Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Aggeu Magalhães

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Januário Carneiro da Cunha Neto

PRODUTO TÉCNICO

Previne Brasil no Contexto do Amazonas:
uma análise documental das instâncias deliberativas do SUS

Recife
2023

Januário Carneiro da Cunha Neto

Previne Brasil no Contexto do Amazonas:

uma análise documental das instâncias deliberativas do SUS

Produto Técnico apresentado ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Dra Islândia Maria Carvalho de Sousa

Recife

2023

RESUMO

NETO, Januário Carneiro da Cunha. Previne Brasil no Contexto do Amazonas: uma análise documental das instâncias deliberativas do SUS. 2023. Disertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2023.

Um dos entraves atuais vivenciados pela primária em saúde no âmbito municipal são destacados pelas mudanças estruturantes do financiamento desde sua implantacao. Uma das mudanças mais recentes se deu por meio do Programa Previne Brasil, sendo a nova proposta amplamente criticada por vários segmentos, tais como: pesquisadores, estudantes, profissionais, gestores e representantes de grandes instituições. O Conselho Nacional de Saúde publicou uma nota desaprovando a mudança no financiamento e em seu processo de construção, bem como, apresentou argumentos quanto a ineficiência do programa, o qual coloca em risco os preceitos constitucionais como o principio da universalidade e do controle social. Este estudo se ergueu no sentido de saber como se deu este debate em diferentes territórios brasileiros, tendo como objetivo analisar a discussão acerca do Programa Previne Brasil nas instâncias deliberativas do SUS, especificamente na CIB e CES no estado do Amazonas. Para a realização da pesquisa, optou-se pelo estudo documental com abordagem qualitativa, enfoque exploratório-descritivo, dados secundários de domínio público, tendo como local de estudo o Estado do Amazonas. Conforme disposto no plano de análise de dados, foram identificados 887 documentos de acesso público, sendo 121 atas de reuniões (50 atas de reunião da CIB-AM e 71 atas de reunião do CES-AM) e 941 resoluções (766 resoluções da CIB-AM e 175 resoluções do CES AM). Discussões e estudos acerca do Programa Preveni Brasil no Amazonas ainda são incipientes, no entanto, considera-se lembrar que é um modelo recente e que se encontra em processo de implantação em todo território nacional. É notório que haja a elaboração de estratégias de aperfeiçoamento para gestores e profissionais de saúde em relação ao novo modelo de gestão, para que ocorra empoderamento dos estabelecimentos de saúde e equipes concentradas no Estado do Amazonas. O cenário é que os representantes do Ministério da Saúde produziram argumentos a favor do Previne Brasil e, conseguiram criar uma narrativa favorável junto as instâncias deliberativas de alguns estados. Os resultados encontrados ajudaram na compreensão de que existe a necessidade imperativa de discussão ampla, interinstitucional, colaborativa e transparente nas instâncias deliberativas do SUS, sob pena de avalizarmos novos programas que não terão efetividade e garantia de cuidado adequado aos clientes do SUS.

Palavras chave: financiamento da assistência à saúde; atenção primária à saúde; sistema único de saúde.

SUMÁRIO

1 **INTRODUÇÃO**..... 05

2 **OBJETIVOS**..... 08

3 **REFERENCIAL TEÓRICO**..... 09

3.1 ATENÇÃO PRIMARIA EM SAÚDE..... 09

3.2 FINANCIAMENTO PÚBLICO DE SAÚDE..... 10

3.2.1 **Instrumentos financeiros de coordenação no SUS**..... 11

3.2.2 **Contexto do programa previne brasil e o papel das instancias deliberativas**..... 12

4 **PERCURSO METODOLÓGICO**..... 15

5 **RESULTADOS E DISCUSSÃO**..... 16

6 **RECOMENDAÇÕES**..... 20

REFERÊNCIAS..... 21

MENSAGENS PRINCIPAIS

1	**Sistema Único de Saúde uma conquista da sociedade brasileira, com modelo para assegurar assistência à saúde de maneira universal, equitativa e integral.**

2	**A Constituição Federal definiu que a saúde deve financiada pela seguridade social.**

3	**O Sistema Único de Saúde é executado de forma descentralizada, com gestor único em cada esferas de governo, com financiamento tripartite.**

4	**Desde a institucionalização do Sistema Único de Saúde o financiamento é precário, criando uma situação-problema entre a oferta de serviços e demanda populacional.**

4	**Os municípios das Regiões Norte e Nordeste são muito mais dependentes dos repasses do SUS do que outras regiões, e muito disso depende das especificidades regionais, tais como, a situação geográfica dos municípios do estado do Amazonas, com baixa densidade demográfica e grande extensão territorial.**

1 INTRODUÇÃO

Desde a Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, o SUS enfrentou desafios quanto ao financiamento, haja vista que após a Lei 8080/90 que o instituiu, foi alvo de vetos a artigos referentes ao financiamento e o controle social, que logo depois foram sanadas por pressão dos sanitaristas da época, tendo como desfecho a publicação de uma nova Lei, a 8142/90, a qual estabeleceu os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde para que se tornasse foruns de participação popular.

A Lei 8080/90, buscou definir e garantir a descentralização das responsabilidades entre as esferas de governo, delegando ações aos municípios e responsabilizando-os a assumir a gestão dos programas de saúde pública e atenção primária em saúde (APS). Em sequência a Lei 8.142 de 1990, tratou diretamente da participação e responsabilização da sociedade na gestão da saúde, estabelecendo o controle social e os Conselhos de Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde [2].

Ainda na década de 90, existia a necessidade de criação de incentivos financeiros aos municípios que se enquadrassem às exigências estabelecidas, surgindo assim as Normas Operacionais Básicas – NOB's, sucedidas pelas Normas Operacionais de Assistência à Saúde – NOAS[3]. As normas coordenaram a descentralização, e foram editadas na forma de portarias ou resoluções ministeriais, concretizando a implantação do SUS a partir de estratégias comuns aos três níveis de governo[4].

Tais normas seriam responsáveis pela fixação de incentivos financeiros atrelados às ações específicas de APS, implantando assim o Piso da Atenção Básica – PAB, composto de uma parte fixa destinada à assistência básica e de uma parte variável relativa a incentivos para o desenvolvimento de ações no campo[3].

Desde os anos 2000 iniciou-se uma discussão a fim de garantir por meio do orçamento fiscal dos governos municipal, estadual e federal um financiamento estável para a saúde. Assim, a Emenda Constitucional 29, visava assegurar um piso mínimo de investimento em saúde, de maneira tripartite, ou seja, por parte das três esferas de governo. Na prática o que ocorreu foi de definição legal, pela Lei Complementar 141/2012, de responsabilidades mínimas de investimento em saúde, ficando os municípios responsáveis obrigatoriamente por investir 15% do orçamento em saúde, os estados 12%, e a União ficando responsável pelo investimento do recurso

empenhado no exercício anterior, mais a variação nominal do PIB[5] .

Porém, logo após a Lei 141/2012, o orçamento da saúde proveniente do governo federal sofreu alterações com a instituição da Emenda Constitucional nº 86 que alterou o inciso I do §2º do art. 198 da Constituição Federal referente ao valor mínimo e as normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União em ações e serviços públicos de saúde. Ainda revogou o inciso IV do §3º do mesmo artigo que previa a possibilidade do percentual mínimo da União ser reavaliado[6].

Além disso, a EC 86 constituiu-se em um problema para as prioridades do SUS, visto que determinou a inclusão, para fins de cumprimento do montante mínimo aplicados pela União, das emendas individuais, que se tornaram impositivas[6]. Tal situação é evidenciada com o advento da destinação de recursos de saúde por intermédio de Emendas Parlamentares do orçamento impositivo da saúde, atualmente potencializada com o orçamento secreto e demais estratégias político partidárias[7] .

Na prática, o que aconteceu foi o subfinanciamento da saúde por parte do governo federal, a pouca ou quase nenhuma participação da esfera estadual, principalmente no tocante à APS; e, a média e alta complexidade se configuram em meros transferidores de valores, o que acaba recaindo sobre a esfera municipal, a total responsabilidade pela expansão do acesso à saúde nos municípios[8] .

Desde a Lei Orgânica da Saúde, diferentes normas e portarias estabeleceram o modo de execução dos recursos financeiros, mas de fato sem prover novos recursos da saúde que ao decorrer do desenvolvimento do SUS sempre foram instáveis. E, cada governo tem criado novos modelos de financiamento, principalmente para a APS.

Assim, em 2019, o Ministério da Saúde lançou uma nova política de financiamento da atenção primária à saúde, chamada Previne Brasil, com intuito de resgatar os princípios da APS e modernizar a organização da saúde. O programa tinha como proposta principal a estruturação de modelo de financiamento que segundo HARZHEIM et al[9], os usuários estariam no centro do cuidado, a partir da composição de mecanismos que induzissem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pela qualidade da assistência ofertada. A nova política utilizou como estratégia de execução a premiação que apresenta como componentes a capitação ponderada, o pagamento por desempenho, e incentivos para ações estratégicas e populações vulneráveis[9].

Diante da criação de um novo programa nacional de financiamento público em saúde, sem que o mesmo pudesse ser amplamente discutido nas instâncias deliberativas e de controle social do Sistema Único de Saúde, destacados pelas mudanças estruturantes do financiamento desde sua aprovação, a nova proposta foi amplamente criticada por vários segmentos, tais como, pesquisadores, estudantes, profissionais, gestores e representantes de grandes instituições.

Neste cenário, o Conselho Nacional de Saúde publicou uma nota desaprovando a mudança no financiamento, seu processo de construção e, apresentou argumentos quanto a ineficiência do programa, colocando em risco os preceitos constitucionais, como o princípio da universalidade e do controle social. No entanto, alguns atores institucionais como o CONASEMS tinha visão divergente do Conselho e participou de debates junto ao Ministério da Saúde[10] .

É importante salientar que os municípios das Regiões Norte e Nordeste são muito mais dependentes dos repasses do SUS do que outras regiões, e muito disso depende das especificidades regionais como a situação geográfica dos municípios da Região Norte, baixa densidade demográfica e grande extensão territorial, e principalmente, pujança econômica municipal[2].

Cabe saber como se deu este debate em diferentes territórios brasileiros, visto que a Amazônia possui características *sui generis* para desenvolvimento do SUS e do controle social. Visto que as características geográficas e culturais da região devem ser vista de modo diferenciado, o percurso por exemplo da APS para prestar assistência, muitas vezes se dá apenas por meio fluvial ou aéreo, um cenário completamente diferente de outras regiões do país. Além disso, para essa região as equipes da APS devem estar melhor preparadas para lidar com as peculiaridades culturais na interlocução com a assistência aos povos indígenas.

Todas estas questões deveriam ser debatidas de modo regionalizado por meio das instâncias locais que planejam e efetivam o SUS. Se torna importante esclarecer que existem instâncias deliberativas no SUS, que determinam os rumos da gestão e assistência, por meio de discussões interinstitucionais com a devida participação do controle social. Essas instâncias, no Amazonas são o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Amazonas (COSEMS-AM), a Comissão Intergestores Bipartite do Amazonas (CIB-AM) e o Conselho Estadual de Saúde do Amazonas (CES-AM).

2 OBJETIVOS

Para além dos objetivos da pesquisa, este Produto Técnico visa apresentar à gestão estadual de saúde, de forma concisa, os aspectos do financiamento da saúde no Amazonas, com base nos instrumentos do Conselho Estadual de Saúde e Comissão Intergestora Bipartite.

Analisar a discussão acerca do Programa Previne Brasil, no estado do Amazonas, nas instâncias deliberativas do SUS, especificamente na Comissão Intergestora Bipartite e no Conselho Estadual de Saúde.

Apresentar os resultados da pesquisa realizada e propostas para contribuir com a gestão estadual de saúde para conter o subfinanciamento da saúde pública.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 A ATENÇÃO PRIMARIA EM SAÚDE

O acesso ao Sistema Único de Saúde pela população tem seu foco principalmente pela atenção primária em saúde, garantindo assim acesso aos serviços de saúde, valendo-se dos princípios de integralidade, universalidade e equidade. A APS é oferecida a toda população conforme suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde[11].

A APS é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que englobam promoção, prevenção, proteção, diagnósticos, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de atividades de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada por equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidades sanitárias. Tais atividades são baseadas em diretrizes que norteiam as apropriadas práticas de funcionamento, garantidos pelo Plano Nacional de Atenção Básica desenvolvida pelo Ministério da Saúde[11] .

A Estratégia Saúde da Família representa uma alternativa significativa e estruturante para a política de saúde brasileira, com vistas a cumprir o disposto na Constituição Federal de 1988 sobre saúde, e aos princípios do SUS[13] .

Precursor da ESF, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS, foi criado em junho de 1991, tendo a regulamentação da profissão ocorrida em 2006, por meio da Lei Federal nº 11.350[14].

O estado do Amazonas inclui-se entre estes territórios que não consegue cumprir afinco a Política Nacional de Atenção Básica, em diversos pontos como por exemplo a longitudinalidade e o cuidado continuado, pois é um território com características distintas e que demonstra limitações no cuidado integral e efetivação dos atributos da PNAB[18]. Por ser uma realidade diferente de outros territórios, a APS no Amazonas encontra limitações que estão concentradas na dificuldade de acesso à assistência à saúde devido às barreiras geográficas, insuficiência de serviços e profissionais, recursos móveis e tecnológicos incompatíveis com as ferramentas dispostas pelo sistema de saúde[20].

3.2 FINANCIAMENTO PÚBLICO DE SAÚDE

Enquanto a Lei 8080/90 buscou definir e garantir a descentralização das responsabilidades entre as esferas de governo, delegando diretrizes aos municípios e responsabilizando-os a assumir a gestão dos programas de saúde pública e atenção primária em saúde, a Lei 8.142 de 1990 tratou diretamente da participação e responsabilização da sociedade na gestão da saúde, estabelecendo o controle social e Conselhos de Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde[2].

Na década de 90, existia a necessidade de criação de incentivos financeiros aos municípios que se enquadrassem às exigências estabelecidas, surgindo assim as Normas Operacionais Básicas – NOB's, sucedidas pelas Normas Operacionais de Assistência à Saúde – NOAS, que seriam responsáveis pela fixação de incentivos financeiros atrelados à ações específicas da APS. Razão disso, os Pisos de Financiamento da Atenção Básica – PAB, em modalidade fixa e variável, tinham o intuito de acabar com a concorrência por recursos da APS com outros tipos de procedimentos e ações, fornecendo um montante específico, composto de uma parte fixa destinada à assistência básica e de uma parte variável relativa a incentivos para o desenvolvimento de ações no campo[3].

O ano de 2000 marcado pelas mudanças de financiamento do SUS, com ênfase na APS quando foi instituído a gestão plena da atenção básica ampliada aumentando as responsabilidades assistenciais da APS no país e instituindo o piso da atenção básica ampliado para os municípios, conforme NOAS-SUS 01/20007. Essa transformação ao longo dos anos foi ampliada e incorporada ao PAB FIXO, e pelos blocos de financiamento, o que configurou uma fragmentação nos modelos de repasse e a limitação e autonomia dos gestores municipais acerca dos repasses inflexíveis e pouco eficientes[9].

Em setembro de 2000 foi estabelecido um valor mínimo de financiamento obrigatório em regime de contrapartida de recursos próprios para saúde. Com a Lei Complementar 141/2012, que definiu as responsabilidades mínimas de investimento em saúde, ficando os Municípios responsáveis obrigatoriamente por investir 15% do orçamento próprio em saúde, os Estados 12% e a União ficando responsável pelo investimento do recurso empenhado no exercício anterior, mais a variação nominal do PIB[8].

3.2.1 Instrumentos financeiros de coordenação no SUS

Na coordenação das políticas de saúde existem dois tipos de instrumentos financeiros: A transferência Fundo a Fundo que são transferências regulares realizadas pelo Ministério da Saúde, automaticamente para os estados e municípios e as transferências condicionadas a vinculação de recursos, estas estão vinculadas a patamares mínimos de gastos por cada esfera de governo[4].

Em 1991 e 1992 foram publicadas as primeiras NOBs que instruíram o repasse de recursos e a descentralização da gestão; essa transferência de recursos aos estados e municípios estavam condicionadas a existência de planos, fundos e conselhos de saúde, entre outros requisitos estabelecidos pela Lei no 8.142/1990[22].

Com a publicação da NOB 1/1993, foi regulamentado o processo de descentralização da gestão das ações e dos serviços no âmbito do SUS e estabeleceu os mecanismos de financiamento, que, naquele momento, ainda se restringiam à assistência hospitalar e ambulatorial[23]. Ela representou um marco definidor no processo de consolidação do SUS, pois rompia com a lógica do Inamps (remuneração por procedimento) e por assentar os elementos e os princípios da descentralização[24]. Através dessa NOB foram estabelecidos diferentes níveis de autonomia de gestão para as esferas estaduais (parcial e semiplena) e municipais (incipiente, parcial e semiplena), de forma a contemplar os diferentes estágios dos entes subnacionais com relação à descentralização[24].

Na gestão semiplena, o controle da gestão do sistema de saúde é assumido pelos municípios, definindo as políticas de saúde, sua execução, seu acompanhamento, seu controle e sua avaliação. É nesse nível de gestão que são adotadas as transferências regulares e automáticas do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os fundos municipais de saúde, ainda que restritas ao custeio de serviços de assistência ambulatorial e hospitalar[24].

Em 1996, a NOB 1/96 que institucionaliza o repasse regular e automático condicionado à adesão às políticas priorizadas pelo governo federal, além do repasse com base per capita[24]. Ela criou condições para aumentar o alcance da descentralização de recursos para os municípios, como para avançar na coordenação financeira, favorecida à medida em que o governo ampliou o volume de repasses e os direcionou, sob adesão e aceite de condições de gestão, a programas prioritário[25].

De acordo com Piola et al[22], os incentivos instaurados pela NOB 1/1996 foram

importantes para a expansão do acesso à atenção básica, porém não garantiram a integralidade da atenção à saúde de média e alta complexidade. Em virtude disso, foram criados os mecanismos para a regionalização por meio da Noas, publicada em 2001 e republicada no ano seguinte.

O Pacto em Defesa do SUS propôs a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000 e respondeu a demanda de recursos orçamentários e financeiros, tendo ainda designado uma série de ações sanitárias nas quais definiam as prioridades, indicadores e metas para verificar os resultados a serem assumidos pelos gestores das três esferas de governo[27].

O Pacto de Gestão visou estruturar a regionalização e estabelecer as responsabilidades de cada ente para a gestão colaborativa no âmbito do SUS, fortalecendo instrumentos já existentes de planejamento regional, como o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde (PPI), e fixando novos instrumentos de coordenação, como os termos de compromisso de gestão (TCGs) e os colegiados de gestão regional (CGRs)[27].

O Pacto pela Saúde apresentou mudanças importantes que reformularam a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), como: a regionalização solidária, substituição do atual processo de habilitação com base na inscrição solidária através dos termos de compromisso de gestão e a cooperativa como forma estruturante do processo para efetivar a descentralização. Também realizou a integração das diversas formas de repasse dos recursos federais assim como a unificação pactos hoje existentes no sistema[28].

3.2.2 Contexto do programa previne brasil e o papel das instancias deliberativas

O Programa Previne Brasil foi instituído pela portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, 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 /GM/MS, de 28 de setembro de 20[17] (BRASIL, 2019).

A nova política utiliza como estratégia de execução a premiação que apresenta como componentes a capitação ponderada, o pagamento por desempenho, e incentivos para ações estratégicas e populações vulneráveis (HARZHEIM et al, 2020).

> Em 2019, além do aprofundamento da política de austeridade fiscal, a guinada ideológica para a extrema direita promovida pelo governo Jair Bolsonaro tem provocado profundas mudanças no escopo de políticas sociais, educacionais e ambientais. Na saúde, uma das principais mudanças foi a alteração do financiamento da APS. Lançado pelo Ministério da Saúde, o programa "Brasil Previne" introduziu instrumentos de gestão como capitação e avaliação de desempenho como critérios para o cálculo de transferências intergovernamentais, em substituição ao número de habitantes e de equipes de ESF existentes num município (MASSUDA, 2020 p. 1182).

A Portaria nº 2.979/GM/MS, de 12 de novembro de 2019, faz descrições quanto a organização do modelo de financiamento da APS, instituído pelo Previne Brasil[29], apresentado pelos componentes do quadro 1.

Quadro 1 - Componentes do Programa Previne Brasil

Capitação ponderada	Captação por desempenho	Incentivo para ações estratégicas
Capitação: pagamento por pessoa cadastrada (adscrita/vinculada) em equipe de Saúde da Família (ESF) e equipe de Atenção Primária (EAP). Ponderada: para definir o valor da transferência financeira, são aplicados pesos sobre a população cadastrada, considerando necessidades de saúde e custos assistenciais, com vistas à garantia da equidade	Pagamento pelos resultados de indicadores alcançados pelos municípios com ESF e EAP, equipes de saúde bucal e equipes multiprofissionais. O conjunto de indicadores é relacionado a áreas estratégicas e publicado em portaria.	Pagamento por equipes, serviços ou programas da APS. Cada equipe, serviço ou programa tem seu regramento específico.

Fonte: Portaria nº 2.979/2019 [29].

As equipes de atenção primária passaram a receber recursos federais, pela primeira vez, para que fossem implementadas. Contudo, o município só pode credenciar as EAP com manutenção da cobertura de ESF. Também existem incentivos e ações sistemicamente propostas que só podem ser aplicadas em equipes de saúde da família, como o incentivo para residência em Medicina de Família e Comunidade, Enfermagem de Família e Comunidade e Odontologia de Família e Comunidade[9].

O Previne Brasil é uma estratégia que visa a reforma da APS do Brasil, mas também há outras que atuam de forma integrada como: a criação da SAPS, a ampliação de acesso (Saúde na Hora); a informatização (ConecteSUS e

InformatizaAPS); o provimento médico e a formação em larga escala de médicos de família e comunidade (Médicos pelo Brasil); o incentivo à formação profissional via Residência Médica e Multiprofissional; a carteira de serviços da APS (CasAPS); a produção de linhas de cuidado para toda a Rede de Atenção à Saúde, ordenada pela APS; a criação de protocolos clínicos de enfermagem; a instituição do Prêmio APS Forte; e o fortalecimento metodológico e as parcerias com IBGE e Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) para melhor monitoramento e avaliação da APS[9].

Harzeim et al [9] menciona que o Previne Brasil é uma estratégia que visa a Reforma da APS do Brasil, mas também há outras que atuam de forma integrada como: Criação da SAPS, a ampliação de acesso (saúde na hora); Informatização (ConecteSUS e InformatizaAPS); provimento médico e a formação em larga escala de médicos de família e comunidade (Médicos pelo Brasil); incentivo à formação profissional via residência médica e multiprofissional; Carteira de Serviços da APS (CasAPS); Produção de linhas de cuidado para toda a Rede de Atenção à Saúde, ordenada pela APS; Criação de protocolos clínicos de enfermagem; a Instituição do Prêmio APS Forte; Fortalecimento metodológico e as parcerias com IBGE e Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) para melhor monitoramento e avaliação da APS.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Para a realização desta pesquisa, optou-se pelo estudo documental com abordagem qualitativa e enfoque analítico. O Programa Previne Brasil foi abordado e pesquisado por meio de fontes de acesso público, de onde foram analisados artigos, resoluções, atas e documentos em geral.

Para Oliveira[33], documentos são registros que nos proporcionam compreensão de fatos e gera conhecimento a partir da leitura, de modo a possibilitar uma reconstrução própria de acontecimentos e seus antecedentes, pois os documentos “guardam” consigo aspectos, dados e informações de determinado período.

Por sua vez, Cellard[34] define a análise documental como um amplo exame de diversos materiais que podem não ter sido objeto de análise ou mesmo serem reexaminados em busca de novas interpretações ou informações complementares favorecendo o processo de amadurecimento do estudo.

A escolha pela pesquisa documental neste estudo deu-se por buscar analisar os posicionamentos normativos e institucionais acerca da discussão sobre o tema em questão nas instâncias deliberativas no SUS Amazônico. Buscou-se documentos que explicitassem o processo de discussão acerca do programa Previne Brasil nas instâncias deliberativas do SUS no Amazonas, tentando entender o processo de implantação, perspectivas de mudança, e correlacionar com informações de outras fontes e localidades.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Resultado 1 – Documentos encontrados

No período proposto pelo estudo foram identificados 1062 (mil e sessenta e dois) documentos de acesso público, sendo 121 (cento e vinte um) atas de reuniões divididas em 50 (cinquenta) atas de reunião da CIB-AM e 71 (setenta e um) atas de reunião do CES-AM, e 941 (novecentos e quarenta e um) resoluções divididas em 766 (setecentos e sessenta e seis) resoluções da CIB-AM e 175 (cento e setenta e cinco) resoluções do CES-AM. A tabela abaixo demonstra a estratificação dos documentos analisados.

Tabela 1 - Detalhamento dos Documentos Analisados

Ano	CIB-AM		CES-AM		Total
	Ata	Resolução	Ata	Resolução	
2018	10	170	15	33	228
2019	7	114	1	6	128
2020	8	60	18	33	119
2021	15	317	23	37	392
2022	10	96	14	55	175
2023	0	9	0	11	20
	50	766	71	175	**1.062**

Fonte: O autor

Resultado 2 - Estratificação de documentos

Na estratificação dos dados analisados, as atas de reuniões da CIB-AM, que em cinco anos de busca documental, somando um total de 50 atas emitidas e analisadas pelo estudo, apenas 02 (duas) atas de 2022 continham o termo Previne Brasil em seu teor.

Nenhuma das atas que continham o termo, alvo da busca documental, apresentava discussão acerca do tema, sendo mencionados, na ocasião, em discussão relacionada à proposta de cofinanciamento da APS proposta pela Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas – SES/AM.

Tabela 2 – Distribuição Temporal/Numerário das Atas de Reuniões da CIB-AM

Ano	N° de Atas	N° de Atas abordando o Tema
2018	10	00
2019	07	00
2020	08	00
2021	15	00
2022	10	02
2023	00	00

Fonte: O autor.

Resultado 3 – Análise geral do estudo

A busca documental não obteve achados positivos em relação à discussão do tema Previne Brasil, demonstrando a ausência de registros formais acerca do tema nas instâncias de gestão e controle social do SUS no Amazonas. Morosini et al[38] aborda em seu estudo as justificativas para a implantação do Previne Brasil, citando três argumentos básicos como norte, quais sejam: atender a demanda de maior autonomia dos gestores municipais no uso dos recursos federais, alcançando os grupos mais vulneráveis e garantir custo-efetividade na política de atenção básica. Em relação à questão da autonomia justificada para o gestor municipal, o novo programa não se configura como uma ruptura com a lógica indutiva da APS,

mas, trata-se de uma mudança no objeto do incentivo federal aliado à uma política de alcance de metas. Os autores ainda informam que o novo modelo de pagamento por desempenho não é novidade, sendo praticado na APS desde 2011 com o PMAQ, entretanto, o Previne Brasil não “valoriza” os aprendizados do PMAQ, colocando em voga outra lógica de desempenho que enfatiza o monitoramento do número de procedimentos executados em detrimento da real necessidade, que seria a avaliação permanente dos processos de trabalho como práticas inovadoras de interpretar e responder às necessidades de saúde.

Neste diapasão, verifica-se que a Região Norte e suas especificidades demonstram um abismo entre as discussões aqui realizadas acerca do Previne Brasil do que em outras regiões do país. Mendes et al[39] reverberam as desigualdades socioeconômicas, territoriais e assistenciais no Brasil como determinantes sociais que exigem um sistema de saúde que considere tais especificidades com maior igualdade, orientado pela equidade, por meio do trabalho intersetorial, na perspectiva de garantia de acesso e direitos, compromissos que deveriam guiar as políticas de gestão do SUS e seu financiamento, o que se opõe ao modelo focalizado proposto pelo Programa Previne Brasil.

A avaliação dos resultados das ações de saúde por meio do alcance numerário de procedimentos e indicadores, neste modelo de financiamento, norteia a destinação de recursos aos serviços de saúde, em específico na APS, do país. Infelizmente sem considerar aspectos imperativos ao serviço como: aspectos relacionais e de satisfação do cliente, educação continuada e promoção da saúde, entre outras vertentes importantes no processo de “fazer saúde” que não estão contemplados nas métricas de avaliação do Previne Brasil[39].

As dificuldades relacionadas ao desenvolvimento das atividades do SUS são decorrentes do subfinanciamento federal em saúde, utilizando de artifícios legais para garantir estratégias de racionalização de recursos e modernização do “velho” modelo de gestão. Além da diversidade de realidades acerca do financiamento do SUS e a distribuição desigual dos recursos financeiros, existem fatores que tornam ainda mais notório o subfinanciamento. Dentre esses fatores destacam-se: o não alcance de indicadores em saúde, a falta de cobertura da APS, a inadequação da estrutura, a ausência ou número insuficiente de profissionais capacitados, o processo de trabalho

que ocorre de forma desarticulada, a complexidade da interface dos sistemas que dificultam o entendimento e consequentemente a obtenção de informações inerentes ao nível primário[41].

O que chama atenção neste cenário é que os representantes do MS da saúde produziram argumentos a favor do Previne Brasil e, conseguiram criar uma narrativa favorável junto as instancias deliberativas de alguns estados. Os resultados encontrados ajudaram na compreensão de que existe a necessidade imperativa de discussão ampla, interinstitucional, colaborativa e transparente nos fóruns adequados (instâncias deliberativas do SUS), sob pena de avalizarmos novos programas que não terão efetividade e garantia de cuidado adequado aos clientes do SUS.

5 RECOMENDAÇÕES

Recomendações para melhorar o financiamento da saúde pública no Amazonas
1 – Garantir capacitação interinstitucional visando a sincrinicidade entre assistência e informação;
2 – Organizar consultorias in loco aos municípios;
3 - Redirecionar o planejamento a nível central, de modo a observar eixos que contemplem condicionantes de saúde intrínsecas à região Amazônica;
4 – Investimento em rede lógica e internet para regiões remotas;

REFERÊNCIAS

1. Silva S. Existe Vida Aí. Sued Silva. São Paulo: Todah Music, 2021. Streamin.

2. Silva TC. Gastos Municipais com Saúde: Estrutura e Impacto dos Medicamentos Genérico". Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Economia do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte – MG, 2009, 118 fls.

3. Santo ACGE, Tanaka OY. Financiamento, gasto e oferta de serviços de saúde em grandes centros urbanos do estado de São Paulo (Brasil). Ciência & Saúde Coletiva, 16 (3):1875-1885, 2011.

4.Paiva, A.B, Gonzalez R. Benevides R. Coordenação e Relações Intergovernamentais nas Políticas Sociais Brasileiras. 1ª edição. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2020.

5. Santos, L. SUS e a Lei Complementar 141 comentada. 2012. 221-221.

6. Brasil. Casa Civil. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2025. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica.

7. Sagastume MHC, Gonzaga et al. Orçamento impositivo: a experiência da saúde. Cadernos Gestão Pública e Cidadania, v. 22, n. 72, 2017.

8. Castro M, Massud A, Almeida G, Menezes Filho N, Andrade M, Noronha KV, Rocha R, Macinko J, Hone T, Tasca R, Giovanella L, Malik AM; Werneck H, Fachini LA, Atun R. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. Lancet, 394 (10195): 345-356, 2019.

9. Harzheim E, D'Avila OP, Ribeiro DC, Ramos LG, Silva LE, Santos CMJ, Costa LGM, Cunha CRH, Pedebos LA. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 25(4):1361-1374, 2020.

10. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Nota: CNS desaprova publicação de portaria de Atenção Primária à Saúde sem aval do Controle Social. Conselho Nacional de Saúde, 2019. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/882-nota-cnsdesaprovapublicacao-de-portaria-da-atencao-primaria-sem-aval-do-controle-social#content. Acesso em: 15.05.2022

11.Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a política nacional de atenção básica e suas diretrizes no âmbito do sistema único de saúde-SUS. Brasília, 2017.

12.Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS. Brasília: 2014, 160p.

13. Soratto J, Pires DEP, Dornelles S, Lorenzetti J. Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 584-592, 2015.

14. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.

15. Kebian LVA, Acioli AS. Visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, 16 (1): 161-9, 2014.

16. Harzheim E et al. "Atenção primária à saúde para o século XXI: primeiros resultados do novo modelo de financiamento. Ciência & Saúde Coletiva 27. 2022.

17. Barreto ICH, Costa Filho RV, Ramos RF, Oliveira LG, Martins NRA, Cavalcante FV, Andrade LOM, Santos LMP. Colapso na Saúde em Manaus: o fardo de não aderir às medidas não farmacológicas de redução da transmissão da COVID-19. Scielo. 2021.

18. Rebelo ALR, Lacerda RA, Rocha ESC, Gagno J, Fausto MCR, Gonçalves MJF. Coordenação e longitudinalidade da atenção primária à saúde na Amazônia brasileira. Rev Bras Enferm. 73(3):1-8, 2020.

19 Barreto ICH, Costa Filho RV, Ramos RF, Oliveira G, Martins NRA, Cavalcante FV, Andrade LOM. Santos LMP. Colapso na Saúde em Manaus: o fardo de não aderir às medidas não farmacológicas de redução da transmissão da COVID-19. Scielo. 2021.

20. Mata MM; Castro DN; Gomes CA; Macêdo JÁ; Checchi MHR; Gama ASM; Souza LPS. A experiencia da reorganização da APS e o trabalho dos agentes comunitários de saúde frente a COVID-19 em um Município do interior do Amazonas. J Manag Prim Health Care. 12:40, 2020.

21. Ugá MA. et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 417-437, 2003.

22. Piola SF. et al. Saúde. Políticas Sociais: acompanhamento e análise. Brasília, n. 17, p. 97-172, 2009.

23. Piola SF. Política de repasses federais para custeio e investimento e distribuição regional das transferências federais no âmbito do SUS. Brasília: Ipea, jan. 2016. (Nota Técnica, n. 2).

24. Scatena JHG, Tanaka OY. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 47-74, 2001.

25. Vazquez D. Mecanismos institucionais de regulação federal e seus resultados nas políticas de educação e saúde. Dados, Rio de Janeiro, v. 57, n. 4, p. 969-1005, 2014.

26. Melo EA, Almeida PF, Lima LD, Giovanella L. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 5, p. 137-144, 2019.

27. Jaccoud L, Meneses A. Coordenação e Relações Intergovernamentais nas Políticas Sociais Brasileiras. 1ª edição. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2020.

28. Carvalho AI, Barbosa PR. Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS / Antônio Ivo de Carvalho, Pedro Ribeiro Barbosa – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 82p, 2020.

29. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Instituiu o Programa Previne Brasil, 2019.

30. Vilaça GD et al. COSEMS-AM em movimento no fortalecimento da Gestão Municipal de Saúde. In: **15º Congresso Internacional da Rede Unida**. 2021.

31. Aires SP et al. Travessias do controle social no Amazonas: nas trilhas do conselho estadual e municipal de saúde em Manaus. 2020.

32. Moreira SV. Análise documental como método e como técnica. In: DUARTE, Jorge; BARROS, Antonio (Org.). Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação. São Paulo: Atlas, 2005. p. 269-279

33.Oliveira AAP. Análise documental do processo de capacitação dos multiplicadores do projeto “Nossas crianças: Janelas de oportunidades” no município de São Paulo à luz da Promoção da Saúde. 2007. 210 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Coletiva) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

34. Cellard A. A Análise Documental. In: POUPART, J. et al. (Orgs.). A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. p. 295-316.

35. Câmara RH. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia, Belo Horizonte, MG, v.6, n.2, p. 179- 191, jul./dez., 2013.

36. Silva, JPAB; Barreto, JOM. Cenário de implantação dos programas de qualificação da Atenção Básica: PMAQ-AB, Requalifica UBS e PMM. Anais do 12° Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Vol 1, 2018.

37. Carvalho et al. SANARE, Sobral - V.16 n.01,p. 67-73, Jan./Jun. – 2017.

38. Morosini MVGC; Fonseca AF; Baptista TW. Previne Brasil, Agência de

Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. Cadernos de Saúde Pública 36. 2020.

39. Mendes A, Marques RM. O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização. Ciência & Saúde Coletiva, 14(3):841-850, 2009.

40. Paulo RL. "Previne Brasil, uma herança bolsonarista que agrava o (des) financiamento do SUS: análise dos impactos do pagamento por desempenho no município de Francisco Morato (SP). 2023.

41. Rosa MRR; Coelho TCB. O que dizem os gastos com o Programa Saúde da Família em um município da Bahia? Ciênc. saúde coletiva.16 (3). Rio de Janeiro Mar. 2011.