natal. É a partir disso que Paola cria o plano de atendimento. Diante do perfil da população, a maioria em busca de exodontia¹⁰³ e não prevenção, cabe todo um esforço de orientação para que a gestante seja acompanhada bem além da única consulta solicitada pelo Previne Brasil. Todos os atendimentos realizados com gestantes são inseridos no sistema online. Clarice mostrou o sistema enquanto conversávamos, uma série de desenhos e solicitação de descrições sobre os procedimentos se acumulavam em perguntas que, para mim, soavam como língua estrangeira. De acordo com Clarice o sistema era bom, mas poderia ser simplificado para auxiliar no trabalho. Era demandado muito tempo para preencher tudo que era solicitado e muitas vezes a informação se

¹⁰³ A exodontia é a extração de dente. Nas entrevistas com profissionais da odontologia dos CSF o serviço de exodontia surgiu aliado a relatos da baixa adesão em ações de prevenção por parte da população.

perdia, não contabilizando no indicador. O modo como as pacientes chegam até as salas de odontologia não se trata necessariamente de autoridade, artifício ou uma mentira potencialmente bem intencionada, mas de estratégia produzida pela necessidade.

3.4 INCENTIVOS PARA AÇÕES ESTRATÉGICAS: AS CRIAÇÕES LOCAIS E O IMPERATIVO FEDERAL

Se os indicadores do Previnde Brasil promovem uma espécie de amarra para as equipes, orientando seus fluxos de trabalho em prol do alcance das metas, as ações estratégicas surgem como o sopro necessário que demarca a diferença intrínseca dos territórios. Conforme explicitado pelo próprio Ministério da Saúde, as Ações Estratégicas buscam abranger ações de acordo com a necessidade dos municípios, visando a melhoria da APS. Entre as 15 ações e programas aptos a incentivo financeiro federal estão o Programa Saúde na Hora, Equipes de Saúde Bucal, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Unidade Básica de Saúde Fluvial, Programa Saúde na Escola, Programa Academia da Saúde e o Programa de apoio à informatização da APS, citado no capítulo anterior. A rede sobralense contempla vários destes programas e ações, ampliando seu escopo frequentemente através da homologação de novas equipes. Como exemplo, em 2022 o município contava com duas unidades da Academia da Saúde, uma localizada no bairro Dom José e outra no bairro Cohab 3. Nestas unidades participam das ações profissionais tanto dos CSF vinculados, quanto do NASF, promovendo ações conjuntas entre os profissionais. O NASF participa ainda das ações relativas ao Programa Saúde na Escola, presente nas escolas municipais.

Figura 10 - Relação das Ações Estratégicas autorizadas pelo Ministério da Saúde.

Incentivos a ações específicas e estratégicas



Prioridades para expansão	Programa Saúde na Hora;
	Programas de apoio à informatização da APS;
Saúde Bucal	Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional;
	Equipe de Saúde Bucal (eSB);
	Unidade Odontológica Móvel (UOM);
	Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);
Especificidades	Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD);
	Equipe de Consultório na Rua (eCR);
	Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF);
	Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR);
	Microscopista;
Promoção da Saúde	Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP);
	Custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Situação de Privação de Liberdade;
ACS	Programa Saúde na Escola (PSE);
	Programa Academia da Saúde;
	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS); e



As transferências financeiras observarão as regras previstas nas normas vigentes que regulamentam a organização, o funcionamento e financiamento das respectivas ações, programas e estratégias.



Fonte: CONASEMS (2020).

Além das Ações Estratégicas elencadas pelo Ministério da Saúde, Sobral promove ações vinculadas à APS que ultrapassam as diretrizes e por vezes demonstram o compromisso em responder às demandas locais. Neste sentido, além de realizar ações como as Rodas do Quarteirão¹⁰⁴, experiência utilizada também em outros municípios, Sobral conta com a Estratégia Trevo de Quatro Folhas, criada em 2001. A referida estratégia foi criada com vias de “garantir apoio social às famílias com gestantes, puérperas, e mães de crianças menores de dois anos, em situação de risco clínico e social e reorganizar a atenção materno-infantil no município” (Sousa *et al.*, 2012, p. 61). A atuação do Trevo de Quatro Folhas se expandiu ao longo dos anos, passando a contemplar mães usuárias de crack a partir de 2010. A estratégia opera vinculada à ESF, recebendo encaminhamentos referenciados pelas equipes dos CSF. Entre os apoios prestados pela estratégia estão a oferta de apoio alimentar e a atuação de Mães Sociais¹⁰⁵. Sendo uma iniciativa local, a estratégia não recebe repasse federal para sua

¹⁰⁴ “As Rodas de Quarteirão são momentos educativos realizados nos territórios da Estratégia Saúde da Família, fora da UBS, onde profissionais abordam temáticas diversas, e a população participa de maneira dialógica” (Brito *et al.*, 2020, p. 251)

¹⁰⁵ As Mães Sociais são mulheres moradoras das comunidades sobralenses que são consideradas aptas ao cuidado materno-infantil, tanto domiciliar, quanto hospitalar. Estas mulheres são selecionadas após inscrição junto à Prefeitura Municipal de Sobral. A seleção de 2022 pode ser consultada em <<https://www.sobral.ce.gov.br/informes/principais/trevo-de-quatro-folhas-abre-processo-seletivo-para-contratacao-de-maes-sociais>> Durante contato com a gestão da estratégia não foi possível identificar o valor recebido pelas Mães Sociais, a fonte de financiamento deste ou o regime de contratação vinculado ao cargo. Na ocasião a gestora afirmou não ter autorização para repassar este tipo de informação.

estruturação ou funcionamento, sendo o município o único responsável pelo financiamento, incluindo espaço, contratação de profissionais e demais gastos vinculados¹⁰⁶.

Junto ao Trevo de Quatro Folhas opera o Projeto Flor do Mandacaru, que atende jovens de 10 a 19 anos e tem por foco a saúde sexual e reprodutiva, com ênfase na prevenção da gravidez na adolescência¹⁰⁷. A experiência chegou a ser finalista na edição 2021 do concurso APS Forte, lançado em 2019 mediante parceria entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil (OPAS)¹⁰⁸. Na edição de 2021 o concurso, divulgado como uma forma de reconhecer e valorizar as experiências na APS, teve suas inscrições prorrogadas repetidamente, com resultado sendo disponibilizado apenas em abril de 2022. O prêmio, destinado aos autores das experiências finalistas, foi uma viagem internacional para estágio relacionado à APS, viabilizada somente em março de 2023. Ainda que a premiação buscase reconhecer as práticas na APS, incentivando a inovação e, na edição de 2021, a integralidade do cuidado, a dinâmica empregada muito lembrou as recompensas para o alcance de metas em empresas.

Em termos de financiamento misto proveniente do Previne Brasil, conforme estudo institucional do IEPS, o incentivo às Ações Estratégicas corresponde a 40% do valor repassado. Todavia, é preciso considerar que estes valores são relativos ao incentivo e não ao financiamento das ações. Assim, para manutenção das ações para os quais os municípios são homologados estes recebem uma parcela proveniente do governo federal, uma pequena parcela de fundo estadual¹⁰⁹, mas a maior parte do financiamento vem do fundo municipal. Considerando financiamento federal, em termos de Ações Estratégicas o município de Sobral recebeu em 2022 repasses referentes ao Programa Saúde na Hora, Equipes de Saúde Bucal, Centro de Especialidades Odontológicas, Laboratório Regional de Prótese Dentária, Saúde de

¹⁰⁶ A informação relativa ao financiamento da Estratégia Trevo de Quatro Folhas foi repassada por profissional do setor de gestão e planejamento da secretaria municipal de saúde e difere do relatado por Sousa *et al.* (2012). Na ocasião, os autores apontam que parte do financiamento da estratégia era oriundo de doações feitas por pessoas físicas e jurídicas. Em 2023, a informação é que a fonte exclusiva de financiamento se dá através da Prefeitura Municipal de Sobral.

¹⁰⁷ Prefeitura de Sobral - Projeto Flor do Mandacaru realiza atendimentos direcionados a adolescentes em Sobral. Disponível em: <<https://www.sobral.ce.gov.br/informes/principais/projeto-flor-do-mandacaru-realiza-atendimentos-direcionados-a-adolescentes-em-sobral>>. Acesso em: 10 maio. 2023.

¹⁰⁸ O projeto foi contemplado no eixo 'Atenção Integral nos Ciclos de Vida' <https://aps.saude.gov.br/noticia/16136>

¹⁰⁹ Conforme informações do CONASEMS, nem todos os municípios recebem contribuição do fundo estadual para estas ações, sendo necessário analisar individualmente os casos.

Adolescente em atendimento socioeducativo, Residência Profissional, Agentes Comunitários de Saúde, Informatização e Academia da Saúde¹¹⁰.

Ainda que algumas ações e programas tenham sido criadas anteriormente ao Previne Brasil, estas foram absorvidas pelo programa, como é o caso do Saúde na Hora, criado pela Portaria 2.952 em novembro de 2019. Dentre os quinze programas e ações homologados, operam ainda prioridades com fins de expansão da APS, são estas: incentivo à Residência Médica em Saúde da Família e a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, o Programa Saúde na Hora e o Informatiza APS. A priorização destas ações é escolha da SAPS, mas não significa impeditivo para homologação das equipes nas demais ações previstas. Para que o município receba a verba de incentivo às ações, é preciso que as equipes da ESF sejam homologadas pelo gestor junto ao Ministério da Saúde. Cada programa elencado conta com regras próprias, assim como valor referente. Para Marcos da Silveira Franco, professor consultor do curso da Rede Colaborativa para o fortalecimento da Gestão do SUS, ao solicitar a homologação das equipes para os programas é necessário analisar a realidade sanitária local, considerando também a capacidade financeira do município em manter o funcionamento das ações¹¹¹.

A cidade de Sobral contempla as três ações priorizadas pela SAPS, ainda que não englobando todas as equipes do município. No caso das Residências Profissionais, conforme exposto no Capítulo 1, Sobral mantém residência voltada para atuação na Estratégia Saúde da Família desde 1999. Além da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, que contempla enfermagem e odontologia, prioridades da SAPS, o município conta com Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Residência Médica. Em 2022 ao todo o município recebeu R\$ 130.500,00 de incentivo financeiro relativo às vagas para estas categorias específicas. Conforme informação do CONASEMS, este recurso é disponibilizado através de repasse fundo a fundo, sendo a primeira vez que as residências entram no hall das ações de incentivo.

O Programa Saúde na Hora tem sido implementado em Sobral desde sua criação e em 2022 contemplava 6 equipes da ESF, em diferentes unidades da rede¹¹². Os CSF aos quais estas

¹¹⁰ Os dados são referentes às parcelas recebidas de janeiro a dezembro de 2022 e estão disponíveis para consulta através do e-Gestor AB (<https://egestorab.saude.gov.br/gestaoaps/relFinanciamentoParcela.xhtml/>). Valores referentes aos demais incentivos vinculados ao Previne Brasil recebidos pelo município no período podem ser consultados no Anexo B.

¹¹¹ Incentivo às ações estratégicas - parte 07. Disponível em: <<https://youtu.be/Z-0EfoxmgwI?t=738>>. Acesso em: 10 maio. 2023.

¹¹² Em Maio de 2023 o DataSUS informava que 8 unidades de saúde do município contavam com atendimento nos três turnos, configurando horário estendido. Ver em

equipes eram vinculadas na ocasião contavam com entre 3 e 4 equipes. Durante o primeiro ano da pandemia, Sobral estendeu o horário de atendimento em 18 CSF, aumentando a possibilidade de atenção à população no momento de crise sanitária¹¹³. Todavia, esta não foi a primeira experiência do município em ampliação de horário na APS, já em 2017 o CSF do bairro Coelce passou a atender de 07 às 19 h. Na ocasião as equipes informaram que só no período entre 17 h e 19 h, horário em que habitualmente o serviço se encontraria fechado, eles conseguiam atender cerca de 25 pessoas¹¹⁴. A ampliação do horário de atendimento havia sido promessa de campanha do então candidato à prefeitura Ivo Gomes, eleito em 2016 e que mantém mandato até 2024. A ampliação de horário no CSF Coelce foi uma espécie de experiência piloto para analisar a resposta da população ao serviço.

A informatização da APS tem sido, junto do Saúde na Hora, as ações mais visíveis na rotina dos serviços de saúde. Até o fim de 2022 o município contava com 70 equipes homologadas e 9 equipes em análise. A mudança gradual da produção em papel para utilização do PEC e demais elementos do e-SUS vem junto da implementação de computadores e periféricos, como impressoras, nos consultórios médicos. A mudança é notada tanto pelos pacientes, que passam a receber suas receitas médicas impressas, quanto para os profissionais, que passam pelo processo de aprender a utilizar as ferramentas que ora cumprem papel de dar agilidade ao serviço, ora aumentam a burocratização das ações ao inaugurar novas mediações.

Wanessa contou sobre o processo de abandono dos papéis lembrando dos blocos de receita que se tornaram interditos. “Não pode mais usar o papel, tem que ser tudo impresso porque passa pelo sistema”, diz Wanessa. Enfermeira há 20 anos, precisou de auxílio para aprender a mexer no sistema e acompanhar a dinâmica da informatização. Ainda assim, elogiou o resultado. Depois de muitos erros de cadastros, falhas na escrita dos códigos, diz que a equipe consegue acompanhar as demandas do Previne.

Em certa feita, cheguei a um CSF e fui direcionada para a única sala disponível, um lugar em que poderia entrevistar sem ouvidos de terceiros. A sala escolhida pela gerência foi um almoxarifado no fim do CSF. Lá, enquanto negociava a máscara de proteção, o calor da

https://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Atendimento_Listar.asp?VTipo=04&VListar=1&VEstado=23&VMun=231290&VComp=

¹¹³ Prefeitura de Sobral - 18 Centros de Saúde da Família passam a funcionar em horário estendido durante a pandemia. Disponível em: <<https://www.sobral.ce.gov.br/informes/relevantes/18-centros-de-saude-da-familia-passam-a-funcionar-em-horario-estendido-durante-a-pandemia>>. Acesso em: 10 maio. 2023.

¹¹⁴ SAÚDE, B. E. C. A. BLOG ENCONTRO COM A SAÚDE DE SOBRAL: Posto de Saúde com horário estendido beneficia população sobralense. Disponível em: <<https://encontrocomsaude.blogspot.com/2017/08/posto-de-saude-com-horario-estendido.html?m=0>>. Acesso em: 10 maio. 2023.

cidade e o som estridente de um ventilador que parecia ser tão antigo quanto a própria construção daquela unidade de saúde, me vi rodeada de papéis. Caixas se espalhavam pelo chão, repletas de formulários. Duas estantes de ferro escoradas na parede se enchiam de pilhas que, ao me aproximar, descobri serem blocos de registro de atendimento médico, acompanhamento pré-natal e cadastro de usuário do serviço de saúde. Todos os formulários estavam vazios e anunciavam o abandono analógico em prol da modernização. Parecia que a única forma que eles poderiam voltar a ser úteis, considerando seus objetivos primeiros, seria no caso de pane tecnológica. Essa só não se torna uma verdade absoluta pois, apesar da informatização da APS, as ACS permaneciam levando para campo fichas em papel, distantes do que já se prometeu um dia serem tablets equipados com programa próprio para cadastro¹¹⁵. Ainda que estes surgissem, me pergunto como estes aparelhos seriam vistos em territórios em que os ACS deixam de levar o próprio celular e a carteira por receio de serem furtados durante o horário de trabalho.

O empenho do Ministério da Saúde em ampliar a informatização da APS, especificamente através da implementação de equipamentos e programas, diz de um entendimento sobre o uso dos dados produzidos localmente pelas equipes da ESF. Seria a partir destes dados que se tornaria possível tanto a análise e o rastreamento das ações desenvolvidas nos territórios, quanto a produção de documentos técnicos para a tomada de decisão dentro das políticas públicas. É esta tomada de decisão informada que surge como chave dentro da dinâmica do Informatiza APS. Todavia, é preciso reconhecer que esta Ação Estratégica chegou aos serviços de saúde aliada tanto a um incremento na burocratização dos sistemas de registros, quanto aliada a uma dinâmica que incentiva a competitividade e produtividade sem considerar os meios pelos quais os indicadores são alcançados ou não. Em uma análise ampla desta ambição ministerial, é preciso considerar também os limites de dados consolidados que diferem drasticamente dos dados encontrados em campo. A análise destas inconsistências, em um país continental com uma rede pública de tamanha variabilidade é demanda urgente, especialmente quando estas inconsistências podem implicar diretamente no financiamento dos serviços.

¹¹⁵ Dialogando sobre a implementação de tablets no dia a dia de trabalhos dos ACS, Leandro *et al.* (2021) abordam desde a produção de uma ideia de maior produtividade, até a dimensão do treinamento para uso destas ferramentas e a incidência de uma espécie de sobretrabalho. De modo geral, a tecnologia tem sido utilizada no país sem grande adesão, ainda que o uso de sistemas eletrônicos tenha se tornado obrigatório.

CAPÍTULO 4 – PRODUÇÃO DE DADOS NA APS: BUROCRATIZAÇÃO, AVALIAÇÃO E A TOMADA DE DECISÕES EM SAÚDE

Os processos burocráticos dentro da APS acompanham não só o avanço organizacional e tecnológico do sistema de saúde, mas as demandas dos sistemas político-econômicos e as decisões das gestões, especialmente nos níveis municipal e federal. A partir destes processos são viabilizados mecanismos para acompanhamento, monitoramento e avaliação de programas e políticas, incluindo a resposta à programas de financiamento como o Previnde Brasil. Neste capítulo abordo o incremento burocrático na APS, inaugurado a partir do Previnde Brasil e seus componentes, buscando demonstrar as relações estabelecidas entre os profissionais de saúde, o sistema e os usuários dos serviços, assim como de que forma estes surgem na produção e visualização dos dados. Partindo para a utilização dos dados produzidos na APS, proponho uma discussão em torno dos conceitos de eficiência e eficácia dentro da avaliação do Previnde Brasil, não só na utilização do programa, como na narrativa de melhoria da qualidade da atenção a partir da adoção do mecanismo de pagamento por desempenho. Por fim, é abordado o uso de dados na tomada de decisão em políticas públicas e as dinâmicas incluídas na produção e avaliação destes. Os dados abordados aqui surgem como efeito da crescente burocratização e informatização da APS, tendo a capacidade de produzir um robusto material quantitativo para a análise, tanto por parte de sistemas informatizados, quanto por gestores.

4.1 INCREMENTO BUROCRÁTICO E A PRODUÇÃO DE DADOS EM SAÚDE.

Para Tess Lea (2021) “Burocracia” é ágil em aplicação e significação, capaz de denotar mudanças de época ao longo do tempo e papelada enlouquecedora do aqui e agora, oscilando entre substantivo e adjetivo, maldição e oração.” (p. 60, tradução nossa). Lea afirma ser necessário que a antropologia e os antropólogos encarem a burocracia para além de seu poder discursivo, considerando a ampla arquitetura que é construída para que se manifeste a onipresença burocrática entre documentos, papéis, softwares e afins. Lea trata em seu trabalho da própria ambiguidade envolvida na relação entre os sujeitos e a burocracia, repelida ao mesmo tempo que desejada.

É hora de levar a sério essas atrações e repulsões. Eles apontam para um paradoxo importante: as pessoas criticam as imperfeições da burocracia por causa de uma profunda crença de que um nível mais alto de funcionamento ético não é apenas desejável, mas exigido. Essa esperança, esse desejo, autoriza a burocracia para continuar, apesar das falhas e traições, com base no que ela poderia e deveria fazer melhor. (Lea, 2021, p. 69, tradução nossa)

A dúbia relação estabelecida entre os trabalhadores da saúde, transformados em burocratas, e a burocracia envolvida no financiamento a partir do Previnde Brasil surgiu diversas

vezes nos discursos dos interlocutores. Um programa de computador que ora é confuso e falho, mas permite visualizar melhor os dados do território ou mesmo organizar a agenda do profissional. Um sistema que parece criar pacientes fantasmas que afetam o alcance do indicador entre pacientes crônicos e ao mesmo tempo possibilita encontrar pacientes que há anos não realizavam acompanhamento da condição ou retiravam medicamentos. Queixa e desejo seguem lado a lado, ainda que de formas diferenciadas entre as categorias profissionais. Como a enfermeira Inácia relatou, o trabalho realizado a partir do Previne Brasil não é necessariamente novo, mas a forma que ele é feito. Ou melhor, monitorado.

Em 1998 o Ministério da Saúde implementou o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – SIPACS. O SIAB vinha acompanhado da ampliação do modelo do Programa de Saúde da Família no território nacional e pretendia se consolidar como uma forma de expandir os sistemas de informações para que fossem captados dados específicos dos territórios onde atuavam as equipes do PSF, viabilizando o entendimento dos determinantes de saúde-doença, além de demais itens que contribuíram para o planejamento das ações em saúde. O SIAB, utilizado pelos membros das equipes do PSF, se constituía por software específico, fichas e relatórios.

É composto por um programa de computador (software) e por algumas fichas (A, B, C, D) e relatórios (SSA-2, SSA-4, PMA-2, PMA-4 e A1 ao A4). A ficha A representa a ficha de cadastro familiar e, portanto, contém dados básicos de características sócio-econômicas, de saúde (morbidade referida) e moradia das famílias e seus indivíduos. As fichas B são utilizadas pelos ACS para o acompanhamento domiciliar de grupos prioritários, como: hipertensos, diabéticos, gestantes, hansenianos e tuberculosos. A ficha C presta-se ao acompanhamento das condições de saúde e seguimento médico de crianças menores de dois anos, sendo o próprio Cartão da Criança fornecido pelo Ministério da Saúde. A ficha D é utilizada por toda a equipe do Programa Saúde da Família (PSF) para o registro das atividades diárias (consultas médicas e de enfermagem, solicitação de exames complementares, encaminhamentos), bem como para a notificação de algumas doenças (por exemplo: pneumonia em menores de cinco anos). Já os relatórios representam um consolidado dos dados presentes nas fichas de cadastro e acompanhamento: (1) SSA2 – consolidado dos dados das fichas A, B, C e D; (2) SSA4 – consolidado dos dados contidos nos relatórios SSA2 de um município; (3) PMA2 – consolidado das fichas D; (4) PMA4 – consolidado dos relatórios PMA2 do município; (5) relatórios A1 ao A4 – consolidado dos dados presentes nas diversas fichas A. Os números 1, 2, 3 e 4 referem-se aos níveis de agregação correspondente: 1 – micro-área, 2 – área, 3 – seguimento e 4 – município. Quanto ao software SIAB, o mesmo utiliza três formulários de entrada dos dados: um para o cadastramento familiar, um para as informações de saúde e outro para as informações de produção e marcadores para avaliação. (Silva e Laprega, 2005, p. 1822)

A citação demonstra a amplitude de informações colhidas pelo SIAB e potencialmente úteis para a produção de dados em saúde. Da mesma forma, demonstra a criação de mecanismos

burocráticos dentro da prática dos profissionais de saúde com vias de auxiliar o diagnóstico dos territórios e a construção de políticas e ações em saúde.

Analisando o acesso e utilização das referidas fichas no primeiro ciclo do PMAQ de 2012, autores destacam disparidades tanto em relação à dimensão dos municípios, quanto à localização geográfica destes. A exemplo, em relação às fichas B-HAS e B-DIA, relativas ao acompanhamento de casos de hipertensão arterial e diabetes,

Nacionalmente, constatou-se que 85,2% das UBS dispunham das fichas B-DIA e 83,7% das fichas B-HAS, estando os municípios da região Sul/Sudeste com melhores percentuais em todos os estratos populacionais e os piores percentuais são verificados nos municípios de pequeno porte da região Norte/Nordeste. (Neves, Montenegro e Bittencourt, 2014, p. 763)

Em relação ao uso das fichas, Neves, Montenegro e Bittencourt (2014) indicam ainda a possibilidade de que os dados estivessem sendo recolhidos em outros materiais que não as fichas do SIAB, interferindo no compilado de dados produzido e na posterior análise e tomada de decisão referente às políticas públicas. Como mencionado no capítulo anterior, Sobral promoveu o quase total abandono das fichas de papel em prol do uso de sistemas informatizados, seja o próprio PEC ou materiais de controle local como planilhas produzidas por profissionais de saúde e/ou gestores. Todavia, ainda que existam outras formas de controle local, de planilhas municipais às cadernetas pessoais, os dados oficiais, compilados pela gerência e repassados de forma ascendente na gestão, são repassados para o sistema do e-SUS com vias de responder aos parâmetros de programas diversos, seja o Previne Brasil ou outros como o Informatiza APS.

O estudo de Neves, Montenegro e Bittencourt (2014) foi publicado um ano após o lançamento do e-SUS como ferramenta para a Atenção Básica, substituindo o SIAB pelo SISAB. Nesse sentido, em nota técnica o CONASS apontava a ferramenta como um auxílio para a redução da carga de trabalho dos profissionais na coleta e manuseio de dados, “permitindo que a coleta de dados esteja dentro das atividades já desenvolvidas pelos profissionais, e não uma atividade em separado.” (CONASS, 2013, p. 2). Assim, o órgão afirma que entre as premissas do sistema estaria a redução do retrabalho na coleta de dados, a produção de informação integrada, o desenvolvimento de ações orientadas pelas demandas dos usuários e a individualização do registro, além do foco do cuidado envolvendo família, comunidade, território e indivíduo (CONASS, 2013).

Ao considerar os relatos encontrados em campo, ao mesmo tempo que o sistema inaugurado a partir do Previne Brasil, representado pelo PEC, que busca induzir a informatização da APS e promover a confiabilidade e rastreabilidade dos dados, surge não só

como um instrumento de registro mas, por ser considerado não confiável, promove práticas de retrabalho. Adriana, ACS, relata dados sumindo e que, por isso, não tem como bater a meta. Cita a diferença entre o caderninho dela e o que o sistema dá: “a preocupação de querer cumprir a meta existe no coração de todo profissional, mas as ferramentas não são seguras”. Adriana reúne em sua ação profissional práticas de controle analógicas e digitais. Em um convívio não tão pacífico, as duas formas de ação demonstram que a modernidade da informatização não pode ser considerada incólume, tampouco as práticas burocráticas aliadas a elas. A verdade da informação compilada pelo sistema foi colocada em xeque todas as vezes que uma profissional argumentava sobre o comprometimento de dados enquanto exibia para mim suas formas de registro particulares.

A produção de dados em saúde é inerente ao SUS e uma necessidade básica para a construção e fortalecimento deste, implicando nas possibilidades políticas e sanitárias de crescimento do sistema. As ferramentas utilizadas para a compilação dos dados têm suas possibilidades de implementação atravessadas por questões econômicas e políticas. A análise dos resultados de programas de avaliação como o PMAQ pode indicar tanto lacunas e falhas na assistência, como necessidades e potencialidades do sistema e nos desfechos em saúde. Entre os resultados encontrados pelos pesquisadores ao analisarem as informações do primeiro ciclo do PMAQ em 2012, antes da implementação da ferramenta e-SUS, estes destacam que

As ferramentas tecnológicas são fundamentais no armazenamento dos dados e na busca otimizada por informações capazes de auxiliar os profissionais de saúde em todas as etapas da assistência. Nesse sentido, dotar as UBS de computadores e acesso à internet pode trazer racionalidade nos serviços e de recursos humanos. (Neves, Montenegro e Bittencourt, 2014, p. 767)

Para os pesquisadores, caberia à gestão municipal proporcionar os meios tecnológicos para a otimização no armazenamento e uso das informações. Desta forma, entende-se que a discussão da necessidade de ampliação do processo de informatização dentro do sistema de saúde com vias de otimizar a coleta, monitoramento e uso de dados já era pauta no setor antes da criação do e-SUS. Todavia, a mudança tecnológica neste nível de atenção não se daria, como demonstrado em capítulo anterior, descolada de interesses envolvidos na política que viabiliza e reforça sua implementação. Considerando o Previne Brasil, estas mudanças fazem parte da construção de um aparato técnico que liga diretamente o financiamento da APS ao desempenho dos trabalhadores. Graeber (2015), afirma que “A mudança tecnológica simplesmente não é uma variável independente. A tecnologia avançará e, muitas vezes, de maneiras surpreendentes e inesperadas. Mas a direção geral que ela toma depende de fatores sociais” (p. 21, tradução nossa). No caso do Previne Brasil, a tecnologia utilizada, com base na política que ela busca

responder, traz uma clara separação entre quem recebe ou não recurso federal, impactando a capacidade de cobertura do sistema de saúde. A conversão de sujeitos em contribuintes, comunidades em indivíduos e pessoas em números segue imbuída nos relatórios e acionamentos que o sistema proporciona. Desse modo, cabe aos profissionais não só alimentar o sistema, mas alterar suas práticas a fim de responder às demandas deste e do Previne Brasil como um todo.

Conforme as entrevistas realizadas com profissionais, as dinâmicas burocráticas acionadas para a implementação do Previne Brasil são lidas de formas diversas. Diversa é também a relação estabelecida entre profissionais da saúde e usuários dos serviços. Os relatos vão desde relações de amizade a manipulações, violências e queixas em relação aos usuários que negam ações que beneficiariam as métricas do serviço de saúde. Estas demonstram que, mesmo diante de uma ampla rede burocrática estruturada que demanda preenchimento de prontuários, relatórios, compilação de dados e repasse ascendente na cadeia de gestão até ser enviado ao Ministério da Saúde, o véu da impessoalidade do burocrata se torna cada vez mais transparente. É justamente na tentativa de torná-lo opaco que ele se torna visível.

Sociólogos desde Weber sempre notaram que uma das características definidoras de qualquer burocracia é que os funcionários são selecionados por critério formal e impessoal - frequentemente alguma forma de teste escrito. (Ou seja, burocratas não são, digamos, eleitos como políticos, mas eles também não deveriam conseguir seus empregos porque são primos de alguém) Em teoria, eles são meritocratas. De fato, todos sabem que o sistema é comprometido em milhares de diferentes formas. (Lea, 2021, p. 16, tradução nossa)

Nesse sentido, a própria noção de impessoalidade se desfaz no dia a dia dos serviços. Afinal, como demonstrado no capítulo 2, programas têm construtores. Cientistas que produzem aparatos para a perpetuação de um ideal e alcance de objetivos estabelecidos ainda durante o processo de construção de tais aparatos. No caso do Previne Brasil, o uso racional de recursos é um destes objetivos. Considerando, como lembra Akrich (2014), que objetos técnicos autorizam certos modos de relação entre os atores (e a própria definição de quem são estes), as relações autorizadas pelos Previne Brasil e seus elementos propõe traçar a dimensão da impessoalidade e a individualização do sujeito em relação à comunidade que ele pertence. Contudo, porque não havia estabilização para o programa no momento desta pesquisa, surgiram no campo diversas controvérsias vinculadas à utilização do Previne Brasil e seus componentes, incluindo o tipo de relação prescrita entre os usuários do sistema tecnológico e os usuários do serviço de saúde. Surgiam assim não só relações que extrapolavam o ideal do projetista, mas que demandavam mesmo técnicas outras que as pré-definidas pelo programa.

Já era o final da manhã e eu tinha acabado de ser barrada na porta da unidade de saúde. Esqueci de colocar a máscara de proteção e o braço do segurança do local ao mesmo tempo me parava, apontava o cartaz de aviso. Proibida a entrada sem máscara. Questão resolvida, entrei e me sentei na recepção enquanto aguardava a gerente da unidade me receber. Me perguntava mais uma vez sobre a função daquele homem que me barrou, segurança ou porteiro? Um pouco das duas coisas? O tempo da dúvida foi interrompido por uma voz cada vez mais alta. Uma mulher gritava na janela da farmácia. Geralmente as farmácias das unidades de saúde em Sobral ficam na mesma área da recepção. Janelas pelas quais entram receitas e saem medicamentos e instruções. O motivo do grito era justamente a ausência desta troca.

A tal mulher passou então a gritar não mais só com a pessoa que a atendia, mas com todos os funcionários. Enquanto saía da unidade, esbravejava sobre ninguém trabalhar lá e proferia xingamentos diversos. Ninguém parecia muito afetado pela situação. Eu mesma, a única pessoa nas cadeiras da sala de espera, confesso que também não estava surpreendida. Unidades de saúde sempre tem aquele tipo de situação, pelo menos esse foi o entendimento criado depois de presenciar tantas situações como aquela ao longo da minha história como paciente da atenção primária. No dia seguinte eu voltaria à unidade e finalmente começaria a descobrir o que desencadeou a situação.

Entre na sala da farmácia depois de entrevistar outros profissionais das equipes de saúde da família. Minha entrada lá não foi programada, Esther perguntou se eu ia falar com ela também. Decidi que sim. Era a primeira vez no processo de pesquisa de campo que entrava em uma farmácia. Esther atuava como atendente de farmácia há 11 anos. Não é farmacêutica, mas diz saber sobre tudo que passa por lá. Nossa entrevista foi interrompida diversas vezes para que ela atendesse quem chegava na janela da farmácia. Era época de gripe na cidade e Esther tinha construído em seu balcão uma organização de medicações para facilitar a dispensação. Sozinha, não podia simplesmente largar o balcão e ir buscar o remédio na parte de trás da farmácia. O que mais saía ficava ali, ao alcance da mão. No meio da organização, três gavetas de papelão eram utilizadas para armazenar receitas: antibióticos, hipertensos e controlados. Ali eu descobri que o caso do dia anterior era justamente da esfera dos controlados.

Figura 11 – Organização de medicamentos na bancada da farmácia do CSF.



Imagem: autoria própria.

Quando a situação toda ocorreu, observei na mão da mulher que gritava uma receita de cor azul. No meu entendimento, aquilo significava receituário para psicofármacos, mas depois descobri que podia ser também para antibióticos. Ao ver a caixa que organizava receitas, perguntei para Esther se era ela que estava na farmácia no dia anterior. Ela disse que não, que teve de sair mais cedo, mas uma colega que a substituiu contou sobre o ocorrido. A questão era: a mulher queria um psicofármaco, mas a receita estava vencida e a paciente precisaria passar novamente pela avaliação do médico, que não poderia atender naquele momento. A paciente não queria uma receita nova, afinal, ela já tinha aquela. Não queria esperar e tampouco achava que seria atendida prontamente. A receita estava vencida há meses, a atendente fez o que pôde, explicava minha interlocutora. A auxiliar de farmácia me contava a história ao mesmo tempo que interrogava sobre o que vi e ouvi. Juntava as peças e concluía que de vez em quando aquilo acontecia. Receitas vencidas, pessoas que não queriam esperar e até medicação em falta. Apontava para as cartelas de dipirona e me dizia que estavam em falta até pouco tempo, só

tinha a opção em gotas e nem todos os pacientes queriam. A solução em gotas é amarga, o paciente recusa. Recusam e interrogam: como pode faltar dipirona? Uma medicação tão simples. Esther me explica todo o processo de solicitar medicação, fala da farmácia central, do planejamento, dos contratos, mostra todo o processo na tela do computador. Mas as vezes falta. Falta o fornecedor ou então saiu medicamento além do esperado. Acontece, ela não tem como controlar tudo. Ouve gritos.

Esther não é lida naquele lugar somente como uma burocrata que preenche sistema, lê pedidos e repassa medicação. Esther é responsabilizada pelos pacientes por qualquer dissabor na experiência de ser atendido. Todavia, a burocracia que faz com que aquelas cartelas de dipirona estejam lá é o que ainda tenta criar o véu de impessoalidade entre a profissional, o sistema, a medicação, a receita e o paciente. Na concepção de Esther, não se trata só de repassar a medicação, é também uma forma de carinho com o usuário do serviço, às vezes ele precisa ser ouvido. A entrevista é mais uma vez interrompida pela chegada de uma paciente.

- *Tem um ou tem os dois?*

- *Tem os dois!*

- *Ô beleza! Achei que ia ter que comprar e não tem dinheiro.*

Era a primeira vez da paciente recebendo aquela medicação, Esther informou sobre a validade da receita e como ela deveria fazer para receber no prazo. Informou também a posologia. No sistema, deixou agendada as datas de recebimento até o final do ano.

A inserção de processos vistos como burocráticos têm efeitos diversos entre os profissionais. Alguns destes são a possibilidade de visualizar metricamente o próprio trabalho e os elementos que o atravessam. Matheus diz que não tem mais idade para mudar de área, mas se fosse hoje um médico recém formado, não escolheria a APS. Conta que quando entrou havia muitos atrativos na carreira na APS, mas hoje os “extras” tornam o setor não muito desejável. Os extras que Matheus se refere são as burocracias do dia a dia e certas normas implementadas. A sala em que o médico atende é totalmente equipada, com computador completo e periféricos. Ainda assim, pilhas de prontuários se acumulam na mesa. São os atendimentos que ele fez naquele dia e mais os prontuários em que ele precisa fazer renovação de receitas. Conta rapidamente os prontuários, confere no sistema online e me dá um número. Atende em média 16 pessoas por turno. Confere novamente, ontem foram 46 atendimentos presenciais. O número entra no argumento para dizer que antes de toda burocracia atual ele tinha mais tempo para estar fora do consultório, participar de grupos, parar e aprender. Diz que chega em casa exausto.

Miriam, também médica, atende cerca de 30 pessoas diariamente, diz também não ter tempo para participar de ações de promoção de saúde nos grupos que o CSF oferta. Acha que

o Previne Brasil é uma boa ideia no nível de organização, mas que estão passando “por uma pressão danada” por conta do alcance dos índices do programa. Miriam está há 17 anos na APS, me fala sobre como o CSF se tornou nos últimos anos uma espécie de Pronto Atendimento e que isso seria uma tragédia anunciada. Dá ênfase à como o Previne deveria funcionar, especificamente com consultas somente por agendamento, caberia ao ACS saber a última vez que o paciente esteve no serviço e fazer o agendamento. A burocracia envolvida no agendamento e no alcance do índice, na fala de Miriam, é rompida pela ineficiência do ACS. Miriam se queixa das cobranças em relação aos índices, mais uma vez dá ênfase: “cobram de nós [médicos], mas é preciso cobrar de quem movimenta o pacientes, quem faz busca ativa [ACS]”.

Como exposto no capítulo um, quando da criação da PACS, os hoje nomeados ACS, não tinham necessidade de curso técnico ou superior. Bastava saber ler e escrever, assim como ter relevância na comunidade. Entre a década de 1990 e o momento em que essa pesquisa era construída, as condições para a seleção e contratação destes profissionais já estava alterada, não só no grau de escolaridade exigido, mas nas práticas demandadas em relação à atuação destes profissionais.

Sobre o trabalho dos ACS, Morosini e Fonseca (2018) destacam que, na ocasião da pesquisa, as visitas domiciliares seguiam como as atividades que os profissionais davam maior importância. As autoras apontam ainda a dilatação do horário de atuação destes profissionais, a despeito do horário de trabalho contabilizado nos órgãos de controle das unidades de saúde.

Ao menos três fatores combinam-se, para a ampliação do tempo de trabalho: a moradia na comunidade, a necessidade de demonstrar disponibilidade como forma de legitimação aos moradores, e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, especialmente agravadas no contrarturno de funcionamento das unidades básicas. Há um quarto elemento que diz respeito à lógica de gestão dos serviços, baseada na aferição de produtividade que implica o alcance mensal de um determinado número de famílias visitadas. Quando um imóvel está fechado durante o dia, há relatos de ACS que fazem a visita à noite para encontrar os moradores. (Morosini e Fonseca, 2018, p. 263)

Em relação às alterações na atuação do ACS a partir da PNAB publicada em 2017, as autoras indicam um maior grau de dependência do profissional em relação ao planejamento das ações por parte das equipes da ESF, “cujos objetivos estão crescentemente submetidos à lógica do monitoramento dos indicadores de resultados e de produtividade” (Morosini e Fonseca, 2018, p. 264).

Na visão de Luara, que atua na área de gestão do município, a população atualmente não entende que o trabalho do ACS possui outra configuração. Baseada no contexto sobralense e das normativas federais, relata que atualmente estes profissionais teriam um papel burocrático

dentro da APS, sendo peça chave para o alcance dos indicadores. “A busca ativa é o ACS que tá indo direto, porque o enfermeiro não tem como ficar saindo”. Luara reúne em sua fala queixas que ouvi de diversas categorias: enfermagem e medicina presos em atuação ambulatorial dada a demanda do serviço e ACS que tem que dar conta de busca ativa ao mesmo tempo que se sentem presos ao CSF para suprir demandas burocráticas.

Augusto, ACS há cinco anos, diz que antes do Previne atuava mais voltado para a comunidade, dando apoio e auxiliando a enfermagem em acessar as casas, as equipes multiprofissionais. A burocracia que recordava era a parte cadastral e de avisar para os pacientes sobre consultas marcadas. Com o Previne, diz que existe mais burocracia na sua atuação. “Mais papéis, mais listas”. Diz que afetou a relação com a comunidade, pois agora tem que olhar mais para quem está entre os indicadores. Ao mesmo tempo, fala que isso faz dar mais atenção para os grupos prioritários. Augusto recebe da enfermeira de sua equipe as demandas sobre quais metas estão defasadas. A partir da informação ele e os outros ACS fazem as listas e vão atrás das pessoas. “A gente se preocupa, né, porque de certa forma se a gente não bater a meta, a gente não recebe recurso (...) A gente faz o que a gente pode, mesmo fora do horário de trabalho, para poder encontrar a mulher que precisa ir ao serviço para fazer o procedimento” (Augusto, ACS).

Mauro percebe o e-SUS como uma melhoria, imbuída de autonomia. “eu mesmo digito, eu mesmo mando”. Acredita que com a digitalização a vida do profissional melhora, assim como acredita que não há aumento de pressão, simplesmente as coisas acontecem de forma muito dinâmica, em cima da hora de serem cobradas. O sistema online seria afetado pela desorganização. Mauro não sabe apontar de onde viria a desorganização, se da gestão do CSF ou de algum outro ente que demanda as informações que têm de ser colhidas. Ao fim da entrevista, o profissional reflete que o Previne Brasil não pode trabalhar sozinho, apenas aliado a outras políticas públicas. Caso contrário, as pessoas atendidas estariam fadadas a permanecerem na vulnerabilidade. A declaração veio depois de descrever um local da microárea da qual é responsável. Fossa a céu aberto, córrego sujo, lama, insetos e pessoas frequentemente doentes. Para ele, no momento o Previne estaria muito focado em dados, não em qualidade. “Eu tô só alimentando o sistema? Qualidade nenhuma. Tem que trabalhar com metas? Beleza, mas tem que trabalhar também com saúde”. Mauro acredita na potencialidade do Previne Brasil e na forma pela qual o compilado de dados que ele produz possa se traduzir em melhorias reais para a população assistida. Na fala de Mauro é possível visualizar o desejo por uma burocracia que poderia fazer mais e melhor, como exposto por Lea (2021) no início deste capítulo.

Eugênia está atuando como ACS há cinco anos, antes disso trabalhou para uma empresa privada como técnica de enfermagem. Diz que por isso já estava acostumada a ter que compilar dados, então não tem tanta dificuldade. Sobre a parte burocrática, diz que recebeu muitos cadastros antigos defasados, do tempo que eram feitos em papel. Fichas que continham os dados básicos, sem anotações sobre comorbidades. Por esse motivo ela e as colegas têm que fazer um minucioso trabalho de atualização desses materiais. Elas atualizam as fichas e o técnico de informática do CSF coloca os dados no sistema. Todavia, Eugênia diz que o sistema sempre muda, fazendo com que as informações se tornem novamente incompletas, assim como os relatórios. “Antes a gente ficava no sentido do paciente, agora não, além de dar atenção ao paciente tem que dar a parte burocrática” (Eugênia, ACS). É por essa razão que tem que passar as tardes dentro do CSF, sem ir ao território, para atualizar os dados dos usuários e fazer levantamentos demandados pelas equipes. No CSF que Vírnia atua como ACS, cada profissional já têm uma tarde fechada na agenda para sentar-se com o digitador e atualizar os dados. O incremento burocrático fruto do preenchimento de cadastro e busca ativa pelas pessoas que fazem parte dos indicadores acabou deixando as visitas domiciliares mais corridas. Em suas visitas, a ACS Vírnia diz que não tem mais tempo para entrar, sentar-se e conversar. Agora ela vai mais direta ao assunto, mas não sabe se isso diminui só o tempo ou também a qualidade.

Morosini e Fonseca (2018) afirmam que as visitas domiciliares são a expressão da presença dos ACS nos territórios. Além disso, seriam através destas que estes poderiam identificar situações de saúde que nem sempre se manifestam como demanda por parte dos usuários. Rodolfo, ACS há 17 anos, não acha que faz visitas, só passa nas casas pegando informação. No dia que nos falamos, com sua pasta na mão, Rodolfo falou que iria buscar o cartão de vacinação das crianças, pois a gestão cobrava a lista de crianças vacinadas. Fala que tem que se adaptar, que hoje o foco é a produção de dados e que isso é suficiente, gerando lucro para o município. O lucro a que Rodolfo se refere é o financiamento do Previne Brasil, mais uma vez interpretado na ponta do sistema de forma diferente do manifestado em notas e decretos.

Violeta, ACS, concilia a importância do uso de dados na APS ao mesmo tempo que critica a forma como as coisas foram sendo feitas. Diz que há muito tempo se nota que o profissional da APS tem sido condicionado à coleta de dados e não em uma assistência real aos usuários da rede. Conta de uma paciente que teve uma consulta muito rápida com o médico. Diante da queixa, Violeta tentou explicar que os médicos também estão sendo cobrados e tem que atender certos fatores, o que impacta na qualidade (refletida aqui na duração do atendimento). Ao mesmo tempo, diz que os dados coletados diante das consultas e intervenções

podem ser ineficazes dentro do sistema. Conta que é possível, por exemplo, sair o resultado de um exame citopatológico, a mulher ir ao CSF para receber o exame, precisar utilizar uma pomada vaginal e não poder receber na farmácia da unidade, pois as unidades disponíveis são atreladas apenas às usuárias gestantes. Violeta afirma que nesse caso não há continuidade do cuidado, tampouco resolutividade. Seria preciso encontrar um equilíbrio: “como é que eu vou prestar um serviço de qualidade se eu não recebo os insumos?”

O sistema online, para Arlete, enfermeira, traz a possibilidade de ver melhor o território. Conta que há vinte anos não existia nada como o PEC, que não existia consolidação de dados e os registros eram manuais. O sistema online abre outras possibilidades de controle. Rute, enfermeira em um CSF da zona rural, diz que gosta da burocracia envolvida no Previne Brasil. Por burocracia, se refere ao preenchimento do PEC. Por lá ela pode ver as ações e suas avaliações, puxar relatórios... No começo foi difícil, pois realizava as ações e perdia na hora de registrar, mas agora já conseguia lidar. Da mesma forma, Celeste gosta de como o sistema dá uma visão geral para a situação do território. Conta que no começo não bateram a meta de cadastramento, mas foram aprendendo. Na ocasião de atualizar os cadastros de hipertensos e diabéticos, coisa que ela chegou a fazer de casa, teve que tomar remédio para dor por conta dos longos períodos digitando os dados. Mas conseguiu finalizar, diz orgulhosa. Para Inês, o que ela e as colegas enfermeiras fazem não é tarefa burocrática. A gerência da unidade seria responsável por cuidar dessas coisas para não acumular com o fazer da enfermagem. Inês não diz exatamente o que ela entende por burocracia, mas é possível entender que desta noção se excluem o PEC e os aparatos ligados a ele.

A construção técnica do Previne Brasil, considerando sua estrutura online, metas, indicadores e avaliações, prevê um funcionamento correto e estável do sistema. Isso seria o reflexo de ações realizadas no nível da assistência, alcançando o que seus formuladores do programa almejam para um uso racional dos recursos públicos através de um modelo misto de financiamento, “como os utilizados pelos melhores sistemas de saúde do mundo” (Harzheim *et al.*, 2020a, p. 8). Parte intrínseca do componente burocrático da APS envolve a informatização da APS. Como apontado no capítulo 2, o programa Informatiza APS foi englobado pelo Previne Brasil no decorrer de sua implementação. É através da informatização dos serviços e do uso do prontuário eletrônico que se espera que os dados cheguem íntegros até a gestão federal. Todavia, considerando a situação nacional, em que 23% dos municípios ainda carecem de informatização, opera a dúvida do quão confiáveis são os dados que chegam até o MS. Para além disso, cabe questionar as próprias intenções da SAPS ao enfatizar o uso do sistema sem

desenvolver uma ação robusta envolvendo o financiamento dos aparatos tecnológicos necessários para tal.

Enquanto conversávamos, Luara descrevia como as informações municipais eram compiladas para serem repassadas nos relatórios ao Ministério da Saúde, assim como de que forma essas informações eram colhidas e avaliadas para pensar o Plano Municipal de Saúde. Foi nesse momento que questionei sobre as verbas recebidas pelo município através do Informatiza-APS. Luara diz que eles solicitam, mas o valor que vem não é suficiente. Isso quando vem. De acordo com ela, por vezes o valor não dá para comprar sequer um computador. Passa a falar das necessidades dos CSF e cita teclados, notebooks para as gerências que precisam constantemente se locomover para reuniões, projetores para serem utilizados nas ações de saúde, inclusive os grupos de promoção de saúde realizados... Luara descreve necessidades que vão além do preenchimento de prontuários, mas refletem outros movimentos que afetam diferentemente a possibilidade de ação. A fala de Luara conclama a de ACS que agendam tardes para repassar os dados com digitadores no CSF, que usam senha alheia para preencher elas mesmas o sistema usando o computador que tem em casa, de nutricionistas e psicólogas que me relataram chegarem aos CSF e as salas disponíveis, quando existiam, não estarem equipadas com computadores e afins, especialmente nos CSF dos distritos e em seus anexos. Todavia, a informatização segue avançada em Sobral. Recursos próprios foram empenhados para realizar a façanha, especialmente em busca da melhoria dos indicadores. Não só recursos, mas parcerias. Como exemplo, ao longo dos treinamentos para o PEC, foram utilizadas salas com computadores da Universidade Federal do Ceará. E nos municípios que não tem recursos locais para compra de equipamentos ou disponibilidade de laboratórios de informática? Como atender a demanda por digitalização do SUS quando se está às voltas com dar conta do básico? Por fim, como medir a eficácia e a eficiência de um programa quando não se tem confiabilidade nos dados produzidos? Cabe pensar se a impossibilidade de verificação dos dados compilados pelo Previne Brasil é erro ou projeto.

A confiabilidade dos dados produzidos pela análise do alcance de indicadores a partir do Previne Brasil implica na crença da infalibilidade do processo burocrático. Logo, esta se ampara em uma forma específica de racionalidade que coloca os resultados como foco, por vezes ignorando a análise dos meios.

Toda a ideia de que se pode fazer uma estrita divisão entre meios e fins, entre fatos e valores, é um produto da mentalidade burocrática, porque a burocracia é a primeira e única instituição social que trata os meios de fazer as coisas como inteiramente separadas do que está sendo feito. (Graeber, 2015, p. 93, tradução nossa)

Todavia, como demonstrado anteriormente, da realização de exames e os subterfúgios para cooptar pacientes até o preenchimento do sistema, estas ações não ocorrem de forma planejada e isenta dos afetos dos sujeitos. A desconfiança em relação ao trabalho do digitador faz ACS logarem no sistema e repassarem elas mesmas suas produções para o digital. A noção de que o não alcance dos indicadores implica na falta de verba para pagar as equipes do CSF promove estresse, medo e ocasionalmente estratégias não éticas para alcançar as metas cobradas. Assim, ainda que dentro da dinâmica de produção de dados o processo burocrático almeje a impessoalidade e previsibilidade - alcance de indicadores implicando melhor financiamento - os meios pelos quais os sujeitos atravessam a dimensão burocrática afetam os resultados, ainda que nada disso seja considerado para além da esfera local.

Em termos de atenção primária, a ênfase da atuação dos profissionais, conforme a PNAB 2017, deveria ser “o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde” (Brasil, 2017). Estas ações, desenvolvidas através de equipes multiprofissionais, implicam que, a gênese da APS, é o cuidado. A produção de dados relativos aos processos saúde-doença da população são fruto das ações de cuidado e da ampliação da cobertura dos serviços de saúde, todavia, conforme o relato dos próprios profissionais, essa relação está invertida. Nesse sentido, observa-se uma inversão da atividade meio com a atividade fim a partir das dinâmicas inauguradas pelo Previne Brasil, com uma supervalorização da produção de dados e alcance de indicadores, colocando as ações de cuidado em saúde como segundo plano. Desta forma, o alcance de indicadores não se traduz necessariamente em cuidado. Voltando ao exemplo que Marco deu em relação ao município em que trabalhava anteriormente, se é possível alcançar o indicador da solicitação de hemoglobina glicada apenas através da solicitação, sem necessariamente o exame ser realizado ou o resultado entregue para o usuário do serviço, qual a efetividade do cuidado em saúde? A atividade do profissional que solicita o exame, ciente da impossibilidade da realização deste, torna-se a da produção de métrica, não de cuidado.

Em análise, Coelho (2020) aponta alto risco de fraude no registro de dados do Previne Brasil, assim como erros e manipulações na alimentação de informação dentro dos sistemas da APS. A autora afirma que isso se dá devido à própria formulação do programa.

(...) em razão da deficiência de controles preventivos ou detectivos, devido à ausência de um plano de gerenciamento de riscos, necessários a mitigar a ocorrência de erros, intencionais ou não, na coleta e registro dessas informações pelas equipes de saúde. Como consequência, não há como garantir a fidedignidade desses dados, prejudicando o monitoramento e avaliação da evolução do programa, assim como o justo cálculo dos incentivos financeiros a serem repassados aos municípios (Coelho, 2020, p. 56)

Coelho destaca que os criadores do programa não levaram em conta não só sistemas de controle, mas o custo da implementação do programa para os municípios, envolvendo as modificações necessárias tanto na área de equipamentos, quanto de gestão. A proliferação de empresas que buscam capacitar, auxiliar e treinar profissionais de saúde para a melhora no alcance de indicadores dentro do programa, conforme citado no capítulo anterior, somam a crítica de Coelho, identificando um dos efeitos produtivos possíveis das falhas inerentes ao Previne Brasil, a filiação da privatização dos serviços, enfraquecendo o sistema público ao criar dependência de empresas, seja para treinamento, seja para suprir vazios da rede como a falta de tecnologia para realização de exames e intervenções que contabilizam para os indicadores.

4.2 EFICIÊNCIA E EFICÁCIA NA AVALIAÇÃO EM SAÚDE.

A importância de abordar a eficiência do SUS está ancorada na forma como este índice avaliativo foi cooptado por setores que buscam a construção discursiva do nosso sistema de saúde como oneroso, ineficaz e incompleto. Estes argumentos são a base de uma cadeia de discurso que, no fim, sequestra o tema da eficiência a fim de defender a mercantilização e a privatização do SUS. (Marinho e Ocké-Reis, 2022). Para os autores, o argumento da eficiência, reapropriado pelos defensores da saúde pública, pode ser utilizado como ferramenta teórica e metodológica. Como tal,

A eficiência deve ser entendida como a relação entre valores ótimos e valores observados dos recursos consumidos e dos resultados obtidos. Logo, as medidas de eficiência podem mensurar quanto poderia ser produzido com os recursos existentes e a quantidade de recursos que deveria ter sido consumida para atingir determinado resultado. (Marinho e Ocké-Reis, 2022, p. 9)

Diante de um contexto que ataca o SUS com argumentos provenientes da racionalidade neoliberal, constantemente a crítica se propõe a estacionar na primeira fase, considerando o quanto pode ser produzido com o recurso existente. Para além, busca-se o incremento constante na produção, através da diminuição de recursos, seja financeiro ou humano.

Ao considerar o nível de eficiência do SUS, ou de qualquer sistema de saúde, é necessário dialogar com as dimensões da eficácia e efetividade, considerando não só as ações clínicas, como epidemiológicas, inclusa as formas que as informações relativas a estes parâmetros são recolhidas e analisadas (Marinho e Ocké-Reis, 2022). Afinal, conforme dialogado no tópico anterior, a produção dos dados em saúde está implicada diretamente não só na instrumentalização de políticas e programas, como na avaliação quanto às necessidades da população, identificando as particularidades demográficas e sanitárias destas.

Considerando o incremento da austeridade fiscal imposta ao Brasil, com ênfase a partir de 2016, o Previne Brasil supostamente buscaria não só a melhora dos indicadores de saúde, mas a construção de um sistema voltado para a eficiência, estabelecendo metas e parâmetros financeiros. A tão falada modernização do SUS. Todavia, a construção de seus parâmetros e das repercussões implicadas no não alcance de seus índices, expõe a face mais primária do neoliberalismo: a diminuição do Estado em relação ao social.

Ainda em 2021, tateando o que seria meu campo de pesquisa, conversava com um amigo sobre o Previne Brasil e sua faceta de desfinanciar serviços que não alcançassem as metas propostas. Na visão de tal amigo, a capitação ponderada seria útil para avaliar a necessidade dos serviços de saúde. Se os serviços, ou equipes, demonstrassem ser falhos ou desnecessários, seria correto retirar o recurso. No imaginário dele, esse recurso não desapareceria, tampouco a equipe, mas seria remanejado para um local onde houvesse maior necessidade. Por exemplo, se o CSF do bairro Cajazeiras¹¹⁶ demonstrasse, através de capitação ponderada, que tinha mais profissionais por usuários do que o indicado, enquanto o CSF do bairro Marabá demonstrasse o oposto, o Previne proporciona que essa equipe fosse remanejada. Conforme Cathy O'Neil (2020), esse modelo de prática, para os cientistas de dados, proporciona uma otimização do sistema. “Livrando-se dos piores e posicionando os melhores onde eles possam fazer um bem maior” (p. 7). Otimização na utilização dos recursos e consequente ampliação de cobertura para a população que realmente necessitava do serviço. Na época, o argumento ficou rodando na minha cabeça. Não me parecia ser essa a intenção do programa, tampouco o entendimento dos profissionais. Posteriormente, o campo demonstrou que minha preocupação estava correta e que essa dimensão avaliativa da eficiência das equipes e dos CSF tinha mais camadas do que o previsto.

Mais do que um remanejamento de recursos ou ênfase na qualificação das equipes e gestões, o Previne Brasil demonstrou o desenvolvimento de uma série de mecanismos visando o incremento da produtividade no trabalho. O pagamento por desempenho e as avaliações trimestrais, por exemplo, se combinam gerando não só uma corrida pelo alcance de metas, como um constante processo de fragilização das relações entre os profissionais e a gestão. A cascata de cobranças que muitos mencionaram, demonstra o entendimento destes que as cobranças dentro das equipes são reflexos de uma dinâmica que envolve dos níveis da gestão municipal até a gestão federal, apontando parte da rede técnica que viabiliza o Previne Brasil

¹¹⁶ À exceção dos bairros citados na introdução deste trabalho, todos os nomes dos bairros e CSF utilizados ao longo dos capítulos foram criados a fim de inviabilizar a identificação dos territórios e, conseqüentemente, dos profissionais entrevistados.

no município. Estas, “são compostas de locais particulares, alinhados através de uma série de conexões que atravessam outros lugares e que precisam de novas conexões para continuar se estendendo” (Latour, 2019, p. 147). Para além, até mesmo a inconstância na forma de vínculo trabalhista, expressa na quase inexistência de profissionais com estabilidade obtida por meio de concurso público, surgia junto ao receio na dissolução de equipes diante do não alcance de metas e do não recebimento de recurso através do Previne Brasil.

Entre as dificuldades de se avaliar a eficiência de sistemas de saúde, especialmente se considerarmos o nível da atenção primária, que promove ações de prevenção e promoção de saúde, se dá pela não visualização imediata dos desfechos clínicos. É muito mais fácil avaliar o número de pacientes que deixaram a UTI de um hospital, do que o número de pacientes que não evoluíram para um quadro crônico de hipertensão ou mesmo de quantas crianças não adoeceram por conta da vacinação contra o sarampo. Apesar da APS ter, através da epidemiologia, instrumentos próprios para medir questões relativas à morbidade e tantos outros índices de vigilância, o trabalho diário envolve uma certa sutileza, encabeçada pelo uso de tecnologias leves, que por vezes faz com que a visualização da eficiência de ações em saúde tenham seus resultados expressos muitos anos após a realização destas. Assim, “não é razoável fazer diagnósticos, nem prescrições a curto prazo sobre a eficiência do SUS, que não é um sistema pronto e acabado, com objetivos estáticos no tempo e no espaço” (Marinho e Ocké-Reis, 2020, p. 19). Afinal, no SUS estão implicadas dimensões políticas, técnicas e sociais que viabilizam desde seu financiamento até a percepção que a população tem em relação a ele. Dentro do quadro da ênfase neoliberal, o SUS é um gasto que se vê isolado de outras políticas públicas. A desagregação entre as políticas de saúde e as políticas sociais é traço corrente do ideário neoliberal, permanentemente individualizante e fragilizador. Neste ideário, isolado dos determinantes sociais da saúde, o SUS funciona como um sistema ótimo e fechado, alheio à ideia de território e comunidade. Logo, a APS trata não de famílias ou sujeitos, mas de usuários, convertidos em cidadãos, esses transformados em contribuintes, retomando dinâmicas anteriores à própria Reforma Sanitária.

As bases da reforma da ação da APS através do Previne Brasil, expressa em Harzheim *et al.* (2020a), ancora seus preceitos justamente na ineficiência do então atual formato de ação deste nível de atenção, desde sua forma de financiamento até suas ações em saúde e a rastreabilidade de seus serviços. A ênfase dos autores da reforma é, de modo geral, na otimização do recurso público, traduzido em prática de austeridade econômica, aumentando a eficiência do setor ao aliar a análise deste a produtividade e competitividade. Esse movimento é traço marcante do processo de incorporação de valores do setor privado dentro da gestão e

operacionalização do SUS. Ainda que o Previne Brasil seja um programa incorporado dentro da ação do Estado, sua ação é reflexo de práticas privatizantes.

Quando se fala da ação da racionalidade neoliberal para a construção e efetivação de um programa como o Previne, é preciso compreender que esta é composta de práticas diversas construídas cotidianamente. Assim, como Hannah Appel (2019) aborda o capitalismo, o neoliberalismo também não se trata simplesmente de um contexto, mas de um projeto. Em sua etnografia acerca da ação de companhias petrolíferas na Guinéa Ocidental, Appel propõe pensar o capitalismo como um projeto que produz e se entranha, envolvendo pessoas, lugares, espaços e política, tema caro e amplamente reconhecido dentro do exercício antropológico de pesquisa. Nesse sentido, Appel declara sobre sua pesquisa:

Eu sigo as maneiras pelas quais a gestão das empresas de petróleo e, em menor grau, os atores do Estado equatoguineense usam direito, contratos, teoria econômica e racionalidade de mercado não apenas como ferramentas poderosas em si mesmas, mas também como uma oportuna arquitetura moral pela qual são sancionadas práticas capitalistas. (Appel, 2019, p. 5, tradução nossa)

Tomando esta perspectiva, proponho pensar o Previne Brasil não só como fruto de práticas neoliberais, mas o reforço destas através de moralizações envolvendo o gasto público, a própria ideia de papel do Estado frente à população e do reforço da dimensão de ineficiência do SUS, pauta frequente para a defesa de reformas que buscam, através do estrangulamento de recursos, modular não só o capital, mas a percepção pública da inoperabilidade deste sistema de saúde. Assim, a própria avaliação em torno da eficiência do Previne Brasil diante da reforma que ele propõe para a APS tem de ser visualizada sob o prisma da construção narrativa e dos efeitos propriamente ditos encontrados no campo.

Como se avalia a eficiência do Previne Brasil? Seria possível fazer esta avaliação diante de três anos de implementação do programa? Para além, um programa que foi atravessado pela COVID-19 e até 2023 não realizava contabilização de indicadores e recursos conforme previsto em seu lançamento, cabe avaliação de sucesso ou fracasso? Antes de entrar nesta seara, é preciso retornar à argumentação no livre mercado que fundamenta as experiências político-econômicas do neoliberalismo, flagrantemente nos países do sul global. Como afirma Klein (2008), analisando as experiências de gestão neoliberais e as falas de seus autores, se algo dá errado na condução destas, é porque o mercado não estava verdadeiramente livre. Ausentes de culpa, a experiência neoliberal falha pelo não comprometimento total e não por sua formulação. Afinal, “a premissa fundamental é que o livre mercado é um sistema científico perfeito, no qual os indivíduos, agindo em função de seus próprios interesses e desejos, criam o máximo de benefício para todos” (Klein, 2008, p. 67). Dentro da aplicabilidade de um

programa de financiamento público que tem por moldes a privatização ansiada pelo livre mercado, o interesse estaria em fazer mais, com menos. Todavia, esse mais segue cada vez mais restrito a uma parcela específica da população, não só cadastrada, mas a que não tem renda para acessar serviços de saúde suplementar.

Abordando os efeitos das práticas de austeridade na gestão econômica da saúde, Stuckler e Basu (2013) nomeiam como ‘body economics’ tanto a uma população vivendo sob determinada política econômica, quanto aos efeitos desta na saúde dos sujeitos.

“Um grupo de pessoas organizado sob um conjunto comum de políticas econômicas; um povo cujas vidas são afetadas coletivamente por essas políticas.” O corpo econômico significa não apenas os sistemas financeiros dos quais todos fazemos parte, mas também os efeitos das políticas econômicas na saúde. Como epidemiologistas, estudamos os padrões, causas e efeitos da doença. Quando pensamos no corpo econômico, procuramos entender como os orçamentos governamentais e as escolhas econômicas afetam a vida e a morte, resiliência e risco, para populações inteiras em todo o mundo. (Stuckler e Basu, 2013. p. 139, tradução nossa)

Os pesquisadores acompanharam a experiência de países como EUA, Tailândia, Islândia, Rússia, Reino Unido e Malásia em processos de recessão econômica e as respostas político-econômicas propostas para a recuperação destes. Dividindo os países entre aqueles que promoveram políticas que versavam sobre duas formas de tratamento para a questão, austeridade ou estímulo, os autores buscaram demonstrar que “escolhas econômicas não são apenas questões de taxas e déficits de crescimento, mas questões de vida e morte” (Stuckler e Basu, 2013, p. X , tradução nossa). Assim, os dados levantados indicam que durante períodos de recessão, em casos em que o financiamento dos serviços públicos de saúde é restrito com vias de recuperação econômica, pessoas sem seguro saúde tem 40% a mais de probabilidade de morrer prematuramente do que as pessoas seguradas. Da mesma forma, países que cortaram programas de proteção social tiveram avanços no empobrecimento da população, assim como na taxa de adoecimento e ressurgimento de doenças até então sob controle (Stuckler e Basu, 2013). Para os autores, ambos epidemiologistas, a escolha pela implementação de políticas de austeridade no campo da saúde responde não a uma tomada de decisão baseada em dados, mas em uma posição ideológica. “Se tomarmos a opção verdadeiramente democrática, o primeiro passo é identificar as políticas que são apoiadas por evidências e aquelas que não são. Com apostas tão altas, não podemos confiar nossas decisões a ideologias e crenças.” (Stuckler e Basu, 2013, p. 142, tradução nossa). Todavia, é preciso considerar não só quais evidências estão sendo utilizadas para dar suporte às decisões no nível da gestão, mas de que forma estas evidências são produzidas, seja para atestar a eficiência ou o que Harzheim *et al.* (2020b),

baseados em análise do Banco Mundial, apontam como um “desperdício anual de aproximadamente R\$ 9.3 bilhões, somando os recursos dos três níveis de gestão” (p. 1362).

Na perspectiva de Sigaut (2003), é preciso traçar uma separação entre eficiência e utilidade, dado que estas não são necessariamente correspondentes. Para o autor, a eficiência está ligada a um efeito produzido pela ação humana, ancorada no desenvolvimento de um conjunto de práticas tornadas tradicionais. No campo da atenção primária, diversas práticas de gestão, manejo e assistência foram tornadas tradicionais ao longo dos anos. Tanto seguindo o compasso do avanço da estruturação da APS, quanto através de arranjos locais com vistas das particularidades dos territórios. Todavia, isso não significa que elas são imutáveis. Afinal, a eficiência destas é atualizada no dia a dia das próprias práticas. No que diz respeito ao Previne Brasil, este envolve práticas outras, acompanhadas de novas tecnologias não só de gestão, mas de monitoramento. Estas tecnologias surgem como imperativo originário no Ministério da Saúde, através da SAPS. Considerando a recuperação do contexto de formulação e lançamento do Previne Brasil reproduzida nesta tese, torna-se claro que as tecnologias agregadas ao programa respondem também a um outro conjunto de técnicas e crenças, próprias aos preceitos da gestão neoliberal. Nesse sentido, é necessário compreender a tecnologia não como um bem isolado, a-histórico e puramente funcional, mas como um conjunto de comportamentos sociais, imbuído de um sistema de significados (Pfaffenberger, 1988). Assim, as contribuições de Sigaut, partindo da antropologia da técnica, e de Pfaffenberger, falando a partir da antropologia da tecnologia, se unem na perspectiva da necessidade de compreender a própria adoção ou não de uma tecnologia como localizada em um contexto sócio-histórico. Neste trabalho, o contexto é o de expansão da ideologia neoliberal.

Pfaffenberger (1992) afirma que “Uma inovação tecnológica bem-sucedida ocorre apenas quando todos os elementos do sistema, tanto os sociais como os tecnológicos, foram modificados para que funcionem juntos de forma eficaz” (p. 448, tradução nossa). Ou seja, quando há uma estabilização dentro do sistema. Na perspectiva da teoria ator-rede, no momento em que se transforma em caixa-preta. As tentativas dessa estabilização respondem ao sistema lógico no qual a inovação está ancorada. Considerando o exposto nesta tese, tanto o ranqueamento de municípios e as divulgações da SAPS fazem parte desta tentativa de estabilização, quanto a responsabilização dos gestores locais em relação aos insucessos na operacionalização do Previne Brasil. No campo dos elementos sociais, o tensionamento que os profissionais de saúde entrevistados fazem em relação à demanda por incremento de produtividade indica que o sistema lógico no qual a inovação tecnológica do Previne se apoia também não foi adotado por todos os componentes da rede. Pelo contrário, ele segue como

elemento desestabilizador, ainda que operem também formas locais para adequação diante dos imperativos do programa.

Como exposto anteriormente, as avaliações do Previne Brasil acontecem oficialmente de forma quadrimestral, ainda que no nível local o acompanhamento seja feito de forma contínua a fim de avaliar não só os cumprimentos das metas do programa, como as metas do Plano Municipal de Saúde. Nesse sentido, dentro da Programação Anual de Saúde de Sobral, que conta com mais de 300 metas, só a APS ocupa 56 itens. Para além das metas do Previne Brasil, já anteriormente presentes no plano municipal, surgem também metas voltadas para programas locais e públicos outros. Todas estas metas são discutidas e pactuadas tanto pela gestão, quanto pelo Conselho Municipal de Saúde. Nesse sentido, há ainda flexibilidade nas metas. Ou seja, é possível inserir novas metas a partir da identificação de novas demandas no território.

Entre as metas da Programação Anual de Saúde para 2022, identifica-se a discrepância entre as metas estabelecidas localmente e as exigências do Previne Brasil.

Tabela 7 – Comparativo entre metas dos indicadores da Programação Anual de Saúde de Sobral e os indicadores do Programa Previne Brasil para 2022.

Indicador	Meta Programação Anual de Saúde - Sobral 2022	Meta Indicadores Previne Brasil - 2022
Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas	70%	45%
Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	95%	60%
Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	90%	60%
Cobertura de exame citopatológico	30%	40%
Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente	100%	95%
Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre	50%	50%
Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada	50%	50%

Fonte: elaboração própria.

Em diálogo com Melinda, na ocasião ocupando cargo na área de planejamento da secretaria de saúde, esta informou que a diferença entre as metas locais e do Previne passaram a atrapalhar no processo de monitoramento local. Cobradas a partir de duas metas para o mesmo indicador, os profissionais se viam confusos já que, em teoria, o Previne importaria mais, dado que é ligado ao financiamento do setor. O nível maior de importância, é preciso notar, estava ligado ao recebimento de recurso, não ao desenvolvimento de ações em saúde, já que as metas do Previne chegavam a ser menores que as metas locais. Para o ano de 2023, a fim de resolver

a questão, as metas que coincidiam com os indicadores do Previne Brasil passaram a ter valor igual ao preconizado pelo governo federal. As demais metas relativas à APS não sofreram modificação. Outra diferença marcante é que o Previne Brasil faz avaliação das metas a cada 4 meses, enquanto Sobral faz avaliação e monitoramento a cada dois meses. Nesse sentido, apesar de não ser possível avaliar e monitorar os números juntamente com os dados do Previne, dado o descompasso temporal, as outras metas da Programação Anual de Saúde são analisadas e as ações planejadas. Nas palavras de Melinda, as demais metas da APS servem para “potencializar a abertura de visão dos gerentes”. Assim, questões não contempladas pelo Previne, ou financiadas pelo governo federal, têm repercussão na ação dos profissionais da APS e dos outros níveis de atenção que promovem atividades nesta, como o matriciamento da rede de saúde mental.

Apesar do trabalho da APS não se resumir ao Previne Brasil, nem no papel, nem na realidade dos serviços, o peso do financiamento surge diversas vezes como um empecilho para a realização de outras ações. Para além, a própria restrição do financiamento do Previne Brasil - destinado ao custeio das ações - acaba interferindo na possibilidade de serem alcançadas as metas do programa. Itens como mesa ginecológica são equipamentos que não podem ser adquiridos com o valor referente ao Previne Brasil. Cabe ao município, por exemplo, torcer pelo recebimento de valor referente a alguma emenda parlamentar ou mesmo pelo lançamento de alguma portaria que viabilize recurso financeiro para APS. Nesse sentido, Melinda relata que o município solicitou valor elevado para a Portaria GM/MS 544, de maio de 2023, visando justamente a aquisição de equipamentos. Como diz Melinda, “é uma coisa só, se um local se fragiliza, impacta em tudo”.

Sobral buscou se destacar no ranking do Previne Brasil através de treinamentos, educação permanentes, câmaras técnicas e linhas de comunicação a fim de otimizar a implementação do Previne e viabilizar o financiamento federal em seu nível máximo para a APS. Todavia, como demonstrado no capítulo anterior, esta não foi a realidade de grande parte dos municípios brasileiros, seja pela tentativa, seja pelo resultado do empenho.

Em notícia divulgada através da SAPS, lê-se

“Saímos de sete para 39 municípios com nota máxima, e também aumentamos o número daqueles que conseguiram nota acima de nove”, destaca o secretário de Atenção Primária à Saúde (APS) da pasta, Raphael Câmara. “Isso demonstra que todo o esforço que temos feito para a capacitação dos gestores municipais por todo o Brasil surtiu efeito. É importante destacar que o aumento da pontuação vai além de números, e representa melhora na oferta de saúde para a população”, ressalta. (SAPS, 2022a)

O comentário diz respeito aos resultados da avaliação do segundo quadrimestre de 2022, momento em que, entre os municípios de grande porte, Sobral ocupou o segundo lugar no

ranking do ministério. O então secretário da SAPS afirmou que a pontuação representava melhora na oferta de saúde para a população, mas é preciso lembrar que, caso a melhora se confirmasse, ela ainda estaria ligada somente às pessoas cadastradas no serviço de saúde e não à população em geral.

Entre as possíveis avaliações da eficiência do Previne Brasil, pode-se pensar no aumento de pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados nos CSF e assistidos conforme os parâmetros do programa. É possível também considerar o número de atendimentos odontológicos para gestantes, a vacinação infantil, o número de exames preventivos realizados... Todavia, cabe questionar se estes números de fato implicam cuidado ampliado em saúde. E se estes implicarem no adoecimento dos profissionais responsáveis pelo cuidado, ainda assim o programa demonstraria sua eficiência e eficácia? Se um programa é pensado de modo a precarizar um sistema de saúde e reunir práticas de apoio à privatização do setor, atingir este resultado, com recursos escassos, precarização e práticas gerencialistas o torna não só eficiente, como eficaz. Saúde como produto e não direito é a chave da inversão para análise de um programa como o Previne Brasil. Investimento tornado despesa e resultados surgem como números que se afastam da vivência de profissionais e pacientes. Estes números fazem parte da cadeia de translação (Latour, 2017) acionada na conversão do trabalho - em suas diversas frentes - e seu produto, os números alcançados, em financiamento.

Abordando a empreitada entre cientistas da botânica e da pedologia na condução de uma pesquisa em solo amazônico, Latour aponta a produção de inscrições a fim de construir o conhecimento científico sobre o tema. Os cientistas que Latour observa utilizam dois mapas, um produzido por uma instituição, outro produzido através de fotografias aéreas do perímetro a ser abordado. Nesse caso, diz Latour, “Uma única inscrição não inspiraria confiança, mas a superposição das suas permite ao menos uma indicação rápida da localização exata do sítio” (2017, p. 44). É a possibilidade de visualizar o terreno pretendido para abordagem que permite que os cientistas elaborem estratégias e intervenções.

Removam-se ambos os mapas, fundam-se as convenções cartográficas, eliminem-se as dezenas de milhares de horas investidas no atlas do RadamBrasil, interfira-se com o radar dos aeroplanos e nossos quatro cientistas ficarão perdidos na paisagem, obrigados a reiniciar todo o trabalho de exploração, referência, triangulação e quadriculação feito por centenas de predecessores. Sim, os cientistas dominam o mundo - mas desde que o mundo venha até eles sob a forma de inscrições bidimensionais, superpostas e combinadas. (Latour, 2017, p. 44)

O trabalho na APS não passa tão longe dos cientistas em solo amazônico. Exige-se também um trabalho de territorialização para a execução do trabalho da ESF, traduzido em mapas e marcações. É a partir desse mapa particular e sua constante atualização que os profissionais

podem (ou não) atingir metas de indicadores, cadastros e mesmo compreender quais espaços são de circulação e quais são interditos.

No mapa do distrito de Limoeiro, Daniele consegue apontar a área de cobertura do CSF. Aponta as microáreas dos quatro ACS que atuam no serviço, os perímetros urbanos e rurais. O mapa fica em impresso na sala de Daniele, a gerente, ao lado de outros marcadores como escalas de trabalho e a programação semanal e uma folha que, em colunas, delimita ações, os responsáveis por estas e os locais onde são realizadas ou compiladas. *Relatório bimestral da gestão / Datas / Google Drive / Atenção Primária e-SUS*. O relatório referido é o que vai chegar posteriormente até às mãos de Melinda durante o encontro de avaliação e monitoramento bimestral com as gerências da APS. O mapa na sala de Daniele vem da secretaria de urbanismo do município, especificamente do setor de mapeamento e geoprocessamento. As legendas e diferentes cores que dividem o território em microáreas, assim como os alfinetes que perfuram o mapa sobre o painel de camurça são fruto do trabalho da APS. O caderno de Vânia, ACS, com a divisão da população pela qual é responsável é a combinação do trabalho diário dela, dos conhecimentos produzidos por seus colegas de profissão e dos usuários do serviço, no mesmo passo, é fonte direta para a transformação dos nomes e cadastros em listas e estas em indicadores avaliados e classificados pelo Previne Brasil. Traduzidos no Índice Final Sintético, decomposto em notas de CSF e equipes da ESF, mede-se a eficiência do programa apagando os desencontros entre mapa, caderno, listas, planilhas e números finais. Comparado ao campo de pesquisa de Latour, o caderno da ACS e as listas produzidas pelos profissionais do CSF até tentam, mas não conseguem ser o que afiança a fidelidade dos dados avaliados pelo Previne Brasil. Não há validade político-científica disponível para o caderno de Vânia, por mais cuidadosa que seja sua construção.

A validação do Previne se constrói no processo de tradução dos números colhidos e produzidos por ele, mesmo que à revelia do que é informado pelos profissionais no território. O conhecimento sobre a eficiência surge então da contemplação dos números, não da rastreabilidade dos movimentos feitos por meus interlocutores. As mulheres com idade entre 25 e 64 anos, cadastradas no e-SUS, que realizaram pelo menos uma coleta de exame citopatológico nos últimos 36 meses são tornadas código numérico que ao fim do quadrimestre irão contabilizar no valor alcançado no indicador 4 do Previne Brasil. No texto latouriano, “Somente conta o movimento de substituição pelo qual o solo real se torna o solo que a pedologia conhece” (Latour, 2017, p. 65). No campo, tudo que cruza o caminho entre mulher e a coleta é esmaecido para definir através do cálculo final a qualidade e o merecimento de

financiamento do serviço de saúde. Se o texto científico traz em si sua própria verificação, o Previne Brasil verifica sua pertinência e concretude através do ranqueamento dos municípios.

Em relação ao modelo de pagamento por desempenho inaugurado a partir do Previne Brasil e defendido discursivamente não só como avanço na APS, mas como atualização do Brasil diante da experiência exitosas do setor no âmbito internacional, formuladores da reforma e analistas afirmam que

Para êxito desse modelo é fundamental conseguir medir o desempenho alcançado utilizando métricas que sejam claras, factíveis para a realidade local e públicas. Idealmente, devem ser indicadores precisos e oportunos ao critério de desempenho desejado, sensíveis a variações de empenho das equipes e resistentes à manipulação ou fraude. (Sellera *et al.*, 2020, p. 1409)

Entre formulação, implementação e operacionalização do programa, este demonstra falhas não só na clareza de seus objetivos e índices avaliativos, mas descompasso com as necessidades locais, seja no nível dos aparatos técnicos, seja na vivência dos profissionais e usuários. “Conhecer não é apenas explorar, mas conseguir refazer os próprios passos, seguindo a trilha demarcada” (Latour, 2017, p. 91). A cada hipertenso que surge na lista do CSF de Robson e que ele não encontra no território, cada usuário que foi a óbito ou se mudou e permanece na lista compilada pelo MS, cada pendência de registro de vacina para crianças que já foram vacinadas e tiveram seus dados colhidos demonstra que o programa não produz conhecimento sobre o território, pelo menos não um conhecimento ancorado na positividade científica na qual ele se inspira. É sua falseabilidade, mesmo que apenas em nível local, que demonstra os erros na tradução proposta pelo Previne Brasil e seus formuladores.

4.3 O USO DE DADOS NA TOMADA DE DECISÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

Durante as reuniões bimestrais com as gerências da APS, Melinda confere os dados referentes ao alcance de metas tanto da Programação Anual de Saúde, quanto do Previne Brasil. Verifica os dados da realização de exames e, junto das gerências, traça estratégias para fazer o melhor com o que há disponível. Diz, por exemplo, que organizaram mutirões de mamografia quando viram que o contrato com o fornecedor do equipamento não seria renovado. Foi estabelecida a estratégia e a quantidade de mulheres que deveriam realizar o exame antes do encerramento do contrato. Da mesma forma, outras ações são desenvolvidas para responder tanto ao testemunho das gerências sobre o andamento do serviço de saúde, como diante da análise dos dados. A baixa realização de exames citopatológicos pode ser por falta de material, mas se os dados apontam que o material existe e a resistência é de outra ordem, novas decisões são tomadas. Abrir o CSF no sábado, fazer um momento de acolhimento apenas para mulheres,

fazer um turno noturno durante a semana específico para a coleta de exame. Ações que dizem de um monitoramento dos dados e de uma abertura a compreender como eles são feitos, o que eles incluem e omitem. Contudo, a APS em Sobral faz parte de um sistema de saúde maior e, desta forma, tem de responder também a interesses dos outros níveis da gestão a partir dos índices avaliativos destes.

A complexidade do processo decisório em sistemas de saúde é ampliada dado o envolvimento de um grande número de atores, de diversas naturezas (técnicos, gestores, políticos, agentes sociais), em diferentes níveis de atuação (local, municipal, estadual e federal), com diferentes objetivos ou entendimentos sobre qual a melhor solução para um problema estabelecido. (Flexa, 2018, p. 730-731)

Como exposto na Tabela 7, essa demanda de resposta pode até mesmo diminuir os números relativos às metas de cobertura da rede. Assim, o processo de tomada de decisão no nível local é afetado de forma descendente, especialmente frente ao funcionamento de um programa de nível federal que tem difícil diálogo com os entes municipais.

Em revisão de literatura sobre a tomada de decisão em sistemas de saúde, Flexa (2018) indica que, para os formuladores de políticas públicas, destacam-se os aspectos voltados ao alinhamento governamental, os recursos financeiros, além do suporte de lideranças políticas e demais envolvidos na política. No caso de um sistema de saúde como o SUS, com ampla rede não só governamental, quanto de estudos sobre seu funcionamento, surgem fontes diversas para os tomadores de decisão. Entre estas fontes, destacam-se os Sistemas de Informação em Saúde (SIS). Pinheiro *et al.* (2016) indicam que, no Brasil, estes sistemas antecedem a implementação do SUS, com municípios assumindo o papel de coletores de dados e por vezes excluídos dos processos de tomada de decisão, reservados aos níveis estadual e federal.

A partir da Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB/SUS 01/96) cresceu a responsabilidade dos municípios na assunção do seu papel decisório nas ações em seu território. O cumprimento desse novo papel aumentou a necessidade de produção de informações confiáveis e disponíveis de maneira mais célere para subsidiar o trabalho de profissionais e gestores. Nesta direção, diversos SIS foram implementados pelo Ministério da Saúde e a sua utilização é obrigatória em todos os estados e municípios. (Pinheiro *et al.*, 2016, p. 2)

É na evolução tecnológica dos registros no nível da APS que as equipes saíram da utilização de fichas, referidas no início do capítulo, para a adoção de sistemas online integrados com o Ministério da Saúde. O compilado de dados produzidos pelo nível local e a avaliação destes dados no nível federal busca refletir as condições de saúde e oferta de atenção no nível municipal, traçando de forma ascendente um panorama da situação nacional da APS. Conforme informação local, em Sobral, utilizam-se dois sistemas ligados ao nível federal: DigiSUS e PEC. No primeiro, são preenchidos os relatórios referentes aos resultados das metas propostas nos instrumentos de gestão municipal. O segundo é voltado especificamente para os dados

referentes ao Previne Brasil. Enquanto o DigiSUS teve seu lançamento em 2021, cabendo sua utilização para “registro de metas, previsão orçamentária, pactuação interfederativa de indicadores” (Barreto, 2021). O PEC, como mencionado anteriormente, teve sua adesão intensificada junto à implementação do Previne Brasil. Além destes, a gestão local tem controle oficial das metas municipais através de planilha construída a partir dos dados compilados pelas gerências dos diferentes níveis do sistema de saúde.

Considerando o Previne Brasil, os dados compilados e avaliados pela gestão federal, além de produzir o ranqueamento de municípios a partir das notas do ISF, também promovem a visualização das métricas de alcance a partir dos Painéis de Indicadores. Em 2021, publicação do Ministério da Saúde apontava os painéis de indicadores como uma estratégia desenvolvida para facilitar a análise e interpretação dos dados, contribuindo para a qualificação da APS e para o desempenho do sistema de saúde. (SAPS, 2021a). Em relação ao Previne Brasil, lá se encontram os resultados relativos aos indicadores do Pagamento por Desempenho, utilizados nas tabelas 4 e 5 deste trabalho. Segundo a SAPS,

Essas funcionalidades facilitam os gestores nas análises e planejamento das ações em saúde, sobretudo no monitoramento de indicadores e acompanhamento de estratégias relacionadas aos programas da APS.

Os painéis de indicadores são instrumentos que representam avanços na promoção do conhecimento sobre a Atenção Primária à Saúde, no subsídio à tomada de decisões e na transparência ativa dos indicadores da APS. A interpretação conjunta desses sinalizadores auxilia especialistas a refletirem sobre a situação sanitária da população ou comunidade, contribui para o controle social e subsidia a discussão sobre a necessidade de criação de novas políticas públicas. Dessa forma, contribui para o aperfeiçoamento do sistema de saúde e para a melhoria da qualidade de vida das pessoas. (SAPS, 2021a)

Os dados disponíveis nos painéis de indicadores são visualizáveis desde o nível nacional até o municipal. O ranqueamento dos municípios a partir do ISF pode ser consultado através dos painéis, contando com divisões como taxa populacional, classificação rural ou urbana e região. No nível municipal, ainda que a avaliação e a nota do Previne surjam desde o nível das equipes da ESF e CSF, na área pública do site o menor nível de especificidade disponível é o municipal. Todavia, isso não significa que estes dados não cheguem até o público geral.

Melinda relata que nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde a queda, mesmo que de décimos, nos indicadores torna-se pauta. Os representantes querem informações sobre o porquê da alteração e chegam até a apontar discrepâncias. Como a cobertura do indicador de hipertensão está positiva se está faltando remédio hipertensivo no CSF de determinado bairro? Cabe aos profissionais responderem a estas demandas de forma a traduzir o conhecimento técnico fruto do cálculo dos indicadores para ações palpáveis e assim dialogar com vias de responder os imperativos do território e de seus representantes. Nesse sentido, em pesquisa

realizada em municípios do sul da Bahia, Pinheiro *et al.* (2016) indicam que, ainda que surjam cenários em que diversos atores estão envolvidos no processo de decisão em saúde, os conselhos municipais também surgem apenas como locais protocolares, sem efetiva participação. Para os autores, “A efetiva participação, sobretudo dos conselhos, nas decisões agrega contribuições e visões de acordo com cada contexto e realidade, promove um processo representativo de diálogo, de forma legítima e inclusiva.” (Pinheiro *et al.*, 2016, p. 8). Em Sobral, esta participação é impulsionada através das câmaras técnicas do próprio conselho, fazendo com que ele tenha um caráter não só fiscalizatório, mas decisório. Todavia, se as metas relativas à programação anual de saúde podem ser dialogas, alteradas e mesmo ocorrer a adição de novas, o Previne Brasil e suas metas se posicionam fora do poder decisório do conselho e da gestão local. Assim, a utilização dos índices expostos nos painéis de indicadores do pagamento por desempenho dizem mais sobre números e financiamento do que sobre assistência. A tomada de decisão baseada nos indicadores expostos, seguindo esta lógica, responde a necessidade de custeio das ações escolhidas pelo ministério e não das necessidades locais.

Ao fim de 2022, o Ministério da Saúde lançou publicação de síntese de evidências relativa ao pagamento por desempenho. De modo geral, este gênero de publicação busca viabilizar o diálogo entre os atores envolvidos na formulação e aplicação de políticas públicas. Conforme a Rede para Políticas Informadas por Evidências Brasil (EVIPNet), as sínteses de evidência tem função de “dar suporte às deliberações sobre as políticas e programas de saúde, resumindo a melhor evidência disponível sobre o problema e as soluções viáveis” (Brasil, 2015c, p. 6). A SAPS afirma que o Previne Brasil, modelo de pagamento por desempenho, “tem o objetivo de aumentar o vínculo entre população e equipe, com mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem” (SAPS, 2022b). Conforme o relatório feito por Bianchi e Adamczyk (2022), fruto do modelo Evidências Express, o objetivo do texto seria mostrar os elementos de sucesso e as deficiências associadas ao modelo do pagamento por desempenho. Em um sumário rápido, os autores destacam as vantagens do modelo, alertando como os dois pontos de atenção a pouca literatura sobre o tema no Brasil e a possibilidade de fraude por parte dos profissionais e gestores diante da seleção de pacientes, manipulação de dados e negligência das atividades não incentivadas através do pagamento por desempenho.

O trabalho inicia afirmando que “os programas de pagamento por desempenho podem ser definidos como políticas que utilizam recompensas financeiras para incentivar provedores de saúde” (Kondo *et al.*, 2016 *apud* Bianchi e Adamczyk, 2022, p. 5) Posteriormente são

elencadas as modalidades de estudos que compõem a síntese: sínteses de evidências e meta-análises.

Se no sumário executivo da obra os autores indicam a efetividade o modelo de pagamento por desempenho,

Os resultados analisados sugerem que os programas de pagamento por desempenho apresentam resultados positivos no sentido de aumentar o desempenho em indicadores de processos na atenção à saúde. Os estudos revisados apontam para efeitos positivos dos modelos de pagamento por desempenho nas áreas relacionadas ao tratamento de doenças crônicas (CARVALHO; ANDRADE, 2021), diabetes (GUPTA; AYLES, 2019) e saúde pré-natal, neonatal e maternal (DAS; GOPALAN; CHANDRAMOHAN, 2016). (Bianchi e Adamczyk, 2022, p. 4)

No decorrer do texto, abordando as diferentes fontes analisadas, surgem uma sucessão de estudos que apontam os resultados do modelo como inconsistentes, inconclusivos, de pouca confiança e baixa efetividade na melhora dos resultados em saúde. Surgem ainda apontamentos de resultados mistos, sem conclusões sobre o impacto na saúde dos usuários. Em termos de aprovação do modelo, somente o estudo de Carvalho e Andrade (2021) *apud* Bianchi e Adamczyk (2022) aponta resultado positivo, ao sugerir que “grande parte dos estudos analisados apontaram que os programas de pagamento por desempenho encontram-se associados a resultados positivos ao tratamento de doenças crônicas” (p. 12). Ahmed *et al.* (2021) *apud* Bianchi e Adamczyk (2022) afirmam que o modelo pode “aumentar a quantidade de serviços oferecidos e aumentar a motivação dos clínicos gerais, porém, sem uma conclusão definitiva sobre seu impacto direto na saúde dos pacientes” (p. 12). Enquanto isso, os estudos de Patel (2018) e Kondo *et al.* (2016) *apud* Bianchi e Adamczyk (2022) indicam a efetividade do modelo como ligada diretamente à clareza dos objetivos e da comunicação com os agentes de saúde quanto aos indicadores avaliados e a forma de avaliação. Por fim, o material recuperado aponta a possibilidade de negligência em relação às tarefas não remuneradas pelo modelo. É importante mencionar que, apesar de propor ser um estudo relativo à atenção primária, a revisão incluiu estudos feitos em ambiente ambulatorial e hospitalar, incluindo até mesmo serviços de urgência. A fragilidade da análise se dá não só diante do pouco material disponível, mas da inconsistência entre modelos de pagamento por desempenho analisados. Enquanto alguns tratam de bonificações, o Previne Brasil, que não entra na análise, mas é mote para o estudo, trata de custeio. Relembrando a alegoria do médico Marcos, o Previne é a refeição, não a sobremesa.

A análise da revisão demonstra a fragilidade teórica e prática da defesa do Previne Brasil e seu pagamento por desempenho como um modelo eficiente para o fortalecimento da APS, especialmente considerando a efetividade do cuidado produzido a partir do trabalho para

alcance de seus indicadores e do que ficar à margem destes. Assim, considerando o uso de evidências para a tomada de decisão em saúde, saltamos dos números alcançados nas avaliações do programa para a própria pertinência deste modelo de financiamento. Dado que o Previne Brasil é efeito direto das políticas de austeridade implementadas no país desde 2016, estabelecendo relação com o Teto de Gastos, sua concepção é ideológica na mesma medida que se propõe técnica.

Conforme demonstrado por Stuckler e Basu (2013),

Se as experiências de austeridade tivessem sido regidas pelos mesmos padrões rigorosos que os ensaios clínicos, teriam sido interrompidas há muito tempo por um conselho de ética médica. Os efeitos colaterais do tratamento de austeridade têm sido graves e muitas vezes mortais. Os benefícios do tratamento não se concretizaram. Em vez de austeridade, deveríamos aprovar políticas baseadas em evidências para proteger a saúde em tempos difíceis. A proteção social salva vidas. (p. 140, tradução nossa)

No caso brasileiro, diante da transição governamental entre 2022 e 2023, tornou-se claro que, não só as políticas de austeridade tiveram efeitos danosos para a população, como não retornaram o controle orçamentário previsto. Relatório de transição, publicado em 2023, indica

Durante o governo Bolsonaro, sob a égide da EC 95/2016, exacerbou-se um processo de enrijecimento dos gastos reais primários, no que diz respeito ao desfinanciamento das políticas públicas de saúde, previdência e assistência social, dentre outras. No entanto, para atender suas necessidades de sustentação política, em quatro anos o atual governo furou o teto de gastos por cinco vezes, gerando gastos no valor de cerca de R\$ 800 bilhões. (Brasil, 2022c, p. 11)

Contudo, o gasto financeiro mencionado não significou reinvestimento nas áreas das políticas públicas ou no alcance destas em relação à melhoria nos indicadores de saúde.

Desde 2016, observa-se a piora generalizada em indicadores de saúde, tais como: 1) redução da taxa de coberturas vacinais, com alto risco de reintrodução de doenças como a poliomielite; 2) queda acentuada de consultas, cirurgias, procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados pelo SUS, na atenção básica, especializada e hospitalar, atrasando o início do tratamento de doenças crônicas, tais como cânceres e doenças cardiovasculares, entre outras; 3) retorno de internações por desnutrição infantil provocadas pela fome; 4) estagnação na trajetória de queda da mortalidade infantil; e 5) aumento de mortes maternas. (Brasil, 2022c, p. 17)

O que justificaria então o aparente sucesso evocado por Raphael Câmara em sua fala sobre o aumento no número de municípios com nota máxima no índice do Previne Brasil? Uma rota possível de explicação diz respeito às práticas de governamentalidade algorítmica. Aragão e Benevides (2020) utilizam o exemplo da plataforma GovData para demonstrar como o governo tem utilizado a correlação algorítmica de dados para a tomada de decisão em políticas públicas. No caso dos autores, o exemplo diz do uso de dados para realizar corte de benefícios sociais em 2018. O argumento de Aragão e Benevides (2020) indica que a plataforma foi anunciada pelo governo federal como uma ferramenta para “a simplificação da oferta de serviços públicos;

a formulação, a implementação, a avaliação e o monitoramento de políticas públicas” (p. 133). Essa necessidade de reformulação se daria diante da necessidade de desburocratizar o governo e suas técnicas, além de combater a inoperância e opacidade do setor público. Um discurso muito similar ao construído em torno do Previne Brasil e seus mecanismos de avaliação.

As tecnologias de informação e o uso de dados surgem no discurso do governo como um avanço técnico, uma modernização necessária diante de um serviço de baixa qualidade oferecido pelos profissionais através das políticas públicas, podendo significar tanto a concessão de benefícios indevidos, quanto gastos vistos como desnecessários no setor saúde.

As tecnologias informacionais adentram ao setor público utilizando-se de discursividades específicas para garantir sua legitimação. Considerando que a incorporação dessa nova estratégia não aparece sozinha, mas uma série de enunciados vêm acoplados à proposta de automatização de decisões e do uso de novas tecnologias em políticas públicas. Dessa forma, nos parece que essa mudança não se trata da simples incorporação de técnicas mais modernas, mas da adesão à proposta de “atualização” ligada a um ideal de eficiência, neutralidade e velocidade que a correlação algorítmica de dados e seu método matemático parecem oferecer. (Aragão e Benevides, 2020, p. 134)

Dentro do governo Bolsonaro, regido por uma ideologia que mesclava políticas de austeridade com manipulações orçamentárias para ganho político e reinvestimento no setor privado, a eficiência matemática surgia como o ápice da racionalidade no uso de recursos governamentais.

Como demonstrado por Harvey (2007) *apud* Ortner (2020b), entre as bases do neoliberalismo estão “1) a “privatização e a mercadização” dos bens públicos; 2) a “financeirização”, em que qualquer tipo de bem (ou mal) pode ser convertido em instrumento de especulação econômica;” (p. 21). Nesse sentido, a estratégia orçamentária fruto do Previne Brasil colabora não só para a especulação econômica do direito ao acesso à saúde, mas para a privatização dos bens públicos, seja através da reinvestida no setor privado, seja na adoção de práticas de gestão tradicionalmente reservadas a este.

A utilização de correlação algorítmica de dados para tomada de decisão em políticas públicas, ao mesmo tempo que busca otimizar o uso de recursos, busca minimizar o viés humano, baseando-se em resultados sólidos, ou seja, numéricos. (O’Neil, 2020). A proposta do Previne Brasil, ao basear-se no alcance de indicadores para realizar o cálculo de repasse financeiro para o custeio das ações da APS, considera a divisão entre serviços que atingem e que não atingem o máximo da otimização de eficiência ao produzir mais com menos.

Como em uma abordagem economicista eficiente pode ser entendido como produzir o máximo possível ao menor custo possível (fazer mais, gastando menos), eventuais ganhos de eficiência podem se contrapor à necessidade, por exemplo, de se aumentar o gasto público em saúde no SUS. (Marinho e Ocké-Reis, 2022, p. 72)

Nesse sentido, o programa passa a punir serviços considerados ineficientes - que não alcançam os indicadores - com a retirada de recursos potenciais. Ao mesmo tempo, o programa não faz bonificação para os serviços que atingem as metas, já que não é previsto valor além do referente ao custeio das ações. No início de 2022, entre alguns profissionais entrevistados existia a expectativa do recebimento de um valor extra para as equipes que atingissem os melhores índices do programa. Todavia, essa bonificação seria contrapartida da prefeitura do município, não fruto do repasse federal. No decorrer das entrevistas a expectativa nunca demonstrou ter se tornado valor real repassado aos profissionais.

Focado no custeio, o cálculo do Previne Brasil não considera a possibilidade de erros humanos no preenchimento de dados, a falta de entendimento da gestão sobre o programa, a baixa capacidade tecnológica dos municípios ou mesmo questões relativas aos próprios equipamentos e espaços para as práticas relativas ao alcance de indicadores. Sem repasse de valor federal referente à aquisição de equipamentos, as equipes podem se encontrar sem mesas ginecológicas para a coleta do citopatológico. Assim, a punição de equipes e municípios vistos como deficitários parte de um modelo de cálculo que ignora as reais condições dos territórios. Tornando o valor insuficiente, o programa abre mesmo a possibilidade de fragilizar ainda mais os serviços de saúde ao invés de oferecer meios ou incentivos para capacitação técnica e gerencial.

Se o orçamento público é insuficiente para a consecução das obrigações das instituições públicas de saúde, mas a adesão ao contrato é obrigatória, não há como esperar uma solução racional do problema de maximização que estamos analisando, porque o comportamento estritamente racional seria não aderir ao contrato (e, quiçá, fazer anulações e/ou realocações orçamentárias visando não desperdiçar o dinheiro público). (Marinho e Ocké-Reis, 2022, p. 92)

O Previne Brasil, ao contrário do PAB Fixo, restringe de tal forma o financiamento que a queda de alcance dos indicadores inviabiliza a própria existência das equipes da ESF. Assim, não há espaço para recusa, por mais irracionais os cálculos do programa e seus efeitos sejam.

O'Neil (2020) defende a ideia da existência e operacionalização de Algoritmos de Destruição em Massa (ADM), baseados em modelos e caracterizados por três elementos: opacidade, escala e dano. Para a autora, um modelo nada mais é que “a representação abstrata de algum processo” (p. 20). O modelo do Previne Brasil é a representação do cálculo de eficiência de um serviço de saúde baseado na otimização do recurso público, respondendo a interesses de gestão baseados no uso racional do orçamento. Na configuração de ADM proposta por O'Neil, o Previne Brasil contempla os três eixos: Opacidade, desde sua criação até a difícil relação estabelecida com os municípios a respeito de suas formas de cálculo e objetivos; Escala, pois não só foi aplicado a todos os municípios brasileiros, mas se fortalece através de cada

cálculo quadrimestral, reforçando sua amplitude e vícios imbuídos nela; e Dano, pela capacidade de retirada de recursos, dissolução de equipes e fim da universalidade, além da inclusão dos trabalhadores e gestores em práticas sem comprovação de eficácia que podem afetar tanto estes quanto os desfechos em saúde da população.

A questão da ADM criada pelo Previne Brasil, assim como os exemplos utilizados por O’Neil em seu trabalho, diz respeito também à ausência de feedback do mecanismo, tornando-o inacessível para aqueles que são alvo do saber e dos efeitos deste. “Sem feedback, no entanto, um mecanismo estatístico pode continuar fazendo análises ruins e danosas sem nunca aprender com seus erros.” (O’Neil, 2020, p. 10). A ausência de mudanças na forma de cálculo, a inconsistência dos dados e a retirada de recursos de serviços vistos como deficitários - sem qualquer abordagem destas deficiências - contribui para que o Previne Brasil construa sua ação como um ADM. O’Neil afirma que o modelo das ADM funciona como uma caixa preta, omitindo suas particularidades de funcionamento.

(...) se as pessoas sendo avaliadas são mantidas no escuro, por esse modo de pensar, haverá menos chance de tentarem burlar o sistema. Em vez disso, terão simplesmente de trabalhar mais duro, seguir as regras e rezar para que o modelo registre e aprecie seus esforços. Mas se os detalhes são escondidos, também é mais difícil questionar ou contestar os resultados. (O’Neil, 2020, p. 11)

O’Neil reconhece que todo modelo algorítmico tem erros, justamente por não conseguir comportar a complexidade dos cenários reais. No caso da saúde, modelos de restrição orçamentária não calculam, por exemplo, epidemias como a COVID-19 ou mesmo os efeitos que a inflação e a perda do poder de compra tem na vida dos trabalhadores. Famílias abandonando o plano de saúde privado e chegando à APS, como no exemplo de Liduína no capítulo 3, não estão incluídas num modelo baseado em um regime de austeridade. Contudo, a própria autora confirma: “os pontos cegos de um modelo refletem o julgamento e prioridades de seus criadores” (O’Neil, 2020, p. 22). Se o ponto cego faz parte da cadeia ideológica de seus construtores, o que ele ignora faz parte de seu funcionamento perfeito. Assim, o próprio apagamento dos mediadores envolvidos na construção das notas e métricas do Previne Brasil faz parte da formulação do programa com vias de seu funcionamento e parâmetros de eficiência.

No processo de auto validação do Previne Brasil enquanto modelo de excelência para o financiamento e a qualificação da APS, os dados vinculados aos Painéis de Indicadores são o suficiente para a análise das necessidades do setor. Para o Previne, o sucesso ou o fracasso de serviços de saúde em alcançar os objetivos do programa - ou repassar dados de forma a serem aceitos por ele - diz da responsabilidade individual dos gestores, sem qualquer relação com o modelo utilizado para o cálculo de repasse financeiro. O’Neil afirma, que “os privilegiados,

veremos vez após outra, são processados mais pelas pessoas; as massas, pelas máquinas.” (O’Neil, 2020, p. 11). Assim, foi o processamento de dados feito pelo cálculo do PreVine Brasil que fundamentou os dados utilizados pela gestão federal para as decisões voltadas à APS. Da mesma forma, são eles que atravessam as gestões locais e demandam alterações e adaptações para responder a índices que destoam das necessidades locais. Se no nível local há espaço para a definição de estratégias considerando as particularidades do território - da identificação da necessidade de horários estendidos à realização de mutirões diante do fim de um contrato -, a ADM do PreVine Brasil massifica a análise da APS com um modelo de caráter ideológico, fragilizando a rede ao mesmo tempo que alardeia seu pretense fortalecimento e expansão.

O muito colocado do lado de fora do PreVine Brasil, e até da própria APS, ainda surte efeitos nos resultados alcançados pelas equipes dentro do programa. Ainda que a opacidade da burocracia, ancorada na pretensa otimização tecnológica do PreVine, se apresente, os imponderáveis dos territórios atravessam a atuação dos profissionais no nível local. Cabe não só expor, ao menos em parte, estes processos, mas questionar qual o espaço para que eles sejam pauta na tomada de decisões dentro da APS, tanto no nível local, quanto no nível federal.

CAPÍTULO 5 – LIMITES, IMPONDERÁVEIS E POSSIBILIDADES DA APS EM SOBRAL

Considerando os elementos que surgiram enquanto imponderáveis do campo e da pesquisa, são reunidos neste capítulo tópicos que atravessaram o tema desta tese, ainda que não fossem diretamente ligados ao Previne Brasil. Assim, abordo a questão da violência e suas apresentações dentro e fora das unidades de saúde, considerando as experiências dos profissionais e como esta dinâmica afeta desde suas vivências pessoais à suas práticas laborais. Nesse sentido, exponho como o adoecimento mental surgiu como questão não só dos usuários da rede de saúde sobralense, mas também dos profissionais. Questões sobre adoecimento e trabalho, assim como os limites da oferta de cuidado em saúde mental na rede pública de Sobral são apontadas como tensões necessárias para a compreensão da própria estruturação da APS local. Nesse sentido, trago as avaliações dos profissionais em torno da APS abordando a relação desta com o nível da atenção secundária, expondo os limites da articulação da rede e alguns dos efeitos tanto entre os profissionais, quanto na relação com os usuários e nos desfechos em saúde. Por fim, exponho as modificações e permanências em torno do Previne Brasil e seus componentes a partir do conceito de “APS do Futuro”, implementado pela SAPS a partir de 2023.

5.1 “ELA FAZ TERAPIA ATÉ HOJE”: ASPECTOS DA VIOLÊNCIA NO TRABALHO EM SAÚDE

Márcia me contava sobre sua rotina como ACS enquanto ocupávamos a sala da gerência do CSF. Na ausência do gestor da unidade, nós estávamos lá, sentadas em uma mesa redonda ao lado de uma das duas grandes janelas que compunham o espaço. Através delas, do meu lado esquerdo, tinha a visão da mesa da recepção da unidade de saúde e, logo após, as fileiras de cadeiras, repletas de gente, que aguardavam atendimento naquela manhã. Do lado direito, mais próximo de nós, a visão era de um jardim que ficava bem no meio da unidade de saúde. Logo após o jardim era possível ver os corredores e portas dos consultórios. Meu plano era conhecer o restante da unidade de saúde após as entrevistas, mas não foi possível.

Entre nós, sobre a mesa, estava o TCLE impresso, minha caderneta e meu gravador de áudio. Perguntava para a profissional por qual microárea ela era responsável, ao que ela respondia descrevendo o bairro, suas ruas e dinâmicas. Baseada na entrevista anterior, com outra ACS da mesma unidade, questionei se ela tinha problemas de circulação no território por conta do conflito de facções do local. Enquanto Márcia respondia, afirmando que seu receio envolvia as trocas de tiro, um barulho interrompeu. Imaginei que fosse uma porta sendo batida.

O vento, talvez? O barulho se repetiu mais duas vezes. Márcia já estava alerta, olhando pela janela para o interior da unidade. Em algo que me pareceu um tempo muito longo, mas que durou segundos, a correria teve início. Márcia saiu da sala pela porta que dava para a recepção e através das janelas eu via pessoas correndo. Corriam saindo dos corredores, fugiam da recepção procurando abrigo ou até mesmo abandonavam a unidade. Joguei rapidamente tudo que estava na mesa dentro da minha bolsa e fui para o banheiro que existia dentro da sala da gerência. Eu não conhecia o local, tampouco era familiarizada suficientemente com o bairro. Como se proteger do que eu sequer sabia identificar? Uma idosa entrou na sala da gerência buscando abrigo, chamei para o banheiro e ficamos lá, cada uma em um canto. O barulho lá fora continuava, o burburinho, as pancadas. Ela se lamentava, dizia que precisava da consulta daquele dia. Eu estava quase sentada no chão, em máximo estado de alerta e tentava acalmar aquela mulher, provavelmente sem ter muito sucesso. Uma porta me separava do perigo que eu não sabia qual era. Silêncio. Minha companheira de esconderijo perguntou: acabou? Abri a porta sem ter a mínima ideia do que encontraria.

Do lado de fora, a janela que dava para a recepção me indicava que algo tinha se resolvido. O perigo, fosse qual fosse, parecia ter desaparecido. Saímos da sala e fomos nos informar. Eu, do que havia acontecido. Ela, se ainda haveria atendimentos naquela manhã. Na recepção da unidade, onde antes computadores e profissionais se combinavam para o registro de quem chegava, organização das filas e encaminhamentos, pessoas assustadas, grudadas em seus telefones e procurando uns aos outros. Os computadores e periféricos estavam caídos ao chão ou pendurados pelos cabos, mas todos desligados. Fotografei uma imagem feia e torta, feita pelas mãos de quem não sabia como se portar naquela situação. Meio disfarçando, meio sem conseguir segurar o celular do modo certo pois as mãos ainda tremiam.

Figura 12 — Área de recepção do CSF.

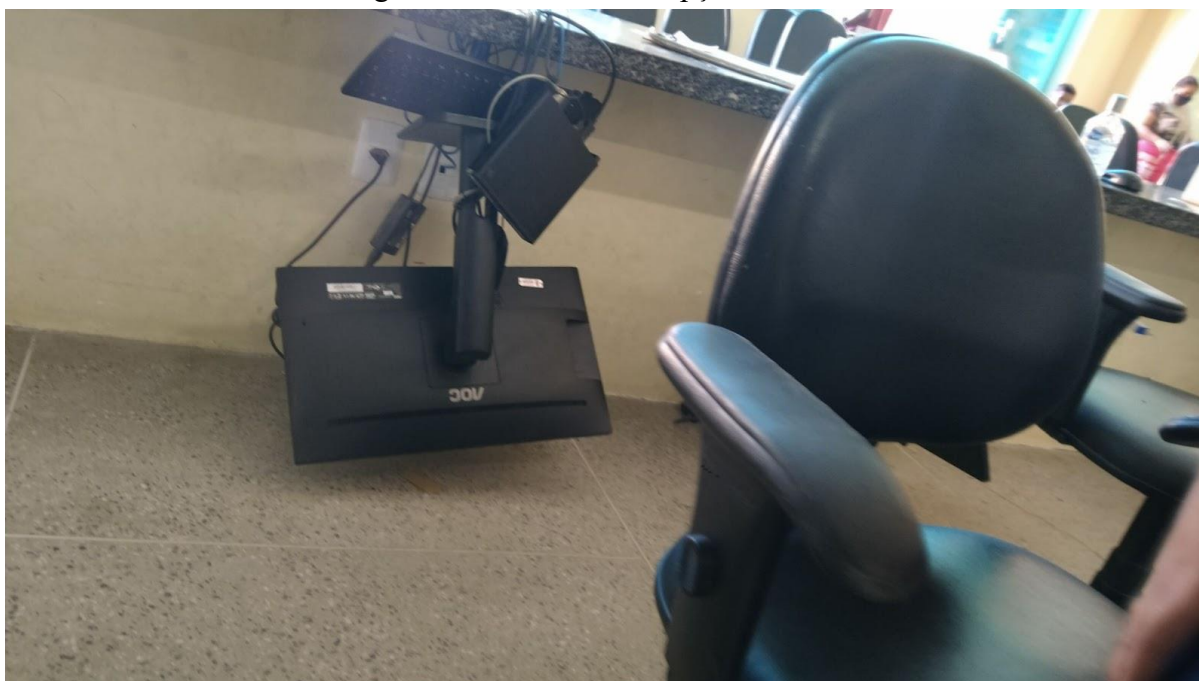


Imagem: autoria própria.

No meio de tudo, consegui saber o que aconteceu. Ouvia a história enquanto, para minha surpresa, as pessoas voltavam a se organizar nas cadeiras da unidade como estavam antes de tudo aquilo acontecer. O perigo desconhecido criava contexto na fala de minha nova interlocutora. O barulho que parecia ser uma porta batendo, enquanto eu conversava com Márcia, na verdade era uma porta sendo chutada insistentemente. Os chutes buscavam arrombar a porta e o arrombamento buscava perpetuar a violência. A porta chutada era a da sala de atendimento odontológico. Pouco após das oito da manhã, no momento em que eu cheguei até lá, já estavam acontecendo atendimentos e a fila já existia. Do lado de dentro, uma das cirurgiãs dentistas realizava um procedimento no dente de uma idosa. Estava no meio do processo, o dente ainda aberto, quando a confusão começou. Do lado de fora, um paciente se irritava pela demora, mas principalmente por não ser ele lá dentro. Queria uma prioridade, um direito de ser o primeiro, de não esperar. Passou a chutar a porta da sala para, de acordo com quem me relatava, agredir a profissional que lá atuava. Foi aquele o barulho que ouvi e o motivo da correria. Sem conseguir arrombar a porta do consultório odontológico, seguiu tentando destruir o restante da unidade de saúde. Assim, ele andou por aquele espaço que eu desconhecia, chegou até a recepção, tentou socar o rosto de uma profissional e, sem conseguir, jogou os computadores no chão. Nesse meio tempo, as profissionais da odontologia fugiram da própria sala com receio de que ele conseguisse entrar. O sujeito saiu da unidade e deixou o rastro de medo. Estaria armado? Iria voltar? Alguém ficou ferido? Enquanto eu ouvia a história, cercada

de mulheres trabalhadoras, vez ou outra um paciente interpelava perguntando se ainda haveria atendimento. Elas apontavam o computador no chão e diziam não saber, não dava para ter certeza sem o sistema. Tudo estava lá. Os poucos homens que trabalhavam na unidade se juntavam e conversavam sobre o ocorrido. Um deles disse que tentou pegar o sujeito, mas ele escapou por outro lado. Alguém ligava para a polícia. Alguém perguntava pelo gerente que até aquele momento ainda não tinha chegado. Eu me perguntava como sair dali. A vida já tinha me ensinado a nunca ficar em um local em que uma briga aconteceu, especialmente se não tinha sido resolvida. As chances de alguém voltar armado para finalizar o imbróglio sempre é alta. Márcia, que eu vi pela última vez quando a situação toda começou, surgiu de repente perguntando se eu ainda precisava dela, se tinha que assinar algo, pois a mulher que estava fazendo procedimento odontológico na hora do ocorrido é da área dela. Fugiu com o dente aberto, no meio do processo. Márcia tinha que encontrar e levar de volta para a unidade de saúde. Tecnicamente eu precisava que ela assinasse o TCLE, precisava fazer mais perguntas, mas respondi que não. Nada do que eu fosse perguntar era mais importante do que Márcia buscar e acolher aquela paciente.

Chamei um carro de aplicativo sem muita esperança, geralmente eles não aceitam corridas para o bairro por conta da má fama do local. Ainda assim, um motorista aceitou. Sai da unidade ao mesmo tempo em que a polícia entrava. A viatura atravessada em frente a unidade de saúde. Voltando para casa, pensava no conflito de abandonar meu campo naquele momento de crise, na minha própria segurança e nos profissionais de saúde. Eu podia me dar ao luxo de sair de lá, preservar minha segurança e depois escrever sobre. Eles tinham um dia inteiro de trabalho para seguir e no dia seguinte começariam tudo de novo.

No bairro em que cresci, vez por outra se ouvia falar de situações de violência armada. Ora armas brancas, ora armas de fogo. Na época em que eu era criança, não se falava em facções, mas em gangues. A década de 90 e 2000 proporcionou uma outra experiência em relação a violência. Os roubos eram mais de oportunidade do que emboscadas, as interpelações eram coisa rara e o uso de armas algo quase que reservado a intrigas entre as tais gangues, quase exclusivamente na periferia. Era essa a percepção que eu tinha na época, pelo menos em Sobral, pelo menos nos lugares em que eu circulava. Ainda assim, aprendi a identificar o som de arma de fogo. Enquanto eu realizava esta pesquisa, há muito as coisas tinham se modificado. As gangues agora eram facções, de dentro e fora do estado, os territórios eram divididos e a violência escalava. Os roubos agora aconteciam a qualquer hora, em qualquer bairro, mesmo no centro da cidade. Os portais de notícias locais cheios de vídeos de câmeras de segurança, cheios de relatos de cidadãos indignados pela pelo avanço dos casos. As notícias de mortes

fruto de conflito de facções aumentaram, assim como a certeza de que a cidade do interior não é idílica, fora do tempo, mas reflexo de um processo que se dá ao longo do país.

Isadora diz que os ACS, sua categoria, vivem com medo por circularem em territórios dominados por facções rivais. O risco seria especificamente estas profissionais serem consideradas ‘leva e traz’, revelando informações de um território para o outro. Ouvi esses comentários algumas vezes ao longo do campo. A profissão de ACS implica uma presença constante nos territórios, entrando nas casas, sabendo os pormenores das famílias e suas situações. Estas profissionais sabem sobre o uso de drogas, a venda, os casos de prostituição, de violência intrafamiliar... Uma posição delicada demais quando uma potencial troca de informações pode significar o acirramento de rivalidade armada. Foi Isadora quem me apresentou ao conceito de ‘pacientes marcados’. O marcado diz respeito aos indivíduos jurados de morte por facções rivais. Estes sujeitos têm sua circulação cerceada ao território. Em territórios em que duas facções convivem em desarmonia, se torna uma situação extremamente delicada estes acessarem os serviços de saúde. O perigo contempla tanto quem é marcado, quanto os profissionais.

Em maio de 2022, pouco antes de uma das minhas idas ao campo, aconteceu em Fortaleza, capital do estado, um caso de tiroteio no interior de um centro de saúde da família. O saldo foi de quatro feridos e três mortos. Entre os mortos, um homem que estava lá em busca de atendimento médico. Na notícia, lê-se:

Segundo informações repassadas pela polícia no local, os dois homens que usavam tornozeleira estavam no posto buscando vacinação. Três criminosos chegaram no local e um deles foi conversar com uma das vítimas. Em seguida, o criminoso sacou uma arma de fogo e atirou.

Em nota, a Secretaria da Segurança Pública afirma que os dois homens que usavam tornozeleira tinham deixado a prisão há 10 dias, e que eles tinham antecedentes criminais por homicídio doloso, tráfico de drogas e roubos. A terceira vítima, um homem de 58 anos, não tinha passagens pela polícia. (Sampaio e Alencar, 2022)

Entre os feridos, outros pacientes, inclusive uma idosa de 68 anos, vítima de arma de fogo. Na ocasião, os profissionais de saúde que acionaram a polícia. É a fim de evitar esse tipo de situação que a dinâmica de atendimento dos pacientes marcados foi instituída nos CSF que conduzi pesquisa¹¹⁷. Pacientes marcados passam a frente na fila, mas não por um direito conquistado por fazerem parte de uma facção. Não se trata de poder, mas de risco. Um risco que pode tornar

¹¹⁷ Não é possível saber se essa orientação é fruto da gestão ou foi criada pelos profissionais de saúde ao identificarem situações de risco de segurança no tratamento destes pacientes. Tampouco é possível afirmar que todos os CSF de Sobral trabalhem a partir desta lógica, apesar de relatos do gênero terem aparecido de forma consistente durante as entrevistas.

profissionais e pacientes colaterais de uma ação de violência perpetrada dentro da unidade de saúde.

Venâncio conta do dia em que levava uma fisioterapeuta e uma assistente social para visitarem uma criança no território pelo qual é responsável como ACS. Ao chegarem ao local, teve início um tiroteio entre a polícia e um assaltante. Venâncio diz que se escondeu em uma casa junto às profissionais. Quando as coisas se acalmaram, saíram e foram até a casa da criança para concluir a visita. O trabalho tem que continuar. Meses depois eu percebi isso enquanto deixava o CSF após o relato inicial deste capítulo. Todavia, Venâncio diz que, se ainda estiver no CSF, busca não ir ao território caso tenha acontecido tiroteio. Os próprios moradores não aconselham. Marlúcia atua no mesmo CSF que Venâncio e diz que, apesar do tráfico, ainda consegue circular pelos espaços. Acha até que o número de tiroteios diminuiu. Diz que antigamente até sabia distinguir entre o som de um revólver .38 e de uma pistola, agora já não sabe. Marlúcia acredita que a situação de vulnerabilidade implicada em morar em uma área dominada pelo tráfico afeta a saúde das pessoas. Fala da população, mas não fala diretamente como isso a afeta enquanto pessoa e profissional.

Para profissionais que atuam em territórios urbanos como o de Márcia, o risco não envolve tanto a violência direcionada, mas algo como estar no lugar errado na hora errada. Haveria um respeito da população em relação aos profissionais de saúde por, naquele local, o acesso à saúde ser “100% SUS”, seja pela renda, seja pela impossibilidade de deixar o território por conta de rixas entre facções. Larissa, assim como Márcia, mudou-se do bairro justamente por conta da violência. Com um pai doente, não sentia segurança de continuar morando no local. Apesar de ainda ser ACS do território, mudou-se para um bairro vizinho¹¹⁸. Márcia e Larissa concordam que o risco que correm está relacionado a tornarem-se dano colateral de um conflito armado. Pergunto para Larissa se ocorrem trocas de tiro durante os horários das visitas, manhã e tarde, e a profissional passa a me dizer o horário mais frequente, assim como as estratégias que faz para já estar fora da rua quando a tal hora do dia chega. Me surpreendo ao saber que o horário mais frequente é por volta do meio-dia. “É o horário em que eles estão acordando, eu acho”, a ACS justifica.

¹¹⁸ Esta não foi a única vez que encontrei ACS que moravam fora do bairro onde trabalhavam. A prática não é recomendada, até porque a própria seleção do profissional está ligada a seu local de moradia, mas isso não impede a movimentação destes. Em um dos CSF que visitei cheguei a ouvir de outro ACS, que mora no território em que atua, um deboche em relação às profissionais que optavam pela mudança. Para ele, elas seriam menos profissionais e teriam vínculo mais fraco com a população, ainda que estivessem lá diariamente. Soava como se a ausência do corpo 24 h no território se traduzisse em descompromisso.

Cibele atua como cirurgiã dentista na APS há pouco mais de oito anos. O território pelo qual sua unidade é responsável cobre uma área de bastante vulnerabilidade do município, com diversos casos relativos ao tráfico e uso de drogas, além da violência contra a mulher. No mesmo CSF de Cibele, uma profissional do NASF relatou que ela e os colegas só conseguem realizar visitas domiciliares, mesmo que na rua de trás do CSF, se forem com o carro da prefeitura, adesivado e identificado. Pergunto como Cibele lida com a situação, se a violência de fora chega dentro do CSF. A profissional diz que já ocorreram episódios de violência na unidade. Em seu consultório, relata que certa feita um idoso criou uma confusão por não entender o conceito de regulação na marcação de procedimentos e Cibele teve que se afastar para não causar uma lesão. Ainda assim, o caso foi parar na delegacia. Ela diz que chega a receber pacientes alterados, inclusive pelo uso de drogas, mas busca contornar a situação com o diálogo. Na visão da profissional, é a criação de vínculo que a protege de maiores danos.

A lógica da criação de vínculo com a comunidade também modula a experiência de Suiane com a violência do território. Na área em que atua, além de ativo tráfico e uso de drogas, existem muitos moradores tornozelados¹¹⁹. A circulação dela nos locais em que eles moram e desenvolvem atividades ilícitas pode gerar desde desconfiança, até abordagens violentas. É por isso que Suiane busca não ir ao território em caráter exploratório, sem combinar anteriormente com a família que ela irá visitar. Liga, manda mensagem e acerta dia e horário para ir. Caso algo aconteça, ela recebe o aviso para não ir. Já chegou a acontecer de outros moradores avisarem para ela suspender a visita caso o ambiente não esteja seguro para ela. Esse tipo de informação é compartilhada com a equipe quando se programa uma visita multiprofissional.

Stefania é enfermeira em um CSF de território ‘misto’. Diz que não sai do CSF para realizar visitas usando joia, relógio ou celular. Tampouco leva a identidade oficial, apenas o crachá da prefeitura. Sua percepção é que hoje em dia não respeitam mais o profissional de saúde. Diz que o risco social em seu território é muito grande, o que acaba afetando sua possibilidade de prestar assistência. Conta, como exemplo, o caso de uma idosa acamada que mora junto a um neto. O neto faz uso crônico de drogas e, quando está alterado, impossibilita o acesso da enfermeira à casa. Assim, a idosa fica sem atendimento naquele dia, cabendo a equipe buscar outra brecha na agenda para conseguir prestar assistência. Cria-se aí um dilema entre a necessidade de atuação do profissional de saúde, desde o cuidado com a idosa em situação de vulnerabilidade e as intervenções de cuidado possível com o neto usuário de drogas até as limitações relativas à segurança física dos envolvidos.

¹¹⁹ Expressão utilizada no território para identificar pessoas que estão fazendo uso de tornozeleira eletrônica.

Giulia, também enfermeira, diz que a violência atravessa as demandas que chegam até o consultório. Relata que pessoas chegam passando mal por conta dos tiroteios, que colegas de trabalho já foram ameaçados e que atende gestantes que perderam seus companheiros por mortes vinculadas ao conflito entre facções. Giulia também atende os pacientes considerando a prioridade daqueles que são ‘marcados’. Diz que tem medo de fazer visitas domiciliares no território, assim como não se sente segura atuando dentro do CSF. Todavia, nunca teve uma ameaça direta que a fizesse pensar em sair do cargo.

No território do médico Marcos, apesar de serem ofertados grupos na unidade de saúde, como de atividade física, diz que muitos deixam de frequentar por conta do medo da violência. Em relação a esse grupo específico, são realizadas duas versões: uma próximo a uma escola em uma área bastante vulnerabilizada do território e uma em uma praça onde existem mais usuários ‘elitizados’. Em dias e horários distintos, há quem não queira circular nos territórios. Foi nesse mesmo território que Venâncio relatou a experiência do tiroteio durante o horário da visita. Quando entrevistei Tobias, ele disse que veio para Sobral para fugir da violência da cidade em que morava, citando em seguida todos os territórios em que tinha trabalhado no município. Eu, sem querer, acabei rindo antes de perguntar se tinha adiantado. Ele também riu, pois entendia que na minha pergunta e reação estava inclusa a percepção de que ele tinha atuado em alguns dos territórios mais vulnerabilizados e com histórico de violência da cidade. Tobias passou então a me contar, do seu ponto de vista, sobre o avanço da violência. Há vinte anos não era assim, ele me dizia. Fala da mudança, da urgência dos atendimentos a uma população que depende exclusivamente do SUS, da correria do CSF, das demandas se sobrepondo, da transformação do atendimento da APS em UPA até chegar aonde estava naquele momento. Um CSF que atende uma população mista, tem três equipes e em que, apesar da grande demanda, o médico ainda consegue se organizar minimamente e atender uma agenda. A sala de espera que encontrei quando cheguei até a unidade em que ele atua não é nada frente às salas de espera que ele descreveu se seus postos de trabalho anteriores. Enquanto eu aguardava para entrevistá-lo, por exemplo, só uma paciente estava sentada ao meu lado aguardando atendimento. Estava com suspeita de COVI-19 e, mesmo sem uma longa fila, reclamava ao celular para a filha que deveria ter ido fazer o teste em uma farmácia.

No clássico de Teresa Caldeira, *Cidade de Muros* (2000), a antropóloga tece seu argumento ao apontar que um “novo padrão de segregação urbana baseado na criação de enclaves fortificados representa o lado complementar da privatização da segurança e transformação das concepções do público” (p. 11). Caldeira afirma que neste processo a ‘fala do crime’ faz parte de um movimento de organizar a experiência vivida, organizando também

as estratégias de proteção e reação, influenciando nas formas de circulação e nas relações estabelecidas no território. A autora afirma ainda que esta forma de fala, auxilia a proliferar a violência e legitima defesas privadas, e mesmo ilegais, frente à ideia de violência urbana. Todavia, a ‘fala do crime’ que encontrei no campo de pesquisa não surge a fim de segregar, mas de apontar acontecimentos que são cotidianamente esmaecidos no dia a dia dos serviços de saúde. Entre metas, ações de programas e cadastros, há a experiência dos profissionais que se veem inseridos em dinâmicas de fragilização não só relativas ao trabalho em termos de financiamento, mas à própria segurança física. Afinal, não há a possibilidade, para profissionais da atenção primária, de se cercarem por muros e grades, quando parte essencial do serviço é a ideia de portas abertas. Há, porém, estratégias que surgem não do pânico, mas da dimensão do cuidado.

Para Caldeira, a ‘fala do crime’ e as narrativas derivadas dela, contribuem para a restrição dos movimentos dos sujeitos.

Essas narrativas e práticas impõem separações, constroem muros, delineiam e encerram espaços, estabelecem distâncias, segregam, diferenciam, impõem proibições, multiplicam regras de exclusão e de evitação, e restringem movimentos. Em resumo, elas simplificam e encerram o mundo. As narrativas de crimes elaboram preconceitos e tentam eliminar ambigüidades. (Caldeira, 2000, p. 28)

Conforme relatos dos profissionais, a gama de experiências destes com a violência e vulnerabilidade imposta por ela vai desde ser vítima de crimes, receber ameaças, até desenvolver estratégias para circular em espaços de perigo a fim de continuar com suas ações em saúde. Joseane, ACS atuando na zona rural, conta do incremento de uso de drogas no território, assim como o processo de inserção de jovens no tráfico. Não há policiamento permanente no local, quando algo demanda ação policial, é preciso ligar e aguardar pelo menos 20 minutos para o deslocamento da sede até a zona rural. Essa informação foi repetida tanto pelos ACS, quanto pela gerência do CSF como algo marcante do território. A ausência dos agentes de segurança do Estado faz com que Joseane desenvolva as próprias estratégias para circulação e convívio com usuários e traficantes, assim como as armas que estes carregam. A profissional diz não ter medo, passa e cumprimenta. Diz que tenta impor respeito à sua pessoa e ao que ela representa dentro da comunidade. Já Larissa, ACS na zona urbana, atendia mesmo na madrugada pessoas que ela sabe fazerem parte do tráfico. Batiam na janela, ela abria e resolvia como podia. Uma medicação para dor, uma indicação. A boa vontade de Larissa se mescla com o entendimento de quem bate em sua janela e que posição estes ocupam no local. No meio de tudo, a profissional lembra que sempre tem uma avó, uma esposa ou uma criança dentro da casa daqueles sujeitos que também precisam de atendimento. Vacinação, controle de

diabetes, realização de preventivo... É preciso desenvolver uma boa convivência para conseguir trazer essas pessoas para o serviço de saúde ou mesmo levar o serviço até lá.

A ‘fala do crime’ desenvolvida através dos relatos dos profissionais entrevistados abre um leque muito maior do que o cerceamento ou cisão do mundo entre algo como criminosos e pessoas de bem. De toda forma, essas narrativas persistem, ainda que geralmente aos cochichos com receio de que a pessoa errada ouça. Por vezes, enquanto meus interlocutores cochichavam, eu pensava que naquele momento talvez eu fosse a pessoa errada e aquele relato fosse uma quase contravenção. Driblar a mítica do sucesso da rede de saúde local, da convivência pacífica, e me entregar relatos que comumente não figuram nos artigos escritos e publicados sobre a rede local, mas são reproduzidos entre profissionais como uma espécie de segredo coletivo no qual histórias do cotidiano se somam a interação com o perigo e a violência durante o trabalho.

Jackson atua como ACS em um território da zona rural de Sobral. A localidade em que o CSF trabalha compreende um perímetro urbano e locais de difícil acesso, que Jackson percorre cotidianamente na própria motocicleta. Ele sabe quem são seus pacientes, onde ficam suas casas e como chegar lá. Quando o encontrei, Jackson contou que há 15 dias tinha ido em direção a uma localidade onde só existem três casas. Duas destas estavam desocupadas e na terceira moravam dois idosos, pai e filho, ambos aposentados. A casa, no meio do que alguém pode chamar de sertão, estava com a porta entreaberta quando o Jackson chegou. Chamou pelos nomes dos moradores, ouviu um ‘pode entrar’ e foi casa adentro. Jackson foi então surpreendido por quatro homens armados, que já tinham feito reféns os dois moradores. Rendido, acompanhou o desenrolar do roubo. Os quatro assaltantes fugiram com cartões, dinheiro, celulares e o carro das vítimas. No meio de tudo, a moto de Jackson foi poupada, felizmente. Foi com ela que Jackson levou um dos idosos até o CSF para receber atendimento médico após o fato. Caso estivesse sem o veículo, teria de andar até a unidade de saúde pois, justamente pelo risco da violência, não leva o celular quando vai fazer visitas. Me contava a história como quem esperava há muito alguém perguntar sobre. Ouvi atentamente seu relato, o desenrolar dos fatos e as elucubrações do profissional sobre o ocorrido. De onde aqueles homens tinham vindo, se aquilo teria sido planejado com antecedência, se foram avisados de algo. Naquele dia, Jackson me contou sobre como o interior não era mais o mesmo, como essas estradas vicinais que atravessava até chegar na casa dos pacientes eram perigosas por conta do crime e como o tráfico estava se espalhando até pelos distritos. No fim das contas, o paciente e o filho se mudaram para a sede do município. No cenário descrito por Jackson, agora figuram três casas vazias.

Tâmara me recebeu em sua sala porque um paciente agendado havia faltado. Todavia, para além dos agendamentos, a profissional tem uma postura de manter a agenda livre para as demandas espontâneas. Nosso encontro poderia ser interrompido caso surgisse alguém. Tâmara atua em um CSF localizado em território de grande vulnerabilidade social, comumente figurando em portais policiais. O local conta com a ação de facções, pontos de prostituição e diversos casos de adoecimento mental, como casos graves de esquizofrenia. Há muitos anos as ACS fazem um trabalho de sensibilizar a população em relação à atuação do CSF, as portas abertas e a mitigação dos problemas enfrentados por eles através do cuidado em saúde. Tâmara deixa a agenda livre também porque sabe que pode chegar algum paciente “marcado” que tem que passar na frente de outros agendados. Novamente a questão do risco se impõe. Questiono se ela já teve algum problema com esse tipo de situação e ela diz que, com ela, não aconteceu, mas já ouviu relato de diversos colegas de outros CSF. Passa a contar sobre colegas que abandonaram o CSF que atuavam após receberem ameaças de morte e de outras que sofrem as consequências de atos de violência. Tâmara passa então a contar a mesma história com a qual abri este capítulo, mas na perspectiva do relatado pela colega de trabalho alvo da violência. Ouço incrédula e no fim revelo que eu estava lá, que sei do que ela estava falando e me perguntava o que tinha acontecido após aquele dia. Apesar de eu ter pedido que o gerente da unidade repassasse meu contato para as profissionais, ninguém havia se manifestado. Tâmara me disse que a colega continuava atendendo na mesma unidade de saúde e que tinha buscado atendimento psicológico na rede privada para lidar com as sequelas do estresse causado pela situação. “Ela faz terapia até hoje”, diz Tâmara, meses depois daquela manhã de terça-feira.

É fácil apontar a violência como este fenômeno visualizável através de vídeos feitos por câmeras de segurança registrando assaltos, pelo números de homicídios, por relatos de trocas de tiros e/ou ameaças a profissionais de saúde. No fim das contas, a violência dentro do serviço de saúde parece a extensão da violência que se perpetua fora das unidades. Demandando o desenvolvimento de um conhecimento tácito, não para enclausuramento, mas para aprender a circular. Quando uma enfermeira me gritou, de dentro de um carro, alertando para que eu não ficasse com o celular na mão enquanto aguardava o carro de aplicativo na calçada do CSF, era esse conhecimento que ela tentava me passar. Conversando com um motorista de aplicativo que trabalha no município, ele também falou que para evitar assaltos eu deveria sair sem celular, sem bolsa ou mochila. Retirar de mim os possíveis pontos de interesse para um potencial crime. Todavia, nem só a força bruta atravessa a experiência de violência em uma cidade, tampouco dentro de um serviço de saúde. Práticas muito mais sutis, e por vezes institucionalizadas, têm

grandes efeitos danosos, ainda que visualmente menos dramáticos em relação a um flagrante de câmera de segurança.

Rodrigues *et al.* (2018) apontam que a APS tem lugar privilegiado para o enfrentamento da violência. “A Atenção Primária à Saúde (APS), ao promover a aproximação com os usuários, estreitar o vínculo, estabelecer relações de confiança e favorecer a criação de espaços de diálogo e participação, apresenta-se como uma alternativa robusta para tais enfrentamentos.” (p. 56). Os autores citam, por exemplo, o papel da APS ao notificar situações de violência relativas a pessoas atendidas nesse nível de atenção, prática atualmente regulamentada pela Lista Nacional de Notificação Compulsória. Através deste tipo de notificação seria possível ter uma melhor visualização da ação da violência em nível nacional. A pesquisa dos autores, realizada com usuários e profissionais de saúde de um município do interior de Minas Gerais, teve como foco a violência que ocorre fora das unidades de saúde. Não há no questionário menção a violência praticada dentro das unidades de saúde, em qualquer dos arranjos possíveis entre usuários, profissionais e gestores. Como resultado de pesquisa, foi identificado que entre os profissionais havia o reconhecimento da ação da violência no território, mas não a identificação da responsabilidade da APS e de práticas efetivas para a mitigação destas ocorrências. Entre as hipóteses dos autores estão as limitações da própria formação dos profissionais, pois estes estariam “impregnados da lógica da produtividade e do modelo biomédico, desviando-se da construção de processos de trabalho pautados no vínculo, acolhimento, interdisciplinaridade, com foco no sujeito e nas necessidades das populações” (Rodrigues *et al.*, 2018, p. 62). Além disso, haveria uma falta de suporte e proteção aos profissionais para lidar com os casos de violência, assim como uma desarticulação com os demais equipamentos municipais relacionados à temática.

Na revisão integrativa realizada por Mendonça *et al.* (2020) a abordagem da violência também se dá voltada a experiência dos profissionais acolhendo vítimas da violência, não incluindo eles próprios como algozes ou vítimas. Em ordem decrescente, os trabalhos acolhidos na revisão envolvem: violência contra a mulher, contra crianças e adolescentes, contra idosos e, por fim, contra homens. Diante da organização da APS, os autores apontam que esta como “ponto estratégico na rede para a prevenção, identificação, notificação e coordenação do cuidado e assistência às pessoas em situação de violência” (Mendonça *et al.*, 2020, p. 2248) dada sua ênfase na integralidade do cuidado, inclusa a humanização e territorialização. A partir desta revisão, a maioria dos trabalhos identificava a violência partindo do ambiente familiar/doméstico. Carece, entre os trabalhos compilados, abordagens da violência urbana e seus efeitos entre os usuários e profissionais de saúde. Analisando a produção de Rodrigues *et*

al. (2018) e Mendonça *et al.* (2020) torna-se possível identificar que, no Brasil, a abordagem da violência relacionada à APS prioriza a discussão da insuficiência de ações por parte da rede de saúde. A integralidade das ações é colocada em xeque ao identificar a falta de uma melhor articulação da rede relativa aos casos de violência que vá para além da notificação compulsória.

Conhecer a realidade de Sobral, inserida em uma dinâmica que envolve o avanço da violência urbana e seus efeitos entre população e profissionais de saúde, além da vulnerabilização da prática destes profissionais ao serem inseridos em esquemas de pressão por produtividade impostos pela nova regra de financiamento da APS, faz considerar que talvez esta insuficiência de ações seja não escolha, mas sintoma. Estaria a APS demonstrando uma opção prática para a abordagem da violência - o encerramento da ação na notificação compulsória - ou este seria um sintoma do agravamento da insuficiência de profissionais, tempo e recurso para realizações de ações que vão para além da prática ambulatorial e do cumprimento de metas? Considerando que o Previn Brasil é um ponto dentro do avanço de práticas de vulnerabilização do trabalho em saúde no país, faz sentido o exercício de pensar na escalada de sufocamento do trabalho na APS e seus possíveis efeitos não só no cuidado com a população, mas na vivência dos profissionais de saúde que se veem inseridos nesse contexto.

O sucateamento do SUS e a desvalorização dos profissionais de saúde tem reflexos não só na saúde física e mental dos profissionais, mas pode desencadear respostas outras por parte da população. Iolanda me contou uma história logo no início do campo, ainda no fim de 2021. Na época do ocorrido, um CSF do município atendia dois territórios de alta vulnerabilidade social onde operavam facções rivais. A grande demanda, conforme minha interlocutora, mantinha a sala de espera lotada e uma grande circulação nos consultórios. Determinado dia, uma avó levou a neta para consulta médica. A bebê apresentava irritações pelo corpo e, conforme relato da avó, que esbravejava sobre o descaso e rapidez do atendimento, a médica sequer fez exame físico na criança. Indicou uma medicação e encerrou a consulta. O desencadear dos fatos levou não só a gritos no CSF, como a uma ameaça de morte direcionada à médica. A alegação envolvia a ligação da avó e da criança com criminosos da região.

Passado o alvoroço inicial, uma profissional da psicologia foi acionada para ir procurar a família da criança em casa e resolver a situação. A psicóloga, junto a uma ACS, foi até o conjunto habitacional em que a criança morava, em território rival ao que o CSF é localizado. Aguardando na porta do prédio, uma das profissionais sentiu um objeto passar ao seu lado e cair no chão. Era uma faca que foi lançada de uma das janelas do prédio, aparentemente direcionada para atingir as profissionais de saúde. Não se sabe se a represália era por conta da

situação anterior envolvendo a criança ou por elas serem moradoras do território rival. No fim, todos conversados, a situação foi resolvida. Apesar disso, a médica deixou o CSF.

5.2 SAÚDE MENTAL: CUIDADO E ADOECIMENTO NA APS

Entrando em campo durante a pandemia, e talvez principalmente por ser psicóloga, havia uma curiosidade crescente de entender como a demanda por cuidado em saúde mental estava se apresentando para a APS¹²⁰. Assim, no caráter da entrevista semiestruturada que servia de mote para os diálogos com meus interlocutores, passou a constar a questão: como está a demanda relacionada à saúde mental? Chegam muitos casos ao consultório? Houve um aumento com a pandemia? Minha questão ia se desdobrando de acordo com a resposta, que podia ser curta e rápida ou até mesmo pequenas teses versando sobre quais os motivos do adoecimento da população. Entre as respostas de meus interlocutores passaram a figurar caminhos que demonstraram que o adoecimento mental era algo que afligia não só os pacientes do serviço de saúde, mas os próprios profissionais. Desta forma, optei por dividir o texto em duas partes, apesar de estar ciente que elas são indissociáveis.

5.2.1 A demanda em saúde mental entre os profissionais da APS

É possível pontuar eventos dramáticos ocorridos durante as entrevistas que me levam a crer que existe uma demanda de cuidado em saúde mental represada entre os profissionais que atuam na APS. As entrevistas em que houve choro, relatos do próprio adoecimento ou de colegas que têm pensamentos relativos à ideação suicida. Pontos que se destacam nos relatos e comumente fariam o ouvinte se surpreender. Todavia, não são apenas estes que construíram a percepção que trago aqui, são também os relatos e o que aparentemente são pequenas coisas. São os agradecimentos pela escuta, são as histórias espontâneas que surgiram logo depois de eu me identificar como psicóloga, além de pesquisadora. São também os dramas que permeiam o ambiente de trabalho e o ambiente familiar, criando um embolado de fios que se torna quase impossível para saber onde um começa e outro termina.

¹²⁰ Quando comecei a falar com meus amigos da área da saúde que meu doutorado seria sobre a atenção primária, vários destes passaram a me interrogar se seria sobre saúde mental. Não porque eu fosse psicóloga e esse fosse o único tema que eu pudesse dominar, mas porque era o que eles observavam nos seus dia a dia de trabalho, era o que anunciavam as reportagens e os programas de televisão. O isolamento imposto pelo vírus vinha acompanhado do que parecia ser uma avalanche de processos que culminaram em adoecimentos, uso de medicação psiquiátrica, aumento de divórcios, experiências de ansiedade social entre toda uma gama de experiência vinculada a um drama coletivo implementado pela COVID-19. Era normal supor que uma pesquisa feita naquele momento se debruçasse sobre o tema, mas não era o meu caso. Ainda assim, o campo demonstrou que o tema da saúde mental demandava não só atenção, como estava intimamente ligado ao que meus interlocutores tinham a falar sobre o Previnhe Brasil. Assim, considero que esta temática não está restrita a este tópico ou capítulo, mas perpassa todo o texto apresentado através da fala dos colaboradores.

No momento em que cheguei a campo, a APS ainda lidava com os efeitos da mescla da pandemia e da adequação ao Previn Brasil. Os atendimentos e testes relativos à COVID-19 ocupavam as agendas dos profissionais ao mesmo tempo em que eles tentavam cumprir as metas para a avaliação quadrimestral. No primeiro CSF em que conduzi pesquisa presencial, uma das salas, de janelas abertas, reunia várias cadeiras de plástico, dispostas em formato de meia lua. Lá se concentravam os pacientes que chegavam até o local com suspeita de COVID-19. As máscaras permaneciam nos rostos, os potes de álcool gel pelo ambiente e a pequena confusão em saber se os cumprimentos eram feitos com as mãos, dois beijinhos ou um aceno mantendo distanciamento de um metro e meio.

Veena Das propõe pensar a ideia de ‘evento crítico’ para classificar situações que geram uma partição no tempo, alterando práticas em diversos níveis da vida cotidiana.

É que, depois dos acontecimentos de que falo, surgiram novos modos de ação que redefiniram categorias tradicionais como os códigos de pureza e de honra, o significado do martírio e a construção de uma vida heroica. Da mesma forma, novas formas foram adquiridas por uma variedade de atores políticos, tais como grupos de castas, comunidades religiosas, grupos de mulheres e a nação como um todo. Os terrenos em que estes eventos se situaram cruzaram diversas instituições, passando pela família, pela comunidade, pela burocracia, pelos tribunais, pela profissão médica, pelo Estado e pelas corporações multinacionais. Uma descrição destes eventos críticos ajuda a formar uma etnografia que faz uma incisão em todas estas instituições em conjunto, de modo que as suas implicações mútuas nos eventos sejam colocadas em primeiro plano durante a análise. (Das, 1995, p. 6, tradução nossa)

Nesse sentido, é possível pensar a experiência da COVID-19 como um evento crítico que, no nível da APS, afetou os trabalhadores de tal forma que atravessou instâncias desde a ordem da casa/família até a dimensão do trabalho e os posteriores efeitos físicos, psicológicos e organizacionais. A transformação de profissionais de saúde em heróis que mereciam salvas de palmas todas as noites, uma nova concepção em torno da importância da saúde pública e sua relação com o nível global. Ora, até mesmo o surgimento de leigos que se intitulam especialistas em vacinas e testes clínicos. A COVID-19 criou uma partição no tempo que envolvida mesmo a relação entre distanciamento social e ética.

Todavia, como mencionado, a pandemia não chegou de modo solitário, mas em meio a um processo de reforma político-econômica e social no país. Na APS este processo teve como fruto o Previn Brasil e o potencial cerceamento do financiamento para a atenção básica. Se o próprio Previn Brasil não pode ser considerado um evento crítico, mas o adensamento de práticas neoliberais privatizantes no campo da gestão em saúde, sua companhia de jornada, a COVID-19, pode. Parte das queixas de meus interlocutores foram justamente na direção desta associação como explicação para suas dinâmicas de sofrimento.

Como mencionado no início desta tese, a APS em Sobral teve papel fundamental no combate à COVID-19. Os centros de tratamento para a doença eram os próprios CSF. No período, durante a primeira onda em 2020, residentes e profissionais do NASF foram retirados das unidades de saúde, restando às equipes mínimas da ESF a reestruturação do serviço e a negociação entre as demandas cotidianas dos usuários, o medo destes e a COVID-19. Se em um primeiro momento o Previne Brasil foi deixado de lado em prol do foco nos cuidados relativos à pandemia, em 2021, sem que a pandemia acabasse, ele voltou com força total como demanda para os profissionais da APS.

Inácia, enfermeira, me fala que a APS não teve descanso. Diz que o cansaço que sente agora com as demandas do Previne Brasil se acumula com o cansaço da pandemia. Sua argumentação gira em torno do estresse e da ansiedade que sente em relação ao cumprimento de metas, tema recorrente mesmo nos capítulos anteriores. A repetição da categoria ‘estresse’ na fala de meus interlocutores parece reunir num guarda-chuva processos que denunciam diferentes níveis de adoecimento e experiências.

O estresse provê a linguagem que permite nomear, tornar inteligível e assim, de certa forma, estruturar a vivência de um determinado tipo de mal-estar que é identificado com o modo de vida na atualidade, e eventualmente identificá-lo como burnout. Nesse sentido, vimos que, mais do que articular os temas emoções e relações em um discurso científico, o estresse parece funcionar como uma categoria verdadeiramente “biopsicossocial”. (Vieira e Russo, 2019, p. 17)

Väänänen e Varje (2019) afirmam que, nos tempos atuais, a definição de estresse como vinculada apenas à uma construção cultural da sociedade não é suficiente para abordar o fenômeno, especialmente quando retiramos da discussão a relação entre este e os fatores ambientais envoltos no trabalho. Desse modo,

Uma reconciliação útil entre o construtivismo social e o realismo ingênuo veria a ligação entre fisiologia, condições de trabalho e cultura: o estresse no trabalho pode surgir da interação entre a fisiologia humana e o meio ambiente, mas recebe seu significado e suporte de narrativas culturais e suas interpretações. (Väänänen e Varje, 2019, p. 40, tradução nossa).

Assim, a abordagem do estresse no trabalho e do adoecimento não pode ser encarada como um problema individual, um desvio do sujeito adoecido, mas a expressão de uma combinação de fatores, onde, no caso desta pesquisa, os significados atribuídos ao trabalho e sua avaliação tem interesse central.

Vanusa diz não se preocupar com as cobranças em relação ao Previne, mas que foi constrangedor estar na reunião geral da unidade e ouvir que a equipe que ela faz parte teve a

pior nota da unidade. Entendeu naquele momento que o não alcance do indicador significava o desligamento da equipe. Vanusa afirma ter consciência do próprio fazer, que fica mais estressada e desmotivada, mas não preocupada em relação ao programa. Iraídes, enfermeira, diz que sente ‘tristeza, arrasada’ em relação à não alcançar os indicadores, não só por si, mas pelos colegas. Entende que eles fizeram muito, mas não tem como controlar o que o Ministério da Saúde manda como retorno da avaliação.

Diversas vezes as profissionais entrevistadas relatam seus processos de adoecimento ao enfatizar o estresse, o cansaço, as alterações no sono e na alimentação. Enquanto uma ACS me disse que deitava na cama e demorava para dormir pensando insistentemente nas atividades que tinha de fazer para bater meta, na entrevista com uma gerente ela falava que muitos profissionais do CSF fazem uso de psicofármacos, especialmente as ACS. Os processos de adoecimento de minhas interlocutoras podem ser vistos como um dos eixos da precarização do trabalho em saúde. Para Antunes e Praun (2015) “a precarização desperta tanto resistências por parte dos trabalhadores como, tendencialmente, apresenta-se como processo contínuo, cujos mecanismos de imposição entrelaçam-se com as necessidades permanentes de valorização de capital e autorreprodução do sistema” (p. 113). Nesse sentido, os autores destacam que não há um limite para a precarização, apenas formas diferenciadas de manifestação entre os trabalhadores e ambientes.

Karina atuava em um CAPS no momento em que a entrevistei. A profissional era responsável pelo matriciamento em alguns CSF da sede do município. Pagava o deslocamento do próprio bolso, pois se fosse aguardar o transporte da prefeitura, acabaria perdendo o dia inteiro¹²¹. Sobre um dos CSF, relata que as enfermeiras não tinham tempo para nada e que chegavam a almoçar nos consultórios enquanto continuavam trabalhando. Não tinham tempo sequer para conversar sobre os casos nos momentos de matriciamento. Karina diz que até poderia fazer um momento de cuidado com o cuidador, como são chamadas as ações voltadas para as equipes, mas não adiantaria. A única solução possível seria contratar mais profissionais. Karina foi realizar uma ação pontual com as ACS de uma das unidades que dava suporte, em um bairro de muita vulnerabilidade, com casos de conflito armado na própria rua do CSF. Durante o momento, Karina diz que as profissionais passaram a relatar queixas em relação ao

¹²¹ Conforme relatado por profissionais da rede de saúde, o CAPS, assim como os CSF da sede, não tem carro da prefeitura disponibilizado especificamente para o deslocamento de profissionais ou pacientes. Caso seja necessário, os profissionais podem solicitar através de requisição online que um carro seja cedido para determinadas ações. Frequentemente as requisições não são atendidas, o que os profissionais supõe se dar também por conta da alta demanda e pouca oferta de transportes. Isso faz com que profissionais muitas vezes deixem de realizar ações ou tenham que buscar meios próprios, seja carro de aplicativo, veículo próprio ou transporte através do Transporte Urbano de Sobral (TransSol), que opera desde 2020.

excesso de trabalho e ao adoecimento mental. Uma das profissionais passou contar que conhecia uma ACS que tinha tentado suicídio. Depois de narrar a história, revelou que ela era a pessoa da qual falava. Foi então acolhida pelas colegas e por Karina. Depois daquilo, a ação que seria pontual foi prolongada por mais alguns encontros.

Há alguns anos como psicóloga em um CAPS, Deise conta que foi abordada pela gerente de um dos CSF que acompanha. Em 2021, percebendo um processo de adoecimento da equipe, desde a enfermagem e ACS até o porteiro da unidade, a gerência solicitou um momento de cuidado com o cuidador. Deise diz que fez um momento de cuidado em grupo, que até foi benéfico, mas só foi realizado uma vez. Circulando nos CSF, a psicóloga diz identificar que as categorias profissionais mais adoecidas são a enfermagem e os agentes de saúde comunitários. Todavia também sabe de informações sobre tentativas de suicídio por parte de gerentes. Diz que algumas ACS de outras unidades são acompanhadas no CAPS, e eu me pergunto se Ricarda, que me relatou ter abandonado o cargo por conta do adoecimento mental, é uma delas. Ainda assim, Deise diz que ainda há muito preconceito em relação aos profissionais da rede de saúde frequentarem o CAPS. Restaria, a quem pode, o serviço privado. Tenho dúvidas se a remuneração que eles recebem seria suficiente para que buscassem o serviço privado, mas antes disso me questiono se o adoecimento deles é em parte fruto do serviço público.

O adoecimento no trabalho, destacam Antunes e Praun (2015), está intimamente relacionado às mudanças na gestão dos trabalhadores e no foco no alcance de metas e na demanda de produtividade.

A pressão pela capacidade imediata de resposta dos trabalhadores às demandas do mercado, cujas atividades passaram a ser ainda mais controladas e calculadas em frações de segundos, assim como a obsessão dos gestores do capital em eliminar completamente os tempos mortos dos processos de trabalho, tem convertido, paulatinamente, o ambiente de trabalho em espaço de adoecimento. (Antunes e Praun, 2015, p. 414)

Nesse sentido, os relatos de meus interlocutores elaboram sobre vivências atravessadas por temporalidades vinculadas à ciclos avaliativos e alterações a partir do alcance de metas para o Previne Brasil. Como mencionado anteriormente, a ‘competição virtuosa’ entre equipes, elencada pelos criadores do Previne Brasil como uma das vantagens previstas diante do pagamento por desempenho na APS, se traduziu em campo diversas vezes como conflitos não entre equipes de um mesmo CSF, como entre os profissionais de uma mesma equipe da ESF. Ocorre que, dentro da organização da APS, o foco se dá no trabalho de equipes multidisciplinares, fazendo com que a ausência de profissionais ou o desempenho precário afete as métricas da equipe como um todo. Afinal, ainda que opere a multidisciplinaridade e a cooperação, existem ações e serviços restritos às categorias profissionais. O ideário do

trabalhador do neoliberalismo – autônomo e gestor de si – se vê entrecruzado pela demanda do trabalho interdependente das equipes de saúde. Como exemplo, ainda que a enfermagem esteja apta a receber mulheres para realização de exames citopatológicos, cabe aos ACS a busca ativa por estas mulheres e a responsabilização no caso das ausências na data agendada para o exame. Da mesma forma, recai sobre os ACS o não comparecimento de hipertensos ou diabéticos para os exames semestrais requeridos pelo Previne Brasil e viabilizados pela medicina e enfermagem. Assim, torna-se necessária a convivência da autonomia do trabalhador gestor de si junto à noção de cooperação e união entre os trabalhadores para viabilizar um bem maior, podendo ser entendido como um aumento de qualidade ou, no caso do Previne, como o alcance das métricas do programa, refletindo no financiamento das equipes. O caráter financeiro para manutenção dos serviços é central no entendimento da dinâmica na qual estes trabalhadores estão envolvidos.

Dentro do esquema de pagamento por desempenho inaugurado pelo Previne Brasil convivem assim a autonomia e a necessidade de implicação total do trabalhador com seu objeto de trabalho, transferido da atenção à saúde para as métricas do programa. Estes são impelidos a cumprir os indicadores às custas da própria sustentação financeira do setor, refletindo o que Lourau (1990) *apud* Barros (1997) nomeia como ‘sobreimplicação’. Esta é entendida por Lourau como a necessidade de o trabalhador implicar-se, via a ideologia do sobretrabalho.

A sobreimplicação é a exigência não mais apenas de um corpo docilizado, mas de uma subjetividade serializada ansiando por mais identificação com as organizações e as instituições que lhe exigem um suplemento de valor (...) Os rituais de avaliação constantes, periódicos, vão muito além da “recompensa” por um bom desempenho, incidem nos processos de constituição/manutenção de subjetividades ressecadas de vigor, vampirizadas em sua capacidade criadora. (Barros, 1997, p. 105)

Samantha é médica e se vê estressada em relação ao Previne Brasil. Pensa que os parâmetros de avaliação podiam ser melhor descritos e que conta que em todo fim de quadrimestre há uma intensidade muito grande no serviço para alcançar as metas. Quando Fabiana retornou da licença maternidade, o Previne Brasil já estava implantado, assim como o PEC. Se esforçou para acompanhar as mudanças e, como gerente, impulsionar a equipe para realização do trabalho. A primeira nota da unidade foi muito baixa, o que deixou Fabiana chateada e frustrada. “A gente trabalha tanto!”, me diz em tom de lamento pelo resultado. O sentimento de frustração é compartilhado pelos enfermeiros da unidade, especialmente por conta das disparidades nos números que eles produzem e que o ministério avalia. Pâmela é médica no CSF que Fabiana gerencia. Foi transferida de outro bairro, onde atuou por 4 anos.

Solicitou a transferência de lá por conta de agressões verbais que sofria dos pacientes e por conta da violência do território. Diz que se sente muito pressionada em relação às demandas da secretaria de saúde, da gerência e até dos outros profissionais da equipe por conta do Previne Brasil. Uma das ACS do local me conta da demanda em saúde mental da população e que o tema deveria fazer parte dos indicadores. Creuza, também ACS, aponta que a demanda aumentou após a pandemia, não sabe se pelo represamento do ano de isolamento, ou por um aumento de adoecimento. Desenvolve, fora do horário de trabalho, um grupo para adolescentes do território. O grupo já funciona há vinte anos e é mantido buscando oferecer acolhimento para jovens que são expostos diariamente à situação de pobreza, desemprego e uso de substâncias no bairro. A iniciativa do grupo é de Creuza, não do município.

Célio, médico, está há um ano e meio no cargo dentro da APS. Fala que dificilmente participa de grupos de ações de promoção de saúde, pois fica preso ao acompanhamento dos pacientes dentro dos indicadores do Previne. Sente uma cobrança muito grande por parte da secretaria de saúde em relação aos indicadores, o que o deixa ansioso. Diz que as enfermeiras do local sofrem violência psicológica por parte dos pacientes e ainda tem que responder às demandas deles e do Previne. Pensa que existe uma sobrecarga na unidade e que isso deveria ser modificado. Já a enfermeira Ângela, atuando na zona rural, relata um fluxo intenso na unidade. A maioria da população lá utiliza o SUS, até pela distância em relação à sede do município. Diz que não sente exatamente estresse ou ansiedade, mas o peso da responsabilidade de atender o público.

Enquanto entrevisto Joseane, ACS há 31 anos, ela conta que tem muitos casos envolvendo saúde mental no CSF em que atua. Ela mesma acompanha 10 pessoas assim em sua microárea. Aponta para o vigia e me diz que ele mesmo é paciente de saúde mental. Conta que ele tentou suicídio, mas que está recebendo tratamento no CAPS. Liana, enfermeira, conta que houve uma intensificação da demanda de pessoas com sintomas ansiosos na área pela qual sua equipe é responsável. Muitos profissionais dentro das equipes, especialmente na época da pandemia, também passaram a apresentar sintomas. Pergunto qual o nível de suporte então ofertado para estes e ela me diz que foram ações pontuais.

Para Jakeline, gestora, é necessário fortalecer a ação do NASF e do matriciamento no campo da saúde mental do município. Reconhece que os trabalhadores da APS sentiram uma sobrecarga com a chegada do Previne Brasil e que há uma dificuldade em inserir as demandas da saúde mental por conta de uma carência na formação técnica destes profissionais em relação ao tema. Conta que em 2021 chegou a ter uma reunião com a coordenação do NASF para tratar sobre os territórios que não são assistidos por psicólogos do NASF ou da RMSF. Diz que as

equipes destes locais são as que mais encaminham pacientes para a psiquiatria. A ideia seria que a educação destes profissionais em relação à saúde mental fosse desenvolvida através do matriciamento, retirando da APS a ideia de que apenas o psicólogo pode acolher as demandas do cuidado em saúde mental. Para Jakeline, o cuidado em saúde mental tem que atravessar outros profissionais e espaços, inclusive de esporte e cultura, não só a APS e o CAPS.

Levo para Jakeline o que ouvi no campo, tanto das necessidades da população, expostas nas falas de meus interlocutores, como os processos de adoecimento dos profissionais. Pergunto se há algo planejado para acolher essa demanda, alguma espécie de apoio. Jakeline diz que já foi discutido com a gestão a possibilidade de criar um ambulatório de psicologia no município para receber essas demandas, mas a ideia foi descartada porque romperia com a ideia de longitudinalidade do cuidado. Funcionando como uma clínica privada, o ambulatório ficaria quase que desligado da rede de saúde. Nesse meio tempo, o que me surge como possibilidade de cuidado para os profissionais continuam sendo ações pontuais, que também não demonstram longitudinalidade.

Ricarda, ACS, argumenta em torno do próprio adoecimento e dos colegas, diz que estão trabalhando como máquinas e que é preciso que os profissionais também tenham qualidade de vida, física e mental. “Cuidados que muitas vezes a gente não consegue”. Ricarda diz que eles ganham muito pouco para quem sofre tanta cobrança diariamente.

Autoras afirmam, baseadas na literatura sobre o tema do adoecimento mental entre trabalhadores que

A percepção do trabalhador e das suas experiências podem interferir de forma positiva ou negativa em seu desempenho profissional, na sua satisfação com o trabalho e no seu estado de saúde(1). As consequências da exposição aos riscos psicossociais na saúde de trabalhadores dependem, entre outros fatores, do contexto do trabalho, do tipo de atividade econômica e da tecnologia envolvida. Observamos globalmente um aumento no número de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) e Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC), muitas vezes, em decorrência da exposição dos trabalhadores aos riscos psicossociais. (Santana, Sarquis e Miranda, 2020, p. 2)

Para as pesquisadoras, no Brasil, a conjuntura política, econômica e social produz um processo de vulnerabilização dos trabalhadores, aumentando os fatores de risco para o adoecimento mental. Tendo por base a reforma trabalhista de 2017, Santana, Marquis e Miranda (2020) defendem que a redução de proteções sociais e direitos dos trabalhadores “contribui para o aumento da competitividade e jornadas extensas de trabalho sem intervalos adequados para o descanso, e ainda aumenta a pressão pelo tempo e pelo alcance de metas, mantendo os trabalhadores em constante estado de tensão frente ao medo do desemprego” (p. 2). Nesse sentido, é possível considerar o Prevíne Brasil como uma expressão de um processo de

precarização do trabalhador ao inserir estes em avaliações e pagamento por desempenho que demandam ampliação da competitividade entre equipes e pressão constante em relação ao alcance das metas definidas pelo programa. É certo que não se pode apontar o adoecimento psíquico dos profissionais - seja manifestado em diagnósticos oficiais ou relatos de vivências de fragilização - como referentes a um processo único. Nem a pandemia, nem o Previn Brasil podem ser considerados os causadores de tal fato, especialmente dado que o adoecimento mental é multifacetado em sua essência. Considerando a teoria psicanalítica,

Podemos afirmar que não há patologia descrita por Freud que não pressuponha a ideia de uma organização social e política que a produza. Em outras palavras a psicopatologia psicanalítica é simultaneamente uma descrição de *sofrimentos subjetivos* e uma análise crítica das *patologias do social*. (Silva Junior, 2022, p. 259)

Assim, é inegável, diante do material fornecido pelas falas dos interlocutores, a percepção do agravamento do processo de vulnerabilização dos profissionais ao longo dos últimos anos em sua dimensão laboral e social.

Silva Júnior (2022) recupera o trabalho do psicanalista Hélio Pellegrino, produzido na década de 1980, para apontar “a ganância financeira e a desonestidade despudorada dos políticos como marcos incontornáveis da quebra de pacto social do Estado com o trabalhador brasileiro” (p. 262). E continua seu argumento de que “se trabalho no capitalismo sempre gera um mal-estar, há sempre um modo de piorar a situação com a ruptura de seu pacto”. Para o autor, a crítica de Pellegrino pode ser traduzida atualmente como uma crítica ao neoliberalismo e seus efeitos.

(...) o neoliberalismo depende da produção de sujeitos que entendam como naturais as formas de precarização social que, no nacional-desenvolvimentismo, seriam rupturas do pacto social. Tal naturalização é obtida através de um longo processo de transformação das formas de vida, incluindo-se aqui o trabalho, a linguagem e o desejo. (Silva Junior, 2022, p. 266)

5.2.2 Cuidado em saúde mental na APS e suas articulações com a Atenção Secundária

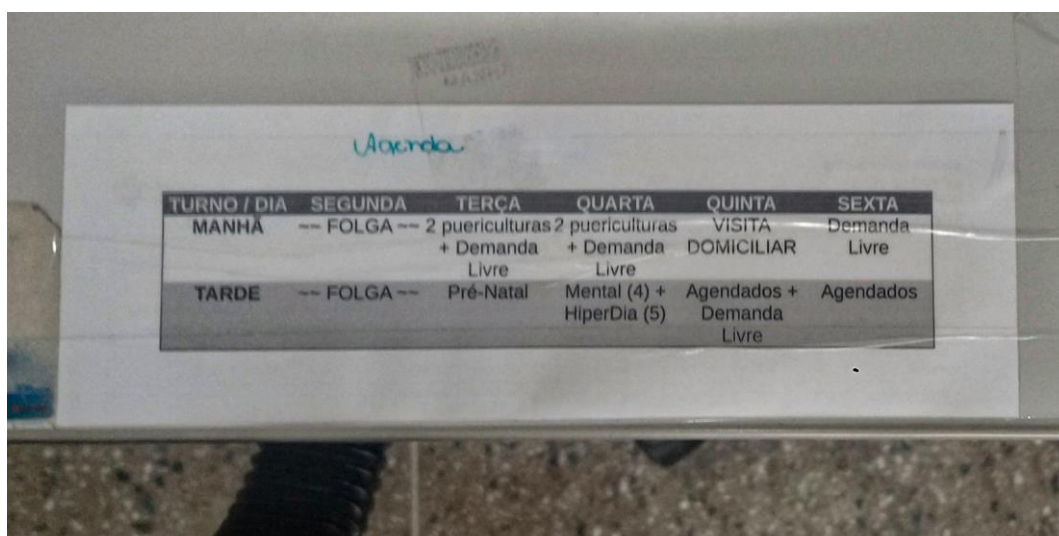
Maria Aparecida atua como ACS há 30 anos e me conta que a demanda por atendimento em saúde mental no território em que atua é muito alta. Não acha que foi especificamente por conta da pandemia, mas que a pandemia foi um gatilho para que as pessoas buscassem o serviço. Acredita que o ideal seria ter um psicólogo fixo no CSF para dar conta da demanda. Ela mesma já solicitou um encaminhamento para si, mas nunca teve retorno. No CSF em que Maria Aparecida atua, o responsável pelo atendimento psicológico é um residente da RMSF. Na ocasião das entrevistas, este era responsável por atender as demandas de dois CSF do município, ambos localizados em bairros de classe popular. Quando o entrevistei, Cavalcante colocou em cima da mesa a pasta de plástico com os inúmeros encaminhamentos

que tinha recebido. Foi me mostrando os encaminhamentos e as justificativas. Entre estas, casos que iam desde seletividade alimentar infantil - uma criança que não queria comer ‘comida de panela’, apenas salgadinhos e iogurtes - até pessoas apresentando crises de ansiedade frequentes e/ou episódios depressivos. Se por um lado a gama de encaminhamentos apontava a amplitude da demanda pelo saber psicológico na unidade, também demarcava certo desconhecimento do papel do psicólogo na APS e das possibilidades de apoio em saúde mental realizadas por profissionais de outras áreas do campo da saúde.

Mirna era uma médica recém formada, estando há dois meses no CSF em que a encontrei. O local conta com uma grande rotatividade de profissionais, desde gerência até médicos. Mirna e uma colega tinham chegado há pouco para substituir os médicos que tinham deixado o serviço. Pergunto se ela tem gostado do serviço, já que me contou que a APS não era uma ambição de carreira. Mirna diz que sim, consegue ajudar muita gente, mas diz que tem “muito paciente que não é paciente de verdade”. Ela se refere a pacientes que buscam atendimento com queixas relativas à saúde mental. Justifica que estes têm demandas mais psicológicas que orgânicas. Mirna aponta a aparente ausência da doença no corpo para descaracterizar aqueles sujeitos como pacientes aptos a serem atendidos em seu consultório. Seriam pacientes de mentira? Se sim, qual o lugar deles na APS?

Em sua organização de trabalho, Mirna tem um turno na semana reservado para o atendimento em saúde mental. O cronograma ficava impresso e colado na mesa do consultório. Apesar da reserva, os pacientes surgem ao longo da semana com queixas que mesclam, na classificação de Mirna, sintomas orgânicos e mentais. A dicotomia mente/corpo se renova diariamente no consultório.

Figura 13 — Agenda de horários da médica Mirna colada na mesa do consultório.



TURNO / DIA	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
MANHÃ	-- FOLGA --	2 puericulturas + Demanda Livre	2 puericulturas + Demanda Livre	VISITA DOMICILIAR	Demanda Livre
TARDE	-- FOLGA --	Pré-Natal	Mental (4) + HiperDia (5)	Agendados + Demanda Livre	Agendados

Imagem: autoria própria.

No nível da atenção secundária, no momento desta pesquisa Sobral contava com três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Conforme a Portaria GM nº. 336, de 19/02/02, a implementação destes equipamentos segue parâmetros não só de demanda, mas de dimensão populacional. Assim, entre os CAPS presentes em Sobral, contabilizava-se, além do CAPS II, para atendimento de público geral, o CAPSad, referência para álcool e drogas e o CAPSi, destinado ao atendimento infanto-juvenil. O público para os quais estes equipamentos são reservados dizem respeito, considerando suas particularidades, a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Esses equipamentos contam com suas próprias equipes e gerências, funcionando diariamente no município através da atuação das equipes multiprofissionais.

A criação do CAPS e suas classificações é efeito direto da luta pela reforma psiquiátrica no Brasil. Este movimento, inspirado nas ideias e ações do psiquiatra italiano Franco Basaglia, buscou não só denunciar as condições degradantes a que eram expostos os pacientes em sofrimento mental no país, mas modificar a própria lógica do cuidado, argumentando em prol do fim não só dos manicômios, mas das práticas manicomialistas baseadas na segregação, desrespeito e degradação do caráter humano no cuidado aos portadores de adoecimento mental. Assim, o movimento da reforma psiquiátrica deve ser entendido como uma transformação não só no nível de cuidado em saúde, mas social e cultural, envolvendo saberes, práticas, espaços e sujeitos diversos.

Em 1978, concomitante à Reforma Sanitária, a luta pela Reforma Psiquiátrica surgia no país marcadamente através do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Este movimento, que se tornou conhecido como 'antimanicomial', passou a encabeçar os processos de denúncia das condições degradantes nos equipamentos psiquiátricos do país, assim como clamar pela mudança das práticas de cuidado e do próprio entendimento do adoecimento mental (Brasil, 2005). Importante frisar que a questão já era abordada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 1973, quando o órgão passou a recomendar a modificação das práticas de cuidado tendo por base o trabalho de Basaglia. Todavia, é somente em 1989 que chega ao congresso o primeiro projeto de lei referente aos direitos por portadores de transtornos mentais, apresentado pelo então deputado Paulo Delgado (PT/MG).

Ao longo da década de 1990, com a retomada democrática e a implementação do SUS, ocorreu maior difusão do projeto antimanicomial, ainda que continuassem em ação não só os hospitais psiquiátricos, como a violação de direitos dos pacientes que neles se encontravam. É somente em 2001 que o projeto de lei proposto por Paulo Delgado é aprovado, tornando-se a

Lei Federal 10.216. Assim, esta “redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais” (Brasil, 2005, p. 8). Ainda que a lei não incluía em seu texto os mecanismos pelos quais a extinção dos hospitais psiquiátricos seria realizada, a promulgação dá o impulso necessário para tanto para a criação da linha de financiamento dentro do Ministério da Saúde referente à causa, como da posterior expansão da rede de atenção à saúde mental. Como dito anteriormente, em 2002 é lançada a portaria que cria os CAPS como uma alternativa não só para o cuidado aos novos casos de adoecimento mental, mas para o auxílio no processo de desinstitucionalização dos sujeitos que estavam em hospitais psiquiátricos¹²².

Em 2022, em uma das vezes que estive em Sobral para realização da pesquisa, participei de uma caminhada pela luta antimanicomial. Encontrei os demais participantes na Praça da Coluna da Hora, uma das inúmeras praças que estão presentes na área central de Sobral, com a diferença que esta conta com uma torre composta de um relógio que poucas vezes vi funcionar. Ao chegar, encontrei diversos colegas psicólogos, psiquiatras e educadores físicos que atuam na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Sobral. Todos eles estavam lá auxiliando na organização do evento, que incluía ainda muitos usuários dos serviços da RAPS. Atravessamos uma parte do centro da cidade com faixas e cartazes em alusão a luta antimanicomial. Um enfermeiro do CAPS ia à frente da marcha com um microfone que transmitia para uma das caixas de som. Entre músicas de axé e o clássico ‘Maluco Beleza’ de Raul Seixas, falas que buscavam animar os caminhantes e o público que assistia nossa passagem. Posteriormente, acompanhando um evento local da RAPS, vi que parte da filmagem da caminhada figurou em um documentário produzido pelo gerente do CAPSad, Douglas Prado¹²³. O documentário exhibe, além da caminhada, depoimentos de usuários da RAPS do município sobre o cuidado ofertado e a experiência destes. Entre eles, Luciano¹²⁴. Também conhecido pelo nome artístico de Lulu Santos Seixas, Luciano foi paciente da Casa de Repouso

¹²² Até a aprovação da Lei Federal 10.216, diversas outras iniciativas locais foram desenvolvidas voltadas à desinstitucionalização dos pacientes portadores de transtornos mentais e das práticas de cuidado relacionadas a estes. A própria iniciativa dos CAPS teve uma primeira experiência em 1987 na cidade de São Paulo (BRASIL, 2005). No Brasil, para além dos CAPS, operam como serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico os serviços residenciais terapêuticos, ambulatorios, Centros de Convivência e Cultura e o Programa de Volta para Casa e Inclusão Social pelo Trabalho (HIRDES, 2009).

¹²³ O documentário ‘Doido porque entende muito bem da vida’ está disponível no canal de Douglas no Youtube. Ver em <https://youtu.be/fnBMApzjA7M>

¹²⁴ Luciano, que era vocalista da Banda Tons e Ritmos, criada no CAPSad, reunindo pacientes e profissionais, faleceu no final de 2022 e recebeu homenagem do município através da criação do Centro de Convivência Lulu Santos Seixas voltado ao cuidado aos pacientes da RAPS. O vídeo a seguir apresenta o espaço: <https://youtu.be/iZfsglTcZEw>

Guararapes, instituição manicomial presente por vinte anos em Sobral, que encerrou as atividades em 2000.

Durante evento alusivo à luta antimanicomial, realizado em maio de 2022, Luciano contou sobre sua experiência no Guararapes. Ele relata o ambiente como uma ‘fábrica de doido’, feita para adoecer quem entrava lá. Cita a violência da equipe, a degradação do lugar e do tratamento recebido. Lá, Luciano chegou a conhecer Damião Ximenes Lopes, o paciente que levou ao fechamento da casa de repouso. Damião foi internado no Guararapes e morreu em decorrência da tortura imposta pelos funcionários do local. O caso teve grande repercussão, levando o Brasil a tornar-se réu Corte Interamericana de Direitos Humanos¹²⁵. Com o encerramento das atividades do Guararapes, Luciano e diversos outros pacientes que estiveram na instituição passaram a ser acompanhados pelo CAPS e demais serviços substitutivos do município. No documentário citado, Luciano diz de sua experiência de cuidado no CAPS, afirmando que, para ele, a sigla significa ‘carinho, atenção, paciência e solidariedade’.

A intersecção entre a APS e os CAPS ocorre não só por meio de encaminhamentos de demandas em saúde mental identificadas no nível primário, mas também através das atividades de matriciamento ofertadas pelas equipes do CAPS para os profissionais dos CSF. Nesse sentido, esse matriciamento deve ocorrer através de reunião com a equipe do CSF, que leva casos específicos e que demandam maior atenção no manejo. Esses casos podem dizer respeito a pacientes que são acompanhados no CAPS e na APS, afinal a ênfase da reforma psiquiátrica é também o cuidado no território, ou pacientes que estão apenas no nível da APS, não apresentando agravo contemplado no nível secundário.

Em um dos dias que fui a um CSF da zona rural, Bruna, psicóloga, estava junto de outra profissional do NASF organizando um momento que seria um encontro grupal para diálogo sobre saúde mental. As profissionais prepararam lembrancinhas para os participantes, organizaram as cadeiras no quintal da unidade de saúde e contaram com a ajuda das funcionárias dos serviços gerais do CSF para fazerem um chá de cidreira para ser distribuído. Fiquei sentada por perto, aguardando com elas a chegada dos pacientes enquanto perguntava sobre o público esperado e as demandas da localidade em relação ao NASF. O tempo foi passando e ninguém apareceu. A manhã já se encerrava e as profissionais, depois de se certificar que os pacientes tinham sido avisados pelas ACS sobre a atividade, se conformaram com o

¹²⁵ Rita Monteiro, socióloga, produziu tese relativa não só ao caso Damião Ximenes Lopes, mas ao processo de reforma psiquiátrica em Sobral. Seu trabalho pode ser consultado em <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/12659>. Em Sobral, o CAPS II, primeira instituição do gênero no município, leva o nome de Damião Ximenes Lopes.

insucesso da ação. Aproveitariam a lembrancinha para o evento realizado em outra localidade no dia seguinte, se questionavam sobre o motivo da ausência, mas já pensavam em como contornar a situação e promover o grupo em outro dia.

Figura 13 — Área externa do CSF organizada para a realização do grupo de saúde mental.

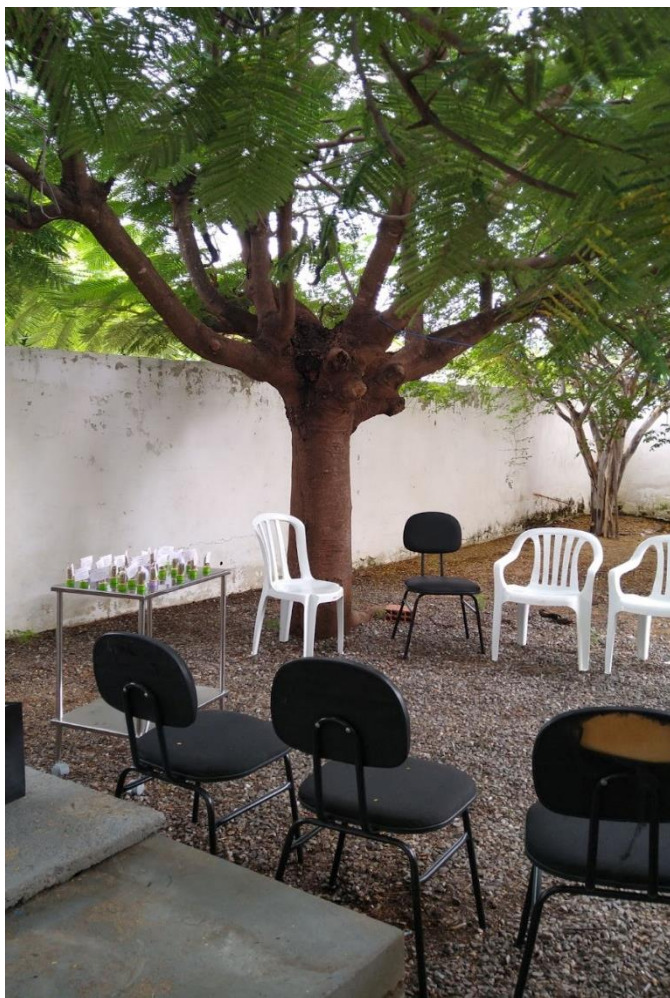


Imagem: autoria própria.

Bruna me conta que a demanda em saúde mental no local é muito alta e grave, contando com muitos casos de ideação suicida. A fala é coerente com as informações que recebi de Alexandre, o psicólogo que anteriormente estava no cargo de Bruna. Ele conta que, quando estava lá, tinha 89 casos de ideação suicida para acompanhar. Alexandre, assim como Bruna e os demais profissionais do NASF, acompanham territórios diversos. Durante nossa conversa, Alexandre citou o aumento drástico de adoecimento durante a pandemia, assim como teceu elaborações sobre os motivos de ideação suicida nas comunidades que atendia. Em um dos territórios, por exemplo, há muitos casos entre jovens, já que a comunidade tem uma orientação religiosa extremamente restrita, que exclui do convívio os sujeitos vistos como desviantes das normas de gênero.

Durante nossa entrevista, Alexandre deu um panorama da atenção psicológica no município. A policlínica, que não atende só Sobral, contava então com apenas um psicólogo. Citando o fim do incentivo federal ao NASF e o efeito do corte de metade do efetivo municipal, assim como a ação dos psicólogos da RMSF e do NASF, Alexandre diz que estes acabam atuando dentro dos CSF como equipe fixa. Para ele, os estudantes da residência acabam tapando buracos relativos tanto ao despreparo das equipes em lidar com as demandas que chegam a APS, como pela ausência de funcionários do próprio município. Desse modo, a cada dois anos existe a troca de residentes¹²⁶, a quebra de vínculo e os efeitos da rotatividade tanto na organização das equipes, quanto da relação dos pacientes com o CSF. No caso específico da RMSF, os residentes da psicologia atuam em dois CSF cada, além de contarem com carga teórica em aulas diárias, contabilizando 60 h semanais. Uma das queixas relatadas por estes profissionais foi justamente a exaustão imposta pela rotina não só de estudos, atendimentos e ações, mas pelas diferentes práticas de gestão e entendimento do que é demanda em saúde mental nos CSF em que atuavam. Todavia, os residentes têm uma vantagem em relação aos profissionais do NASF: a definição de suas responsabilidades. Alexandre e outros profissionais psicólogos que fizeram parte da residência relatam que a criação de um fluxo de serviço e das ações que o residente pode desempenhar no CSF ajudaram a circundar melhor as responsabilidades dele e evitar desvios de função diante das demandas constantes.

No lançamento do Previne Brasil, era incluído, na perspectiva de ampliação dos indicadores de desempenho, indicador relativo a ‘ações em saúde mental’. Os novos indicadores, expressos na Portaria nº 3.222 de 10 de dezembro de 2019, seriam implementados no decorrer dos anos seguintes a partir da adequação dos municípios e avanço do programa. Todavia, até o fim de 2023 não tinha sido feito qualquer modificação nesse sentido, continuando a serem utilizados os sete indicadores base para contabilização do Previne Brasil. Ao longo do campo, alguns profissionais, especialmente da área da enfermagem, relataram que em breve o indicador de saúde mental seria incluído, ainda que não soubessem precisar em que momento. Era preciso, todavia, saber quem seriam os pacientes contemplados pelo indicador. Em relação a como esse indicador seria validado, ninguém sabia me dar uma explicação sobre. Seria relativo ao atendimento individual? Ações coletivas? Como contabilizar algo tão subjetivo? Eu

¹²⁶ A RMSF tem duração de dois anos e, geralmente, o residente permanece nos CSF em que foi alocado no primeiro ano. Não há extensão do prazo da residência. No caso do NASF, os profissionais ingressam através de seleção, tendo contrato firmado por um ano, que pode ser renovado por mais um. A precariedade do contrato acaba influenciando não só na disponibilidade de profissionais, mas na insegurança em relação ao desenvolvimento de vínculos com as equipes da APS e pacientes. Profissionais do NASF podem ser remanejados para outros territórios ao longo do contrato.

enxergava a possibilidade de contar os números, mas não o efeito do cuidado. O mais próximo de uma explicação veio de uma profissional da APS que relatou que seria contabilizado como realização de ação coletiva, como grupos, mas não necessariamente com a presença de psicólogo ou profissional da área. A explicação mantinha a névoa de desconhecimento, que aparentemente eu compartilhava com os demais profissionais da APS em relação ao tema.

Enquanto não surgia uma definição sobre como ou quando o Previn Brasil passaria a cobrar as ações em saúde mental, as demandas continuavam chegando até o nível da APS. Mariana atuou como psicóloga através da RMSF durante o período da pandemia. Do trabalho, recorda a dificuldade de acessar a gerência dos CSF e a boa convivência estabelecida com as ACS. Eram elas quem auxiliavam nas ações dos grupos que Mariana desenvolvia nos serviços de saúde. Esses grupos, a profissional esclarece, só operam por conta dos residentes e das ACS. As coisas se encaminham de tal forma que, na época de troca de turmas de residência, os grupos entram de férias até chegar uma nova turma de residentes. Conforme relatos de diversos profissionais da medicina e enfermagem, o fluxo ambulatorial é o principal impeditivo para que estes desenvolvam ou participem de ações grupais de promoção de saúde. Apesar das ações em grupo, Mariana relata que a demanda de atendimentos individuais era altíssima. Se não existisse o fluxo, Mariana só faria atendimentos individuais, prejudicando as outras esferas de sua atuação profissional no nível da APS. Brenda foi psicóloga residente no mesmo período que Mariana. Para ela, grande parte das demandas que recebia para atendimento individual se dava porque os profissionais da enfermagem e medicina não tinham tempo para ouvir os pacientes. Situações que poderiam ser resolvidas no consultório destes acabavam na pilha de encaminhamentos para a psicologia. A impossibilidade de atender todas as demandas e o acúmulo de encaminhamentos adoecia Mariana. Em uma rotina diária que ia de 7 às 21 h empenhada nas ações da RMSF, sentia que sua categoria profissional tinha uma cobrança maior do que as outras, fato justificado diante do desequilíbrio entre demanda e oferta de cuidado em saúde mental neste nível de atenção. Esclarece, inclusive, que as demandas eram não só do público, mas dos profissionais. Mariana relata que via muitas ACS e enfermeiras adoecidas pela pressão do trabalho. Alexandre conta que, durante sua passagem pelo NASF, não viu um CSF que não contasse com um profissional com relato pessoal de ideação suicida. Adoecimento fruto da pressão por rendimento e da necessidade de atender às demandas cada vez mais urgentes de uma população, de modo geral, vulnerabilizada socialmente. Na entrevista com Bruna, ela relatou que constantemente é abordada pelos profissionais dos CSF que perguntam se ela tem um tempinho para conversar. Em um dos CSF que Bruna atua, enquanto realizava

entrevistas, uma das profissionais despejou uma série de angústias ao saber que, além de antropóloga, eu era psicóloga. A demanda de fala e cuidado demonstrava estar presente.

Denise trabalha como preceptora na RMSF. Ela mesma foi residente em Sobral, fazendo posteriormente a transição para a preceptoria após voltar ao município. Denise é psicóloga e uma profissional empenhada na luta pela ampliação da rede de apoio à saúde mental em Sobral, não só no nível secundário, mas principalmente na APS. Denise traz em sua fala as demandas de práticas vinculadas à reforma psiquiátrica, envolvendo o cuidado para além dos equipamentos especializados. Ela acredita na necessidade de ampliação da prática de matriciamento e da necessidade de esta ser estabelecida como uma política em Sobral, não ficando à mercê simplesmente do desejo dos profissionais. No atual estado das coisas, o matriciamento ocorria diante do convite da equipe do CSF em relação aos profissionais do CAPS. Os momentos de matriciamento eram acertados entre equipes dos dois locais e, ainda assim, nem sempre funcionava como esperado. Ao invés de equipes, por vezes surgia apenas a ACS que acompanhava o paciente, impossibilitando discutir o tratamento no nível da enfermagem e medicina. Outras vezes, a equipe não tinha preparado o caso para apresentação ou aguardava simplesmente que o profissional do CAPS trouxesse uma solução mágica para o tratamento do paciente. Para Denise, uma das causas das falhas no processo de matriciamento, para além da falta de política local, é a rotatividade de profissionais. Ainda que a equipe crie um repertório com o profissional do CAPS, nos dois locais há grande rotatividade, voltando o trabalho a uma quase estaca zero. Cavalcante retorna o argumento da falta de tempo para os profissionais da ESF participarem das ações em saúde mental, seja grupos, seja matriciamento. Ele conta que, em um dos CSF em que atua como residente, já viu um enfermeiro realizar 101 atendimentos ao longo de um dia de trabalho. “Não há mais tempo de ouvir as pessoas”, Cavalcante completa. O profissional acredita que, para além de um despreparo entre os profissionais da APS para identificar e lidar com as demandas em saúde mental, há um afastamento deles em relação aos pacientes. Após conversar com Cavalcante, o afastamento da APS em relação às demandas de saúde mental surgiu através de outros relatos na voz de profissionais da atenção especializada. Os psicólogos da AE contavam de pacientes que eram atendidos pelo CAPS e que, por qualquer outro adocimento, eram também encaminhados para lá. Acontecia quase como se o sujeito em sofrimento mental não pudesse estar entre os pacientes da APS, dividindo espaços, sendo parte do território.

É preciso considerar que a lógica do matriciamento é relativamente recente em Sobral. Até 2017, me relata um psicólogo da atenção secundária, não havia essa prática. Quando surgiam casos de adocimento mental na APS, os sujeitos eram diretamente encaminhados para

o CAPS. Estando no CAPS, não havia troca entre os profissionais do CSF que fez o encaminhamento e os profissionais que atendiam o paciente na atenção secundária. Durante a pandemia o matriciamento foi interrompido, apesar de terem sido realizadas algumas tentativas de fazer os encontros de forma online. Para o entrevistado, o matriciamento não é uma supervisão, mas um processo de corresponsabilização entre a APS e o CAPS diante do cuidado do paciente. Todavia, essa não é em geral a expectativa dos profissionais da APS. O psicólogo acredita que isso denote a falta de repertório em saúde mental destes, apontando uma lacuna de conhecimento na área¹²⁷. Considerando o balanço das entrevistas, essa lacuna se intensificava frente às demandas por produtividade nos CSF, especialmente relativas ao atendimento ambulatorial e o alcance de metas. A aparência era de que, enquanto o Previn Brasil não cobrasse saúde mental como indicador, o tema continuaria em segundo plano na APS.

A experiência de Gabriel e Rosa Helena é similar. Ambos atuando na atenção especializada, apresentam as dificuldades relativas ao matriciamento envolvendo desde o transporte até os CSF, até o comprometimento das equipes em participar desses momentos. Rosa Helena acredita que o matriciamento realizado uma vez por mês não é suficiente, especialmente em territórios mais vulneráveis. Existem muitos casos a serem abordados, mas a equipe tem que fazer uma seleção por conta do limite de tempo dos encontros. Em um dos CSF em que a psicóloga atua, há uma outra visão da gerência e das equipes. A agenda destas é fechada no dia do matriciamento, sem realização de outros atendimentos, para que todos os profissionais envolvidos na demanda possam comparecer. É um ponto fora da curva em relação aos outros CSF que Rosa Helena acompanha. Para Gabriel, parte essencial do processo de matriciamento é entender como a atenção básica compreende o adoecimento mental e seus desdobramentos.

A hipótese de Sabrina, psicóloga, é que a diferença do processo de matriciamento nos CSF que acompanha diga respeito à dimensão socioeconômica do território. Relata ter mais dificuldade no bairro em que há mais vulnerabilidade social. Apesar da grande demanda em casos relativos à saúde mental, a equipe alega que não pode parar o atendimento ambulatorial para participar do matriciamento. Já no bairro que conta com uma população mista, Sabrina aponta que o matriciamento é mais organizado, apesar de também existirem muitas demandas. Para ela, parte do público do bairro busca atendimento psicológico/psiquiátrico no setor

¹²⁷ Na época desta entrevista, tinha sido realizada há pouco uma formação em saúde mental com os gerentes do CSF do município. Meses depois, as queixas do profissional em relação a posição das equipes e gerências em relação ao matriciamento com o CAPS era repetida por outros psicólogos da atenção secundária. A transformação das práticas demandava uma mudança no entendimento em torno da própria questão do adoecimento mental e do lugar dos pacientes e profissionais dentro do SUS.

privado, o que diminui a demanda no CSF. Sânzia já estava na atenção especializada há alguns anos e, como psicóloga, acreditava que a atenção básica não se implicava na questão da saúde mental. “É como se os territórios não achassem importante saúde mental, se é saúde mental, encaminha pro CAPS”, disse depois de contar sua experiência nos CSF em que dá suporte de matriciamento. Conta de um gerente de CSF da área rural que chega a desmarcar o matriciamento ou agendar reuniões no mesmo horário, privando a equipe de participar dos momentos. Se não é responsabilidade da atenção básica, que a especializada resolva sozinha. Essa era a mensagem que ela tirava do ocorrido.

Em pesquisa realizada por Bandeira e Onocko-Campos (2021) a respeito dos itinerários terapêuticos de pacientes em sofrimento mental, a APS surge como um local de consultas e medicamentos, mas não de acolhimento para os sujeitos que relatam o sofrimento psíquico. A recomendação de uso de psicofármacos e a carência de informações sobre seus efeitos e duração do tratamento surgem também como queixas em relação ao cuidado no nível dos CSF. Nesse sentido, em Sobral, ao questionar profissionais sobre as demandas dos territórios, ouvi diversas vezes “aqui tem muita saúde mental”. O termo surgia ali não como qualidade ou característica de sujeitos ou territórios, mas como categoria de adoecimento.

Entre as demandas dos usuários, uma quantidade significativa de adolescentes e jovens chegava ao serviço. Na agenda de Vírnia, enfermeira, não há reserva de horário para atendimento em saúde mental. O que existe é renovação de receitas e o matriciamento com o CAPS. Valter, ocupando o mesmo cargo, porém em outro bairro, afirma que entre o público que leva queixa de adoecimento mental existem muitos jovens universitários. Atualmente em um bairro de classe prioritariamente média, diz que surgem mais demandas do que quando estava em um bairro de classe popular de Sobral. A teoria dele é que a vida mais agitada que os moradores do bairro atual têm os afete de tal forma que surjam queixas em relação à ansiedade. Entre as classes populares, e utilizou também a população de uma área rural que já atendeu, os moradores teriam uma “vida cotidiana pouquinho, satisfeita com o que tem”, por isso a baixa taxa de adoecimento mental. Ao mesmo tempo, Valter relatou que os adoecimentos psíquicos que chegavam até a unidade de saúde nestes locais mais ‘simples’ eram casos de, por exemplo, pacientes esquizofrênicos em crise. Depois de ouvir Valter e suas teorias, perguntei se ele achava que não existia adoecimento mental entre as classes populares ou se talvez existisse uma sobreposição de demandas, até mesmo dificuldade em nomear os quadros, coisa que a população de renda média já era mais familiarizada. Valter considerou e disse que poderia também ser esse o caso. Disse que os pacientes do bairro atual às vezes chegavam não só se auto diagnosticando, mas já solicitando psicofármaco específico.

Rosângela é enfermeira há 13 anos, sempre atuando na APS. Concede entrevista enquanto aguarda outro membro da equipe chegar para iniciarem uma reunião. Encostada em uma cadeira de balanço presente em seu consultório, me diz que não é possível que o psicólogo da residência atenda toda a demanda de saúde mental da unidade. “É muita, demais”. Para ela, psicólogo deveria fazer parte da equipe mínima da ESF. A opinião de Rosângela é a mesma de Marco, médico recém chegado em um CSF do lado oposto da cidade.

Durante as entrevistas, ao ouvir dos profissionais os relatos do aumento de casos e do que um deles chegou a chamar de uma ‘epidemia de saúde mental’, questionei qual era o direcionamento das demandas. O consenso, para além dos encaminhamentos para os profissionais do NASF e da RMSF, foram os serviços de psicologia das faculdades que atuam em Sobral. Santiago, médico, diz que a demanda é ‘absurda’, chegando muitos pacientes já ‘descompensados’. Afirma que, pela ausência do psicólogo na equipe mínima e da dificuldade de encaminhamento, as clínicas-escolas são as principais ferramentas que tem. “É como se todo mundo tivesse algum quadro. Sempre tem uma queixa emocional junto”, diz Letícia, médica no mesmo CSF que Santiago. O fluxo de encaminhamentos que ela adota, além da policlínica, também são as clínicas-escola. No momento da pesquisa, três serviços do gênero atuavam no município: o Serviço de Psicologia Aplicada, da Universidade Federal do Ceará; o Centro de Atenção Psicológica, da Faculdade Luciano Feijão e o Serviço de Psicologia Aplicada, do Centro Universitário INTA. Apesar da oferta de profissionais através da RMSF e do NASF, ainda existem CSF do município que não contam com apoio de psicólogos de qualquer destas núcleos.

Nas clínicas-escolas presentes em Sobral estudantes do último ano da graduação realizam atendimentos individuais, sob a orientação de professores do curso, para o público que se inscreve no serviço. Os atendimentos são gratuitos e seguem uma ordem de prioridade de acordo com o caso e a disponibilidade dos estudantes. Diante da alta demanda por atendimento psicológico na APS e na impossibilidade de supri-la, os pacientes são aconselhados a procurarem estes serviços. O caso se dá especialmente em relação a demandas que precisam de suporte psicológico contínuo, mas não são adoecimentos que entram nos critérios para atendimento no CAPS¹²⁸. Assim, a demanda que supostamente deveria ser acolhida pelo município, se dissipa entre os serviços de universidades públicas e faculdades privadas, sem qualquer garantia que os pacientes serão atendidos, já que as filas nesses equipamentos são

¹²⁸ Segundo dados repassados pela gerência do CAPS II, só em 2023 o serviço acompanhou 13.882 pessoas.

amplas¹²⁹. Samanta, médica em CSF da zona rural, aconselha que os pacientes busquem atendimento nas clínicas-escola porque vê que a profissional do NASF não dá conta da demanda. Mesmo com a dificuldade do deslocamento e da fila, vê como uma alternativa. A busca por atendimento nas clínicas-escolas não se restringe a psicologia, sendo via para busca de atendimentos especializados de outras ordens como nutrição e fisioterapia. Para além, especialidades que também não são facilmente alcançadas a partir da atenção primária, como oftalmologista, entram no hall de especialidades que a população passa a buscar a partir de parcerias público-privadas ou mesmo através de convênios e profissionais liberais.

5.3 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: ONDE A ATENÇÃO PRIMÁRIA SE ENCONTRA COM A ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Acesso refere-se ao ingresso, entrada, grau de facilidade para a obtenção de cuidados à saúde e está intrinsecamente conectado com a utilização de ações preventivas, exames, consultas e internações. Ele depende da interação entre quem procura e a oferta de serviços e profissionais de saúde que acionam encaminhamentos no âmbito do sistema de saúde. Atributos da oferta e das interações entre indivíduos que buscam atenção à saúde e quem os recepcionam resultam em padrões diferenciados de utilização. (Bahia, 2022, p. 71)

Wilma, ACS, diz que é do tempo em que não existia CSF como nos moldes atuais. Para os atendimentos médicos era preciso chegar de madrugada na Santa Casa de Misericórdia, pegar ficha e aguardar quase o dia todo para ser chamada. Eu tenho quase a mesma idade de Wilma e memórias da situação que ela relata. Lembro da ficha, da fila, de chegar ainda de noite. Wilma elogia a existência dos CSF no município, mas se queixa da baixa oferta de especialistas na rede de atenção especializada. A queixa de Wilma surgia constantemente ao final das entrevistas, mas não por acaso. No último tópico das entrevistas estava um pedido de avaliação do sistema de saúde de Sobral. A questão geralmente tinha a resposta acompanhada de ‘no geral?’, ao que eu respondia que podia ser geral, específico da APS, como profissional ou mesmo como paciente. Ficava à gosto do interlocutor. Os gostos foram vários, ainda que geralmente apontassem para a mesma lacuna¹³⁰.

¹²⁹ Entre 2014 e 2015, quando eu realizei atendimentos no SPA da UFC, a prática de encaminhamentos da rede pública para o serviço já existia. Não eram encaminhamentos formais, mas direcionamentos de pacientes como uma possível via de atendimento. A fila no público demora, então eles deveriam procurar o SPA, que até então era a única clínica-escola de psicologia no município.

¹³⁰ Durante algumas entrevistas, o que me parecia refletir o grau de confiança do interlocutor em relação ao que eu faria com as respostas fornecidas, os discursos eram ou extremamente superficiais ou diziam de uma qualidade superlativa da saúde de Sobral. “Não tenho do que reclamar” ou “Nada é negado (pela gestão)”. Analisando a gama de entrevistas, esses discursos pareciam exceções que buscavam manter a narrativa de excelência da saúde municipal e não necessariamente retratar a experiência no território. Nesse sentido, existe quem faça o exato oposto. Martina, ACS na sede do município, se queixou do começo ao fim de nosso encontro.

Mauro diz que muita coisa mudou desde que chegou até a APS para atuar como ACS. Elogia a informatização e a menor quantidade de papelada ao mesmo tempo em que se queixa da demora no agendamento de consultas com especialistas. Silvana atua no mesmo CSF que Mauro e considera o sistema de saúde sobralense muito organizado. Fala tanto da estrutura física, como do fluxo operacional da rede. Silvana se queixa da demora na marcação de consulta com médicos especialistas, mais ainda dos exames que são necessários para continuar o tratamento com estes. Não sabe dizer se há uma falta de profissionais no município que queiram trabalhar ou o sistema de saúde que não quer liberar os agendamentos.

Ana Laura atua como ACS há cinco anos e elogia Sobral ao dizer que outros estados e municípios não têm 1% do que é ofertado lá. A rede de saúde como ampla e organizada é exaltada, ainda que deixe a desejar no âmbito das consultas com especialistas, seja pela não disponibilidade ou pela demora na marcação. Sua colega de profissão e CSF, Gisele, traz a experiência da família do esposo, que mora em um dos estados do norte do país, ao dizer que vivem realidades completamente distintas em relação ao acesso à saúde na APS. Tanto a atenção básica quanto a especializada seriam muito mais organizadas e provedoras em Sobral do que no Pará. Lidiane, também ACS, acha que a saúde de Sobral não é 100%, mas também não é 50%. Me conta que, na sua percepção, o que ocorre é que a demanda é maior do que a oferta, então o sistema não dá conta. Ainda assim, Sobral conseguiria ofertar coisas que outros municípios não ofertam. Cita casos em que pessoas vem ficar na casa de parentes para conseguir fazer tratamentos médicos em Sobral através do SUS. Mesmo com faltas, Sobral ainda estaria à frente no nível de suporte à saúde do interior do estado.

O impasse da relação entre a atenção básica e a atenção especializada no que diz respeito à relação entre oferta e demanda traz consequências outras do que a fila de espera, mas que estão intimamente ligadas a ela. Se a marcação da consulta demora, de quem é a culpa? Para Soraia, muitas vezes a culpa é vista como da ACS. Ela conta que a demora nas marcações acaba interferindo na relação com o público atendido pelo CSF, levando a população a fazer críticas e falar mal dos profissionais e do sistema de modo geral, até mesmo nas rádios locais. Me conta que até coisas básicas, como consulta com oftalmologista, demoram muitos meses para serem agendadas. Fica na responsabilidade dela avisar aos usuários de sua microárea quando as consultas são marcadas. Diz que chega a ter vergonha de levar a marcação de um

De acordo com a profissional, o sistema de saúde de Sobral é muito opressor por uma “necessidade de mostrar o surreal”. Considerando as publicações feitas pela secretaria no Instagram @falasaudesobral, afirma que “o que tá na internet não é a realidade”.

exame que foi solicitado há quase um ano, mas sabe que para alguns ela leva a melhor notícia, mesmo diante da demora.

Como usuária da APS sobralense por muitos anos, posso afirmar que a demora na marcação de exames e consultas com especialistas não é fruto da pandemia ou alguma novidade da rede. Tanto eu passei por meses de espera para consultas com oftalmologistas, endocrinologistas ou realização de exames, como meus familiares passaram e passam por experiências similares. Antigamente - e não posso confirmar se a prática ainda se dá por conta da mudança de domicílio - o recomendado era ‘ficar no pé’ da ACS em busca da marcação do exame e ir até o CSF perguntar sobre o andamento da solicitação. O lema ‘quem não é visto, não é lembrado’ era o guia para quem buscava agilidade em suas marcações. Em 2019 Sobral inaugurou a Central de Regulação de Consultas e Exames, especificamente voltada à agendamento de consultas e exames da atenção especializada. O sistema surgiu como uma forma de tanto organizar e integralizar a rede de saúde, como retirar a pessoalização da marcação de consultas e exames. Um sistema informatizado que funciona baseado nas prioridades, considerando os princípios de equidade, universalidade e integralidade. De acordo com o gerente em Serviço de Saúde, Cleiton Dias, “com essa descentralização, os serviços ficam mais regionalizados e hierarquizados, garantindo o acesso para quem necessita realmente dos cuidados especializados. A Regulação consegue garantir a visão da necessidade clínica do paciente para um direcionamento mais preciso” (SECRETARIA DE SAÚDE, 2023). Até maio de 2023, já tinham sido realizados quase 700 mil agendamentos via central de regulação.

Giovanella e Fleury (1996), abordando o acesso enquanto categoria de análise para os serviços de saúde afirmam que, sobre o tema, é necessário pensar que diferentes lógicas norteiam as avaliações de planejadores e usuários dos serviços de saúde.

A organização racional do sistema de atenção de forma regionalizada e hierarquizada em complexidade crescente, buscada pelo planejador na configuração da atenção pelo setor público, não dá conta das aspirações do usuário de uma atenção humanizada e individualizada. Para os usuários, os parâmetros técnicos utilizados pelos planejadores não apresentam visibilidade, estando a sua avaliação baseada em critérios de outra ordem. Avaliam aspectos facilitadores para a sua vida e relativos à sua consideração ou não enquanto sujeitos pelos prestadores de serviço como: a presteza no atendimento (tempo de demora para a solução de sua demanda), a limpeza do lugar, a conversa atenta, a atenção personalizada. (Giovanella e Fleury, 1996, p. 197)

Nicole, ACS, conta que ouve dos pacientes “a gente morre e não sai” a respeito da demora da marcação de exames. Conta que entende, até porque também é usuária da APS. Nicole, que no momento de nosso encontro contou que há 11 meses tinha feito uma mamografia e até então não tinha recebido o laudo. A dúvida sobre o próprio resultado a acompanhava enquanto ela tinha de dar conta da demanda dos pacientes de sua microárea.

Para Farias *et al.* (2019) o aumento da demanda por especialistas decorre não só do aumento da expectativa de vida da população e do aumento da incidência de doenças crônicas, mas como efeito da própria ampliação da cobertura da APS. Todavia, os autores tensionam que

O tempo de espera pelo atendimento pode ter impacto na evolução dos casos, influenciando o prognóstico e a qualidade de vida de pacientes com doenças graves, sintomáticas ou estigmatizantes. Além disso, ele é um indicador da qualidade dos serviços, por estar relacionado com a capacidade de resposta do sistema às necessidades de atenção à saúde da população. (p. 191)

Em pesquisa realizada na Região de Saúde Metropolitana do estado do Espírito Santo entre 2014 e 2016, os autores demonstraram que o tempo de espera para o agendamento de exames no nível especializado chegou a ser de 1.077 dias. Dentro dos anos analisados, a taxa de absenteísmo foi de 38,6% na região. Para os autores, o número pode contribuir para a própria fila de espera. Os dados levantados me fazem questionar se a ausência influencia na fila ou a própria fila também causa a ausência. Enquanto conversava com as ACS que atuam em Sobral, algumas relataram que chegam a ir entregar marcação de consultas e descobrem que os exames solicitados já foram realizados, porém na rede privada. A marcação, feita após muitos meses de espera, é ineficaz para quem conseguiu - por meio de esforços diversos - realizar o exame requerido. Porém, essa não é uma realidade para grande parte da população, especialmente dos setores mais vulnerabilizados.

O acesso às consultas com especialistas não passa simplesmente pelo agendamento destas ou pela possibilidade de realizar exames, especialmente quando envolve a população de baixa renda. Se as instruções sobre o exame e as indicações de local já podem ser desafios, o próprio deslocamento até as clínicas atravessa o itinerário de saúde dos sujeitos. Judite atua em um CSF da área rural de Sobral. Diariamente existem opções de transporte entre a sede e o distrito, geralmente ofertados por vans e topiques¹³¹ que fazem a rota por cerca de 15 reais o trecho. O CSF em que Judite atua possui uma ambulância e um carro de apoio. De acordo com ela e outros profissionais do local, os dois veículos parecem nunca estarem funcionando ao mesmo tempo. Quando um está disponível o outro está quebrado e por aí vai. A profissional afirma que o carro de apoio é a possibilidade de transportar pacientes que têm demandas de saúde em Sobral, seja a realização de exames ou procedimentos. Todavia, como é de se imaginar, um carro é pouco. Dentro da ordem de prioridades, gestantes e pacientes que fazem hemodiálise. Para os outros, resta apenas o transporte particular ou o pagamento das vans e topique. E é aí que mais uma vez o social atravessa o universo técnico e racional da saúde. Judite fala de pacientes que aguardam por meses o agendamento de um exame especializado,

¹³¹ Veículo de transporte alternativo de passageiros.

como uma tomografia e que, quando chega o dia, não podem ir até Sobral porque não tem dinheiro para o transporte e não há espaço no carro do CSF. A profissional fala do transporte, mas não inclui no cálculo o preço de passar um dia inteiro em Sobral e ter de comer e beber às próprias custas. Um exame especializado, mesmo ‘de graça’ pelo SUS, tem outros custos.

Por muitos anos meu pai foi motorista de ambulância de um dos distritos de Sobral, contratado via empresa terceirizada que até hoje é responsável por grande parte dos contratos de nível médio na saúde municipal. O período, ele morava no distrito enquanto o restante da família residia na sede. Pelo movimento frequente de levar pacientes do distrito para Sobral, e o fato de morarmos próximos a um hospital público, não foram raras as vezes que vi minha mãe juntando peças de roupa, itens de higiene pessoal e/ou alimentos para levar até os pacientes que ele transportava até Sobral, especialmente os que iriam realizar procedimentos ou exames na Santa Casa de Misericórdia e acabavam aguardando o dia inteiro para voltar até o distrito. Algo entre a melhor gestão econômica da gasolina da ambulância, o número de pacientes e as demandas dos equipamentos de saúde criavam horas de espera e, muitas vezes, de fome. A aposentadoria do meu pai chegou há alguns anos, mas a mudança na realidade dos pacientes de baixa renda que moram na zona rural e dependem do suporte do município para acessar à saúde parece ainda imutável.

É interessante perceber que a queixa em relação à integração entre a atenção básica e a especializada, especialmente em relação à demora na marcação de exames e consultas, veio muito mais através das falas das ACS do que de outros profissionais. Uma explicação possível diz respeito não só a maior proximidade entre as ACS e os usuários do território, viabilizando o acesso do cuidado e da cobrança, como por elas geralmente fazerem o papel de avisar quando um exame ou consulta é finalmente liberado. É delas o movimento de integração entre a comunidade e a rede de saúde. Dificilmente a cobrança em relação à demora chega até a enfermagem ou a medicina, até porque o retorno a estes profissionais, pelo menos em relação à queixa que demanda especialista, dificilmente ocorre. Para Pedro Henrique, médico, existe uma boa articulação da APS e os demais níveis de atenção em Sobral, o problema estaria na saturação. Ele foi um dos poucos médicos a mencionar a problemática das consultas e exames especializados como parte de sua avaliação pessoal sobre a rede de saúde local.

Entre profissionais da medicina e enfermagem, de modo geral, o ponto de tensão é a própria APS. Elogios em relação à estrutura, aos fluxos organizacionais e ofertas de educação permanente se mesclam com queixas em relação à alta demanda de atendimento ambulatorial, a necessidade de alcançar os indicadores e a dependência do financiamento, a carência em mais profissionais dentro das equipes multiprofissionais para desafogar a APS. Nos discursos destes,

a ideia é que a APS precisa apresentar um grau elevado de resolutividade e assim evitar encaminhamentos para a atenção secundária, corroborada pela própria estruturação da RAS. Seria no apoio à APS que estaria a falha no sistema, não na insuficiência de recursos dos outros níveis de atenção. Sobre o tema, autores lembram que a atenção especializada e hospitalar tem custado duas vezes mais do que a atenção primária em termos de financiamento estatal (Castro, Campos e Fernandes, 2021). Para além,

O bom funcionamento da RAS [redes de atenção à saúde] depende da existência de um trabalho compartilhado entre os profissionais da APS e da AE [atenção especializada]. A atuação dos serviços especializados deve ser complementar e articulada à APS, superando a fragmentação que persiste na atenção à saúde. (Castro, Campos e Fernandes, 2021, p. 12)

Assim, a integração da APS com a AE deveria figurar como algo além da queixa e da demora, com exames cujas marcações e retornos perdem-se das vistas, mas como parte da integralidade e continuidade do cuidado.

Para Tesser e Poli Neto (2017), o vazio no campo da atenção especializada no Brasil é reflexo da hegemonia do pensamento neoliberal no país quando da estruturação inicial do SUS. Naquele momento coube a construção da ideia de que uma população suficientemente pobre utilizaria a APS para os serviços básicos, já os serviços de caráter especializados permaneciam na alçada da atenção privada. Os autores lançam a hipótese de que a má estruturação da atenção especializada no SUS é reflexo de um movimento político-ideológico que privilegia o mercado privado da saúde no país. Quem pagaria os planos de saúde caso houvesse oferta suficiente de serviços especializados de qualidade no SUS?

Dentro da organização do SUS, os serviços privados surgem sob o caráter de “serviços suplementares” a fim de suprir as insuficiências do setor público na resposta às demandas no campo da saúde. Todavia, diante de revisão sobre o tema, Santos (2018) aponta que, ao contrário de exceções, a atuação de entidades privadas no SUS tornou-se a regra. Isso se tornaria ainda mais claro ao analisar o processo de contrarreforma no país, através da terceirização das funções do Estado. Através do trabalho de Paim *et al.* (2011), Santos demonstra que “as unidades de Atenção Básica e as de emergência são em sua grande parte estatais, ao passo que os hospitais, ambulatórios especializados e Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêuticos (Sadt) são majoritariamente privados” (Santos, 2018, p. 144-145). Recuperando o trabalho de Ocké-Reis (2011), Santos afirma ainda que o desenvolvimento do mercado de planos de saúde contou, ao longo dos últimos 40 anos, com o incentivo do Estado, incluindo privilégios no campo fiscal e previdenciário, facilitando sua expansão. Bahia (2022) aborda o tema apontando que, no Brasil, “um sistema público universal coexiste com um notório processo de

intensificação da privatização dos cuidados à saúde” (p. 73). Para a autora, esse processo afeta a própria capacidade de análise da ampliação ao acesso em saúde no país, podendo esconder dinâmicas de desigualdade. Com a expansão do setor privado, ainda que parte financiada a partir de subsídios públicos, cria-se uma diferenciação entre a oferta de cuidado para a parcela vulnerável da população. Utilizando dados do IBGE, a autora afirma que em 2019 o exame de mamografia foi realizado por 58% das mulheres brasileiras, com diferenciações de taxa entre as regiões. Destas, mulheres com rendimento acima de cinco salários mínimos utilizaram o exame o dobro de vezes do que a população de mulheres de menor renda *per capita* (Bahia, 2022).

Bahia reúne ainda dados a respeito da realização de exames e internações e expõe que, no Brasil, menos de 50% de profissionais como dermatologistas, endocrinologistas e oftalmologistas registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde atendem pacientes do SUS. O argumento da autora é que, mesmo com incentivos do setor público, o setor privado concentra desde profissionais, envolvendo seu poder de remuneração e atratividade, até estabelecimentos.

Para Santos (2018),

a criação de cobertura duplicada (com ofertas de serviços semelhantes na esfera pública e na esfera privada) leva à iniquidade na oferta, na utilização e no financiamento, com aprofundamento da segmentação da população numa sociedade que apresenta intensa concentração de renda e desigualdade social(...) a coexistência da rede pública e suplementar, oficializou um sistema segmentado de assistência à saúde no Brasil. (Santos, 2018, p. 227-228)

Analisando o contexto da pesquisa, meus interlocutores demonstram que a experiência de integração da atenção primária com a atenção especializada se vê atravessada por um projeto de sistema de saúde que ultrapassa o nível local, estando pautado na própria ideia de quais bens e serviços podem estar disponíveis para as camadas vulneráveis da população. A reformulação deste cenário envolve assim mais do que a criação de sistemas de regulação, mas de um posicionamento do Estado em relação ao avanço da privatização e da relação de dependência criada no nível de atenção especializada entre os municípios e o setor.

5.4 A APS DO FUTURO E OS PLANOS DO GOVERNO FEDERAL

Ao fim de 2022, dada eleição presidencial, chegou a seu terceiro mandato Luiz Inácio Lula da Silva (PT). Com a chegada de Lula ao poder, especialmente diante da sucessão de um governo turbulento como de Jair Bolsonaro (PL), era de se esperar uma mudança drástica nas pastas do governo federal, incluindo o Ministério da Saúde. Naquele momento, já praticamente com as entrevistas encerradas, me questionava o que seria feito do Previne Brasil, um programa

forjado e implementado no governo anterior. Os meses seguintes demonstraram que qualquer mudança envolvendo o programa não era concebida como urgente, ainda que houvesse um discurso de mudança em relação aos novos nomes que passaram a integrar o MS.

A nomeação de Nísia Trindade, socióloga e até então presidente da Fundação Oswaldo Cruz desde 2017, para o cargo de ministra da saúde chegou como um marco na história da pasta. Além de a primeira mulher, Nísia quebrou a tradição da nomeação de médicos para o cargo. A profissional, a frente da Fiocruz, foi ainda responsável pela articulação tecnológica entre o instituto, o Ministério da Saúde, a Universidade de Oxford e a farmacêutica AstraZeneca no processo de produção e distribuição da vacina para COVID-19. Nísia surgiu como uma nomeação que parecia repudiar o negacionismo e a ação não só anticidência, mas anti social do governo anterior.

A partir da nomeação de Nísia, as demais secretarias do ministério passaram a ter seus quadros também reformulados, chegando a contar com a criação de novas secretarias como a Secretaria de Informação e Saúde Digital e a Coordenação de Desenvolvimento em Saúde. Além disso, o governo fez um ‘revogaço’ de portarias implementadas na gestão anterior e que iam de frente aos novos princípios do órgão, além dos princípios do SUS. A intenção foi anular também decisões tomadas unilateralmente pelo Ministério da Saúde, sem diálogo com órgãos como o Conass, o Conasems e o Conselho Nacional de Saúde. Seguindo a ordem de reformulações, foi nomeado ao cargo de secretário da SAPS o médico Nésio Fernandes. Nésio foi secretário de saúde do Espírito Santo e, na ocasião, demonstrou apoio ao programa de financiamento Previne Brasil, contrapondo as críticas feitas por colegas sanitaristas e expostas ao longo desta pesquisa.

"Quando foi instituído o Previne muitos disseram que a Atenção Primária iria acabar. Temos visto o contrário. O repasse federal pode chegar a financiar de 60% a 70% do custeio das equipes da Atenção Básica. O melhor financiamento que existe hoje no Ministério da Saúde é o financiamento da APS. Além disso, é garantidor de uma estabilidade de organização e provimento do serviço", ponderou Fernandes (SAPS, 2021b)

A declaração foi realizada diante da presença do então responsável pela SAPS, Raphael Câmara, em oficina relativa ao Previne Brasil realizada em Vitória/ES em setembro de 2021.

Em fevereiro de 2023 o Ministério da Saúde apresentou, através da SAPS, o novo slogan e a aposta política do setor para o governo Lula. A “APS do Futuro” foi lançada pela SAPS através de Nésio Fernandes, juntamente da ministra da saúde, Nísia Trindade no 1º Fórum 90/90 da APS do Futuro. No momento, o secretário declarou os ideais para o aperfeiçoamento da APS e os planos do governo para o avanço da cobertura da APS no país.

Para o secretário da Saps, Nésio Fernandes, “a APS do futuro será aquela em que empregada e empregadora façam pré-natal na mesma unidade”, afirmou, lembrando que a equidade no acesso está diretamente ligada à qualidade na oferta de saúde – que envolve aumento de recursos humanos, capilaridade, eficiência e diminuição de filas, entre outras necessidades que motivam brasileiros a procurar os serviços privados. “O SUS precisa ser um espaço onde as pessoas sintam segurança de ter o seu cuidado na dimensão assistencial”, explicou. (SAPS, 2023) <https://aps.saude.gov.br/noticia/20636>

Em documento produzido em fevereiro de 2023 pela Rede APS, destinado à SAPS, o caráter do financiamento é abordado a partir da ideia de que ele seja adequado e suficiente, significando um aumento de 100% no financiamento da pasta. O exercício que os autores fazem é imaginativo ao pensar o ideal da APS do Futuro e os componentes necessários para tal. O “SUS para todos” torna-se uma utopia necessária em um país que avança a passos largos rumo à convenção de saúde como produto e, como tal, a ser obtido via rede privada. Nesse sentido, é necessário pensar quais os passos que levam na direção do exercício imaginativo proposto tanto pela Rede APS quanto pela nova gestão da SAPS. Como aumentar o orçamento da SAPS e o repasse aos municípios sem permanecer na lógica produtivista de pagamento por desempenho? A proposta é compatível com o atual estado de vulnerabilização do trabalhador da saúde com os planos para a APS do Futuro?

A posição da Rede APS é a de revogação do Previne Brasil enquanto via de financiamento da APS, reivindicando a construção de um novo modelo, a partir de consenso tripartite. Um dos principais argumentos para a revogação do programa é a retomada do financiamento da APS a partir da base populacional. Como mencionado ao longo desta pesquisa, o Previne Brasil, ao restringir financiamento à população cadastrada nos serviços de saúde, retira do bojo do SUS o caráter da universalidade. A insistência no argumento é um lembrete da inconstitucionalidade do programa e de sua execução orçamentária.

Em abril de 2023 foi realizado o 1º Seminário da Rede APS, com o tema “A Estratégia de Saúde da Família na garantia do direito à saúde e defesa do SUS”¹³². O evento contou com a participação de Nésio Fernandes abordando a APS do Futuro. A apresentação de Nésio não distinguiu das outras proferidas ao longo do ano. A ideia era uma apresentação do novo projeto da SAPS, ainda que ações concretas no campo da reforma não estivessem sendo pautadas. Nésio abordou a necessidade da atualização da agenda da reforma sanitária, considerando que existem novas tecnologias e outras demandas no campo. A defesa de uma perspectiva de integração entre os níveis de atenção e as demais políticas públicas, assim como o incentivo à participação social e o reforço da gestão tripartite também surgiram nas falas do secretário como pautas

¹³² Disponível em https://www.youtube.com/watch?v=Y7ijKUGVcZs&ab_channel=TVAbrasco

importantes para a SAPS. Nésio repetiu a fala de que empregadora e empregada façam pré-natal na mesma unidade como o slogan que indica uma qualidade no nível da APS que atraia até mesmo quem comumente utiliza a rede privada¹³³. Para tal, o secretário afirmou ser necessário tanto resgatar a abordagem da saúde de base comunitária, retirando o médico do atendimento exclusivamente ambulatorial, como reposicionar a enfermagem em um lugar de autonomia técnica. Estas são duas questões frequentemente apresentadas no campo de pesquisa desta tese, comumente acionadas na ligação entre a necessidade de atender as demandas locais e responder a uma lógica de rendimento e produtividade.

Quando questionado a respeito dos planos para o Previne Brasil, Nésio informou que o tema seria pauta de debate no segundo quadrimestre de 2023, com planos de mudança no financiamento ainda em 2023. A proposta seria dialogar sobre a possível mudança com os demais órgãos de representantes estaduais e municipais. O secretário afirmou a necessidade de uma revisão metodológica do financiamento proposto pelo programa, assim como a necessidade de considerar o financiamento da APS e a proposta de reforma fiscal do nível federal. A revisão na Política Nacional da Atenção Básica e o diálogo com as reivindicações da 17ª Conferência Nacional de Saúde, a ser realizada em julho de 2023, seriam itens importantes dentro da discussão do futuro do Previne Brasil. Em termos de atenção multiprofissional junto à ESF, Nésio afirmou que o plano era que 90% das equipes da APS contassem com a atuação dos NASF, programa que teve custeio revogado pelo governo anterior.

A publicação da Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023 trouxe o retorno do NASF, reformulado mas com o mesmo ideal, para o campo da APS. A partir da portaria, as equipes eMulti passam a ser classificadas em três categorias: Multiprofissional Ampliada - eMulti Ampliada; Multiprofissional Complementar - eMulti Complementar; e Multiprofissional Estratégica - eMulti Estratégica (BRASIL, 2023). Cada categoria contando com parâmetros de implementação e incentivo federal de custeio próprio. Para além, foram inseridos também valores referentes ao pagamento por desempenho destas equipes. A contabilização destes indicadores de desempenho, conforme o texto da publicação, está prevista para janeiro de 2024.

¹³³ Ao ouvir a fala de Nésio Fernandes, me perguntava sobre as particularidades da relação que ele usa como comparação e a viabilidade da premissa proposta. Considerando Sobral, ainda que existam bairros com moradores de classes sociais diferenciadas, não tenho memória pessoal de empregadoras e empregadas morando sequer no mesmo bairro. Além disso, o campo demonstra que o funcionamento dos CSF localizados em bairros de classe popular e de renda média diferem drasticamente. Horários, equipes e, principalmente, nível de demanda, constroem vivências diferenciadas ainda que no mesmo SUS, na mesma cidade. Esta reflexão não se propõe a construir um dogma em torno da viabilidade da fala de Nésio, mas para apontar que determinantes outros se cruzam entre a idealização de uma política e sua aplicação.

Art. 14. Fica definido o incentivo financeiro de Pagamento por Desempenho das eMulti, para os municípios em conformidade com os critérios estabelecidos nesta Portaria, e que alcancarem os indicadores, em avaliação quadrimestral, a ser repassado mensalmente, nos seguintes valores:

I - R\$ 9.000,00 (nove mil reais) por eMulti Ampliada;

II - R\$ 6.000,00 (seis mil reais) por eMulti Complementar; e III - R\$ 3.000,00 (três mil reais) por eMulti Estratégica. (Brasil, 2023)

Dentro dos indicadores previstos para as equipes eMulti estão:

I - percentual de solicitações respondidas pela eMulti em 72 horas;

II - satisfação da pessoa atendida pela eMulti;

III - resolução das ações interprofissionais com as eMulti;

IV - quantidade de ações realizadas pela eMulti; e

V - percentual de atendimentos remotos mediados por TIC realizados pela eMulti. (Brasil, 2023)

O alcance da meta V conta com bonificação extra. A estratégia está em sintonia com a posição do governo federal referente a ampliação da informatização no campo da saúde pública. A agenda, a partir do governo Lula, passou a ser encabeçada pela criação da Secretaria de Informação e Saúde Digital, com a pesquisadora Ana Estela Haddad à frente da pasta¹³⁴.

A portaria GM/MS nº 635 contempla não só equipes novas, mas abre espaço para homologação de equipes multiprofissionais que não eram financiadas com recurso federal. O caso se aplica ao município de Sobral que contava com equipes do NASF financiadas com recurso do tesouro municipal. No segundo semestre de 2023 ocorreu um evento em Sobral com as equipes do NASF para anunciar a mudança para a categoria eMulti e as implicações da mudança, apesar de até então as equipes não estarem homologadas através da nova portaria. Entre as mudanças, a gestão informou que serão adicionados mais profissionais de cada categoria por equipe, além do repasse de verba federal própria para estas, contando com bonificação mensal. Segundo relato de profissional do NASF, até novembro de 2023 as equipes ainda não tinham sido homologadas ou ampliadas. Apesar de não fazer parte do Previner Brasil, a homologação de equipes e o financiamento vinculado a esta ação possibilita a inserção de profissionais na APS, auxiliando o trabalho dos profissionais da ESF e pode auxiliar a desafogar as filas de espera e pilhas de encaminhamentos compartilhadas por meus interlocutores. Cabe pensar se a adição destes profissionais vai oxigenar a APS e a ESF ou apenas deslocar o foco dos profissionais que têm de atender a demandas de produtividades próprias da ESF. Considerando que as eMulti vão contar com a dinâmica do pagamento por desempenho, até então ausente da rotina do NASF no município, pelo menos de forma institucionalizada, serão

¹³⁴ Ver em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/janeiro/professora-e-pesquisadora-ana-estela-haddad-assume-a-secretaria-de-saude-digital>

estes aliados dentro da APS ou adições ao coro dos descontentes? A eMulti não entra no Previne Brasil, mas parece seguir a mesma toada.

Durante a 17ª CNS, construída através do diálogo entre os 5.800 delegados eleitos para participar do evento, foram aprovadas 1.190 propostas e 240 diretrizes a serem inseridas no Plano Nacional de Saúde e Plano Plurianual de 2024-2027 (ASCOM/CES-RJ, 2023). Em relação ao Previne Brasil, as propostas foram desde a reestruturação do programa em seu plano de funcionamento, como inclusão de indicadores e novas políticas para populações específicas, até a extinção total do programa e da PNAB 2017. Relacionadas, surgem ainda reivindicações contra a gestão privada dos serviços públicos da atenção básica e a precarização da atuação em saúde, assim como o enfraquecimento da ESF e seus componentes¹³⁵. A constituição das propostas e diretrizes da 17ª CNS demonstram não só a necessidade de reformulação e fortalecimento das políticas voltadas para a APS, como alertam que as reformas impostas desde a PNAB 2017 e a execução do Previne Brasil durante o governo de Jair Bolsonaro não foram aceitas e implementadas de forma tão homogênea e entusiasmada quanto a comunicação governamental buscava construir em forma de narrativa de sucesso.

Em três de outubro de 2023 foi publicada portaria pelo Ministério da Saúde referente aos indicadores de pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil. A portaria GM/MS nº 1.464 altera a portaria nº 3.222 ao definir que no ano de 2023 serão considerados os sete indicadores do programa conforme previsto anteriormente, sem adição ou exclusão de itens. A notícia chegou quando estavam prestes a serem divulgados os resultados do segundo quadrimestre de 2023. Desse modo, ficou claro que a previsão de Nésio de modificar a forma de financiamento da APS até o fim de 2023 não se consolidaria. Sem alterações, o Previne Brasil segue dentro do novo governo federal como rastro da neoliberalização da gestão da saúde e da precarização tanto do trabalhador, quanto do próprio Sistema Único de Saúde.

¹³⁵ O documento pode ser consultado em https://conselho.saude.gov.br/images/17cns/Relatorio_Consolidado_da_17_CNSv2_1.pdf

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao fim de 2022, depois de um ano de idas e vindas frequentes entre Ceará e Santa Catarina, me vi rabiscando repetidamente um trecho de “Último Pau-de-Arara”, canção de Luiz Gonzaga. Poderia ser que o que me chamasse a atenção naquele momento fosse justamente a ideia da migração, de fazer e refazer caminho entre a minha terra e o sul do país. Porém, não era a sina de tantos conterrâneos que me afetava, mas os versos primeiros da canção: *O tempo aqui só é ruim quando não chove no chão / Mas se chover, dá de tudo / Fartura tem de porção*. Me via rabiscando e repetindo como mantra enquanto elaborava sobre notas, cortes e financiamentos. Escrevia na contracapa de livros que se tornaram referências bibliográficas e que vêm, na sessão seguinte desta tese, expostos ordenadamente. Percebi depois, quando a escrita do trabalho já avançava, que eu pensava no próprio SUS como a terra seca da canção. Era a ideia inicial de um sistema de saúde amplo, gratuito e de qualidade que eu via atravessada pela escassez, e era sobre esta seca que eu escrevia. Ao mesmo tempo, escrevia sobre os que insistem na lida diária, seja na assistência em saúde, seja nas articulações político-acadêmicas sobre o tema. Coloco-me ao lado deles por entender que aqui também tracei caminho.

Há uma certa ambição, quase desmedida, em se propor a descrever uma rede sociotécnica. Isso se dá pois a empreitada, como apresentei na introdução deste trabalho, envolve saber que a rede vai continuar, independentemente de onde quem descreve opte por interromper sua descrição. É preciso fazer as pazes com a ideia de que há muito além, tanto antes e durante, quanto depois da descrição. Justamente por isso, se faz necessário retomar o caminho e descrevê-lo.

A tese construída através dos capítulos aqui apresentados buscou, amparada pela perspectiva da Teoria Ator-Rede, descrever a rede sociotécnica construída e acionada na atenção primária de Sobral, Ceará, em prol da implementação do Programa Previne Brasil, nova forma de financiamento da APS, lançado no fim de 2019 pelo governo federal. Para tal, busquei seguir os movimentos não só dos sujeitos que se tornaram meus interlocutores através de entrevistas, mas dos objetos e espaços acionados no decorrer do movimento do campo. Assim, surgiram ao longo deste texto, experiências e atravessamentos de uma rede que envolveu pessoas, unidades de saúde, ruas, planilhas, prontuários, cadernos, pastas, programas de computador e uma miríade de elementos que me auxiliaram a traçar um dos caminhos possíveis para compreender o Previne Brasil não só em Sobral, mas no país. Na interlocução com 116 profissionais da rede de saúde local, a pesquisa foi sendo construída ao longo de quatro anos, desde sua base teórica, até os desdobramentos políticos do programa e a expansão deste. Foi

nesse movimento que encontrei o Previne Brasil como objeto de controvérsia dentro da rede de saúde, nos níveis local e nacional, imerso em tentativas de estabilização em prol da ideia de que ele significaria não só um incremento de qualidade na APS, como a expansão desta, ancorada no dito mais moderno preceito da gestão na saúde: o pagamento por desempenho.

Buscando acompanhar os movimentos da rede sociotécnica acionada para a implementação do Previne em Sobral, ao mesmo tempo em que eu me colocava como um dos pontos desta rede, demonstrei ao longo do texto a necessidade de recuperar o contexto sócio-histórico não só do surgimento do Previne Brasil, mas do próprio direito à saúde e a dimensão desta como dever do Estado. A fim de compreender as críticas ao programa da dimensão do rompimento do princípio da universalidade do SUS, recuperei a própria luta política em prol da criação deste, voltando aos preceitos da Reforma Sanitária e da situação da assistência ao país no decorrer do século XX. Assim, chegando até a instituição da Constituição Cidadã, de 1988 e a criação do SUS através da Lei 8.080/1990 para descrever os primeiros passos da construção de um sistema de saúde ancorado na universalidade, equidade e integralidade. É justamente esta recuperação histórica que possibilita a visualização das dificuldades orçamentárias que o SUS passou desde sua criação, assim como a institucionalização em nível nacional de experiências que até hoje repercutem na atenção primária, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa Saúde da Família. Foi considerando as dificuldades político-orçamentárias do SUS como reflexo da inclinação do governo federal em prol de uma gestão ancorada nos preceitos da racionalidade neoliberal que abordei as experiências desta forma de gestão na América Latina e no Brasil, apontando o crônico subfinanciamento ao qual o SUS foi alvo.

Considerando o neoliberalismo como um conjunto de práticas (Foucault, 2008), busquei aqui tornar visíveis as relações entre decisões governamentais vendidas como apolíticas e os projetos de promoção de um Estado que rompe com práticas de assistência em relação aos cidadãos, assim como com a própria ideia de comunidade. A experiência do Brasil através de governos progressistas ao longo da década de 2000 é indicada como momento de forte avanço nas questões sociais, incidindo na expansão do SUS e na articulação de novos modelos, fortalecendo dimensões como a ação multiprofissional e o fortalecimento da regionalização. Assim, foi necessário seguir todos estes pontos históricos para chegar ao momento em que o país se viu imerso na narrativa da crise política e financeira, desencadeando processos que culminaram no Golpe de 2016, vinculado ao impeachment de Dilma Roussef, e a posterior aprovação da Emenda Constitucional 95. É a partir desta emenda que se torna claro o retorno do país ao campo da gestão neoliberal e a força narrativa de que a solução para a crise financeira estaria diretamente ligada à supressão de gastos com questões vistas como sociais,

flagrantemente relativas às áreas da saúde e educação. É na corrente da crise sociopolítica que chegamos até a eleição de Jair Bolsonaro para a presidência da república em 2018, sob a narrativa não só de uma gestão liberal da economia, como de uma posição apolítica, ausente de caráter ideológico. Todavia, era justamente a ideologia neoliberal que atravessava os planos do governo e, conseqüentemente, as ações daquele. Assim, surgiu no campo da atenção primária o Programa Previne Brasil, objeto privilegiado desta tese.

A imersão no campo teórico e prático do Previne Brasil e de seus desdobramentos no local, a cidade de Sobral, e no nível nacional passou a contar com o acompanhamento da multiplicação tanto de controvérsias em relação ao programa – e ao próprio governo Bolsonaro – quanto de mediadores. Atravessamentos outros como a COVID-19 e a necessidade de readequação das rotinas dos diversos níveis de atenção, assim como das práticas individuais e coletivas em casa, no trabalho e nas ruas surgiram também como pontos de contato na ampla rede que fez com que em 2022 Sobral chegasse ao podium nacional do ranqueamento produzido pelo governo federal com base nos alcances de indicadores previstos através do Previne Brasil, condensados através do Índice Sintético Final. Decompondo este índice, a capitação ponderada, os sete indicadores de desempenho e o incentivo para ações estratégicas surgiram como os três imperativos do Previne para a viabilização do financiamento da atenção primária. Isto fez com que se inaugurasse no setor o caráter do pagamento por desempenho, alterando não só as práticas dos profissionais, mas as formas de monitoramento e avaliação deste nível de atenção.

Como objeto novo e não estabilizado, o Previne Brasil, a partir do nível local, foi traçado em Sobral como atravessado por técnicas de gestão e registros que envolveram desde cadernos particulares, equipamentos públicos, planilhas, softwares, hardwares e espaços diversos. Estes ora buscavam conformação aos imperativos do programa, ora serviam de contraponto aos erros do próprio sistema, muitas vezes apontados através dos relatórios produzidos a partir do Prontuário Eletrônico do Cidadão. Assim, o programa surgiu nas falas dos profissionais e gestores tanto como uma forma de maior controle em relação às ações e a visão da população atendida, como uma queixa relativa à intensificação da burocratização, diretamente vinculada ao risco de desfinanciamento das equipes que não alcançassem as metas do programa. Assim, a tecnologia de gestão e de monitoramento implementada a partir do Previne Brasil demonstrou estar ainda em crise, ainda que seus formuladores tenham lançado diversos esforços na disputa narrativa em torno da eficiência do programa e ineficiência dos gestores locais.

Foi seguindo os mediadores, - apagados diante dos índices apontados nos Painéis de Indicadores onde o Previne Brasil classificava municípios - equipamentos e equipes, que temas

como a burocratização do trabalho na APS, as dimensões de eficiência e eficácia do programa no nível financeiro, gestor e de desfechos em saúde, surgiram como temas de interesse. Esta conduta só foi tornada possível diante da abertura do campo e da generosidade de meus interlocutores em não só concederem entrevistas, mas abrirem seus consultórios e salas, permitindo-me entrar em farmácias, quintais, salas de exame e copas de unidades de saúde, visualizando as relações estabelecidas não só com os espaços, mas com os equipamentos, as diretrizes e as práticas de gestão acionadas a partir do Previne Brasil. Por muitas vezes, essa abertura significou extrapolar as previsões do projeto desta tese, submetido aos comitês de ética de instâncias diversas. Afinal, como lembra Galeano (1991), “Quando é verdadeira, quando nasce da necessidade de dizer, a voz humana não encontra quem a detenha. Se lhe negam a boca, ela fala pelas mãos, ou pelos olhos, ou pelos poros, ou por onde for.” (p. 14). Se não há espaço para diálogo entre os números e as listas do Previne Brasil, há no texto aqui construído uma tentativa de ofertar não só a palavra, mas a escuta. Aqui, não só sujeitos, mas números, documentos e demais elementos do campo são alçados a contribuintes no diálogo. Na perspectiva da antropologia simétrica, a experiência de Jackson, ACS, cruzando estradas de chão para realizar visitas na área rural do município são tão importantes para entender o Previne Brasil como as falas do então coordenador da SAPS e criador do programa, Erno Harzheim, ou mesmo as diretrizes assinadas por este. Da mesma forma, o caderno de Vânia e o ISF atribuído a Sobral no ranking do Previne são elementos essenciais dentro da rede sociotécnica acionada/construída através da rede de saúde de Sobral. Compreender estas relações só foi possível diante da abertura ao movimento dos atores e, como disse Latour (2019), de pagar o preço das baldeações.

Entre os imponderáveis da pesquisa, destaquei a relação entre a assistência em saúde e as questões da violência dentro e fora dos equipamentos de saúde. Assim, demonstrei como a própria ideia de rendimento e alcance de metas é atravessada por questões não previstas em diretrizes, notas ou programas. A produtividade dos profissionais, o número de visitas realizadas, os sujeitos que são ou não autorizados a circular e as formas de circular no território e nos próprios equipamentos de saúde são colocados em destaque. Os relatos descritos surgiram não por acaso diante de uma pesquisa relativa à um programa de financiamento, surgiram porque são parte inerente ao trabalho em saúde, ainda que constantemente apagada ou escamoteada. Seguindo a mesma dinâmica, expus a questão do adoecimento mental entre profissionais de saúde e usuários dos serviços de saúde, tensionando não só questões relativas ao trabalho em saúde e as demandas produtivas esperadas do sujeito ideal do neoliberalismo, mas dos limites da atenção à saúde psicológica na atenção primária e os diálogos possíveis com

a atenção secundária. Trago por fim a discussão dos próprios limites da atenção primária, não só diante do Previne Brasil, mas do reflexo histórico do subfinanciamento do SUS e das possibilidades de estruturação dos demais níveis de atenção à saúde. Atravessando o final da gestão do governo Bolsonaro e a retomada de um governo do campo progressista, aponto a permanência inalterada do Previne Brasil como rastro do neoliberalismo e seus imperativos na organização e articulação da atenção primária no país.

Considero como um dos achados desta pesquisa a noção de que a eficácia do Previne Brasil, enquanto programa de financiamento da atenção primária e tecnologia de gestão, só se dará quando, considerando a abordagem da TAR, este se transformar em caixa-preta dentro do sistema de saúde. Assim, só deslocando os interesses das ações e desfechos em saúde para o cálculo financeiro de custo/efetividade, focando no arrocho orçamentário, apagando os mediadores da rede e suas experiências, que o programa poderá enfim se estabilizar o suficiente e garantir sua opacidade. Se este é o efeito desejado pelo sistema que produziu o Previne Brasil e a ideologia no qual ele se ancorou, esta tese demonstrou que existem não só movimentos constantes de mediadores, como a multiplicação destes no campo da atenção à saúde. Essa visualização só foi possível ao considerar o macro e o micro das relações de financiamento e assistência à saúde, extrapolando tanto Painéis de Indicadores, quanto consultórios de Centros de Saúde da Família.

Como potencias desta pesquisa, destaco a visualização do Previne Brasil desde sua construção até os desdobramentos que o programa tomou no nível municipal, tanto no nível amplo da gestão, quanto no particular da vivência das equipes e dos profissionais dos Centros de Saúde da Família. Através da descrição da rede foi possível compreender o Previne Brasil para além de seu Índice Sintético Final e a experiência sobralense para além da colocação no ranking promovido pelo programa. Se há uma nota, os profissionais que contribuíram com esta pesquisa demonstraram as diferentes formas de construção desta, envolvendo desde melhorias técnicas e avanços no controle de condições de saúde, até adoecimentos, frustrações e aflições relativas à carga física, mental e trabalhista de serem inseridos em um regime de pagamento por desempenho. Assim, a pesquisa demonstra contribuições não só para o estudo do neoliberalismo como conjunto de práticas, mas para as discussões no setor saúde, indicando que o fator ideológico não está ausente, seja de diretrizes, seja das práticas de cuidado e a forma que este é ofertado e/ou viabilizado pelo sistema e pelos profissionais.

Se a antropologia se reinventa ao abordar as facetas de sofrimento e propor uma antropologia ativista, como aponta Ortner (2020a), entendo que aqui demonstrei como a Teoria Ator-Rede pode contribuir para o acompanhamento dos movimentos e práticas

neoliberalizantes, tornando visíveis as produções e as resistências que surgem a partir dos encontros. A ‘mão do capital’ e ‘os ventos do neoliberalismo’ surgem neste texto nomeados e descritos, seja através dos construtores do Previnde Brasil, seja nas falas de gestores que ignoram as falhas de funcionamento do programa e a experiência dos profissionais quando confrontados com as inconsistências.

Ainda que não seja possível extrapolar a experiência dos profissionais de Sobral para fornecer uma imagem de verdade uníssona em relação à implementação do Previnde Brasil ao longo do país, os sucessos, as dificuldades e as estratégias que surgiram através das vivências de meus interlocutores são capazes de fazer eco junto a experiências de outros municípios, assim como servir de mote para a compreensão do programa nos diferentes territórios, considerando as particularidades de sujeitos e ambientes. Afinal, é também pelo entendimento da diferença que se conhece o outro.

Encerro este trabalho exaltando a rede de saúde que me recebeu durante o tempo da pesquisa e que me deu suporte no tempo em que eu era usuária de seus serviços. É pela dedicação e compromisso dos profissionais e gestores que é possível visualizar não só os desafios enfrentados frente aos cortes e as contenções de financiamento, mas as potencialidades do sistema de saúde.

Entre as conexões da rede que me propus a conhecer e descrever, eu e este texto somos agora mais pontos de contato e, pela própria natureza do conhecimento, de potenciais controvérsias. Que sejam produtivas.

REFERÊNCIAS

- ABATH, G. M.. MEDICINA GERAL COMUNITARIA NO BRASIL. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 8, n. 3, p. 166–177, 1984.
- AKRICH, M. Como descrever os objetos técnicos?. **Boletim Campineiro de Geografia**, v. 4, n. 1, p. 161–182, 2014. Disponível em: <https://publicacoes.agb.org.br/boletim-campineiro/article/view/2516>. Acesso em: 2 abr. 2023.
- ALBUQUERQUE, C.; MARTINS, M. Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas. **Saúde em Debate**, v. 41, n. spe, p. 118–137, mar. 2017.
- ALMEIDA, C. **O mercado privado de serviços de saúde no Brasil**: panorama atual e tendências da assistência Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde. Texto para discussão n.599, Brasília: Ipea. 1998.
- ALMEIDA, S. Estado racista e crise do capitalismo. **Blog Da Boitempo**. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/silvio-almeida-estado-racista-e-crise-do-capitalismo/>. Acesso em: 8 jun. 2023.
- ANDRADE, L. O. M. de, *et al.* ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM SOBRAL: OITO ANOS CONSTRUINDO UM MODELO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, v. 5, n. 1, p. 9-20, jan/mar. 2013. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/118>. Acesso em: 4 mar. 2023.
- ANTUNES, A. Entra atenção primária, sai o controle social. **EPSJV/Fiocruz**. 24 maio 2019. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/entra-atencao-primaria-sai-o-controle-social>. Acesso em: 17 maio. 2023.
- ANTUNES, R.; PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serviço Social & Sociedade**, n. 123, p. 407-427, set. 2015.
- APPEL, H. **The Licit Life of Capitalism**: US Oil in Equatorial Guinea. Carolina do Norte: Duke University Press, 2019.
- ARAGÃO, F. A. A.; BENEVIDES, P. S. Benefícios sociais na plataforma Govdata: o uso da correlação de dados como critério de tomada de decisão no setor público. *In*: Luciana Pavowski Franco Silvestre (Orgs.). **Estética e política nas ciências sociais aplicadas**. Ponta Grossa: Atena, 2020.
- ASCOM CNS. Saúde perdeu R\$ 20 bilhões em 2019 por causa da EC 95/2016. **Conselho Nacional de Saúde**. 2020. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1044-saude-perdeu-r-20-bilhoes-em-2019-por-causa-da-ec-95-2016>. Acesso em: 20 maio. 2023.
- ASCOM/CES-RJ. **17ª Conferência Nacional de Saúde aprovou mais de mil propostas para o SUS**. Disponível em: <https://cesrj.org/2023/07/07/17a-conferencia-nacional-de-saude-aprovou-mais-de-mil-propostas-para-o-sus/>. Acesso em: 22 dez. 2023.
- ÁVILA, A. A. **Dentro e fora do manual**: experiências de mulheres realizando pré-natal através do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Dissertação. Programa de

Pós-graduação em Antropologia Social. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: SC. 2020.

BAHIA, L. Acesso, Utilização e Preços de Ações e Serviços de saúde no Brasil: Estratificação *versus* Universalização. *In: A Saúde do Brasil*. ROCHA, Rudi; LAGO, Miguel; GIAMBIAGI, Fabio (Orgs.). São Paulo: Ed. Lux, 2022. pp. 71-87.

BANDEIRA, N.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Itinerários terapêuticos para o estudo dos serviços de saúde mental. *In: CASTRO, C. P. ; CAMPOS, G. V. S. FERNANDES, J. A. (Orgs.). Atenção primária e atenção especializada no SUS: análise das redes de cuidado em grandes cidades brasileiras*. São Paulo: Hucitec, 2021, pp. 79-98.

BARRETO, W. **Ministério da Saúde apresenta Sistema DigiSUS Gestor para nova gestão do CNS**. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/2256-ministerio-da-saude-apresenta-sistema-digisus-gestor-para-nova-gestao-do-cns#:~:text=O%20DigiSUS%20%C3%A9%20um%20sistema>>. Acesso em: 20 dez. 2023.

BARROS, R. B. Dispositivos em ação: o grupo. *In: SILVA, André do Eirado (Org.) SaúdeLoucura 6: subjetividades*. São Paulo: Hucitec, 1997.

BELO, K. O.; DRUMMOND JÚNIOR, M. Funcionamento da Atenção Primária e acesso à Atenção Especializada. Dados secundários: processo de construção, metodologia, análise de dados e triangulação. *In: CASTRO, C. P. ; CAMPOS, G. V. S. FERNANDES, J. A. (Orgs.). Atenção primária e atenção especializada no SUS: análise das redes de cuidado em grandes cidades brasileiras*. São Paulo: Hucitec, 2021, p. 23-54.

BIANCHI, L.; ADAMCZYK, W. **Pagamento por desempenho na Atenção Primária: síntese rápida de evidências de 2015 a 2021**. Enap: Brasília, 2022. Disponível em <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/7406/1/2022.05.20%20-%20Pagamento%20por%20desempenho%20na%20aten%c3%a7%c3%a3o%20prim%c3%a1ria.pdf> Acesso em 12 dez. 2023.

BOTELHO, D. L. L. *et al.* ODONTOLOGIA E GESTAÇÃO: A IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, v. 18, n. 2, p. 69-77, dez. 2019.

BOUSQUAT, A *et al.* Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS- 2021. **Relatório de Pesquisa**. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco, 2021.

BRASIL. Casa Civil. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF. 2011a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 01 abr 2023.

_____. Casa Civil. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, DF: Casa Civil, 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 8 jun. 2023.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2015.

_____. GABINETE DE TRANSIÇÃO GOVERNAMENTAL RELATÓRIO FINAL. BRASÍLIA, DF. 2022c. Disponível em <https://static.poder360.com.br/2022/12/Relatorio-final-da-transicao-de-Lula.pdf> Acesso em 12 abr 2023.

_____. Ministério da Saúde. **A Política de Saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites** / Ministério da Saúde; elaborado por Barjas Negri. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete da Ministra. **Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023**. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF. 2023. Disponível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-484773799>. Acesso em 12 out 2023.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **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. Brasília, DF. 2021. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt0166_29_01_2021.html. Acesso em: 8 abr 2023.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 1.654, de 19 de Julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Brasília, DF. 2011b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html. Acesso em: 2 abr 2023.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 1.498, de 19 de Julho de 2013**. Redefine o Calendário Nacional de Vacinação, o Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas e as Campanhas Nacionais de Vacinação, no âmbito do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em todo o território nacional. Brasília, DF. 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1498_19_07_2013.html Acesso em: 2 abr 2023.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.983, de 11 de novembro de 2019**. Institui o Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS, por meio da alteração das Portarias de Consolidação nº 5/GM/MS e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF. 2019b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.983-de-11-de-novembro-de-2019-227652196>. Acesso em: 5 jun 2023.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União. Brasília, DF, vol. 220, p. 97, 13 nov. 2019a. Disponível em:

<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em: 30 jun 2021.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019**. Dispõe sobre: os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União. Brasília, DF, vol. 239, p. 172, 11 dez. 2019c. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481>. Acesso em: 02 abr 2023.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF. 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 8 abr 2023.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000**. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília, DF, 1º de junho. 2000. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso: 3 dez 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Nota Técnica Nº 3/2022-Desf/Saps/Ms**. Indicadores de Pagamento por Desempenho do Programa Previne Brasil (2022) de que trata a Portaria GM/MS nº 102, de 20 de janeiro de 2022, publicada no diário oficial da união em 21 de janeiro de 2022 na edição nº 15, seção nº 1, página: 197 que alterou a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Brasília, DF. 2022a. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2022/01/NT-Alteracao-Indicadores-de-Desempenho-Previne-Brasil-1.pdf>. Acesso em: 2 abr 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015**. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html. Acesso em: 2 jan 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 30 jun. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da assistência à saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência

à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. 2. ed. Brasília, DF. 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Sobral e Acaraú/CE protagonizam em desempenho na Atenção Primária brasileira**. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/18596>. Acesso em: 12 nov 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Nota Técnica Nº 5/2020-DESF/SAPS/MS**. Indicadores de pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil (2020). Brasília, DF. 2020. Disponível em https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200204_N_SEIMS-0013327270-NotaTecnicaIndicadores_3604088260565235807.pdf Acesso em 01 abr 2023.

BRITO, T. D. O. *et al.* O CUIDADO AO USUÁRIO TABAGISTA EM DOIS CENTROS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRAL/CE. *In*: Diógenes Farias Gomes *et al.* (Orgs.). **Transformações das residências multiprofissionais em saúde** [recurso eletrônico]. Sobral: Edições UVA, 2020.

BROWN, W. **Nas ruínas do neoliberalismo**: a ascensão da política antidemocrática no ocidente. São Paulo: Editora Filosófica Politeia, 2019.

CALDEIRA, T. P. R. Cidade de muros: crime, segregação e cidadania em São Paulo. Trad. Frank de Oliveira e Henrique Monteiro. São Paulo: Edusp, 2000.

CALLON, M. “Por uma nova abordagem da ciência, da inovação e do mercado – o papel das redes sociotécnicas”. *In*: PARENTE, André. (Org.) **Tramas da rede**. Porto Alegre: Sulina, 2004, p. 64-79.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/BLy9snvLVLbQRcZCzgFGyyD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 dez. 2023.

CASTRO, C. P.; Campos, G. V. S.; FERNANDES, J. A. Apresentação. *In*: CASTRO, C. P. ; CAMPOS, G. V. S. FERNANDES, J. A. (Orgs.). **Atenção primária e atenção especializada no SUS**: análise das redes de cuidado em grandes cidades brasileiras. São Paulo: Hucitec, 2021. p. 9-22.

CASTRO, R. Economias políticas da doença e da saúde: população, raça e letalidade na experimentação farmacêutica. **Ayé**: Revista de Antropologia, v. 1, n. 1, p. 1-26. 2019.

CECCON, R. F. *et al.* **Narrativas em Saúde Coletiva**: memória, método e discurso. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2022.

CHAMAYOU, G. **A sociedade ingovernável: uma genealogia do liberalismo autoritário**. Tradução de Leticia Mei. São Paulo: Ubu Editora, 2020.

CHIORO, A.; SCAFF A. **A implantação do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

CLIFFORD, J. **A experiência etnográfica: antropologia e literatura no século XX**. Organizado por José Reginaldo Santos Gonçalves. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2002.

COELHO NETO, G. C.; CHIORO, A. Afinal, quantos Sistemas de Informação em Saúde de base nacional existem no Brasil? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. 1-15, jul. 2021.

COELHO, C. M. A.; ANDRADE, L. O. M. de. (2013). IMPACTO PROVOCADO PELA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE AS AÇÕES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE – O CASO DE SOBRAL/CE. **SANARE - Revista De Políticas Públicas**, 5(1). p. 159-166, jan/mar. 2004. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/134> Acesso em: 12 abr 2023.

COELHO, K. T. R. **Avaliação da Formulação do Programa Previne Brasil: O Novo Modelo de Financiamento da Atenção Primária a Saúde**. 2020. 65 fl. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Avaliação de Políticas Públicas) – Escola Superior do Tribunal de Contas da União, Instituto Serzedello Corrêa, Brasília, DF. 2020.

COLLUCCI, C. Municípios ficam longe de meta para controle de diabetes e hipertensão e perdem verbas. **Folha de S. Paulo**. São Paulo, 3 set 2022. Disponível em: <https://folha.com/nevamlq9> Acesso em: 2 abr 2023.

_____. Mais de 80% dos municípios não atingem metas de controle de diabetes e hipertensão. **Folha de S. Paulo**. São Paulo. 17 abr 2023. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2023/04/mais-de-80-dos-municipios-nao-atingem-metas-de-controle-de-diabetes-e-hipertensao.shtml>. Acesso em: 17 maio. 2023.

CONASEMS. **PREVINE BRASIL** Status e perspectivas. [s.l: s.n.]. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/09/PROPOSTA_PREVINE_DIRETORIA-BH.pdf. 2021. Acesso em 17 maio. 2023.

CONASS. **Nota Técnica nº 07 de 2013**. Estratégia e-SUS Atenção Básica Sistema De Informação em Saúde da Atenção Básica – SISAB. Brasília: CONASS. 2013. Disponível em <https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2013/01/NT-07-2013-e-SUS-e-SISAB.pdf> Acesso em 12 abr 2023.

DAS, V. **Critical Events: An Anthropological Perspective on Contemporary India**. New Delhi: Oxford University Press. 1995.

DIÁRIO DO NORDESTE. Grendene, com 10 fábricas no Ceará, lucra R\$ 208 milhões. Disponível em: <https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/opiniao/colunistas/egidio-serpa/grendene-com-10-fabricas-no-ceara-lucra-r-208-milhoes-1.3153698>. Acesso em: 2 jun. 2023.

DOUGLAS, M. **Como as instituições pensam**. Trad. Carlos Eugênio Marcondes de Moura. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1998.

DUARTE, L. S. *et al.* Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. *Saúde e Sociedade*, v. 24, n. **Saude soc.**, 2015 24(2), p. 472–485, abr. 2015.

ESCOREL, S. *et al.* O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. v. 21(2), p. 164-176. 2007.

FARIAS, C. M. L. *et al.* Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 43, n. 5, p. 190-204, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/GPfqjbxJDnNpWMZ5TnDPyKN/?format=pdf>. Acesso em: 05 maio 2022.

FELLET, J.; PRAZERES, L. Sob Bolsonaro, mortes de yanomami por desnutrição cresceram 331%. **BBC News Brasil**. 17 fev. 2023. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/articles/cw011x9rpldo>. Acesso em: 17 maio. 2023.

FLEURY, S. Reforma Sanitária: múltiplas leituras, diálogos e controvérsias. *In*: Sonia Fleury (Orgs.). **Teoria da Reforma Sanitária**: diálogos críticos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018a.

_____. Revisitar a Teoria e a Utopia da Reforma Sanitária. *In*: Sonia Fleury (Orgs.). **Teoria da Reforma Sanitária**: diálogos críticos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018b.

FLEXA, R. Processo decisório em sistemas de saúde: uma revisão da literatura. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 3, p. 729-739, set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/3YfdwLsbNYPMPtc9ByV3SNh/#>. Acesso em: 10 dez. 2023.

FOUCAULT, M. **Nascimento da biopolítica**. Curso Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FRANCO, F. *et al.* O sujeito e a ordem do mercado: gênese teórica do neoliberalismo. *In*: SAFATLE, Vladimir; JÚNIOR, Nelson da Silva; DUNKER, Christian (org.). **Neoliberalismo enquanto gestão do sofrimento psíquico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2020. p. 47-75.

FREIRE, L de L. Seguindo Bruno Latour: notas para uma antropologia simétrica. **Comum**, v. 11, nº 26 , p. 46-65, jan/jun. 2006.

GALEANO, E. O Livro dos Abraços. Porto Alegre: L&PM, 1991. *E-book*.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. *In*: Eibenschutz, Catalina (Orgs.). **Política de saúde**: o público e o privado. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. pp. 177-198.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1475-1482, abr. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/TGQXJ7ZtSNT4BtZJgxYdjYG/>. Acesso em: 12 dez. 2023.

GONDIM, R. *et al.* Organização da atenção. *In*: GONDIM, Roberta; GRABOIS, Victor; JÚNIOR, Walter (org.) **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD. 2011. p. 93-120. Disponível em: <https://biblioteca.univap.br/dados/00002d/00002dfd.pdf> Acesso em: 30 jun. 2021.

GRAEBER, David. **The utopia of Rule**: on technology, stupidity, and the secret joys of bureaucracy. London: Melville House. Publishing, 2015.

GUEDES, J. de S. SANTOS, R. M. B. dos, LORENZO, R. A. V. Di. A Implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado de São Paulo (1995-2002). **Saúde Sociedade**. São Paulo, v. 20, n. 4, p. 875-883. 2011.

HARZHEIM, E. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1189–1196, abr. 2020.

HARZHEIM, E. *et al.* Bases para a reforma da Atenção Primária à Saúde no Brasil em 2019: mudanças estruturantes após 25 anos do Programa de Saúde da Família. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. v. 15, n. 42. p. 1-16, jan/dez. 2020a.

HARZHEIM, E. *et al.* Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1361-1374, abr. 2020b.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 297-305, fev. 2009.

KLEIN, N. **A doutrina do choque**: a ascensão do capitalismo de desastre. Trad. Vani Cury. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2008.

LATOURETTE, B. **A esperança de Pandora**: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos. Trad. Gilson Cesar Cardoso de Sousa. São Paulo: Editora Unesp, 2017.

_____. **Jamais fomos modernos**: ensaio de antropologia simétrica. Trad. Carlos Irineu da Costa. São Paulo: Editora 34, 4 ed. 2019.

_____. **Reagregando o social**: uma introdução à Teoria Ator-Rede. Tradução de Gilson Cesar Cardoso de Sousa. Salvador: EDUFBA – EDUSC, 2012.

_____. **Ciência em ação**: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora. Trad. Ivone C. Benedetti. São Paulo: Ed. Unesp, 2011.

LAW, J. Notes on the theory of the Actor-Network: ordering, strategy, and heterogeneity. **Systems Practice**, vol. 5, n 4, p. 379–393, Aug. 1992.

LEA, T. Desiring Bureaucracy. **Annual Review of Anthropology**, v. 50, n. 1, p. 59-74, 21 out. 2021. Disponível em <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev-anthro-101819-110147>. Acesso em 12 abr 2023.

LEANDRO, B. B. DA S. *et al.* Uso de tablets por Agentes Comunitários de Saúde no Brasil. **Saúde em Redes**, v. 7, n. 3, p. 159–172, dez. 2021.

LIMA, K. W. S. DE .; ANTUNES, J. L. F.; SILVA, Z. P. DA. Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 61–71, jan. 2015.

LUCENA, A. Governo Bolsonaro foi alertado sobre a fome da população Yanomami e cortou verba. **Carta Capital**. 13 fev. 2023. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/saude/governo-bolsonaro-foi-alertado-sobre-a-fome-da-populacao-yanomami-e-cortou-verba/>. Acesso em 17 maio. 2023.

MARINHO, A.; OCKÉ-REIS, C. O. **SUS: o debate em torno da eficiência**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2022.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, abr. 2020.

MASSUDA, A; MALIK, A. M. O Financiamento do Sistema de Saúde Brasileiro. *In: A Saúde do Brasil*. ROCHA, Rudi; LAGO, Miguel; GIAMBIAGI, Fabio (Orgs.). São Paulo: Ed. Lux, 2022. p. 52-70.

MEDEIROS, C. R. G. *et al.* A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. suppl 1, p. 1521–1531, jun. 2010.

MENDES, A.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, vol. 42, n. 1, p. 224-243, set. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s115>. Acesso em: 30 jun. 2021.

MENDONÇA, C. S. *et al.* Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 6, p. 2247-2257, jun. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5GyqvZVTTXQLnSbVwcZ6QvL/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 20 fev. 2023.

MENDONÇA, F. *et al.* Financiamento federal da atenção primária no Sistema Único de Saúde brasileiro *In: PEREIRA, A. M. M. et al.* (Orgs.). **Financiamento e organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil: mudanças e tendências nas regras federais do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, ENSP, 2022.

MONTEIRO, R. M. P. Dizem que sou louco: o caso Damião Ximenes e a reforma psiquiátrica em Sobral/CE. 2015. 215f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-graduação em Sociologia, Fortaleza (CE), 2015.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. DE F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. 1-20. 2020.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o sistema único de saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/7PPB5Bj8W46G3s95GFctzJx/?lang=pt>. Acesso em: 12 dez. 2023.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F.. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 42, n. 1, p. 261-274, set. 2018. Disponível em: <https://saudeemdebate.org.br/sed/article/view/669/1527>. Acesso em: 12 abr. 2023.

NEVES, J.; MACHADO, K. Atenção primária à saúde terá novo modelo de financiamento. **EPSJV/Fiocruz**. 11 de nov. de 2019. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/atencao-primaria-a-saude-tera-novo-modelo-de-financiamento>. Acesso em: 11 de junho de 2023.

NEVES, T. C. de C. L.; MONTENEGRO, L. A. A.; BITTENCOURT, S. D. de A. Produção e registro de informações em saúde no Brasil: panorama descritivo através do pmaq-ab. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 103, out- dez. p. 756-770, 2014.

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. *In*: CAMPOS, G. W. *et al.* (Orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2 ed. Rio de Janeiro: Hucitec, Editora Fiocruz, 2012. p. 283-318.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**, v. 3, n. 2, p. 5–21, 1994.

O'NEIL, C. **Algoritmos de Destruição em Massa**. Trad. Rafael Abraham. Santo André: Editora Rua do Sabão, 2020. *E-book*.

OCKÉ-REIS, C. O; MORETTI, B.; FUNCIA, F. R. Piso emergencial da saúde em 2021: uma questão de vida ou morte? **Carta Capital**, Rio de Janeiro, 30 out. 2020. Disponível em: www.cartacapital.com.br/blogs/brasil-debate/piso-emergencial-da-saude-em-2021-uma-questao-de-vida-ou-morte Acesso em: 2 mar. 2023.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. A aventura de uma grande pesquisa multicêntrica: diário de uma viagem ao mundo dos serviços SUS. *In*: CASTRO, C. P. ; CAMPOS, G. V. S. FERNANDES, J. A. (Orgs.). **Atenção primária e atenção especializada no SUS: análise das redes de cuidado em grandes cidades brasileiras**. São Paulo: Hucitec, 2021. p. 17 – 22.

ORTNER, S. B. A antropologia sombria e seus outros: Teoria desde os anos oitenta. Tradução e revisão Jainara Oliveira & Chiara Albino. **Sociabilidades Urbanas – Revista de Antropologia e Sociologia**, v4, n11, p. 27-50, jul, 2020a.

ORTNER, S. B. Sobre o neoliberalismo. Tradução Chiara Albino & Jainara Oliveira. Revisão Técnica Ariel David Ferreira. **Sociabilidades Urbanas – Revista de Antropologia e Sociologia**, v4, n11, p. 19-26, jul, 2020b.

PFAFFENBERGER, B. Fetishised Objects and Humanised Nature: Towards an Anthropology of Technology. **Man, New Series**, v. 23, nº. 2, Jun, p. 236-252. 1988.

PFAFFENBERGER, B. Social Anthropology of Technology. **Annual Review of Anthropology**, v. 21, p. 491-516. 1992.

PINHEIRO, A. L. S. *et al.* HEALTH MANAGEMENT: the use of information systems and knowledge sharing for the decision making process. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 25, n. 3, p. 1-9, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/Wpt3XsBswvCdWPTz8k4MpXJ/?lang=pt#>. Acesso em: 12 dez. 2023.

PINTO, L. F.; SANTOS, L. J. DOS. Prontuários eletrônicos na Atenção Primária: gestão de cadastros duplicados e contribuição para estudos epidemiológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1305–1312, abr. 2020.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (icsab). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, jun. 2018.

RIBEIRO, M. A. *et al.* Processo de implantação do e-SUS Atenção Básica em Sobral – CE. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 12, n. 3, p. 259-267, set. 2018.

ROCHA, R.; LAGO, M.; GIAMBIAGI, F.. Apresentação. *In: A Saúde do Brasil*. ROCHA, Rudi; LAGO, Miguel; GIAMBIAGI, Fabio (Orgs.) São Paulo: Ed. Lux, 2022. p. 23-30.

RODRIGUES, E. A. S. *et al.* Violência e Atenção Primária à Saúde: percepções e vivências de profissionais e usuários. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 4, p. 55-66, dez. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/HLjWFM7fqNPWS6c5QvkQtyM/>. Acesso em: 04 maio 2023.

ROSA, L., *et al.* **Previne Brasil**: Análise da distribuição dos recursos e diagnóstico de resultados. Estudo Institucional n. 9. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. 2023.

SAFATLE, V. A economia é a continuação da psicologia por outros meios: sofrimento psíquico e o neoliberalismo como economia moral. *In: SAFATLE, Vladimir; JÚNIOR, Nelson da Silva; DUNKER, Christian (org.). Neoliberalismo enquanto gestão do sofrimento psíquico*. Belo Horizonte: Autêntica, 2020. p. 17-46.

SAMPAIO, I.; ALENCAR, B. **Tiroteio em posto de saúde deixa três mortos no Bairro Dias Macedo, em Fortaleza**. G1 Ceará. 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/ce/ceara/noticia/2022/05/18/tiroteio-em-posto-de-saude-deixa-mortos-no-bairro-dias-macedo-em-fortaleza.ghtml>. Acesso em: 20 dez. 2023.

SANTANA, L. de L.; SARQUIS, L. M. M.; MIRANDA, F. M. D'A. Riscos psicossociais e a saúde dos trabalhadores de saúde: reflexões sobre a reforma trabalhista brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 1, p. 1-6, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/GRTpP3CgzgPmdZvdTtyknML/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 dez. 2023.

SANTOS, J. A. **A ampliação do processo de privatização da saúde pública no Brasil**. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2018.

SAPS. **Oficina Previne Brasil chega ao Espírito Santo**. 2021b. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/13978>. Acesso em: 20 dez. 2023.

SAPS. **Painéis de indicadores auxiliam gestores na qualificação dos serviços da APS**. 2021a. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/10776>. Acesso em: 20 dez. 2023.

SAPS. **Previne Brasil**: resultado de desempenho do 2o quadrimestre já está disponível. 2022b. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/19278>. Acesso em: 20 dez. 2023.

SAPS. **Saúde e Enap lançam publicação sobre pagamento por desempenho na Atenção Primária**. 2022a. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/noticia/20216>>. Acesso em: 20 dez. 2023.

SCHUCH, P. A vida social ativa da ética na Antropologia (e algumas notas do “campo” para o debate). *In*: SARTI, Cynthia; DUARTE, Luiz Fernando Dias (Orgs.). **Antropologia e ética: desafios para a regulamentação**. Brasília: ABA, 2013. p. 30-85.

SECRETARIA DE SAÚDE. **Central de Regulação de Sobral completa 4 anos no mês de maio com quase 700 mil agendamentos realizados**. 2023. Disponível em: <<https://saude.sobral.ce.gov.br/noticias/principais/central-de-regulacao-de-sobral-completa-4-anos-no-mes-de-maio-com-quase-700-mil-agendamentos-realizados>>. Acesso em: 20 dez. 2023.

SELLERA, P. E. G. *et al.* Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1401-1412, abr. 2020.

SILVA JÚNIOR, N. da. O Brasil da barbárie e a desumanização neoliberal: do ‘Pacto edípico e pacto social’, de Hélio Pellegrino, ao ‘E daí?’, de Jair Bolsonaro. *In*: SAFATLE, Vladimir; JÚNIOR, Nelson da Silva; DUNKER, Christian (org.). **Neoliberalismo enquanto gestão do sofrimento psíquico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2020. p. 17- 46.

SILVA, A. S. da; LAPREGA, M. R. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21(6), p. 1821-1828, nov-dez, 2005.

SIGAUT, F. La formule de Mauss. **Techniques et culture**, n° 40, p. 1-12. 2003.

SOBRAL. **BOLETIM DE ECONOMIA DA SAÚDE DE SOBRAL-CE**. GOMES, Diógenes Farias; NETO, Osmar Arruda da Ponte; PONTE, Tereza Doralúcia Rodrigues (Orgs.). Secretaria de Saúde. Sobral/CE. 1ª ed. 2022.

SODRÉ, F. Epidemia de Covid-19: questões críticas para a gestão da saúde pública no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020.

SOUSA, F. J. D. S. *et al.* PROGRAMA TREVO DE QUATRO FOLHAS: UMA AÇÃO EFETIVA PARA A REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL EM SOBRAL – CEARÁ. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v.11. n.1.,p. 60-65, jan./jun. 2012.

STRATHERN, M. Cortando a rede. *In*: **O efeito etnográfico e outros ensaios**. Trad. Iracema Dulley, Jamille Pinheiro e Luísa Valentini. São Paulo: Ubu Editora, 2017. p. 259 -285.

STUCKLER, D.; BASU, S. **The body economics: why austerity kills**. Philadelphia: Basic Books, 2013.

TEIXEIRA, R. A.; PINTO, E. C.. A economia política dos governos FHC, Lula e Dilma: dominância financeira, bloco no poder e desenvolvimento econômico. **Economia e Sociedade**, v. 21, p. 909–941, dez. 2012.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 941-951, mar. 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/8cJkgzmkvGCFPVXQwxPdgf/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 dez. 2023.

TSING, A. Viver nas ruínas: paisagens multiespécies no Antropoceno. Brasília: IEB Mil Folhas, 2019.

VÄÄNÄNEN, A.; VARJE, P. Epidemiological Transition and the Emergence of Mental Discomfort: The Case of Work Stress. *In*: Marc Loriot (Orgs.). *Stress and Suffering at Work: The Role of Culture and Society*. Cham : Palgrave Macmillan. 2019. p. 37-57.

VALENTE, R. Governo bloqueia R\$ 250 milhões da saúde indígena; nota cita tentativa de reversão. 2022. **Agência Pública**. Disponível em: <https://apublica.org/2022/09/governo-bloqueia-r-250-milhoes-da-saude-indigena-nota-cita-tentativa-de-reversao/>. Acesso em: 9 jun. 2023.

VIEIRA, I.; RUSSO, J. A. Burnout e estresse: entre medicalização e psicologização. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, p. 1-22, 2019.

XAVIER, L. N. *et al.* RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA: ANÁLISE DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS NA VISÃO DOS EGRESSOS DA PRIMEIRA TURMA DA ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA/SOBRAL/CE - 2003. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, v. 5, n. 1. p. 129-140, jan/mar. 2013. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/131>. Acesso em: 9 jan. 2023.

ZANONI, D. S. E. **Programa De Melhoria Do Acesso E Qualidade Da Atenção Básica: Contribuições E Fragilidades A Nível Nacional**. 2021. 24fl. Trabalho de conclusão de curso. Especialização em Saúde Coletiva. Universidade Federal da Fronteira Sul, Chapecó. 2021.

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**Pesquisa: Saúde e Economia: a oferta da Atenção Básica em Sobral/CE e suas relações com políticas federais de austeridade econômica**

Você está sendo convidado a ser participante de pesquisa **Saúde e Economia: a oferta da Atenção Básica em Sobral/CE e suas relações com políticas federais de austeridade econômica**, vinculada ao projeto de doutorado de Alana Aragão Ávila desenvolvido através do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina e orientada pela Profa. Dra. Viviane Vedana. O objetivo desta pesquisa é compreender a rede que organiza e executa a Atenção Básica em Sobral e sua relação com as políticas de austeridade financeira do governo federal em relação a estes serviços.

Os dados serão colhidos através de entrevistas individuais, encontros grupais, conversas informais, troca de mensagens ou outros meios que participante e pesquisadora considerarem relevantes, podendo estes encontros serem realizados de forma presencial ou em ambiente virtual através de plataformas como Google Meet, Zoom e Skype, através de aplicativos como Facebook Messenger, Instagram, WhatsApp e Telegram ou e-mails. A análise dos dados se dará em consideração do referencial da antropologia, levando a produção de um estudo antropológico amparado pela Teoria Ator-Rede. A identidade do participante de pesquisa será mantida em sigilo durante e após a pesquisa conforme as resoluções n. 466/12 e n. 510/16, do

Conselho Nacional de Saúde. Os dados colhidos serão utilizados para fins educacionais, podendo ser apresentados em eventos e publicados em periódicos científicos. O tratamento de dados e divulgação de resultados será feito de modo a não causar prejuízo aos participantes de pesquisa ou comunidades. Para a participação nesta pesquisa não será ofertado nenhuma recompensa financeira, tampouco haverá despesa financeira por parte do participante. Todavia, caso o participante tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa, poderá solicitar indenização, nos termos da lei. No caso de eventuais despesas comprovadamente vinculadas à participação na pesquisa o participante será ressarcido conforme o artigo 17, item VII, da Resolução 510. O participante de pesquisa pode optar por retirar suas contribuições para esta pesquisa a qualquer momento, durante a execução ou após a conclusão desta, basta informar sua decisão para a pesquisadora. É possível que durante a pesquisa ocorram desconfortos durante as entrevistas por estas tratarem de temas relativos ao trabalho e acesso à saúde. todavia a pesquisadora tomará os cuidados necessários para evitar esses desconfortos durante as entrevistas. O participante pode se recusar a responder qualquer pergunta realizada pela pesquisadora no decorrer da pesquisa, tanto em entrevistas presenciais quanto entrevistas realizadas de forma não presencial (via ambiente virtual ou meio telefônico).

Caso sejam realizadas entrevistas de forma não presencial, em ambiente virtual, entre pesquisadora e participante de pesquisa, conforme orientação do OFÍCIO CIRCULAR Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, a pesquisadora tomara cuidados a fim de preservar a confidencialidade do participante de pesquisa e dos dados fornecidos através da utilização de redes de internet particulares e dispositivos dotados de programas antivírus. Ainda que tomadas estas precauções, o ambiente virtual pode ter sua segurança comprometida caso o participante utilize redes públicas de internet ou as plataformas utilizadas para os encontros sofram ataques de hackers. Os dados fornecidos pelo participante de pesquisa através de encontros no ambiente virtual serão armazenados pela pesquisadora em um dispositivo de memória particular (HD Externo).

No caso de entrevistas em ambiente virtual ou presencial é assegurado ao participante o acesso às questões a serem realizadas pela pesquisadora após o consentimento deste em participar da pesquisa. No caso de entrevistas realizadas em ambiente virtual, o participante de pesquisa ao “RESPONDER” o e-mail institucional do pesquisador contendo o TCLE e o questionário e/ou link de acesso, deixa implícito a concordância com o TCLE e seu “ACEITE” em participar da pesquisa, dispensando a assinatura, conservando, contudo, a transparência e a

rastreabilidade na relação participante de pesquisa / pesquisador”. Item 2- 2.5 do OFÍCIO CIRCULAR Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS de 24 de fevereiro de 2021.

Os benefícios relativos à participação neste estudo são a contribuição do participante de pesquisa para a compreensão da organização e atuação da Atenção Básica na cidade de Sobral, podendo auxiliar para a melhoria dos serviços. Os resultados desta pesquisa serão enviados à Comissão Científica da Secretaria de Saúde de Sobral e individualmente aos participantes que assim desejarem.

No caso de fornecimento do TCLE em entrevistas presenciais, duas vias deste documento serão rubricadas e assinadas pelo participante de pesquisa e pela pesquisadora responsável. É importante que o participante guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante seus direitos como participante da pesquisa. A pesquisadora responsável, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa envolvendo seres humanos. Por tratar-se de uma pesquisa da área das Ciências Humanas e Sociais este termo de consentimento e a pesquisa também se compromete a seguir os preceitos éticos da resolução do Conselho Nacional de Saúde 510/16 de 07/04/2016, assim como as orientações do OFÍCIO CIRCULAR Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS de 24 de fevereiro de 2021.

É possível entrar em contato com a pesquisadora através do telefone (88) 996719616 ou e-mail alanaavila01@yahoo.com.br. Caso necessite Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina. O CEPSH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. O CEPSH - UFSC se localiza no Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040-400, Contato: (48) 3721-6094, cep.propesq@contato.ufsc.br.

DADOS DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL PELO PROJETO DE PESQUISA:

Nome: Alana Aragão Ávila

E-mail: alanaavila01@yahoo.com.br

Telefone: 88 996719616 - 48 998596729

IDENTIFICAÇÃO E CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA:

Nome completo _____

Eu, _____,

_____, li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive dos pesquisadores todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido e optar por livre e espontânea vontade participar da pesquisa **Saúde e Economia: a oferta da Atenção Básica em Sobral/CE e suas relações com políticas federais de austeridade econômica.**

_____, _____ de _____, de _____ (local e data)

(Assinatura do participante da pesquisa)

(Assinatura da pesquisadora responsável)

Este documento foi elaborado em duas vias, contendo quatro páginas, todas as suas páginas devem ser numeradas e rubricadas pelas partes interessadas.

APÊNDICE B

Convite: faça parte de uma pesquisa sobre a rede de Atenção Primária em Sobral!

Título da Pesquisa: "Saúde e Economia: a oferta da Atenção Básica em Sobral/CE e suas relações com políticas federais de austeridade econômica".

Considerando as recentes modificações no financiamento da Atenção Primária, o objetivo desta pesquisa é compreender como se organiza e opera a rede da Atenção Primária à Saúde na cidade de Sobral/CE. Neste momento estamos buscando como colaboradores da pesquisa pessoas que atuam ou atuaram recentemente na Atenção Primária do município como gestores ou servidores (incluindo profissionais da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e do NASF). A colaboração se dará através de entrevistas individuais realizadas de forma online visando compreender as experiências de atuação dos participantes dentro da rede de atenção primária.

A pesquisa é realizada pela estudante de doutorado Alana Aragão Ávila, sob orientação da Profa. Dra. Viviane Vedana, através do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). A pesquisa foi autorizada pela Secretaria de Saúde de Sobral através da Comissão Científica e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC.

Para mais detalhes ou caso tenha interesse em participar, entre em contato com a pesquisadora.

E-mail: alanaavila01@yahoo.com.br

Whatsapp: (48) 99859.6729 | Instagram: [alanaavila.psi](https://www.instagram.com/alanaavila.psi)



Alana Aragão Ávila. Doutoranda e mestra em Antropologia Social pela Universidade Federal de Santa Catarina. Psicóloga (CRP 12/21661) pela Universidade Federal do Ceará - Campus Sobral.

APÊNDICE C – Relação das entrevistas realizadas com profissionais da rede de saúde sobralense

	UNIDADE/LOCAL ¹³⁶	CATEGORIA PROFISSIONAL	TEMPO DE INVESTIDURA NO CARGO EM SOBRAL ¹³⁷	SEXO	IDAD E
1)	CSF/SEDE	ACS	5 ANOS	FEMININO	56 ANOS
2)	CSF/SEDE	ACS	5 ANOS	FEMININO	35 ANOS
3)	CSF/SEDE	ACS	5 ANOS	FEMININO	31 ANOS
4)	CSF/SEDE	ACS	5 ANOS	FEMININO	31 ANOS
5)	CSF/SEDE	ACS	5 ANOS	MASCULINO	30 ANOS
6)	CSF/SEDE	ACS	15 ANOS	MASCULINO	35 ANOS
7)	CSF/SEDE	ACS	5 ANOS	FEMININO	36 ANOS
8)	CSF/DISTRITO	ACS	17 ANOS	FEMININO	46 ANOS
9)	CSF/DISTRITO	ACS	22 ANOS	FEMININO	55 ANOS
10)	CSF/SEDE	ACS	13 ANOS	FEMININO	40 ANOS
11)	CSF/SEDE	ACS	30 ANOS	FEMININO	57 ANOS
12)	CSF/SEDE	ACS	6 MESES	FEMININO	31 ANOS
13)	CSF/SEDE	ACS	5 ANOS	FEMININO	41 ANOS
14)	CSF/SEDE	ACS	9 ANOS	FEMININO	37 ANOS
15)	CSF/SEDE	ACS	5 MESES	FEMININO	20 ANOS
16)	CSF/SEDE	ACS	5 MESES	FEMININO	44 ANOS
17)	CSF/SEDE	ACS	5 MESES	FEMININO	26 ANOS
18)	CSF/SEDE	ACS	19 ANOS	FEMININO	53 ANOS
19)	CSF/SEDE	ACS	5 MESES	FEMININO	45 ANOS
20)	CSF/SEDE	ACS	4 ANOS	FEMININO	44 ANOS
21)	CSF/SEDE	ACS	22 ANOS	FEMININO	52 ANOS

¹³⁶ Opto por não identificar os CSF, ainda que através de nome fictício, por entender que isso fragilizaria a possibilidade da manutenção do anonimato de meus interlocutores. Todavia, sei que a ausência impossibilita também a visualização do leitor do dado relativo à quantas pessoas de cada CSF foram entrevistadas. Tomo a decisão de suprimir o dado de forma consciente diante do compromisso firmado através do TCLE aplicado na pesquisa.

¹³⁷ O período diz respeito ao tempo de investidura no cargo no momento da entrevista.

22)	CSF/SEDE	ACS	7 ANOS	MASCULINO	44 ANOS
23)	CSF/SEDE	ACS	5 ANOS	FEMININO	38 ANOS
24)	CSF/SEDE	ACS	5 ANOS	FEMININO	30 ANOS
25)	CSF/SEDE	ACS	5 ANOS	FEMININO	44 ANOS
26)	CSF/SEDE	ACS	20 ANOS	FEMININO	46 ANOS
27)	CSF/SEDE	ACS	5 ANOS	FEMININO	42 ANOS
28)	CSF/SEDE	ACS	5 ANOS	FEMININO	30 ANOS
29)	CSF/SEDE	ACS	14 ANOS	FEMININO	50 ANOS
30)	CSF/SEDE	ACS	5 ANOS	FEMININO	31 ANOS
31)	CSF/SEDE	ACS	5 ANOS	FEMININO	33 ANOS
32)	CSF/DISTRITO	ACS	5 ANOS	MASCULINO	32 ANOS
33)	CSF/DISTRITO	ACS	31 ANOS ¹³⁸	FEMININO	46 ANOS
34)	CSF/DISTRITO	ACS	5 ANOS	FEMININO	29 ANOS
35)	CSF/DISTRITO	ACS	30 ANOS	FEMININO	67 ANOS
36)	CSF/DISTRITO	ACS	13 ANOS	MASCULINO	35 ANOS
37)	CSF/SEDE	ACS	5 ANOS E 6 MESES	MASCULINO	29 ANOS
38)	CSF/SEDE	ACS	5 ANOS E 6 MESES	FEMININO	49 ANOS
39)	CSF/SEDE	ACS	26 ANOS	FEMININO	54 ANOS
40)	CSF/SEDE	ACS	19 ANOS	MASCULINO	42 ANOS
1)	CSF/SEDE	ENFERMAGEM	1 ANO	FEMININO	31 ANOS
2)	CSF/SEDE	ENFERMAGEM	13 ANOS	FEMININO	46 ANOS
3)	CSF/SEDE	ENFERMAGEM	20 ANOS	FEMININO	57 ANOS
4)	CSF/SEDE	ENFERMAGEM	6 MESES	FEMININO	43 ANOS
5)	CSF/DISTRITO	ENFERMAGEM	3 ANOS	FEMININO	51 ANOS
6)	CSF/DISTRITO	ENFERMAGEM	5 ANOS	FEMININO	53 ANOS
7)	CSF/SEDE	ENFERMAGEM	7 ANOS	FEMININO	50 ANOS
8)	CSF/SEDE	ENFERMAGEM	7 ANOS	FEMININO	38 ANOS

¹³⁸ Iniciou oficialmente no cargo aos 17, mas atuava em função semelhante em colaboração ao serviço de saúde desde os 15 anos.

9)	CSF/SEDE	ENFERMAGEM	16 ANOS	FEMININO	63 ANOS
10)	CSF/SEDE	ENFERMAGEM	19 ANOS	FEMININO	40 ANOS
11)	CSF/SEDE	ENFERMAGEM	4 ANOS	FEMININO	34 ANOS
12)	CSF/SEDE	ENFERMAGEM	4 MESES	MASCULINO	27 ANOS
13)	CSF/SEDE	ENFERMAGEM	20 ANOS	FEMININO	45 ANOS
14)	CSF/SEDE	ENFERMAGEM	2 ANOS	FEMININO	27 ANOS
15)	CSF/SEDE	ENFERMAGEM	4 ANOS	FEMININO	43 ANOS
16)	CSF/SEDE	ENFERMAGEM	13 ANOS	FEMININO	39 ANOS
17)	CSF/SEDE	ENFERMAGEM	3 ANOS	FEMININO	36 ANOS
18)	CSF/SEDE	ENFERMAGEM	11 MESES	FEMININO	31 ANOS
19)	CSF/DISTRITO	ENFERMAGEM	24 ANOS	FEMININO	51 ANOS
20)	CSF/SEDE	ENFERMAGEM	2 ANOS E 11 MESES	FEMININO	38 ANOS
21)	CSF/SEDE	ENFERMAGEM	3 ANOS	FEMININO	31 ANOS
1)	CSF/SEDE	MEDICINA	3 MESES	MASCULINO	25 ANOS
2)	CSF/SEDE	MEDICINA	6 MESES	FEMININO	24 ANOS
3)	CSF/SEDE	MEDICINA	7 ANOS	MASCULINO	36 ANOS
4)	CSF/SEDE	MEDICINA	2 MESES	FEMININO	24 ANOS
5)	CSF/SEDE	MEDICINA	20 ANOS	MASCULINO	49 ANOS
6)	CSF/SEDE	MEDICINA	24 ANOS	MASCULINO	48 ANOS
7)	CSF/SEDE	MEDICINA	17 ANOS	FEMININO	48 ANOS
8)	CSF/DISTRITO	MEDICINA	1 ANO E 5 MESES	FEMININO	26 ANOS
9)	CSF/SEDE	MEDICINA	1 ANO	FEMININO	40 ANOS
10)	CSF/SEDE	MEDICINA	1 ANO	MASCULINO	26 ANOS
11)	CSF/SEDE	MEDICINA	4 ANOS	FEMININO	38 ANOS
12)	CSF/SEDE	MEDICINA	1 ANO E 6 MESES	MASCULINO	27 ANOS
1)	CSF/SEDE	TÉC. DE ENFERMAGEM	8 MESES	FEMININO	23 ANOS
2)	CSF/SEDE	TÉC. DE ENFERMAGEM	7 MESES	FEMININO	36 ANOS
3)	CSF/DISTRITO	TÉC. DE ENFERMAGEM	2 ANOS	FEMININO	24 ANOS

4)	CSF/DISTRITO	TÉC. DE ENFERMAGEM	1 ANO E 3 MESES	FEMININO	27 ANOS
5)	CSF/DISTRITO	TÉC. DE ENFERMAGEM	5 MESES	FEMININO	26 ANOS
6)	CSF/DISTRITO	TÉC. DE ENFERMAGEM	1 ANO E 2 MESES	FEMININO	31 ANOS
7)	CSF/SEDE	TÉC. DE ENFERMAGEM	14 ANOS	MASCULINO	46 ANOS
8)	CSF/SEDE	TÉC. DE ENFERMAGEM	12 ANOS	FEMININO	55 ANOS
1)	CSF/SEDE	ATENDENTE DE FARMÁCIA	9 ANOS	FEMININO	49 ANOS
2)	CSF/SEDE	ATENDENTE DE FARMÁCIA	3 ANOS	FEMININO	36 ANOS
3)	CSF/SEDE	ATENDENTE DE FARMÁCIA	20 ANOS	FEMININO	54 ANOS
4)	CSF/SEDE	ATENDENTE DE FARMÁCIA	2 ANOS	MASCULINO	40 ANOS
1)	RMSF	FARMÁCIA	1 ANO	MASCULINO	29 ANOS
1)	NASF	NUTRIÇÃO	3 MESES	FEMININO	29 ANOS
1)	NASF	PSICOLOGIA	2 ANOS E 4 MESES	MASCULINO	33 ANOS
2)	NASF	PSICOLOGIA	3 MESES	FEMININO	28 ANOS
3)	RMSF	PSICOLOGIA	2 ANOS	FEMININO	28 ANOS
4)	RMSF	PSICOLOGIA	2 ANOS	FEMININO	27 ANOS
5)	RMSF	PSICOLOGIA	2 ANOS	FEMININO	31 ANOS
6)	RMSF	PSICOLOGIA	1 ANO	MASCULINO	30 ANOS
7)	RMSM	PSICOLOGIA	9 ANOS	FEMININO	37 ANOS
8)	CAPS	PSICOLOGIA	7 MESES	FEMININO	27 ANOS
9)	CAPS	PSICOLOGIA	2 MESES	MASCULINO	29 ANOS
10)	CAPS	PSICOLOGIA	4 MESES	FEMININO	28 ANOS
11)	CAPS	PSICOLOGIA	10 MESES	FEMININO	28 ANOS
1)	CSF/DISTRITO	ODONTOLOGIA	6 MESES	MASCULINO	26 ANOS
2)	CSF	ODONTOLOGIA	6 MESES	FEMININO	27 ANOS
3)	CSF/SEDE	ODONTOLOGIA	8 ANOS	FEMININO	37 ANOS
4)	CSF	ODONTOLOGIA	1 ANO	FEMININO	27 ANOS
5)	CSF	ODONTOLOGIA	6 ANOS	FEMININO	32 ANOS

6)	CSF	ODONTOLOGIA	2 ANOS E 6 MESES	FEMININO	28 ANOS
1)	CSF/DISTRITO	TÉCNICO ADMINISTRATIVO	18 ANOS	MASCULINO	38 ANOS
1)	CSF	GERÊNCIA	16 ANOS	FEMININO	SEM DADOS
2)	CSF	GERÊNCIA	2 ANOS	FEMININO	27 ANOS
3)	CSF	GERÊNCIA	1 ANO E 5 MESES	FEMININO	36 ANOS
4)	CSF	GERÊNCIA	4 ANOS	FEMININO	30 ANOS
5)	CSF	GERÊNCIA	3 ANOS	FEMININO	28 ANOS
6)	CSF	GERÊNCIA	3 ANOS	MASCULINO	33 ANOS
7)	CSF	GERÊNCIA	1 ANO E SETE MESES	FEMININO	38 ANOS
8)	CSF	GERÊNCIA	6 MESES	FEMININO	46 ANOS
9)	ATENÇÃO PRIMÁRIA	GESTÃO	2 ANOS	FEMININO	SEM DADOS
10)	ATENÇÃO PRIMÁRIA	GESTÃO	2 ANOS	FEMININO	31 ANOS
11)	SAÚDE SOBRAL	GESTÃO	1 ANO	FEMININO	SEM DADOS
12)	ATENÇÃO ESPECIALIZADA	GESTÃO	1 ANO E 10 MESES	FEMININO	29 ANOS
13)	ATENÇÃO ESPECIALIZADA	GERÊNCIA	5 ANOS	MASCULINO	30 ANOS

Número total de entrevistas: 118

APÊNDICE D

Linha temporal da publicação de Portarias, Notas Técnicas e Notas Informativas relativas ao Programa Previne Brasil e seus componentes

- 11 de Novembro de 2019
[PORTARIA Nº 2.983, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2019](#) - Institui o Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS, por meio da alteração das Portarias de Consolidação nº 5/GM/MS e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.
[PORTARIA Nº 2.952, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2019](#) - Credencia municípios a receberem incentivos financeiros referentes às Equipes de Saúde da Família (eSF) e às equipes de Saúde Bucal (eSB), e homologa a adesão das Unidades de Saúde da Família (USF) nos municípios que manifestaram formalmente a intenção de aderir ao Programa Saúde na Hora.
[NOTA TÉCNICA Nº 21/2019-CGIAP/DESF/SAPS/MS](#) - Nota Técnica Explicava – Plano de monitoramento do programa Informatiza APS.
- 12 de Novembro de 2019
[PORTARIA Nº 2.979, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019](#). Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.
- 10 de Dezembro de 2019
[PORTARIA Nº 3.222, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2019](#).- Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil.
- 27 de Dezembro de 2019
[PORTARIA Nº 3.883 DE 27 DE DEZEMBRO DE 2019](#) - Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento da equipe de Atenção Primária - eAP conforme Programa Previne Brasil.
[NOTA TÉCNICA Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS](#) - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil.
[NOTA TÉCNICA Nº 5/2020-DESF/SAPS/MS](#) - Apresenta as fichas de qualificação do conjunto de indicadores que compõem o incentivo financeiro de Pagamento por

Desempenho da Atenção Primária à Saúde (APS) para o ano de 2020, no âmbito do Programa Previne Brasil.

- 21 de Janeiro de 2020

[Portaria nº 135, de 21 de janeiro de 2020](#). Institui os prazos para o envio da produção da Atenção Primária à Saúde para o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) referente às competências de janeiro a dezembro de 2020

- 31 de Janeiro de 2020

[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.

[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 Atenção Primária à Saúde do Programa Previne Brasil e sobre o valor per capita de transição conforme estimativa populacional da Fundação IBGE.

[PORTARIA 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.

- 20 de Março de 2020

[NT Nº 175/2020-CGPRO/DESF/SAPS/MS](#) - Explicação sobre o incentivo financeiro de custo adicional mensal para os municípios com equipes de saúde integradas a programas de formação profissional no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

- 16 de Abril de 2020

[PORTARIA Nº 29, DE 16 DE ABRIL DE 2020](#) - Prorroga o prazo da etapa de transição da capitação ponderada do Programa Previne Brasil, referente à Portaria nº 2.979/GM/MS, de 12 de novembro de 2019, para as equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária do Distrito Federal e municípios constantes no Anexo da Portaria nº 172/GM/MS, de 31 de janeiro de 2020, considerando o contexto da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus (covid-19).

- 10 de Julho de 2020

[PORTARIA Nº 1.740, DE 10 DE JULHO DE 2020](#) - Estabelece o pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil considerando o resultado potencial de 100% (cem por cento) do alcance dos indicadores por equipe do Distrito Federal e municípios

constantes no Anexo da Portaria nº 172/GM/MS, de 31 de janeiro de 2020, diante do contexto da emergência de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do coronavírus (Covid-19).

- 30 de Julho de 2020

[NOTA TÉCNICA Nº 1151/2020-CGFAP/DESF/SAPS/MS](#) - Orientações gerais para registro/cadastro no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) das equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) compostas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), considerando o disposto na Portaria nº 99/SAES/MS, de 7 de fevereiro de 2020.

[NOTA TÉCNICA Nº 23/2020-DESF/SAPS/MS](#) - Orientações gerais para registro/cadastro no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) das equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde, considerando o disposto na Portaria nº 99/SAES/MS, de 07 de fevereiro de 2020.

- 23 de Agosto de 2020

[Nota Informativa Nº 4/2020-CGIAP/DESF/SAPS/MS](#) - Atualização obrigatória do PEC e-SUS APS para versão 3.2.31

- 7 de Outubro de 2020

[Portaria GM/MS nº 2.713, de 6 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

- 27 de Outubro de 2020

[Portaria nº 59, de 26 de outubro de 2020](#). Prorroga o prazo da etapa de transição da capitação ponderada do Programa Previne Brasil, referente à Portaria nº 2.979/GM/MS, de 12 de novembro de 2019, para as equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária do Distrito Federal e municípios, considerando o contexto da emergência de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do coronavírus (Covid-19)

- 12 de Novembro de 2020

[NT Nº 37/2020-CGSB/DESF/SAPS/MS](#) - Orientações gerais para registro/cadastro no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) das equipes de Saúde Bucal (eSB) que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS).

- 15 de Novembro de 2020

[NT Nº 1579/2020-CGFAP/DESF/SAPS/MS](#) - Método de cálculo do credenciamento de equipe de Saúde da Família (eSF) e equipe de Atenção Primária (eAP).

- 16 de Novembro de 2020
[NT Nº 33/2020-CGIAP/DESF/SAPS/MS](#) - Nota Técnica Explicava – Plano de monitoramento do programa Informaza APS - 2020.
- 30 de Dezembro de 2020
[Portaria GM/MS nº 3.830, de 29 de dezembro de 2020](#). Institui, em caráter excepcional, incentivo financeiro de custeio destinado aos municípios que alcançaram as metas dos indicadores do pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil, no âmbito da Atenção Primária à Saúde.
- 16 de Janeiro de 2021
[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.
- 27 de Janeiro de 2021
[PORTARIA Nº 3, DE 27 DE JANEIRO DE 2021](#) - Prorroga o prazo para cadastro no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, das equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde credenciados e das adesões aos Programas Saúde na Hora e Informatiza APS homologadas pelo Ministério da Saúde.
- 28 de Janeiro de 2021
[Portaria nº 4 de 28 de janeiro de 2021](#). Institui os prazos para o envio da produção da Atenção Primária à Saúde para o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab) a partir de 1º de janeiro de 2021.
- 4 de Fevereiro de 2021
[Portaria GM/MS nº 214, de 3 de fevereiro de 2021](#). Dispõe sobre os Municípios que farão jus, no primeiro quadrimestre do ano de 2021, ao incentivo financeiro de fator de correção no âmbito do Programa Previne Brasil, de que trata a Portaria GM/MS nº 166, de 27 de janeiro de 2021.
- 8 de Fevereiro de 2021
[PORTARIA GM/MS Nº 238, DE 8 DE FEVEREIRO DE 2021](#). Estabelece os valores do incentivo financeiro com base em critério populacional referente às 4 (quatro) primeiras competências financeiras do ano de 2021, no âmbito do Programa Previne Brasil, de que trata a Portaria GM/MS nº 166, de 27 de janeiro de 2021
- 9 de Fevereiro de 2021

[Portaria GM/MS nº 247, de 9 de fevereiro de 2021](#). Altera a Portaria GM/ MS nº 166, de 27 de janeiro de 2021.

- 03 de Março de 2021

[NOTA TÉCNICA Nº 989/2020-CGFAP/DESF/SAPS/MS](#) - Orientações sobre solicitação de crédito retroativo de equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde: procedimento e prazo.

[NT nº 122/2021-CGFAP/DESF/SAPS/MS](#) - Nota Técnica sobre detalhamento da metodologia de cálculo do incentivo financeiro de fator de correção, de que trata a Portaria GM/MS nº 166, de 27 de janeiro de 2021.

- 04 de Agosto de 2021

[NT nº 8/2021-CGSB/DESF/SAPS/MS](#) - Nota Técnica de esclarecimento sobre os critérios de descredenciamento e de suspensão dos repasses federais de custeio das Equipes de Saúde Bucal (eSB) da Atenção Primária à Saúde (APS).

- 30 de Setembro de 2021

[NT nº 715/2021-CGFAP/DESF/SAPS/MS](#) - Nota Técnica explicativa com orientações sobre solicitação de credenciamento de equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde – APS.

- 20 de Janeiro de 2022

- [PORTARIA GM/MS Nº 102, DE 20 DE JANEIRO DE 2022](#) - Altera a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previnde Brasil.

- 17 de Fevereiro de 2022

[NOTA TÉCNICA Nº 11/2022-SAPS/MS](#) - Indicadores de Pagamento por Desempenho do Programa Previnde Brasil (2022) de que trata a Portaria GM/MS nº 102, de 20 de janeiro de 2022, que alterou a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previnde Brasil.

[NOTA TÉCNICA Nº 1/2022-SAPS/MS](#) - INDICADOR 1. Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação

[NT nº 3/2022-SAPS/MS](#) - Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado na Atenção Primária à Saúde.

[NT nº 4/2022-SAPS/MS](#) - Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na Atenção Primária à Saúde.

[NT nº 5/2022-SAPS/MS](#) - Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por *Haemophilus Influenzae* tipo b e Poliomielite Inativada.

[NT nº 6/2022-SAPS/MS](#) - Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre.

[NT nº 7/2022-SAPS/MS](#) - Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.

- 11 de Julho de 2022

[NOTA TÉCNICA Nº 12/2022-SAPS/MS](#) - Indicadores de Pagamento por Desempenho do Programa Previne Brasil (2022) de que trata a Portaria GM/MS nº 102, de 20 de janeiro de 2022 que alterou a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil.

[NOTA TÉCNICA Nº 13/2022-SAPS/MS](#) - INDICADOR 1. Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação

[NT 15/2022](#) - Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado na Atenção Primária à Saúde.

[NT 16/2022](#) - Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na Atenção Primária à Saúde.

[NT 22/2022](#) - 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.

[NT 18/2022](#) - Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre.

[NT 23/2022](#) - Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.

- 19 de Dezembro de 2022

[NOTA TÉCNICA Nº 829/2022-CGFAP/DESF/SAPS/MS](#) - Trata-se de Nota Técnica explicativa com orientações acerca dos fluxos e prazos para solicitação de crédito retroativo de equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde.

ANEXO A



PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA

PARECER PROTOCOLO Nº 0144/2021

Declaramos ter ciência dos objetivos e metodologia do Projeto de Tese de Doutorado vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), intitulado: SAÚDE E ECONOMIA: A OFERTA DA ATENÇÃO BÁSICA EM SOBRAL/CE E SUAS RELAÇÕES COM POLÍTICAS FEDERAIS DE AUSTERIDADE ECONÔMICA, desenvolvido por Alana Aragão Ávila, sob a orientação do Profa. Dra. Viviane Vedana.

Na condição de instituição coparticipante do projeto supracitado, concordamos em autorizar a realização da pesquisa junto aos profissionais, gerentes, usuários dos Centros de Saúde da Família (CSF) e coordenação da Atenção Primária à Saúde de Sobral, considerando os critérios de inclusão e exclusão apresentados no Projeto submetido para apreciação nessa Comissão. **Reitera-se: a necessidade de pactuação prévia entre a pesquisadora e as gerências dos serviços quanto aos melhores dias, horários e local para realização das intervenções;** e, face ao contexto da Pandemia por Covid-19 a Conep/CEP orienta para adoção de medidas para a prevenção e gerenciamento de todas as atividades de pesquisa, garantindo-se as ações primordiais à saúde, minimizando prejuízos e potenciais riscos, além de prover cuidado e preservar a integridade e assistência dos participantes e da equipe de pesquisa.

Desta feita, recomenda-se, a utilização de estratégias que respeitem as determinações postas nos decretos estadual e municipal (vigentes à época de realização da coleta) no que diz respeito a proteção e prevenção da Covid-19. **Fica sob a responsabilidade da pesquisadora a adoção, sempre que possível, de estratégias/ferramentas virtuais para realização das intervenções minimizando/evitando a possibilidade de aglomerações e adequadas medidas de biossegurança** – uso de

Código de Validação: PP93181634745833F

Emitido em: Sobral, 20 de Outubro de 2021, às 13:03, pelo Sistema Integrado da Comissão Científica - SICC

Este documento pode ser validado no endereço plataformasaboia.esf.sobral.ce.gov.br/siccc/apps/validacao, através das informações acima.



**PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA**

máscaras, etiqueta respiratória, álcool em gel 70%, evitar cumprimentos e o compartilhamento de objetos, respeitar o distanciamento social recomendado, manter o cabelo preso e evitar o uso de acessórios pessoais como brincos, anéis e relógios - e os insumos necessários para a garantia desta. **Esses aspectos condicionam a validade deste Parecer.**

Ressaltamos que esta autorização NÃO desobriga a pesquisadora de se basear nas determinações éticas propostas na Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS/MS, as quais, enquanto instituição coparticipante, nos comprometemos a cumprir. Assim como de solicitar anuência aos participantes por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa supracitada por um Comitê de Ética em Pesquisa. O descumprimento desse condicionamento ou de qualquer outra ação em desfavor dos participantes ou dos serviços, assegura-nos o direito de retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa.

Lembramos ainda que é de responsabilidade da pesquisadora encaminhar a esta Comissão Científica cópia da pesquisa no prazo máximo de 30 dias após sua conclusão, como forma de compromisso com a sociedade e o Sistema de Saúde de Sobral, em razão das possíveis melhorias advindas dos resultados do estudo. Reitera-se que pendências no envio do Relatório de Pesquisa podem levar a não apreciação de solicitações posteriores.

Em caso de dúvidas, contate-nos pelo telefone (88) 3614-5520 ou pelo e-mail comissao.cientifica1@gmail.com

Código de Validação: PP93181634745833F

Emitido em: Sobral, 20 de Outubro de 2021, às 13:03, pelo Sistema Integrado da Comissão Científica - SICC

Este documento pode ser validado no endereço plataformasaboia.esf.sobral.ce.gov.br/sicc/apps/validacao, através das informações acima.



**PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA**

Sobral, 20 de Outubro de 2021

Lielma Carla Chagas da Silva

Profa. Ms. Lielma Carla Chagas da Silva
Coordenadora da Comissão Científica

Código de Validação: PP93181634745833F

Emitido em: Sobral, 20 de Outubro de 2021, às 13:03, pelo Sistema Integrado da Comissão Científica - SICC

Este documento pode ser validado no endereço plataformasaboia.esf.sobral.ce.gov.br/sicc/apps/validacao, através das informações acima.

ANEXO B

05/05/2023, 21:16

e-Gestor AB

Participação (http://brasil.gov.br/participacao) | Acesso à Informação (http://brasil.gov.br/pt-br/acesso-informacao) | Serviços (http://www.servicos.gov.br) | Legislação (http://www.planalto.gov.br/legislacao) | (HTTP://BRASIL.GOV.BR)

e-Gestor
Atenção Básica

Informação e Gestão
da Atenção Básica



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Unidades Geográficas:

UF:

CEARÁ

Município:

SOBRAL

Selecione o ano:

2022

Selecione a Parcela: *

Início:

JAN/2022

Fim:

DEZ/2022

https://egestorab.saude.gov.br/gestaoaps/relFinanciamentoParcela.xhtml

1/23

05/05/2023, 21:16

e-Gestor AB

Como deseja visualizar?



Financiamento da APS

Informamos que os valores apresentados neste relatório são referentes ao que o município faz jus a cada competência financeira. Assim, visando aumentar e qualificar a transparência das informações, a partir de agora os valores serão disponibilizados nos relatórios do e-Gestor antes de serem apresentados no site do Fundo Nacional de Saúde - FNS. Os gestores, trabalhadores e usuários do SUS poderão acompanhar os valores efetivamente transferidos pelo Ministério da Saúde por meio do site do [Fundo Nacional de Saúde \(https://consultafns.saude.gov.br/#/detalhada\)](https://consultafns.saude.gov.br/#/detalhada).

Leia mais em:

📄 [Financiamento APS \(http://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento\)](http://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento)

Capitação Ponderada

Capitação Ponderada

Parcela	Qt.ESF Pagas	Qt.EAP 20h Pagas	Qt.EAP 30h Pagas	Valor	Detalhes
DEZ/2022	79	0	0	R\$ 1.263.918,42	>
NOV/2022	71	0	0	R\$ 1.143.351,60	>
OUT/2022	71	0	0	R\$ 1.120.742,89	>
SET/2022	78	0	0	R\$ 1.311.971,44	>

https://egestorab.saude.gov.br/gestaoaps/relFinanciamentoParcela.xhtml

2/23

05/05/2023, 21:16

e-Gestor AB

Parcela	Qt.ESF Pagas	Qt.EAP 20h Pagas	Qt.EAP 30h Pagas	Valor	Detalhes
AGO/2022	78	0	0	R\$ 1.295.031,81	>
JUL/2022	78	0	0	R\$ 1.286.615,14	>
JUN/2022	78	0	0	R\$ 1.313.565,70	>
MAI/2022	78	0	0	R\$ 1.316.708,90	>
ABR/2022	78	0	0	R\$ 1.325.274,43	>
MAR/2022	78	0	0	R\$ 1.325.274,43	>
FEV/2022	77	0	0	R\$ 1.282.744,51	>
JAN/2022	77	0	0	R\$ 1.263.723,20	>

Incentivo financeiro com base em critério populacional

Parcela	População IBGE	Ano (estimativa)	Valor
DEZ/2022	212.437	2021	R\$ 105.333,35
NOV/2022	212.437	2021	R\$ 105.333,35
OUT/2022	212.437	2021	R\$ 105.333,35
SET/2022	212.437	2021	R\$ 105.333,35
AGO/2022	212.437	2021	R\$ 105.333,35
JUL/2022	212.437	2021	R\$ 105.333,35

<https://egestorab.saude.gov.br/gestaoaps/relFinanciamentoParcela.xhtml>

3/23

05/05/2023, 21:16

e-Gestor AB

Parcela	População IBGE	Ano (estimativa)	Valor
JUN/2022	212.437	2021	R\$ 105.333,35
MAI/2022	212.437	2021	R\$ 105.333,35
ABR/2022	212.437	2021	R\$ 105.333,35
MAR/2022	212.437	2021	R\$ 105.333,35
FEV/2022	212.437	2021	R\$ 105.333,35
JAN/2022	208.935	2021	R\$ 103.596,93

Desempenho ISF

Parcela	Valor	Detalhes
DEZ/2022	R\$ 240.744,83	>
NOV/2022	R\$ 240.744,83	>
OUT/2022	R\$ 240.744,83	>
SET/2022	R\$ 236.154,20	>
AGO/2022	R\$ 236.154,20	>
JUL/2022	R\$ 236.154,20	>
JUN/2022	R\$ 236.154,20	>

<https://egestorab.saude.gov.br/gestaoaps/relFinanciamentoParcela.xhtml>

4/23

05/05/2023, 21:16

e-Gestor AB

Parcela	Valor	Detalhes
MAI/2022	R\$ 251.550,00	>
ABR/2022	R\$ 251.550,00	>
MAR/2022	R\$ 251.550,00	>
FEV/2022	R\$ 248.325,00	>
JAN/2022	R\$ 248.325,00	>

Ações Estratégicas



Fator de Correção

Parcela	Valor
DEZ/2022	R\$ 0,00
NOV/2022	R\$ 0,00
OUT/2022	R\$ 0,00
SET/2022	R\$ 0,00
AGO/2022	R\$ 0,00
JUL/2022	R\$ 0,00
JUN/2022	R\$ 0,00
MAI/2022	R\$ 0,00

<https://egestorab.saude.gov.br/gestaoaps/relFinanciamentoParcela.xhtml>

5/23

05/05/2023, 21:16

e-Gestor AB

Parcela	Valor				Custeio	Implantação	Detalhes
ABR/2022	R\$ 0,00						
MAR/2022	R\$ 0,00						
FEV/2022	R\$ 0,00						
JAN/2022	R\$ 0,00						

Saúde na Hora							
Parcela	Qt.USF 60h Pagas	Qt.USF 60h com SB Pagas	Qt.USF 75h com SB Pagas	Qt.USF 60h simplificado Pagas	Custeio	Implantação	Detalhes
DEZ/2022	0	4	0	0	R\$ 127.064,00	R\$ 0,00	>
NOV/2022	0	4	0	0	R\$ 127.064,00	R\$ 0,00	>
OUT/2022	0	4	0	0	R\$ 127.064,00	R\$ 0,00	>
SET/2022	0	4	0	0	R\$ 127.064,00	R\$ 0,00	>
AGO/2022	0	4	0	0	R\$ 127.064,00	R\$ 0,00	>
JUL/2022	0	4	0	0	R\$ 127.064,00	R\$ 0,00	>
JUN/2022	0	4	0	0	R\$ 127.064,00	R\$ 0,00	>
MAI/2022	0	4	0	0	R\$ 127.064,00	R\$ 63.532,00	>
ABR/2022	1	1	0	0	R\$ 54.582,00	R\$ 0,00	>

<https://egestorab.saude.gov.br/gestaoaps/relFinanciamentoParcela.xhtml>

6/23

05/05/2023, 21:16

e-Gestor AB

Parcela	Qt.USF 60h Pagas	Qt.USF 60h com SB Pagas	Qt.USF 75h com SB Pagas	Qt.USF 60h simplificado Pagas	Custeio	Implantação	Detalhes
MAR/2022	0	2	0	0	R\$ 63.532,00	R\$ 0,00	>
FEV/2022	0	2	0	0	R\$ 63.532,00	R\$ 0,00	>
JAN/2022	0	2	0	0	R\$ 63.532,00	R\$ 0,00	>

Equipes de Saúde Bucal

Parcela	Qt.eSB 40h Mod.I Pagas	Qt.eSB 40h Mod.II Pagas	Qt.eSB Ch. Dif. 30h Pagas	Qt.eSB Ch. Dif. 20h Pagas	Qt.eSB Implantadas	Custeio	Implantação	Detalhes
DEZ/2022	49	0	0	0	0	R\$ 121.423,50	R\$ 0,00	>
NOV/2022	49	0	0	0	0	R\$ 121.423,50	R\$ 0,00	>
OUT/2022	49	0	0	0	0	R\$ 121.423,50	R\$ 0,00	>
SET/2022	49	0	0	0	0	R\$ 121.423,50	R\$ 0,00	>
AGO/2022	49	0	0	0	0	R\$ 121.423,50	R\$ 0,00	>
JUL/2022	49	0	0	0	0	R\$ 121.423,50	R\$ 0,00	>
JUN/2022	49	0	0	0	0	R\$ 121.423,50	R\$ 0,00	>

<https://egestorab.saude.gov.br/gestaoaps/relFinanciamentoParcela.xhtml>

7/23

05/05/2023, 21:16

e-Gestor AB

Parcela	Qt.eSB 40h Mod.I Pagas	Qt.eSB 40h Mod.II Pagas	Qt.eSB Ch. Dif. 30h Pagas	Qt.eSB Ch. Dif. 20h Pagas	Qt.eSB Implantadas	Custeio	Implantação	Detalhes
MAI/2022	49	0	0	0	0	R\$ 121.423,50	R\$ 0,00	>
ABR/2022	48	0	0	0	0	R\$ 118.970,50	R\$ 0,00	>
MAR/2022	48	0	0	0	0	R\$ 118.970,50	R\$ 0,00	>
FEV/2022	49	0	0	0	0	R\$ 121.423,50	R\$ 0,00	>
JAN/2022	49	0	0	0	0	R\$ 121.423,50	R\$ 0,00	>

CEO

Parcela	CEO Estadual	CEO Municipal
DEZ/2022	R\$ 0,00	R\$ 36.657,69
NOV/2022	R\$ 0,00	R\$ 32.807,69
OUT/2022	R\$ 0,00	R\$ 32.807,69
SET/2022	R\$ 0,00	R\$ 36.657,69
AGO/2022	R\$ 0,00	R\$ 36.657,69
JUL/2022	R\$ 0,00	R\$ 36.657,69
JUN/2022	R\$ 0,00	R\$ 36.657,69

<https://egestorab.saude.gov.br/gestaoaps/relFinanciamentoParcela.xhtml>

8/23

05/05/2023, 21:16

e-Gestor AB

Parcela	CEO Estadual	CEO Municipal
MAI/2022	R\$ 0,00	R\$ 36.657,69
ABR/2022	R\$ 0,00	R\$ 36.657,69
MAR/2022	R\$ 0,00	R\$ 36.657,69
FEV/2022	R\$ 0,00	R\$ 36.657,69
JAN/2022	R\$ 0,00	R\$ 36.657,69

LRPD

Parcela	LRPD Estadual	LRPD Municipal
DEZ/2022	R\$ 0,00	R\$ 7.500,00
NOV/2022	R\$ 0,00	R\$ 7.500,00
OUT/2022	R\$ 0,00	R\$ 7.500,00
SET/2022	R\$ 0,00	R\$ 7.500,00
AGO/2022	R\$ 0,00	R\$ 7.500,00
JUL/2022	R\$ 0,00	R\$ 7.500,00
JUN/2022	R\$ 0,00	R\$ 7.500,00
MAI/2022	R\$ 0,00	R\$ 7.500,00
ABR/2022	R\$ 0,00	R\$ 7.500,00
MAR/2022	R\$ 0,00	R\$ 7.500,00
FEV/2022	R\$ 0,00	R\$ 7.500,00

<https://egestorab.saude.gov.br/gestaoaps/relFinanciamentoParcela.xhtml>

9/23

05/05/2023, 21:16

e-Gestor AB

Parcela	LRPD Estadual	LRPD Municipal
JAN/2022	R\$ 0,00	R\$ 7.500,00

Unidade Odontológica Móvel - UOM

Parcela	Qt. UOM Credenciada	Qt. UOM Paga	Custeio	Implantação	Detalhes
DEZ/2022	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	>
NOV/2022	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	>
OUT/2022	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	>
SET/2022	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	>
AGO/2022	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	>
JUL/2022	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	>
JUN/2022	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	>
MAI/2022	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	>
ABR/2022	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	>
MAR/2022	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	>
FEV/2022	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	>
JAN/2022	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	>

<https://egestorab.saude.gov.br/gestaoaps/relFinanciamentoParcela.xhtml>

10/23

05/05/2023, 21:16

e-Gestor AB

Consultório na Rua

Parcela	Qt.Equipes Homologadas	Qt.Eqp.Mod.I Pagas	Qt.Eqp.Mod.II Pagas	Qt.Eqp.Mod.III Pagas	Valor	Detalhes
DEZ/2022	0	0	0	0	R\$ 0,00	>
NOV/2022	0	0	0	0	R\$ 0,00	>
OUT/2022	0	0	0	0	R\$ 0,00	>
SET/2022	0	0	0	0	R\$ 0,00	>
AGO/2022	0	0	0	0	R\$ 0,00	>
JUL/2022	0	0	0	0	R\$ 0,00	>
JUN/2022	0	0	0	0	R\$ 0,00	>
MAI/2022	0	0	0	0	R\$ 0,00	>
ABR/2022	0	0	0	0	R\$ 0,00	>
MAR/2022	0	0	0	0	R\$ 0,00	>
FEV/2022	0	0	0	0	R\$ 0,00	>
JAN/2022	0	0	0	0	R\$ 0,00	>

UBS Fluvial

<https://egestorab.saude.gov.br/gestaoaps/relFinanciamentoParcela.xhtml>

11/23

05/05/2023, 21:16

e-Gestor AB

Parcela	Qt. UBS Fluvial Homologada	Qt. UBS Fluvial com SB Homologada	Qt. UBS Fluvial Paga	Valor da UBS Fluvial	Valor dos Componentes Extras	Detalhes
DEZ/2022	0	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	>
NOV/2022	0	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	>
OUT/2022	0	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	>
SET/2022	0	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	>
AGO/2022	0	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	>
JUL/2022	0	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	>
JUN/2022	0	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	>
MAI/2022	0	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	>
ABR/2022	0	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	>
MAR/2022	0	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	>
FEV/2022	0	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	>
JAN/2022	0	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	>

Equipes Ribeirinhas

<https://egestorab.saude.gov.br/gestaoaps/relFinanciamentoParcela.xhtml>

12/23

05/05/2023, 21:16

e-Gestor AB

Parcela	Qt. Equipes Homologadas	Qt. Equipes Pagas	Valor das Equipes	Implantação	Valor dos Componentes Extras	Detalhes
DEZ/2022	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	>
NOV/2022	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	>
OUT/2022	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	>
SET/2022	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	>
AGO/2022	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	>
JUL/2022	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	>
JUN/2022	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	>
MAI/2022	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	>
ABR/2022	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	>
MAR/2022	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	>
FEV/2022	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	>
JAN/2022	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	>

Microscopistas

Parcela	Qt. Microscopistas Credenciados	Qt. Microscopistas Pagos	Valor
---------	---------------------------------	--------------------------	-------

<https://egestorab.saude.gov.br/gestaoaps/relFinanciamentoParcela.xhtml>

13/23

05/05/2023, 21:16

e-Gestor AB

Equipes Prisionais Estaduais

Parcela	Qt. Equipes Pris. Estaduais Homologadas	Qt. Equipes Pris. Estaduais Pagas	Valor Pris. Estadual	Detalhes
DEZ/2022	1	1	R\$ 0,00	>
NOV/2022	1	1	R\$ 0,00	>
OUT/2022	1	0	R\$ 0,00	>
SET/2022	1	0	R\$ 0,00	>
AGO/2022	1	1	R\$ 0,00	>
JUL/2022	1	1	R\$ 0,00	>
JUN/2022	1	1	R\$ 0,00	>
MAI/2022	1	1	R\$ 0,00	>
ABR/2022	1	1	R\$ 0,00	>
MAR/2022	1	1	R\$ 0,00	>
FEV/2022	1	1	R\$ 0,00	>
JAN/2022	2	1	R\$ 0,00	>

Equipes Prisionais Municipais

<https://egestorab.saude.gov.br/gestaoaps/relFinanciamentoParcela.xhtml>

14/23

05/05/2023, 21:16

e-Gestor AB

Parcela	Qt.Equipes.Pris.Municipais Homologadas	Qt.Equipes.Pris.Municipais Pagas	Valor Pris. Municipal	Detalhes
DEZ/2022	0	0	R\$ 0,00	>
NOV/2022	0	0	R\$ 0,00	>
OUT/2022	0	0	R\$ 0,00	>
SET/2022	0	0	R\$ 0,00	>
AGO/2022	0	0	R\$ 0,00	>
JUL/2022	0	0	R\$ 0,00	>
JUN/2022	0	0	R\$ 0,00	>
MAI/2022	0	0	R\$ 0,00	>
ABR/2022	0	0	R\$ 0,00	>
MAR/2022	0	0	R\$ 0,00	>
FEV/2022	0	0	R\$ 0,00	>
JAN/2022	0	0	R\$ 0,00	>

Saúde de Adolescentes em atendimento socioeducativo

Parcela	Valor	Detalhes
DEZ/2022	R\$ 16.042,50	

<https://egestorab.saude.gov.br/gestaoaps/relFinanciamentoParcela.xhtml>

15/23

05/05/2023, 21:16

e-Gestor AB

Parcela	Valor	Detalhes
NOV/2022	R\$ 16.042,50	
OUT/2022	R\$ 16.042,50	
SET/2022	R\$ 16.042,50	
AGO/2022	R\$ 16.042,50	
JUL/2022	R\$ 16.042,50	
JUN/2022	R\$ 16.042,50	
MAI/2022	R\$ 16.042,50	
ABR/2022	R\$ 16.042,50	
MAR/2022	R\$ 16.042,50	
FEV/2022	R\$ 16.042,50	
JAN/2022	R\$ 16.042,50	

PSE

Parcela	PSE Municipal	PSE Estadual
DEZ/2022	R\$ 0,00	R\$ 0,00
NOV/2022	R\$ 0,00	R\$ 0,00
OUT/2022	R\$ 0,00	R\$ 0,00
SET/2022	R\$ 0,00	R\$ 0,00
AGO/2022	R\$ 0,00	R\$ 0,00

<https://egestorab.saude.gov.br/gestaoaps/relFinanciamentoParcela.xhtml>

16/23

05/05/2023, 21:16

e-Gestor AB

Parcela	PSE Municipal	PSE Estadual
JUL/2022	R\$ 0,00	R\$ 0,00
JUN/2022	R\$ 0,00	R\$ 0,00
MAI/2022	R\$ 0,00	R\$ 0,00
ABR/2022	R\$ 0,00	R\$ 0,00
MAR/2022	R\$ 0,00	R\$ 0,00
FEV/2022	R\$ 0,00	R\$ 0,00
JAN/2022	R\$ 0,00	R\$ 0,00

Residência Profissional

Parcela	Qt.Médico Homologado	Qt.Enfermeiro Homologado	Qt.Dentista Homologado	Qt.Médico Pago	Qt.Enfermeiro Pago	Qt.Dentista Pago	Valor
DEZ/2022	1	6	7	1	5	0	R\$ 12.000,00
NOV/2022	1	6	7	1	5	5	R\$ 19.500,00
OUT/2022	1	6	7	0	5	5	R\$ 15.000,00
SET/2022	1	6	7	0	5	6	R\$ 16.500,00
AGO/2022	1	6	7	0	5	6	R\$ 16.500,00
JUL/2022	1	6	7	1	0	0	R\$ 4.500,00
JUN/2022	1	6	7	1	0	2	R\$ 7.500,00
MAI/2022	1	6	7	0	0	1	R\$ 1.500,00
ABR/2022	1	6	7	1	1	3	R\$ 10.500,00

<https://egestorab.saude.gov.br/gestaoaps/relFinanciamentoParcela.xhtml>

17/23

05/05/2023, 21:16

e-Gestor AB

Parcela	Qt.Médico Homologado	Qt.Enfermeiro Homologado	Qt.Dentista Homologado	Qt.Médico Pago	Qt.Enfermeiro Pago	Qt.Dentista Pago	Valor
MAR/2022	1	6	7	1	1	2	R\$ 9.000,00
FEV/2022	1	6	7	1	1	2	R\$ 9.000,00
JAN/2022	1	6	7	1	1	2	R\$ 9.000,00

ACS

Parcela	Qt. limite de ACS*	Qt. ACS Pagos	Valor	Detalhes
DEZ/2022	0	0	R\$ 0,00	>
NOV/2022	0	0	R\$ 0,00	>
OUT/2022	0	0	R\$ 0,00	>
SET/2022	0	0	R\$ 0,00	>
AGO/2022	0	0	R\$ 0,00	>
JUL/2022	0	0	R\$ 0,00	>
JUN/2022	0	0	R\$ 0,00	>
MAI/2022	0	0	R\$ 0,00	>
ABR/2022	0	0	R\$ 0,00	>
MAR/2022	0	0	R\$ 0,00	>

<https://egestorab.saude.gov.br/gestaoaps/relFinanciamentoParcela.xhtml>

18/23

05/05/2023, 21:16

e-Gestor AB

Parcela	Qt. limite de ACS*	Qt. ACS Pagos	Valor	Detalhes
FEV/2022	308	0	R\$ 0,00	>
JAN/2022	308	0	R\$ 0,00	>

*Estabelecido no Artigo 42 da Seção V da Portaria de Consolidação nº 6 de 28/09/2017, referente a Portaria nº 1.024, de 21/07/2015

Incentivo de Atividade Física

Parcela	Qt. Estab. Credenciado	Qt. Estab. Homologado	Qt. Estab. Pago	Valor	Detalhes
DEZ/2022	7	7	0	R\$ 0,00	>
NOV/2022	7	7	0	R\$ 0,00	>
OUT/2022	7	7	0	R\$ 0,00	>
SET/2022	7	0	0	R\$ 0,00	
AGO/2022	0	0	0	R\$ 0,00	
JUL/2022	0	0	0	R\$ 0,00	
JUN/2022	0	0	0	R\$ 0,00	
MAI/2022	0	0	0	R\$ 0,00	
ABR/2022	0	0	0	R\$ 0,00	
MAR/2022	0	0	0	R\$ 0,00	
FEV/2022	0	0	0	R\$ 0,00	
JAN/2022	0	0	0	R\$ 0,00	

<https://egestorab.saude.gov.br/gestaoaps/relFinanciamentoParcela.xhtml>

19/23

05/05/2023, 21:16

e-Gestor AB

Agentes Comunitários de Saúde (95% e 5%)

*Assistência Financeira Complementar (AFC) - 95% e Incentivo financeiro para fortalecimento de políticas afetas à atuação de ACS (IFP) - 5%

Parcela	Qt. ACS Credenciados	Qt. ACS Pagos	Valor	Detalhes
DEZ/2022	405	394	R\$ 1.902.840,00	>
NOV/2022	405	394	R\$ 955.056,00	>
OUT/2022	405	391	R\$ 947.784,00	>
SET/2022	405	390	R\$ 945.360,00	>
AGO/2022	405	390	R\$ 945.360,00	>
JUL/2022	405	392	R\$ 950.208,00	>
JUN/2022	405	395	R\$ 957.480,00	>
MAI/2022	405	394	R\$ 610.700,00	>
ABR/2022	405	392	R\$ 607.600,00	>
MAR/2022	410	395	R\$ 612.250,00	>
FEV/2022	410	390	R\$ 604.500,00	>
JAN/2022	410	393	R\$ 609.150,00	>

<https://egestorab.saude.gov.br/gestaoaps/relFinanciamentoParcela.xhtml>

20/23

05/05/2023, 21:16

e-Gestor AB

Informatização		
Parcela	Valor	Detalhes
DEZ/2022	R\$ 117.300,00	>
NOV/2022	R\$ 117.300,00	>
OUT/2022	R\$ 119.000,00	>
SET/2022	R\$ 119.000,00	>
AGO/2022	R\$ 119.000,00	>
JUL/2022	R\$ 119.000,00	>
JUN/2022	R\$ 119.000,00	>
MAI/2022	R\$ 119.000,00	>
ABR/2022	R\$ 117.300,00	>
MAR/2022	R\$ 117.300,00	>
FEV/2022	R\$ 115.600,00	>
JAN/2022	R\$ 117.300,00	>

<https://egestorab.saude.gov.br/gestaoaps/relFinanciamentoParcela.xhtml>

21/23

05/05/2023, 21:16

e-Gestor AB

Academia da Saúde				
Parcela	Qt.Academia da Saúde Homologados	Qt.Academia da Saúde Pagos	Custeio	Detalhes
DEZ/2022	2	2	R\$ 6.000,00	>
NOV/2022	2	2	R\$ 6.000,00	>
OUT/2022	2	2	R\$ 6.000,00	>
SET/2022	2	2	R\$ 6.000,00	>
AGO/2022	2	2	R\$ 6.000,00	>
JUL/2022	2	2	R\$ 6.000,00	>
JUN/2022	2	2	R\$ 6.000,00	>
MAI/2022	2	2	R\$ 6.000,00	>
ABR/2022	2	2	R\$ 6.000,00	>
MAR/2022	2	2	R\$ 6.000,00	>
FEV/2022	2	2	R\$ 6.000,00	>
JAN/2022	2	2	R\$ 6.000,00	>

<https://egestorab.saude.gov.br/gestaoaps/relFinanciamentoParcela.xhtml>

22/23

05/05/2023, 21:16

e-Gestor AB

COVID-19 (Crédito Extraordinário)



Ministério da Saúde 2021. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) (<http://aps.saude.gov.br>)

Versão 1.0.20230417.1

<https://egestorab.saude.gov.br/gestaoaps/reiFinanciamentoParcela.xhtml>

23/23

Fonte: e-Gestor AB