



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
Centro de Artes, Humanidades e Letras - CAHL
Curso Superior de Tecnologia em Gestão Pública

RHALLIETE SOUZA CRUZ

**ANÁLISE DE IMPLEMENTAÇÃO DO PREVINE BRASIL EM UM MUNÍCIPIO DO
RECÔNCAVO DA BAHIA**

CACHOEIRA - BA

2021

RHALLIETE SOUZA CRUZ

**ANÁLISE DE IMPLEMENTAÇÃO DO PREVINE BRASIL EM UM MUNICÍPIO DO
RECÔNCAVO DA BAHIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso Superior de Tecnologia em Gestão Pública, Centro de Artes, Humanidades e Letras, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Tecnólogo em Gestão Pública.

Orientador: Prof.^a(a). Dra. Lys Maria Vinhaes Dantas.

CACHOEIRA

2021

RHALLIETE SOUZA CRUZ

**ANÁLISE DE IMPLEMENTAÇÃO DO PREVINE BRASIL EM UM MUNICÍPIO DO
RECÔNCAVO DA BAHIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso Superior de Tecnologia em Gestão Pública, Centro de Artes, Humanidades e Letras, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Tecnólogo em Gestão Pública.

Aprovado em 30 de Setembro de 2021.

Paula Paulina Costa Tavares
Paula Paulina Costa Tavares
Mestre em Promoção da Saúde
Faculdade Adventista da Bahia

Doraliza A. Abranches Monteiro

Doraliza Auxiliadora Abranches Monteiro
Doutora em Administração pela Universidade Federal da Bahia
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Lys Vinhaes Dantas
Lys Maria Vinhaes Dantas
Professora Orientadora
Doutora em Educação pela Universidade Federal da Bahia
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

*O correr da vida embrulha tudo,
a vida é assim:
esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa,
sossega e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem.*

Guimarães Rosa

AGRADECIMENTOS

Em toda minha trajetória pude contar com pessoas que são essenciais para a construção do que resultado deste trabalho e minha formação, e sou muito grata pela parceria, partilha e troca.

Aqui, a gratidão a Deus pela sabedoria e suporte e ser guia em todas as fases. Aos meus pais, irmão, Sophie (sobrinha), Patrick (*in memória*), tia Laíza e Ana Paula, pelo apoio e incansável amor.

A Lys, minha orientadora por ser alicerce, compreensível da minha dupla jornada e incentivadora. Pelas dicas e conselhos. Você foi fundamental para condução e finalização deste estudo e da profissional que me tornei. Minha caminhada é resultado do que fui oportunizada pelas suas conduções e ensinamentos.

Dora, gratidão pelas trocas e aprendizados. Saiba que carrego comigo cada conversa, aula e exemplo de competência da sua trajetória.

Aos mestres, que foram essenciais para cada etapa da construção do meu conhecimento.

Aos colegas de caminhada acadêmica e profissional (Ranielle, Raniel, Lucidalva, Mariza, Carol, Fernanda, Fernando e Carlos) no qual contribuíram para formação do meu conhecimento, partilhando experiências e construindo a profissional na qual eu me tornei.

Ao CAGP pelas parcerias e vivências.

Aos amigos (Juliana, Bianca, Luna, Tainara, Gabriela, Prof.^a Paula) pela paciência e apoio em cada etapa, vocês são primordiais.

CRUZ, Rhalliete Souza. ANÁLISE DE IMPLEMENTAÇÃO DO PREVINE BRASIL EM UM MUNICÍPIO DO RECÔNCAVO DA BAHIA. 51 p. Trabalho de Conclusão do Curso de Tecnologia em Gestão Pública - Centro de Artes, Humanidades e Letras, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Cachoeira, 2021.

RESUMO

Este trabalho apresenta como se dá a implementação do Programa Previne Brasil no município de Cachoeira – BA. Este Programa, instituído em novembro de 2019, trouxe um novo modelo de financiamento de custeio para a Atenção Primária de Saúde (APS), com efeitos na alteração do acompanhamento de metas e indicadores e repasse de recursos do Governo Federal para os subnacionais. Buscou-se contribuir para as análises de implementação de políticas de saúde, em especial aquelas criadas em nível federal e implementadas em nível municipal. Pretendeu-se, portanto, analisar como atores, estrutura e capacitação associados à implementação da política alteram a concepção inicial que lhe deu origem. Para realização do trabalho, foi feita, inicialmente, análise documental da base legal e das orientações do Programa. Para realizar a pesquisa de campo, foi utilizada a entrevista qualificada e posteriormente feita análise de conteúdo das transcrições. Foram escolhidas intencionalmente dez pessoas que se distribuem nas unidades de saúde da família e gestão. Na análise criaram-se as categorias a partir das dimensões: papéis, estrutura existente para implementação, percepções dos atores envolvidos, e os processos de capacitação dos implementadores. No que tange aos resultados destacou-se o não conhecimento e entendimento do Programa por parte dos implementadores burocratas a nível de rua, assim como a falta de capacitação e a não compreensão do seu real papel dentro do Programa, além de uma estrutura insuficiente para sua execução.

Palavras-Chave: Financiamento da Saúde; Implementação de Políticas Públicas; Atenção Primária à Saúde; Burocratas de nível de rua

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
eAB	Equipe de Atenção Básica
eABP	Equipe de Atenção Básica Prisional
eAP	Equipe da Atenção Primária
EC	Emenda Constitucional
eCR	Equipe de Consultório na Rua
eSB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipe de Saúde da Família
eSFR	Equipe de Saúde da Família Ribeirinha
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
IDH	Índice de Desenvolvimento
OMS	Organização Mundial Da Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PEC	Prontuário eletrônico do cidadão
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ	Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
SEI	Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde Fluvial
UOM	Unidade Odontológica Móvel
SAPS	Secretária de Atenção Primária

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Componentes do modelo de financiamento do programa previne Brasil.....	15
Figura 2: Esquema das Dimensões e Categorias de análise.	24
Figura 3: Mapa 1 – Situação espacial de Cachoeira, BA (2020).	26
Figura 4: Estrutura de Saúde Pública do Município de Cachoeira-BA.....	32

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Componentes do incentivo para Ações Estratégicas.....	16
Quadro 2: Organização do tempo de cada entrevista e o dia.....	29
Quadro 3: Perfil dos Participantes relacionados ao pseudônimo.	31

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2. MARCO TEÓRICO	10
2.1 SUS E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	10
2.2 PREVINE BRASIL.....	14
2.3 IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	18
2.3.1 Abordagens de Análise Top Down e Bottom – Up	21
3 MÉTODO.....	24
3.1 TIPO DE ESTUDO	24
3.2 LEVANTAMENTO DOS DADOS.....	25
3.3 LOCAIS DE BUSCA E RECORTE TEMPORAL.....	25
3.4 SELEÇÃO DOS SUJEITOS	27
3.5 ORGANIZAÇÃO E TÉCNICA DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS.....	28
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
4.1 PANORAMA DA ESTRUTURA DE SAÚDE EM CACHOEIRA - BA	32
4.2 ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DO PREVINE BRASIL EM CACHOEIRA - BA	33
4.2.1 Percepção/Entendimento do Programa	35
4.2.2 Capacitação.....	37
4.2.3 Papel do implementador em Cachoeira	33
4.2.4 Estrutura para implementação do Previne Brasil em Cachoeira.....	37
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS	44
APÊNDICE	47
ROTEIRO PARA ENTREVISTA.....	47
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	48

1 INTRODUÇÃO

A análise de políticas públicas vem crescendo ao longo dos anos 80 no Brasil e neste contexto coloca em discussão o processo de elaboração das políticas públicas (*policy-making process*), inserido nas discussões que envolvem o ciclo das políticas públicas (*policy cycle*). Secchi (2012) traz, como proposta de divisão do ciclo de políticas, sete fases: 1) identificação do problema, 2) formulação da agenda, 3) formulação de alternativas, 4) tomada de decisão, 5) implementação, 6) avaliação, 7) extinção. Cada política representa uma tentativa de resolver um problema da sociedade a partir de processos de decisão no qual participam diversos atores (BALL; MAINARDES, 2011). Neste sentido, a política pública é vista como soma das atividades desempenhadas pelo governo que irão produzir efeitos a partir da identificação de problemas.

A fase de implementação é descrita como aquela em que a administração pública reveste-se de sua função substancial, a de transformar intenções políticas em ações concretas. É nesse arco temporal que são produzidos os resultados concretos da política pública (SECCHI, 2012). Esta etapa é considerada essencial, uma vez que as propostas se materializam na prática, por meio da atuação dos implementadores.

A implementação das políticas públicas em saúde é resposta a uma demanda de saúde feita pela população. Nesta etapa devemos considerar a ampla participação dos atores envolvidos que são os responsáveis pelas atividades do cotidiano da administração pública, podendo ser os servidores públicos (inclusive os burocratas de nível de rua), conselhos gestores e organizações não governamentais. Uma vez que são os burocratas de nível de rua os atores que executarão as políticas públicas, em interação direta com o cidadão, muitas vezes as ações divergem das intenções dos formuladores. Já é amplamente aceita a ideia de que a burocracia de nível de rua exerce um papel importante no processo de implementação. Nesse quadro, a discricionariedade desses profissionais afeta a trajetória e os resultados das políticas públicas (LIMA e D'ASCENZI, 2014).

No campo de implementação de políticas em saúde, vale registrar que o Sistema Único de Saúde (SUS) funciona de forma descentralizada, por isso a implementação dos programas depende diretamente dos municípios para sua operacionalização. Os municípios são espaços de implementação de políticas

públicas, portanto a conformação de cada cenário influencia diretamente a extensão e a efetividade da implementação. A análise das políticas públicas é fundamental para compreender a efetividade e coloca em questão a ação do Estado, seus determinantes, finalidades, processos e consequências, e possibilita ampliação da transparência acerca dos espaços decisórios.

Em 12 de novembro de 2019, o Ministério da Saúde lançou um novo modelo de financiamento da Atenção Primária de Saúde (APS): o programa “Previne Brasil”, instituído por meio da Portaria nº 2.979, que substitui os critérios utilizados para transferências de recursos financeiros federais para estados e municípios, até então realizadas pelo componente Piso da Atenção Básica Fixo (PAB Fixo) e Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável). Harzheim (2020) destaca como objetivo desta política o fortalecimento dos atributos da APS propostos por Starfield, que consequentemente estaria ampliando a equidade. O autor ainda destaca que o antigo modelo estava esgotado e apresentava falhas na efetivação do acesso e para a obtenção de melhores resultados de saúde. O novo modelo se destaca por seus objetivos em a) estimular a cobertura da APS; b) ressaltar resultados em saúde da população atrelados ao desempenho; c) incentivar avanços para ações estratégicas, e d) Organizar serviços e ações de promoção/prevenção.

É pertinente ponderar que embora os municípios tenham autonomia para gerir o sistema de saúde em seu território, muitos deles encontram dificuldades para desenvolver capacidades de formulação e financiamento de políticas. Nos anos 1990, o Ministério da Saúde passou a atuar como formulador e financiador. Entretanto, em 2016 aprovou-se uma emenda constitucional (Emenda nº 95 – PEC 55/2016) que congelou gastos federais por 20 anos, o que tem ampliado as fragilidades estruturais do SUS, limitando a qualidade e o desempenho dos serviços ofertados pela APS. A introdução de reformas no modo de pagamento por serviços pode produzir impactos inesperados e pode apresentar efeitos variados (MASSUDA, 2020).

Este trabalho busca contribuir para as análises de implementação de políticas de saúde, em especial aquelas criadas em nível federal e implementadas em nível municipal. Justifica-se aqui a necessidade de discutir também os efeitos de um novo modelo de financiamento de sistemas de saúde e pagamento por serviços, suas facilidades e dificuldades, assim como as consequências da política que pode não ser implementada como planejada, o que muitas vezes ocorre com a política formulada de cima para baixo (*top down*). Pretende-se, portanto, analisar como atores (seu papel

e sua percepção), estrutura e capacitação associados à implementação da política alteram a concepção inicial que lhe deu origem. Diante deste contexto, este trabalho tem como pergunta de pesquisa: **Como se dá a implementação do Previne Brasil no município de Cachoeira – BA?** O objetivo geral desta pesquisa é entender como se dá a implementação do Previne Brasil em Cachoeira-BA. Os objetivos específicos são: analisar o papel e a percepção dos atores na implementação do Previne Brasil em Cachoeira; identificar a estrutura existente para tal implementação; e levantar os processos de capacitação dos implementadores no escopo do Programa

E este trabalho está dividido em quatro capítulos, além desta introdução. No Capítulo 02, apresenta-se o marco teórico com base no contexto teórico-legal sobre o SUS e a Atenção Primária à Saúde; o Previne Brasil; a Implementação de Políticas Públicas. No Capítulo 03 é descrito o marco metodológico. O Capítulo 04 tratou dos resultados e discussão, a partir dos dados coletados e a análise de como os burocratas de rua implementadores da política pública entendem o Previne Brasil, seu papel, capacitações e estrutura para implementá-lo no município de Cachoeira-Ba e, por fim, as considerações finais.

2. MARCO TEÓRICO

Neste capítulo, seguindo a estrutura da pesquisa, ao apresentar o marco teórico aprofundou-se no campo da Atenção à Saúde Primária e em como se dá o seu financiamento e, para isso, embasou-se a construção da fundamentação em autores que desenvolvem estudos abordando aspectos contextuais, históricos e pertinentes que foram sintetizados e embasados para este estudo a exemplo de Lotta, Lima e D'Ascenzi e o Manual Instrutivo do Programa Previner Brasil, proposto pela OMS (Organização Mundial da Saúde). No que tange ao campo da implementação das políticas públicas explorou-se a dinâmica dos principais modelos de análises que podem estruturar a investigação e os atores envolvidos para a implementação.

2.1 SUS E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Ao tratar da regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi estabelecido pela Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, nela estão descritos seus princípios, diretrizes e as competências de cada ente federativo com relação à gestão do SUS (HARZHEIM, E. *et al.*, 2020, pág. 1362). No Brasil, ao longo dos 30 anos de implementação do SUS, inovações no modelo de financiamento do sistema de saúde e no desenho de arranjos organizacionais de serviços de saúde viabilizaram um rápido e consistente crescimento da cobertura de APS (MASSUDA, 2020, pág. 1182).

Quanto ao financiamento do SUS, o Art. 35 da Lei 8.080/90 estabelece que, para os valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, deve ser utilizada a combinação de alguns critérios: perfil demográfico da região; perfil epidemiológico da população a ser coberta; características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; previsão do plano quinquenal de investimentos da rede; ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

A Norma Operacional Básica (NOB) 01/1993 propôs pequenos avanços na autonomia e flexibilização para as gestões municipais, o que marcou os avanços na consolidação do SUS. Com a NOB 01/964, foi apontada a reorganização do modelo de atenção à Saúde apresentando os papéis de cada ente federado, instrumentos gerenciais, mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo progressivamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter

global, fundo a fundo. Nesta NOB, houve a instituição do Piso de Atenção Básica (PAB), que definia a transferência de recursos financeiros regulares para a Atenção Básica a partir de um valor *per capita*, seguindo critérios estabelecidos na Lei 8.080 (HARZHEIM, E. *et al.*, 2020, pág. 1362). Massuda (2020, pág. 1183) afirma que a implementação do Piso de Atenção Básica (PAB), em 1998, foi a mais importante iniciativa para impulsionar a expansão da APS (Atenção Primária a Saúde) no país.

A descentralização de recursos federais para municípios, combinada com a implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF), foram decisivos para a expansão da APS no país. A ESF ampliou o acesso a serviços básicos e promoveu melhorias nos resultados em saúde, reduzindo desigualdades sociais e regionais, sendo reconhecida internacionalmente como exemplo de política de saúde pública bem-sucedida (MASSUDA, 2020, pág. 1182).

No início dos anos 2000 o financiamento do SUS continuou marcado por transformações, principalmente, da APS. A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS) 01/2007 instituiu a gestão plena da Atenção Básica/APS Ampliada, aumentando as responsabilidades assistenciais da APS no país e instituindo o PAB Ampliado para os municípios que aderissem. Com o passar dos anos o PAB Ampliado acabou sendo incorporado ao PAB fixo (HARZHEIM, E. *et al.*, 2020, pág. 1362). Composto por um componente fixo, calculado pelo número de habitantes de um município, e outro custo variável, associado ao incentivo de políticas prioritárias, o PAB modificou a lógica de pagamento até então baseada no número de procedimentos realizados. A transferência de recursos destinados à APS, de forma regular e automática pelo Fundo Nacional de Saúde para Fundos Municipais de Saúde, permitiu financiar serviços de saúde em municípios mais carentes e desprovidos de infraestrutura básica, promovendo uma mudança gradual e contínua no modelo de atenção à saúde (MASSUDA, 2020, pág. 1183).

Harzheim et al. (2020, pág. 1191) evidenciam que o componente fixo era composto em parte por uma parcela fixa, calculada a partir do tamanho populacional do município, o chamado “PAB Fixo”. O segundo componente do modelo de financiamento era o chamado “PAB Variável”, que abrangia incentivos financeiros repassados de acordo com o credenciamento e mínima atividade dos mais diversos tipos de equipes de ESF, Consultório na Rua, equipes prisionais, etc. Para receber o “PAB Variável”, o município necessitava credenciar a equipe junto à SAPS (Secretária de Atenção Primária), manter o cadastro desta equipe no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) completo, e informar alguma atividade da equipe,

mesmo que fosse apenas um procedimento ao mês, sem nenhuma exigência relacionada ao número de pessoas sob responsabilidade da equipe. Já o terceiro componente referido pelos autores estava relacionado ao incentivo repassado aos municípios para a implantação e manutenção de Agentes Comunitários de Saúde nas equipes de Saúde da Família (eSF). O quarto e último componente era o Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade (PMAQ), que inovou positivamente em 2011 ao abordar explicitamente a necessidade de ampliar o acesso e de melhorar a qualidade do cuidado na ESF e trazer a cultura da avaliação na APS.

A Portaria 3.992, de 28 de dezembro de 2017, alterou esse cenário instituindo apenas dois blocos: custeio e investimento. Dessa forma, gestores municipais retomaram parte de sua autonomia ao recuperar essa desvinculação financeira e, com isso, a possibilidade de qualificar a gestão com base na percepção das necessidades. Essas alterações foram ao encontro da Lei Complementar nº 141, de 13 janeiro de 2012, que busca transparência para os critérios de rateio entre os entes federados ao incluir critérios socioeconômicos, epidemiológicos, demográficos, espaciais e capacidade de oferta de serviços (HARZHEIM, E. et al., 2020, pág. 1362).

O processo de transferência de recursos financeiros federais ocorreu para estados e municípios, que assumiram progressivamente a coordenação da gestão do sistema de saúde em âmbito regional e local. Em meio à descentralização do sistema, o Ministério da Saúde passou a ter papel estratégico na formulação de políticas de saúde e no direcionamento de incentivos financeiros para a implantação de programas de saúde, particularmente de serviços de APS (MASSUDA, 2020, pág. 1183).

São inegáveis os grandes avanços que a APS, representada principalmente pela eSF, apresentou nos últimos 25 anos. Houve expressiva redução da mortalidade infantil, redução de mortalidade evitável, redução de internações por condições sensíveis, entre outros avanços. Por outro lado, percebe-se uma diminuição expressiva na velocidade de ganhos em saúde frente ao investimento público. Há diminuição da cobertura vacinal, perda de velocidade na redução da mortalidade infantil, uma grande proporção de internações hospitalares evitáveis, além de enorme dificuldade no manejo das doenças crônicas, no envelhecimento e, também no enfrentamento da sífilis e do HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) (HARZHEIM, E. et al, 2020, pág. 1362)

É evidente que há muito a avançar para que a APS obtenha maior presença e extensão dos indicadores essenciais – acesso de primeiro contato, longitudinalidade,

integralidade, coordenação – e derivados – orientação comunitária e familiar e competência cultural (HARZHEIM, E. *et al.*, 2020, pág. 1363)

A implantação da ESF propiciou avanços consistentes no aumento da cobertura de serviços de APS no Brasil. Estudos demonstram que o crescimento da cobertura de ESF nos municípios está associado ao aumento no acesso a serviços de saúde, redução de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária, e melhoria nos resultados, com a queda da mortalidade infantil em todas as regiões do país, beneficiando populações mais vulneráveis, com o impacto positivo na redução de iniquidades no país (MASSUDA, 2020, pág. 1184).

Ainda de acordo com Harzheim (2020, pág. 1191), o modelo de financiamento vigente até 2019 contribuiu, após a esperada expansão da ESF até meados da década passada, para impedir a ampliação do número de pessoas sob efetiva responsabilidade das equipes. Esse modelo estava esgotado e apresentava limitações quanto à capacidade de induzir respostas primordiais aos desafios do sistema de saúde e da APS, tais como a efetivação do acesso e a produção de melhores resultados em saúde (HARZHEIM, 2020, pág. 1191).

Reitero aqui que, no processo de desmonte que o governo federal vem realizando no SUS, já havia subfinanciamento público e baixa participação de gastos públicos no total de gastos com saúde no Brasil e ele foi agravado pelo desfinanciamento provocado pela Emenda Constitucional (EC) do Teto dos Gastos Públicos (EC 95/2016).

Acrescenta-se nessa conjuntura as interferências realizadas pela PNAB (Política Nacional de Atenção Básica) nas atribuições da enfermagem e no processo de trabalho das eSF, como por exemplo, agregando práticas de enfermagem às atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Diante das facetas e lacunas existentes no SUS a partir das ofertas dos serviços de saúde, entende-se a necessidade da mudança de uma política de financiamento que supra as lacunas existentes, vista a fragilidade de respeito aos princípios, previstos na PNAB, de fortalecimento e expansão do SUS. Tal mudança visava uma revisão da PNAB publicada em 2017 e um programa que priorizasse o financiamento suficiente para o SUS, com destaque para a APS integral. Portanto, este novo programa de financiamento pretende custear a APS a partir de componentes não definidos anteriormente, com a participação de equipes multiprofissionais, que altera a forma de enviar recursos para a APS nos municípios vinculando-os ao cadastramento de usuários nas unidades básicas de saúde e gera

o rompimento da vinculação territorial, cadastros individuais x acompanhamento longitudinal familiar do antigo modelo. Este novo programa é o Previne Brasil.

2.2 PREVINE BRASIL

O programa Previne Brasil foi instituído por meio da Portaria GM/MS nº2.979, em novembro de 2019, na qual pactuou-se, na Comissão Intergestora Tripartite (CIT), a elaboração de um modelo de financiamento de custeio para a APS, que culminou no programa “Previne Brasil” para financiamento de custeio da APS no SUS.

Foram introduzidos o número de pessoas registradas por equipes de Saúde da Família e Atenção Primária cadastradas no Ministério da Saúde, por critérios de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e localização geográfica. O pagamento por desempenho vem a ser realizado a partir de resultados alcançados pelas equipes sobre indicadores e metas e incentivos financeiros para ações e programas prioritários definidos pelo Ministério da Saúde (MASSUDA, 2020 pág. 1184; BRASIL, 2021).

Para a definição do modelo final houve amplo debate com a sociedade, tanto no Congresso Nacional, como em 23 Unidades da Federação, com participação democrática de mais 10.000 gestores e integrantes das equipes de gestão das secretarias municipais de saúde. (HARZHEIM, E. et al., 2020, pág. 1371).

O foco do Previne Brasil é estruturar o modelo de financiamento da APS para induzir o acesso aos serviços, a cobertura efetiva de APS e o aumento da qualidade da assistência, com foco no resultado dos indicadores de saúde e no atendimento às necessidades de saúde das pessoas (BRASIL, 2021, pág. 6).

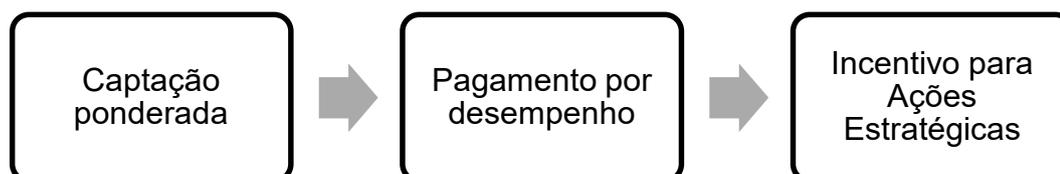
A fim de atender os objetivos do programa é proposto cumprir com o compromisso de ampliar o acesso da população às unidades de saúde da família, um modelo de financiamento baseado em resultados em saúde e eficiência, definição de um novo modelo de provimento e formação de médicos de família e comunidade para áreas remotas, o fortalecimento da clínica e do trabalho em equipe multiprofissional, e a ampliação da informatização das unidades básicas de saúde e do uso do prontuário eletrônico (SELLERA, et al., 2020, pág. 1405).

De acordo o Manual Instrutivo no âmbito da gestão municipal, esse modelo de financiamento oportuniza flexibilidade na gestão dos recursos da APS, possibilitando adequar a capacidade instalada e a abrangência das ofertas dos serviços da APS às

necessidades de saúde da população, a partir da atuação de equipes multiprofissionais (BRASIL, 2021, pág. 6).

O Programa Previne Brasil estabelece o modelo de financiamento de custeio da APS no âmbito do SUS que organiza um modelo misto, constituído pelos seguintes componentes

Figura 1: Componentes do modelo de financiamento do programa previne Brasil.



Fonte: Elaboração própria, 2021.

O componente de captação ponderada se caracteriza por um cálculo dos incentivos financeiros que consideram o quantitativo da população cadastrada por eSF e eAP (equipe da Atenção Primária), com atribuição de peso por pessoa, considerando os critérios de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e classificação geográfica.

Ela está correlacionada às características territoriais e epidemiológicas e à condição de vulnerabilidade social de uma pessoa. Pretende estimular o mapeamento da população presente no território, tornando-a adscrita à sua unidade de referência, com vistas a qualificar o vínculo entre usuários e as equipes de saúde a partir desse olhar. Ou seja, além de considerar o cadastro das pessoas nas equipes de eSF e eAP, a captação é ponderada. Isso significa que são aplicados pesos para cada pessoa cadastrada, possibilitando uma maior equidade na alocação de recursos (BRASIL, 2021, pág. 8).

Assim, para o cálculo da transferência do incentivo afeto à captação ponderada, são considerados:

- Quantitativo de cadastro populacional das eSF e eAP no SISAB (Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica);
- A vulnerabilidade socioeconômica da população cadastrada na eSF e eAP;
- O perfil demográfico por faixa etária da população cadastrada no SISAB;
- A classificação geográfica definida pelo IBGE;
- São classificadas dentro da vulnerabilidade socioeconômica as pessoas cadastradas que recebem pelo menos um dos seguintes benefícios: benefício financeiro do Programa Bolsa Família (PBF) ou

benefício de Prestação Continuada (BPC) ou benefício previdenciário de até dois salários-mínimos (BRASIL, 2021, pág. 14).

A respeito do segundo componente, o pagamento por desempenho, os indicadores contribuem para a avaliação e monitoramento do processo de trabalho da APS, assim como o acesso, a qualidade e a resolutividade dos serviços prestados pelas eSF e das eAP (BRASIL, 2021, pág. 22).

A definição dos indicadores para o componente Pagamento por Desempenho considerou a relevância clínica e epidemiológica das condições de saúde ainda prevalentes no Brasil, com centralidade na pessoa e na situação dos serviços de saúde, abrangendo áreas como a saúde da mulher, da criança, doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis, saúde bucal, saúde mental, imunização e indicadores que avaliam a experiência da pessoa atendida (BRASIL, 2021, pág. 23).

Os Indicadores do Pagamento por Desempenho são:

- I. proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a 1^a até a 20^a semana de gestação;
- II. proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;
- III. proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado;
- IV. cobertura de exame citopatológico;
- V. cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente;
- VI. percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre;
- VII. percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada (pág. 24).

O componente de Incentivo para Ações Estratégicas é apresentado no Quadro 1. Este componente considera as especificidades e prioridades em saúde, assim como aspectos estruturais e de produção assistencial das equipes e unidades de saúde, por meio de adesão da gestão municipal a programas, estratégias e serviços, ou o cumprimento de requisitos definidos pelo Ministério da Saúde. Portanto, este componente busca atender às especificidades socioeconômicas, territoriais e epidemiológicas.

Quadro 1: Componentes do incentivo para Ações Estratégicas

Ações Estratégicas
I. Programa Saúde na Hora
II. Equipe de Saúde Bucal (eSB)
III. Unidade Odontológica Móvel (UOM)
IV. Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)
V. Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD)
VI. Equipe de Consultório na Rua (eCR)
VII. Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF)

VIII. Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR)
IX. Microscopista
X. Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP)
XI. Custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Situação de Privação de Liberdade
XII. Programa Saúde na Escola (PSE)
XIII. Programa Academia da Saúde
XIV. Programa de Apoio à Informatização da APS
XV. Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional
XVI. Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) XVII

Fonte: BRASIL, 2021, pág. 46.

No Manual Instrutivo é evidenciado que, para capacitação dos implementadores do Programa, a gestão municipal deverá capacitar e atualizar seus profissionais na alimentação do sistema de informação por meio de educação continuada e treinamento dos profissionais de saúde, além de garantir o envio dos dados ao sistema de informação e avaliar a qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes no sistema de informação. Além disso, a responsabilização dos gestores municipais com os insumos, materiais e equipamentos suficientes e em boas condições de trabalho.

Diante disso, fica evidente o papel dos atores envolvidos, que são a gestão e a equipe de saúde, de manter sua população cadastrada e atualizada por grupo, seja idoso, criança ou gestante; a implantação de protocolo para as ações; estabelecer parâmetros de qualidade. A melhoria dos indicadores de desempenho está relacionada à capacidade resolutiva das equipes de APS e à abrangência das ações e serviços que ofertam (BRASIL, 2021, pág. 39), assim como o acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades sobre o apoio institucional e a educação permanente (BRASIL, 2021, pág. 40). A atuação dos profissionais contribui para a universalização do acesso à atenção resolutiva e de qualidade, para o fortalecimento dos espaços democráticos de participação e controle social, para a mediação de ações intersetoriais que possam incidir na determinação social, para promover a saúde e reduzir as desigualdades.

Como o novo Programa demanda alterações no que já vinha sido feito antes de 2019 e novas ações da gestão e das equipes de prestação de serviço de saúde, neste trabalho buscou-se investigar como se dá a implementação do Previne Brasil

no município de Cachoeira, observando os atores (seu papel e sua percepção sobre a Política), estrutura e capacitação associados à implementação

Diante disso na próxima seção é apresentado um aporte teórico a respeito da implementação das políticas públicas e suas abordagens para ser, posteriormente, possível analisar como o Programa Previne Brasil está implementado no município de Cachoeira-BA sob as condições previstas pelo Programa.

2.3 IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

As políticas públicas foram descritas por Dalfior (2015, pág. 212) como a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou por meio de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos, ou seja, é o que o governo escolhe fazer ou não fazer. Baptista e Resende (2011 apud Dalfior, 2015) analisam a etapa de implementação como uma fase administrativa da política, que envolve uma série de sistemas ou atividades da administração pública: o sistema gerencial e decisório, os sistemas de informação, os agentes implementadores da política, os sistemas logísticos e operacionais (recursos materiais, financeiros). Por isso, essa etapa é considerada o momento de se colocar uma determinada solução em prática, de executar, dirigir, administrar, sendo, portanto, tratados como sinônimo de implementar (MENY; THOENIG, 1992 apud NAJBERG; BARBOSA, 2006 apud DALFIOR, 2015).

Cada política pública representa uma tentativa de resolver um problema da sociedade a partir de processos de decisão no qual participa certo número de atores (MAINARDES, 2011, pág. 161). O mesmo autor afirma que a perspectiva pós-estruturalista aponta a importância de analisar o discurso das políticas. Na perspectiva das teorias críticas do discurso, a formulação de políticas é vista como uma arena de disputa por significados ou as “políticas do discurso”.

As políticas públicas se compõem das seguintes fases, apresentadas por Lotta (2014, pág. 189), com base em outros autores:

agenda (quando são decididos os assuntos que serão trazidos e debatidos na esfera pública) (Kingdon, 1995); formulação (quando são especificadas as alternativas e elaborados os planos de ação) (Souza, 2006); implementação (quando as políticas são colocadas em prática) (Barrett, 2004), e avaliação (quando são verificados os resultados das políticas implementadas, comparando-se com as especificações formuladas) (Motta, 1990).

Ao observar a implementação, a autora evidencia um complexo processo que envolve atores, interesses, poder, recursos, disputas e desconhecimentos e também um processo de interação entre os implementadores e os diversos atores envolvidos,

como usuários, outros profissionais da política, políticos etc. Considerou, portanto, que, para analisar a implementação, deve-se entender como os burocratas constroem suas ações e como os diversos atores envolvidos influenciam essa construção, a partir da percepção e entendimento do que a política propõe e assim executá-la conforme os objetivos (LOTTA, 2018, pág. 146).

As avaliações nesse arcabouço são justamente as que se dedicam a identificar os problemas de implementação, vistos como possíveis mudanças nas políticas durante sua execução. E a conclusão é de que esses percalços explicariam o não atingimento dos objetivos. Entretanto, tudo isso poderia ser evitado se os formuladores fossem capazes de manter a política clara, evitando objetivos ambíguos (HILL, 2006 apud LOTTA, 2019); se os executores fossem treinados e controlados nos marcos desses entendimentos; assim como se as condições práticas de funcionamento da política estivessem garantidas, como disponibilidade de recursos normativos, humanos e materiais (LOTTA, 2019, pág. 135).

No entanto, ao analisar a literatura sobre implementação de políticas públicas, diversos autores afirmam que, tradicionalmente, muitas das pesquisas consideraram apenas um ator como o foco das análises, especialmente o ator organizacional, responsável por colocar as políticas em prática. Na tentativa de avançar além da dicotomia criada pelas duas correntes, um conjunto de pesquisas desenvolvidas a partir dos anos 2000 tem apontado a importância de se ampliar a análise, considerando os diversos atores e organizações que se envolvem na implementação das políticas públicas. Alguns autores denominam essa nova corrente de 3ª geração de estudos de implementação (SAETREM, 2005 apud LOTTA, 2018, pág. 148).

Um dos pontos levantados nessas novas perspectivas é da influência de uma cadeia de agentes no processo de implementação, e não apenas de atores isolados. Essa perspectiva se baseia na ideia, já bastante consolidada nos estudos de políticas públicas, de que atualmente as políticas são construídas e implementadas em ambientes de múltiplos atores e camadas, numa lógica de governança multinível (LOTTA, G., 2018, pág. 148).

Além de analisado, o momento da implementação também deve ser gerenciado. É no momento da implementação que funções administrativas, como liderança e coordenação de ações, são postas à prova. Os atores encarregados de liderar o processo de implementação devem ser capazes de entender elementos motivacionais dos atores implementadores envolvidos, os obstáculos técnicos e legais presentes, as deficiências organizativas, os conflitos potenciais, além de agir diretamente em negociações, construção de coordenação entre implementadores e cooperação por parte dos destinatários. A fase de implementação é aquela em que a administração pública se reveste de sua função, de transformar intenções políticas em

ações concretas. Também nessa fase entram em cena outros atores políticos não estatais: fornecedores, prestadores de serviço, parceiros, além dos grupos de interesse e dos destinatários da ação pública. (SECHI, L. 2012, pág. 46)

A implementação de políticas é vista por Dalfior (2015, pág. 216) como um processo de interação estratégica entre vários atores com diferentes interesses, sendo comparada a um jogo, no qual as relações se entrelaçam, envolvendo uma grande quantidade de jogadores, com suas estratégias e táticas, com variados graus de incertezas. Nessa perspectiva de jogo, uma autoridade central procura induzir agentes (implementadores) a colocar em prática os objetivos e estratégias que lhe são alheias, mas a resposta dos agentes implementadores, seja de aceitação, neutralidade ou rejeição, depende do entrosamento entre formuladores e implementadores, da compreensão da política, do conhecimento de cada fase do processo e da quantidade de mudança envolvida com a nova política.

Define-se a implementação como um processo de apropriação de uma ideia que, nesse sentido, é consequência da interação entre a intenção (expressa no plano) e os elementos dos contextos locais de ação (D'ASCENZI, 2014, pág. 512).

A relação entre a política pública formal e a política pública implementada, com a qual o cidadão se relaciona, é um tema que paira sobre o campo da análise da implementação de políticas públicas. Aceita-se que tal relação não é de determinação e que o plano sofre modificações durante sua execução, assim como também influencia as ações e decisões dos implementadores (D'ASCENZI, 2014, pág. 510). A relação entre a política formal e a política influencia ações e sofre modificações durante sua execução assemelhasse ao cenário percebido neste estudo com a política implementada do programa Previne Brasil no município de Cachoeira-BA, uma vez que o programa sofreu alterações durante sua execução e vimos seus impactos nas ações dos burocratas implementadores.

O estudo pioneiro de Lipsky aponta a importância dos burocratas de rua ao afirmar que eles são o foco da controvérsia política, uma vez que são pressionados pelas demandas de serviços para aumentar efetividade e responsividade e, ao mesmo tempo, pressionados pelos cidadãos para elevar eficiência e eficácia. (LOTTA, 2014, pág. 190-191)

A ideia de que a burocracia de nível de rua exerce um papel importante no processo de implementação que também é trazida por D'ASCENZI (2014) evidenciando que esses atores promovem mudanças na política, adaptando-a aos

contextos de ação, separando a política pública de fato da política pública do papel. Méier e O'Tolle (2006 apud Lotta, 2012 apud D'ASCENZI, 2014, pág. 512) retratam que o processo de tomada de decisão do burocrata de nível de rua teria como referência sua representatividade perante os cidadãos, "suas ações se encaixam nos valores que compartilham com o público".

Lotta (2012 apud D'ASCENZI, 2014), que analisou o processo de implementação de um programa de saúde a partir da interação entre burocratas de nível de rua e usuários da política, assume que os resultados da política são influenciados pela forma como é implementada.

Olhar para as interações existentes no processo de implementação das políticas pressupõe também reconhecer seus diversos valores e referências, bem como a forma como são trazidos e colocados em prática. Esses valores e preferências, no entanto, não são escolhas individuais dos atores, embora haja um componente relacionado à trajetória individual, mas sim influenciados e moldados pelos treinamentos que recebem, pelas instituições onde estão inseridos, pelas relações estabelecidas no momento da implementação (LOTTA, 2014, pág. 193).

No entanto, os seminários acabaram por se tornar um instrumento político poderoso de promoção para os principais envolvidos na implementação da qualificação profissional, isto é, as prefeituras e as entidades executoras, pouco ou quase nada contribuindo para a capacitação dos conselheiros como era esperado pelos formuladores da política. Os seminários deveriam ser um processo contínuo de aprendizado no sentido de tornar os membros das comissões competentes e atuantes no cumprimento do seu papel. (SIMAN, 2005, pág. 241).

2.3.1 Abordagens de Análise Top Down e Bottom – Up

Ao longo das últimas três décadas, algumas correntes foram se consolidando buscando compreender como a execução se efetiva no interior do Estado, seja numa perspectiva normativa e prescritiva, na tentativa de trazer aprendizados para melhoria da implementação (visão *top down*), seja numa perspectiva mais analítica, buscando compreender, sem prescrições, como de fato os processos ocorrem sob a perspectiva da base (visão *bottom up*) (LOTTA, G. 2018, pág. 148).

Os defensores da visão top-down enfocam, em suas análises, a decisão dos formuladores e, assim, tentam estruturar um processo de implementação que atinja os objetivos da legislação e minimize os pontos de veto (WINTER, 2007 apud SEGATTO, pág. 2). Para os seus autores, na implementação, as ações dos implementadores e do público-alvo da política coincidem com os objetivos do decisor (MATLAND, 1995 apud SEGATTO, pág. 2).

Esse modelo *top-down* é visualizado como estratégia da classe política para "lavar as mãos" em relação aos problemas de implementação: se as políticas, os programas e as ações estão bem planejados, com objetivos claros e coerentes, então uma má implementação é resultado de falhas dos agentes, por exemplo, policiais, professores, médicos. (SECHI, L. 2012, pág. 47)

O modelo *top-down* parte de uma visão funcionalista e tecnicista de que as políticas públicas devem ser elaboradas e decididas pela esfera política e que a implementação é mero esforço administrativo de achar meios para os fins estabelecidos (SECHI, L. 2012, pág. 47).

No enfoque *top-down*, segundo Baptista e Rezende (2011 apud DALFIOR, 2015, pág. 217), há o entendimento de que todo o controle está nas mãos dos 'formuladores', situados no topo das organizações, que assumem o controle dos fatores políticos, organizacionais e técnicos e a divisão de responsabilidades. Nessa concepção, os insucessos da implementação da política são entendidos como desvios de rota cometidos por atores no nível local, que não foram capazes de executar a política da maneira exata como foi estabelecida.

Nessa perspectiva, o papel dos gestores e o desenho institucional da política se tornam críticos, em função dos atores envolvidos (os agentes que implementam a política e o público-alvo do programa), dos instrumentos estabelecidos e do grau de centralização dos processos (existência de um órgão específico ou não, mecanismos de supervisão, especialização das organizações, entre outros) (DALFIOR, 2015, pág. 217).

Para Lotta (2014, pág. 190) o modelo *top-down* se reflete nas estruturas tradicionais de governança, enfatizando a separação entre política e administração, focando no controle e na hierarquia. Os defensores dessa corrente enxergam um ideal normativo de colocar a política pública em ação. A política deveria ser feita no topo e executada por agentes de acordo com esses objetivos. O propósito desses estudos é, portanto, identificar as causas dos problemas na implementação e sugerir formas de obter acordo entre as ações de execução e os objetivos da política.

Já o modelo *bottom-up* (de baixo para cima) observa o processo de criação de política como um *continuum*, no qual há modificação das intenções ao longo das ações. Tem-se como pressuposto que o processo de implementação transforma e adapta as políticas originais. Parte-se, portanto, para um olhar longitudinal, ou seja, observam-se a origem da política, suas mudanças ao longo do processo em todos os níveis e a época em que o programa foi substancialmente alterado. Nessa perspectiva,

há importância mínima para objetivos e planos – o que importa são os processos, uma vez que os resultados não são previsíveis e dependem do processo de implementação (MAJONE 1995 apud LOTTA, 2014, pág. 190).

Este enfoque constituiu-se a partir de críticas ao enfoque *top down* e parte da análise das redes de decisões que se estabelecem no nível concreto de sua execução, no enfrentamento entre os diversos atores quando da implementação (PINTO; SILVA; BAPTISTA, 2014 apud DALFIOR, 2015, pág. 217).

A análise do processo de implementação pressupõe compreender como, de fato, as ações são colocadas em prática, especificamente no que diz respeito à atuação dos agentes implementadores e sua relação com os usuários das políticas públicas – em particular considerando que ela se concretiza a partir das práticas desenvolvidas por seu principal burocrata.

Nesse modelo, o formato que a política pública adquiriu após a tomada de decisão não é definitivo, e a política pública é modificável por aqueles que a implementam no dia a dia. Em poucas palavras, existe maior discricionariedade por parte dos gestores e burocratas. Esse papel de remodelação da política pública por aqueles que a implementam não é entendido como um desvirtuamento, mas sim como uma necessidade daquele que se depara com os problemas práticos de implementação (SECHI, L. 2012, pág. 48).

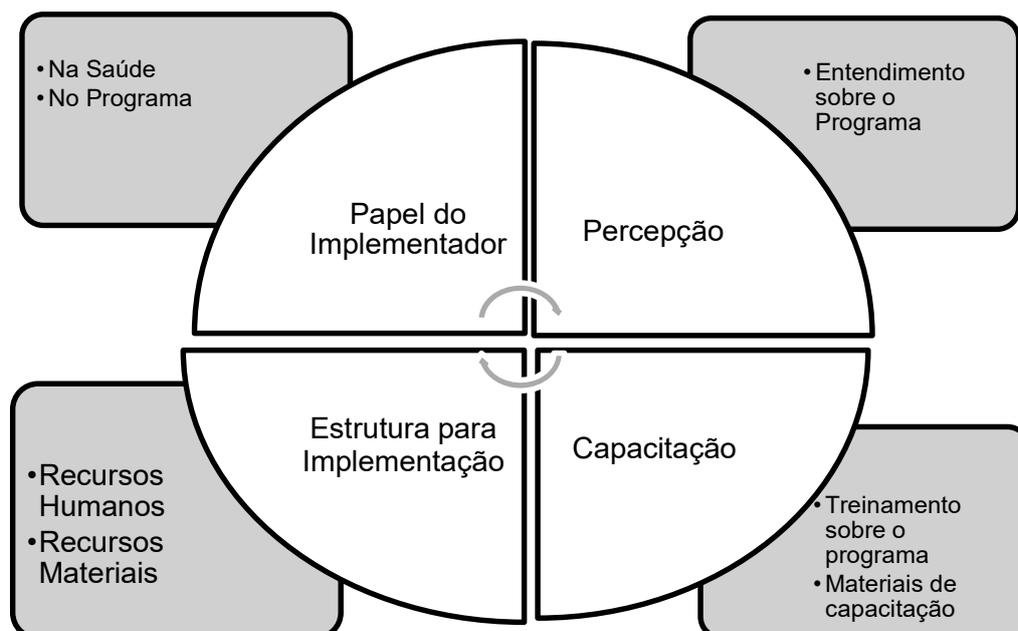
O modelo *bottom-up* é caracterizado pela maior liberdade de burocratas e redes de atores em auto-organizar e modelar a implementação de políticas públicas. Nesse modelo é reconhecida a limitação da decisão tecnológica. Os implementadores têm maior participação no escrutínio do problema e na prospecção de soluções durante a implementação e, posteriormente, os tomadores de decisão legitimam as práticas já experimentadas. A implementação é predominantemente avaliada pelos resultados alcançados a posteriori, em vez da avaliação baseada na obediência cega a prescrições. (SECHI, L. 2012, pág. 47)

No modelo *bottom-up*, um dos elementos-chave é o dos responsáveis pela implementação das políticas públicas, os agentes de rua, que são funcionários que trabalham diretamente com os usuários dos serviços públicos, como, por exemplo, policiais, professores e profissionais de saúde. (LOTTA, 2014, pág. 190).

Diante desse arcabouço teórico, considerando um modelo no qual se consideram aspectos do Previne Brasil como foi formulado, mas principalmente aspectos relativos aos burocratas de nível de rua, para esta pesquisa, foram criadas quatro dimensões, que contemplassem os elementos a serem investigados em Cachoeira. A Figura 1 abaixo apresenta as dimensões e suas categorias. Para a

dimensão percepção tem-se a categoria: Entendimento sobre o programa. Capacitação: Treinamento sobre o programa. Papel do Implementador: No programa e na saúde. Por fim, na dimensão estrutura para implementação, as categorias: Recursos Humanos e Recursos Materiais.

Figura 2: Esquema das Dimensões e Categorias de análise.



Fonte: Elaboração própria, 2021.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo qualitativo que se preocupou, portanto, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados. Para Minayo (2001, pág. 21), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

3.2 LEVANTAMENTO DOS DADOS

Para o levantamento dos dados realizou-se uma busca documental em manuais, leis e portarias. A fim de analisar a estrutura normativa do Programa Previne Brasil, os documentos foram coletados diretamente dos sites dos órgãos oficiais.

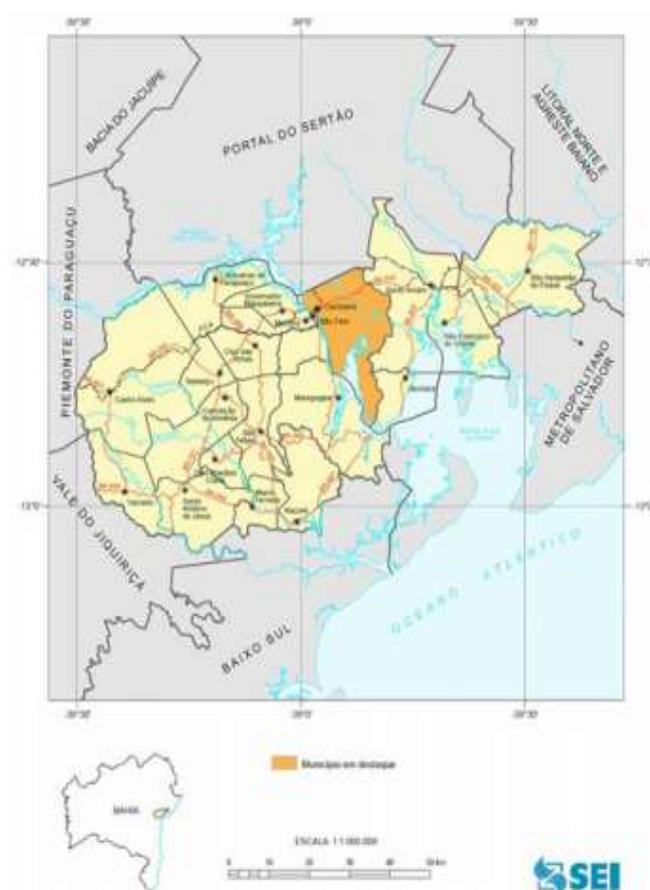
A segunda etapa implicou realização de entrevistas semiestruturadas com atores da rede municipal de Saúde do município de Cachoeira – Bahia.

3.3 LOCUS E RECORTE TEMPORAL

O presente estudo teve como contexto empírico o município de Cachoeira BA, localizado no Recôncavo Baiano, a 111 km da capital baiana, Salvador. Segundo os dados do IBGE @cidades, o município ocupa uma área territorial de 394,894 km² e faz divisa com os municípios de Conceição da Feira, Santo Amaro, Saubara, Maragogipe, São Félix, Muritiba e Governador Mangabeira. (SEI – Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia, 2011). Para o ano de 2016, de acordo com estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município de Cachoeira contou com uma população de 35.013 habitantes com uma estimativa para 2020 de 33.567 habitantes. Segundo a SEI (2011) a população censitária por situação de moradia em 2010 se caracteriza por 16.387 na zona Urbana e Rural com 15.639 habitantes.

A cidade de Cachoeira foi tombada pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional em 1971, por causa da sua arquitetura em estilo predominantemente barroco e reúne o segundo maior acervo arquitetônico do Estado da Bahia. Seu casario, igrejas e prédios históricos preservam a imagem do Brasil Império (FERNANDES E OLIVEIRA, 2012, pág. 4). Apesar desse tombamento, há ainda muitas questões de desenvolvimento urbano. Cachoeira apresenta apenas 51.4% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 45.1% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 19.6% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando tratamos do campo da economia, o Produto Interno Bruto (PIB) per capita no ano de 2018 segundo o IBGE era de R\$ 13.985,81, o Índice de Desenvolvimento (IDH) de 0,647 em 2010. Em 2019, o salário médio mensal era de 2.0 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 11.0%.

Figura 3: Mapa 1 – Situação espacial de Cachoeira, BA (2020).



Fonte: Martins e Martins, 2020, pág.3.

Na dimensão Saúde, segundo o IBGE e para o ano de 2009 (últimos dados publicados), o município apresentava 22 estabelecimentos públicos de saúde e quatro pertenciam à esfera privada e 97 leitos de internação. No ano de 2019, a taxa de mortalidade infantil média na cidade era de 16.76 para 1.000 nascidos vivos (IBGE). No mesmo ano a mesma taxa na Bahia foi de 15.06 e na capital Salvador a taxa era de 15.58. As internações devido a diarreias eram de 0.8 para cada 1.000 habitantes.

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, o município conta com 13 unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF). A coleta dos dados deu-se nas unidades de atenção básica localizadas no município entre os meses de julho e setembro de 2021 com profissionais de saúde atuantes nas Unidades de saúde e da Secretária de Saúde.

Quanto ao recorte temporal da pesquisa, foi analisada o processo de implementação da política do Previner Brasil no município de Cachoeira-BA no período que correspondeu ao ano de 2019 a 2021, período que engloba o sancionamento da

Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 até a finalização da pesquisa, em agosto de 2021.

3.4 SELEÇÃO DOS SUJEITOS

Foram escolhidas por uma amostra intencional, dez profissionais de saúde que se distribuíam nas unidades de saúde da família conforme mostra a composição e caracterização dos sujeitos no Quadro 2 abaixo. Como critério de seleção estabeleceu-se que o participante atuasse naquela Unidade de Saúde e concordasse em participar da pesquisa. Em cada unidade pré-selecionada buscou-se selecionar uma categoria diferente entre os grupos dos profissionais de saúde, visto que estes profissionais caracterizam o perfil dos burocratas de rua atuantes como implementadores da política, além de dois gestores que se distribuíram na Secretária de Saúde do município. A seleção se deu por conveniência a partir da pré-escolha com base em contato prévio, envio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (apêndice 1) e agendamento do dia/hora da entrevista. Para garantir o sigilo da identidade dos participantes, substituíram-se os nomes dos entrevistados por um pseudônimo de personalidades históricas.

3.5 ORGANIZAÇÃO E TÉCNICA DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente foi realizada a identificação das normas publicadas que estruturam o Programa Previne Brasil e sua posterior análise. São elas:

- Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, publicada no Diário Oficial da União e que estabeleceu e instituiu o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no SUS.
- Manual Instrutivo Do Financiamento Da Atenção Primária À Saúde, material de apoio do programa que orienta e apresenta a organização deste novo modelo.
- Nota técnica nº 5/2020 - Departamento de Saúde da Família/SAPS/Ministério da Saúde, que evidencia os indicadores de pagamento por desempenho do programa.
- Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do programa Previne Brasil.
- Portaria nº 169, de 31 de janeiro de 2020, que define o valor per capita para efeito do cálculo do incentivo financeiro da captação ponderada do programa Previne Brasil.

Juntamente com a leitura e exploração dos manuais, portarias e nota técnica descritas, utilizou-se também o portal E-gestor, que é uma plataforma que dá acesso aos vários sistemas de informação da APS. Além de facilitar o gerenciamento de dados da APS pelos gestores e profissionais da saúde, permite o acesso a informações que podem auxiliar na organização, implementação e planejamento dos serviços de saúde.

Para realizar a pesquisa de campo, foi utilizada como técnica de coleta de dados a entrevista qualificada. Optou-se pela entrevista semi estruturada, ela se caracteriza quando o entrevistado responde às perguntas dentro de sua concepção, mas, não se trata de deixá-lo falar livremente, o entrevistador permite ao entrevistado falar livremente sobre o assunto, mas, quando este se desvia do tema original, esforça-se para a sua retomada (GIL, 1999). A técnica de coleta deu-se por um roteiro norteador da entrevista que está descrito no Apêndice 1, contemplado com duas seções, sendo a primeira o perfil e a segunda versa sobre implementação. No Quadro

3 estão descritos a organização do tempo de cada entrevista e o dia que foram realizadas.

Quadro 2: Organização do tempo de cada entrevista e o dia.

Participante	Dia da realização da entrevista	Tempo de duração
<i>Dionizia</i>	-	-
<i>Maria Moema</i>	-	-
<i>Corneteiro Lopes</i>	12/08/2021	8 minutos
<i>Dandara</i>	01/09/2021	12 minutos
<i>Maria Felipa</i>	02/09/2021	15 minutos
<i>Ana Nery</i>	02/09/2021	16 minutos
<i>Esperança Garcia</i>	05/08/2021	11 minutos
<i>Luiza Mahin</i>	04/05/2021	20 minutos
<i>Maria Quitéria</i>	02/08/2021	15 minutos
<i>Joana Angelica</i>	05/08/2021	08 minutos

Fonte: Elaboração própria, 2021.

Além das entrevistas presenciais foram utilizados outros modos de coleta devido à pandemia pelo Covid-19. Foi realizado o envio do roteiro e o TCLE via e-mail/WhatsApp para o participante, e posteriormente, as falas e textos foram analisadas sob análise de conteúdo.

As entrevistas com as participantes pré-selecionadas da Secretaria de Saúde não foram consentidas, e, portanto, não foi realizada. Mesmo após inúmeras tentativas e visitas.

As entrevistas foram gravadas com aparelhos smartphones, após consentimento do participante. As entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos participantes sendo gravadas e transcritas na íntegra para, posteriormente, serem analisadas seguindo a orientação da análise de conteúdo de Laurence Bardin (1977). A análise de conteúdo define-se pelo tratamento da informação contida nas mensagens (Bardin, 1977). Os dados foram operacionalizados seguindo as fases da

análise temática e documental de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Estruturou-se então este material agrupando unidades temáticas que são distribuídas nas categorias operacionais: Entendimento sobre o programa, Treinamento sobre o programa, Papel do Implementador no programa e na saúde e estrutura para implementação dos Recursos Humanos e Recursos Materiais. A partir das dimensões: Papel do implementador; Estrutura para implementação, Percepção e Capacitação.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na análise de como se dá a implementação do Previne Brasil, como um programa de financiamento, no município de Cachoeira – BA, na análise dos papéis, percepções dos atores envolvidos, estrutura existente para implementação e os processos de capacitação dos implementadores, esta seção está dividida a partir das dimensões de análise propostas.

Do total de 10 entrevistas que foram propostas, 2 foram recusadas pelos participantes da gestão em função de incipiência na implementação do programa. E atrelado a rotatividade de chefia durante o atual governo. Desta forma, os resultados apresentados se referem à análise de 8 entrevistas. A distribuição do perfil dos participantes está apresentada na tabela abaixo:

Quadro 3: Perfil dos Participantes relacionados ao pseudônimo.

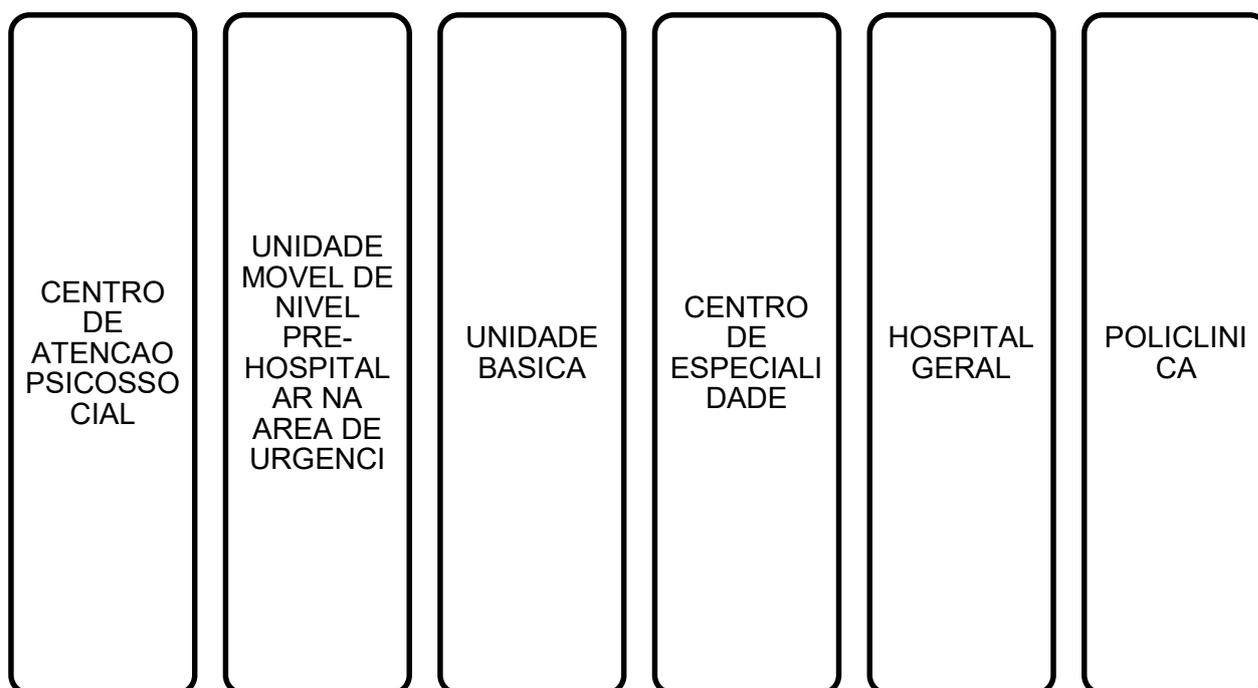
Entrevistado/a	Perfil	Formação Profissional	Tempo de atuação	Unidade de Saúde
Dionizia	Gestão	-	-	Secretária de Saúde
Maria Moema	Gestão	-	-	Secretária de Saúde
Corneteiro Lopes	Cirurgião-dentista	Cirurgião Dentista	3 anos	Unidade 1
Dandara	Enfermeiro	Enfermagem	27 anos	Unidade 2
Maria Felipa	Agente comunitário de Saúde	Técnico de Enfermagem	19 anos	Unidade 1
Ana Nery	Técnico de Enfermagem	Técnico de Enfermagem	6 anos	Unidade 1
Esperança Garcia	Agente comunitário de saúde	Agente Comunitária	13 anos	Unidade 3
Luiza Mahin	Enfermeiro	Enfermagem	10 anos	Unidade 6
Maria Quitéria	Técnico de Enfermagem	Técnico de Enfermagem	11 anos	Unidade 2
Joana Angelica	Técnico de Enfermagem	Técnico de Enfermagem	5 anos	Unidade 8

Fonte: Elaboração Própria.

4.1 PANORAMA DA ESTRUTURA DE SAÚDE EM CACHOEIRA - BA

Na configuração da Atenção Primária distribuída pelas Unidades de Saúde de Cachoeira, a implantação do Prontuário Eletrônico se dá em 1 unidade (7,96%) de 13 unidades presentes no município. A respeito da cobertura populacional estimada de eSF e de equipes de Atenção Básica (eAB) utilizadas para o monitoramento do acesso aos serviços de Atenção Básica, o município é 100% coberto pela atenção básica segundo o painel de indicadores da Atenção Primária à Saúde. No período de 2019 a dezembro de 2020, o município também contava até esse mesmo período com 73 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A estimativa da população coberta pelos ACS era de 33.470 pessoas. A estrutura de Saúde do município está apresentada na figura abaixo.

Figura 4: Estrutura de Saúde Pública do Município de Cachoeira-BA.



Fonte: Elaboração própria, 2021.

Quando tratamos dos indicadores de saúde anteriores à implementação do programa Previne Brasil, o que havia a respeito dos indicadores era sua alimentação no banco de dados do DATASUS, que é o departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil, através do *Tabnet*, que mensurava o estado de saúde da

população com dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais. Hoje o *Tabnet* é um sistema que não é mais utilizado. Esses fatores passaram a ser métricas utilizadas na construção de indicadores, que se traduzem em informação relevante para a quantificação e a avaliação das informações em Saúde, mas que não eram componentes condicionantes para o financiamento da APS, o que se tem a partir do programa Previne Brasil, no quesito indicadores de saúde, é o que os mesmos Brasil implicam no componente de pagamento por desempenho para realização do pagamento, com base nos resultados dos indicadores.

4.2 ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DO PREVINE BRASIL EM CACHOEIRA - BA

No que tange à implementação do programa Previne Brasil no município de Cachoeira-BA, os resultados das entrevistas serão apresentados e analisados segundo as dimensões que foram explanadas na metodologia. Cada dimensão foi subdividida em categorias que melhor agruparam cada fala a partir das entrevistas realizadas.

4.2.1 *Papel do implementador em Cachoeira*

4.2.2.1 Na Saúde

Em Cachoeira, o papel dos burocratas ao implementar o Previne Brasil, talvez pelo desconhecimento do Programa, há uma confusão a respeito do papel que deve ser exercido durante as atividades propostas para colocar o programa em prática, com qual é seu papel como profissional de saúde.

Lotta (2018, pág. 154) discute em seu estudo a partir da análise políticas públicas dos Agentes Comunitários de Saúde que ainda existem confusões assim de como se dão suas atividades e seu papel. Discute também que ao ingressarem na profissão desconheciam quais seriam suas funções. E que conseqüentemente, se não se conhece o papel, ele não é exercido. Em Cachoeira, podemos ver essa confusão nas falas dos entrevistados quando questionados sobre seu papel no programa Previne Brasil:

Fornecer dados. Apoiar o programa. Me dispôr a colocar em prática. Ser executor. Dandara

Meu papel é fundamental, mas não tenho subsídio. Como trabalhar se a gente tem as mãos atadas? A gente quer fazer um bom trabalho, está disponível e tudo, mas na hora a gente fica presa. (Ana Nery)

Essencial, uma vez que o agente de saúde é o elo entre a comunidade e posto de saúde. Se eu não tiver essas informações que essa implementação exige, se eu não tiver, como eu vou fazer um bom trabalho? Porque até então eu não sabia o porquê desse cadastramento ser de uma forma rápida. Quando a gente fez, foi por pressão por que a gente não soube o porquê dessa pressa e rapidez do cadastro. (Maria Felipa)

Deste modo, é evidente que não há uma visão do Programa e sobre qual seu papel de fato ao realizar as ações. Lotta relata:

[...] foi ao longo do tempo que os ACS conseguiram aprimorar seus trabalhos, trazendo conteúdos criativos, uma vez que entenderam a amplitude de seu papel. (2018, pág. 155)

[...] os ACS realizam um papel de mediação em que funcionam como ponte entre a comunidade e a política pública. [...] a ação dos Agentes enquanto mediadores permite estabelecer ações e relações que vão além das práticas da saúde, trabalhando a partir das referências de direitos, educação, mobilização, entre outras. Por estarem inseridos na comunidade e criarem uma conexão com o Estado, os Agentes Comunitários de Saúde garantem que as políticas de saúde saiam de seu aspecto puramente técnico e científico para adentrarem o cotidiano e as dinâmicas locais, permeando o contexto e a vida dos usuários. (LOTTA, 2018, pág. 155)

O papel do implementador é imprescindível para implementação da política, assim como o entendimento da importância e amplitude do seu papel, para que o programa Previne Brasil seja executado os burocratas de nível de rua necessitam conhecer seu papel e quais ações cabem nas suas práticas profissionais, afim de colocar em prática os objetivos do programa e garantir que as políticas saiam do papel.

4.2.2.2 No programa Previne Brasil

A formulação do Previne Brasil se deu com a identificação de causas apontadas para ineficiência da APS no país, como a baixa informatização das UBS (Unidade Básica de Saúde) e EFS, a dificuldade de provimento e fixação de profissionais da saúde em localidades rurais, remotas e periféricas das grandes cidades, assim como o horário limitado de atendimento das UBS. Coelho (2020) salientam que diversos trabalhos de órgãos de controle apontam deficiências na gestão de órgãos de saúde municipais, que afetam diretamente a eficiência, eficácia e efetividade da APS. Quando interrogado aos participantes a respeito do seu papel como implementador do programa, podemos ver nas falas abaixo:

Não sei. (Maria Quitéria)

Não pode concretizar porque na minha visão não está implementado. Mas se implementado, ia evoluir muito a unidade. Poderia mostrar os dados de TB, quantidade de visitas. Rastreamentos dos tablets. (Luiza Mahin)

Dos entrevistados percebemos que não há clareza na definição de qual o papel do burocrata frente ao programa Previne Brasil, mas entende-se a importância e os impactos se conhecessem seu papel, e como isso está refletido nas falhas da implementação do Programa no município.

No programa Previne Brasil, os profissionais de saúde exercem um papel de extrema importância, uma vez que são eles que realizam a busca ativa das pessoas a serem cadastradas e acompanhadas pela APS e ofertam os serviços de saúde à população. Assim como subsidiar o planejamento dos profissionais e gestores nas ofertas de serviços e o acompanhamento dos indivíduos sob sua responsabilidade, a partir dos indicadores previstos e ações estratégicas e assim monitorar e avaliar o Programa para o alcance de resultados.

Busca estruturar um modelo de financiamento focado no atendimento (acesso) das pessoas, de acordo com suas necessidades de saúde, com mecanismos que induzam à responsabilização dos gestores e profissionais quanto à melhor alocação e utilização dos recursos públicos, de forma racional, eficiente e respeitando os critérios previstos no Artigo 35 da Lei 8.080/1990 (BRASIL, 2020, pág. 6).

Na Lei Orgânica de Saúde previsto pela Constituição Federal, são estabelecidos a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde para garantir a universalidade, a equidade e a integralidade do SUS que também são pressupostos no Programa Previne Brasil como forma de mecanismos que induzam à responsabilização dos gestores e profissionais sobre qual seu papel no programa a partir do novo modelo de financiamento da APS, diferente do que se pode observar no programa implementado no município de Cachoeira-BA, no qual os implementadores não conhecem seu papel dentro do programa.

Nas políticas implementados pelo modelo top Down (de cima para baixo), Secchi (2012) aborda que se as políticas, os programas e as ações estão bem planejados, com objetivos claros e coerentes, então uma má implementação é resultado de falhas dos agentes. Aqui há a transferência do bom desempenho do programa para implementador, o que pode ser visto pela implementação do programa

no município de Cachoeira dado a alteração do que se foi planejado para o que se tem implementado no período de análise realizada.

4.2.2 Percepção/Entendimento do Programa

Considerando a dimensão Percepção, na categoria entendimento do programa, foi possível perceber que há um não conhecimento do Programa por parte dos entrevistados à exceção de uma que, na tentativa de responder à pergunta, confunde o Programa com o conceito de Atenção Básica.

Para Hill (2003 apud LOTTA, 2014) deve-se analisar o entendimento dos implementadores sobre a prática e não apenas sobre as organizações responsáveis pelas políticas. Os depoimentos seguintes mostram o desconhecimento do Programa por parte dos profissionais, o que lhes impede um entendimento e interação com o mesmo:

Não sei. (Maria Felipa)

Eu não sei. (Maria Quitéria)

Não sei. (Joana Angelica)

Não sei. Nunca ouvi falar. (Ana Nery)

Primeira vez que ouço falar. (Dandara)

Estou por fora desse programa Previne Brasil. (Corneteiro Lopes)

Os Agentes Comunitários de Saúde, por exemplo, destacam-se por estar em contato direto com os usuários da comunidade, por isso são atores importantes envolvidos no processo de implementação de um programa. Desta forma, torna-se essencial destacar que o entendimento do Programa por parte de todos os profissionais é de extrema importância: caso o entendimento não esteja claro para toda a equipe, o programa pode não ter a efetividade e a cobertura desejada.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) inseridos na estratégia saúde da família, são burocratas implementadores (de nível de rua), responsáveis por colocar em prática, nos domicílios dos usuários, as ações de atenção básica à saúde (LOTTA, 2018, pág. 146).

Ainda a respeito do entendimento, quando questionada a respeito, *Esperança Garcia* diz que

[...] Na verdade, a atenção básica é um contexto, é um complemento de tudo que envolve a saúde no Brasil... precisa de muitas reparações, muitas coisas que poderiam ser diferentes e que infelizmente a atenção básica precisa verdadeiramente de melhorias.

Aqui temos um exemplo importante ao analisar a implementação a nível local, como um processo dinâmico que

vai além das decisões tomadas na etapa de formulação, e envolve atores, interesses, poder, recursos, disputas e desconhecimentos, e como a importância de entender que os burocratas constroem suas ações e como os diversos atores envolvidos influenciam essa construção (LOTTA, 2018, pág. 146).

4.2.3 Estrutura para implementação do Previne Brasil em Cachoeira

4.2.3.1 Recursos Humanos

No que se destina aos recursos humanos utilizados para operacionalização de um programa em sua implementação, Siman (2005, pág. 15) afirma que

é relevante demonstrar que a implementação de políticas depende não somente de decisão política, mas também, e principalmente, de arranjos organizacionais constituídos de recursos humanos, recursos materiais e financeiros e de uma estrutura institucional que articule interesses, que crie uma rede da comunicação e informação, que desenvolva mecanismos com capacidade efetiva e eficaz de coordenação e de controle das ações dos atores, individuais ou coletivos, envolvidos no processo.

Nas entrevistas percebeu-se pelos relatos que existe uma estrutura de profissionais que compõe os recursos humanos, mas que há uma barreira e falta de comunicação básica entre gestão e profissionais na qual as necessidades não são atendidas.

Tenho apoio da enfermeira, mas que as vezes nem ela mesmo consegue resolver porque não depende apenas dela. A gente lança os questionamentos pra ela, faz pedido, quando chega na secretária trava.
(Maria Felipa)

Sim. Eu tenho estrutura de profissionais. (Dandara)

No programa Previne Brasil é previsto que os arranjos organizacionais impactam nas práticas gerenciais de controle e coordenação e podem prejudicar o sucesso da política pautados na inexistência de recursos humanos para sua execução. Além de provocar suspensões de recursos financeiros em casos de irregularidades a partir de critérios de ausências de profissionais no quadro da equipe multiprofissional. Siman (2005, pág. 76) afirma que

a desconsideração dos aspectos relacionados à estrutura operacional dos órgãos gestores em termos de sua capacidade técnica, disponibilidade de recursos humanos materiais, e da sua experiência com o modelo de implementação definido pode tornar-se um importante elemento complicador da política.

Para execução do programa é fundamental a utilização dos recursos humanos como parte da estrutura do programa e uso destes recursos para realizar as ações previstas pelo programa, no caso é visto que o município dispõe de capacidade técnica disponível para execução do programa mesmo que sob limitações.

4.2.3.2 Recursos Materiais

Para o uso dos recursos materiais ainda na dimensão Estrutura para implementação do Previner Brasil, no sentido do êxito da implementação é necessário a quantidade de recursos materiais suficientes a fim de realizar as ações, o que diverge da realidade do Programa em Cachoeira A autora Siman (2005) diz

Na perspectiva da teoria dos processos de decisões racionais, as variáveis definidas como essenciais para o êxito da execução da política são: clareza na especificação dos objetivos, quantidade suficiente de recursos humanos qualificados, materiais e financeiros, acessibilidade à informação e capacidade de exercer autoridade. (pág. 55)

No entanto, não era prioridade, nessa gestão, investir na capacitação dos técnicos envolvidos nas atividades operacionais da política, que, desmotivados, cumpriam suas tarefas ritualisticamente. A introdução de máquinas e de tecnologia mais sofisticadas para desenvolver todo o processo de implementação não foi acompanhada da criação de mecanismos que estimulassem o comprometimento dos técnicos com a política. (pág. 188)

A nível local, percebido pelas falas dos respondentes, além do desconhecimento dos materiais disponíveis para execução do Programa, o que reforça os resultados na dimensão Percepção descrita anteriormente, há evidências de disponibilidade de *internet* e computadores, mas que não são utilizados nas unidades de saúde.

Não sei te dizer. (Maria Quitéria)

Sim. Eu tenho estrutura de equipamentos. (Dandara)

Há internet e computadores, mas não é implementado nenhum sistema. Não sei o que falta. Acredito que a falta de um banco de dados. Estou meio perdida. Principalmente a parte informatizada, por exemplo vou ter uma reunião e um paciente, seria menos tempo perdido. Faço o básico manual e mando digitar, quando fecho a produção mensal tenho que olhar o papel, perco muito tempo. Ano passado o município correu o risco de perder verba.

O ACS cadastrou de última hora, porque não cobriu 100% dos cadastros até hoje. Muito desfocado. (Luiza Mahin)

Não tem material suficiente. Falta tudo. Como a função vai fluir se não tem o material. Tem dia que tem vacina, mas falta cartão de vacina, seringa. Como vai desenvolver o trabalho se não tem? Tem que ficar se humilhando, pedindo. Tem que dar satisfação porque está pedindo. Se está pedindo, é porque tem necessidade. Quando pede, pergunta: Pra que a seringa? Para quantas pessoas? Aí manda contadinho. Desnecessário. Tenho o básico, as vezes falta o essencial como carteira de vacina. Várias vezes é falado que não foi feito o preenchimento dos papeis, aí fala: faz de novo aí, fica desmotivante, desgastante. (Ana Nery)

Aqui mesmo tem papel/impressos meu que eu mesmo que tenho que tirar xerox. Toda quarta-feira a gente entrega, mas quando vai procurar não tem o impresso. Aí tem que mandar o informativo, mas, para não ficar com meu trabalho vedado, eu mesmo vou e tiro xerox, mas não é uma coisa que eu tenho que fazer com meu dinheiro, com minha maquina, com minha impressora, quem tem que fornecer é a própria gestão, prefeitura. Em termos de caneta, lápis aqui já tem não sei quanto tempo que a gente não recebe. Só o básico do básico. (Maria Felipa)

Acredito que sim. (Joana Angelica)

Desde a instituição do Programa em 2019 até o momento de coleta deste estudo, o cenário é apontado por semelhanças nos aspectos dos recursos utilizados para execução dos serviços ofertados, pautados na falta de equipamentos e de recursos materiais, prejudicando a organização e funcionamento do serviço e, conseqüentemente, a prestação de serviços de Saúde no município de Cachoeira.

Para o monitoramento nacional e avaliação dos atributos da atenção primária à saúde e fortalecimento da APS algumas mudanças foram estabelecidas alinhadas ao novo modelo de financiamento. Sellera (2020) aponta que

A construção de um novo modelo avaliativo precisa se de induzir um processo de melhoria de resultados em saúde da população, de orientar maior eficiência no investimento público e na qualidade do serviço prestado, de aumentar transparência dos processos de monitoramento e avaliação junto aos gestores e profissionais, e de instituir um período contínuo e ininterrupto para o monitoramento dos resultados de todas as equipes de saúde.

A partir disto, torna-se essencial que o município incorpore as mudanças previstas pelo ministério ao tempo que adeque estas mudanças no sistema de saúde do município e gere maior capacidade de análise de dados em todos os níveis de gestão, a partir do monitoramento e avaliação.

Para o sucesso da implementação do novo modelo de financiamento, previsto pelo programa Previner Brasil, estas mudanças que não aconteceram com a rotina

dos burocratas de nível de rua no município dado a “não implementação do programa, atribuídas a capacitação, treinamento e entendimento do escopo do programa, uma vez que o financiamento da APS depende diretamente da sua atuação, a partir da alimentação dos bancos de dados, atendimento, cadastramento, atingimento dos indicadores e incentivo de ações estratégicas e assim os recursos serem alocados e melhorar a eficiência na prestação de serviços públicos.

4.2.4 Capacitação

4.2.4.1 Treinamento sobre o Programa

A respeito da dimensão Capacitação, no que tange o treinamento sobre o Programa do município, os profissionais relataram que não foram capacitada/os, a fim de entender os objetivos, estratégias e componentes do Programa, e assim colocarem em prática o que foi planejado pelos seus formuladores. Esta ausência resulta em agentes públicos que não estão preparados para desempenhar suas funções no contexto da Saúde Pública, alterado pelo Previne Brasil em 2019.

Não. Tem muito tempo que a gente não tem nenhuma atualização. (Maria Quitéria)

O que foi feito, foi um curso do E-SUS em 2019, para aprender a preencher o impresso, somente como enfermeiros. Recebi folhas do que era preciso. Achei uma coisa meio solta. Não foi pessoas da prefeitura. (Luiza Mahin)

Não. (Joana Angelica)

É perceptível que investir no treinamento a partir de capacitações dos profissionais envolvidos na implementação do programa como um instrumento não tem sido um interesse prioritário da gestão municipal, de forma que os burocratas de nível de rua pudessem se apropriar da dinâmica da política e colocá-la em prática e obter sucesso do programa. Para Bayer, March e Saetren (1988 apud SIMAN, 2005, pág. 62),

no estudo de implementação, está também no reconhecimento das ambiguidades que caracterizam as políticas públicas. [...] à incompetência burocrática as dificuldades de implementação, pois pressupõe-se que os burocratas, muitas vezes, não são capacitados para realizar as tarefas para as quais foram designados.

O Manual Instrutivo do financiamento da Atenção Primária à Saúde, proposto pelo Ministério da Saúde, evidencia, como ações para melhoria dos indicadores, atividades de educação continuada e treinamento dos profissionais de Saúde, o que,

segundo os respondentes, não aconteceu no município de Cachoeira-BA até o momento da realização da coleta de dados para este trabalho, até agosto de 2021.

4.2.4.2 Materiais de Capacitação

No que tange os materiais utilizados para capacitação é observado que, a partir das falas dos entrevistados, não foi utilizado nenhum recurso como mecanismo de capacitação. O que se teve foi a entrega de *Tablets* retratadas pela fala de *Maria Felipa*, que é um recurso tecnológico utilizado durante as visitas domiciliares para o preenchimento digital dos formulários.

Não. (Maria Quitéria) (Dandara) (Ana Nery)

Nenhum. (Joana Angelica)

Sim, mas entregaram impressos e não como mexer no sistema de forma informatizada. (Luiza Mahin)

Não. Só recebi o tablet, que é um instrumento de trabalho, mas sem treinamento. (Maria Felipa)

Essa entrega é decorrente da implementação do Informatiza SUS, instituído pela Portaria nº 2.983, de 11 de novembro de 2019, programa com o objetivo de apoiar o processo de informatização de todas as unidades de Atenção Primária do país, com vistas à implantação do sistema de prontuário eletrônico do cidadão (PEC) em todos os consultórios das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) e financiado como item prioritário do componente de Incentivo de Ações Estratégicas no Programa Previne Brasil, com o apoio à programas de informatização da APS. Contudo, são previstos treinamentos, pelo programa, para o uso dos equipamentos, que não ocorreu no município. É visto que há descaso com os cursos de capacitação e na falta de materiais que são necessários na dinâmica da implementação das políticas no município. Em função disso as ações do Programa no município podem estar comprometidas.

O estudo de Lima e D'Ascenzi (2014), que analisou a implementação da Política Nacional de Humanização nas unidades básicas de saúde de Porto Alegre, também mostra um certo descaso com os treinamentos, embora em situação mais adequada que aquela encontrada em Cachoeira quanto ao acesso à material informativo e treinamento:

dos 24 respondentes que conhecem a política, nove informaram ter recebido material informativo, 13 relataram não ter recebido e dois não lembram. Primeiro, diante da frouxidão das definições, da carência de treinamento, das limitações percebidas no contexto organizacional e da exigência formal de que fossem executadas ações de humanização (LIMA E D'ASCENZI, 2014 pág. 506).

Aqui são evidenciados os impactos na política a partir da carência de treinamentos de um programa que em que há uma relação fraca dos objetivos do programa com o que se tem no município. O que se pode relacionar com a ideia de Majone e Wildavsky (1984 apud LIMA; DASCENZI, 2014, pág. 510) de que políticas públicas abstratas estão sujeitas a muitas incertezas e contêm mundos possíveis de aplicações práticas: quanto mais geral uma ideia, mais provável que ela seja realizada de forma diversa daquela pensada pelos formuladores.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação do Programa Previne Brasil no município de Cachoeira-BA se dá pelo desconhecimento do Programa por parte dos implementadores burocratas a nível de rua, o que leva a seu não entendimento, assim como a falta de capacitação, a não compreensão do seu real papel dentro do Programa e estrutura insuficiente para sua execução. Na análise da implementação do Programa no município, a partir dos trabalhadores da Saúde entrevistados em diversas unidades de saúde e com diversas responsabilidades, observamos que o Programa não teve sua implementação consolidada.

Não é conhecido um plano municipal de implementação do Programa, definindo quais são os seus objetivos, bem como as formas de alcançá-los em Cachoeira. Como consequência, aumenta-se o risco de o Programa Previne Brasil não ser a melhor opção possível para combater o problema de ineficiência da APS, podendo ocasionar desperdício de recursos públicos. A ausência de um plano de implementação, no qual seriam apresentadas as vertentes, metas e formas de implementação do Programa sob as peculiaridades do município, compromete a execução do Programa. Ou até mesmo impacta de forma que o programa não seja implementado, como vimos neste estudo.

É necessário que o município considere e invista no treinamento das equipes, contemplando a realidade local em todas as dimensões, para que possam dar apoio à complexidade da APS, assim como reserve recursos suficientes para execução dos programas de saúde. Para tanto, é fundamental a formulação de um planejamento de implementação para o Programa Previne Brasil no município que considere as peculiaridades de cada local de implementação, a fim de preencher as lacunas existentes e fortalecimento da APS no município.

Espero que esta pesquisa possa contribuir com a tradução do contexto em que se dá a implementação da política no nível local, a partir de peculiaridades e entendimentos dos desafios, assim como sensibilizar os atores envolvidos quanto a influência das dimensões contempladas por este estudo e seus efeitos na implementação de uma política de saúde, que muitas vezes resulta que o que foi planejado pelos formuladores não está implementado, o que pode ocorrer com a política formulada de cima para baixo (*top down*).

REFERÊNCIAS

AVELAR, M. Entrevista com Stephen J. Ball: Uma Análise de sua Contribuição para a Pesquisa em Política Educacional. **Archivos Analíticos de Políticas Educativas**. Vol. 24, nº24, pág. 1-18, 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Persona. pág. 1-226, 1977.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Manual instrutivo financiamento do APS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. NOTA TÉCNICA Nº 5/2020. Brasília, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 2.979, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019. Brasília, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 3.222, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2019. Brasília, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 169, DE 31 DE JANEIRO DE 2020. Brasília, 2019.

COELHO, K. **Avaliação da Formulação do Programa Previne Brasil: o novo modelo de financiamento da Atenção Primária a Saúde**. Monografia (especialização) – Escola Superior do Tribunal de Contas da União. Instituto Serzedello Corrêa. Curso de Especialização em Avaliação de Políticas Públicas, Brasília, 2020.

DALFIOR, E. *et al.* Reflexões sobre a análise de implementação de políticas em saúde. **Saúde Debate**. Vol. 39, nº104, pág. 2109-225, 2015.

FERNANDES, R.; OLIVEIRA, L. Evolução econômica do município de Cachoeira (BA): do século XVI ao século. **Simpósio Cidades Médias e Pequenas da Bahia**. Disponível em:<XXIhttp://anais.uesb.br/index.php/asmpa/article/viewFile/3747/3431>. Acesso em 05 ago 2021.

GERHARDT, T.; SILVEIRA, D. (org.). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, pág. 1-120, 2009.

Gil. A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas. 1999.

HARZHEIM, E. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. Vol. 25, nº4, pág. 1189-1196, 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Panorama. Cachoeira-BA**: IBGE, 2020. (Cidades@). Disponível em:<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/cachoeira/panorama >. Acesso em 5 ago 2021.

LIMA, D.; D'Ascenzi, L. *et al.* Burocracia e políticas públicas: a implementação da Política Nacional de Humanização dos Serviços de Saúde em Porto Alegre/RS. **Revista do Serviço Público Brasília**. Vol. 65, nº4, pág. 493-515, 2014.

LOTTA, G. Agentes de implementação: uma forma de análise de políticas públicas. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**. Vol. 19, nº 65, pág. 186-206, 2014.

LOTTA, G. Burocracia, redes sociais e interação: uma análise da implementação de políticas públicas. **Rev. Sociol. Polit.** Vol. 26, nº66, pág. 145-173, 2018.

LOTTA, G. **Teorias e Análises sobre Implementação de Políticas Públicas no Brasil**. Brasília. Enap. 2019.

MACEDO, A. *et al.* O papel dos atores na formulação e implementação de políticas públicas: dinâmicas, conflitos e interesse no Programa Mais Médicos. **Cad. EBAPE**. Vol. 14, pág. 593-618, 2016.

MAINARDES, J. Análise de políticas: fundamentos e principais debates teórico-metodológicos. In: BALL, S. J.; MAINARDES, J. **Políticas Educacionais: questões e dilemas**. São Paulo: Cortez, pág. 143-172, 2011.

MARTINS E MARTINS. Festas e desenvolvimento local em Cachoeira, Bahia. **Interações**, Campo Grande, MS, Vol. 21, nº 4, pág. 701-719. 202

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária a Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciênc. saúde coletiva**. Vol. 25, nº4, pág. 1181-1188, 2020.

MINAYO, M. *et al.* (org.). **Pesquisa Social: Teoria, método, criatividade**. Petrópolis: Editora Vozes, pág.2-81, 2001.

OLAIK, M., MEDEIROS, J. Instrumentos governamentais: reflexões para uma agenda de pesquisas. **RAP**. Vol.45, nº 6, pág. 1943-1967, 2011.

ROCHA, A. A importância da implementação para a análise das políticas públicas. **Revista Pensamento & Realidade**. Vol. 27, nº 1, pág. 3-18, 2012.

RUA, M. ROMANINI, R. A Concepção do Ciclo de Políticas Públicas. In: RUA, M. ROMANINI, R. A. **Para aprender Políticas públicas**. Brasília: IGEPP, 2012 pág. 1-22, v. 1.

SECCHI, L. Ciclo de Políticas Públicas. In: SECCHI, L. **Políticas Públicas: Conceitos, Esquemas de Análise, Casos Práticos**. São Paulo: Cengage Learning, pág. 30-60, 2012.

SEI – Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia. **Perfil socioeconômico do município de Cachoeira**. Disponível em: <http://www.sei.ba.gov.br/site/resumos/notas/2904902_NOTA.pdf>. Acesso em 5 agos 2021.

SELLERA, et al. Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 25, nº 4, pág. 1401-1411, 2020.

SEGATTO, C. Análise da implementação de políticas públicas: o Programa de Alfabetização na Idade Certa em dois municípios cearenses. **Temas de Administração Pública**. Vol. 4, nº7, pág. 1-16, 2012.

SIMAN, A. **Políticas Públicas**: a implementação como objeto de reflexão teórica e como desafio prático. Belo Horizonte, pág. 1-351, 2005.

VIANA, A. Abordagens metodológicas em políticas públicas. **RAP**. Vol. 30, nº 2, pág. 5-43, 1996.

APÊNDICE

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

1. Perfil

Nome:

Identificador:

Idade:

Formação Profissional:

Cargo:

Tempo de atuação:

2. IMPLEMENTAÇÃO

- O que é o PreVine Brasil?
- Como o programa chegou até você?
- Você foi treinado para implementar o programa? Com quais instrumentos?
- Se sim, o treinamento contribuiu na implementação do programa?
- Foi oferecido materiais informativos a respeito do programa?
- Qual seu papel na implementação deste Programa?
- Qual estrutura você tem para implementar esta política?

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr. (a) participar de uma pesquisa intitulado “**ANÁLISE DE IMPLEMENTAÇÃO DO PREVINE BRASIL EM UM MUNICÍPIO DO RECÔNCAVO DA BAHIA**” que integra-se como Trabalho de conclusão de curso (TCC) que tem por objetivo “Entender como se dá a implementação do Previne Brasil em Cachoeira-BA “. Sob responsabilidade da discente (a) Rhalliete Souza Cruz do curso de Gestão Pública da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFR) orientado pela Profa. Dra. Lys Maria Vinhaes Dantas, também da UFRB.

Sua participação é voluntária, e se dará por meio de uma entrevista qualificada com gravação de áudio.

Os riscos decorrentes de sua participação nesta pesquisa podem-se dar por algum desconforto/constrangimento por responder questões relacionadas ao seu ambiente de trabalho. Desta forma, para minimizar este risco os pesquisadores colheram as informações em locais reservados e adequados. E caso se recuse a responder não trará nenhum prejuízo para você ou com a relação com o pesquisador. Entretanto, o benefício relacionado a sua participação será o de aumentar o conhecimento científico.

A qualquer momento você pode desistir ou se recusar a responder qualquer pergunta e tem a liberdade de retirar seu consentimento durante a pesquisa. Sua participação se dará por meio de um questionário que deve conter informações verdadeiras e não terá nenhum custo para o participante. Se depois de consentir em sua participação o Sr. (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador pelo telefone (75) 99150-5197/Email: rhallietesouza@gmail.com. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Confidencialidade

Em conformidade com o que está explícito neste termo, eu,.....entendo que, qualquer informação obtida sobre mim, será confidencial.

Eu também entendo que meus registros de pesquisa estão disponíveis para revisão dos pesquisadores. Esclareceram-me que minha identidade não será revelada em nenhuma publicação desta pesquisa; por conseguinte, consinto na publicação para propósitos científicos. Fui esclarecida dos riscos, benefícios e objetivos da pesquisa. Os documentos ficarão armazenados em sigilo em posse do orientador responsável no período mínimo de 5 anos.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador responsável