

Programa Previne Brasil e reorganização do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde: Um relato de experiência

Aceito em: 28/02/2023

Previne Brasil Program and reorganization of the work process in Primary Health Care: An experience report

Programa Previne Brasil y reorganización del proceso de trabajo en Atención Primaria Salud: relato de una experiencia

Thaís dos Santos de Souza

Enfermeira. Mestra em Ciências da Saúde. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Santa Cruz, Itabuna – Bahia/Brasil.

Jamille Sales da Cruz

Enfermeira. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Santa Cruz, Itabuna – Bahia/Brasil.

Dayana Silva Leal

Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva. Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Santa Cruz, Itabuna – Bahia/Brasil.

Taline Ferreira Santos

Enfermeira. Especialista em Educação na saúde para Preceptores no SUS. Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Santa Cruz, Itabuna – Bahia/Brasil.

Tércia Freire de Melo

Odontóloga. Especialista em Educação na saúde para Preceptores no SUS. Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Santa Cruz, Itabuna – Bahia/Brasil.

Soraya Dantas Santiago dos Anjos

Enfermeira. Doutora em Enfermagem e Saúde Pública. Orientadora e Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Santa Cruz, Itabuna – Bahia/Brasil.

RESUMO

Introdução: O Programa Previne Brasil, instituído em novembro de 2019 estabeleceu o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diante disso, houve a necessidade de reorganização processo de trabalho das equipes de APS para o alcance das metas estabelecidas pelo programa. **Objetivo:** Relatar a vivência de uma enfermeira residente do PRMSF/UESC em uma atividade intervencionista para implementação do Programa Previne Brasil, indicadores e metas a serem alcançados pelo município no financiamento da APS. **Metodologia:** Trata-se de estudo descritivo com abordagem qualitativa por meio de um Relato de Experiência, vivenciada entre 10 de agosto a 12 de dezembro de 2022. **Resultados e discussão:** Dos 11 convites enviados as equipes, 83,33% (n=10) foram preenchidos. Resultou no processo de sensibilização sobre a temática e a construção de arcabouço técnico-científico por meio do processo de educação permanente associado aos princípios da Política Nacional de Humanização e aprendizagem significativa. Além da reorganização do processo de trabalho, houve a abertura de espaços de diálogo saudável, estímulo a autonomia, valorização profissional e gestão compartilhada entre os integrantes da equipe. **Considerações finais:** Observou-se que o processo de educação permanente é instrumento potencializador para o processo de reorganização e valorização da equipe, diminuindo a dicotomia entre teoria e prática, gerando impactos benéficos à qualidade da assistência e conseqüentemente, houve melhoria no desempenho dos indicadores do Previne Brasil.

Palavras-chaves: Financiamento da Assistência à Saúde; Educação Permanente; Aprendizagem Ativa; Estratégia Saúde da Família; Internato não Médico.

ABSTRACT

Introduction: The Previne Brasil Program, established in November 2019, established the new funding model for funding Primary Health Care (PHC) within the Unified Health System. Therefore, there was a need to reorganize the work process of the PHC teams to achieve the goals established by the program. **Objective:** To report the experience of a PRMSF/UESC resident nurse in an interventionist activity for the implementation of the Previne Brasil Program, indicators and goals to be achieved by the municipality in the financing of PHC. **Methodology:** This is a descriptive study with a qualitative approach through an Experience Report, experienced between August 10th and December 12th, 2022. **Results and discussion:** Of the 11 invitations sent to the teams, 83.33% (n=10) were filled. It resulted in the process of raising awareness about the theme and building a technical-scientific framework through the permanent education process associated with the principles of the National Policy on Humanization and meaningful learning. In addition to the reorganization of the work process, there was the opening of spaces for healthy dialogue, stimulation of autonomy, professional development and shared management among team members. **Final considerations:** It was observed that the process of permanent education is an instrument that enhances the process of reorganization and appreciation of the team, reducing the dichotomy between theory and practice, generating beneficial impacts on the quality of care and, consequently, there was an improvement in the performance of the indicators of the Prevent Brazil.

Key word: Health Care Financing; Permanent Education; Active Learning; Family Health Strategy; Non-Medical Internship.

INTRODUÇÃO/ REFERENCIAL TEÓRICO/ OBJETIVO

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica de 2017, a Atenção Primária à Saúde pode ser conceituada como um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem serviços de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária¹.

Designada como porta de entrada preferencial da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS) baseia-se nos princípios do primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, abordagem familiar e enfoque comunitário a fim de atender as necessidades apresentadas pelo indivíduo, família e/ou comunidade de um território. Esta configuração doutrinária permite que a mesma consiga ser responsável pela função de coordenadora do cuidar e ordenadora das ações e serviços dispostos na RAS, contribuindo assim, para a resolutividade de 80% das situações de saúde apresentadas².

O financiamento da APS no SUS é de responsabilidade tripartite, entre a união, os estados e municípios, com responsabilidades comuns aos três entes federados, cabendo a união o custeio das ações e serviços de saúde, e aos municípios e execução da APS. Nesta conjectura, em 2019, por meio da Porta-

ria no. 2.979/2019 foi instituído o Programa Previne Brasil em todo o território brasileiro, estabelecendo assim, o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde³.

Este novo modelo representou uma mudança radical na lógica do financiamento da APS, visto que, diferente do modelo anterior, baseia-se em quatro critérios para o repasse dos recursos financeiros aos municípios e Distrito Federal: (1) capitação ponderada; (2) pagamento por desempenho; (3) incentivo para ações estratégicas; e (4) Incentivo financeiro com base em critério populacional³.

Destarte, o novo financiamento norteia-se pelo alcance das metas e indicadores de saúde a serem avaliados ao longo de cada quadrimestre, assim, o não alcance destas resulta na redução do valor financeiro a ser recebido pelos municípios e Distrito Federal. Programado para entrar em vigência no ano de 2020, foi atravessado pela instauração da situação de calamidade pública decorrente da Pandemia pelo Sars-Cov-2, causador da COVID-19 e este processo foi postergado, sendo suas regras de implementação gradualmente revisadas.

Observa-se que, na pandemia, a APS consolidou-se como coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede, diminuindo assim, as lacunas assistenciais decorrentes do distanciamento social e isolamento⁴. Além de, assumir papel estratégico no enfrentamento à emergência de saúde, tanto por ser acesso e primeiro contato da população como serviço de saúde, quanto pelo desenvolvimento da campanha de vacinação da

Covid-19 e continuidade das ações de vigilância frente as ondas da doença⁵.

Todavia, a APS também sofreu impactos negativos, especialmente, no primeiro ano da pandemia. Período este, marcado pelo fechamento de unidades de saúde e restrição de acesso da população aos serviços de saúde devido ao risco de contágio e os impactos decorrente das medidas de isolamento/distanciamento social adotadas. Sendo os maiores impactos no acompanhamento às condições crônicas de saúde - como hipertensos e diabéticos - e visitas domiciliares. Gerando repercussões sobre cadastramento da população e, conseqüentemente, no critério de ponderação per capita e alcance dos indicadores pactuados.

Ressalta-se que, desde o ano 2020 estão definidos e pactuados 7 (sete) indicadores globais³. Sendo a avaliação do desempenho destes indicadores nos municípios auferida de forma global a cada quadrimestre por meio do Indicador Sintético Final e seu valor convertido na porcentagem do financiamento recebido pelo município. Durante os dois anos iniciais de implantação do Previne, foi observado nos resultados disponibilizados pelos relatórios de indicadores de desempenho da SISAB que muitos municípios não atingiam a meta proposta para cada indicador. Este fato, acabava explicitando a necessidade de se repensar o processo de trabalho na APS, introduzir estratégias para evitar a redução do quantitativo monetário repassado aos municípios e, conseqüentemente, impactos nas ações e serviços prestados^{3,5}.

E neste contexto, que a Coordenação de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde identifica a demanda por desenvolver atividades junto as equipes de saúde da APS acerca do Previne Brasil. E, a presença de enfermeiras residentes do Programa de Residência Multiprofissionais em Saúde da Família (PRMSF) da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), foi identificado como um agente potencializador para deflagrar as atividades na perspectiva de contribuir com a reorganização do serviço, favorecendo o alcance das metas e indicadores, tanto a nível local quanto a municipal.

Nesta direção, a presença de residentes nas unidades de saúde da rede da APS, promove o desenvolvimento e aprimoramento de competências e habilidades das equipes de saúde, e a melhoria da qualidade de vida da população, por meio do estímulo à reflexão do processo de trabalho, inovação das práticas de cuidado em saúde e a defesa dos princípios e diretrizes do SUS^{6,7}.

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UESC, criado em 2018, define no seu projeto político pedagógico a atuação teórico-prática em três cenários diferentes: a) Campo prática; b) Estágio opcional; c) Rodízio obrigatório. O campo de prática são, ao longo dos dois anos nas

Unidades Básica de Saúde, junto as equipes de saúde da família. No segundo ano, são oportunizados o Estágio Opcional cujo local é da livre escolha do residente, na Rede de Atenção à Saúde ou Gestão do SUS no interior do próprio município ou em outros municípios⁸.

O Rodízio Obrigatório (R.O.) busca consolidar e desenvolver as competências e habilidades dos residentes por meio da apropriação do conhecimento dos fluxos, redes prioritárias de atenção à saúde e equipamentos que a compõe a RAS, sob a perspectiva da integralidade e produção de conhecimento por meio do apoio matricial, da educação permanente e de propostas de intervenção entre a Unidade de Saúde da Família e a referência escolhida⁸

Inserida em uma equipe de saúde da família, vivenciado a produção do cuidado, educação permanente em saúde e a gestão local da unidade básica de saúde, experimente os desafios impostos pelo Previne Brasil, o incipiente conhecimento do conjunto dos trabalhadores sobre o mesmo, os resultados dos indicadores abaixo dos parâmetros definidos o que despertou o interesse de buscar o Rodízio no espaço-equipe da gestão municipal da APS.

Assim sendo, a enfermagem baseia seu processo de trabalho nos pilares assistenciais, gerenciais, no ensino e pesquisa. A inserção desta profissão em setores de gestão da saúde que englobam o gerenciamento direto e indireto dos recursos físicos e humanos, bem como, a execução das funções de planejamento, organização, liderança, controle e manejo das situações impostas pela dinamicidade da realidade imposta é potencializador de uma formação que atenda às necessidades de saúde da população e ao fortalecimento do SUS⁹.

Diante disso, a vivência possibilita ao profissional enfermeiro o empoderamento, arcabouço teórico e prático para realizar o manejo das situações em saúde apresentadas pelos diversos segmentos que compreende a gestão em saúde e do cuidado à saúde. Além do que, devido ao processo de retomada do Programa Previne Brasil e os baixos desempenhos em seus indicadores por parte das equipes, tornaram-se um campo de potencialidades para o exercício do processo de educação permanente e gerencial do profissional em questão no PRMSF/UESC.

Deste modo, o presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência de uma enfermeira residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família – PRMSF da Universidade Estadual de Santa Cruz - UESC em uma atividade intervencionista em um módulo assistencial para implementação das ações de APS para o alcance das metas e indicadores de desempenho do Programa Previne Brasil.

2 METODOLOGIA

2.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo descritivo de abordagem qualitativa do tipo relato de experiência desenvolvido por uma enfermeira residente do PRMSF/UESC referente ao desenvolvimento de ações para reorganização do processo de trabalho das equipes de saúde durante o Rodízio Obrigatório em um dos Módulos Assistenciais de um município localizado no sul do estado da Bahia, na perspectiva do Programa Previne Brasil, no período de 10 de agosto de 2022 à 12 de dezembro de 2022.

2.2 CENÁRIO DA EXPERIÊNCIA

O cenário da experiência ocorreu em um recorte do Sistema Municipal de Saúde do município supracitado, em um dos seus módulos assistenciais, que engloba a unidade de lotação da residente. Esta decisão foi tomada com base na intencionalidade educacional do próprio Rodízio Obrigatório do PRMSF/UESC, ao qual prevê em seu Termo de Referência a necessidade da articulação entre o setor escolhido para o R.O. e o território de abrangência da USF - cenário de prática da residente, além da potencialidade para o desenvolvimento das habilidades e competências inerentes à Enfermagem e a utilização da ferramenta do Apoio Matricial, no interior da equipe com os demais residentes.

Os Módulos Assistenciais, que são definidos como áreas geográficas integradas pelo conjunto de bairros e os equipamentos de saúde do setor público e privado organizados numa rede de hierarquização segundo níveis de complexidade que atendem a população do módulo. Estes módulos devem ser supervisionados por um coordenador ou apoiador de módulo

O módulo assistencial, cenário prático da ação localiza-se na região do extremo norte da cidade. É composto por 8 (oito) Unidades Básicas de Saúde e uma equipe formada por 283 (duzentos e oitenta e três) profissionais e trabalhadores da saúde dos mais diversos segmentos que detem responsabilidade sanitária por 7 (sete) bairros. Estes profissionais, subdividem-se e formam as 11 equipes Saúde da Família com Programa de Agentes Comunitários de Saúde atuantes do território, sendo que, 10 (dez) equipes encontram-se lotadas no meio urbano e 1 (uma) em meio rural. Ressalta-se que, em cada módulo encontra-se uma unidade básica de referência que oferta serviços de maior complexidade para atender a demanda referenciada pelas unidades básicas com equipes de saúde da família assistências alocadas do módulo.

2.3 A EXPERIÊNCIA

O rodízio obrigatório é uma atividade pedagógica programada para ser executada no segundo ano da residência. Nele, os residentes deverão ser inseridos em pontos da RAS, tendo como área prioritária a Atenção Primária em Saúde (APS). E, para o desenvolvimento do rodízio após a escolha e definição do serviço que o residente será inserido, este deverá elaborar um plano de trabalho que deve explicitar a *intencionalidade educacional, expectativas referentes à escolha, potencialidades para o enfrentamento de desafios, produto ofertado ao serviço que o acolher e produtos ofertados a Unidade Básica de Saúde advindos das capacidades e habilidades desenvolvidas*⁸.

Ressalta-se que o plano deve ser dinâmico, em consonância com a área de concentração e intencionalidade educacional do próprio rodízio. Deste modo, o plano de trabalho é uma proposta prévia das propostas de diagnóstico e intervenção que poderão ser implementadas, entretanto, deve ser assegurada a flexibilidade e (re) adequação do mesmo para atender ao que a realidade apresentar.

O plano de trabalho intervencionista previamente elaborado deste relato detém sua ênfase na área da Gestão da Saúde, entretanto, buscou atender a 2 (dois) pilares constituintes da profissão enfermagem em sua redação, compreendendo o processo da indissociabilização entre as atividades gerencias, de ensino e pesquisa. Deste modo, após a sensibilização dos gestores administrativos de cada unidade, o plano foi implementado em 5 atividades programáticas a saber:

1. Levantamento das potencialidades e fragilidades presentes em cada equipe por meio de um instrumento previamente elaborado e deflagrado via mídias sociais buscando traçar o panorama da equipe, das populações-alvo relacionados aos indicadores do Previne Brasil e as tecnologias na saúde utilizadas pelas equipes;
2. Visita técnica objetivando apropriação da realidade;
3. Capacitação teórica sobre o Programa Previne Brasil, englobando o cálculo das metas e parâmetros de acordo com a realidade local e estratégias de alcance da completude;
4. Capacitação teórico-prática sobre os códigos do SIGTAP, CIAP-2, CID-10 e lançamento correto no e-SUS/PEC/CDS;
5. Entrega do Relatório individualizado por equipe.

A aplicação do instrumento teve início com a sensibilização dos gerentes das unidades básicas de saúde e profissionais das equipes de saúde. O primeiro contato foi realizado por meio do aplicativo de mensagens instantâneas, WhatsApp, onde o chamado trazia de modo sucinto a proposta e o link

de acesso ao formulário. Para o preenchimento do formulário, foi solicitado que um representante da equipe o preenchesse, independente da função ou cargo exercido.

Posteriormente, após a devolutiva das informações os dados foram processados e analisados, e orientou a formulação das intervenções que foram singularizadas ao cenário. Após identificação do perfil das equipes, era pactuada uma agenda para realização de um momento in loco, onde se organizava uma roda de conversa acerca do Programa Previner Brasil e seus efeitos no processo de trabalho das equipes de saúde da APS.

Para que a intervenção tivesse efetividade, foi necessário apropriar-se das rotinas gerenciais, educativas e tecnológicas que envolve o campo da gestão da APS e da saúde. Esta apropriação, se deu por meio do aprofundamento dos referenciais teóricos da área gerencial associada as diretrizes preconizadas na Política Nacional de Humanização, como o acolhimento e gestão participativa, favorecendo deste modo, o entendimento, diálogo e reflexão. E, para que o processo de identificação das demandas fosse condizente com os princípios da referencial base, optou-se pelo incentivo da integração de forma participativa, por meio de encontros, reuniões e rodas de conversa com as equipes.

Estes momentos oportunizaram a construção, (re) construção de concepções e práticas em relação a demandas próprias da APS, além daquelas específicas do Programa Previner Brasil. E neste percurso, revelando-se que, grande parte das equipes apresentavam laços interpessoais fragilizados relacionados à falta de cooperação no trabalho, ausência da utilização de instrumentos gerenciais, como a reunião de equipe, planejamento e programação local, bem como, incipiente entendimento quanto a responsabilidade e o papel de cada um, enquanto agente integrador e instituinte de processos que fortaleçam o trabalho em equipe.

Com isso, frente as demandas oriundas da necessidade de horizontalidade do diálogo e da auto-percepção como agente ativo dentro de uma equipe, foi necessário utilizar da abordagem metodológica baseada no processo problematizador-reflexivo sobre as condutas fragilizadoras exercidas por alguns integrantes, como por exemplo, a terceirização da responsabilidade da alimentação dos sistemas de informação e-SUS e ausências não justificadas nas reuniões de equipe.

No findar dos momentos entre as equipes, os integrantes que sinalizavam alguma dificuldade de teor teórico-prático para a alimentação correta do sistema de informação, eram convidadas a realizarem uma capacitação, previamente agendada para a sua qualificação profissional sobre temática. Normalmente, estas capacitações ocorriam nas unidades de saúde da lotação da equipe e, caso esta não

dispusse de computadores disponíveis para a atividade, ela era remanejada para a unidade de lotação da residente.

E após cada ciclo de construção por equipe, era ofertado um relatório individualizado composto pela lista nominal de pacientes por indicador, bem como, metas calculadas para a realidade da equipe, dicas, orientações e códigos válidos para o alcance da completude por indicador. Reforçado que, a contemplação do indicador deve apresentar sinergismo com qualidade dos serviços ofertados, planejamento estratégico e trabalho de equipe.

Contudo, a partir desta vivência, percebeu-se que, apesar de instituído há quase 3 (três) muitas equipes de saúde ainda apresentam dificuldades em adequar-se ao modus operandi do Programa Previner Brasil. Seja esta inadequação fruto de uma fragmentação do processo de trabalho, seja por meio ausência de recursos tecnológicos para adequar-se à demanda ou até mesmo ao valor de visão negativo atribuído ao novo financiamento.

Constatou-se também que, apesar da criticidade ao novo modelo, ao qual muitas das vezes foi descrito como “quantificador” pois daria ênfase apenas ao quantitativo de atendimentos/procedimentos executado ou a frustração do recebimento dos resultados do quadrimestre, via-se a tentativa por parte da equipe da busca pelo equilíbrio entre a qualidade dos serviços ofertados e o alcance das metas. Deste modo, apesar das adversidades locorregionais de cada realidade, buscou-se criar junto com as equipes estratégias tangíveis, de forma que fosse deflagrada a sensibilização para a mudança do processo de trabalho e superação das adversidades coletivamente.

E neste cenário de diálogo interdepende, as residentes mediava o processo de construção e (re) construção, entretanto, sendo a própria equipe responsável pela própria sensibilização dos integrantes, estimulando assim, a cada posicionamento, o sentimento de pertencimento, participação e comunicação para deflagrar o estímulo necessários para as futuras mudanças de condutas.

2.3.4 Aspectos éticos-legais

Salienta-se que este trabalho está de acordo com as normas e diretrizes estabelecidas na Resolução nº 510/2016, não havendo obrigatoriedade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP ¹⁰.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Perfil das equipes

Dos 11 convites enviados as equipes do Módulo Assistencial I, 90,91% (n=10) retornaram preenchidos. E dos respondidos, observou-se que majoritariamente foram completados pelos profis-

sionais Enfermeiros (n=8; 80%), seguido pela profissão Administrador (n=1; 10%) e Nutricionista (n=1; 10%). Essa informação, corrobora com a visão do protagonista do enfermeiro na organização de serviço de saúde, inclusive, no Programa Previne Brasil, visto que, o mesmo em sua formação apresenta o desenvolvimento e aprimoramento de habilidades e competências gerenciais ^{9,11}.

Além disso, constatou-se que dentre as 7 unidades participantes, 28,57% (n=2) continha dentro de seu espaço físico duas ou mais equipes inseridas, com uma média de 21 integrantes por equipe conforme informações disponibilizadas pelo questionário. Ao que se refere a presença do segmento técnico de enfermagem, constatou-se que 40% (n=4) das equipes apresentam apenas 1 representante da categoria, seguido 10% (n=1) das equipes que possuem 2, 20% (n=2) apresentam 3 e 30% (n=3) apresentam 4 técnicos de enfermagem em sua equipe.

Ao que se refere ao segmento Agente Comunitários de Saúde (ACS), observou-se uma média de 12 ACS por equipe, indicando assim, provável completude da cobertura territorial e consonância com a Política Nacional da Atenção Básica vigente¹. Este fato, quando direcionado ao critério de capitação ponderada previsto pelo novo financiamento, demonstram a importância do elo entre o ACS e a comunidade, visto que, sem a realização do cadastro e sua atualização recorrente. Pois, sem o vínculo desenvolvido por esse ponto de intersecção, o cliente não busca a unidade de saúde para resolução das suas situações de saúde e, conseqüentemente, não gera dados computáveis para a base do Programa Previne Brasil.

Ressalta-se que, apesar de muitas equipes apresentarem configuração de equipe mínimas (1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico/auxiliar de enfermagem e até 12 ACS), 40% delas (n=4) possuem integrantes de nível de formação superior oriundos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (Fig. 1)¹.

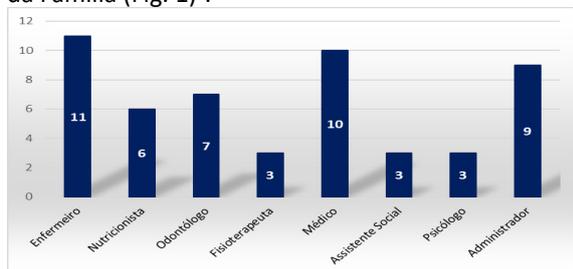


Fig. 1 – Perfil dos profissionais de nível superior que compõem as equipes participantes, Bahia, 2022.

Constata-se que, o fato de haver a inserção de equipes de residência em introduzidas em unidades do território de abrangência do módulo à nível de APS auxilia no processo de matriciamento, bem

como, na oferta de categorias profissionais que muitas das vezes, são encontradas em outros níveis de atenção ou setores especializados, a exemplo de psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, odontólogos e nutricionistas. Essa inserção, contribui para o cuidado da pluralidade inerente aos indivíduos que se encontram sob a tutela sanitária das equipes, visto que, potencializaria o princípio da integralidade devido ao sinergismo de diversos núcleos de saber.

3.2 Perfil das tecnologias na saúde utilizadas

As tecnologias na saúde podem ser compreendidas como um conjunto de instrumentos capazes de potencializar a promoção a saúde, prevenção de agravos, detecção diagnóstica, tratamento, reabilitação e avaliação dos casos ¹². Bem como, podem ser utilizadas para melhorar a assertividade da conduta e efetividade da gestão do cuidar. Com isso, o conhecimento prévio destas tecnologias promove um processo de planejamento efetivo e condizente com a realidade observada, diminuindo erros, desperdícios e enfraquecimento dos bens e recursos utilizados.

Um dos exemplos atuais e dispositivo para alimentação, retroalimentação e validação dos critérios presentes nos indicadores do Programa Previne Brasil é o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Esta plataforma, considerada uma inovação tecnológica dentro da estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) visa por meio da reestruturação do Sistema de Informação da APS auxiliar o processo de acompanhamento das situações de saúde do território, assim como, facilitar o diagnóstico situacional, o planejamento efetivo de ações e condutas e apoio à gestão ¹³.

Com isso, ao analisar as informações contidas no relatório, observou-se que das 10 equipes, 50% (n=5) possuía em sua unidade até 4 (quatro) computadores pessoais (PCs) em funcionamento e conectados à internet, 30% (n=3) das equipes possuíam 3 (três) PCs, 20% (n=2) possuíam 5 (cinco) e 10% (n=1) possuíam 2 (dois). Este dado, acaba corroborando a necessidade da informatização integral das unidades, tendo em vista que, a alimentação do banco de dados é um dos fatores primordiais para o alcance dos indicadores do novo financiamento.

E ao compararmos o quantitativo de máquinas disponíveis e o quantitativo de profissionais, nota-se um déficit na razão entre os elementos. Este fato, associado a intensa rotina de atendimentos intra e extra unidades pode facilitar o surgimento de subnotificações ou lançamentos com má qualidade dos dados, que impactarão diretamente no índice sintético local e municipal.

Ademais, outro agravante que pode decorrer deste cenário é a terceirização do processo de lançamento dos dados sensíveis no e-SUS/PEC. Com isso, informações confidenciais como diagnósticos,

condutas e contrarreferências podem ser violadas e divulgadas, bem como, a inserção de códigos errôneos, atribuindo assim, ao paciente, outra situação de saúde não condizente com a realidade ¹⁴.

Além das tecnologias materiais, observou-se que as gerenciais como reunião de equipe estava presente em todas as equipes, entretanto, a maioria relatou que os encontros se realizavam apenas uma vez ao mês ou que poucos participavam ativamente. A partir disso, percebeu-se a necessidade de reforçar o encontro como elemento primordial para gestão do processo de trabalho, alinhamento das perspectivas e superação das limitações.

Segundo Brasil *“Reuniões promovem a integralidade das ações de saúde e contribui para a organização do serviço e um melhor conhecimento das necessidades da população adscrita”*, facilitando assim a identificação precoce de situações de saúde, a eficiência do planejamento e eficácia das intervenções implementadas¹.

Deste modo, a implementação da escuta ativa e reconhecimento das origens dos sentimentos de aversão ao momento foram necessários para iniciar o processo de sensibilização da equipe para tornar a implementação da reunião de modo frequente, resolutiva e construtiva, e não apenas, um espaço de poder horizontal, punitivo e não resolutivo.

3.3 Planejamento baseado na cogestão

A Política Nacional de Humanização (HUMANIZASUS) instituída em 2003 pelo Ministério da Saúde, reforça em sua redação a implementação dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde por meio do estímulo de uma relação horizontal entre gestores, profissionais e clientes. Como consequência deste diálogo, seria possível a promoção do protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos envolvidos no processo de planejamento, implementação e avaliação das intervenções de atenção à saúde estipuladas ¹⁵.

Frente a isso, a PNH traz em suas diretrizes a importância da Gestão Participativa e cogestão, conceituando-as como:

Cogestão expressa tanto a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão – que se transforma também em espaço de realização de análise dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, em lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo ^{15,p.8}

Deste modo, a inserção destas diretrizes no modo de fazer e promover saúde possibilitaria a criação de um espaço de construção coletiva

e horizontal, capaz de garantir respostas eficazes e assertivas frente as necessidades e interesses dos usuários. Com isso, ao associarmos sua essência ao processo de reorganização do processo de trabalho, objetivando a inclusão do Programa Previne Brasil, possibilitou a melhora do diálogo entre os diversos atores, melhorando a qualidade do serviço ofertado e valorização do profissional, e, conseqüentemente os indicadores.

Tendo em vista que, muitos profissionais se autopercebiam, principalmente da categoria elementar na saúde, como agentes passivos do processo, durante os encontros foi necessário a desconstrução deste paradigma. Esta visão errônea pode ser atribuída a redação textual presente nas normas técnicas dos indicadores, ao qual apesar de direcionar profissionais que validam as informações por meio dos códigos na base de dados, esquece de reforçar que o ato de alimentação é apenas uma das etapas do processo e que a perspectiva da APS é coletiva.

Deste modo, observou-se que, ao inserir a diretoria da cogestão e gestão participativa alança-se a diretoria da valorização profissional¹⁵. Valorização está para além da renumeração financeira, mas perpassa a valorização da dignidade deste trabalhador como peça significativa nas tomadas de decisões, gerando assim, formação de espaços laborais e relacionamentos interpessoais saudáveis.

Além disso, em vários contextos demandou-se a utilização de técnicas de gestão de conflitos nas equipes das unidades de saúde acompanhadas, devido aos conflitos de interesses entre os integrantes. Estas situações-problemas, na maioria dos casos, eram passíveis de categorizá-las dentro da estratificação dos conflitos organizacional (necessidades valores, tarefa, relacionamento e processo) e, a partir da identificação da causa, tentava-se barganhar soluções factíveis para contornar as fontes geradoras de conflitos, respaldando-se em referenciais teóricos, autoanálise dos indivíduos dentro do processo e estímulo a motivação¹⁶.

Ao realizar a busca na literatura de estudos que dessa ênfase ao processo laboral de trabalho da implantação do novo financiamento sob a perspectiva da PNH, observou-se que, em sua totalidade, estes visavam apenas relatar as ações pontuais das atividades no foco tecnicista. Este fato, associado a pressão pelo alcance dos indicadores, pode gerar um desequilíbrio frente o processo crítico-reflexivo da necessidade de humanização dos métodos aplicados para a completude dos indicadores. Resultando neste cenário, locais laborais prejudiciais e de comando centralizado e vertical.

3.4 Educação Permanente a luz da aprendizagem significativa

Instituída em 13 de fevereiro de 2004 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) dentro do Sistema Único de Saúde, tem o objetivo de ser um instrumento fortalecedor do trabalhador em seu processo de trabalho. Esta concepção parte do princípio de que a Educação Permanente na Saúde (EPS) é considerada uma estratégia político-pedagógica que busca elucidar lacunas e prover a autonomia do profissional do processo de trabalho em saúde, levando em consideração os campos do ensino, da atenção à saúde, da gestão do sistema e a participação do controle social¹⁷

E, para que o seu processo de ensino e aprendizagem alcance êxito, o processo educativo deve ser inclusivo, a fim de, contemplar as singularidades que integram os indivíduos. Frente a isso, observa-se que grande parte das questões levantadas durante as rodas de conversas com as equipes partiam de uma carência de conhecimento acerca da temática, entre elas, a utilização correta dos códigos dos Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais – SIGTAP ou Código Internacional de Doenças versão 10 – CID10. Este fato, associado a outros faziam com que, por mais que a produção estivesse elevada, a alimentação do banco de dados E-SUS/PEC não era efetivo, corroborando assim, queda dos indicadores e o surgimento dos sentimentos de fracasso e incompetência relatado pelos profissionais. Este fato, associado a poucas máquinas disponíveis faziam com que houvesse um contraste entre o quantitativo elevado de atendimento e o quantitativo alimentado no banco de dados e-SUS/PEC. E a sobreposição destes fatores, corroboravam para a queda dos indicadores e, o surgimento dos sentimentos de fracasso e incompetência relatado pelos profissionais.

Deste modo, ao usar a modalidade de Educação permanente associada à teoria da Aprendizagem Significativa postulada por David Ausubel encontra-se um ponto de sinergismo que contempla ambos os princípios, bem como, os preconizados na Política Nacional de Humanização. Segundo Honorato e colaboradores, esta linha filosófica da pedagogia visa quebrar com o paradigma do ensino tradicional bancário, fazendo com que, o processo de ensino e aprendizagem instituído instigue a curiosidade e interesse em participar ativamente do processo de construção do conhecimento¹⁹.

Com isso, durante os encontros, foi possível construir locais de troca por meio de um diálogo horizontal, onde os mesmos eram capazes de identificar a importância e contribuição de cada integrante no sistema de produzir e promover saúde na APS. Esta forma de abordagem, permite que os atores inseriram seus conhecimentos previamente adquiridos,

identifique as pré-disposições para a aprendizagem e a adequação necessária das técnicas e materiais didáticos utilizados¹⁹.

Além disso, notou-se durante os momentos, a quebras de paradigmas acerca do processo de acolhimento, escuta ativa e priorização de capacitações que os mesmos ansiavam ter. Notoriamente, identificou-se que muitas equipes possuíam uma alta rotatividade de profissionais, ocasionando de que alguns integrantes. Dentre os profissionais inseridos neste contexto, encontrava-se um administrador, que não havia tido a oportunidade de vivenciar previamente a capacitações ligadas ao Programa Previne Brasil, sendo o momento realizado *in loco*, o primeiro contato aprofundado da temática.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se que embora o Programa Previne Brasil esteja instituído desde 2019 ainda apresenta uma dicotomia entre a literatura e sua implementação por parte da equipe. Além da falta de certos conhecimentos acerca do programa, nota-se o déficit oriundo da ausência ou inserção de tecnologias na saúde, como computadores suficientes, momentos de planejamento internos efetivos e a precarização nas relações de trabalho.

Deste modo, ao associarmos o processo de educação permanente em saúde aos princípios da humanização e aprendizagem significativa observamos a criação do sentimento de pertencimento e inserção da realizada, facilitando assim, o entendimento sobre sua significância no de reorganização do processo de trabalho.

Ademais, observa-se que o processo de educação permanente se torna, quando aplicada de modo humanizado, potencializador para o processo de reorganização e valorização da equipe, diminuindo a dicotomia entre teoria e prática. E, deste modo, melhora das relações interpessoais, do planejamento e consequentemente, da assistência e indicadores.

5 REFERÊNCIAS

- [1] BRASIL. MS. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
- [2] STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
- [3] BRASIL. MS. Portaria nº 2.979 GM/MS, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Bra-

sil, 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: Ministério da Saúde, 2019a.

[4] BOUSQUAT, A. et al. Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Co-vid-19 no SUS. Relatório de Pesquisa. USP, Fiocruz, UFBA, UFPEL, 2020.

[5] BRASIL. MS. Portaria GM/MS nº 102, de 20 de janeiro de 2022. Altera a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

[6] BRASIL. Lei no 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui a Residência em Área Profissional de Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 30 jun. 2005.

[7] VIEIRA A *et al.* A qualidade de vida de quem cuida da saúde: a residência multiprofissional em análise. Revista de Gestão e Sistemas de Saúde- RGSS, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 371-383, set./dez. 2019.

[8] COELHO FERREIRA, VS *et al.* Projeto Político Pedagógico do PRMSF. 2018.

[9] COFEN. CFE. Resolução Cofen nº 564, de 6 de novembro de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília, 2017.

[10] BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016.

[11] ARAÚJO, AS.; COMASSETTO, I. O protagonismo do Enfermeiro na organização de serviços de saúde durante a pandemia da COVID-19. Research, Society and Development, v. 10, n. 1, 2021.

[12] FIOCRUZ. FOC. Dicionário de educação profissional em saúde. Tecnologias em saúde. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ Fiocruz, 2009. Disponível em <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/index.html>. Acesso em: 25 jan. 2023.

[13] BAHIA. SES. Departamento da Atenção Básica. e-SUS. 2019. Disponível em <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dab/e-sus/>. Acesso em: 27 jan. 2023.

[14] BRASIL. MS. Lei nº 13.787, de 27 de dezembro de 2018. Dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente. Brasília – DF, 2018.

[15] BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização - PNH. HumanizaSUS. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

[16] MALAKOWSKY, HF; KASSICK, C. O conflito no ambiente de trabalho: Um estudo sobre causas e consequências nas Relações interpessoais. Rev. Gestão e Desenvolvimento, Novo Hamburgo, Ano XI, v. 11, n. 1, p. 113-128, jan. 2014.

[17] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.

[18] BRITO, ME. Adoecimento mental e suicídio no trabalho: Negação da condição humana pelo trabalho. Revista da Escola Nacional de Inspeção do Trabalho. V. 1, ano 6, 2022.

[19] HONORATO, CA *et al.* Aprendizagem Significativa: uma introdução à teoria. Revista Mediação, Pires do Rio - GO, v. 13, n. 1, p. 22-37, 2018.