



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS**

LUCIANO VILMAR ALBRECHT

**FINANCIAMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ANÁLISE DE UM MUNICÍPIO
DA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE/RS**

**PORTO ALEGRE
2023**



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS**

LUCIANO VILMAR ALBRECHT

**FINANCIAMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ANÁLISE DE UM MUNICÍPIO
DA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE/RS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS no Programa de Pós-graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS do Grupo Hospitalar Conceição.

Orientador(a): Prof^a. Dr^a. Claunara Schilling
Mendonça

PORTO ALEGRE

2023



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS**

Banca Examinadora

Prof. Dr. Elisandro Rodrigues

Prof. Dr. Daniel Demétrio Faustino da Silva

Prof. Dr. Fúlvio Borges Nedel

ATA DE APROVAÇÃO



ATA DE DEFESA PÚBLICA DE MESTRADO PROFISSIONAL

No dia sete do mês de outubro do ano dois mil e vinte e três, às 14 horas na sala vinte e três da Gerência de Ensino e Pesquisa do GHC, situada na rua Francisco Trein, 326, realizou-se a sessão pública de defesa de trabalho de conclusão de curso, intitulado: "FINANCIAMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ANÁLISE DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE/RS", de autoria do candidato Luciano Vilmar Albrecht, aluno do Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS do GHC (PPGATSUS), em nível de Mestrado Profissional. A Comissão Examinadora esteve constituída pelos Doutores: **Dr. Daniel Demétrio Faustino da Silva**, **Dr. Elisandro Rodrigues**, **Dr. Fúlvio Borges Nedel**, **Drª Claunara Schilling Mendonça**, na qualidade de orientadora. Concluídos os trabalhos de apresentação e arguição, os membros da banca consideraram o trabalho de conclusão de curso:

☒ aprovado
☐ reprovado

Banca Examinadora:


Dr. Daniel Demétrio Faustino da Silva


Dr. Elisandro Rodrigues


Documento assinado digitalmente
FULVIO BORGES NEDEL
Data: 07/10/2023 16:01:13-0300
CPF: ***191.540-**
Verifique as assinaturas em <https://vufsc.br>
Dr. Fulvio Borges Nedel

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas

CAPS II - Centro de Atenção Psicossocial II

CAPS i - Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

CENQ - Centro Especializado em Nutrição e Qualidade de Vida

CMS - Centro Municipal de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CRVVS - Centro de Referência de Vítimas de Violência Sexual

CSAP - Condições Sensível Atenção Primária

DS - Distrito Sanitário

eAP - Equipe de Atenção Primária

eAB - Equipe de Atenção Básica

EqSF - Equipe de Saúde da Família

ESF - Estratégia Saúde da Família

FMS - Fundo Municipal de Saúde

FNS - Fundo Nacional de Saúde

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICSAP - Internações por Condição Sensíveis à Atenção Primária

INE - Identificador Nacional de Equipes

IPCA - Índice de Preço ao Consumidor Amplo

ISF - Indicador Sintético Final

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOB - Norma Operacional Básica

PAB - Piso da Atenção Básica

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PIM - Primeira Infância Melhor

PMAQ - Projeto de Melhoria de Acesso e Qualidade

PMMB - Projeto Mais Médicos para o Brasil

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PPD - Pagamento Por Desempenho

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RS - Rio Grande do Sul

RTC - Relatório Técnico Conclusivo

SAE - Serviço de Assistência Especializado

SAMU - Serviço Atendimento Móvel de Urgência

SCNES - Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

SISAB - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

UREST - Unidade de Referência em Saúde do Trabalhador

USF - Unidade Saúde da Família

RESUMO

INTRODUÇÃO: Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada como a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), ocupando um privilegiado espaço no cuidado de saúde à população, tendo na Estratégia Saúde da Família seu principal carro chefe que é reconhecidamente um modelo de atenção capaz de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde impactando positivamente na sua saúde. Ao longo dos anos vários foram os (re)arranjos que o SUS sofreu em termos de estrutura organizacional e também em seu financiamento. O modelo de Pagamento Por Desempenho (PPD) tem sido umas das estratégias adotadas por gestores como forma de estimular os profissionais a trabalharem em sinergia por metas comuns. O Brasil teve seu primeiro formato de PPD com o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) que, em 2019, foi substituído pelo Previne Brasil. Justifica-se este estudo pela necessidade de discussão/análise do financiamento e os repasses de recursos e seus efeitos sobre as equipes e na saúde da população. **OBJETIVO:** Avaliar a política de financiamento da APS municipal por meio de três preditores de sustentabilidade de políticas públicas: financiamento, força de trabalho e desempenho. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo transversal, exploratório descritivo, com abordagem quantitativa, realizado no município de Gravataí – Rio Grande do Sul, comparando os anos de 2019 e 2022. Foi aplicado questionário estruturado aos representantes das equipes participantes do último ciclo do PMAQ (3º ciclo) e que ainda atuavam em 2022, foi analisado o financiamento federal e municipal para a APS do município e os indicadores de desempenho: qualidade do pré-natal, coleta de citopatológico de colo uterino (CP) e taxas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICSAP). **RESULTADOS:** Foi possível constatar que o quantitativo financeiro federal repassado ao município foi maior no ano de 2022. Já o percentual aplicado pelo município em Ações e Serviços Públicos em Saúde foi maior em 2019. A soma dos valores municipais e federais divididos pela população atendida nos períodos resultou numa redução de 1,6% em 2022 em relação a 2019. Os trabalhadores apresentaram bom conhecimento dos indicadores, bom aceite dos PPD sendo maior ao PMAQ. Na perspectiva dos trabalhadores, os repasses relativos ao financiamento teriam sido maiores em 2019 do que 2022. Em relação aos indicadores utilizados, a razão de CP em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária o alcance foi melhor em 2019, enquanto que a proporção de gestantes com o primeiro atendimento até 12ª semana de gestação e as ICSAP foram melhores em 2022. **CONCLUSÃO:** O financiamento per capita da APS foi menor em 2022, ainda que mantidos bons resultados nos indicadores de saúde, quando comparados com 2019. Os trabalhadores demonstraram ter conhecimento dos indicadores assistenciais e maior aceite do PPD quando participaram na sua formulação (PMAQ). As ICSAP terem apresentado pouca variação entre os anos pode sugerir uma APS forte e atuante em benefício de toda a população, e não somente das populações priorizadas pelos indicadores do PPD. Recomenda-se manter constante estudo em relação à temática, adequando às realidades locais de cada município. Neste sentido, o Relatório Técnico Conclusivo (Produto Técnico Tecnológico) que emergiu deste estudo mostra-se tecnologia de gestão capaz de apoiar novas pesquisas.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Tecnologias em Saúde; Financiamento da Atenção Primária à Saúde; Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade; Previne Brasil; ICSAP; Rastreamento Câncer Colo Uterino; Qualidade do Pré-natal.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Primary Health Care (PHC) is considered the main gateway to the Unified Health System (SUS), occupying a privileged space in health care for the population, with the Family Health Strategy as its main flagship, which is recognized a care model capable of expanding the population's access to health services, positively impacting their health. Over the years, there have been several (re)arrangements that the SUS has undergone in terms of its organizational structure and also in its financing. The Pay for Performance (PPD) model has been one of the strategies adopted by managers as a way of encouraging professionals to work in synergy towards common goals. Brazil had its first PPD format with the Access and Quality Improvement Program (PMAQ), which, in 2019, was replaced by Previn Brasil. This study is justified by the need for discussion/analysis of financing and resource transfers and their effects on teams and the health of the population. **OBJECTIVE:** To evaluate municipal PHC financing policy through three predictors of public policy sustainability: financing, workforce and performance. **METHOD:** This is a cross-sectional, exploratory, descriptive study, with a quantitative approach, carried out in the municipality of Gravataí – Rio Grande do Sul, comparing the years 2019 and 2022. A structured questionnaire was applied to representatives of the teams participating in the last PMAQ cycle (3rd cycle) and still operating in 2022, federal and municipal funding for the municipality's PHC and performance indicators were analyzed: quality of prenatal care, collection of cervical cytology (PC) and rates of hospitalizations due to conditions Sensitive to Primary Health Care (ICSAP). **RESULTS:** It was possible to verify that the federal financial amount transferred to the municipality was higher in 2022. The percentage applied by the municipality in Public Health Actions and Services was higher in 2019. The sum of municipal and federal values divided by the population served in the periods resulted in a reduction of 1.6% in 2022 compared to 2019. Workers showed good knowledge of the indicators, good acceptance of the PPD being higher than the PMAQ. From the perspective of workers, the transfers related to financing would have been greater in 2019 than in 2022. In relation to the indicators used, the ratio of CP in women aged 25 to 64 and the population in the same age range was better in 2019, while the proportion of pregnant women with first care up to the 12th week of pregnancy and ACSCs were better in 2022. **CONCLUSION:** PHC per capita funding was lower in 2022, even though good results were maintained in health indicators, when compared to 2019. The workers demonstrated knowledge of the care indicators and greater acceptance of the PPD when they participated in its formulation (PMAQ). The fact that ICSAP showed little variation between years may suggest a strong and active PHC for the benefit of the entire population, and not just the populations prioritized by the PPD indicators. It is recommended to maintain constant study in relation to the topic, adapting it to the local realities of each municipality. In this sense, the Conclusive Technical Report (Technological Technical Product) that emerged from this study proves to be a management technology capable of supporting new research.

Keywords: Unified Health System; Health Technologies; Financing of Primary Health Care; Access and Quality Improvement Program; Prevent Brazil; ICSAP; Cervical Cancer Screening; Quality of Prenatal Care.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	09
2 OBJETIVOS	10
2.1 OBJETIVO GERAL	10
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
3 INTRODUÇÃO	11
4 REVISÃO DA LITERATURA	15
4.1. PREDITOR: FINANCIAMENTO	15
4.1.1. Pagamento por Desempenho	18
4.1.2. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção	
Básica (PMAQ)	19
4.1.3. Previne Brasil	23
4.1.3.1 Capitação Ponderada	23
4.1.3.2 Pagamento por Desempenho no Previne Brasil	24
4.1.3.3 Incentivo para Ações Estratégicas	25
4.2. PREDITOR: FORÇA DE TRABALHO	26
4.2.1. Estratégia Saúde da Família	27
4.2.1.1 A equipe de saúde da ESF	29
4.3. PREDITOR: INDICADORES DE SAÚDE	30
5 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
 REFERÊNCIAS	 36
ANEXO A - APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	42
ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA	48
ANEXO C - NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA	49
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO	52

1 APRESENTAÇÃO

Este trabalho foi elaborado como conclusão do Mestrado Profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS do Grupo Hospitalar Conceição. O estudo emergiu durante minha prática como enfermeiro gestor na APS no município de Gravataí, Rio Grande do Sul (RS) a partir do cenário de mudança no financiamento nacional à Atenção Primária a Saúde (APS). Traz como objetivos a relação da política de financiamento da APS no município de Gravataí/RS, por meio de três preditores de sustentabilidade de políticas públicas: financiamento, força de trabalho e desempenho. A escolha do período do estudo foram os anos de 2019 e 2022. O primeiro em virtude de ser o último período com financiamento no antigo modelo em que utilizava o Piso da Atenção Básica (PAB) fixo e variável e o segundo período em virtude de ser o modelo de financiamento atual, denominado Previne Brasil. Os anos de 2020 e 2021 não foram avaliados por serem período da pandemia COVID-19 e, por este motivo, o Ministério da Saúde (MS) desconsiderou os resultados dos municípios no Previne Brasil para fim de repasses financeiros.

Os produtos técnicos tecnológicos deste trabalho são definidos através de tecnologias em saúde para a APS voltadas às esferas de gestão através da elaboração de um Relatório Técnico Conclusivo (RTC) e um Artigo Científico. No RTC são apresentados, analisados e discutidos os resultados do estudo sendo, portanto, uma fonte de informações em relação ao tema para o próprio município de Gravataí/RS como também para outros municípios. Da mesma forma, o artigo científico apresenta, analisa e discute os resultados obtidos, podendo ser reproduzidos em outras realidades ou em momentos posteriores, numa perspectiva temporal da avaliação proposta nesse momento.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a política de financiamento da APS no município de Gravataí/RS por meio de três preditores de sustentabilidade de políticas públicas: financiamento, força de trabalho e desempenho.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar a execução financeira dos recursos federais nos anos de 2019 e 2022 na modalidade transferência financeira a municípios, dos recursos fundo a fundo para APS de Gravataí;
- Analisar a execução financeira dos recursos próprios para a atenção básica do gestor municipal de saúde em Gravataí/RS nos anos de 2019 e 2022;
- Descrever, sob a perspectiva dos trabalhadores de saúde, a compreensão sobre o financiamento da APS em Gravataí/RS;
- Avaliar o desempenho dos indicadores assistenciais prioritários nos dois períodos de análise.

3 INTRODUÇÃO

A APS é considerada como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS) e possui um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas, cumprindo um papel estratégico na rede de atenção servindo como base para o seu ordenamento, efetivação e articulação com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Assim, para que a APS possa ordenar a RAS é necessário reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade num processo ascendente de planejamento. Este trecho é corroborado por Giovanella (2018, pg 01) ao afirmar que *“Os benefícios de sistemas de saúde sustentados por atenção primária à saúde de qualidade são reconhecidos internacionalmente, e há certo consenso entre formuladores de políticas de que a atenção primária deva ser fortalecida”* (BRASIL, 2017b).

A ordenação do SUS pela APS adotando a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo de atenção ampliou o acesso aos serviços de saúde e promoveu melhorias nos resultados em saúde reduzindo desigualdades regionais e sociais. Tanto que é reconhecida internacionalmente como um exemplo bem-sucedido de política pública. Inovações ao longo dos anos no SUS foram para além dos desenhos de arranjos organizacionais de atenção e atingiram também modelos de financiamento. A descentralização de recursos federais para os municípios combinada com a implementação da ESF foram ações decisivas na expansão da APS no Brasil (MASSUDA, 2020).

A APS e a Cobertura Universal de Saúde à população possuem uma grande interação entre si, pois um sistema de saúde orientado por cuidados primários é essencial para aumentar a adequação e a eficiência do cuidado centrado na pessoa e seu bem-estar. A Cobertura Universal de Saúde deve promover abordagens equitativas, apoiando ainda o financiamento do sistema de saúde. A reorientação do sistema de saúde para a APS não só proporcionará ganhos na saúde, mas também será capaz de promover um desenvolvimento sustentável, desde seu aspecto mais básico como as intervenções e tratamentos preventivos (vacinas, medicamentos, suplementos) podendo evitar muitas causas de doenças e mortes. Países com cuidados primários fortes tem melhores resultados de saúde, são mais equitativos e possuem maior eficiência de seu sistema de saúde, portanto a APS é fundamental para a garantia de uma Cobertura Universal de Saúde (HONE; MACINKO; MILLETT, 2018).

Políticas públicas expressam não somente as prioridades governamentais, mas refletem também a orientação do Estado para a nação que se deseja construir. O SUS, principal política pública de saúde do Estado brasileiro foi embasado nos valores da justiça social e da solidariedade, considerando-se os cidadãos sujeitos de direitos. Da concepção e

formulação de uma política pública até sua execução e implementação vários aspectos devem ser considerados no campo ideológico, social, institucional técnico, cultural e econômico (MENEZES *et al.*, 2020).

Modelos de financiamento de sistemas de saúde e de pagamento por serviços são temas amplamente debatidos de modo global e tem forte poder indutor sobre os modos de acesso aos serviços e tecnologias com impacto sobre os resultados em saúde. Além disso, o financiamento do sistema e o modo de pagamento por serviços podem ainda ser um forte indutor sobre as configurações das práticas de saúde. Entre os serviços públicos, o setor saúde é um dos mais inovadores na adoção de instrumentos de gestão voltados para tornar mais estratégico o pagamento por serviços prestados, buscando promover melhor qualidade, volume ou produtividade. É cada vez mais comum entre países a adoção, além de salários, modelos de pagamento que utilizam instrumentos de gestão como avaliação de desempenho, orçamento global, cadastro de pessoas ponderado por risco, pagamento por casos relacionados a diagnóstico e por valores associados a resultados alcançados (MASSUDA, 2020).

No contexto brasileiro, as contribuições teóricas sobre avaliar a APS foram marcantes nos últimos 15 anos, concomitante com a implementação da ESF e institucionalização da APS no MS. Em 2011 o tema qualidade ganhou força na APS brasileira com a implementação do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), no qual o MS institucionalizou recursos financeiros na melhoria do padrão da assistência oferecida nos serviços de saúde por meio da Equipes de Saúde da Família (EqSF). O PMAQ, então vinculado ao PAB variável e associado a avaliação por desempenho das EqSF, com base no número de equipes participantes e conseqüentemente de usuários envolvidos, foi considerado um dos maiores programas de remuneração por desempenho da atenção primária no mundo, sendo incluído nos estudos de casos exitosos na Conferência de Astana em 2018 (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018; MASSUDA, 2020; WHO, 2020).

Em 2017 e 2019, com foco na APS, à luz da aprovação da Emenda Constitucional número 95 a qual congelou o teto de gastos sociais, uma série de portarias ministeriais foram emitidas. Nesse contexto, em 2019 temos o lançamento do Programa Previne Brasil, apresentado como novo modelo de financiamento da APS. Seu lançamento mais precisamente ocorreu em novembro de 2019 defendido por Harzheim (2020, p.1189) ao afirmar que *“O Previne Brasil busca sincronia entre o resgate aos princípios historicamente estabelecidos da APS e a modernização organizacional que o século XXI e as mudanças sociais e culturais nos impõem”* (HARZHEIM, 2020; SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021).

Com este cenário, os municípios tiveram que se reinventar nos seus processos organizacionais à luz do novo modo de financiamento implementado para a APS. Concomitante às incertezas do novo modelo adotado e suas repercussões (ainda presentes)

na transferência de recursos financeiros aos municípios, aliados às constantes emissões de portarias em ajustes ao novo modelo, foram visíveis as repercussões nas equipes de saúde pois o pagamento por desempenho do Previne Brasil, diferentemente do PMAQ que previa o processo de adesão ou não das equipes/município, veio em substituição de todo o modelo de financiamento da APS, trazendo outro formato no pagamento fundo a fundo, novos indicadores e mudanças nos processos de monitoramento.

Justifica-se o presente estudo em virtude da mudança na lógica do financiamento da APS, visto que a necessidade de rápida apropriação e adaptação a este novo modelo são desafios a serem enfrentados tanto pela gestão municipal como também pelos trabalhadores em saúde. Ao implementar um novo método de financiamento, com novos formatos, novos indicadores e novos contextos é necessário oportunizar espaços para estudar o financiamento, quem pratica diariamente esses conceitos, ou seja, as equipes de saúde, e os resultados alcançados.

Contextualizando o município objeto do estudo, observa-se que o mesmo já era habituado e organizado quanto ao monitoramento de seus indicadores através do PMAQ, visto que no ano de 2016, no terceiro ciclo do PMAQ, o município possuía uma adesão de 100% de suas equipes da ESF ao referido programa. Discutia-se ainda a viabilidade de implementar indicadores municipais aos já existentes no processo de avaliação/acompanhamento pelo PMAQ (GRAVATAÍ, 2018).

O município de Gravataí está localizado na região metropolitana de Porto Alegre e pertence ao Estado do Rio Grande de Sul. Possui uma área territorial de 468,288 km² e está distante 30 km da capital Porto Alegre. O município faz divisa com os municípios de Cachoeirinha, Alvorada, Glorinha, Viamão, Taquara, Sapucaia do Sul e Novo Hamburgo. Sua população estimada do último Censo disponível é de 285.564 para 2021, com densidade demográfica 551,59 hab/km² (BRASIL, 2010).

No ano de 2020, a proporção de pessoas com ocupação em relação ao total da população era de 22,1% e o salário mensal médio de 2,6 salários mínimos. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 30,1% da população, o que o colocava na posição 270^a dentre as cidades do estado do RS (BRASIL, 2010).

Apresenta 83,5% de domicílios com esgotamento sanitário adequado (posição 66 de 497), 89,4% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização (posição 189 de 497) e 26,5% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (posição 182 de 497). Em relação à taxa de mortalidade infantil na cidade é de 9,73 para 1.000 nascidos vivos (posição 146 de 497) e as internações devido a diarreias são de 0,2 para cada 1.000 habitantes (posição 356 de 497) (BRASIL, 2010).

O município, enquanto Secretaria Municipal da Saúde, tem na sua composição os serviços da Vigilância em Saúde através composta pela Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental, Vigilância em Saúde do Trabalhador e Vigilância Epidemiológica. O Serviço de Urgência/Emergência, conta com um Hospital (conveniado), duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), uma base do Serviço Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e uma Central de Ambulâncias. Já a Atenção Especializada é composta pelo Centro de Atenção Psicossocial II (CAPSII), CAPS Infantojuvenil (CASPi) e o CAPS Álcool e Drogas (CAPS AD), Centro Municipal de Saúde (CMS), Centro do Idoso, Centro Especializado em Nutrição e Qualidade de Vida (CENQ), Centro de Referência de Vítimas de Violência Sexual (CRVVS), o Serviço de Assistência Especializado (SAE) e a Unidade de Referência Saúde do Trabalhador (UREST) (GRAVATAÍ, 2022).

A APS de Gravataí é composta pelo quantitativo total de 29 Unidades de Saúde, sendo que 20 (vinte) são Unidades Saúde da Família (USF) e 09 (nove) são Unidades Básicas de Saúde (UBS). O percentual de cobertura de APS no município finalizou o ano de 2019 com 64,92% e ao final de 2022 com 78,46%. Os serviços da APS estão distribuídos pelo território do município e regionalmente agrupados em regiões com características comuns, denominados de Distritos Sanitários (DS). Operacionalmente tem-se um quantitativo de 04 (quatro) DS denominados de DS Centro, Sul, Norte e Rural. Além destes, dispõe ainda do Primeira Infância Melhor (PIM) e do programa denominado Bebê Saúde que atua conjuntamente às unidades assistenciais (BRASIL, 2023b; GRAVATAÍ, 2022).

Tabela 1. Relação dos Distritos Sanitários, das unidades de saúde e equipes da APS. Gravataí, RS.

DISTRITO SANITÁRIO	UNIDADE DE SAÚDE	EQUIPES		
		eAP	EqSF	ESB
RURAL	NEÓPOLIS	0	03	01
	COSTA DO IPIRANGA	0	02	01
	ITACOLOMI	0	02	01
	SÃO MARCOS	0	01	01
	MORUNGAVA	0	02	01
	BRENO GARCIA	0	02	01
	BARRO VERMELHO	01	03	01
	SANTA CECÍLIA	0	01	01
	PARQUE DOS ANJOS	0	03	01
	COHAB C	0	03	01
	COHAB A	03	0	01

SUL	COHAB B	01	0	0
	SÃO JUDAS TADEU	03	0	01
	PRINCESA ISABEL	0	03	01
NORTE	VERA CRUZ	01	0	0
	BONSUCESSO	02	0	0
	VILA BRANCA	02	0	0
	SÃO GERALDO	03	0	0
	MORADA DO VALE I	03	0	0
	MORADA DO VALE II	0	02	01
	ÁGUAS CLARAS	0	04	01
	PARQUE DOS EUCALIPTOS	0	03	01
	CENTRO	03	0	02
	ÉRICO VERÍSSIMO	0	03	02
CENTRO	NOVA CONQUISTA	0	03	01
	SÃO VICENTE	0	04	01
	ARISTIDES D'ÁVILA	0	02	0
	GRANVILLE	0	02	01
	ITATIAIA	0	02	01
TOTAL	29 UNIDADES	22	50	24

Fonte: Adaptado do Cadastro de Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Brasil, 2022b.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 PREDITOR: FINANCIAMENTO

O financiamento da APS pelo formato fundo a fundo da União aos municípios, ou seja, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, foi criado pela Norma Operacional Básica (NOB) no ano de 1996, implantando, a partir de 1998, os PAB na modalidade de PAB fixo e PAB variável. O primeiro (PAB fixo) previa um valor per capita a ser repassado pelo MS aos municípios para o financiamento de procedimentos na APS, proporcional à população do município. O segundo (PAB variável) denotava o número de adesões realizadas pelos municípios a programas específicos, como por exemplo o número

de adesões de equipes ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e de Saúde da Família. Foi com a NOB/96 que o governo federal elaborou uma política e a incentivava através de repasses monetários para que os estados e municípios a adotassem. O grande apoio financeiro federal instituído por esta NOB foi o incentivo à implantação pelos municípios do então Programa Saúde da Família. Os recursos do PAB evoluem para serem repassados mensalmente de modo regular e automático do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos Municipais de Saúde (FMS) e do Distrito Federal. O somatório do PAB fixo e do PAB variável compunham o Teto Financeiro do bloco da AB que deveria ser utilizado para o financiamento das ações da AB descritas nos Plano Municipal de Saúde do município e do Distrito Federal (BRASIL, 2006; MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018; PINTO, 2018).

A trajetória dos incentivos federais durante a década de 90 ganhou força vinculados a programas específicos de saúde aos quais o município acessaria os recursos por meios de implantação dos mesmos, ainda que muitas vezes não correspondessem as necessidades locais. A superação dessa prática somente foi alcançada no ano de 2006, quando foi regulamentado o pacto pela saúde. Este pacto previu o financiamento do SUS por blocos de alocação de recursos federais, a saber, Atenção Básica; Média e Alta Complexidade; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS e, posteriormente, Bloco de Investimentos na rede de serviços de saúde (MENDES; MARQUES, 2014).

O PAB fixo foi um mecanismo criado com a intenção de superar a lógica do pagamento por produção, pois esta lógica acabava por privilegiar as localidades que já possuíam estruturas de serviços de saúde. Dessa forma, o PAB fixo tinha como objetivo dar uma garantia mínima de financiamento da APS, podendo ser considerado um marco na tentativa de redução das desigualdades do acesso à saúde, pois significou a ruptura com o modelo predominante do pagamento e alocação de recursos em função da produção de procedimentos (LINS; MENEZES; CIRÍACO, 2021).

Historicamente, o gasto público com saúde sempre foi protagonizado por recursos advindos da esfera federal. A participação do ente federal chegou a representar 77.7% do gasto público em saúde realizado no país no período de 1980 a 1990. Nos anos subsequentes, com a implementação do SUS e da crescente inserção da responsabilização do município nessa instância, a participação do governo federal vem apresentando redução ao longo dos anos. Nos anos 1994, 1995, 1996 e 2000, os recursos federais financiaram 60,7%, 63,8%, 53,7% e 58,3%, respectivamente, do gasto público em saúde. Em 2011, esses recursos corresponderam a apenas 45,5%, inferiores ao financiamento de estados e municípios juntos (MENDES; MARQUES, 2014).

Paralelamente à gradativa redução da participação da união na composição do financiamento do SUS, no caminho inverso encontram-se os estados e municípios, como demonstrado na tabela abaixo (Tabela 2):

Tabela 2. Composição do financiamento do SUS.

ANO	UNIÃO	ESTADOS	MUNICÍPIO
1991	73%	15%	12%
2001	56%	21%	23%
2010	45%	27%	28%
2014	43%	26%	31%
2017	43%	26%	31%

Fonte: Santos e Funcia, 2021.

A reformulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no ano de 2011 trouxe alterações relevantes e a elaboração no campo de financiamento, de uma estrutura que foi denominada Requalifica UBS, prevendo repasse fundo a fundo para construção de UBS repassado no bloco investimento. Previu, ainda, recursos de custeio pelo PAB fixo, para reformas e ampliações de UBS e para informatização dos serviços com implantação do Telessaúde e do eSUS. Ainda no mesmo ano, foi criado o PMAQ compreendendo a fração do componente PAB variável. Já no ano de 2013 foi implantado o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), que provia médicos contratados e pagos pelo MS. Então, ao invés de repassar o recurso financeiro previsto para uma equipe de Saúde da Família, o MS contratava o profissional, considerado de mais alto custo dentre os que integram a ESF, que eram encaminhados aos municípios e em especial àqueles com maior dificuldade de contratação destes profissionais, descontando um valor no repasse dessas equipes (PINTO, 2018).

No ano de 2016 foi promulgada pelo governo do período a Emenda Constitucional 95/2016 que limitou a expansão dos gastos públicos (despesas primárias) pelos próximos 20 anos, baseada no valor das despesas de 2017, corrigidas pelo Índice de Preço ao Consumidor Amplo (IPCA/IBGE). Essa medida trouxe consigo um cenário de preocupação, pois certamente sua vigência acarretaria em risco de desfinanciamento do SUS e, por consequência, prejuízo na construção do nosso sistema universal, especialmente a partir da APS. Isto porque desconsiderou as necessidades de saúde da população, o crescimento

populacional, a transição demográfica, a expansão da rede pública e o impacto de incorporação de tecnologias crescentes e cumulativas na área da saúde. A perspectiva em caso de manutenção do congelamento de gastos é de que os estados e municípios gastariam cada vez mais e deveriam chegar a ser responsáveis por 70% dos gastos públicos até 2036 (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018; MENEZES; MORETTI; REIS, 2019).

Em 2019, o novo modelo de financiamento da APS chamado de Previner Brasil trouxe alterações significativas no formato de financiamento da APS colocando fim ao PAB. Este fato trouxe incertezas aos municípios, pois o PAB fixo significava um aporte regular de recursos financeiros aos municípios. Da mesma forma, o fim do PAB variável trouxe instabilidade aos municípios, pois em boa parte destes, era este o indutor do aumento de cobertura da ESF nas últimas décadas, podendo representar o fim de modelo assistencial prioritário na APS (MELO *et al.*, 2019).

4.1.1 Pagamento por desempenho

Este formato de pagamento consiste na transferência de financiamento a provedores ou serviços de saúde de acordo com resultados a serem alcançados em face de ações ou metas mensuráveis e previamente determinadas. Na saúde, o pagamento por desempenho (PPD) ou financiamento baseado em resultados, em geral, busca motivar condutas individuais ou coletivas para a obtenção de melhores resultados ou de padrões de qualidade nos serviços de saúde (BARRETO, 2015).

O PPD faz parte das soluções encontradas por gestores de sistema de saúde de todo o mundo na busca de aumentar o acesso da população ao sistema de saúde, juntamente com o intuito de aumentar também a eficiência e a qualidade dos serviços de saúde. A nível mundial a adoção destes programas de pagamento por desempenho busca induzir a melhoria da qualidade dos sistemas de saúde através de incentivos financeiros, insumos ou em estrutura. A China, Inglaterra, Austrália, Camarões, País de Gales e Escócia, são exemplos de países que adotaram o PPD desde o final da década de 1990 e a maior parte destes focados na APS oferecida pelo governo (RESENDE *et al.*, 2021).

No contexto brasileiro, o PPD foi lançado no ano de 2011 pelo MS com o PMAQ com objetivo de induzir a ampliação da capacidade de gestão no SUS dos entes federal, estadual e municipal e ampliação da oferta e qualidade dos serviços da Atenção Básica (AB) diante das necessidades da população. O PMAQ adicionou recursos financeiros aos municípios

condicionados ao alcance de padrões de acesso a qualidade contratualizados por ciclos, sendo especialmente focado na ESF (BARRETO, 2015).

No ano de 2019, o MS apresentou o novo modelo de financiamento da APS que alterou estruturalmente a forma e a lógica de financiamento extinguindo o PAB fixo e variável. Denominado de Programa Previne Brasil, o repasse financeiro federal passa a ser pelo número de pessoas cadastradas (capitação) e estabelece a nova forma de PPD (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

Quadro 1. Componentes do Programa Previne Brasil.

Capitação ponderada	Pagamento por desempenho	Incentivo para ações estratégicas
Capitação: pagamento por pessoa cadastrada (adscrita/vinculada) em equipe de Saúde da Família (EqSF) e equipe de Atenção Primária (eAP). Ponderada: para definir o valor da transferência financeira, são aplicados pesos sobre a população cadastrada, considerando: - Quantitativo de cadastros no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB); - Vulnerabilidades socioeconômicas; - Perfil demográfico por faixa etária da população cadastrada; e - Classificação geográfica definida pelo IBGE. Valor <i>per capita</i> anual para efeito do cálculo da capitação ponderada: R\$ 50,50	Pagamento pelos resultados de indicadores alcançados pelos municípios com EqSF e eAP, equipes de saúde bucal e equipes multiprofissionais. O conjunto de indicadores é relacionado a áreas estratégicas e publicado em portaria. O valor do incentivo financeiro por equipe é: - EqSF: R\$ 3.225,00 - eAP 30h: R\$ 2.418,75 - eAP 20h: R\$ 1.612,50	Pagamento por equipes, serviços ou programas da APS. Cada equipe, serviço ou programa tem seu regramento específico.

Fonte: Adaptado de Manual instrutivo do financiamento da Atenção Primária à Saúde. Brasil, 2021.

4.1.2 Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)

No ano de 2011 o Brasil introduziu seu primeiro esquema de pagamento por desempenho em nível nacional denominado de PMAQ. Foram implementados três ciclos,

sendo o primeiro de novembro de 2011 a março de 2013, o segundo de abril de 2013 a setembro de 2015, e o terceiro de outubro de 2015 a dezembro de 2019. O PMAQ era de caráter voluntário e cabia ao município a decisão de sua participação ou não e também de suas equipes elegíveis (RUSSO *et al.*, 2021).

O MS em 2011 instituiu o PMAQ através da Portaria 1654/2011, como produto de negociação entre as três esferas de gestão do SUS, no quais o MS, os gestores municipais representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais da Saúde (CONASEMS) e os gestores estaduais representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) debateram e formularam soluções para viabilizar a proposta em todo país. Dentre os objetivos do PMAQ podemos destacar o de ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população, fornecer padrões de boas práticas e organização das UBS, promover maior conformidade, qualidade das informações e de gestão, estimular cultura de avaliação, foco no usuário estimulando a transparência do processo (BRASIL, 2012b).

Os desafios que o PMAQ se propôs enfrentar podem ser destacados como a precariedade da rede física, ambiência pouco acolhedora, inadequadas condições de trabalho, necessidade de qualificar os processos de trabalho das equipes, instabilidade das equipes, incipiente processo de gestão centrada na qualidade, sobrecarga e pouca integração das equipes, baixa resolutividade das práticas e financiamento insuficiente da AB. Para isto, sete diretrizes foram elencadas para nortear a organização e desenvolvimento das ações, sendo a de possuir parâmetro de comparação das equipes de AB, ser incremental melhorando padrões de indicadores, transparência em todas as etapas, envolver/mobilizar e responsabilizar os envolvidos num processo de cultura de gestão e qualificação da AB, cultura da negociação, estimular mudança modelo de atenção e ter caráter voluntário de adesão dos gestores e equipes (BRASIL, 2012b).

O PMAQ no primeiro ciclo foi composto por quatro fases. A fase de adesão e contratualização na qual eram firmados os compromissos e indicadores em que as equipes de AB e os gestores municipais formalizavam com MS, num processo que envolvia a pactuação local, regional e estadual e participação do controle social. Após a homologação pelo MS o município já fazia jus ao recebimento mensalmente, transferido fundo a fundo, de 20% do valor integral do componente de qualidade do PAB variável, definido pelo MS (BRASIL, 2012b).

A segunda fase era o desenvolvimento e estava subdividida em autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional. Nesta etapa o conjunto de ações dos envolvidos era no intuito de mudança da gestão do cuidado buscando melhoria na

qualidade da AB. A terceira fase, também conhecida como avaliação externa, era subdividida em duas dimensões (I) certificação de desempenho das equipes de AB e gestões municipais participante do PMAQ e (II) avaliação da qualidade da AB não relacionado ao processo de certificação. Esta última envolvia processo avaliativo da rede local, satisfação do usuário e processos complementares de avaliação. Todo processo era conduzido por instituições de ensino e/ou pesquisa contratados pelo MS. Por fim, a quarta fase chamada de reconstrutualização que, com base na avaliação de desempenho de cada equipe, uma nova contratualização de indicadores e compromissos era disponibilizado completando então o ciclo (BRASIL, 2012b).

A partir da avaliação externa, no processo de certificação das equipes a composição da nota final considerava a (I) implementação de processos avaliativos (10% da nota final), (II) verificação do desempenho alcançado para o conjunto de indicadores contratualizados (20% da nota final) e (III) verificação de evidências para um conjunto de padrões de qualidade (70% da nota final). Dessa forma, a classificação das equipes poderia ser (I) desempenho insatisfatório, (II) desempenho regular, (III) desempenho bom e (IV) desempenho ótimo. A distribuição dos percentuais para a certificação das equipes no terceiro ciclo ficou estratificada como (I) implementação de processos autoavaliativos (10%), (II) avaliação dos indicadores contratualizados (30%) e (III) avaliação externa (60%). Ocorreu ainda, no ano de 2015 pela portaria nº1645/15, a alteração no método de certificação, ficando então definido (I) desempenho ótimo, (II) desempenho muito bom, (III) desempenho bom, (IV) desempenho regular e (V) desempenho ruim (BRASIL, 2012b; 2017b).

O PMAQ tinha enfoque de superar o caráter punitivo da avaliação e propunha aos envolvidos uma autoavaliação como um instrumento que estimulasse a análise do processo de trabalho, elegendo prioridades para atuação e na elaboração de metas que buscassem superar os desafios identificados. Consequentemente, exigia de todos um diálogo referente ao processo de construção da autoavaliação assim como o firmamento de compromissos nas tomadas de decisões buscando atingir as metas e indicadores estipulados (BRASIL, 2012b).

Para o terceiro ciclo do PMAQ foram estipulados 11 (onze) indicadores de desempenho para as equipes de atenção básica, subdivididos em quatro grupos, (I) acesso e continuidade do cuidado, (II) coordenação do cuidado, (III) resolutividade da equipe de AB e (IV) abrangência da oferta de serviços. Para o grupo I foram elencados os seguintes indicadores de desempenho: média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante, percentual de atendimentos de consultas por demanda espontânea, percentual de atendimentos de consultas agendadas, índice de atendimentos por condição de saúde avaliada, razão de coleta de material citopatológico do colo do útero e cobertura de primeira

consulta odontológica programática. No grupo II contabilizou a média de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida. No grupo III foram elencados o percentual de encaminhamentos para serviço especializado e a razão entre tratamento concluídos e primeira consultas odontológicas programáticas. No grupo IV, foram avaliados o percentual de serviços ofertados pela equipe de AB e o percentual de serviços ofertados pelas equipes de Saúde Bucal (BRASIL, 2012b).

O quadro de qualidade e resultados do PMAQ foi inspirado na experiência britânica de remuneração por desempenho em saúde. Implantado com o objetivo de avaliar sistematicamente as equipes de profissionais da ESF e justificar o aumento do investimento de recursos em saúde na APS. O PMAQ foi provavelmente o maior programa de PPD do mundo se considerarmos o número de equipes avaliadas, a quantidade de recursos investidos e o número de usuários atendidos por estas equipes (RESENDE *et al.*, 2021).

Um estudo realizado no período de 2010 a 2014 avaliou o efeito do PMAQ em relação às internações por Condições Sensível Atenção Primária (CSAP) e identificou um efeito significativo na redução das internações por CSAP em todas as regiões do país. Além disso os resultados analisados por região, apontaram que o PMAQ apresentou um efeito significativo na qualidade e no acesso da AB, principalmente na região Nordeste (SOARES; RAMOS, 2020).

Outro estudo considerando os três ciclos do PMAQ e um painel de 5.564 municípios concluiu que a implantação do PMAQ em todos os municípios foi associada a uma redução modesta, mas significativa, nas hospitalizações evitáveis para populações de 0 a 64 anos durante as três rodadas do programa (2011 a 2018). Ao estratificar por faixa etária e doenças que responderam por uma alta proporção de CSAP, a expansão do PMAQ foi associada a uma redução nas hospitalizações por gastroenterite por 0-4 anos, asma por 5-19 anos e doença renal por 20-64 anos. Concluiu ainda que um aumento de um ponto percentual na participação do PMAQ diminuiu a taxa de hospitalização por CSAP em 0,0356 por 10.000 habitantes (0-64 anos). Isto corresponde a uma redução de cerca de 60.829 internações em 2018. O impacto é mais forte para crianças menores de 5 anos, representando uma redução de cerca de 11.936 internações (RUSSO *et al.*, 2021).

No contexto do município de Gravataí, um aspecto que vale ressaltar no modo de financiamento adotado pelo município quando no período do PMAQ foi o de implementar, em legislação municipal, uma contrapartida financeira anual aos servidores das equipes de ESF que realizaram adesão ao programa. Este repasse era destinado a cada integrante da equipe de modo igualitário seguindo a proporcionalidade da nota após avaliação pelo MS de cada uma das equipes. Como o repasse do MS era conforme a nota que cada equipe atingia, da

mesma forma era calculada uma fração para o repasse aos servidores das equipes. Assim, quanto melhor era a nota final da equipe, maior era o valor que cada servidor recebia.

4.1.3 Previne Brasil

Instituído pela Portaria nº 2979/2019, consistindo em uma nova formatação de financiamento da APS, o MS lança o Previne Brasil, através da substituição dos repasses do PAB (Fixo e Variável). No lugar do PAB, foi introduzido número de pessoas registradas nas ESF e nas eAP cadastradas no MS (Capitação Ponderada), o PPD e Incentivos Financeiros para Ações e programas prioritários do MS (BRASIL, 2019b; MASSUDA, 2020).

Devido a substituição do PAB fixo e variável, pela Capitação Ponderada deixam de existir repasses financeiros regulares com base na população e incentivos para custeio de equipes de Atenção Básica (eAB), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o PMAQ. A partir de então, a fim de repasse é considerado o cadastro de cada cidadão na unidade de saúde correspondente. Os incentivos do PMAQ são substituídos por repasses condicionados ao desempenho em sete indicadores estipulados pelo MS referente a processos e resultados em relação à saúde da mulher, da gestante, da criança e doenças crônicas. Os repasses vinculados ao PAB variável passam a compor eixo de adesão a programas estratégicos como por exemplo o Saúde na Hora e o Informatiza APS (SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021).

Segue a descrição dos componentes do atual modelo de financiamento da APS no país.

4.1.3.1 - Capitação Ponderada

A capitação ponderada pretende estimular o mapeamento da população presente no território tornando adscrita a unidade de referência. Dessa forma, estimulando a vinculação entre o usuário e a equipe de saúde considerando o cadastro das pessoas nas EqSF ou eAP. Ponderada significa que a estes cadastros são aplicados pesos para as pessoas conforme sua condição de vulnerabilidade social. Para o cálculo do repasse do incentivo são considerados, portanto, o quantitativo de cadastros populacional das EqSF e das eAP no SISAB, a vulnerabilidade socioeconômica da população cadastrada nas EqSF e eAP, o perfil demográfico por faixa etária da população cadastrada no SISAB e a classificação geográfica definida pelo IBGE (BRASIL, 2021).

Para um cadastro fazer jus ao incentivo deve estar vinculado a uma equipe (EqSF ou eAP) credenciada com Identificador Nacional de Equipes (INE) homologado pelo MS e ainda informada pelo município no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

(SCNES). Quanto ao quantitativo de cadastros por EqSF ou eAP não existe um limite para a adscrição da população, porém existe um teto de recebimento financeiro conforme cálculo da capitação ponderada. Considerando como quantitativo potencial de cadastro, no caso de município urbano são de 4000 pessoas para EqSF, 2000 pessoas para eAP modalidade 20h e 3000 pessoas para eAP modalidade 30h (BRASIL, 2021).

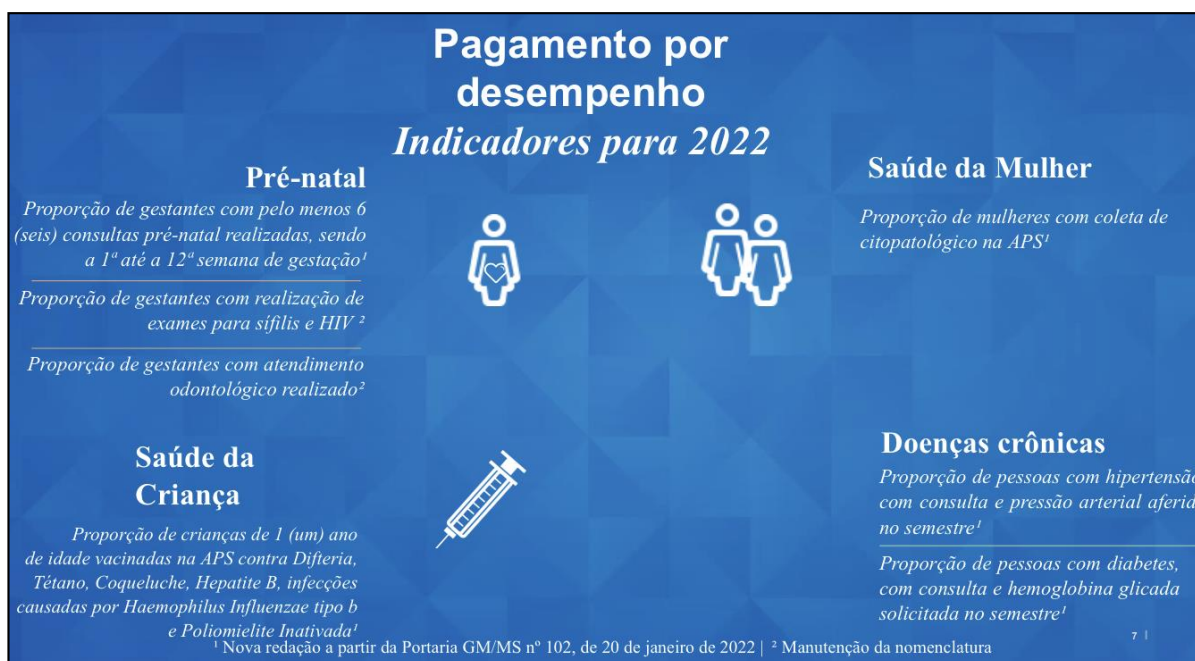
4.1.3.2 Pagamento por Desempenho no Previnde Brasil

O PPD é considerado um importante instrumento de monitoramento e avaliação das ações e serviços da APS, vinculando transferências financeiras aos resultados alcançados dos indicadores de saúde. A implementação do rol de indicadores do Previnde Brasil visa contribuir para a avaliação do processo de trabalho da APS, do acesso, qualidade e resolutividade dos serviços prestados. Nesse sentido este componente do Previnde Brasil busca (I) definir o incentivo financeiro do pagamento por desempenho por município e pelo Distrito Federal; (II) subsidiar a definição de prioridades e o planejamento de ações para melhoria da qualidade da APS; (III) promover o reconhecimento dos resultados alcançados e a efetividade ou necessidade de aperfeiçoamento das estratégias de intervenção; (IV) orientar o processo de PPD no âmbito da gestão municipal, assim como entre esta e as outras esferas de gestão do SUS e (V) promover a democratização e a transparência da gestão da APS e o fortalecimento da participação das pessoas, por meio da publicização de metas e resultados alcançados (BRASIL, 2021).

A definição dos indicadores considerou a relevância clínica e epidemiológica de saúde abrangendo área da saúde da mulher, criança, doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis, saúde bucal, mental, imunização e experiência pessoa atendida. Assim, os primeiros sete indicadores definidos pela Portaria 3222/2019, seguem listados a seguir: (I) proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª 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 e; (VII) percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada (BRASIL, 2019a; 2021).

Recentemente, através da Portaria nº 102/2022, tivemos alteração em relação dos indicadores I, V, VI e VII. No indicador I, houve a antecipação do primeiro atendimento da gestante de forma mais precoce (até a 12ª semana de gestação), no indicador V observa-se a equivalência dos componentes da vacina pentavalente (difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, Haemophilus Influenzae tipo B) e poliomielite inativada até um ano de idade. Nos

indicadores relativos a doenças crônicas, VI e VII, houve alteração no tempo de acompanhamento que passou a ser semestralmente e com necessidade de consulta, conforme figura I (BRASIL, 2022a).



Fonte: Brasil, 2022a.

Figura 1 – Pagamento por desempenho: Indicadores para 2022.

Os parâmetros e metas dos indicadores servirão de base para cálculo, sob responsabilidade do MS, do Indicador Sintético Final (ISF). O ISF representa o resultado da avaliação de desempenho municipal e é obtido a partir de cada indicador individualmente, segundo seus respectivos parâmetros, e da ponderação pelo peso de cada indicador em conformidade com o esforço para seu alcance. O resultado do ISF, valor atribuído de 0 a 10, equivale ao respectivo valor correspondente do recurso do pagamento por desempenho (BRASIL, 2021).

4.1.3.3 Incentivo para Ações Estratégicas

Fazem parte do rol de incentivos as seguintes ações Estratégicas, o Programa Saúde na Hora, Equipe de Saúde Bucal, Unidade Odontológica Móvel, Programa Saúde na Escola, Programa de Apoio a Informatização da APS, Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, entre outros. A transferência dos incentivos referente as ações estratégicas são definidas por portarias específicas que regulamentam a organização, funcionamento e o financiamento da

própria ação. Este componente busca atender as especificidades socioeconômicas, territoriais e epidemiológicas. Para adesão as referidas Ações Estratégicas o gestor municipal, tendo o interesse na adesão, faz diretamente com o MS através de sistema online disponibilizado pelo MS (BRASIL, 2021).

4.2 PREDITOR: FORÇA DE TRABALHO

Um importante momento histórico de discussão em relação ao tema da APS pode ser citado na Conferência de Alma-Ata, ocorrida ainda na década de 70. Já na Introdução da Declaração de Alma-Ata foi firmado a APS como chave para alcançar, em todo mundo, um nível aceitável de saúde que fizesse parte do desenvolvimento social e se inspirasse em um espírito de justiça. Definiu que a APS deveria ser orientada de acordo com os problemas sanitários da comunidade através de ação preventiva, curativa, de reabilitação e de promoção da saúde. Podendo ser adotada em diferentes formatos de acordo com as especificidades políticas, econômicas e culturais, seria igualmente válida para todos os países, embora alertasse da necessidade de estruturar principalmente nos países em desenvolvimento (CAMPOS *et al.*, 2006).

De acordo com Starfield (2004) sistemas de saúde que são orientados pelos princípios da APS alcançam melhores indicadores de saúde, maior satisfação do usuário e com menores custos. Para isto ser alcançado deve estar bem estruturado por atributos como a acessibilidade e primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação. Destacam-se também a orientação comunitária, atenção voltada à saúde concentrada na família e competência cultural.

No contexto brasileiro, temos a APS caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde. Todo este conjunto tem como objetivo desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2017a).

Os serviços de saúde da APS têm como característica desempenharem papel central na garantia de acesso da população à atenção das demandas de saúde. Isto se dá devido estas estruturas de serviço estarem estrategicamente localizadas mais próximas da população. Esta proximidade de onde as pessoas vivem, estudam e trabalham faz com que se fortaleça o vínculo entre o Serviço de Saúde e a população usuária, por isto a APS é considerada como a porta de entrada dos sistemas de saúde, sendo o primeiro contato do usuário para acessar os demais serviços ofertados pelo SUS (BRASIL, 2017a).

Fatores que influenciam nos atributos da APS correlacionam-se também à remuneração dos trabalhadores das equipes de saúde, impactando positivamente ou negativamente nos processos de trabalho e até mesmo nestes atributos. A forma de remuneração por capitação, por exemplo, pode ter como ponto positivo o estímulo de aumento da lista de pacientes, o cuidado longitudinal e ações preventivas, além de incentivar a diminuição de custos na medida que não estimula apenas produção. Porém, pode trazer como ponto negativo o risco de diminuição do número médio de consultas, o referenciamento maior que o desejado, além do risco de seleção de pacientes evitando aqueles com potencial de hiper utilizar o sistema. Outros modelos de remuneração são o de produção, o qual remunera o profissional por cuidados ou serviços prestados; o de salário fixo; e o de pagamento por resultado ou performance. Este último possui como ponto positivo o estímulo para que todos os profissionais trabalhem em sinergia por uma meta comum e como pontos negativos que o profissional é pago pelo alcance de uma meta e, em geral, não há incentivos para ir “além da meta”. Também pode ser um fator desestimulante quando a meta é muito difícil de ser alcançada, ou ainda apresentar o risco de focar apenas nas metas abandonando os pacientes que não contribuem para o alcance destas. Considerando que todos os modelos apresentam pontos positivos e negativos, um modo de minimização ou correção destes pontos seria a utilização de um mix entre os formatos de remuneração onde o pagamento por resultados nunca seja a única forma de remuneração, mas compondo o pagamento (GUSSO, 2013).

A consolidação da APS nas últimas décadas tem representado um dos avanços mais importantes do SUS enquanto política pública e sistema universal no Brasil. Isto muito se deve especialmente pela ascensão da ESF, destacando ainda a importância do planejamento de ações com base no diagnóstico situacional do território de atuação da EqSF e a realização do trabalho com território definido para se manter vínculo com a comunidade (SILVA *et al.*, 2021).

4.2.1 Estratégia Saúde da Família

A ESF nasceu no ano de 1994 e é um modelo de organização dos serviços da APS baseado em equipes multiprofissionais com enfoque integral e abordagem fundada na família e seus membros compreendendo-os em seu contexto socioeconômico e cultural. Assim, a ESF busca entender a família em seu espaço social e suas interações e também conflitos. Através deste pressuposto, as ferramentas do campo da promoção da saúde com ideia de construções de ambientes mais saudáveis, no espaço familiar, envolvem além da terapêutica

médica, o reconhecimento das potenciais terapêuticas presentes nas próprias relações familiares (ANDRADE; BARRETO; FONSECA, 2004).

Em 2006, o MS através da PNAB já trazia a AB como porta de entrada preferencial do sistema de saúde brasileiro e trazia ainda, como prioridade, consolidar e qualificar a ESF como modelo de atenção da AB e centro ordenador da rede de atenção do SUS. Posição esta reforçada na PNAB de 2011 quando nesta reforçou que “*A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica*” (BRASIL, 2006; 2011).

Através da implementação da ESF foi possível a ampliação do acesso aos serviços de saúde em áreas periféricas e rurais, assim como os vazios assistenciais em municípios de pequeno porte, trazendo impactos positivos nos indicadores de saúde. A ESF pode ser considerada o programa de qualificação da APS com maior sucesso da história do país. Sua singularidade está na forma de produzir ações de saúde centrada na pessoa/família buscando conversão do modelo assistencial biomédico centralizado na queixa conduta e doenças (GOMES; FRACOLLI; RETICENA, 2021).

Essa afirmação vem ao encontro de Silva *et al.* (2021) ao referir que a consolidação da APS nas últimas décadas representa um dos avanços mais relevantes do SUS, enquanto política pública e sistema de saúde universal no Brasil. Reforça ainda que tal ascensão está ancorada especialmente com a implantação da ESF e com a institucionalização da avaliação da AB pelo Ministério da Saúde.

Na sequência histórica chegamos na PNAB vigente e esta posição da ESF de se apresentar como estratégia prioritária de expansão da AB permanece, embora outras formas também passam a ser financiadas (BRASIL, 2017a). Este fato é visto com preocupação por Macinko e Mendonça (2018, p.33) ao afirmar que:

“Reformas adicionais que modificam o financiamento de alguns componentes do SUS (incluindo a ESF) e a revisão da PNAB podem levar à estagnação ou mesmo à deterioração dos importantes ganhos em saúde obtidos devido a esse modo exitoso de organizar a atenção primária no Brasil”.

Essa preocupação é em virtude de que nos últimos anos, mais especificamente de 1998 a 2018, a ESF foi adotada em 95% dos municípios brasileiros e propiciou avanços consistentes no aumento da cobertura de APS. Além disso, o gradativo aumento no número de EqSF tem sido associado por estudos ao aumento do acesso aos serviços de saúde, a

redução das internações hospitalares por condições sensíveis à APS, melhoria nas condições de saúde da população, principalmente nas mais vulneráveis, com impacto positivo na redução das iniquidades do país (MACINKO; MENDONÇA, 2018; MASSUDA, 2020).

4.2.1.1 A equipe de saúde da ESF

No modelo de atenção à saúde constituído pela ESF, um ponto importante a ser destacado é o fato de a equipe da ESF possuir um território definido para sua atuação. Nesse território, visando a garantia de que o processo de trabalho ocorra com maior potencial de atingir os preceitos da APS e, conseqüentemente, ampliando positivamente seus impactos na saúde da população, temos um quantitativo máximo de pessoas definidas como sendo a população de atuação cada uma destas equipes. Com isso, fortalecendo os princípios da APS em um Sistema Universal de Saúde, como é o SUS, ou seja, a universalidade, a acessibilidade, a coordenação, o vínculo, a continuidade, a integração, a responsabilidade, a humanização, a equidade e participação social. Ao longo do tempo, a ESF se desenvolveu de forma gradativa sendo alavanca principal do avanço da APS no Brasil. Nenhuma outra iniciativa dentro do SUS alcançou a magnitude dessa política que hoje é citada como exemplo de sucesso (BRASIL, 2017a; MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Desde a criação da ESF poucas foram as mudanças em termo de formatação de território e equipe que ocorreram ao longo do tempo. Em termos de população recomendada para cada equipe de ESF, que inicialmente era de 3.450 pessoas (mínimo de 2.400 e máximo de 4.500), na PNAB de 2017 ocorreu a alteração dessa recomendação para uma faixa de 2.000 a 3.500, considerando 2.000 para os cálculos de teto de equipes credenciadas e financiamento pelo MS (anteriormente esse cálculo considerava as 3.450 pessoas recomendadas). Já em termos da composição de equipe de referência deste território adscrito, a equipe mínima é constituída por um médico generalista, um enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Sugere ainda a associação à uma equipe de saúde bucal, composta por cirurgião dentista auxiliar ou técnico em saúde bucal. Dentre estes profissionais da equipe mínima, uma alteração na PNAB de 2017 que se deve destacar foi a possibilidade de redução do número de ACS (um por equipe) vinculando a territórios de maior vulnerabilidade, ao mesmo tempo em que faculta competências até então do escopo do técnico de enfermagem (MELO *et al.*, 2018; PEDEBOS, 2021).

O principal desafio das equipes é implementar em seu processo de trabalho princípios que regem a ESF desenvolvendo processos de trabalho baseados na integralidade e coordenação, sendo necessário, portanto, uma abordagem multiprofissional para o diagnóstico da realidade, o planejamento conjunto das ações, a organização horizontal do trabalho, o compartilhamento no processo de tomada de decisões e atuação sincronizada de todos os integrantes da equipe e com os demais serviços da rede setorial e intersetorial. O trabalho em equipe passa a ser um pressuposto imprescindível para a integralidade das ações em saúde na elaboração e construção de um projeto assistencial que vise atender às necessidades dos usuários (NAVARRO, GUIMARÃES, GARANHANI, 2013).

Outro desafio das equipes de saúde está no próprio processo de trabalho em equipe, fundamental para um agir de modo eficaz e com qualidade possibilitando ações efetivas. A própria noção de continuidade do atendimento e que o trabalho em equipe deve ser constituído pela interação dos trabalhadores é também um potente agente de transformação de modelo capaz de dar respostas às necessidades de saúde da população. São as equipes de saúde que identificam as necessidades da comunidade e promovem o processo de planejamento local em busca de alcançar mudanças positivas na realidade local (SANTOS *et al.*, 2017; CARVALHO; SANTIAGO, 2020).

De acordo com Villela (2020), *“a educação interprofissional em saúde e o trabalho em equipe consistem em ferramentas fundamentais para que os profissionais de saúde consigam utilizar os indicadores de saúde a favor do seu processo de trabalho”*. Ainda para autora, é através dessa interação que os indicadores de desempenho da APS podem ser alcançados de forma efetiva. Tendo os profissionais da APS conquistado uma boa resolutividade em sua prática centrados nas famílias, identificando seus riscos e necessidades é que teremos uma APS capaz de impactar positivamente nos processos de saúde-doença e cuidado tanto no âmbito individual quanto coletivo.

4.3 PREDITOR: INDICADORES DE SAÚDE

Todo indicador de saúde é a tradução de uma estimativa de uma dimensão de saúde pois se trabalha com dados de grupos ou lugares produzidos por mensurações consolidadas de um evento de interesse, uma população de referência e critérios de inclusão e exclusão. Um indicador é uma mensuração, com um certo grau de imprecisão, que reflete uma determinada situação. Oriundo de uma unidade primária de análise, o dado, que ao ser trabalhada gera um indicador e este ao ser analisado produz uma informação que, ao ser interpretada gera conhecimento. De modo geral, indicador pode ser definido como sendo

medidas sínteses capazes de revelar de forma simples uma situação que por si só não é evidente. Assim, indicadores de saúde podem ser definidos como medidas-síntese com informações de relevância sobre determinados atributos e dimensões de estado de saúde ou do desempenho de um sistema de saúde (OPAS, 2018).

Dependendo da sua correlação com o estado de saúde, um indicador pode ser classificado como sendo um indicador positivo ou um indicador negativo. Um indicador é positivo quanto se tem uma associação, relação ou correlação direta com o estado de saúde, ou seja, quanto maior for sua magnitude, melhor o estado de saúde dos indivíduos nesta população. Quando um indicador possui uma associação, relação ou correlação inversa com o estado de saúde, e quanto maior for sua magnitude pior será o estado de saúde dos indivíduos nesta população, temos então um indicador negativo (OPAS, 2018).

A construção de um indicador é processo que em sua gênese pode variar em termos de complexidade que vai desde uma simples contagem direta de casos de um evento até cálculos de proporções, razões, taxas ou índices complexos e sofisticados. Se gerados com qualidade, de modo regular e manejados dinamicamente, são instrumentos valiosos para a gestão e avaliação de saúde em todos os níveis. Além de serem matéria prima essencial de análise facilitando o monitoramento de saúde estimulando e fortalecendo a capacidade analíticas das equipes, além de promover o desenvolvimento de sistemas e políticas ajustadas às necessidades de saúde de uma população (RIPSA, 2008).

Um exemplo de indicador gerencial capaz de auxiliar na avaliação dos sistemas de saúde, podendo ainda servir como um indicador indireto de qualidade do acesso e desempenho da APS revelando a efetividade das ações de saúde oferecidas nesse nível de atenção, são as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP). Este indicador tem sido internacionalmente utilizado como um indicador de resultados da APS e no Brasil sua utilização se deu a partir da criação da lista de nacional de CSAP em 2008. As ICSAP se referem a um conjunto de internações hospitalares por agravos que sofreriam impacto no caso de uma assistência adequada (BRASIL, 2008; ALVES; CAVALCANTI; ALVES; COSTA, 2018; SANTOS *et al.*, 2022).

Quadro 2. Lista brasileira das Condições Sensíveis à Atenção Primária a Saúde.

Diagnóstico CID 10	Códigos Incluídos
1. Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	A37; A36; A33 a A35; B26; B06; B05; A95; B16; G00.0; A17.0; A19; A15.0 a A15.3; A 16.0 a A16.2; A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9; A 18; I00 a I02; A51 a A53; B50 a B54; B77

2. Gastroenterites infecciosas e complicações	E86; A00 a A09
3. Anemia	D50
4. Deficiências nutricionais	E40 a E46; E50 a E64
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66; J00; J01; J02; J03; J06; J31
6. Pneumonias bacterianas	J13; J14; J15.3; J15.4; J15.8; J15.9; J18.1
7. Asma	J45; J46
8. Doenças pulmonares	J20; J21; J40; J41; J42; J43; J47; J44
9. Hipertensão	I10; I11
10. Angina	I20
11. Insuficiência cardíaca	I50; J81
12. Doenças cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13. Diabetes mellitus	E10.0; E10.1; E11.0; E11.1; E12.0; E12.1; E13.0; E13.1; E14.0; E14.1; E10.2 a E10.8; E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8; E10.9; E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14. Epilepsias	G40; G41
15. Infecção no rim e trato urinário	N10; N11; N12; N30; N34; N39.0
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46; L01; L02; L03; L04; L08
17. Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	N70; N71; N72; N73; N75; N76
18. Úlcera gastrointestinal	K25 a K28; K92.0; K92.1; K92.2
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	O23; A50; P35.0

Fonte: Brasil, 2008.

O excesso de ICSAP não são obrigatoriamente indicativos de mudanças imediatas mas representa um sinal alerta aos gestores e profissionais de saúde na busca das explicações e dos motivos sua ocorrência, bem como buscar oportunidades de intervenção diante deste cenário. Isto porque o uso deste indicador levanta reflexões importantes em relação ao acesso oportuno nos serviços de saúde, do trabalho das equipes de saúde da APS, da coordenação do cuidado e a continuidade da atenção. Altas taxas de ICSAP em uma população ou um subgrupo destas, podem indicar problemas de acesso de um sistema de saúde, de deficiência na cobertura por serviços de saúde da APS ou ainda de sua baixa resolubilidade/desempenho para determinados problemas de saúde (ALFRADIQUE *et al.*, 2009; VELOSO; CALDEIRA, 2022).

Outro importante indicador de saúde que tem sido incorporado como um indicador de qualidade da APS é o acesso ao pré-natal no primeiro trimestre da gestação. Para o alcance deste indicador é necessário envolvimento de toda equipe de saúde, pois captar a gestante de modo precoce é essencial para que se possa realizar intervenções de saúde capazes de identificar e atuar nas condições vulneráveis à saúde, tanto da gestante como a da criança. Por este motivo tem sido utilizado como indicador avaliado tanto no PMAQ como também no Previne Brasil, como já descrito anteriormente (BRASIL, 2012a; 2016b; 2021).

O objetivo de acompanhar a gestação durante o pré-natal é o de assegurar seu desenvolvimento permitindo o parto de um recém-nascido saudável e sem impacto à saúde da mãe. A prerrogativa de iniciar o pré-natal na APS até a decima segunda semana de gestação (captação precoce) é considerado pelo MS como o primeiro passo para o pré-natal de qualidade na APS. Portanto, Estados e municípios necessitam dispor de uma rede de serviços sendo a APS a principal porta de entrada da gestante no sistema de saúde pois é o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, proporcionando inclusive acompanhamento longitudinal e continuado. (BRASIL, 2012b; SBIBAE, 2019)

Outro indicador fortemente ligado à APS é a cobertura de exame citopatológico de colo de útero em mulheres na faixa etária dos 25 a 64 anos de idade. Atingir a cobertura no rastreamento da população definida como alvo é um componente importante para redução da incidência e da mortalidade por câncer de colo de útero considerando que este é o quarto tipo de câncer mais comum em mulheres. Ainda mais que, com exceção do câncer de pele, esse tumor é o que apresenta maior potencial e cura quando precocemente diagnosticado (BRASIL, 2016b).

Este indicador mede o número de procedimentos de coleta de material citopatológico do colo de útero realizado na APS em relação ao total de mulheres entre 25 a 64 anos, em um determinado espaço geográfico e período. Possibilita verificar se as equipes da APS estão realizando o rastreamento do câncer do colo do útero a fim de identificar as lesões sugestivas de câncer, dando seguimento de investigação e tratamento. Permitindo assim, subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas a esta temática (BRASIL, 2012a, BRASIL, 2021).

Considerando a medição de desempenho vinculada ao emprego de indicadores de saúde, ressaltam-se alguns efeitos que podem perpassar de um extremo de que nenhuma ação significativa possa ser colocada em prática ou, no outro extremo induzir gestores e profissionais de saúde à atenção excessiva ao desempenho destes indicadores, denominado como visão em túnel. Este tipo de efeito ocorre quando ocorrem incentivos e/ou a busca dos profissionais de saúde em realizarem melhor algumas tarefas direcionadas aos indicadores

predefinidos, podendo acarretar no negligenciamento de outros não medidos, mas, porém, igualmente importantes no contexto do acompanhamento à saúde da população (BALLAROTTI *et al.*, 2019).

5 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em termos de valores absolutos, tanto os repasses federais quanto a aplicação em ASPS do município, foram maiores em 2022 quando comparados aos de 2019. Porém, quando na soma desses valores, federais e municipais, divididos pela população atendida na APS do município, o valor *per capita* encontrado é maior em 2019 aos de 2022.

Para os trabalhadores, o PPD é considerado capaz de impactar positivamente no processo de trabalho das equipes da APS. Demonstraram um bom conhecimento em relação aos indicadores e às metas dos dois anos avaliados, porém creditam ao PMAQ melhores contribuições destas metas para a saúde da população assistida e de valores repassados ao município.

O preditor utilizado como desfecho dos indicadores em saúde apontou o indicador da razão de exames citopatológico do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária melhor em 2019. Já no ano de 2022, a proporção de ICSAP e a proporção de gestantes com o primeiro atendimento até a 12ª semana de gestação foram melhores. O indicador das ICSAP entrou na análise como uma *proxy* de diagnóstico de como estariam as ações e serviços de saúde para as populações não priorizadas no roll dos indicadores dos PPD.

O financiamento à saúde, em especial a APS que recentemente passou por alterações em seu método de financiamento, tem sido um dos grandes desafios enfrentados pelos municípios para operacionalização das ações e de seus serviços de saúde, não sendo diferente no município de estudo. Neste, o fato de o PPD ser bem aceito pelos profissionais e estes terem bom conhecimento em relação aos indicadores, possibilitou ao município operacionalizar ações para além das preconizadas nos PPD (PMAQ e/ou Previne Brasil) que garantem repasses, mas também para outras populações não priorizadas nos PPD como observado pela melhora das ICSAP, com vistas a efetivar uma APS forte.

Com este estudo, sugere-se a manutenção das ações de saúde preconizadas nos PPD, com vistas para além das metas nestas incluídas, afim de manter uma APS forte e capaz de promover mudanças significativas na saúde da população atendida. Para isto, a inserção das ICSAP no escopo de indicadores de saúde acompanhados na avaliação dos indicadores municipais pode ser um importante instrumento de acompanhamento para uma APS efetiva envolvendo prevenção e continuidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, ME *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (projeto icsap - brasil). **CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA**, [S.L.], v. 25, n. 6, p. 1337-1349, jun. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2009000600016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/y5n975h7b3yW6ybnk6hJwft/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jun. 2023.

ALVES, JWS; CAVALCANTI, CGCS; ALVES, RSM; COSTA, PC. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no estado do Ceará, 2010-2014. **SAÚDE EM DEBATE**, [S.L.], v. 42, n. 4, p. 223-235, dez. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s418>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/53ROCTCGfRSThix5CgpwLWw/?lang=pt>. Acesso em: 10 jun. 2023.

ANDRADE, LOM; BARRETO, ICHC; FONSECA, CD. A Estratégia Saúde da Família. In: DUNCAN, Bruce B; SCHMIDT, Maria Ines; GIUGLIANI, Elsa Rj. **MEDICINA AMBULATORIAL: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. Cap. 7. p. 88-100.

BALLAROTTI, B *et al.* Reflexões de médicos sobre o trabalho na Estratégia de Saúde da Família sob a gestão das Organizações Sociais. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 23, p. 1-14, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/LY4bPYy3RmZWR5gKp7zyftF/?lang=pt>. Acesso em: 23 ago. 2023.

BARRETO, JOM. Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: uma revisão das melhores evidências disponíveis. **CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1497-1514, maio 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HF68KSrcL6TcijvDbxhjXd4m/?lang=pt>. Acesso em: 26 dez. 2021.

BRASIL. **FUNDO NACIONAL DE SAÚDE**. 2023. Disponível em: <https://consultafns.saude.gov.br/#/consolidada>. Acesso em 22 ago. 2023

_____. **Histórico de Cobertura - APS**. 2023b. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relCoberturaAPSCadastroP_aramPnab.xhtml. Acesso em: 22 ago. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Altera a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil.. **Portaria Nº 102, de 20 de Janeiro de 2022**. Brasília, DF, 20 jan. 2022a. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt0102_21_01_2022.html. Acesso em: 07 set. 2022.

_____. **Cadastro Nacional De Estabelecimentos de Saúde**. 2022b. Disponível em: https://wiki.saude.gov.br/cnes/index.php/P%C3%A1gina_principal. Acesso em: 18 set. 2022.

_____. **e-Gestor AB**. 2022c. Disponível em: <https://sisapsdoc.saude.gov.br/pt-br/egestor>. Acesso em: 18 set. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. e-SUS Atenção Primária à Saúde: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 5.0 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022d.

_____. **Sobre o FNS.** 2022e. Disponível em: <https://portalfns.saude.gov.br/sobre-o-fns/>. Acesso em: 19 set. 22.

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

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3222, de 10 de dezembro de 2019.** Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. **Portaria nº 3.222/2019.** Brasília, DF, 2019a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt3222_11_12_2019.html. Acesso em: 07 set. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2979, de 12 de novembro de 2019.** Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF, 2019b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017a. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

_____. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril 2016.** Brasília: Diário Oficial da União, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. 230 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 10 jun. 2023.

_____. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro 2012:** diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

_____. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/gravatai/panorama>. Acesso em: 19 set. 2022.

_____. **SISTEMA DE CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE**: manual de operação. 3.0 Rio de Janeiro: DATASUS, 2009. 412 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pdoc/MNL-GPSL-PDOC-SCNES-ManualOperacao-Edicao3.0.pdf>. Acesso em: 19 set. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008**. Brasília, DF, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html. Acesso em: 25 ago. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, GWS *et al.* **TRATADO DE SAÚDE COLETIVA**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CARVALHO, ML; SANTIAGO, RF. A importância do planejamento no processo de trabalho da equipe de saúde. **UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ**, Teresina, v. 1 p. 1-11, mar. 2020. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/14820>. Acesso em: 28 set. 2022.

FACCHINI, LA; TOMASI, E; DILÉLIO, AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **SAÚDE EM DEBATE**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 208-223, set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TmzJ4T4MkCxFxbpxTFXJsd/?lang=pt>. Acesso em: 23 jan. 2022.

FIGUEIREDO, NMA. **Método e metodologia na pesquisa científica**. 3. ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA**, Rio de Janeiro, v.34, n.8, p.1-5, 20 ago. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/rxLJRM8CWzfDPqz438z8JNr/?lang=pt>. Acesso em: 06 fev. 2022.

GOLDIM, JR. **Manual de Iniciação à Pesquisa em Saúde**. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

GOMES, MFP; FRACOLLI, LA; RETICENA, KO. Avaliação da Estratégia Saúde da Família no interior do Estado de São Paulo, Brasil. **CADERNOS SAÚDE COLETIVA**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 179-189, out. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/HmZ7KQNhGfnxsCGpZ9wSDBD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 08 fev. 2022.

GRAVATAÍ. **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025**. Gravataí, RS, 2022. p. 1-217. Disponível em: <https://gravatai.atende.net/atende.php?rot=1&aca=119&ajax=t&processo=viewFile&ajaxPrevEnt=1659619571299&file=74077337D3C82DC8BF5E4E51F71A775691367127&sistema=WPO&classe=UploadMidia>. Acesso em: 18 set. 2022.

GRAVATAÍ. **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2018-2021**. Gravataí, RS, 2018. p. 1-342. Disponível em: <https://gravatai.atende.net/cidadao/pagina/atende.php?rot=1&aca=119&ajax=t&processo=viwFile&ajaxPrevent=1646609129486&file=E3E1720BD5A89571B58FD6F26205D43821F29441&sistema=WPO&classe=UploadMidia>. Acesso em: 04 mar. 2022.

GUSSO, G. Formas de remuneração que guiam: para onde? São Paulo. 2013. Disponível em: <http://equipocesca.org/wp-content/uploads/2012/12/SIAP-2013-macro-Gusso.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2023.

HARZHEIM, E. "Previne Brasil": bases da reforma da atenção primária à saúde. **CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1189-1196, abr. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4pBPtJ4CVFGtSjYKPbnbyzD/?lang=pt>. Acesso em: 26 dez. 2021.

HONE, T; MACINKO, J; MILLETT, C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the sustainable development goals?. **THE LANCET**, [S.L.], v. 392, n. 10156, p. 1461-1472, out. 2018. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)31829-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31829-4).

HULLEY, SB *et al.* **DELINEANDO A PESQUISA CLÍNICA: uma abordagem epidemiológica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 384 p.

LACERDA, MR; COSTENARO, RGS (org.). **METODOLOGIAS DA PESQUISA PARA A ENFERMAGEM EM SAÚDE: da teoria à prática**. Porto Alegre: Moriá Editora, 2016. 496 p.

LINS, JGMG; MENEZES, TA; CIRÍACO, JS. O SUS E A ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL: uma análise sobre o seu financiamento pelo piso da atenção básica fixo. **REVISTA PLANEJAMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS**, [S.L.], v. 1, n. 55, p. 191-228, 25 jan. 2021. Instituto de Pesquisa Economica Aplicada - IPEA. <http://dx.doi.org/10.38116/ppp55art7>.

MACINKO, J; MENDONÇA, CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **SAÚDE EM DEBATE**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 18-37, set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Kr7jdgRFHmdqnMcP3GG8JTB/?lang=pt>. Acesso em: 28 fev. 2022.

MARCONI, MA; LAKATOS, EM. **TÉCNICAS DE PESQUISA**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2021. 318 p.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, abr. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YXgJT56kHyPXDtW4TqVLFMg/?lang=pt>. Acesso em: 23 jan. 2022.

MELO, EA *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 42, n. 1, p. 38-51, set. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s103>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Vs4dLSn6T43b6nPBCFg8F3p/?lang=pt>. Acesso em: 18 dez. 2022.

MELO, E *et al.* Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. **SAÚDE EM DEBATE**, [S.L.], v. 43, n. 5, p. 137-144, dez. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042019s512>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/n5ftgSYH5bsBBJpbxR7L5RN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 set. 2022.

MENDES, A; CARNUT, L; GUERRA, LDS. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **SAÚDE EM DEBATE**, [S.L.], v. 42, n. 1, p. 224-243, set. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s115>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/F95jdqvRBmBzh4CJXdXBJDh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 set. 2022.

MENDES, A; MARQUES, RM. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **SAÚDE EM DEBATE**, [S.L.], v. 38, n. 103, p. 900-916, dez. 2014. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140079>

MENEZES, ELC *et al.* Modos de produção do cuidado e a universalidade do acesso – análise de orientações federais para o trabalho das equipes da APS no Brasil. **CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1751-1764, maio 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/yQ8TQdX5f9ZMbrggt8QJL6K/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 03 mar. 2022.

MENEZES, APR; MORETTI, B; REIS, AAC. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública - austeridade versus universalidade. **SAÚDE EM DEBATE**, [S.L.], v. 43, n. 5, p. 58-70, dez. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042019s505>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JLN5qfhCmLh4ZwY4sm4KWpt/?lang=pt>. Acesso em: 19 set. 2022.

MOROSINI, MVGC; FONSECA, AF; BAPTISTA, TWF. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, p. 1-20, jun. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Hx4DD3yCsxkc3Bd6tGzq6p/?lang=pt>. Acesso em: 08 fev. 2022.

NAVARRO, ASS; GUIMARÃES, RLS; GARANHANI, ML. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **REV MIN ENFERM**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 62-69, jan/mar. 2013. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v17n1a06.pdf>. Acesso em: 04 set. 2022.

PEDEBOS, LA. Associação entre custos por equipe de saúde da família e porte de unidade básica de saúde em uma capital do sul do Brasil. **CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA**, [S.L.], v. 26, n. 4, p. 1543-1552, abr. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021264.11162019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/BzfDZ39m9mpnrVwxKWLPNGr/>. Acesso em: 04 set. 2022.

PINTO, HA. Análise do financiamento da Política Nacional para a Atenção Básica de 1996 até 2017. **SAÚDE EM REDES**, Porto Alegre, v. 4, n. 1, p. 35, 16 jul. 2018. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/1795/236>. Acesso em: 23 jan. 2022.

POLIT, DF; BECK, CT; HUNGLER, BP. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

RESENDE, TC *et al.* Pay-for-performance programme in primary health care: analyzing performance and social participation in the Rio Grande do Norte state. **REVISTA DE ADMINISTRAÇÃO DA UFSM**, Santa Maria, v. 14, n. 4, p. 769-788, 9 nov. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reaufsm/a/yYqpf9pdsdjqPcwN64LTPxS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 01 mar. 2022.

RIO GRANDE DO SUL. **Portal BI-RS**. 2022. Disponível em: <http://bipublico.saude.rs.gov.br/index.htm>. Acesso em: 18 dez. 2022.

RUSSO, LX *et al.* **Pay for performance in primary care: the contribution of the Programme for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ) on avoidable hospitalisations in Brazil, 2009–2018**. *BMJ Global Health* 2021; 6:e005429. doi:10.1136/bmjgh-2021-005429. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/6/7/e005429.full.pdf>. Acesso em 18 set. 2022.

SANTOS, RR *et al.* A influência do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, [S. l.], v. 18, n. 1, p. 130–139, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/15144>. Acesso em: 28 set. 2022.

SANTOS, L; FUNCIA, FR. Histórico do Financiamento do SUS: evidências jurídico-orçamentárias do desinteresse governamental federal sobre a garantia do direito fundamental à saúde. In: NASCIMENTO, CF; BITENCOURT, RR; CONTE, LNC (org.). **O FINANCIAMENTO DO SUS: uma luta do controle social**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2021. p. 31-43. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/04/Livro-O-Financiamento-do-SUS-uma-luta-do-controle-social.pdf>. Acesso em: 19 set. 2022.

SETA, MH; OCKÉ-REIS, CO; RAMOS, ALP. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à atenção primária à saúde? **CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 3781-3786, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YDNxWmxtzxsfhTqn9zicrhC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 26 dez. 2021.

SILVA, GT *et al.* Planejamento e apoio no processo de trabalho das equipes de atenção básica no Nordeste: análise do pmaq-ab (3º ciclo). **CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 1749-1755, maio 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wmR3GY9qr7KMk4p3vcYfxPm/?lang=pt>. Acesso em: 08 fev. 2022.

SOARES, C; RAMOS, M. Uma avaliação dos efeitos do PMAQ-AB nas internações por condições sensíveis à Atenção Básica. **SAÚDE EM DEBATE**, [S.L.], v. 44, n. 126, p. 708-724, set. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104202012609>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/DnLDYLbBQhznRMsh5NQpNct/?lang=pt>. Acesso em: 18 set. 2022.

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

VILLELA, EFM. Indicadores de saúde como ferramenta estratégica na APS. **SAÚDE & GESTÃO**, Ribeirão Preto, v. 1, p. 2-14, jan. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION & UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **Primary Health Care: transforming vision into action - operational framework**. World Health Organization, 2018.

ANEXO A - APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

HOSPITAL NOSSA SENHORA
DA CONCEIÇÃO - GRUPO
HOSPITALAR CONCEIÇÃO

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: FINANCIAMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ANÁLISE DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE/RS.

Pesquisador: clauvara schilling mendonça

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 67986923.6.0000.5530

Instituição Proponente: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO SA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.970.740

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa original de Centro Coordenador (PO) vinculado à Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do Mestrado Profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS, Grupo Hospitalar Conceição (GHC), de autoria do enfermeiro Luciano Vilmar Albrecht, contando com a orientação da médica docente do Programa de Pós-Graduação, Claunara Schilling Mendonça. Trata-se de um estudo transversal, exploratório descritivo, de abordagem quantitativa, a ser realizado em Gravataí, município da região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, em dois momentos distintos do financiamento federal: no ano de 2019 e no ano de 2022. Pretende avaliar a política de financiamento na Atenção Primária à Saúde (APS) local por meio de três preditores de sustentabilidade de políticas públicas: financiamento, desempenho e força de trabalho. Para isto será analisado o financiamento federal e municipal para a APS do município nos dois períodos citados e os indicadores de desempenho disponíveis nos dois momentos: qualidade do pré-natal, coleta de citopatológico de colo uterino e taxas de Internações por condições sensíveis (ICSAP). Também será aplicado um questionário estruturado digital no formato Google Forms aos servidores representantes das 43 equipes de saúde da família (EqSF) participantes no último ciclo do PMAQ (3º ciclo) na APS municipal em 2019 e que ainda permanecem na APS do município em 2022. O questionário contempla três questões de informações pessoais e de trabalho (sexo, profissão, Unidade de Saúde e equipe em que representou o PMAQ) e 20 questões que se referem aos programas de financiamento da Atenção Primária à Saúde PMAQ e Previne

Endereço: Av. Francisco Trein, 596 - Prédio do Ambulatório - 3º andar

Bairro: CRISTO REDENTOR

CEP: 91.350-200

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3357-2714

E-mail: cep-ghc@ghc.com.br

HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO - GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO



Continuação do Parecer: 5.970.740

Brasil (escala Likert - 1: negativo - 2: parcialmente negativo - 3: neutro - 4: parcialmente positivo - 5: positivo). O tempo médio para preenchimento de cada questionário será em torno 10 minutos. Os dados de contato dos servidores representantes convidados a participar do estudo serão extraídos do sistema e-Gestor e também confirmados junto ao Departamento de Recursos Humanos da SMS de Gravataí. O estudo contempla a utilização de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os participantes de pesquisa. A análise utilizará como fonte de dados oriundos dos sistemas Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), eGestor APS, Estratégia eSUS APS, Fundo Nacional de Saúde (FNS), Business Intelligence (BI) do Estado do Rio Grande do Sul (RS) e Fundo Municipal de Saúde (FMS). Por meio desses sistemas será possível dispor dos resultados dos indicadores do PMAQ, no ano de 2019 e dos indicadores de desempenho do Previne Brasil no ano de 2022. Os dados e análises descritivas serão as frequências absolutas e relativas. A fim de buscar a explicação para o alcance dos indicadores de desempenho, nos dois anos analisados, o modelo de Poisson é utilizado para analisar esses resultados em relação ao conjunto de variáveis explicativas. Ao aplicar essa regressão em estudos transversais, considera-se constante o tempo de seguimento. A razão de prevalências mede a prevalência da condição de interesse – o alcance dos indicadores assistenciais - e as variáveis independentes que melhor explicam o comportamento nos dois períodos analisados. O estudo conta com a anuência da Secretaria Municipal de Saúde do município estudado, o qual, autorizou o acesso, utilização e publicação dos dados a serem analisados no estudo. As informações dos nomes, assim como outros dados pessoais, serão resguardadas respeitando o sigilo das informações garantidos pela Lei número 13.709/2018, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) e o Marco Civil da Internet, promulgado pela Lei número 12.965 de 23 de abril de 2014. A coleta de dados está prevista para acontecer entre março e abril de 2023.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

Avaliar a política de financiamento da APS no município de Gravataí/RS por meio de três preditores de sustentabilidade de políticas públicas: financiamento, força de trabalho e desempenho.

Objetivos secundários:

- Analisar a execução financeira dos recursos federais nos anos de 2019 e 2022 na modalidade transferência financeira a municípios, dos recursos fundo a fundo para APS de Gravataí.
- Analisar a execução financeira dos recursos próprios para a atenção básica do gestor municipal de saúde em Gravataí/RS nos anos de 2019 e 2022.

Endereço: Av. Francisco Trein, 596 - Prédio do Ambulatório - 3º andar

Bairro: CRISTO REDENTOR

CEP: 91.350-200

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3357-2714

E-mail: cep-ghc@ghc.com.br

HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO - GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO



Continuação do Parecer: 5.970.740

- Descrever, sob a perspectiva dos trabalhadores de saúde, a compreensão sobre o financiamento da APS em Gravataí/RS.
- Avaliar o desempenho dos indicadores assistenciais prioritários nos dois períodos de análise.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

"Estima-se que os riscos desta pesquisa serão mínimos, visto a metodologia adotada e que os indivíduos envolvidos não estarão submetidos a procedimentos relacionados ao estudo. No entanto, não se descarta a possibilidade de ocorrer algum desconforto por parte dos participantes com relação ao preenchimento do questionário, bem como quanto a utilização do pacote de dados de internet pessoal. Calcula-se que o tempo médio para preenchimento de cada questionário será em torno 10 minutos".

Benefícios:

"Esta pesquisa trará como benefício a identificação do posicionamento das equipes de Saúde da Família referente a lógica do pagamento por desempenho e seus impactos na saúde no município de Gravataí/RS, correlacionando os repasses financeiros e os indicadores de saúde, podendo sua aplicabilidade ser avaliável, conforme a realidade de outros municípios. Auxiliará a descrever a opinião das equipes de saúde em relação ao Pagamento por Desempenho na APS, comparando a lógica do pagamento por desempenho considerando o PMAQ e o Previne Brasil, podendo, desta forma, apresentar quais dos métodos as equipes depositam maior credibilidade, auxiliando na busca de melhores resultados e qualificando a assistência à saúde da população".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa apresenta estrutura adequada, com definição de objetivos, justificativa, fundamentação teórica, metodologia, aspectos éticos, riscos e benefícios da pesquisa, impactos acadêmicos e sociais do projeto, cronograma, orçamento, referências e apêndices. As pendências identificadas no parecer anterior foram adequadamente respondidas pela pesquisadora responsável.

Pendência 1: No TCLE, o título do estudo está diferente do apresentado no projeto e no registrado na Plataforma Brasil - "PAGAMENTO POR DESEMPENHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ANÁLISE DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE/RS".

Comentário CEP: O título do projeto no TCLE foi revisado, mantendo o apresentado no projeto de pesquisa e na Plataforma Brasil - "FINANCIAMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ANÁLISE DE

Endereço: Av. Francisco Trein, 596 - Prédio do Ambulatório - 3º andar

Bairro: CRISTO REDENTOR

CEP: 91.350-200

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3357-2714

E-mail: cep-ghc@ghc.com.br

HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO - GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO



Continuação do Parecer: 5.970.740

UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE/RS".

Pendência 2: No TCLE não é informado o número de questões que os participantes deverão responder, o que qualifica a informação apresentada ao possível participante de pesquisa. Incluir a informação: O questionário contempla três questões de informações pessoais e de trabalho (sexo, profissão, Unidade de Saúde e equipe em que representou o PMAQ) e 23 questões que se referem aos programas de financiamento da Atenção Primária à Saúde PMAQ e Previne Brasil (escala Likert - 1: negativo - 2: parcialmente negativo - 3: neutro - 4: parcialmente positivo - 5: positivo).

Comentário CEP: A informação foi incluída no TCLE.

"O questionário contempla três questões de informações pessoais e de trabalho (sexo, profissão, Unidade de Saúde e equipe em que representou o PMAQ) e 20 questões que se referem aos programas de financiamento da Atenção Primária à Saúde PMAQ e Previne Brasil (escala Likert - 1: negativo - 2: parcialmente negativo - 3: neutro - 4: parcialmente positivo - 5: positivo)".

Pendência 3: No TCLE são apresentadas as informações de contato do Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP GHC). Complementar a informação incluindo o nome da representante institucional do CEP - Coordenadora Daniela Montano Wilhelms.

Comentário CEP: A informação foi incluída no TCLE.

"Também, se houver dúvidas quanto a questões éticas, poderá entrar em contato com: - Representante Institucional do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP GHC (coordenadora Daniela Montano Wilhelms) - Av. Francisco Trein, 596 - Prédio do Ambulatório - 3º andar Porto Alegre-RS, 91350-200 - Segunda à sexta-feira, das 8h às 12h / 13:45h às 15:45h - (51) 3357.2714 cep-ghc@ghc.com.br".

Pendência 4: O Termo de Compromisso para entrega do relatório não foi apresentado. Consultar o modelo do documento em:

<https://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=comitepesquisa&idSubMenu=2>

Comentário CEP: O documento foi anexado à Plataforma Brasil (relatório final previsto para dezembro de 2023).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos apresentados e analisados (versão 2):

- Carta resposta ao CEP
- Projeto de pesquisa revisado

Endereço: Av. Francisco Trein, 596 - Prédio do Ambulatório - 3º andar

Bairro: CRISTO REDENTOR

CEP: 91.350-200

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3357-2714

E-mail: cep-ghc@ghc.com.br

HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO - GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO



Continuação do Parecer: 5.970.740

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) revisado
- Termo de Compromisso para entrega do relatório

Documentos apresentados e analisados (versão 1):

- Projeto de pesquisa
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)
- Folha de rosto (n=43 - assinada pela Gerente de Ensino e Pesquisa do GHC, Bruna Donida)
- Parecer de aprovação da Comissão Científica GHC
- Carta de anuência do município de Gravataí
- Cronograma
- Orçamento
- Currículo lattes da equipe de pesquisa

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP GHC) manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa. O pesquisador assume o compromisso de seguir a Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, e as normativas éticas complementares vigentes.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2103997.pdf	24/03/2023 11:29:45		Aceito
Outros	DeclaracaoDeCompromisso.pdf	24/03/2023 11:28:36	LUCIANO VILMAR ALBRECHT	Aceito
Outros	CartaRespostaCEPGHC.pdf	24/03/2023 11:26:12	LUCIANO VILMAR ALBRECHT	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoLucianoAlbrecht220323.pdf	24/03/2023 11:25:23	LUCIANO VILMAR ALBRECHT	Aceito
TCLE / Termos de	TCLELUCIANO22032023.pdf	24/03/2023	LUCIANO VILMAR	Aceito

Endereço: Av. Francisco Trein, 596 - Prédio do Ambulatório - 3º andar

Bairro: CRISTO REDENTOR

CEP: 91.350-200

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3357-2714

E-mail: cep-ghc@ghc.com.br

HOSPITAL NOSSA SENHORA
DA CONCEIÇÃO - GRUPO
HOSPITALAR CONCEIÇÃO



Continuação do Parecer: 5.970.740

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCELELUCIANO22032023.pdf	11:22:19	ALBRECHT	Aceito
Outros	CurriculoLattesClaunaraSchillingMendonca.pdf	15/03/2023 12:06:33	LUCIANO VILMAR ALBRECHT	Aceito
Outros	CurriculoLattesLucianoVilmarAlbrecht.pdf	15/03/2023 12:05:43	LUCIANO VILMAR ALBRECHT	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	15/03/2023 11:58:31	LUCIANO VILMAR ALBRECHT	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	15/03/2023 11:58:16	LUCIANO VILMAR ALBRECHT	Aceito
Outros	CartaDeAnuenciaLuciano.pdf	15/03/2023 11:41:36	LUCIANO VILMAR ALBRECHT	Aceito
Outros	ParecerFavoravel.pdf	15/03/2023 11:40:10	LUCIANO VILMAR ALBRECHT	Aceito
Folha de Rosto	FR_CONEP.pdf	15/03/2023 11:28:34	LUCIANO VILMAR ALBRECHT	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

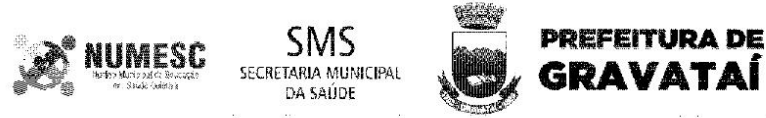
Não

PORTO ALEGRE, 29 de Março de 2023

Assinado por:
TALITA GIACOMET DE CARVALHO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Francisco Trein, 596 - Prédio do Ambulatório - 3º andar
Bairro: CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.350-200
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3357-2714 **E-mail:** cep-ghc@ghc.com.br

ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA



CARTA DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA

Autorizamos LUCIANO VILMAR ALBRECHT, a realizar projeto de pesquisa intitulada “FINANCIAMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ANÁLISE DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE /RS”, cujo objetivo será avaliar a política de financiamento da APS no Município de Gravataí/RS.

O referido projeto será realizado na Sede da Secretária Municipal da Saúde de Gravataí/RS no setor contábil e também junto aos servidores da Rede de Atenção Primária à Saúde do Município de Gravataí/RS

Será autorizado o acesso, utilização e publicação dos dados do rol de financiamento da APS, em 2019 e 2022, assim como os valores desembolsados pelo Município para Atenção Básica nestes mesmos anos.

A coleta de dados ocorrerá por meio da aplicação de um questionário estruturado com perguntas fechadas aos servidores representantes das equipes da ESF participantes no último ciclo do PMAQ na APS Municipal e do atual modelo de pagamento por desempenho – Previne Brasil e pelo desempenho do indicadores Municipal.

Ciente dos objetivos e da metodologia da pesquisa acima citada concede a anuência para seu desenvolvimento.

Gravataí, 26 de Janeiro de 2023.

REGIS	Assinado de forma
FONSECA	digital por REGIS
ALVES:821373	FONSECA
31004	ALVES:82137331004
	Dados: 2023.01.27
	16:39:01 -03'00'

Responsável Secretaria Municipal da Saúde

ANEXO C - NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA

REVISTA BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

A RBMFC aceita manuscritos em português, espanhol ou inglês, nos formatos ODT, DOC ou DOCX. Para facilitar a revisão por pares, recomendamos que as linhas e páginas sejam numeradas. Sugerimos página em formato A4, com margens superior e inferior de 1,25 cm, esquerda de 3 cm e direita de 2 cm; parágrafos com entrelinhas de 1,5 linha; e fonte Arial, tamanho 12.

Os manuscritos devem ser preparados segundo as [recomendações do ICMJE](#). Devido à revisão por pares duplo-cega, a folha de rosto deve ser substituída por um documento suplementar chamado “**Declarações**”, contendo:

- **Colaboradores:** Informar de que forma cada autor ou colaborador atende aos [critérios de autoria](#). Por exemplo, “Concepção e/ou delineamento do estudo: FT, CS. Aquisição, análise ou interpretação dos dados: FT, BT, CS. Redação preliminar: FT. Revisão crítica da versão preliminar: BT, CS, José Vitória. Todos os autores aprovaram a versão final e concordaram com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho.” sendo FT, CS e BT os acrônimos do nome dos autores. Alternativamente, os autores e colaboradores poderão utilizar a [Taxonomia das Funções do Colaborador \(CRediT\)](#) para expressar a contribuição de cada autor ou colaborador.
- **Conflitos de interesse:** Para cada colaborador, informar quaisquer relações ou atividades que possam enviesar ou serem vistos como enviesando o trabalho, de acordo com a [política de conflitos de interesse](#).
- **Agradecimentos:** Outros agradecimentos devidos.

O **manuscrito** propriamente dito deve trazer os seguintes elementos:

- Título nos três idiomas. Não há um limite rígido para o tamanho do título, mas ele deve ser sucinto, chamativo e representativo do conteúdo do manuscrito.
- Título corrido no idioma do manuscrito, com menos de 40 caracteres (contando o espaço).
- Resumo e palavras-chave nos três idiomas. A [Política de Seção](#) especifica o tamanho, formato e conteúdo dos resumos. As palavras-chave devem ser entre 3 e 5, e devem necessariamente constar nos [Descritores em Ciências da Saúde \(DeCS\)](#). A ferramenta [MeSH on Demand](#) ajuda a escolher palavras-chave, embora não tenha palavras-chave existentes apenas nos DeCS. O corpo editorial da RBMFC se reserva o direito de ajustar as palavras-chave.

- O corpo do manuscrito deve ser redigido de forma clara e concisa, respeitando as [Políticas de Seção](#). O corpo do texto não deve repetir todos os dados contidos em tabelas e outras ilustrações, assim como gráficos não devem repetir dados contidos em tabelas ou vice-versa. Notas de rodapé são proibidas.
- O título das tabelas e figuras deve ser inserido ao longo do manuscrito principal, em seguida ao primeiro parágrafo citando a tabela ou figura. Tabelas e figuras de formato vetorial (gráficos, mapas etc.) devem ser inseridas junto ao título em seu formato original, e não como capturas de telas ("prints"). Figuras em formato raster ("bitmap"), como fotografias, devem ser anexadas como documentos suplementares, preferencialmente em formato TIFF com resolução de 300 dpi ou mais.
- Referências seguindo o estilo Vancouver, conforme os [exemplos nesta página](#) e os [detalhes neste livro eletrônico](#) da *National Library of Medicine* (EUA). O *digital object identifier* (DOI; exemplo: "https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1505") deverá ser listado ao fim de cada referência, quando disponível. O endereço na Internet (URL, de *uniform resource locator*) deve ser informado (conforme especificado no guia) para recursos eletrônicos que não tenham DOI, ISSN ou ISBN.

O manuscrito deve ser redigido de acordo com a política de [Dados Abertos e Reprodutibilidade](#) (recomendações da Rede EQUATOR, plano de compartilhamento de dados, citação de dados etc.).

Conforme descrito no editorial "Pesquisar para quê?", manuscritos de pesquisa empírica deverão descrever se e de que forma pacientes e comunidade participaram do planejamento e/ou delineamento da pesquisa.

No caso de pesquisas com financiamento externo, os autores devem informar nos Métodos o papel do financiador no delineamento da pesquisa, na coleta e análise de dados, na decisão de publicar e na escolha da revista, conforme recomendado pelo [CSE](#) e pelo [ICMJE](#).

Abreviaturas e acrônimos devem ser restritos àqueles amplamente conhecidos; e devem ser expandidos em sua primeira ocorrência; e devem ser evitados nos títulos. Não é necessário nomear por extenso as abreviaturas do Sistema Internacional de Unidades e outras consagradas em outros sistemas técnicos, como *sp* ou *spp* na nomenclatura binomial das espécies. Unidades de medidas para exames de laboratório

que não sigam o Sistema Internacional de Unidades devem vir acompanhadas da respectiva conversão; por exemplo, “uma glicemia de 126 mg/dL (7,0 mmol/L)”.

Tabelas (numéricas ou textuais) e figuras (gráficos, mapas, fotografias etc.) devem ser citadas no corpo do manuscrito (não no resumo), como em “Metade dos participantes eram do sexo feminino, e a idade média foi 42 anos (Tabela 1)”, ou “As características na amostra estão descritas na Tabela 1”. Tanto tabelas quanto figuras devem ser numeradas consecutivamente em algarismos arábicos, e ter títulos autoexplicativos. Quaisquer abreviaturas ou acrônimos utilizados em tabelas ou figuras devem ser expandidos nos respectivos rodapé.

As referências devem ser citadas no corpo do manuscrito utilizando numeração consecutiva; por exemplo, “A atenção primária à saúde é fundamental para que os sistemas de saúde cumpram sua missão.¹ De acordo com Starfield,² a atenção primária é definida pela concomitância de quatro atributos fundamentais...”. Citações dentro de tabelas ou figuras devem seguir a ordem do texto anterior à ilustração.

O manuscrito principal deve omitir o nome e a afiliação institucional dos autores; essas informações serão preenchidas no formulário de submissão. Além disso, ao preparar o manuscrito principal os autores deve substituir por “XXXXXXXXXX” (sem aspas) quaisquer nomes próprios que possam identificar os autores ou suas afiliações institucionais, como a organização à qual pertence o comitê de ética ou o município onde foram coletados os dados. Após a aprovação, os autores serão lembrados de substituir os “XXXXXXXXXX” antes da editoração.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO

Informações Gerais

1. Profissão:

- ☐ Agente Comunitário de Saúde
- ☐ Auxiliar ou Técnico de Enfermagem
- ☐ Auxiliar ou Técnico de Saúde Bucal
- ☐ Enfermeiro
- ☐ Odontólogo
- ☐ Médico

2. Sexo:

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino

3. Selecione a Unidade de Saúde e equipe em que você representou o PMAQ:

- ☐ USF NEÓPOLIS - Equipe I
- ☐ USF NEÓPOLIS - Equipe II
- ☐ USF COSTA DO IPIRANGA - Equipe I
- ☐ USF COSTA DO IPIRANGA - Equipe II
- ☐ USF ITACOLOMI - Equipe I
- ☐ USF ITACOLOMI - Equipe II
- ☐ USF SÃO MARCOS - Equipe I
- ☐ USF MORUNGAVA - Equipe I
- ☐ USF MORUNGAVA - Equipe II
- ☐ USF BARRO VERMELHO - Equipe I
- ☐ USF BARRO VERMELHO - Equipe II

- () USF BARRO VERMELHO - Equipe III
- () USF SANTA CECÍLIA - Equipe I
- () USF ÉRICO VERÍSSIMO - Equipe I
- () USF ÉRICO VERÍSSIMO - Equipe II
- () USF ÉRICO VERÍSSIMO - Equipe III
- () USF NOVA CONQUISTA - Equipe I
- () USF NOVA CONQUISTA - Equipe II
- () USF NOVA CONQUISTA - Equipe III
- () USF ARISTIDES D'ÁVILA - Equipe I
- () USF ARISTIDES D'ÁVILA - Equipe II
- () USF GRANVILLE - Equipe I
- () USF GRANVILLE - Equipe II
- () USF ITATIAIA - Equipe I
- () USF ITATIAIA - Equipe II
- () USF ÁGUAS CLARAS - Equipe I
- () USF ÁGUAS CLARAS - Equipe II
- () USF ÁGUAS CLARAS - Equipe III
- () USF ÁGUAS CLARAS - Equipe IV
- () USF MORADA DO VALE 2 - Equipe I
- () USF MORADA DO VALE 2 - Equipe II
- () USF PARQUE DOS EUCALIPTOS - Equipe I
- () USF PARQUE DOS EUCALIPTOS - Equipe II
- () USF PARQUE DOS EUCALIPTOS - Equipe III
- () USF COHAB C - Equipe I
- () USF COHAB C - Equipe II
- () USF COHAB C - Equipe III

- () USF PRINCESA ISABEL - Equipe I
- () USF PRINCESA ISABEL - Equipe II
- () USF PRINCESA ISABEL - Equipe III
- () USF PARQUE DOS ANJOS - Equipe I
- () USF PARQUE DOS ANJOS - Equipe II
- () USF PARQUE DOS ANJOS - Equipe III

As próximas questões se referem aos programas de financiamento da Atenção Primária à Saúde PMAQ e Previne Brasil.

MARQUE DE 1 A 5 O QUANTO VOCE CONCORDA OU DISCORDA COM AS AFIRMAÇÕES, CONSIDERANDO O CONTEXTO:

- 1: NEGATIVO
- 2: PARCIALMENTE NEGATIVO
- 3: NEUTRO
- 4: PARCIALMENTE POSITIVO
- 5: POSITIVO

4. Você considera os métodos de pagamento por desempenho na APS:

Pouco Importantes (1) (2) (3) (4) (5) Muito Importantes

5. Você considera que os pagamentos por desempenho no financiamento da APS impactam no meu processo de trabalho:

Negativamente (1) (2) (3) (4) (5) Positivamente

6. Você conhece ou teve contato com os indicadores de saúde previstos no PMAQ?

() Sim

☐ Não

7. Você conhece as metas dos indicadores de saúde previstos no PMAQ?

☐ Sim

☐ Não

8. Você conhece ou teve contato os indicadores de saúde previstos no Previne Brasil?

☐ Sim

☐ Não

9. Você conhece as metas dos indicadores de saúde previstos no Previne Brasil?

☐ Sim

☐ Não

10. Em relação ao PMAQ, você entende ter sido um método de financiamento para a APS:

Muito Ruim (1) (2) (3) (4) (5) Muito Bom

11. Em relação ao Previne Brasil, você entende ser um método de financiamento para a APS:

Muito Ruim (1) (2) (3) (4) (5) Muito Bom

12. Você considera que os indicadores de saúde previstos no PMAQ impactaram nos repasses financeiros aos municípios:

Negativamente (1) (2) (3) (4) (5) Positivamente

13. Você considera que os indicadores de saúde previstos no Previne Brasil impactam nos repasses financeiros aos municípios:

Negativamente (1) (2) (3) (4) (5) Positivamente

14. Você considera que os indicadores de saúde previstos no PMAQ impactaram nos repasses financeiros para o município de Gravataí/RS:

Negativamente (1) (2) (3) (4) (5) Positivamente

15. Você considera que os indicadores de saúde previstos no Previne Brasil impactam nos repasses financeiros para o município de Gravataí/RS:

Negativamente (1) (2) (3) (4) (5) Positivamente

16. Você considera que o cumprimento das metas dos indicadores previstos no PMAQ contribuiu na assistência à saúde da população atendida na sua unidade:

Negativamente (1) (2) (3) (4) (5) Positivamente

17. Você considera que o cumprimento das metas dos indicadores previstos no Previne Brasil contribui na assistência à saúde da população atendida na sua unidade:

Negativamente (1) (2) (3) (4) (5) Positivamente

18. Você considera que a busca pelo cumprimento das metas previstas no PMAQ induziu a um cuidado restrito aos grupos populacionais que integravam estes indicadores?

Discordo Totalmente (1) (2) (3) (4) (5) Concordo Totalmente

19. Você considera que a busca pelo cumprimento das metas previstas no Previne Brasil induz um cuidado restrito aos grupos populacionais que integram estes indicadores?

Discordo Totalmente (1) (2) (3) (4) (5) Concordo Totalmente

20. Você considera que a busca pelo cumprimento das metas previstas no PMAQ possa ter afetado o cuidado de outros grupos populacionais:

Negativamente (1) (2) (3) (4) (5) Positivamente

21. Você considera que a busca pelo cumprimento das metas previstas no Previnde Brasil possa ter afetado o cuidado de outros grupos populacionais:

Negativamente (1) (2) (3) (4) (5) Positivamente

22. Você considera que o pagamento por desempenho (PMAQ) no financiamento da APS impactou nos seus vencimentos (salário):

Negativamente (1) (2) (3) (4) (5) Positivamente

23. Você considera que o pagamento por desempenho (Previnde Brasil) no financiamento da APS impacta nos seus vencimentos (salário):

Negativamente (1) (2) (3) (4) (5) Positivamente