

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**

PETRA OLIVEIRA DUARTE

**ANÁLISE DA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE EM ÂMBITO
MUNICIPAL: O CASO DE RECIFE, 2001 A 2011**

**RECIFE
2014**

PETRA OLIVEIRA DUARTE

ANÁLISE DA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE EM ÂMBITO
MUNICIPAL: O CASO DE RECIFE, 2001 A 2011

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública.

Orientador:
Dr. Antonio da Cruz Gouveia Mendes

Recife

2014

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

- D812a Duarte, Petra Oliveira.
Análise da política de atenção básica de saúde em âmbito municipal: o caso de Recife, 2001 a 2011 / Petra Oliveira Duarte. - Recife: [s.n.], 2014.
298 p. : ilus., graf., tab.
- Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.
Orientador: Antonio da Cruz Gouveia Mendes.
1. Políticas públicas de saúde. 2. Atenção Básica 3. Planos e programas de saúde. 4. Municipalização da Saúde. I. Mendes, Antonio da Cruz Gouveia. II. Título.

CDU 32:614

PETRA OLIVEIRA DUARTE

ANÁLISE DA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE EM ÂMBITO
MUNICIPAL: O CASO DE RECIFE, 2001 A 2011

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovada em: 29 / 07/ 2014

BANCA EXAMINADORA

Dr. Antonio da Cruz Gouveia Mendes
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/Fiocruz

Dr. José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/Fiocruz

Dr. Paulo Roberto de Santana
Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão - UFPE

Dr. Petrónio José de Lima Martelli
Departamento de Medicina Social - UFPE

Dra. Tereza Maciel Lyra
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/Fiocruz

Dedico este trabalho a minha tia e madrinha, Maria de Lourdes Oliveira, exemplo de retidão, profissionalismo e compromisso com a melhora deste mundo.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, professor Antonio Mendes, pela paciência com esta orientanda atrasada e complicada. Obrigada por não desistir.

Aos colegas de turma do doutorado, pois, apesar do pouco convívio, partilhamos valorosos debates.

Aos colegas do Laboratório de Análise dos Sistemas de Informação em Saúde que, em momentos distintos, foram parceiros de aprendizado: Fábio Lessa (*in memoriam*), Kátia Medeiros, Domício, Claudinha, Tádzia, Carol, Jair, Tereza Lyra, Tereza Campos, Paulete, Betise, Renata, Tadeu, Karla, Cíntia, Gaby, e Ana.

Aos professores do NESC, e convidados, com quem tive o privilégio de estudar, pela partilha do conhecimento e da paixão na defesa do direito à saúde: Abel Menezes; Ana Brito; André Monteiro; Anick Fontbonne; Antonio Mendes; Carlos Luna; Djalma Agripino; Eduarda Cesse; Edgar Carvalho; Eduardo Freese; Fermin Schramm; Garibaldi Gurgel; Henrique Câmara; Iana Passos; Idê Gurgel; Isabela Samico, José Luiz Araújo; Juan Samaja (*in memoriam*); Kátia Medeiros; Lia Giraldo; Luci Praciano (*in memoriam*); Marina Mendes, Fátima Militão; Paulette Cavalcanti; Pedro Miguel; Regina Nascimento; Sarah Escorel; Sidney Farias; Tereza Lyra; Vanda Aquino (*in memoriam*); e Wayner Vieira .

À equipe do Aggeu pelo apoio e gentileza, sempre. Do SEAC: Ana Paula, Dete, Semente, Vângela, Viviane e Glauco; Da Biblioteca: Mácia, Mégine e Adagilson,. Do apoio ao NESC: Nilda, Ana, Nalva, Adriana. E ainda: Sara, Sidália e Raimunda.

Aos bravos militantes da saúde coletiva que confiaram em mim para participar da grande empreitada que conduziam em Recife, não apenas agradeço como manifesto minha admiração: Ana Paula Sóter, Antonio Mendes, Humberto Costa, Tereza Miranda, Tereza Lyra, Gustavo Couto, Socorro Veloso, Bernadete Perez, Tiago Feitosa, Eristela Feitosa, Tereza Campos, Bernadete Antunes, Paulette Cavalcanti, Aristeia Viegas, Antonio Carlos Cabral, Adelaide, Daniele Leal, Rita Tenório, Roseli Nascimento, Aexalgina, Elizabeth Jales, Silvana Moreira, Geórgia, Ana Cristina Reis, Adeilza e tantos outros que aqui não cito e peço que se sintam citados.

À diretoria do COSEMS, técnicos e consultores, pelo apoio e estímulo aos debates que contribuíram para a motivação deste estudo, em especial meus agradecimentos a Cristina Sette, Humberto Antunes, Ana Cláudia Callou, Cristina Paulino, Graça Cavalcante, Dea, Saulo Xavier, Paulo Dantas e Zefinha.

Às colegas do Planejamento do Recife: Goretti, Diva, Sueli, Gerluce.

Às colegas da SES/PE, pelo apoio na fase final: Liudete, Lidiane e Inês. E à toda equipe do Planejamento da SES, pelo bom convívio no último período.

Às amigas do Movimento EPS, agradeço a partilha das afecções e reflexões nos últimos meses: Clara, Inês, Ivanise, Alda, Bárbara, Roberta, Cláudia, Andréa, Clebiana e Nadja.

À Professora Maria Fátima de Souza, pela acolhida generosa e contribuições.

A Neuza Gomes (*in memoriam*), que nunca perdeu a clareza do porquê da luta.

Aos membros da banca de avaliação, pelo apoio, disponibilidade e contribuições.

Aos amigos de ontem e de sempre: Kátia, Fábio, Lindomar, Lidiane, Fábria, Tininha.

A todos que participaram dos grupos focais e permitiram a entrevista.

Aos meus alunos do curso de medicina da Faculdade Maurício de Nassau, que me ensinam a ser professora.

Agradeço a Analice Barbosa de Oliveira, pelo apoio e suporte a Francisco, para que eu pudesse me ausentar.

A meus pais e irmãos: Giselda, Jodeval, Brígida, Atenágoras, Rebeca, Vitória e Aline.

A Manoel e Francisco Moraes, meus companheiros de vida, pela imensa paciência e apoio permanente.

*“Existem os chamados **revolucionários biológicos**, que são movidos a hormônios, e, então, quando passa a explosão hormonal, se tornam reacionários. Existem também os **revolucionários econômicos**, que são aqueles movidos pela carência de bens materiais. Dom Helder representava o terceiro tipo de revolucionário, que é o revolucionário existencial. O **revolucionário existencial**, ele busca no transcendente a seiva, o alimento e a raiz de sua peregrinação e quanto mais velho ele fica, mais radical se torna. É uma das orações que eu tenho pedido a Deus.”*

Dom Robinson Cavalcante

DUARTE, Petra Oliveira. **Análise da Política de Atenção Básica de Saúde em Âmbito Municipal: o caso de Recife, 2001 a 2011.** 2014. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

RESUMO

O cenário de disputas pela legitimação e consolidação do SUS demanda reflexão sobre a política e, apesar do grande volume de estudos sobre a Atenção Básica, há escassez de análises da Atenção Básica enquanto política pública e a configuração de sua implementação. Desta forma, pretendeu-se analisar a Política de Atenção Básica em âmbito municipal, discutindo o seu contexto, conteúdo, processo de implementação e os atores atuantes neste processo. Optou-se pela pesquisa qualitativa e pelo enquadramento teórico nas chamadas Análises de Políticas Públicas – APP, utilizando um estudo de caso de cunho exploratório. O objetivo do estudo foi analisar a configuração da Política de Atenção Básica em Recife, no período de 2001 a 2011. O levantamento de evidências foi realizado através de análise documental, grupo focal e entrevistas. O Recife possui a maior população dentre os municípios do estado, além de particular relação com a rede estadual de saúde, que possui forte presença no território do município. Identificou-se um grande avanço local na organização e crescimento do sistema de saúde, no período. A política municipal de atenção básica foi estruturada como uma política setorial com caráter sistêmico, articulação intersetorial, implementação pluralista e redistributiva. Foram identificadas duas janelas de oportunidade, em âmbito nacional e local, que viabilizaram a implantação da política. Tais janelas de oportunidade foram ameaçadas pela reconfiguração do fluxo político, que implicou na não priorização do financiamento da atenção básica. Destacam-se ainda, entre outros fatores que levaram à fragilização da política de atenção básica, a introdução da UPA na rede local, como estrutura paralela e concorrente em termos de recursos humanos e financeiros; e uma grande mudança do corpo de profissionais, que provocou a descontinuidade da relação com a gestão.

Palavras-chave: 1. Políticas públicas de saúde. 2 Atenção Básica 3. Planos e programas de saúde. 4. Municipalização da Saúde.

DUARTE, Petra Oliveira. **Analysis of the Primary Health Care Policy in Municipal Scope: the case of Recife, 2001-2011.** 2014. Thesis (Doctorate in Public Health) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

ABSTRACT

The scenario of disputes for the legitimization and consolidation of SUS demand reflection on the policy and, despite the large volume of studies on primary care, there are few analyzes of primary care as a public policy and its implementation. Thus, we sought to analyze the Primary Health Care Policy at the municipal level, discussing its context, content, implementation process and active actors in this process. We opted for the qualitative research and the theoretical framework in the analysis of public policy - APP, using a case study of an exploratory nature. The aim of the study was to analyze the configuration of the Primary Care Policy in Recife, in the period 2001 to 2011. The survey of evidences was conducted through document analysis, focus groups and interviews. The Recife has the largest population among the counties in the state, plus special relationship with the state health system, which has a strong presence in the municipality. Identified a major breakthrough in the local organization and growth of the healthcare system in the period. The municipal policy on primary care was structured as a setorial policy with systemic character, intersectoral coordination, pluralistic and redistributive implementation. Two windows of opportunity were identified in national and local, which made possible the implementation of the policy. Such windows of opportunity were threatened by the reconfiguration of political flow, which resulted in not prioritizing the funding of primary health care. Also noteworthy, among other factors that led to the weakening of primary care policy, the introduction of the UPA in the local network, as parallel structure and competitor in terms of human and financial resources; and a great change in the professional body which caused the discontinuance of the relationship with the management.

Keywords: 1. Public policies. 2. Primary Health Care. 3. Health Programs and Plans. 4. Decentralization.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	As quatro abordagens da Atenção Primária à Saúde	39
Quadro 2	Atributos da Atenção Primária segundo Starfield (2002)	42
Quadro 3	Síntese dos Atributos da Atenção Básica ou Primária	43
Quadro 4	Atributos da Atenção Primária e suas definições	51
Quadro 5	Documentos Utilizados Conforme Informação Buscada	92
Quadro 6	Inserção dos Entrevistados e quantidade de entrevistas	96
Quadro 7	Condensação de Significados com Unidades Naturais de Análise, seus Temas Centrais e a Descrição Essencial	97
Quadro 8	Categoria Contexto e suas subcategorias operacionais	100
Quadro 9	Descritores Quantitativos da atuação da Atenção Básica	101
Quadro 10	Matriz de análise das Características dos Atores envolvidos no Desenvolvimento e Qualificação da Atenção Básica	103
Quadro 11	Características do processo de desenvolvimento da Política de Atenção Básica	103
Quadro 12	Critérios de continuidade ou suspensão dos repasses de incentivos estaduais.	111
Quadro 13	Enquadramento dos valores a serem recebidos de acordo com a faixa de desempenho de cada indicador	113
Quadro 14	Exemplo de cálculo de Índice de Desempenho	113
Quadro 15	Modelo de Atenção Proposto em cada Plano Municipal de Saúde	147
Quadro 16	Principais ações estruturadoras elencadas nos Relatórios de Gestão	152
Quadro 17	Gestores Federais e Estaduais da Saúde no período 2001-2011	156
Quadro 18	Gestores da Saúde em Recife no período 2001-2011	157
Quadro 19	Posição dos Principais Atores Envolvidos	253

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Relatório Dawson - Esquema de disposição regionalizada de serviços; Direita: Mapa descritivo da experiência de zoneamento de serviços em Gloucestershire	26
Figura 2	Modelo para análise de políticas de saúde	81
Figura 3	Desenvolvendo o Modelo Abrangente de Análise de Políticas de Saúde	82
Figura 4	Esquema Básico de um Modelo Lógico	101
Figura 5	Marco Lógico da Política Municipal de Atenção Básica	117
Figura 6	Modelo de Atenção à Saúde do Recife 2002-2005	148
Figura 7	Modelo Recife em Defesa da Vida	149
Figura 8	Fluxos nacionais e locais para a expansão da Atenção Básica	261

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Crescimento do Saúde da Família no Brasil e no Recife, 1998-2011	61
Tabela 2	Gasto público em Saúde ¹ das três esferas como proporção do PIB- 1997-2010	68
Tabela 3	Repasse estaduais para o município do Recife no período 2001- 2011	115
Tabela 4	Indicadores Sociais e Demográficos, Recife 1991,2000 e 2010	120
Tabela 5	Dados de Natalidade do Recife no período 2001-2011	121
Tabela 6	Indicadores Específicos de Mortalidade, Recife 2000, 2005 e 2010	123
Tabela 7	Evolução da Rede Assistencial no Recife	125
Tabela 8	Recursos Executados pela Secretaria de Saúde do Recife - 2000- 2010	131
Tabela 9	Repasse federais por bloco de financiamento, Recife, 2001-2011	133
Tabela 10	Indicadores do SIOPS, Recife, 2000-2011	135
Tabela 11	Produção Assistencial pelo SIAB e SIH por local de residência em Recife 2000, 2005 e 2010	140
Tabela 12	Produção Assistencial da Atenção Básica e Hospitalar da Cidade de Recife 2000, 2005 e 2010	141

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AB – Atenção Básica
AESA - Adolescentes Educadores em Saúde
AIS – Ações Integradas de Saúde
APP – Análise de Políticas Públicas
APS – Atenção Primária em Saúde
ASTRA – Associação dos Trabalhadores do Saúde da Família
CEBES–Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CIES - Comissões Inter gestoras de Ensino-Serviço
CIPLAN - Comissão Interinstitucional
CIS - Comissão Interministerial de Planejamento
CLIS - Comissão Inter-regional de Saúde
CLIMS - Comissão Interinstitucional Local de Saúde
CIMS - Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde
CMC – Christian Medical Commission
CNB – Construindo um Novo Brasil
CNS- Conselho Nacional de Saúde
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
CONASEMS – Colegiado Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASP - Plano do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
COPC - Community Oriented Primary Care
COREN – Conselho Regional de Enfermagem
COSEMS – Colegiado de Secretários Municipais de Saúde
CPqAM - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
CREMEPE – Conselho Regional de Medicina de Pernambuco
DAB – Diretoria de Atenção à Saúde (Ministério da Saúde)
DATASUS – Departamento de Informática do SUS
EMPREL – Empresa Municipal de Informática
EPS – Educação Popular em Saúde
ESAM - Educadores em Saúde da Mulher
EUA – Estados Unidos da América
FEGES – Função Estratégica de Gestão na Saúde

FHC – Fernando Henrique Cardoso
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
FPM – Fundo de Participação dos Municípios
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IESA - Idosos Educadores em Saúde
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INDG – Instituto de Desenvolvimento Gerencial
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MAC – Média e Alta Complexidade
MARE – Ministério da Administração e Reforma do Estado
M&A – Monitoramento e Avaliação
MOPS – Movimento Popular de Saúde
MS - Ministério da Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Panamericana de Saúde
PAB - Piso da Atenção Básica
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIS – Programa de Ações Integradas de Saúde
PAISC – Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PE – Pernambuco
PEFAPS - Programa Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde
PFF – Programa Farmácia da Família
PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNACS – Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PREV-SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PROESF – Programa de Expansão do Saúde da Família
PSB - Partido Socialista Brasileiro
PSCA - Projeto de Saúde de Casa Amarela
PSF – Programa de Saúde da Família
PT - Partido dos Trabalhadores
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RMM – Razão de Mortalidade Materna

RPA – Região Político Administrativa

RUE – Rede de Urgência e Emergência

SCDCAF - Sistema de Controle das Dispensações e Custeio da Assistência Farmacêutica

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SILOS – Sistemas Locais de Saúde

SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde

SIPACS – Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TAS – Terminal de Atendimento do SUS

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

URSS – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

SUMÁRIO

1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA	22
1.1 PERCURSOS E ACÚMULOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNDO	24
1.2 A CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE – ALMA-ATA – E SEUS DESDOBRAMENTOS	33
1.3 ATRIBUTOS DA ATENÇÃO BÁSICA	41
1.3.1 Acessibilidade	44
1.3.2 Longitudinalidade, Continuidade ou Vínculo	45
1.3.3 Abrangência ou integralidade	47
1.3.4 Coordenação do Cuidado	48
1.3.5 Orientação para a comunidade	48
1.3.6 Centralidade na família	49
1.3.7 Competência cultural	49
1.3.8 Formação Profissional	50
1.3.9 Marco Conceitual dos Atributos da Atenção Básica	50
1.4 A ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SUS	51
1.6 A ATENÇÃO BÁSICA NO MODELO DE ATENÇÃO	63
1.7 O IMPACTO FRENTE AOS PROFISSIONAIS	65
1.8 O FINANCIAMENTO DO SUS E DA ATENÇÃO BÁSICA	67
1.9 ATRIBUTOS ESPECÍFICOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	72
1.9.1 Equipe Multidisciplinar	73
1.9.2 Adscrição da População	73
1.9.3 Atuação no Território	74
1.9.4 Responsabilização	74
1.10 A ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS	75
1.10.1 O Contexto da Política	83
1.10.2 Os Atores	84
1.10.3 O Conteúdo da Política	85
1.10.4 O Processo de Formulação e Desenvolvimento	86

2 OBJETIVO GERAL	88
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	88
3 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	89
3.1 PESQUISA QUALITATIVA	89
3.2 O ESTUDO DE CASO	90
3.2.1 Unidades de Análise	90
3.2.2 O Campo de Pesquisa	91
3.3 ESTRATÉGIA DE COLETA	91
3.3.1 A Análise Documental	91
3.3.2 O Grupo Focal	93
3.3.3 As Entrevistas Semiestruturadas	95
3.4 O PLANO DE ANÁLISE	98
3.4.1 Triangulação de Dados	98
3.4.2 A Abordagem da Análise de Políticas Públicas	99
3.4.2.1 Análise de Contexto: O Cenário da Política de Saúde	99
3.4.2.2 Análise de Conteúdo: A Política da Atenção Básica	101
3.4.2.3 Análise dos Atores: Apoiadores e Opositores	102
3.4.2.4 Análise de Processo: Formulação e Implementação da Política	103
3.5 O CAMPO DE PESQUISA	104
3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	104
4. MARCO NORMATIVO: O QUE DIZEM AS PORTARIAS	105
4.1 NORMAS FEDERAIS	105
4.1.1 A Portaria GM 1.886/1997	105
4.1.2 A Portaria GM 3.925/1998	106
4.1.3 A Portaria GM 648/2006	107
4.1.4 A Portaria GM 2.488/2011	108
4.2 NORMAS ESTADUAIS	109
4.3 NORMAS MUNICIPAIS	115
4.4 A CONSTRUÇÃO DO MARCO LÓGICO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA	115

5 O RECIFE: ANÁLISE DOCUMENTAL	118
5.1 RECIFE E SUAS CARACTERÍSTICAS	118
5.1.1 Dados Sócio Demográficos	119
5.1.2 Situação de Adoecimento e Morte	121
5.1.3 A Gestão da Saúde no Período 2001-2011	123
5.1.4 Evolução da Rede Assistencial no Período de 2001 a 2011	124
5.1.4.1 Descrição da Rede Básica do Recife	126
5.1.4.2 Descrição da Rede Especializada Ambulatorial do Recife:	128
5.1.4.3 A Rede Hospitalar e Pré-Hospitalar do Recife	129
5.1.4.4 Centro de Vigilância Animal/Ambiental	130
5.1.4.5 Rede Conveniada de Serviços de Saúde	130
5.2 FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA NO RECIFE	131
5.2.1 Indicadores de Desempenho Orçamentário: O SIOPS	134
5.3 A PRODUÇÃO ASSISTENCIAL: A REALIDADE DOS NÚMEROS	137
5.4 ANÁLISE DOS DOCUMENTOS DE GESTÃO	142
5.4.1 Os Planos Municipais de Saúde	142
5.4.1.1 O Plano 1998-2001	142
5.4.1.2 O Plano 2002-2005	143
5.4.1.3 O Plano 2006-2009	144
5.4.1.4 O Plano 2010-2013	145
5.4.1.5 Modelo de Atenção	147
5.4.1.6 Modelo de Gestão	149
5.4.4 Os Relatórios de Gestão	151
5.4.5 Documentos de Posicionamento	153
5.4.5.1 Relatório do I Seminário de Equipe de Governo	153
5.4.5.2 Balanço das Marcas de Gestão – 2001- 2003	154
5.4.6 Gestores da Política de Saúde no Período 2001-2011	155
5.5 ANÁLISE DOS JORNAIS DE GRANDE CIRCULAÇÃO	158
5.5.1 O Cenário Político Eleitoral – 2001-2011	158
6 POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA: A PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES	171
6.1 O CONTEXTO DA POLÍTICA	171

6.2 O CONTEÚDO DA POLÍTICA	174
6.3 OS ATORES ENVOLVIDOS NA POLÍTICA	178
6.4 O PROCESSO DE FORMULAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA	184
7 OLHARES SOBRE A ATENÇÃO BÁSICA: DA FORMULAÇÃO À GESTÃO	190
7.1 O CONTEXTO DA POLÍTICA	190
7.1.1 O Contexto Nacional da Atenção Básica e a Gestão do Trabalho	190
7.1.2 O Contexto Geral do Recife	193
7.1.3 A Campanha e a eleição	193
7.1.4 O diagnóstico do Setor Saúde em Recife	194
7.1.5 O contexto político partidário	195
7.2 O CONTEÚDO DA POLÍTICA	196
7.2.1 O Modelo da Atenção Básica	197
7.2.2 O Modelo de Atenção	199
7.2.3 A sustentabilidade do desenho do Saúde da Família	200
7.3 OS ATORES ENVOLVIDOS NA POLÍTICA	201
7.3.1 No âmbito nacional	201
7.3.2 No âmbito estadual	203
7.3.3 No âmbito municipal	204
7.4 O PROCESSO DE FORMULAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA	208
7.4.1 O início da construção do governo	208
7.4.2 A construção da proposta da estratégia de saúde da família	209
7.4.3 A questão das UPA	211
7.4.4 A questão da intersetorialidade	212
7.4.5 Em relação à velocidade da expansão na primeira gestão	212
7.4.6 Os desdobramentos da gestão municipal	213
7.4.7 A qualidade dos serviços e do atendimento	216
7.4.8 A questão do financiamento no município	217
7.4.9 A questão da interrupção da expansão	217
7.4.10 A situação dos profissionais	218

8 ANÁLISE SÍNTESE	221
8.1 ANÁLISE DE CONTEXTO: CENÁRIO DA POLÍTICA DE SAÚDE	221
8.1.1 Macro contexto	221
8.1.1.1 Cenário Político Nacional	221
8.1.1.2 A Política Nacional de Saúde e a Atenção Básica	221
8.1.1.3 Cenário Estadual: Relação entre entes federados e atenção básica	225
8.1.2 Micro contexto	227
8.2 ANÁLISE DE CONTEÚDO: A POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA	232
8.2.1 Em relação aos atributos da política	232
8.2.2 Em relação aos atributos específicos da saúde da família	234
8.2.2.1 Equipe Multidisciplinar	234
8.2.2.2 Adscrição da População	235
8.2.2.3 Atuação no Território	236
8.2.2.4 Responsabilização	237
8.2.3 Em relação às condições estruturais	237
8.2.4.1 Situação dos profissionais	237
8.2.4.2 Situação da estrutura de prédios e equipamentos	238
8.2.4.3 Situação de insumos e medicamentos	239
8.2.3 Em relação ao desenho organizacional	240
8.2.4 Em relação aos resultados	242
8.3 ANÁLISE DOS ATORES: APOIADORES E OPOSITORES	243
8.3.1 Âmbito Nacional	243
8.3.2 Âmbito Estadual	245
8.3.3 Âmbito Municipal	248
8.4 ANÁLISE DO PROCESSO: DESENVOLVIMENTO DA POLÍTICA	254
8.4.1 Quanto à Caracterização da Política	254
8.4.1.1 Quem decide a formulação e implementação	254
8.4.1.2 Como é implementada	255
8.4.1.3 Extensão da Política	255
8.4.1.4 Tipo de Política (Resultados)	256
8.4.1.5 Relação entre níveis de governo	257
8.4.1.6 Estratégia de enfrentamento de obstáculos	257
8.4.1.7 Disponibilidade de Recursos para a implementação	257

8.4.1.8 Concepção de Políticas Públicas (<i>rationale</i>)	258
8.4.2 Aplicação dos Múltiplos Fluxos de Kingdon	259
8.4.3 Desenhando os Fluxos	261
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	263
9.1 EM RELAÇÃO À POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA	263
9.2 EM RELAÇÃO AO DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO	266
9.2.1 Do uso da análise de políticas públicas	266
9.2.2 Das limitações do estudo	267
REFERÊNCIAS	268
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Entrevistas	286
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Grupo Focal	287
APÊNDICE C – Matriz de Levantamento de Dados	288
APÊNDICE D – Resumo do Projeto de Pesquisa	291
APÊNDICE E – Tabela de Produção Ambulatorial segundo SIA	292
APÊNDICE F – Roteiro de Entrevista	293
APÊNDICE G – Roteiro para Grupo Focal	294
ANEXO A – Carta de Anuência do município de Recife	296
ANEXO B – Parecer do CEP N.22/2012	297

1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA

Diante da crescente importância da Atenção Básica no âmbito municipal como fator de estruturação de todo o modelo de atenção; e dos também crescentes desafios à sua implementação, em função de problemas estruturais e conceituais (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2011; LUPPI et al., 2011; SAMPAIO, 2011; SOUZA; HAMANN, 2009); propõe-se, neste estudo, a análise do desenvolvimento desta política nos municípios, situando-a na conjuntura de consolidação do SUS e de desenvolvimento da esfera de governo municipal.

No atual cenário de desenvolvimento da atenção básica, torna-se de grande importância a análise dos nós críticos e pontos de fragilidade desta política, bem como de suas potencialidades e das perspectivas acenadas pela atual conjuntura.

Condizente com tal importância há, na literatura científica, um grande número de estudos publicados sobre a avaliação da atenção básica, majoritariamente formados por estudos de satisfação, de desempenho, e avaliações normativas quanto à implantação da política (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008; ALMEIDA; MACINKO, 2006; COHN, 2009).

Porém, há carência de estudos de Análise de Políticas que busquem uma visão mais abrangente da política e discutam os atores, a conjuntura, o conteúdo e o contexto de forma isolada ou integrada. Este estudo se propõe a contribuir para a correção desta lacuna.

O interesse por esta análise surgiu em três momentos: o primeiro foi a participação, como pesquisadora auxiliar, em duas pesquisas; a de **Avaliação da Qualidade do Atendimento quanto à Garantia dos Direitos e Acolhimento dos Usuários, Condições Oferecidas e Motivação dos Profissionais, nas Emergências do Recife**, e a de **Avaliação da Qualidade do Atendimento da Atenção Básica de Saúde da Cidade do Recife**, que foram motivadoras deste doutorado e influenciaram as opções deste estudo.

O segundo, foi a participação como sanitarista da secretaria de saúde do Recife e representante do Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Pernambuco (COSEMS), nos debates a cerca da política estadual de atenção primária, momento particularmente revelador das fragilidades do processo de formulação e implementação da política, considerada prioritária nos três níveis de gestão.

Por fim, o terceiro momento foi a participação na Disciplina de Análises de Políticas Públicas, que permitiu o vislumbre de novas oportunidades em estratégias analíticas a serem utilizadas no estudo inicialmente proposto para o doutoramento.

Pretendeu-se, portanto, analisar a política de atenção básica e sua implementação municipal suas fragilidades e potencialidades; suas (in)coerências internas ao proposto e entre o proposto e o realizado, utilizando, para isto, o enquadramento da análise abrangente de políticas de saúde, discutindo o seu contexto, conteúdo, processo de implementação e os atores atuantes neste processo, a partir de uma pesquisa qualitativa, com coleta de informações através de entrevistas, grupo focal, e análise documental, mas também incluindo o aporte de dados quantitativos, a partir de levantamentos nos sistemas de informação oficiais do Ministério da Saúde.

Buscou-se, desta forma, responder à pergunta orientadora desta pesquisa:

Como se apresentou a configuração da Atenção Básica em âmbito municipal, identificando obstáculos e potencialidades relacionadas à consolidação da política de atenção básica no período de 2001 a 2011?

Para responder a esta questão, o relato do estudo foi dividido em nove capítulos. O primeiro capítulo apresenta uma revisão histórica e teórico-conceitual sobre a atenção básica internacionalmente, no Brasil e em Recife, apresentando ainda os marcos teóricos da análise de política públicas que deram suporte à análise desenvolvida. O segundo capítulo apresenta os objetivos do estudo.

O terceiro capítulo descreve os caminhos metodológicos adotadas na pesquisa, detalhando as opções em relação às técnicas de coleta e ao plano de análise, bem como descrevendo as dificuldades encontradas ao longo do trabalho.

O quarto capítulo detalha a análise das normas referentes à atenção básica no país e a construção da matriz constitutiva, ou marco lógico dos componentes da atenção básica.

O quinto capítulo descreve o levantamento de informações e em documentos e jornais de grande circulação. O sexto e o sétimo descrevem, respectivamente, os grupos focais e entrevistas.

O penúltimo capítulo, o capítulo oito, traz a análise síntese dos levantamentos realizados, confrontados com achados da literatura científica e com o debate teórico do campo da análise de políticas públicas, focalizando o contexto, o conteúdo da política, os atores envolvidos e o processo de desenvolvimento da política no Recife. O capítulo nove apresenta as conclusões do estudo.

Por fim, concluo esta apresentação ressaltando minha aproximação com o campo de pesquisa. Sou servidora do Recife desde 2001, entrei com a gestão que se iniciava, com cargo comissionado, depois fui provada em concurso e permaneci como sanitarista. Fui assessora e diretora de planejamento. Sou membro do partido que esteve à frente do município ao longo

do período estudado. Partilhei e partilho objetivos e sonhos com os sanitaristas que conduziram este processo, muitos dos quais têm minha profunda admiração. Trago tudo isso comigo, na minha análise. Para garantir que tal envolvimento não me impedisse de utilizar todas as evidências de forma adequada e chegar a conclusões coerentes com a realidade dos fatos, propositivos em relação ao aprimoramento do SUS, busquei seguir com rigor a metodologia proposta, deixando claros os caminhos seguidos e as opções de coleta e de análise. Desta forma, a experiência de vida do pesquisador torna-se um componente de enriquecimento e não de deturpação da análise.

1.1 PERCURSOS E ACÚMULOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNDO

As concepções mais modernas da Atenção Primária são fruto de amplo acúmulo de debates e experiências em todo o mundo, confundindo-se com o debate da garantia do acesso a cuidados de saúde como um direito e com a melhoria da qualidade de vida da população.

No Brasil, a criação dos Centros de Saúde, inicialmente em São Paulo, organizados a partir de 1937, é relatada por Scorel e Teixeira (2008) e Melo e Viana (2012) como resposta à difusão da ideia pela Fundação Rockefeller e Universidade Johns Hopkins nos anos 1920, modelo que viria ser propalado pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), em suas unidades mistas, como desdobramento da atuação dos Serviços Nacionais sobre doenças específicas (febre amarela, peste, malária, tuberculose, hanseníase, entre outras). Com constituição de rede de serviços em atenção básica, inicialmente, muito frágil (SCOREL; TEIXEIRA, 2012; MELO; VIANA, 2012).

As ações nesse campo, contudo, permanecem limitadas, compondo o escopo do Departamento Nacional de Saúde Pública, enquanto a Lei Eloy Chaves (1923) impulsionava o padrão assistencial previdenciário. A fragmentação entre as ações da Previdência Social e do Ministério da Saúde permaneceu limitando o debate da Atenção Primária no Brasil, ao longo da Era Vargas, do período desenvolvimentista (1954-1964) e do período do início da Ditadura Militar, até que o acirramento da crise do sistema previdenciário, nas décadas de 1970 e 1980, garantiu uma janela de oportunidade para novas visões institucionais em relação à Atenção Primária (AGUIAR, 2003).

A expansão de cobertura pretendida mostrou-se inviável à luz da onerosa modalidade previdenciária existente, o que levou o governo e correntes mais politizadas do meio acadêmico e dos serviços a pensar em alternativas de expansão mais eficazes e de menor custo. Várias discussões e iniciativas de APS surgiram a partir dessa reflexão, precedendo a Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde em alguns anos (AGUIAR, 2003, p. 77).

À atuação dos postos do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), fortemente focado no controle de endemias, foram agregadas posteriormente, já no final da década de 1970, ações de atenção materno-infantil (imunização, terapia de reidratação oral, planejamento familiar, etc.), sob estímulo do UNICEF (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

O modelo SESP das décadas de 1940 e 1950 para unidades primárias de saúde adotou caráter mais abrangente, articulando ações coletivas e preventivas à assistência médica curativa, respaldadas em desenvolvimento científico e tecnológico limitado, sob influência da medicina preventiva norte-americana por meio de convênios com a Fundação Rockefeller (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 595).

Os registros e relatos de ações de cuidados primários em saúde no mundo, contudo, são bem anteriores a esse período, mais abrangentes ou menos abrangentes, e de forma mais ou menos sistemática. Um exemplo é o das visitadoras sanitárias da Inglaterra, mulheres da comunidade que, na década de 1850, eram treinadas pela sociedade de Epidemiologia de Londres e recebiam salário do Estado para visitar famílias carentes prestando orientação sobre saúde. Posteriormente surgem as enfermeiras visitadoras (LOPES et al., 2008).

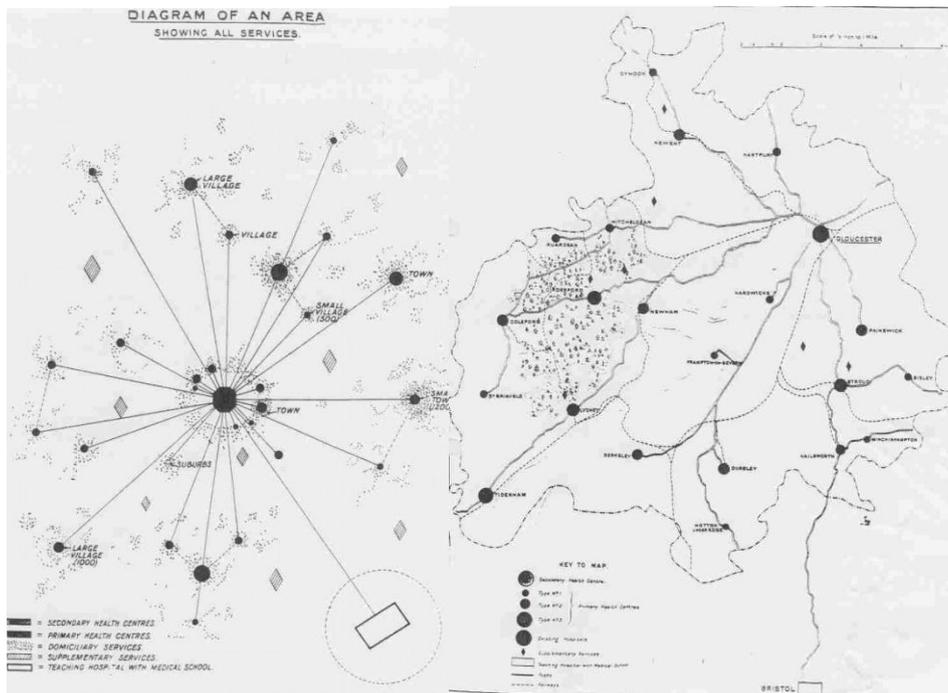
Lopes et al. (2008, p. 242) relatam este debate no Brasil do início do século XX. Em 1918, Carlos Chagas fundou, com apoio da Fundação Rockefeller, a escola de Enfermeiras Visitadoras. Em 1920, o pernambucano Amaury de Medeiros introduz o curso de visitadora sanitária na Cruz Vermelha:

Em 1920, Amaury de Medeiros introduz, na escola de enfermagem da Cruz Vermelha, um curso de visitadoras sanitárias. Neste mesmo ano foi criado o serviço de visitadoras como parte do serviço de profilaxia da tuberculose. Tal iniciativa marca a inclusão da visita domiciliar como atividade de saúde pública, uma vez que o serviço fazia parte do Departamento Nacional de Saúde Pública.

Também em 1920, o Informe Dawson, ou **Dawson Report on the Future Provision of Medical and Allied Services**, foi o primeiro produto do Conselho Consultivo de Serviços Médicos e Afins, encarregado de propor estratégias ao Ministério da Saúde do Reino Unido, criado em 1919 por recomendação do Ministério da Reconstrução (pós primeira guerra mundial). O relatório refletia a experiência militar de seus formuladores, sob a coordenação de Lord Dawson of Penn, e propunha três níveis de atenção: 1) a atenção primária, com cuidado domiciliar e base em um centro de saúde, que deveria atuar na medicina curativa e preventiva, e ter distribuição na região, conduzido por médicos generalistas, com apoio de enfermeiras e especialistas consultores e visitantes. Os centros de saúde teriam complexidade variável, de acordo com a necessidade da população. 2) Centros Secundário, prioritariamente localizados nas cidades, que seriam a referência de determinado número de Centros de Atenção Primária, mais equipados e com maior número de médicos, que seriam consultores e

especialistas. 3) Hospitais Escola formariam o terceiro nível, dando suporte aos Centros Secundários. Propunha ainda a conformação de serviços complementares, específicos para doenças infecciosas ou doenças mentais, por exemplo. O relatório chegou ao detalhamento de sugerir plantas estruturais para os prédios de 3 tipos diferentes de Centros de Atenção Primária, além de fornecer orientações para a sua administração (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1964).

Figura 1- Estratégia de Hierarquização no Relatório Dawson.



Fonte: Organização Panamericana de Saúde (1964).

Nota: Esquerda – Esquema de disposição regionalizada de serviços; Direita: Mapa descritivo da experiência de zoneamento de serviços em Gloucestershire, Reino Unido.

Conil (2008) atribui ao relatório Dawson a difusão da ideia de atenção primária, regionalização e hierarquização de cuidados, mas ressalta que, apesar das experiências pontuais, somente 50 anos depois o Reino Unido transformou estas ideias em políticas públicas (CONIL, 2008).

Henry Perry (2012) descreve a experiência de Ding Xian, a 100 quilômetros de Pequim, na China da década de 1930, como o primeiro exemplo de cuidados primários de saúde, e precursora do modelo de **médicos descalços**. Segundo Perry (2012), o médico da Fundação Rockefeller, John B. Grant, junto com os médicos Jimmy Yen e CC Chen, conduziram a experiência. Foram desenvolvidos levantamentos para identificar os problemas de saúde das comunidades, e treinados agricultores para registrar eventos vitais, vacinar

contra varíola, administrar tratamentos simples, dar palestras de educação para a saúde, e manter poços (BU; FEE, 2008; PERRY, 2012).

Grant nasceu na China, filho de missionários, e, após estudos no Canadá e Estados Unidos, voltou para a China, onde se tornou professor de Saúde Pública em Pequim. Para Henry Perry, ele é considerado o **Pai da Atenção Primária** (BU; FEE, 2008; PERRY, 2012).

Nesse sentido, a característica mais importante das formulações de Grant é que se baseiam em sua visão da saúde pública como componente do progresso socioeconômico e no entendimento de que os cuidados de saúde podem ser aprimorados pela combinação de medicina preventiva e curativa, através da aproximação com a comunidade (BU; FEE, 2008).

Tradicionalmente, nos vários países, o pessoal sanitário é pago pelo Estado ou outras instituições. No caso chinês, existe um pessoal que se poderia chamar de para-sanitário: trabalha em saúde, faz parte da rede sanitária, sendo dela elemento chave, porém não recebe do Estado para exercer essa função. Quando a população inteira participa na resolução dos problemas, este conceito amplia-se ainda mais: a comunidade passa a trabalhar para o seu próprio benefício. Deixa de ser meramente receptora para tornar-se indutora e responsável pelas mudanças (TORNERO, 1979, p. 259).

Importante seguidor das ideias de John B. Grant, Carl Taylor sofreu ainda a influência de seu professor de epidemiologia na Universidade de Harvard, John Gordon, que defendia uma rotina sistemática de visitação domiciliar para a vigilância de agravos, o que o próprio Gordon utilizou em suas experiências na Romênia, igualmente através da Fundação Rockefeller (PERRY, 2012).

Carl Taylor, também missionário médico, filho de missionários médicos, viveu a maior parte de sua vida na Índia, onde desenvolveu suas próprias experiências de cuidados em saúde baseados na comunidade. A mais importante delas foi um projeto na vila de Narangwal. Essas experiências missionárias de cuidados baseados na comunidade foram fruto de uma mudança na visão da ação das igrejas junto aos doentes, ao perceberem, por pesquisas e acúmulo de experiências, que o foco exclusivo no cuidado hospitalar e/ou médico curativo apresentava pouco impacto na situação de saúde das comunidades acompanhadas, sobretudo nos países subdesenvolvidos e com restrição de recursos para o cuidado em saúde (LITSIOS, 2004; PERRY, 2012).

[...] o CMC desde a sua criação [em 1968] deu prioridade para o que chamou de cuidados integrais de saúde, como ‘um esforço planejado para prestação de cuidados médicos e de saúde de tentar atender o maior número de necessidades quanto possível com os recursos disponíveis e de acordo com prioridades cuidadosamente definidas’ (LITSIOS, 2004, p. 1888, tradução nossa).

Em uma revisão sobre a contribuição das experiências das missões religiosas, Litsios (2004) relata a aproximação entre o *Christian Medical Commission* (CMC) e a Organização

Mundial de Saúde (OMS), durante a gestão de Halfdan T. Mahler à frente da OMS, no início da década de 1970. Para o autor, a OMS passava por uma crise de identidade diante da evidente impossibilidade de erradicação da Malária através de políticas centralizadas e intervencionistas, e vinha investindo em pesquisas epidemiológicas e no debate de estratégias para o aprimoramento dos sistemas de saúde (LITSIOS, 2004).

Percebe-se como houve na OMS uma dramática mudança conceitual acerca dos cuidados primários de saúde pelo contraste entre a abordagem trabalhada [antes e durante Alma-Ata] e as ideias e abordagens que vinham sendo promovidos vários anos antes sobre a melhor forma de desenvolver sistemas nacionais de saúde. Em vez da perspectiva "*top-down*" de planejamento de saúde e análise de sistemas, a prioridade agora é direcionada às abordagens "*bottom-up*" de envolvimento comunitário e desenvolvimento, mas sem perder de vista a importância do planejamento e tomada de decisão com informação (LITSIOS, 2004, p. 1892, tradução nossa).

O próprio Mahler havia sido missionário na Índia, atuando na questão da tuberculose, onde conheceu Carl Taylor (PERRY, 2012).

A aproximação entre o CMC e a OMS, no início dos anos 1970, trouxe as experiências baseadas na comunidade para a pauta da OMS, inclusive com a introdução do relato de algumas destas experiências em um importante documento preparatório aos debates de Alma-Ata: o documento **Health by the People**, organizado pelo epidemiologista Kenneth Newell que, pertencendo ao *staff* da OMS, possuía ele mesmo experiência familiar com as missões religiosas. Este documento da OMS, publicado em 1975, conta, entre outros, com o relato da experiência cubana e da China, incluindo o relato do surgimento dos Médicos de Pés Descalços na área rural chinesa e os correspondentes urbanos Médicos Trabalhadores, e das experiências relatadas pelo CMC, como a de *Jamkhed*, na Índia (LITSIOS, 2004; NEWELL, 1975; PERRY, 2012).

As experiências relatadas pelo CMC e seu acúmulo no desenvolvimento de estratégias de cuidado em saúde em comunidades carentes, em países subdesenvolvidos com extrema escassez de recursos, trouxeram importantes componentes ao debate da atenção primária, contudo, também suscitavam tensionamentos internos na OMS e críticas de pensadores da política de saúde, em virtude de seu perfil não governamental. Uma das mais famosas experiências do CMC, conduzida pelo casal Rajanikant e Maybelle Arole em *Jamkhed*, Índia, por exemplo, foi inicialmente não recomendada pelo escritório local da OMS, por não compor uma política nacional, mas uma ação religiosa (LITSIOS, 2004).

Não foi a toa que o levantamento de experiências coordenado por Newell, o **Health by the People**, trouxe “vozes” diversas, incluindo, além dos projetos missionários do CMC,

experiências governamentais como da China (médicos descalços), da Cuba pós revolução, e da Venezuela (NEWELL, 1975).

Para Aguiar (2003), a experiência chinesa foi a maior experiência de Atenção Primária anterior a Alma-Ata, em virtude de sua dimensão e dos resultados obtidos junto à população. A experiência se inicia em 1949, com o fim da guerra civil chinesa e vitória do Partido Comunista (AGUIAR, 2003; SIDEL; SIDEL, 1975).

Há um consenso que, antes de 1949, o estado de saúde de um grande número do povo chinês era extremamente precário e que os serviços de saúde prestados para eles eram totalmente inadequados. O povo da China, entre 1930 e 1940, sofreu com as consequências da pobreza generalizada, falta de saneamento, a guerra contínua, e doença galopante. A taxa bruta de mortalidade foi estimada em cerca de 25 mortes por 1000, uma das taxas de mortalidade mais altas do mundo. A taxa de mortalidade infantil era de cerca de 200 por mil nascidos vivos, ou seja, um em cada cinco bebês nascidos morriam em seu primeiro ano de vida. A maioria das mortes na China foi decorrente de doenças infecciosas, geralmente complicadas por alguma forma de desnutrição (SIDEL; SIDEL, 1975, p. 1, tradução nossa).

O novo governo chinês iniciou uma estratégia militar de mobilização da população pela reconstrução nacional, o que previa a responsabilidade de todos e cada um com os cuidados de saúde, incluindo orientação aos vizinhos e manutenção da limpeza dos arredores domiciliares. A partir de 1965, houve um direcionamento dessa ação para o meio rural e surgiram oficialmente os **Médicos de Pés Descalços**, como trabalhadores rurais escolhidos em seus coletivos para serem treinados e exercerem, nos horários em que não estavam nas plantações, ações de orientação e cuidados primários, incluindo imunização e administração de medicações específicas. O correspondente urbano, o Médico Trabalhador, tinha atuação semelhante (SIDEL; SIDEL, 1975).

Uma característica importante da experiência chinesa foi o estímulo à integração entre a medicina tradicional chinesa e a medicina moderna ocidental, o que também foi instrumento de aglutinação da população (SIDEL; SIDEL, 1975).

As experiências desenvolvidas em comunidades de todo o mundo, e em especial a desenvolvida por Kark e Kark, inicialmente em uma área rural da África do Sul e depois em Israel, delinearam, na década de 1940, o que ficou conhecido nos Estados Unidos como estratégia de atenção primária orientada para a comunidade, ou no inglês, *Community Oriented Primary Care (COPC)* (FERNANDES, 2010; GOFIN; GOFIN, 2007; PERRY, 2012).

[...] a abordagem da atenção primária orientada para a comunidade traz como diferencial a responsabilidade dos serviços pela saúde de uma população definida e seus determinantes, seja ela usuária ou não dos serviços. Além disso, com base nesse modelo, são introduzidas algumas ferramentas de planejamento, com destaque para o processo de diagnóstico comunitário e para a avaliação de impacto e eficácia (FERNANDES, 2010, p. 27).

A coletânea de Newell (1975) também relata a experiência cubana pós revolução de 1959, quando o acesso a serviços de saúde, antes extremamente desigual, torna-se um direito humano fundamental, gratuito para todos. Com o apoio da União Soviética, da OMS e do UNICEF, Cuba iniciou um processo de estruturação de seu sistema de saúde. Estabeleceu um processo de regionalização, organizando policlínicas e hospitais de referência, com muita dificuldade de infraestrutura, por vezes aproveitando espaços cedidos em fazendas, residências ou pontos comerciais (FERNANDEZ, 1975).

Cuba não estava sozinha no cumprimento deste objetivo. Ela recebeu a colaboração fraterna de outros países socialistas, particularmente, da União Soviética. A Organização Mundial da Saúde tem prestado assistência direta e por meio de seu Escritório Regional para as Américas. O UNICEF também colaborou em vários aspectos para atender às necessidades de Cuba. Além disso, outros países colaboram em um maior ou menor grau (FERNANDEZ, 1975, p. 16).

A população foi convocada a lutar contra doenças e garantir a imunização de todos, principalmente através dos Comitês de Defesa da Revolução, e algumas pessoas tiveram treinamento específico. Os profissionais foram treinados para a orientação da população e visitas domiciliares, enquanto o Estado investia na formação de profissionais, em especial de médicos. A ação, contudo, valorizava uma ação coordenada: investimento prioritário na educação, garantia da alimentação e do cuidado à saúde (FERNANDEZ, 1975).

Apesar da estratégia de mobilização popular e da atuação dos Comitês de Defesa da Revolução, a experiência cubana não trabalhou com a ideia de um ator semelhante ao Agente Comunitário de Saúde, seu investimento foi, e é até hoje, na equipe de saúde, principalmente no médico (SOUSA, 2007).

Um ano antes do documento de Newell, em 1974, o Canadá publicou o chamado Relatório Lalonde: documento intitulado **A New Perspective on the Health of Canadians**, em que o então Ministro da Saúde Marc Lalonde “parte do diagnóstico de que os problemas de saúde no Canadá não seriam resolvidos apenas com a oferta de serviços” (LYRA, 2009).

Para Lalonde os problemas de saúde têm por fundamento o que chama de campo da saúde. Tal campo sendo decomposto em quatro amplos componentes: biologia humana; meio ambiente; estilo de vida e organização da assistência à saúde. Lalonde afirma que os esforços para enfrentamento dos problemas de saúde têm historicamente se concentrado no eixo da organização da assistência, no entanto, que a origem dos problemas atuais seria decorrente da inter-relação dos outros três componentes, ou seja: biologia humana, meio ambiente e estilos de vida (LYRA, 2009, p. 23).

O Relatório Lalonde gerou a formulação de estratégias de melhoria das condições de saúde a partir de mudanças comportamentais e transformação de estilos de vida geradores de risco, embora houvesse críticas quanto à responsabilização do indivíduo pelos riscos à saúde

gerados por seus comportamentos. Esse debate também influenciou as formulações de Alma-Ata (AGUIAR, 2003).

Para Aguiar (2003, p. 39), os debates travados nos Estados Unidos também influenciaram as definições formuladas em Alma-Ata, na medida em que, nas décadas de 1960 e 1970, a partir de questionamentos quanto à eficácia da distribuição dos serviços nos EUA, surgiu um movimento em defesa da Medicina Familiar, reconhecida, em 1969, como a vigésima especialidade médica do país:

À mesma época em que se desenvolvia a *medicina familiar* nos Estados Unidos, outro movimento começava também a ganhar forças: a *medicina comunitária*. Ao contrário do primeiro, que se baseou nos aspectos clínicos de uma nova modalidade de exercício médico, o enfoque da *medicina comunitária* se fez, sobretudo, na ação social – destinada, principalmente, aos grupos marginalizados.

A Medicina Comunitária, fortalecida pelo Relatório Carnegie de 1970, que questionava a medicina flexineriana, seria, para o autor, a influência quanto ao componente da valorização da participação da comunidade na ação de cuidado a saúde, além de outros componentes estruturais que se fizeram presentes nas conclusões da Alma-Ata, como: a integração entre promoção, prevenção e tratamento; a desconcentração de recursos e hierarquização de serviços; a inclusão de práticas alternativas; e o uso da equipe de saúde. Contudo, a Medicina Comunitária se diferenciava fortemente da proposta de Alma-Ata por propor uma expansão de serviços por uma medicina mais barata e simplificada (AGUIAR, 2003).

No Brasil, também nas décadas de 1960 e 1970, em especial após a reforma universitária de 1968, que criou os Departamentos de Medicina Preventiva em todos os cursos médicos, surgiram experiências, ditas alternativas, de parcerias entre universidades e secretarias de saúde, orientadas “pelo discurso da medicina preventiva e pelas experiências [norte-americanas] de medicina comunitária, e estimulado por organismos internacionais como a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), Fundação Kellogg, Fundação Ford, entre outros” (SCOREL, 2012, p. 394).

Estas experiências remeteram à necessidade de ampliação da atuação dos Centros de Saúde e constituíram importante acúmulo para o surgimento do Movimento pela Reforma Sanitária (CONIL, 2008).

O Projeto Vitória, desenvolvido pela Universidade Federal de Pernambuco no período de 1976 a 1984 foi uma de várias dessas experiências. Iniciou como um projeto de implantação de programa de Residência em Medicina Comunitária, o primeiro a ser implantado no Brasil, junto com o programa do Rio Grande do Sul. Optou-se por desenvolver

o programa no município de Vitória de Santo Antão, utilizando o Hospital local, o Hospital João Murilo, a partir do que a abrangência do programa foi ampliada para municípios vizinhos (ALBUQUERQUE, 2003; SILVA; SANTANA, 2010).

As atividades em assistência primária incluíam uma rede de 13 postos de saúde, denominados de assistência elementar, implantados em Vitória, nas áreas urbana e rural e nos municípios circunvizinhos: Pombos, Chã Grande, Glória do Goitá e Feira Nova. A formação em atenção secundária ocorria no Hospital João Murilo (HJM), onde a UFPE disponibilizava em torno de 110 profissionais: médicos pediatras, clínicos, ginecologistas/obstetras e cirurgiões, além de enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, odontólogos, psicólogos, farmacêuticos, biomédicos, assistentes sociais e pessoal técnico-administrativo, todos com o papel de preceptores dos residentes (SILVA; SANTANA, 2010, p. 1).

Duas experiências, também institucionais, o Projeto Montes Claros (1975-1977) e o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), 1975-1976, implantado em 10 estados, foram importantes para consolidar a proposta de modelo assistencial hierarquizado (em níveis assistenciais: básico, porta de entrada ou elementar, intermediário e de apoio) e regionalizado. O projeto de expansão de cobertura por meio de serviços municipais teve a assessoria de participantes do Movimento Pela Reforma Sanitária e se institucionaliza no Ministério da Saúde em 1981, como Programa Nacional de Serviços Básicos (ESCOREL, 2012).

Sousa (2007), em sua tese de doutoramento, também cita como experiências que precedem o programa do governo federal: os agentes comunitários de saúde do Ceará e de Goiás, os médicos da família de Niterói, e os Centros de Saúde do Grupo Hospitalar Conceição, no Rio Grande do Sul.

O jovem movimento sanitário discutia experiências nacionais de medicina comunitária e repercutia os debates internacionais sobre atenção primária. A Revista CEBES em 1978 chegou a publicar um artigo de Halfdan Mahler, em que defendia o acesso à atenção primária à saúde como um direito humano universal. No artigo, um texto de discurso proferido, Mahler aponta o modelo hospitalocêntrico como ineficaz, insustentável e restritor de acesso, e defende um sistema hierarquizado, com uma atenção primária que: esteja integrada à cultura local; esteja integrada a outros setores do desenvolvimento comunitário (intersectorialidade); permita o mais amplamente possível a participação da comunidade; utilize ao máximo os recursos da comunidade; atue de forma articulada com ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação do indivíduo, família e comunidade; seja formada por profissionais capazes de dialogar com a comunidade, além de comprometidos com a resolutividade do cuidado e com o trabalho em equipe. Contudo, o debate sobre a APS e suas alternativas era

obscurecido, naquele período histórico brasileiro, pela crise da saúde e pelos enfrentamentos contra a ditadura militar vigente desde 1964 (SAÚDE EM DEBATE, 1978, 1980).

1.2 A CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE - ALMA-ATA – E SEUS DESDOBRAMENTOS

A I Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde - APS, em Alma-Ata (hoje Almaty), no Cazaquistão, antiga URSS, em 1978, teve como produtos diretos a Declaração de Alma Ata e 22 Recomendações. Marco da delimitação conceitual da Atenção Primária, a conferência de Alma-Ata foi precedida pela ampliação internacional do debate a cerca da Atenção Primária, como já referido, com marcante importância para o Relatório Lalonde, de 1974; da experiência chinesa dos médicos descalços; e dos debates em torno das missões médicas religiosas em países subdesenvolvidos; além dos encontros preparatórios para Alma-Ata, em Brazzaville (Congo), Washington (EUA), Alexandria (Egito), Manila (Filipinas), Nova Déli (Índia), Nova York (EUA) e Halifax (Canadá). Na década de 1970, o Brasil contava com um importante movimento de debate da Saúde Coletiva e início do Movimento pela Reforma Sanitária, contudo, o governo brasileiro não esteve presente em Alma-Ata (AGUIAR, 2003; CUETO, 2004; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1979).

Como ponto de partida para o enfoque estratégico e operacional, foram discutidas e apresentadas três declarações a respeito da saúde: a primeira considerava a saúde como um direito fundamental do ser humano; a segunda definia saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de afecções ou enfermidades 1; a terceira descrevia como *inaceitável* o estado de saúde de centenas de milhões de pessoas em todo o mundo. Segundo o informe oficial da conferência, mais da metade da população mundial não recebia assistência à saúde adequada à época do evento (AGUIAR, 2003, p. 43).

A Conferência foi um evento bastante representativo, com 134 representações governamentais, 67 organismos internacionais e mais de 3.000 delegados; e nela a Atenção Primária foi apontada como principal estratégia para alcance da promoção e assistência à saúde. O documento final da conferência foi ratificado e publicado em 1979, pela Assembleia-Geral da OMS, também lançando em âmbito mundial a Estratégia de Saúde Para Todos no Ano 2000, proposta pela OMS em 1977 (ABRAHÃO, 2007; CUETO, 2004; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; SOUZA; HAMANN, 2009).

Assim define o item VI da declaração de Alma Ata:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país pode manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à Saúde (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1979, p. 2).

Para Perry (2012), o valor da Declaração de Alma-Ata está em sua incrível concisão e profundidade, com foco no que seriam os princípios da Atenção Primária em Saúde, trazendo o debate das condições básicas que são necessárias dentro da sociedade para alcançar a saúde, estejam no campo do tratamento e cuidados médicos ou entre os chamados determinantes sociais da saúde. E, como resultado, não foi muito bem recebida pelo mais tradicional *establishment* médico científico. Muitos consideraram a declaração um ataque radical ao *establishment* médico.

Infelizmente, após a conferência internacional sobre cuidados primários de saúde em 1978 e o enorme entusiasmo que foi criado, todo o movimento sofreu um rápido declínio. É uma parte muito importante da história da saúde global olhar para isso e pensar sobre isso e exatamente por que essas coisas aconteceram. Também é uma questão fascinante que as pessoas gostam de pensar, e eu não tenho certeza que a resposta final tenha sido escrita sobre isso. Mas para muitas pessoas toda a noção de saúde para todos até o ano de 2000, que a declaração de Alma-Ata pedia era muito ampla e idealista, com um calendário irrealista (PERRY, 2012, p. 21).

Da mesma forma, diretrizes propostas em Alma Ata foram criticadas por alguns governos e agências internacionais, consideradas de difícil consecução. A partir destas críticas, uma vertente racionalizadora tomou corpo, com a nomenclatura de **Atenção Primária Focal e Seletiva**, e foi tema de um seminário promovido pelas Fundações Rockefeller e Ford, além do Banco Mundial, em 1979, na Itália: A Conferência de Bellagio (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; FERNANDES, 2010; LUPPI et al., 2011).

Esta vertente racionalizadora difundiu a estratégia de focalização da atenção primária, embutindo-a mesmo no conteúdo das reformas de Estado exigidas pelos organismos financiadores internacionais (WALT; GILSON, 1994).

O primeiro foco na defesa da Atenção Primária Seletiva foi valorizar o impacto da cobertura vacinal e da reidratação oral sobre a morbidade e mortalidade em países subdesenvolvidos (PERRY, 2012).

Programas verticais que tinham características muito diferentes do que foi previsto em Alma-Ata, estavam de volta na década de oitenta chamados como GOBI-FFF (growth monitoring, oral rehydration, breastfeeding, immunizations, food supplementation, female literacy and family planning) como uma espécie de extensão de uma abordagem semelhante, mas ainda altamente seletiva e vertical. Havia muitas razões pelas quais a abordagem seletiva tornou-se muito mais poderosa do que a abordagem de Alma-Ata (PERRY, 2012, p. 22).

As características dos primeiros debates teóricos sobre atenção primária, sua influência na Declaração de Alma-Ata e os desdobramentos em diferentes abordagens, precisam ser analisados nas opções de formulação e implantação da Política de Saúde pelos países, inclusive quanto ao contexto de correlação de forças em que a política se insere, pois como conclui Litsios (2004):

Que a abordagem dos cuidados primários de saúde ao longo do tempo foi forçada a assumir segundo plano em relação à abordagem "seletiva" dos cuidados primários de saúde, em nada diminui sua importância. As mesmas razões que levaram a ela como uma força emergente em saúde pública na década de 1970 aplicam-se igualmente, se não mais, hoje (LITSIOS, 2004, p. 1892).

Desta forma, a delimitação da abordagem de Atenção Primária no mundo conformou-se como fruto de conflitos permanentes entre projetos e visões de mundo, de acordo com as especificidades de cada Estado. No entendimento de Aguiar (2003), a ideia de universalização do direito à saúde, nascida do Plano Beveridge, sacramentada com a Declaração de Alma-Ata e Saúde para Todos no Ano 2000, responde à busca humanista de garantia da integridade e dignidade humana, mas também “como uma nova roupagem para a velha necessidade de manutenção da ordem social e da integridade da força de trabalho, em um mundo cada vez mais globalizado”, com abrangência de concretização oscilando conjuntamente entre estas duas concepções (AGUIAR, 2003, p. 2).

Após um intervalo em suas publicações e com a motivação da preparação da VII Conferência Nacional de Saúde, o CEBES publica em 1980 um texto de posicionamento formulado pelo Núcleo de Campinas, intitulado **Atenção Primária à Saúde**, em que analisa os interesses por trás do estímulo à expansão de serviços básicos em modelos alternativos. O texto critica diretamente as experiências de Medicina Comunitária, originárias dos Estados Unidos e estimuladas por parcela da OPAS e organismos financiadores internacionais. O questionamento do CEBES se dava por considerar que: a) sua direcionalidade para populações ditas periféricas ou marginalizadas representava uma ilusão de inclusão; b) o uso de recursos da comunidade representava a omissão do Estado em investir no cuidado a saúde; e c) a não utilização do cuidado médico, e utilização dos chamados para-médicos e/ou pessoas da comunidade treinadas, representava, novamente, um desinvestimento e uma nova forma de

exclusão dessas populações, em função da precarização do cuidado. O texto conclui com a defesa da Atenção Primária mais próxima da Declaração de Alma-Ata, embora não a cite (SAÚDE EM DEBATE, 1980).

A VII Conferência Nacional de Saúde, em 1980, pautou o debate das propostas de Alma-Ata e contou, inclusive, com a presença do diretor geral da Organização Mundial de Saúde (OMS), Halfdan Mahler. Nesta mesma conferência, o governo federal anunciou a criação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), programa que não foi implantado. Para Paim (2006), a não implantação do PREV-SAÚDE e o insucesso de outras ações inspiradas na APS, a exemplo das Ações Integradas de Saúde (AIS), tornou a Atenção Primária um tema menos enfatizado na VIII CNS, em 1986 (PAIM, 2006).

No Brasil, entre 1983 e 1985, a partir das proposições do Plano do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) são implantadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), inicialmente PAIS, para descentralização de serviços e universalização do atendimento assistencial, promovendo convênios trilaterais e a formação de instâncias colegiadas de gestão (ESCOREL, 2012).

Para Albuquerque (2003), são:

[...] as Ações Integradas de Saúde (AIS) que surgem como precursoras da atenção básica à saúde, já com uma referência à integralidade. Propostas pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), as AIS sinalizavam para uma porta de entrada única, integrando os serviços ambulatoriais do INAMPS, dos estados e municípios (ALBUQUERQUE, 2003).

Conforme descrevem Escorel, Giovanella e Mendonça (2008, p. 423), as AIS “privilegiaram a desconcentração das ações de atenção à saúde para os níveis estaduais e municipais. Postos e Centros de Saúde passaram a oferecer assistência médica, além dos tradicionais programas de saúde pública”. No mesmo período, e paralelamente, foram lançados o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e da Criança (PAISC), estabelecendo um elenco específico de competência para os Centros de Saúde, e a eles se agregaram, posteriormente, novos programas direcionados a grupos vulneráveis (idosos, adolescentes, portadores de patologias, etc.).

Sousa (2003) reforça a ideia de que as AIS tinham papel estratégico de reformulação do sistema de saúde, lembrando, inclusive que no bojo de implantação das AIS foram criadas diversas comissões gestoras: a Comissão Interinstitucional (CIPLAN), a Comissão Interministerial de Planejamento (CIS), a Comissão Interregional de Saúde (CLIS), a Comissão Interinstitucional Local de Saúde (CLIMS) e a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS).

Contudo, embora as AIS tenham fortalecido a agenda da descentralização/municipalização e integração, a agenda da atenção básica permaneceu secundarizada, como relata Fernandes (2010):

A implementação das AIS propiciou a ampliação da rede básica de saúde no setor público e serviu como estratégia-ponte para a reorganização de serviços e reorientação de políticas. No entanto, o tema da atenção primária não teve destaque no debate setorial no País. Os esforços de construção da agenda de reforma sanitária estavam concentrados na garantia de uma proposta ampla que contemplava a atenção básica, mas não como tema central para a mudança do sistema de saúde (FERNANDES, 2010, p. 35).

Ainda nos anos 1980, o debate da APS foi fortalecido pelas formulações sobre Promoção da Saúde e com o lançamento, pela OPAS, em 1988, da Proposta de Sistemas Locais de Saúde (SILOS), que “entendia a territorialização, a resolutividade por níveis de complexidade, a equidade e a integralidade das ações de saúde como fundamentais para a consolidação da APS”(AGUIAR, 2003).

A discussão sobre a *promoção da saúde* – um dos pilares da APS – tomou vulto nos anos oitenta com a constituição do programa Cidades Saudáveis (*Health Cities Network*) em 1984, e com a realização da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa, em 1986 (AGUIAR, 2003, p. 57).

Em 1996, os Ministros da Saúde ou equivalentes dos Estados europeus membros da OMS, reunidos na Conferência de Liubliana, Eslovênia, publicaram uma carta de posicionamento, **The Ljubljana Charter**. A carta teve o propósito de articular um conjunto de princípios que deveriam compor os sistemas de saúde ou atuar para aprimorar o cuidado da saúde, e, embora tenha sido redigida direcionada para o contexto europeu, seus princípios aplicavam-se, em sua maior parte e de maneira geral, aos que buscassem o desenvolvimento de sistemas universais de saúde. Nos princípios, reafirmam que os sistemas e suas reformas devem ser orientados pela Atenção Primária, centrados nas pessoas, guiados por valores, orientados para o aprimoramento da saúde, e sustentáveis do ponto de vista do seu financiamento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

No Brasil, 1991 e 1994 foram dois anos marcantes para a definição do desenho da atenção básica, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF), respectivamente, acompanhando o início da normatização e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), e expandindo-se a partir da NOB 96. Ao longo da evolução organizacional do SUS, nas Normas Operacionais Básicas (NOB), na Norma Operacional de Assistência à saúde (NOAS), no Pacto pela Saúde e no Decreto 7.508/2011, o PSF permaneceu como estratégia prioritária de organização da atenção básica.

Em 2003, no processo de expansão do saúde da família, o Ministério da Saúde Brasileiro, em parceria com a OPAS, com o objetivo de discutir os princípios, diretrizes e estratégias da Atenção Básica no Brasil, organizou uma reunião de trabalho: **Discussão sobre o marco referencial e conceitual da Atenção Básica e Saúde da família no Brasil**. Nesta oficina, o Ministério afirmou a prioridade do PSF e da AB como eixo central da estratégia do SUS, conceituando:

APS é a função e o foco central do sistema de saúde do país e do desenvolvimento social e econômico da comunidade. É o primeiro contato do indivíduo, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, **aproximando-se o máximo possível do local onde vivem e trabalham**, constituindo o primeiro elemento de continuidade do processo de atenção à saúde (CHAGAS; SECLLEN, 2003, p. 5, grifo nosso).

O encontro pautou a importância de diversificação da estratégia do PSF em função das especificidades de cada local do Brasil, contudo, o modelo brasileiro sempre foi normatizado centralmente, pelo Ministério da Saúde, havendo pouco a ser criado localmente. Apesar de elencar mais perguntas que afirmações, constituindo numa agenda para debates futuros, a oficina elencou algumas questões cruciais para o desenvolvimento da AB/PSF, entre elas: a necessidade de avaliação dos recursos humanos; o desafio da intersetorialidade, considerando que o serviço de saúde não pode e não deve cumprir a função de outros equipamentos públicos, sendo necessário planejar com clareza o que cabe à equipe; e a precarização dos vínculos trabalhistas, tendo em vista que em 1998 apenas 27,9% dos médicos do programa tinham vínculo estatutário ou celetista, e o restante das formas de contratação era considerada precária. Também se discutiu a necessidade de maior integração da AB/PSF com o restante do sistema municipal de saúde e mecanismos de articulação com os Centros de Saúde Tradicional, o que configura o diagnóstico de uma rede paralela, em que o PSF é uma rede adicional dentro do sistema (CHAGAS; SECLLEN, 2003; DAL POZ, 2002).

Em 2004, o Ministério da Saúde, em parceria com a OPAS, lançou um caderno específico sobre a atenção básica brasileira: **Experiências e Desafios da Atenção Básica e Saúde Familiar: Caso Brasil**. Já na apresentação, o então ministro da saúde brasileiro, Humberto Costa, ressalta o papel estratégico do saúde da família na estruturação do SUS, destacando sua inserção sistêmica:

Segundo seus postulados de ação, a Saúde da Família constitui o eixo articulador do sistema de saúde em seu conjunto e a porta de entrada do atendimento. Também favorece uma maior aproximação dos serviços à sociedade civil, promovendo sua participação efetiva na perspectiva de melhorar sua qualidade de vida. A estratégia propõe a reorganização do atendimento primário para ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e doenças, resolutividade na assistência e recuperação (FERNANDES; SECLLEN, 2004, p. 9).

Além disso, no documento, o Ministério da Saúde se posiciona pela necessidade de enfrentamento de cinco grandes problemas: primeiro, a questão da qualificação das equipes que estavam sendo implantadas, tanto pela qualificação profissional e educação permanente, quanto pela infraestrutura; segundo, a precarização das relações trabalhistas; terceiro, as desigualdades intra e inter-regionais; quarto, o debate da flexibilização das equipes para inserção de outras categorias profissionais; e quinto, a questão do financiamento e da avaliação.

Em 2007/2008, a OPAS publicou um documento de posicionamento, intitulado **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS)**, fruto da discussão das experiências positivas e das lacunas das Políticas de Atenção Primária nas Américas, com o objetivo de resgatar e atualizar as proposições de Alma-Ata. Neste documento, identifica-se a existência de quatro abordagens da APS, conforme disposto no quadro 1 (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2008).

Quadro 1 – As quatro abordagens da Atenção Primária à Saúde.

ABORDAGEM	DEFINIÇÃO OU CONCEITO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE	(continua) ÊNFASE
APS Seletiva	Enfoca um número limitado de serviços de alto impacto para enfrentar alguns dos desafios de saúde mais prevalentes nos países em desenvolvimento. Os serviços principais tornaram-se conhecidos como GOBI (monitoramento de crescimento, terapia de reidratação oral, amamentação e imunização) e algumas vezes incluíram complementação alimentar, alfabetização de mulheres e planejamento familiar (GOBI-FFF).	Conjunto específico de atividades de serviços de saúde voltados à população pobre
Atenção Primária	Refere-se à porta de entrada do sistema de saúde e ao local de cuidados contínuos de saúde para a maioria das pessoas, na maior parte do tempo. Trata-se da concepção mais comum dos cuidados primários de saúde em países da Europa e em outros países industrializados. Em sua definição mais estreita, a abordagem é diretamente relacionada à disponibilidade de médicos atuantes com especialização em clínica geral ou medicina familiar.	Nível de atenção em um sistema de serviços de saúde

Quadro 1 – As quatro abordagens da Atenção Primária à Saúde.

ABORDAGEM	DEFINIÇÃO OU CONCEITO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE	(conclusão) ÊNFASE
APS Abrangente de Alma Ata	A Declaração de Alma Ata define a APS como atenção essencial em saúde com base em métodos práticos, cientificamente sólidos e socialmente aceitáveis, bem como tecnologia disponibilizada universalmente a indivíduos e famílias na comunidade por meio de sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter... Trata-se de uma parte integrante do sistema de saúde do país... e do desenvolvimento social e econômico da comunidade. É o primeiro nível de contato com indivíduos, a família e a comunidade... trazendo os cuidados de saúde o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham, e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção à saúde.	Uma estratégia para organizar os sistemas de atenção em saúde e para a sociedade promover a saúde
Enfoque em Saúde e Direitos Humanos	Enfatiza a compreensão da saúde como direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde. Difere em sua ênfase sobre as implicações sociais e políticas da declaração de Alma Ata mais do que sobre os próprios princípios. Defende que o enfoque social e político da APS deixou para trás aspectos específicos de doenças e que as políticas de desenvolvimento devem ser mais “inclusivas, dinâmicas, transparentes e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação”, se pretendem alcançar melhoras de equidade em saúde.	Uma filosofia que permeia os setores, social e de saúde

Fonte: Organização Panamericana de Saúde (2008).

Em 2008, a OMS publicou seu relatório mundial sobre a saúde, com o título **The World Health Report 2008 - Primary Health Care: Now More Than Ever**. Nele, avalia os avanços e desafios da organização da APS, 30 anos após Alma-Ata. Como grandes desafios a serem superados, ressalta:

- a) Que os recentes avanços na saúde são desiguais entre os países e internamente em cada país;
- b) Que os problemas de saúde mudaram, reflexo das mudanças em outras esferas da vida, como a demografia, o meio ambiente e a economia, e os sistemas de saúde não conseguem responder a estas mudanças, seja por não se anteciparem a mudanças esperadas, seja por não terem resposta adequada, seja por não construírem respostas sistêmicas e estruturais a problemas sistêmicos e estruturais;
- c) Que há persistência da escassez de recursos e o foco no desenvolvimento de soluções de curto prazo para os problemas dos Sistemas de Saúde;

Ao longo dos debates, os problemas discutidos em Alma-Ata permanecem sendo denunciados e o seu enfrentamento conclamado nos vários documentos sobre o fortalecimento da APS: o baixo investimento financeiro; o perfil centralizado de condução das políticas de

saúde; a desigualdade de acesso entre os países e internamente; a fragmentação entre a APS e demais níveis de cuidado; a exclusão social de significativa parcela da população mundial (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008; AGUIAR, 2003).

O relatório também chama atenção para três situações preocupantes, em termo do desenvolvimento dos sistemas de saúde: Sistemas centrados na ação curativa especializada; sistemas com a atenção fragmentada, focados no controle de doenças; e sistemas em que há permissividade e floresce a comercialização desregulada do cuidado com a saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008).

1.3 ATRIBUTOS DA ATENÇÃO BÁSICA

Os percursos históricos da Atenção Primária conformaram os seus atributos ou características específicas fundamentais, a partir de seu desenho como proposta filosófica, ou de organização social, ou de política pública. Desta forma, pode-se agregar aos atributos principais, internacionalmente reconhecidos, os atributos que a caracterizam como política inserida e estruturante no SUS.

Fernandes (2010) indica que são quatro os principais atributos que caracterizam a Atenção Primária, adotando a proposição de Starfield (2002): Atenção ao Primeiro Contato ou Acessibilidade; a longitudinalidade; a Integralidade e a Coordenação da Atenção (FERNANDES, 2010; STARFIELD, 2002).

Como desdobramentos destes atributos e importantes componentes da Atenção Primária, Starfield (2002) cita quatro elementos estruturais mais relevantes: a acessibilidade, a variedade de serviços, a definição de população eletiva (adscrição), e a continuidade; além de dois componentes processuais ou de desempenho: a utilização do serviço (tipo de uso), e o reconhecimento de um problema ou necessidade (STARFIELD, 2002).

Quadro 2 – Atributos da Atenção Primária segundo Starfield (2002).

ATRIBUTO	DESCRIÇÃO
ACESSIBILIDADE	Implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde. A medição da atenção ao primeiro contato envolve a avaliação da acessibilidade (elemento estrutural) e da utilização (elemento processual).
LONGITUDINALIDADE	Pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. A população eletiva deve sempre receber seu atendimento na unidade, exceto em caso de encaminhamento. Além disso, deve existir fortes laços interpessoais, que refletissem em cooperação mútua, entre as pessoas e os profissionais.
INTEGRALIDADE	Implica que as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos eficientemente dentro delas. Isto inclui encaminhamentos para serviços secundários e terciários.
COORDENAÇÃO (INTEGRAÇÃO)	Requer alguma forma de continuidade pelos médicos ou fluxos informacionais, além do reconhecimento de problemas, de forma a conduzir a continuidade do atendimento.

Fonte: Adaptado de Starfield (2002, p. 61-63).

Giovanella e Cunha (2011), em revisão sobre a longitudinalidade e continuidade do cuidado identificam que os dois termos são muitas vezes utilizados como sinônimos ou com significados semelhantes, na literatura internacional. A longitudinalidade seria o acompanhamento do paciente pela equipe ao longo do tempo e a continuidade do cuidado seria o acompanhamento do problema de saúde identificado em todos os âmbitos do sistema. Nesse sentido, a longitudinalidade é uma característica central da Atenção Primária, e a continuidade não. A continuidade estaria mais relacionada à qualidade do atendimento prestado.

Considerando que, no Brasil, utiliza-se pouco o termo longitudinalidade, muitas vezes substituindo-o pelo termo ‘vínculo’, as autoras propõem:

Nesse sentido, a proposta aqui apresentada é que, na literatura referente à APS no Brasil, façamos a opção pela utilização do termo **vínculo longitudinal**, definindo-o como “relação terapêutica estabelecida entre paciente e profissionais da equipe de APS, que se traduz no reconhecimento e utilização da unidade básica de saúde como fonte regular de cuidado ao longo do tempo”. [...] três elementos são imprescindíveis na composição do referido atributo: a existência e o reconhecimento de uma fonte regular de cuidados de atenção primária, o estabelecimento de vínculo terapêutico duradouro entre os pacientes e os profissionais de saúde da equipe local e, ainda, a continuidade informacional (GIOVANELLA; CUNHA, 2011, p. 1038; grifo nosso).

Os componentes internacionalmente reconhecidos para a atenção primária foram discutidos por Célia Almeida e James Macinko (2006) em estudo com o intuito de “[...] testar, num município específico (Petrópolis, no Rio de Janeiro) uma nova metodologia de avaliação rápida para medir as características organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica (AB) no SUS”. A partir da revisão da literatura, o estudo trabalhou com oito atributos da atenção básica: acesso, porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque familiar, orientação para a comunidade e formação profissional.

Os autores tratam longitudinalidade por vínculo, e consideram que o elenco de serviços e a coordenação, compõe o que Starfield (2002) chama de integralidade. Além disso, dividem o atributo acessibilidade em seus componentes estrutural (acesso) e organizacional (porta de entrada), e incorporam mais três atributos como centrais: O enfoque familiar, com indicação para o reconhecimento do contexto e especificidade de necessidade de saúde no âmbito familiar; A orientação para comunidade, de forma a incorporar o contexto social [saúde coletiva]; e a formação profissional, considerando as transformações no contexto profissional que a ampliação da Atenção Básica e a implantação do Saúde da Família tem gerado, no Brasil.

Giovanella e Mendonça (2012), discutindo a proposta de Starfield (2006) e Almeida e Macinko (2006), mantêm os atributos já descritos na proposta dos segundos, com a diferença de manter a ideia de acessibilidade como um único atributo (estrutura e organização) sob o nome de **primeiro contato** e de agregar mais um atributo: A competência cultural, que trata da capacidade de “reconhecimento de diferentes necessidades dos grupos populacionais, suas características étnicas, raciais e culturais, entendendo suas representações dos processos saúde-enfermidade” (STARFIELD, 2002; p. 587). Além disso, as autoras não consideraram o atributo formação profissional (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Quadro 3 – Atributos da Atenção Básica ou Primária

REFERÊNCIA	ATRIBUTOS CENTRAIS	DIRETRIZES OU ESTRATÉGIAS ORGANIZATIVAS
Starfield, 2002	<ul style="list-style-type: none"> • Acessibilidade; • Longitudinalidade do cuidado; • Integralidade; • Coordenação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acessibilidade (estrutura); • Variedade de Serviços; • População eletiva; • Continuidade; • Utilização (uso do serviço); • Reconhecimento de um problema ou necessidade.
Almeida e Macinko, 2006	<ul style="list-style-type: none"> ○ Acesso; ○ Porta de entrada; ○ Vínculo; ○ Elenco de serviços; ○ Coordenação; ○ Enfoque familiar; ○ Orientação para a comunidade; e ○ Formação profissional 	
Giovanella e Mendonça, 2008	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primeiro contato ou Acessibilidade; ○ Longitudinalidade; ○ Abrangência ou integralidade; ○ Coordenação; ○ Orientação para a comunidade; ○ Centralidade na família; ○ Competência cultural. 	

Fonte: Autora, a partir de Starfield (2002), Almeida e Macinko (2006) e Giovanella e Mendonça (2012).

Neste estudo, a proposta de intervenção da Atenção básica sobre a situação de saúde da população foi analisada a partir de seus atributos, conforme já discutido na introdução. É importante ressaltar que os atributos se articulam de forma interdependente, de forma que não há como garantir um, sem garantir os demais.

Tendo em vista as abordagens apresentadas, e apesar da possibilidade de considerar a ‘competência cultural’ como parte da ‘orientação para a comunidade’, e reconhecendo a importância de fortalecer o reconhecimento cultural da comunidade nas análises epidemiológicas; este estudo adotou a divisão de atributos de Giovanella e Mendonça (2012), incorporando a ‘formação profissional’, proposta por Almeida e Macinko (2006) (ALMEIDA; MACINKO, 2006; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

São, então, atributos da Atenção Básica:

- a) Acessibilidade;
- b) Longitudinalidade;
- c) Abrangência ou integralidade;
- d) Coordenação;
- e) Orientação para a comunidade;
- f) Centralidade na família;
- g) Competência cultural;
- h) Formação Profissional.

A partir da escolha do elenco de atributos, utilizando os atributos enquanto identidade da Política de Atenção Básica, foram analisadas as informações advindas de documentos oficiais, dos grupos focais e das entrevistas, com o intuito de estabelecer a coerência entre a proposta governamental e as formulações teóricas para a Atenção Primária, bem como sua implicação para a diferenciação entre a atenção básica dita tradicional e a Estratégia de Saúde da Família, considerando que no Brasil estes atributos têm sido associados ao saúde da família, como modelo substitutivo e de reorganização da atenção básica.

1.3.1 Acessibilidade

Por Acessibilidade se entende a característica da Atenção Básica de garantir o acesso, tanto do ponto de vista da infraestrutura do serviço, pela proximidade das pessoas e não existência de obstáculos geográficos ao acesso, quanto do ponto de vista da organização do serviço, constituindo-se em porta de entrada privilegiada (MENDES, 2012; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; STARFIELD, 2002).

Para Oliveira e Pereira (2013, p. 160):

A acessibilidade geográfica reflete a distancia entre a população e os recursos, podendo ser medida por distancia, tempo de deslocamento, custo do transporte, entre outros condicionantes. A acessibilidade organizacional abrange as características ligadas ao modo de organização dos serviços de saúde que obstaculizam ou facilitam a capacidade das pessoas na utilização dos mesmos. Inclui aspectos tais como: tempo para obter uma consulta, tipo de agendamento, turnos de funcionamento, tempo para fazer exames laboratoriais, continuidade do tratamento.

Desta forma, a acessibilidade está diretamente relacionada à cobertura populacional de atuação da atenção básica, já que não há como garantir o acesso adequado sem a existência de serviços disponíveis à toda a população. Mas também diz respeito à forma como a política e cada serviço se relaciona com a população e com o restante da rede de serviços de saúde.

Leão e Caldeira (2011) ressaltam que, dentre os atributos da Atenção Básica, a proximidade do posto de saúde em relação à sua casa, é um dos fatores mais relatados pelo usuário como favorecedor de adesão à aquela unidade.

Bárbara Starfield (2002) utiliza o termo **ACESSIBILIDADE** para designar um dos elementos estruturais da atenção básica, com foco na questão geográfica e de organização dos serviços (utilização do serviço). Para ela, o atributo ou característica fundamental correspondente seria o atributo da atenção ao primeiro contato, que implica no fato do paciente ser atendido inicialmente por um generalista que deve ser a sua fonte regular de atenção. Desta forma, seria reduzida a utilização de serviços especializados desnecessários, que, na ausência de uma indicação clínica inicial, podem gerar altos custos e iatrogenias, o que a autora respalda com a apresentação dos resultados de diversos estudos.

A acessibilidade é o elemento “estrutural” necessário para a primeira atenção. Para oferecê-la, o local de atendimento deve ser facilmente acessível e disponível; se não, a atenção será postergada, talvez a ponto de afetar adversamente o diagnóstico e o manejo do problema (STARFIELD, 2002, p. 226).

Discutindo a organização do serviço, Oliveira e Pereira (2013) consideram que o acolhimento é uma estratégia para o desenvolvimento da longitudinalidade, contudo, nesta pesquisa, o acolhimento está vinculado ao desenvolvimento da acessibilidade, longitudinalidade, integralidade e coordenação.

1.3.2 Longitudinalidade, Continuidade ou Vínculo

De forma ampla, trata-se da característica de garantia do acompanhamento do cuidado ao longo do tempo. Desta forma, “a presença do atributo de longitudinalidade tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, que reduzem os encaminhamentos

desnecessários para especialistas e a realização de procedimentos de maior complexidade” (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

O termo longitudinalidade, como observam Cunha e Giovanella (2011), é pouco utilizado no Brasil, contudo, sendo mais comum utilizar-se o termo Continuidade do Cuidado ou ainda o termo Vínculo, como sinônimos de longitudinalidade. As autoras citadas realizaram uma revisão conceitual sobre este atributo, que consideram o mais importante e estruturante da atenção primária, e encontraram convergência na literatura em se considerar a longitudinalidade, destacando, contudo, a divergência na definição de dimensões da longitudinalidade.

Para Starfield (2002, p. 248), a essência da longitudinalidade é a relação pessoal entre o paciente e o médico, ou equipe, ao longo do tempo, mesmo que haja interrupções, tipos diferentes ou ausência de problemas de saúde. Para ela:

Há uma distinção entre a identificação de um médico, uma equipe de médicos ou um local específico de atenção como *locus* de longitudinalidade. Quando uma equipe ou um local é a fonte da longitudinalidade, o peso da coordenação é provavelmente maior do que se um indivíduo específico for a fonte, já que é provável que os pacientes sejam examinados por um número maior de profissionais. Por outro lado, quando um indivíduo é a fonte é a fonte de longitudinalidade, os desafios de prestar a atenção ao primeiro contato e a integralidade são maiores, pois é mais difícil para um indivíduo do que para uma equipe ou organização médica estar sempre disponível e prestar ou disponibilizar uma variedade de serviços necessários.

Apesar da longitudinalidade ser relacionada a um ganho organizacional com base na equipe e não no médico, individualmente, a autora também relata estudos que demonstram maior satisfação do paciente e maior probabilidade de seu retorno quando há uma vinculação ao médico, bem como da ocorrência também de melhor qualidade do atendimento quando isso ocorre, fato que pode ser compensado, entretanto, pois “quando um local atinge altos níveis de atributos de atenção primária, os benefícios podem ser tão grandes quanto ter um médico específico” (STARFIELD, 2002; p. 252).

Este estudo adotou a definição final da revisão da literatura realizada por Cunha e Giovanella, que propõem a nomenclatura de Vínculo Longitudinal como uma “relação terapêutica estabelecida entre paciente e profissionais da equipe de APS, que se traduz no reconhecimento e utilização da unidade básica de saúde como fonte regular de cuidado ao longo do tempo” (CUNHA; GIOVANELLA, 2011, p. 1038).

As autoras ainda adotam 3 dimensões da longitudinalidade: 1) a característica de ser uma fonte regular de cuidados, o que inclui o reconhecimento pela população do serviço da atenção primária como sua referência; 2) o estabelecimento de vínculo pessoal e duradouro entre o paciente e os profissionais de saúde da equipe de atenção primária; e 3) a continuidade

informacional, que diz respeito à constituição de registros clínicos, familiares e sociais do paciente, permitindo um melhor acompanhamento pela equipe. A continuidade informacional, por vezes, é indevidamente associada à Coordenação do Cuidado, já que esta última trata da relação da atenção primária com o restante da rede de saúde (GIOVANELLA; CUNHA, 2011; SILVA; SILVA; BOUSSO, 2011).

Giovanella e Cunha (2011, p. 1041) concluem:

É importante considerar que, embora o estabelecimento de vínculo longitudinal esteja no âmbito da prática do profissional, o atendimento a tal atributo só será possível se for uma prioridade da gestão, na medida em que envolve questões como a oferta adequada de serviços de APS e mecanismos de fixação do profissional na unidade de saúde.

1.3.3 Abrangência ou integralidade

Define não apenas o escopo de serviços ou elenco de cuidados ofertados pelo serviço ou garantidos através da referência especializada, como também a garantia de recebimento do cuidado adequado de saúde através do cumprimento de quatro dimensões, que Oliveira e Pereira (2013) descrevem: “primazia das ações de promoção e prevenção, atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica, articulação das ações de promoção, proteção e prevenção e abordagem integral do indivíduo e das famílias”. Desta forma, o exercício da integralidade depende da reorganização de práticas e estruturas organizacionais que perpetuam a descontinuidade assistencial (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Starfield (2002) ressalta que a efetiva e adequada integralidade se inicia com uma interação médico-paciente na atenção básica que permita ao médico conhecer e identificar as necessidades do paciente, que podem ir além dos sintomas descritos em cada momento. Ao mesmo tempo, a experiência do profissional é requerida em função da complexidade e multiplicidade de problemas que podem ser encontrados no território, sem que seja possível esperar que um profissional possa lidar sozinho com todos:

Ao invés disso, a integralidade requer que os serviços estejam disponíveis e sejam prestados quando necessários para os problemas que ocorrem com frequência suficiente para que os profissionais mantenham sua competência. A variedade de serviços disponíveis e prestados na atenção primária pode, assim, variar de comunidade para comunidade, conforme incidência ou prevalência de problemas forem diferentes (STARFIELD, 2002; p. 315).

1.3.4 Coordenação do Cuidado

Este atributo é de fundamental importância em um modelo de atenção baseado na atenção básica e direcionado para a construção de redes de atenção, como descreve Silva (2011, p. 2756):

O papel-chave da APS para o adequado funcionamento das redes de atenção à saúde tem sido enfatizado por numerosos autores, e seu fortalecimento depende de um conjunto de condições entre as quais se destacam: (1) disponibilidade de médicos generalistas com boa formação para cuidar da saúde da comunidade, com utilização das melhores evidências científicas na terapêutica dos problemas mais prevalentes; (2) ações de saúde abrangentes e articuladas, que contemplem vigilância, prevenção de enfermidades e promoção de saúde; (3) gerenciamento do cuidado visando garantir sua continuidade, através da regulação do acesso e integração com os demais níveis de atenção; (4) escopo assistencial amplo, se necessário incluindo outras especialidades médicas para que atuem de forma articulada com os médicos generalistas nas situações de maior prevalência, tais como cardiologia, ortopedia, entre outras; e (5) integração matricial com os especialistas.

Almeida et al. (2010, p. 287) apontam que esforços nesse sentido, de fortalecer a APS para a coordenação do cuidado, já vêm sendo desenvolvidos na Europa desde a década de 1990. O não desenvolvimento dessa estratégia na América Latina e no Brasil, especificamente, se daria em função da segmentação do acesso e fragmentação da rede assistencial, dificultando a perspectiva de regulação assistencial.

A coordenação entre níveis assistenciais pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde relacionada à determinada intervenção de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum.

1.3.5 Orientação para a comunidade

Starfield (2002, p. 538) descreve a abordagem orientada para a comunidade como aquela que:

Aplica os métodos da medicina clínica, epidemiologia, ciências sociais e pesquisa e avaliação de serviços de saúde para as tarefas a seguir: Definir e caracterizar a comunidade; Identificar os problemas de saúde da comunidade; Modificar programas para abordar estes problemas; Monitorar a efetividade das modificações no programa.

A importância da orientação para a comunidade se dá, portanto, pela ampliação da capacidade clínica da equipe em função de sua capacidade de contextualizar os problemas relatados pelos pacientes, inclusive com conhecimento da situação ambiental, como também pelo monitoramento da situação de saúde da população inserida naquela comunidade (ALMEIDA; MACINKO, 2010; STARFIELD, 2002).

Em um sistema de saúde com base na APS, a **orientação familiar e comunitária** significa que este sistema não considera apenas a perspectiva clínica ou individual do cuidado. Em vez disso, emprega uma visão de saúde pública que leva em conta informações da família e da comunidade para avaliar riscos e priorizar intervenções. A família e a comunidade são vistas como sendo o foco principal para o planejamento e intervenção (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2008, p. 13).

1.3.6 Centralidade na família

Para Nogueira et al. (2011), a importância da direcionalidade da atuação da equipe de saúde para a família se dá por ser a família “o próprio alicerce da sua identidade social, da sua sobrevivência material e espiritual, por meio do qual se constrói seu modo de vida.” Desta forma, trabalhar o cuidado em saúde com a família seria uma forma de influenciar o modo de vida das pessoas, além de permitir ao profissional de saúde a ampliação do suporte de informações necessária para a melhor abordagem do cuidado individual, reforçando ainda “o compromisso e o envolvimento entre profissionais de saúde, indivíduo, família e comunidade” (NOGUEIRA et al., 2011).

Para Sousa (2007, p. 84), a “focalização na família implica considerar a família como sujeito da ação, o que exige uma interação da equipe de saúde com esta unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde”.

Marin, Marchioli e Moracvick (2013, p. 784) consideram de grande valor o potencial de conhecimento da família na atenção básica, em especial no Saúde da Família, pois garante a qualidade do diagnóstico da prescrição sem a necessidade de repetidas e extensas anamneses. Concluem que “embora muitas dificuldades e desafios sejam colocados à ESF, é preciso reconhecer que a equipe dispõe da potencialidade de conhecer as pessoas no seu contexto social, emocional, familiar e financeiro”.

1.3.7 Competência cultural

Para Fernandes e Backes (2010), a contextualização cultural do trabalho da equipe de saúde da família é um dos componentes que podem garantir a maior eficácia e efetividade do trabalho realizado junto às comunidades.

Nesse sentido, a competência cultural é a capacidade de reconhecer e dialogar de forma respeitosa e fraterna com as diferenças entre os grupos populacionais atendidos. Para Giovanella e Mendonça (2012), a competência cultural se define como o “reconhecimento de diferentes necessidades dos grupos populacionais, suas características étnicas, raciais e

culturais, entendendo suas representações dos processos saúde enfermidade” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 587).

1.3.8 Formação Profissional

A formação profissional desvinculada do conhecimento da realidade das comunidades, e muito centrada no desenvolvimento de competências individuais, fragiliza os atributos da atenção primária e, em especial, o vínculo longitudinal, pela inexistência de competência cultural (LOCH-NECKEL et al., 2009; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Considerando que a estratégia de saúde da família se insere, no SUS, como uma estratégia de mudança do modelo de atenção e que a incorporação do conjunto de atributos da atenção básica ainda é uma questão em andamento, a formação profissional torna-se fundamental, pois influenciará determinantemente na adesão ao saúde da família (ALMEIDA; MACINKO, 2006; LEÃO; CALDEIRA, 2011).

As atribuições da equipe de saúde da família são múltiplas e complexas, exigindo dos profissionais de saúde conhecimentos específicos desta área. Os dados encontrados destacam maior efetividade das equipes com residência em medicina de família e comunidade e da residência multiprofissional em saúde da família, o que pode ser atribuído à formação de profissionais mais voltadas para o desempenho das funções cotidianas da atenção primária (LEÃO; CALDEIRA, 2011, p. 4421).

Nesse sentido, com o intuito de superar as inconsistências entre a política pública e as graduações na área de saúde, e de induzir novas práticas, têm sido incentivados, tanto pelos órgãos formadores como pelo Ministério da Saúde, a formação complementar em cursos de pós-graduação *lato sensu*, além de estratégias de formação permanente.

Esses cursos são *locus* de experiências importantes para o desenvolvimento de uma prática interdisciplinar, que geralmente não recebe a ênfase necessária nos cursos de graduação. Além disso, os programas incentivados pelo Ministério da Saúde, como as residências e especializações multiprofissionais em saúde da família, abrem espaço para novas conquistas na qualificação da assistência à saúde no Brasil. A possibilidade de experienciar o trabalho em equipe multiprofissional e a interdisciplinaridade capacitam os profissionais para a mudança no modelo assistencial, tanto os que já atuam no serviço público, quanto os que ainda não (LOCH-NECKEL et al., 2009, p. 1464).

1.3.9 Marco Conceitual dos Atributos da Atenção Básica

Considerando a descrição dos atributos e opção conceitual em cada um deles, o quadro de conceituação de Bárbara Starfield (2002) foi adequado para a referência do levantamento de evidências e análise deste estudo:

Quadro 4 – Atributos da Atenção Primária e suas definições.

ATRIBUTO	DESCRIÇÃO
ACESSIBILIDADE	Implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde. A medição da atenção ao primeiro contato envolve a avaliação da acessibilidade (elemento estrutural ou geográfico) e da utilização (elemento processual ou organizacional). Inclui a definição de Porta de Entrada.
LONGITUDINALIDADE, CONTINUIDADE DO CUIDADO OU VÍNCULO LONGITUDINAL	Relação terapêutica estabelecida entre paciente e profissionais da equipe de APS, que se traduz no reconhecimento e utilização da unidade básica de saúde como fonte regular de cuidado ao longo do tempo. (GIOVANELLA ; CUNHA, 2011)
INTEGRALIDADE	Implica que as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos eficientemente dentro delas. Isto inclui encaminhamentos para serviços secundários e terciários.
COORDENAÇÃO (INTEGRAÇÃO)	Requer alguma forma de continuidade pelos médicos ou fluxos informacionais, além do reconhecimento de problemas, de forma a conduzir a continuidade do atendimento.
COMPETÊNCIA CULTURAL	Reconhecimento de diferentes necessidades dos grupos populacionais, suas características étnicas, raciais e culturais, entendendo suas representações dos processos saúde-enfermidade. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012)
CENTRALIDADE NA FAMÍLIA	Direcionamento da equipe de saúde de atuar junto às famílias, garantindo o compromisso da equipe não apenas com o indivíduo, mas também com o grupo familiar em seu contexto de relações internas, social e comunitário. Inclui a formação de banco de dados (prontuário da família) que inclui informações familiares de importância para a saúde de cada indivíduo.
ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE	Contextualização do trabalho desenvolvido pela equipe a partir do conhecimento da realidade e cenário epidemiológico da população, inclusive a partir da participação da mesma.
FORMAÇÃO PROFISSIONAL	“Pressupõe que a atenção básica seja uma área de “especialização” que requer formação específica. Requer que os profissionais de saúde sejam capacitados para desempenhar suas funções segundo as dimensões mencionadas anteriormente.” (ALMEIDA; MACINKO, 2006; 69)

Fonte: Autora.

Nota: Adaptado de Starfield (2002, p. 61 - 63), Almeida e Macinko (2006) e Giovanella e Mendonça (2012)

Para Sousa (2007, p. 84), é ao exercitar os seus princípios ou atributos que a atenção básica:

[...] cumpre três grandes papéis nos sistemas de serviços de saúde (Mendes, 2002): o papel resolutivo, intrínseco à sua instrumentalidade como ponto de atenção à saúde, o de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população; o papel organizador, relacionado com a sua natureza de centro de comunicação, o de organizar os fluxos e os contra fluxos das pessoas pelos diversos pontos de atenção à saúde; e o papel de responsabilização, o de coresponsabilizar-se pela saúde das pessoas em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam.

1.4 A ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SUS

A partir da implantação do SUS, um novo desenho do Sistema de Saúde, seguindo os princípios da universalidade, equidade e integralidade, e pautado na estratégia de descentralização, regionalização e hierarquização da rede assistencial, demanda redefinição de papéis e competências, tanto no âmbito das esferas de governo como nas unidades de saúde.

Os antigos postos e centros de saúde são municipalizados e, como ressalta Sampaio (2011), “com a ampliação das responsabilidades dos municípios, os estados têm que assumir novas funções e competências, deixando de atuar na gestão dos serviços, principalmente da Atenção Básica (AB)” (SAMPAIO, 2011).

Neste cenário, verifica-se a necessidade de redefinição e fortalecimento do papel da gestão estadual no processo de descentralização. De acordo com pactuações realizadas no Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, as principais responsabilidades da esfera estadual do SUS são: formulação de política, cooperação técnica, planejamento e programação, cofinanciamento, desenvolvimento de recursos humanos e, por fim, avaliação e monitoramento ou M&A (SAMPAIO, 2011).

Os primeiros debates mais concretos sobre uma política de atenção primária, no Brasil, ocorreram durante a VII Conferência Nacional de Saúde, em 1980. Apesar de experiências em nível local e nacional, a questão permaneceu como agenda secundária até a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no início da década de 1990 (PAIM, 2006).

O PACS, um programa especial nascido no Governo Collor, tinha como finalidade estender a cobertura de ações de saúde às populações rurais e às periferias urbanas voltando-se, especialmente, para o grupo materno-infantil. Foi criticado na época por traduzir uma política de focalização prescrita por organismos internacionais, além de ir na contramão da construção de um SUS universal, igualitário e integral (PAIM, 2006).

Em 1991, já na vigência do SUS, o Brasil lançou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e em 1994 lançou o Programa de Saúde da Família (PSF), ambos com composição e organização definida em portaria ministerial e com incentivo financeiro para implantação e custeio, o que gerou uma rápida expansão, principalmente após a publicação da NOB 96, que estabeleceu o PAB Fixo os incentivos de PAB Variável. Em 1994, 55 municípios implantaram um total de 328 equipes de PSF, em 2000, esse número já haviam subido para 1970 municípios e 4945 equipes de saúde da família, configurando o que Mario Roberto Dal Poz (2002) chamou de reforma incremental dentro do sistema de saúde. A expectativa da ampla expansão do PSF também era a de reconfiguração do sistema de saúde. (DAL POZ, 2002). Ressaltando, contudo que:

El desarrollo del PSF es un reconocimiento de que la heterogeneidad y la complejidad de los procesos de reforma del sector de la salud y los problemas enfrentados en el proceso de mejorar el desempeño de los servicios y sistemas de salud han puesto mucho más énfasis en la búsqueda de las soluciones para los perfiles de financiación y gasto en la política de salud, para el sistema mixto público-privado en la oferta de servicios y aun para la redefinición de nuevos modelos de asistencia (DAL POZ, 2002, p. 83).

Para o autor, uma das principais questões da redefinição do modelo de atenção ficou no esquecimento: **a questão dos recursos humanos**, tanto em relação às questões trabalhistas como em relação ao desenho da política de recursos humanos necessária a um sistema reconfigurado e com uma rede expandida e mais próxima à população (DAL POZ, 2002).

Embora o Ministério da Saúde nunca tenha admitido a influência das recomendações do Banco Mundial na implantação do PACS e do PSF, apesar das semelhanças das propostas semelhantes, o modelo formulado não era incompatível com sua aplicação em situações de focalização e racionalização (ALBUQUERQUE, 2003; SOUSA, 2014).

Ocorre que, no Brasil, se a agenda do Banco Mundial não foi integralmente absorvida, a tecnoburocracia e as comunidades acadêmicas (enquadradas na classificação anterior) tiveram de formular uma alternativa, absorvendo parte dessa agenda e desenhando propostas para os outros itens. [...] O PSF tenta contrapor aos argumentos de que represente uma “cesta básica” com as propostas e ações pensadas para superar os problemas do sistema tradicional, garantindo atenção domiciliar, execução de todos os programas por uma mesma equipe, viabilizando uma visão integral do indivíduo na comunidade, oferecendo acolhimento e maior atenção ao paciente, reforçando o vínculo, garantindo o cumprimento de jornada de 8 horas diárias e o fim das filas, facilitando o acesso à população adscrita, embora isso represente a exclusão dos não adscritos (ALBUQUERQUE, 2003, p. 21).

Em 1999, o Ministério da Saúde publicou o relatório **Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa de Saúde da Família (PSF)**, fruto de uma pesquisa avaliativa com o objetivo de identificar a situação do programa no país. Neste documento, o ministério reforça a concepção do PSF como estratégia de reorganização da Atenção Básica e a ideia de desenvolver um sistema de avaliação, apostando em sua expansão a partir da implantação do PAB e dos Polos de Capacitação, Formação e Educação Continuada em Saúde da Família. Apesar disto, são os recursos financeiros e a formação profissional as principais limitações operacionais ao programa, citadas pelos coordenadores estaduais do PSF/PACS, junto o número insuficiente de médicos e a falta de entendimento dos profissionais (BRASIL, 1999).

A conclusão da pesquisa, entretanto, é considerada positiva por relatar que os gestores municipais consideram o saúde da família como uma estratégia efetiva de reorganização da atenção básica. Também identificou: o uso de agenda de atividades programadas por mais de 90% das equipes; a presença de profissionais de outras categorias compondo a equipe, sendo 28,8% destas de odontólogos; a forma majoritária de contratação através de seleção simplificada e contrato temporário, sendo Pernambuco citado pelo grande número de municípios contratando por cooperativa. Por fim, como seu maior achado, a pesquisa identificou a ampliação do acesso em função da expansão de atividades desenvolvidas a partir da implantação das equipes (BRASIL, 1999).

Depois da implantação, a situação se transforma, com maioria absoluta das atividades sendo desenvolvida por um percentual maior que 75% das equipes. Esse é

um dos aspectos mais importantes dentre os avaliados, representando um grande avanço no processo de consolidação do SUS e da estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 1999, p. 51).

No relatório **Situação da Infância Brasileira 2001**, documento que compõe o esforço sistemático do UNICEF de avaliar a situação das crianças em todo o mundo, o UNICEF apresenta o PSF como fruto de uma parceria sua com o Ministério da Saúde, descreve o programa e ressalta que, em 2001, um quinto da população brasileira já está em contato com as equipes de saúde da família, e cita avanços:

Como resultado de quase sete anos de programa, por exemplo, em Camaragibe – uma cidade de 130 mil habitantes em Pernambuco –, a mortalidade infantil caiu de 70 por mil, em 1994, para 17 por mil, em 1999. Em Ribeirão das Neves, Minas Gerais, entre 1997 e 1999, o programa promoveu a queda do índice de morte de crianças antes do primeiro ano de vida de 48 por mil para 23 por mil (UNICEF, 2001, p. 25).

Além de avanços diretamente mensuráveis, o relatório cita a importância da comunidade, em especial mulheres e crianças, encontrar suporte em profissionais que conhecem a comunidade (UNICEF, 2001).

A edição de 2008, o relatório **Situação mundial da infância 2008: Caderno Brasil**, além de ressaltar o crescimento numérico do PACS e PSF no país, cita estudo de Macinko, Guanais e Sousa, conjunto entre Universidade de São Paulo e Universidade de Nova York, que demonstra que a expansão do saúde da família, “juntamente com outros avanços socioeconômicos, está associada à redução da mortalidade infantil” no Brasil (UNICEF, 2008, p. 50).

Paralelamente a esta recomposição, e a ela atrelada, a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com caráter de ação focalizada (reidratação oral, apoio ao controle de endemias e imunização, basicamente) e de suporte à interiorização assistencial, instalava-se no centro do debate entre as concepções de APS seletiva *versus* abrangente. E, apesar disto, gerou a possibilidade de aproximação de importantes componentes da Atenção Primária, como a territorialização, adscrição de clientela e vínculo (GIOVANELLA et al., 2009).

Para Conil (2008), o surgimento do Programa de Saúde da Família, em 1994, tornou-se viável em função do sucesso e visibilidade do PACS associados ao “vazio programático para a questão assistencial do SUS”, além da possibilidade de atrelamento a incentivos financeiros, possibilitando expansão de serviços pelos municípios. Desta forma, seria visualizado como inserido inicialmente no contexto da Atenção Primária Seletiva, que Cohn (2009) apontou como estratégia de maior “racionalização e diminuição dos gastos públicos federais com os programas sociais”, com, segundo Giovanella e Mendonça, uma “cesta

restrita de serviços e baixa articulação com o restante da rede assistencial” (CONIL, 2008, p. 11; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 604; COHN, 2009, p. 67).

Cunhou-se, então, o termo Atenção Básica, marcadamente como expressão de política pública, intervenção estatal sobre a situação de saúde da população brasileira. Paim (2006) sugere que a opção possa ter surgido para “fugir” da polêmica em torno da Atenção Primária Seletiva defendida pelos organismos financiadores, que suscitou o apelido de Atenção Primitiva de Saúde.

No caso brasileiro, o termo atenção básica significa o primeiro nível de atenção à saúde e sustenta-se no princípio da integralidade, compreendido como a articulação de ações de promoção da saúde e prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos. É, portanto, uma formulação típica do SUS, que deixa claro os seus princípios e suas diretrizes organizativas e é incorporado pela estratégia do PSF, a qual, a partir de sua criação, materializa uma forma de pensar e agir na construção de um novo modelo de atenção à saúde dos indivíduos, famílias e comunidades (SOUSA; HAMANN, 2009, p. 1327).

Com vistas a esclarecer o posicionamento governamental e reduzir as controvérsias, recentemente, o Ministério da Saúde publicou na revisão da Política Nacional de Atenção Básica, através da Portaria GM Nº 2488/2011: “A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Associa a ambos os termos: os princípios e as diretrizes definidas neste documento” (BRASIL, 2011).

Para Campos et al. (2008) esta diferença tem impacto no imaginário das pessoas, que veem a atenção básica como menos complexa e tendem a desvalorizar o trabalho das equipes deste âmbito de atendimento.

Além disso, o acesso a serviços assistenciais públicos de saúde fora do ambiente hospitalar e as ações de promoção da saúde são práticas relativamente recentes. Sendo sua expansão, inclusive, uma das principais bandeiras do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (MELLO, 1977; PAIM, 2008).

Para o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (2011), em seu documento de posicionamento **A atenção básica que queremos**, apesar de 15 anos de avanços com o Saúde da Família, incluindo a cobertura de 50% da população e a melhoria dos indicadores de saúde, não é possível desconsiderar as limitações da proposta em termo da dimensão de amplitude do alcance populacional e dos desafios de sua sustentabilidade.

A Estratégia de Saúde da Família, a única [da atenção básica] com co-financiamento no SUS, tem-se mostrado ainda insuficiente, quer por abrangência ou pela pouca resolutividade. São várias as dificuldades que os municípios enfrentam na busca de uma melhor cobertura, tais como: insuficiência de profissionais, principalmente médicos; limites da lei de responsabilidade fiscal no tocante ao percentual de gasto com pessoal na área de saúde; falta de financiamento solidário tripartite que dê sustentabilidade à estratégia; insuficiência de profissionais com formação adequada,

dentre outras (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2011, p. 9).

No elenco de dificuldades enfrentadas pelos municípios, o subfinanciamento do SUS é um dos mais argumentados pelos gestores, pois os municípios arcam com a maior parte dos recursos para a atenção básica, a União com a parte restante e os estados com a menor parte, ou nenhuma. Segundo o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (2010), dependendo da classificação do município (número de habitantes, IDH, perfil étnico, etc.), o maior valor repassado mensalmente pelo Ministério da Saúde por ESF seria de R\$ 9.200,00. A questão é que o custo da equipe completa varia de R\$ 25 mil a R\$ 30 mil – valores que, necessariamente, serão complementados pelo município (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2011).

Outra questão bastante criticada no processo de implantação do Programa e da Estratégia de Saúde da Família tem sido a condução centralizada no Ministério da Saúde, pois, embora a adesão não seja obrigatória, os fortes mecanismos de indução, por incentivo financeiro ou restrição de acesso a estruturas de suporte e/ou políticas específicas atreladas à cobertura de PSF, praticamente impõem a sua adoção (COHN, 2009).

A impossibilidade de construir modelos alternativos e receber apoio financeiro teria dificultado o surgimento de soluções locais, como relata Albuquerque (2003, p. 42):

As experiências diferentes de composição da equipe e da organização do seu trabalho passaram muitos anos sem serem reconhecidas ou incentivadas pelo Ministério. A alternativa do médico de família de Manaus, semelhante ao de Niterói, com menor número de famílias e uma organização do trabalho menos intensiva em termos de consultas e uso de apoio diagnóstico foi uma delas. A de Campinas, com os especialistas básicos (pediatra, clínico e ginecologista) atuando em conjunto com a equipe “base” do médico generalista, teve de usar o artifício de incluir seus especialistas como outras equipes para ter auxílio financeiro do Ministério da Saúde (ALBUQUERQUE, 2003; p. 42).

Embora não eximido de controvérsias e críticas, o PSF se consolidou expressivamente a partir de sua introdução na Norma Operacional Básica 96 (NOB 96), que o pautou como programa componente da atenção básica, no primeiro nível de atenção, e criou o Piso de Atenção Básica (PAB) (AZEVEDO, 2007; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A grande guinada do sistema de saúde brasileiro neste sentido iniciou-se após a publicação da NOB/96 (que só entrou em vigor em 1998), a qual criou importantes mecanismos de indução da expansão da atenção básica, como o Piso da Atenção Básica (PAB) e o incentivo ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e ao Programa de Saúde da Família (PSF). Assim, se em dezembro de 1998, em todo o Brasil, havia 116.393 famílias cadastradas no PSF e 213.107 no PACS, em agosto de 2005 estes números passaram, respectivamente, para 2.542.516 e 1.304.779. Mais um elemento a se destacar desses números é que os mesmos mostram a superposição do PSF sobre o PACS, indicando uma clara opção do Ministério da Saúde pelo modelo PSF como principal estratégia de intervenção em saúde no âmbito da atenção básica (AZEVEDO, 2007, p. 27).

Depois de implantado o PAB, contendo um valor fixo e uma parte variável destinada ao incentivo de intervenções como Ações básicas de Vigilância Sanitária, PACS/PSF, Programa de Combate às Carências Nutricionais, vigilância epidemiológica, etc., o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu as orientações para a organização da atenção básica, através da Portaria GM No. 3.925, de 13 de novembro de 1998 (PAIM, 2006).

Além disso, o Saúde da Família permitiu uma rápida expansão de serviços sob coordenação dos municípios e com características de organização da rede assistencial, com serviços centrados na família e na comunidade, e com alto potencial de articulação com os demais componentes da rede (ALMEIDA; MACINKO, 2006).

Para Sousa, Franco e Mendonça (2014), os problemas e as fragilidades da atenção básica são os problemas e fragilidades do sistema de saúde brasileiro, que se revelam e explicitam na atenção básica. Para os autores é preciso enfrentar com maior profundidade de debate as crises atuais do sistema.

Uma análise preliminar do cenário do Sistema de Saúde no Brasil revela o paradoxo de grandes avanços e crescente crise de legitimidade. Para Paim (2011), esta crise é uma constante desde a promulgação da Constituição de 1988, pois, nascido contra hegemônico, fruto de conjuntura largamente favorável à ampliação dos direitos sociais e da consistência das formulações dos movimentos pela Reforma Sanitária, o SUS teria sua implantação realizada em permanente disputa e sob o impacto de importantes distorções ao projeto original ou ao que poderia ser sua “imagem objetivo” (PAIM, 2011).

Logo em suas origens, o SUS enfrentou os obstáculos do que Machado, Baptista e Nogueira (2011) chamaram de “inflexão conservadora” do final dos anos 1980 e década de 1990, que, na saúde, configurou retração de **financiamento** em todos os níveis, durante o Governo Collor. Os enfrentamentos levaram, inclusive, à formulação de uma Proposta de Emenda Constitucional, a PEC 32, em 1995, já durante o governo FHC, que propunha exclusão do princípio da universalidade e a definição de mecanismos de acesso, com corresponsabilidade Estado-Sociedade a se definir em lei. Além disso, houve o não enfrentamento de questões que se tornariam críticas ao longo dos anos, entre elas, os caminhos da municipalização, que implicam no modelo de desenvolvimento do sistema nos municípios (ARAÚJO JÚNIOR. 2000; PAIM, 2007; MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011, p. 522).

Como comenta Paim (1992, p. 33):

Tal como ocorrera na experiência italiana, os partidos e grupos que se opuseram à Reforma Sanitária, por ironia da História, passaram a ser os responsáveis pela implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil. Nessa conjuntura, como admitir que a proposta da municipalização pudesse ser orgânica ao projeto da Reforma Sanitária?

Desta forma, o processo de municipalização pautou-se pela desconcentração de competências e de recursos, sob o signo de grande burocracia e controle, por parte da união, mas não se pautou pelo fortalecimento da gestão municipal na condução da mudança do modelo assistencial. O processo de descentralização, portanto, grande bandeira da estruturação do SUS, tem se desenvolvido de forma controlada e restritiva, com baixo ganho de autonomia pelos municípios, eivado pelas limitações do financiamento, pela baixa participação dos estados e pela tradição centralizadora do Estado brasileiro (COLLINS, ARAÚJO JÚNIOR; BARBOSA, 2000; CORDEIRO, 2004; GERSCHMAN, 2001; PAIM, 1992).

Em artigo bastante atual, de 1992, Paim elenca três grandes obstáculos à municipalização da saúde, para além do formato burocrático de desconcentração: o sub-financiamento do sistema; a capitalização da saúde, expressa pelo crescimento de planos e seguros privados com subsídio de renúncia fiscal da União; e, tema correlato ao segundo, a ambiguidade dos textos legais no tocante à relação com o sistema privado.

Além disso, o não enfrentamento de outras questões estruturantes, como a gestão do trabalho e formação de profissionais, demonstra que “O percurso da política de saúde nos anos 1990 expressou tensões entre a agenda da reforma sanitária e a agenda de reforma do Estado de inspiração liberal” (MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011, p. 522).

Apesar dos percalços e das fragilidades do processo de municipalização, o atual cenário nacional revela inegáveis avanços, com importantes experiências exitosas, principalmente nos municípios:

É alentadora a lembrança do sucesso do enorme esforço municipal de cumprir sua crescente responsabilidade no financiamento do SUS: elevou a participação da gestão descentralizada no financiamento do setor público de saúde desde 1980 até nossos dias, e a partir da EC-29, em 2000, a média nacional da contrapartida municipal saltou de 15% para 23% em 2011, dos impostos municipais; de 1976 a 2005, os municípios foram responsáveis por 92,7% do crescimento de estabelecimentos públicos de saúde; de 1980 a 2005, cresceram de 16,2% para 68,8% os empregos públicos de saúde, e de 1992 a 2005, houve crescimento de 129,2% em leitos hospitalares pelos municípios, contra 2,1% pelos estados e -12% pela união (NARDI, 2012, p. 22).

Há, ainda, uma herança recente de expressiva expansão de cobertura do sistema, importantes impactos sobre a situação de saúde da população e formulações reconhecidas internacionalmente. A maior parte destas novas formulações compõem movimentos de

expansão do escopo de atuação do SUS e ampliação de acesso da população a equipamentos e serviços, como o SAMU, o Farmácia Popular, e o Brasil Sorridente, implicando diretamente em ampliação da responsabilidade dos municípios (MENICUCCI, 2011).

Esses três programas também foram identificados por Machado, Baptista e Nogueira (2011), junto da Estratégia de Saúde da Família, como prioritários no período de 2003-2008, mas com “diferenças importantes em termos da sua trajetória histórica, base político-institucional, forma de entrada na agenda federal e implicações para o SUS.”, pois a Estratégia de Saúde da Família manifesta uma alta densidade institucional em função de já ser prioridade no governo anterior, quando teve suas estruturas organizacionais constituídas. Por outro lado, ainda que não sejam totalmente inovadores, os três outros programas apresentam um perfil direcionado para formação de marcas de governo e superação de lacunas específicas no SUS. Por fim, as autoras concluem que, apesar da persistência de “desafios relacionados ao enfrentamento de problemas estruturais do sistema de saúde brasileiro”, mudanças incrementais conduziram o SUS para sua expansão e aprimoramento (MACHADO, BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011, p. 529).

Menicucci (2011), em análise sobre os dois mandatos do governo Lula, ressalta a ampliação de estratégias direcionadas a grupos populacionais mais vulneráveis (negros, idosos, quilombolas) e a agravos específicos, linhas de cuidado e redes específicas, como a de urgência e emergência, identificando que, no Brasil, a política governamental supera o debate entre universalismo do Estado de Direito e focalização do Estado Neoliberal: “Nessa perspectiva, a focalização na saúde emerge no interior de uma concepção universalista, como estratégia de implantação da universalização como um direito” (MENICUCCI, 2011, p. 525).

No mesmo artigo, a autora identifica no Pacto pela Saúde, lançado em 2006, importantes contribuições para a consolidação do SUS no tocante à relação inter-federativa e à busca da colocação do SUS na agenda política do país, enfrentando as críticas históricas quanto à baixa pactuação e extensa burocracia do sistema de saúde. Além disso, passos importantes foram dados para a racionalização dos repasses de recursos e ampliação de autonomia dos municípios, com a criação de seis blocos de financiamento (MENICUCCI, 2011).

Apesar dos avanços, inclusive na destinação de recursos, constata-se que não houve mudança quanto à fragmentação entre as políticas sociais, registrada nos anos 1990 (MACHADO; BAPTISTA; LIMA, 2010; VIANNA, 2009).

Paim (2007) tece pesadas críticas à não mudança deste caráter fragmentado das políticas sociais, e às políticas de ajuste macroeconômico e de reforma da previdência, na

contramão das políticas sociais. Apesar disto, também avalia positivamente os governos Lula, citando particularmente a ampliação da atenção básica e ESF, o SAMU, a implementação da Reforma Psiquiátrica, a política de saúde bucal, e ainda, o investimento em formulação e estruturação de políticas para a média e alta complexidade, atenção hospitalar e de urgências, os Pactos e a valorização do planejamento (PAIM, 2007).

Ao longo do desenvolvimento do SUS e como importante componente das proposições atuais do Ministério da Saúde, cresceu a importância da Atenção Básica, de implementação municipal. Dados do Departamento de Atenção Básica (DAB), da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde, revelam que em dezembro de 1998 existiam 3.353 equipes de saúde da família credenciadas pelo Ministério da Saúde, distribuídas em 1.134 municípios, o que correspondia a uma cobertura de apenas 6,5% da população brasileira. Em dezembro de 2011, esses valores eram de 40.974 equipes credenciadas, distribuídas em 5.285 municípios, correspondendo a 53,4% de cobertura populacional no país. Houve, portanto, um crescimento de 697,3% do número de equipes no período (Tabela 1).

Se forem comparados o crescimento proporcional nos períodos 1999-2005 e 2005-2011, para utilizar períodos do mesmo tamanho, observa-se um crescimento no número de equipes de 560, 25% no período 1999-2005 e um crescimento de apenas 25,55% no período 2005-2011. Houve, portanto, uma estabilização do quantitativo de equipes e uma interrupção do processo de expansão do saúde da família em todo o Brasil, apesar da cobertura permanecer aquém do pretendido para a consolidação da atenção básica como estruturante para as redes assistenciais e o sistema de saúde, de forma geral. Sousa (2014) descrevendo os números mais atuais (2013) para o Brasil relata uma cobertura de 55,2% de saúde da família, com 25.577 UBS com equipes, atuando em 5.328 municípios (SOUSA; FRANCO; MENDONÇA, 2014).

Tabela 1 - Crescimento do Percentual de Cobertura e Número de Equipes do Saúde da Família no Brasil e no Recife, 1998-2011.

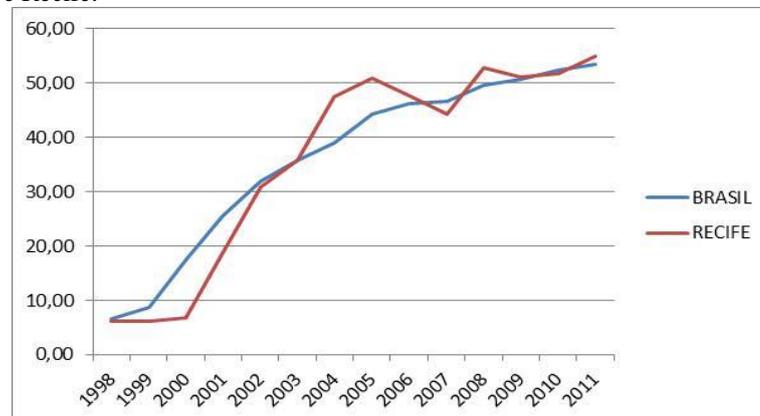
Ano	Brasil			Recife	
	COBERTURA (%)	MUNICÍPIOS	EQUIPES	COBERTURA (%)	EQUIPES
1998	6,55	1.134	3.353	6,10	24
1999	8,78	1.646	4.943	6,10	24
2000	17,43	2.762	10.662	6,76	27
2001	25,43	3.682	19.253	18,68	82
2002	31,87	4.161	23.428	30,73	150
2003	35,69	4.488	25.857	35,71	150
2004	38,99	4.664	28.931	47,45	220
2005	44,35	4.986	32.636	50,76	220
2006	46,19	5.106	34.739	47,58	220
2007	46,62	5.125	35.826	44,18	220
2008	49,51	5.235	36.880	52,83	240
2009	50,69	5.251	38.630	50,97	240
2010	52,23	5.294	39.815	51,70	240
2011	53,41	5.285	40.974	54,97	251

Fonte: Autora.

Nota: Foram utilizados dados de tabulação da página de consultas do Departamento de Atenção Básica/SAS/ Ministério da Saúde (www.saude.gov.br/DAB)

A visualização gráfica da evolução da proporção de cobertura no país e em Recife deixa clara a concentração da maior expansão no período de 1999 a 2005, a partir de quando a expansão é menor, ou mais lenta. No caso do Recife, a expansão se inicia apenas em 2001, quando se visualiza a aceleração da implantação de equipes, chegando a ultrapassar o percentual nacional entre 2004 e 2005. O decréscimo de cobertura identificado entre 2005 e 2008, para o Recife, pode ser explicado pela flutuação nas informações de cadastramento.

Gráfico 1 – Percentual de cobertura populacional entre 1998 e 2011 – Brasil e Recife.



Fonte: Autora.

Nota: Foram utilizados dados de tabulação da página de consultas do DAB/SAS/Ministério da Saúde. (www.saude.gov.br/DAB)

Os municípios, através de seu órgão representativo colegiado, o CONASEMS vem reiteradamente questionando este discurso de valorização da Atenção Básica quando contraposto às ações do Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais, de baixa contrapartida no custeio ou mesmo ausência de participação, como no caso de vários estados, associada a um grande peso regulatório, baixa flexibilidade no debate dos modelos implementados pelos municípios, e insuficiente ação solidária de regionalização e de composição de redes assistenciais (CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2011).

Sousa (2002, p. 29), no livro “Sinais Vermelhos do PSF”, que foca o debate na dificuldade do saúde da família ser desenvolvido nas grandes cidades, elenca quatro pontos principais de fragilidade do programa no país: o primeiro diz respeito ao conflito visceral, ora latente ora explícito, entre um modelo hospitalocêntrico e um modelo em rede, com a atenção básica como base; o segundo diz respeito ao controle dos destinos do sistema pelas corporações profissionais, em especial a médica, mas não só ela; o terceiro, diz respeito à baixa capacidade do sistema em dar as respostas necessárias, o que obriga a população a ter “acesso aos serviços e ações de saúde com “mais atenção” nos períodos de campanhas, especialmente as de vacinação.”; e quarto ponto: a persistente inexistência de um comando único “capaz de estabelecer diálogos permanentes e construir agendas integradas”, pois o sistema é comandado pelos gestores municipais e de instituições estaduais, privadas, filantrópicas, etc.

Esses pontos de fragilidade se desdobram em inúmeras consequências para a organização, ou desorganização, do sistema de saúde, cristalizando o que a autora chamou de tormentas, e que, 12 anos depois, ela retoma em editorial recente, elencando as quatro principais tormentas que perseguem o sistema brasileiro e a atenção básica:

A primeira tormenta é a irracional concentração de “tecnologia de ponta” em grandes centros urbanos em detrimento das pequenas e médias cidades; a segunda, a acelerada e incontrolável elevação de custo do atendimento médico, já insuportável inclusive para as economias mais desenvolvidas, subordinando a prestação da assistência aos interesses dos produtores de serviços e bens do “complexo industrial médico-terapêutico”; a terceira, a “fantasia” do poder e prestígio social das corporações da área da saúde, sobretudo, a médica, por acharem que controlam os mercados das super subespecialidades. Este conjunto de problemas provoca a existência de um mercado educacional cada vez mais privatizado, que abre escolas e oferece vagas sem levar em conta as reais necessidades de saúde da população. A quarta tormenta é o impacto das chamadas doenças do mundo moderno, entre elas a violência social (SOUSA; MENDONÇA, 2014, p.330).

Expressão da importância assumida pela ESF no país, diversos estudos têm sido direcionados para a análise da Atenção Básica. Almeida e Macinko (2006) classificam o elenco desses estudos já existentes em quatro grandes blocos:

1) Estudos de caso, incluindo teses de doutorado ou mestrado, sobre a implementação de um programa específico ou de uma política de atenção básica; 2) grandes pesquisas sobre a implementação do Programa de Saúde da Família – PSF em vários municípios (que é a maioria); 3) Pesquisas sobre o funcionamento de um serviços específico ou processo de trabalho na atenção básica, como trabalho em equipe, ou ainda, atenção a uma doença específica; e 4) Análises históricas sobre o desenvolvimento da Política de Atenção Básica ou de programas especiais (Principalmente o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e PSF) (ALMEIDA; MACINKO, 2006, p. 25).

Os estudos desenvolvidos até o início dos anos 2000, centrados em grande parte na análise do PSF, nas considerações de Cohn (2009) são marcados pelo que a autora chama de “espanto da novidade”, com relatos de experiências inovadoras e exitosas, sobretudo nas áreas mais pobres do país (COHN, 2009).

A partir de 2000, o Ministério da Saúde criou um setor específico para esse monitoramento, e desenvolveu esforço no sentido de apoiar e financiar iniciativas de avaliação na atenção básica. Considerando apenas o período de 2000 a 2006, Almeida e Giovanella (2008) identificaram 110 pesquisas, publicadas, realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde, dentro as quais se destacam a **Avaliação de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF)**, e a **Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família: 2001-2002**. As autoras ressaltaram a forte participação do gestor federal e de organismos internacionais no estímulo e financiamento das pesquisas.

Nos anos mais recentes, a maioria das avaliações realizadas no país enfocou os processos de implementação do Programa de Saúde da Família, incluindo a discussão de sua organização e custeio, bem como o impacto da atenção por meio de indicadores (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008; COHN, 2009).

1.5 A ATENÇÃO BÁSICA NO MODELO DE ATENÇÃO

Para Paim (2006), existem no Brasil dois modelos assistenciais que convivem historicamente de forma contraditória ou complementar: o modelo médico hegemônico e o modelo sanitarista, e a reorganização da atenção básica através do PSF seria a intervenção de maior amplitude realizada no Brasil buscando a modificação do modelo de atenção

hegemônico, em especial por se vincular ao modelo da vigilância da saúde (PAIM, 2006, 2012).

Desta, forma, a partir da implantação do SUS, vem-se buscando alternativas aos modelos hegemônicos que tenham por fundamento a integralidade. Dentre estas alternativas estão a vigilância da saúde e a estratégia de saúde da família (PAIM, 2012, 2008). O autor defende:

Ao articular o controle de danos, riscos e causas, o modelo de vigilância da saúde não só sugere uma integração com as vigilâncias, a assistência médica e as políticas públicas transetoriais, mas também aponta para uma possível superação dos modelos hegemônicos no sentido da oferta organizada, das ações programáticas e da intervenção social organizada. (PAIM, 2012, p.477).

O Saúde da Família que foi introduzido pelo Ministério da Saúde vinculado ao princípio da Vigilância da Saúde, é enquadrado, ele mesmo, como um modelo alternativo, na medida em que tem sido um caminho de reorientação e fortalecimento dos atributos da atenção básica. Neste sentido, para PAIM (2008) o Saúde da Família se aproxima das propostas da Vigilância da Saúde, da Oferta Organizada, e do Acolhimento (PAIM, 2008).

Ou na argumentação de Sarti et al.(2012):

Em linhas gerais, a reorientação de modelo tecnoassistencial proposta pela ESF caracteriza-se pelo deslocamento do eixo de ação do indivíduo e sua doença para o cuidado integral de pessoas tomadas em seu contexto familiar e comunitário, tendo como suporte teórico e prático a integralidade da atenção, a promoção da saúde e a vigilância em saúde (SARTI et al., 2012, p. 537).

A proposta do Acolhimento advém da formulação, em 1992, por um grupo ligado à UNICAMP, do Modelo em Defesa da Vida, que propõe a valorização do cuidado com o indivíduo e a organização do serviço de saúde centrada no usuário (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2003; PAIM, 2008).

O modelo surgiu da crítica à vinculação do modelo da Vigilância da Saúde, das Ações Programáticas e do Saúde de Família com a Atenção Básica em função do que se considerou ser um risco de excessiva tecnificação do cuidado e de uma dicotomia infundada entre medicina clínica e saúde coletiva, ao se pautarem pela epidemiologia, para conhecimento da situação de saúde, e na vigilância para a instrumentalização das intervenções (ALBUQUERQUE, 2003; CAMPOS, 2005, 2006).

As referências teóricas [do Modelo em Defesa da Vida] estão na epidemiologia social (determinação social no processo saúde-doença), utilizam elementos da psicanálise e da análise institucional, teoria da ação comunicativa de Habermas além do Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus e Mário Testa. O processo de trabalho é discutido a partir das contribuições de Mendes-Gonçalves (1979) e ampliado por Mehry (1994), a partir da análise da micropolítica do trabalho (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2003, p. 54).

O modelo Em Defesa da Vida também propõe a revalorização da clínica através da clínica ampliada e compartilhada, do acolhimento, a valorização do vínculo Projeto Terapêutico singular, e a estruturação da prática da Saúde Coletiva na atenção básica. (CAMPOS, 2005) Nesse sentido, implica na reorganização do fluxo de atendimento das unidades, de forma a permitir uma releitura das necessidades de saúde da população (TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

Embora as diferentes propostas em condução e experimentação, ao longo da implantação do SUS, tenham origens teóricas e enfoques diferentes, e ainda que se possa perceber claramente as opções reveladas em cada política municipal, eles não se excluem totalmente, pois os componentes de um, mesmo não tratados da mesma forma, são componentes de outro. Particularmente na Atenção Básica, onde algumas propostas podem confluir para o alcance da garantia de acesso à saúde pela população (TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

Como ressaltam Teixeira e Solla (2006):

Uma primeira observação a ser feita com relação ao conjunto de propostas de mudança no modelo de atenção à saúde que vem sendo implementadas e analisadas no âmbito do SUS, é que nenhuma delas dá conta, sozinha, de todos os aspectos envolvidos no processo de mudança das práticas de saúde, desde quando cada uma delas enfoca aspectos parciais desse processo, qual seja o desenho do sistema ao nível macro-organizacional, ou a mudança do processo de trabalho em saúde ao nível das “micro-práticas”, tanto em termos de conteúdo quanto em termos de forma de organização das relações entre os agentes das práticas e destes com os usuários (TEIXEIRA; SOLLA, 2006, p. 29).

1.6 O IMPACTO FRENTE AOS PROFISSIONAIS

O desenvolvimento da Atenção Básica, e em especial da Saúde da Família, foi fator de grande ampliação do espaço de trabalho na rede pública, em especial dos profissionais enfermeiros, médicos e dentistas, embora, em função do surgimento do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF), também tenha havido a incorporação de outros profissionais de saúde, como o fisioterapeuta, o nutricionista e o sanitário. Concomitantemente à ampliação de campo de trabalho, a estratégia de Saúde da Família propõe mudanças no escopo de atuação do profissional, que, como ressaltam Vasconcelos e Zaniboni (2011), é incumbido de desenvolver ações coletivas, educativas e comunitárias, além de participar do planejamento das ações da equipe, e buscar a geração de vínculos com a comunidade e seus membros (VASCONCELOS; ZANIBONI, 2011).

O estudo de Vasconcelos e Zaniboni (2011) também identificou pontos negativos que prejudicam a atuação dos médicos:

Os pontos negativos destacados são pouco tempo destinado às atividades individuais e coletivas, perfil de divisão não condizente com as necessidades da área, tampouco com as prioridades do programa, alta demanda, alta incidência de casos complexos, referências inadequadas e falta de incentivo à especialização (VASCONCELOS; ZANIBONI, 2011, p. 1503).

Além das dificuldades relatadas pelos médicos, estudos indicam a sobrecarga dos enfermeiros, na equipe de saúde da família, em função de assumirem mais fortemente as questões administrativas da ESF e, em muitos casos, ter que suprir, na medida do possível, a ausência do profissional médico (BERTONCINI; PIRES; SCHERER, 2011).

Outras preocupações dizem respeito à difícil relação entre a autonomia necessária à atuação do profissional e o “excesso de autonomia” gerado pela ausência de gerenciamento do trabalho e acompanhamento do atendimento, bem como pela ausência dos mecanismos de suporte, considerando a própria dificuldade de gestão do trabalho pelos municípios. Junte-se a isso a já citada desvalorização do trabalho na atenção básica (BRANDÃO, 2007).

A relação intra-equipe na lógica da saúde da família, embora seja relatada como um dos fatores predisponentes para a motivação no trabalho, também revela a disputa de hegemonia pelos profissionais médicos e enfermeiros (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2011) e um certo paralelismo na atuação dos mesmos e do dentista (OLIVEIRA; MORETTI-PIRES; PARENTE, 2011).

Neste contexto, os profissionais que compõem a equipe são atores chave, pois sua atuação é fundamental para o estabelecimento de um novo padrão de relação institucional com os usuários, o que exige uma mudança estrutural na formação e nas práticas dos profissionais de saúde (GONÇALVES, 2009a).

Essa mudança também exige uma rediscussão da gestão do trabalho das equipes, de forma a buscar estratégias de redução ou suporte aos profissionais diante das mudanças dessa nova prática, pressão esta que pode trazer adoecimento ao trabalhador, como a síndrome de *Burnout*:

O trabalho na ESF abre uma perspectiva de renovação que tensiona a dimensão identitária. Hoje, cada profissional é forçado a olhar e a ver no outro uma nova face, bem como a olhar-se e ver-se a si mesmo com uma nova face. A integralidade da atenção pressupõe a reciprocidade entre intervenções técnicas e interação da equipe, exigindo grandes transformações na prática médica (conteúdos das tarefas, normas e padrões, atribuição de competências, integração de atividades e relações hierárquicas e interpessoais). [...] As implicações conceituais e práticas desse processo reconstrutivo, sobretudo em situações onde as limitações na comunicação e as deficiências do suporte organizacional favorecem a busca de soluções pessoais para as tensões e os embates do trabalho, podem levar à baixa realização profissional e ao esgotamento. Fatores centrais para o surgimento dos sentimentos e atitudes negativas no trabalho que caracterizam o *burnout* (FELICIANO, KOVACS; SARINHO, 2011, p. 3374).

1.7 O FINANCIAMENTO DO SUS E DA ATENÇÃO BÁSICA

A questão do financiamento tem sido uma pauta permanente e polêmica nas discussões da viabilidade do SUS, principalmente em relação à composição da participação da União, estados e municípios, e à coerência entre o discurso de priorização de políticas e a destinação de recursos.

Trata-se de um tema crescentemente pesquisado. Os estudos mais comumente utilizam dados agregados e discutem o financiamento em âmbito nacional, com avaliações temporais, e revelam que, apesar da expansão de investimentos no setor, o financiamento ainda se encontra, como ressaltam Santo, Fernando e Bezerra (2012), “aquém dos valores praticados em países com padrões elevados de saúde” (GEREMIA; CUNHA, 2011; SANTO; FERNANDO; BEZERRA., 2012, p. 862).

Além dos valores de receita e despesa, também podem ser utilizados os indicadores do Sistema de Informação de Orçamentos Públicos na Saúde (SIOPS), criado em 1999, e visto como sistema de grande importância para a análise de informações ligadas aos gastos com a saúde (SANTO; FERNANDO; BEZERRA, 2012). Já no ano de sua criação, o SIOPS captou dados de mais de 60% dos municípios, referentes ao ano de 1998 (SCATENA; VIANA; TANAKA, 2009).

O SIOPS ainda apresenta inconsistências, em função de sua estrutura e da heterogeneidade na alimentação pelos municípios. Estas inconsistências deverão ser corrigidas nos próximos anos, considerando a obrigatoriedade de seu uso com registro bimestral, definida pela Lei Complementar 141/2012 e regulamentada pelo Decreto 2.782/2012. Além disso, a previsão de interfaces com sistemas e órgãos públicos deverá contribuir para seu aprimoramento, ampliando também seu potencial de uso como fonte de informação em pesquisas.

Apesar do subfinanciamento crônico do SUS, diante de seu escopo de atuação, houve ampliação de repasses federais para estados e municípios, em função do processo de implantação do SUS e descentralização das ações (IPEA, 2012; SOLLA et al., 2007).

O movimento de ampliação das transferências foi acompanhado pela descentralização da execução das ações e serviços para os municípios, que tiveram que ampliar o quantitativo de serviços para garantir o acesso da população, os valores permanecerem aquém do necessário (DAIN, 2007; IPEA, 2012; MENDES, 2013).

[...] observa-se que a proporção do gasto público no Brasil em relação ao gasto total com saúde – que está abaixo de 50% – é bem menor que aquela de países que possuem um sistema de saúde universal, como a Inglaterra, a França e a Espanha. Nestes países, a participação do gasto público é igual ou maior do que 70% (WHO, 2011). Defende-se que, para a construção efetiva de um sistema de saúde universal e de acesso integral, é necessário alcançar, no mínimo, o gasto público médio destes países, que já implementaram a universalidade – o que, em 2008, representaria algo em torno de 7% do PIB (IPEA, 2012, p.39).

Estudo do Ipea (2012) demonstra que a participação federal no gasto público em saúde diminuiu de 60% em 1997 para 44,68% em 2010. No mesmo período, o crescimento do percentual total de gasto público em relação ao PIB foi de apenas 0,8% do PIB (IPEA, 2012; p. 45).

Tabela 2 - Gasto público em Saúde¹ das três esferas como proporção do PIB- 1997-2010

ANO	GASTO PÚBLICO/PIB (%)			%Federal/Tot al
	Federal	Estadual e Municipal	Total	
1997	1,78	1,19	2,97	60,00
1998	1,69	1,13	2,82	60,00
1999	1,69	1,13	2,82	60,00
2000	1,73	1,16	2,89	59,80
2001	1,73	1,35	3,07	56,14
2002	1,67	1,50	3,17	52,81
2003	1,60	1,53	3,13	51,12
2004	1,68	1,67	3,36	50,20
2005	1,73	1,75	3,48	49,75
2006	1,72	1,83	3,55	48,43
2007	1,66	1,84	3,51	47,49
2008	1,61	1,99	3,59	44,71
2009	1,83	2,16	3,99	45,87
2010	1,69	2,09	3,77	44,68

Fonte: Ipea (2012).

Solla et al.(2007) ressaltam o crescimento do financiamento federal para a Atenção Básica, identificando que de 1998 a 2005, a relação entre recursos federais para a Atenção Básica e para a Média/Alta Complexidade cresceu de 18,60% em 1998 para 40,20% em 2005 (SOLLA et al., 2007). O estudo já citado do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2012), sobre financiamento da saúde, identificou a ampliação da participação proporcional da atenção básica na distribuição das despesas com ações e serviços públicos de saúde por agrupamentos de programas/ações, de 11,7% em 2000 para 14,9% em 2009; e a diminuição da participação da média de alta complexidade de 51,4% em 2000 para 46,4% em 2009.

Ressalta também o crescimento da participação proporcional da assistência farmacêutica de 4% para quase 9% entre 1995 e 2009 (IPEA, 2012).

Para Solla et al. (2007):

[...] o aumento dos repasses federais para atenção básica, em especial para a estratégia de Saúde da Família, incluindo saúde bucal, possibilitou uma forte indução para ampliação do número de equipes em atividade. Entre dezembro de 2002 e junho de 2006 observa-se um aumento de 55,5% no número de equipes de saúde da família, 221,7% no número de equipes de saúde bucal e 22,6% no número de agentes comunitários de saúde (SOLLA et al., 2007, p. 501).

A discussão do financiamento das políticas sociais no Brasil, contudo, vincula-se ao debate do pacto federativo. Geremia e Cunha (2011) lembram a característica municipalista da Constituição de 1988, que transformou os governos municipais nos principais responsáveis pela oferta de ações e serviços de saúde, pois introduziu o município como ente federado com competências exclusivas, privativas, comuns, concorrentes e suplementares em relação aos estados e União (GEREMIA; CUNHA, 2011; SCATENA; VIANA; TANAKA, 2009).

Entretanto, apesar da valorização do município como executor principal das políticas sociais, como saúde, educação e assistência social, a estrutura tributária do país permaneceu centralizada na união, herança da reforma de 1967, e como Castro e Machado (2010) ressaltam “grande parte dos municípios no país é de pequeno porte, com pequena base econômica de sustentação e, portanto, dependente de transferências intergovernamentais” (CASTRO; MACHADO, 2010, p. 694).

A fragilidade do financiamento municipal torna-se crescentemente mais evidente e mais problemática na medida em que o SUS se aprimora e amplia sua oferta de serviços, o que implica na necessidade de não apenas discutir os mecanismos de garantia do financiamento tripartite do SUS, como repensar federalismo fiscal brasileiro.

Há, ainda, que se considerar a amplitude de especificidades locais e regionais, como os diferenciais entre regiões, e as características específicas dos municípios de pequeno porte e das metrópoles. Para Geremia e Cunha (2011), os municípios de região metropolitana sofrem de forma característica os problemas do desequilíbrio fiscal no debate das fontes de financiamento da saúde, e seu estudo permite discutir as questões mais críticas do problema.

Portela e Ribeiro (2011) ressaltam que:

Embora os municípios contem com recursos federais, o financiamento essencial da ESF ocorre por meio de recursos próprios, que, diante da modesta receita de muitos deles, associado às limitações impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal às despesas com pessoal, enfrentam dificuldades de sustentar tais atividades (PORTELA; RIBEIRO, 2011, p. 1720).

Desta forma, o municipalismo estaria em cheque, ao se considerar que a estrutura tributária centralizada na União implica em um cenário em que os municípios têm baixa capacidade de arrecadação e são fortemente responsabilizados pelo provimento de serviços, a partir da Constituição Federal de 1988.

Nas reflexões históricas, vários autores apontam a introdução do PAB, através da NOB 96, como grande avanço na lógica do financiamento, considerando ser um repasse fundo-a-fundo não baseado na produção, mas no critério per capita (PAB Fixo) e em incentivos direcionados a programas específicos (PAB Variável) (SANTO; FERNANDO; BEZERRA, 2012; KORNIS, 2011) Portela e Ribeiro ainda ressaltam a importância dessa mudança para o crescimento da Estratégia de Saúde da Família, em função da adesão a incentivos específicos, embora isso também tenha significado menor autonomia municipal na condução de sua política de atenção básica, representando o impedimento de municípios planejarem uma política mais adequada às necessidades locais (PORTELA; RIBEIRO, 2011).

A implantação do PAB modificou profundamente a face da gestão das ações e serviços no âmbito do setor saúde no país e foi estrategicamente um fator incentivador para o aumento do número de Equipes da Saúde da Família no Brasil (SIMÃO; ALBUQUERQUE; ERDMANN, 2008, p. 53).

Contudo, desde sua origem, há ressalva em relação ao baixo valor do PAB Fixo e ao formato indutor do PAB Variável, cuja crescente importância no financiamento, em especial pelo crescimento do PSF, tem sido considerada como fator de redução de autonomia municipal (MARQUES; MENDES, 2003).

De maneira contraditória, exatamente quando a forma transferências se firma como alternativa à remuneração por serviços produzidos pelo Ministério da Saúde, os recursos federais ganharam um “carimbo”, classificando sua destinação. Em que pese as intenções da NOB/96, a separação dos recursos para a Média e Alta Complexidade (MAC) daqueles destinados à Atenção Básica, mediante a criação do Piso da Atenção Básica (PAB) – fixo ou variável –, reforçou o papel definidor da política de saúde pela esfera federal (MARQUES; MENDES, 2003, p. 405).

No mesmo caminho de formulação, Sóter (2009) relata que a frustração da definição final quanto a valores e fonte de recurso para o PAB gerou um movimento de resistência dos estados, que contribuiu para o atraso estadual no processo de descentralização.

Os pontos mais conflituosos foram, principalmente, a definição do elenco de procedimentos que deveriam compor o Piso de Atenção Básica, o valor *per capita* correspondente (a proposta inicial de R\$ 12,00 foi substituída por R\$ 10,00, em função da disponibilidade orçamentária e financeira do MS), e a expectativa de dinheiro novo para o sistema que foi frustrada quando o montante de recursos destinados para compor o PAB, saiu do montante de recursos que já estavam sendo utilizados e destinados para custear a assistência. [...] Os estados foram contrários à retirada de recursos da média e da alta complexidade para composição do PAB e, em bloco se organizaram

para habilitarem os municípios, mas, para não se habilitarem até que fosse resolvido esse impasse financeiro (SÓTER, 2009, p. 39).

Marques e Mendes ressaltam ainda que, no período de 1998 a 2003, houve grande expansão do PAB variável em comparação ao PAB fixo, mas que, paralelamente, a NOAS valorizou o crescimento do teto MAC. Segundo Simão et al. (2008), o surgimento do PAB gerou uma expansão de 158% no financiamento da atenção básica no período de 1998 a 2001, “no entanto, isso representava um terço dos recursos destinados à média complexidade e à alta complexidade” (MARQUES; MENDES, 2003; SIMÃO; ALBUQUERQUE; ERDMANN, 2008, p. 54).

Santo, Fernando e Bezerra (2012), em estudo dos municípios de Pernambuco, ressaltam a desigualdade no investimento municipal em saúde e o baixo valor *per capita* entre os municípios do estado. Embora se credite à emenda 29 a ampliação de investimentos nos anos recentes, passado um primeiro impacto positivo em 2001 percebe-se que o fato dos municípios extrapolarem o mínimo constitucional, demonstra que a expansão está mais ligada à ampliação de oferta de serviços. Esse percentual de gasto municipal maior que o mínimo é identificado pelas autoras, que concluem pela necessidade de maior aporte de recursos federais, pois:

Como os percentuais de aplicação dos recursos próprios se encontram acima dos 15%, determinado como mínimo pela Emenda Constitucional 29/2000, os valores de DPSH-M a depender desta fonte, parecem ter chegado a um limite, a serem mantidas as atuais médias de orçamento municipal per capita, apresentadas pelas regiões do estado (SANTO; FERNANDO; BEZERRA, 2012, p. 870).

Várias análises identificam o crescimento da participação dos entes subnacionais, marcadamente os municípios, em detrimento da participação da União (GEREMIA; CUNHA, 2011; PORTELA; RIBEIRO, 2011; SANTO; FERNANDO; BEZERRA, 2012). Além disso, o acesso a recursos federais está fortemente vinculado à adesão a programas estruturados em nível nacional, por conseguinte, em perda de autonomia municipal na definição de políticas locais (CASTRO; MACHADO, 2010; GEREMIA; CUNHA, 2011).

Ainda que a participação da União no financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) tenha diminuído ao longo da década de 1990, durante todo o período foi superior a 50%, revelando o importante papel desempenhado pela esfera federal no financiamento do sistema de saúde (CASTRO; MACHADO, 2010, p. 694).

Marques e Mendes (2003, p. 413) concluem que a estrutura do PAB variável e os inúmeros incentivos promovem uma situação em que “os municípios acabam financiando em parte as políticas federais, mesmo quando estas não fazem parte das necessidades prioritárias de saúde de sua população”. E ainda:

É importante lembrar que não se pode confundir a Atenção Básica com as ações e serviços financiados pelo PAB, e sobretudo ao PSF. Devem ser considerados nesse nível de atenção todas as ações e serviços realizados pela vigilância sanitária, pela vigilância epidemiológica e pelo controle de vetores. Também as ações e serviços não hospitalares de controle de doenças devem ser incluídos no campo da atenção básica. O tratamento ambulatorial da Aids, por exemplo, é prestado na rede básica.

A implantação do SUS trouxe um cenário de transferência de responsabilidades e competências para os municípios, que permaneceram, contudo, fortemente dependentes dos repasses de recursos federais para a execução das ações e serviços de saúde sob sua competência (CASTRO; MACHADO, 2010).

Já em 2002, poucos anos após a institucionalização do programa, Rubens Mattos discute a sustentabilidade do PSF a partir do formato de seu financiamento. No artigo, o autor ressalta o crescimento do programa no país em função do incentivo financeiro, ressaltando a dificuldade de implantação em grandes cidades. A partir da análise dos critérios em vigor na época, definidos na Portaria GM 1.329/99, que previa a elevação do incentivo de acordo com faixas de cobertura, o autor propõe a formulação de critérios que beneficiem as grandes cidades, como forma de permitir a participação destas na proposta de substituição do modelo de atenção (MATTOS, 2002).

Para Mattos, desde sua origem até 1996, o PSF era uma proposta “complementar” para o alcance da população mais pobre ou em áreas de difícil acesso. A partir desse período, e considerando as experiências exitosas e formulações teóricas a cerca do Programa, a introdução do PAB reflete o investimento do Ministério da Saúde, no PSF, já como estratégia substitutiva (MATTOS, 2002).

Apesar do debate de como garantir a viabilidade do saúde da família em municípios de grande porte, a principal pauta nacional para a política de atenção básica é a sua sustentabilidade de forma geral, pois os pequenos municípios manifestam grande dificuldade em mantê-la. Portela e Ribeiro, em artigo de 2011, concluem que:

Os municípios da região Sudeste, mais desenvolvida do país, apresentam em média melhores desempenhos econômico-financeiros, porém valores médios de cobertura de ESF mais baixos. Os municípios das regiões Norte e Nordeste, com as menores médias para indicadores de sustentabilidade econômico-financeira, são os que mais fizeram esforço de evolução no período (PORTELA; RIBEIRO, 2011, p. 1719).

1.8 ATRIBUTOS ESPECÍFICOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Os atributos da atenção básica descritos neste estudo, de forma ampla, como oito atributos (Acessibilidade; Longitudinalidade; Abrangência ou integralidade; Coordenação; Orientação para a comunidade; Centralidade na família; Competência cultural; Formação

Profissional), dizem respeito às características descritas na literatura nacional e internacional sobre a atenção básica, enquanto uma política pública, parte de um sistema de saúde.

Contudo, a experiência brasileira de atenção básica focada na estratégia de saúde da família possui especificidades que precisam ser evidenciadas. O saúde da família tem por base a sua organização como equipe multidisciplinar, a adscrição da população, o território, e a responsabilização. Embora sejam características que podem ser chamadas de organizacionais ou operacionais, estão imbuídas de um significado que diferencia a estratégia de saúde da família de outras experiências em atenção básica (BRASIL, 2012; CAPISTRANO, 1999; REIS; BERTUSSI; FUENTES, 2014).

Capistrano (1999), ao relatar a experiência do QUALIS, em São Paulo, elenca três conceitos que considera principais para o PSF: o de grupo, o de território, e o de responsabilização. No texto, o autor valoriza a capacidade de articulação e mobilização da população, em um território vivo, contudo, chama ainda mais atenção para a responsabilização da equipe em relação às pessoas integrantes da comunidade de abrangência, pois os profissionais de saúde, atuando no território, serão mais que profissionais de saúde, serão representantes da ação do poder público nas intervenções para a melhoria de qualidade de vida da população (CAPISTRANO, 1999).

1.9.1 Equipe multidisciplinar

Diferentemente de outras experiências focadas no médico, a proposta brasileira constitui-se de equipe de médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e de cinco a seis agentes comunitários de saúde, articulando-se a uma equipe de saúde bucal, de forma a buscar a interdisciplinaridade e ampliar a capacidade de intervenção da equipe (MIRANDA, 2014).

O trabalho em equipe tem como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. A ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos (ARAÚJO; ROCHA, 2007, p. 456).

1.9.2 Adscrição da população

Pressupõe o cadastramento da população, que se torna vinculada àquela equipe. Contudo, mais que um cadastro, define a responsabilidade da equipe pelo acompanhamento e cuidado com as famílias e indivíduos cadastrados, e a capacidade de desenvolver esse cuidado com competência cultural e ação intersetorial no território.

No contexto normativo e estratégico do SUS não há propriamente “adscrição de clientela” (mais típico de modelagens preponderantemente clínicas) mas, sim, adscrição da responsabilidade de equipes de saúde para com populações em territórios delimitados (MIRANDA, 2014, p. 351).

1.9.3 Atuação no território

A atuação no território diz respeito ao trabalho da equipe ser desenvolvido não apenas em relação à lista de cadastrados, que caracteriza a adscrição, mas ao espaço de vida dessa população, o território em que se desenvolvem as relações sociais e a interação com o ambiente, sendo, portanto, espaço do enfrentamento dos determinantes sociais a partir de políticas intersetoriais. Na perspectiva da atenção básica, portanto, concretiza-se na ação comunitária e sua articulação, no território, com as ações do setor saúde e das políticas municipais em geral (GIL, 2006; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Desta forma, a equipe deve ter estratégias de reconhecimento da realidade local e atuar sobre as necessidades da população.

1.9.4 Responsabilização

Para Capistrano (1999), a responsabilização é uma característica fundamental do saúde da família, pois as características complexas da realidade de vida da população exigem um olhar individualizado e comprometido para cada usuário vinculado à equipe. Para tanto, a equipe deve ser capaz de acionar outras ferramentas que não apenas a clínica, mas quando necessário buscar apoio na assistência social, nos equipamentos educacionais, ou seja, atuar de forma articulada intersetorialmente para garantir o cuidado da população (CAPISTRANO, 1999; MIRANDA; 2014).

Somente um enérgico trabalho que seja ao mesmo tempo assistencial (estilo madre Teresa de Calcutá, costumamos dizer) e incentivador da organização popular, do cultivo de uma nova sociabilidade, do combate feroz à filosofia de vida competitiva e individualista de nosso capitalismo selvagem *modernizado* (neoliberal), estimulador de uma atitude ativa, reivindicatória mas de “tomar as rédeas do destino em suas próprias mãos”, só esse trabalho é capaz de criar as redes ou nichos de solidariedade que viabilizam as intervenções das equipes. Realizar, dia após dia, esse trabalho enérgico requer uma entranhada ética de responsabilidade de toda a equipe pela vida da população que lhe é confiada (CAPISTRANO, 1999, p. 95).

1.9 A ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Esta pesquisa utilizou o modelo descrito por Araújo (2000), baseado na proposta de Walt e Gilson, chamada de Análise Abrangente das Políticas de Saúde, que recomenda atenção analítica a quatro aspectos inter-relacionados: Contexto, Conteúdo, Atores e Processo.

Para tanto, adotou-se a conceituação ampliada do termo política pública, debatida por Howlett, Ramesh e Perl (2013) a partir dos conceitos formulados por Thomas Dye e William Jenkins. Os autores partem inicialmente do conceito amplamente utilizado de Dye, de que política pública é “tudo o que um governo decide fazer ou deixar de fazer”. Alertam que, pelo fato de ser um conceito sucinto, não deve ser simplificado, e ressaltam as três questões centrais que ele levanta: a de que a política pública é uma ação do GOVERNO; de que é uma DECISÃO; e de que é uma ação CONSCIENTE. Os autores esclarecem que “os três pontos de Dye são centrais para estudar a política pública como um processo aplicado de resolução de problemas e sua definição traz para o primeiro plano em sua análise a ideia de decisões governamentais conscientes e deliberadas” (HOWLETT, RAMESH; PERL, 2013, p. 7).

Em seguida, os autores abordam a definição de Jenkins (JENKIS, 1978 *apud* HAWLETT, RAMESH; PERL, 2013): política pública é “um conjunto de decisões inter-relacionadas, tomadas por um ator ou grupo de atores políticos, e que dizem respeito à seleção de objetivos e dos meios necessários para alcançá-los, dentro de uma situação específica em que o alvo dessas decisões estaria, em princípio, ao alcance desses atores”. Para os autores, trata-se de um conceito bastante útil para ampliar o conceito de Dye, na medida em que explicita elementos implícitos no conceito deste, traz uma abordagem dinâmica, inclui o debate da capacidade de governo e do elemento contextual, da ação orientada, além de abordar o conteúdo da política (objetivos e meios) (HOWLETT, RAMESH; PERL, 2013).

Partindo, portanto, de uma maior clareza do que está sendo estudado, buscou-se compreender as principais vertentes analíticas no estudo de políticas públicas, o que revelou um grande número e significativa diversidade de técnicas e enquadramentos teóricos.

Segundo Frey (2000), as abordagens das ciências políticas para o estudo de políticas públicas giram em torno de 3 questões: 1) Qual o melhor Estado? 2) Como se dá a interação das forças políticas? 3) Que resultados o sistema político produz? A policy analysis se enquadraria na terceira pergunta e pretende analisar a inter-relação entre as instituições políticas, o processo político e os conteúdos de política com o arcabouço dos questionamentos tradicionais da ciência política (FREY, 1999, 2000).

Howlett, Ramesh e Perl (2013) também avaliam que as formulações teóricas sobre políticas públicas partem sempre do estudo das inter-relações entre três elementos: os atores, as instituições e as ideias, pois consideram que “a teoria da política pública sempre colocou o foco nessas três dimensões, ainda que, em várias ocasiões, diferentes teorias tenham tendido a dar ênfase a algum desses elementos em detrimento de outros” (HOWLETT; RAMESH, 2003, p. 4).

A *policy analysis* é um campo que vem se desenvolvendo nas últimas décadas do século XX, a partir dos anos 1950 nos EUA e dos anos 1970 na Europa, instituindo-se mais fortemente a partir da década de 1980 (VIANA; BAPTISTA, 2008; FREY, 2000).

É, portanto, uma disciplina recente, que emergiu na América do Norte e Europa no pós-guerra, como debate de novas compreensões a cerca da relação entre governos e cidadãos. Howlett e Ramesh (2003) relatam que antes de seu surgimento, os estudos da vida política focavam nas dimensões normativas dos governos ou no detalhamento do funcionamento de instituições políticas específicas, e geralmente travavam amplas discussões sobre Estado e Sociedade ancoradas nos clássicos da filosofia e sociologia, de cunho iminentemente teórico. E foi justamente este lapso entre a formulação teórica prescritiva e as práticas políticas dos Estados modernos, que surgem no entre guerras e na guerra fria, que provocou a busca por novos métodos de análise de políticas, que reconciliassem a teoria e a prática através de análises empíricas de políticas reais (HOWLETT; RAMESH, 2003).

Entretanto, os estudos que surgiram se mantiveram bastante prescritivos, analisando a estrutura geral das instituições políticas, pois o ambiente político-social do pós-guerra levava os analistas a buscarem aproximações com questões como justiça, equidade e desenvolvimento, em detrimento de estudos mais focados nas forças, fraquezas e finalidades das estruturas políticas (HOWLETT; RAMESH, 2003).

Para Viana e Baptista (2008), as bases teóricas de inspiração para a análise de políticas públicas giram em torno de dois eixos: as análises centradas no Estado (estruturalismo) e as análises centradas na sociedade (pluralismo). As variações e combinações destes dois eixos dariam o embasamento teórico das abordagens de APP em várias escolas, incluindo as análises mais recentes, que destacam os enfoques multicausais (VIANA; BAPTISTA, 2008).

Com o desenvolvimento do campo das APP nos EUA, e de suas bases em língua inglesa, surgiu o uso diferenciado dos termos que expressam três “âmbitos” da política, que se influenciam mutuamente: **Polity**, ordem do sistema político; **Politics**, processo político; e **Policy**: dimensão material ou operacional da política. Assim, pode-se resumir que “a ordem política concreta forma o quadro dentro do qual se efetiva a política material, por meio de

estratégias políticas de conflitos e de consensos” (SCHUBERT, 1991 *apud* FREY, 2000, p. 217).

Das várias abordagens que surgiram na Análise de Políticas Públicas, algumas focavam o nível micro, do comportamento humano e da psicologia dos atores envolvidos, outras focavam o nível macro, das culturas e sociedades nacionais, ou ainda da natureza dos sistemas políticos nacionais e global, a maioria delas tiveram suas limitações criticadas e foram abandonadas (HOWLETT; RAMESH, 2003).

Howlett e Ramesh relatam, então, que a *Policy Science* foi a abordagem que permaneceu ‘entre nós’, por ter seu foco no que os governos estão fazendo, nas políticas públicas e na formulação de políticas. Citam Lasswell como um dos pioneiros que pretenderam integrar a teoria e a prática política, sem cair no reducionismo formal/legal, através da *Policy Science*. Para Lasswell, a *policy science* se diferencia das demais abordagens por três características: 1) ela precisa ter **enfoque multidisciplinar**, envolvendo vários campos do conhecimento, como a sociologia, a economia, o direito e a política; 2) Ela se baseia na **resolução de problemas**, orientada para a solução de questões relevantes do mundo real; 3) Ela é **explicitamente normativa**, não sendo camuflada sob o disfarce de objetividade científica, reconhece a impossibilidade de separação entre objetivos e meios, valores e técnicas, na análise das ações de governo. Para Lasswell, o analista político deve dizer claramente que solução é a melhor (HOWLETT; RAMESH, 2003).

Com o passar do tempo estas três características sofreram mudanças. Primeiro, embora a ênfase na multidisciplinaridade permaneça, a *policy science* tomou a dimensão de uma disciplina com uma agenda própria e seu próprio corpo de conceitos e terminologias, ainda que boa parte destes últimos venha emprestada de outras disciplinas. Segundo, o direcionamento quase exclusivo para questões que envolvessem a solução de problemas reais perdeu força, pelo simples fato de gerar baixo impacto sobre os governos, pois no mundo real das políticas públicas, a superioridade da análise técnica está frequentemente subordinada à necessidade política. E, terceiro, os autores declaram que a característica normativa ou prescritiva da *policy science* também perdeu força, embora menos, em função da compreensão da impossibilidade, política ou estrutural, de prescrever soluções sobre determinados problemas, em função do que, grande parte das análises de *Policy Science*, na atualidade, pauta-se nas análises de execução, como eficiência e efetividade das políticas, ou pelo debate da coerência entre as atividades do governo frente aos objetivos declarados (HOWLETT; RAMESH, 2003).

Frey (2000), discutindo os modelos importantes para a análise de políticas públicas, apresenta três categorias importantes para estes modelos. O primeiro é a **policy network**, que representa a rede de interações entre várias instituições e grupos da sociedade e do Estado na conformação e implementação de uma determinada política específica. Estas interações podem apresentar-se de forma mais aberta ou fechada, com poucos envolvidos ou muitos, dependendo das características da política e da correlação de forças do momento (FREY, 2000).

O segundo é o modelo de **policy arena**, que se refere aos processos de conflito e de consenso dentro das diversas áreas de política, as quais podem ser distinguidas de acordo com seu caráter distributivo, redistributivo, regulatório ou constitutivo (FREY, 2000).

E o terceiro modelo, de **policy cycle**, propõe uma abordagem de “simplificação” da análise de políticas através de sua decomposição em um ciclo dinâmico composto por etapas. Precursor deste modelo, Laswell propunha 7 etapas no ciclo, contudo atualmente utiliza-se cinco principais etapas: 1) percepção e definição da agenda; 2) elaboração de programas; 3) Decisão; 4) implementação de políticas; e 5) Avaliação e ajuste de políticas (FREY, 2000; HOWLLET, RAMESH; PERL, 2013).

Outra abordagem com grande desenvolvimento nas análises de políticas é o neo-institucionalismo, que, para Frey (2000), vem suprir a lacuna da desvalorização de questões estruturais por parte da “**policy analysis**”, projetando nas instituições não apenas elementos conjunturais de influência às instituições mas também a própria determinação da atuação dos indivíduos e coletividades nelas inseridos, considerando que “Regras, deveres, direitos e papéis institucionalizados influenciam o ator político nas suas decisões e na sua busca por estratégias “apropriadas”. Contudo, aqui a ideia de instituição é ampliada para conjuntos de significados e práticas partilhadas, que possam ser tomados por dados estabelecidos, bem como ações intencionais e calculadas de indivíduos e coletividades, sendo chamadas de identidades ou instituições (FREY, 2000, p. 233).

Hall e Taylor (2003) ressaltam que o neo-institucionalismo comporta várias linhas de pensamento, das quais destacam três: institucionalismo histórico, institucionalismo da escolha racional e institucionalismo sociológico. “Todas elas buscam elucidar o papel desempenhado pelas instituições na determinação de resultados sociais e políticos” (HALL; TAYLOR, 2003).

No institucionalismo histórico, as instituições são um importante, embora não único, fator definidor do comportamento das pessoas, seja porque constituem o ambiente que direciona as escolhas dos indivíduos (que buscam a melhor situação para si), seja porque

configuram o ambiente de identidade cultural que condiciona estas escolhas. No institucionalismo da escolha racional, de origem paralela ao institucionalismo histórico, as instituições se estruturam de forma a configurar situações em que o custo das negociações entre os grupos que as compõem não gere instabilidade, ou seja, mudanças radicais e sucessivas de acordo com as disputas de interesses, ou seja, “elas diminuem os custos de transação ligados à conclusão de acordos”, o que beneficia todas as partes implicadas. Já o institucionalismo sociológico se distancia das duas primeiras em função da importância dada à cultura, que para esta linha de pensamento compõe a instituição, determinando o comportamento das pessoas e a própria estrutura organizacional. Nele, as instituições fornecem o modelo cognitivo e a identidade dos atores que efetuam suas escolhas. Desta forma, as práticas institucionais estão menos ligadas à eficiência e mais ligadas à legitimidade social (HALL; TAYLOR, 2003).

Para os autores, as três linhas trazem importantes contribuições: o institucionalismo histórico amplia o entendimento da relação entre instituição e comportamento individual; o institucionalismo da escolha racional chama atenção para aspectos importantes da vida política, valoriza a gestão da incerteza, e dá relevo ao papel da interação estratégica na determinação das situações políticas, ou seja, à intencionalidade humana; e o institucionalismo sociológico exprime “aspectos do impacto das instituições que talvez sejam uma preliminar necessária à ação instrumental” (HALL; TAYLOR, 2003).

Com posicionamento próximo ao institucionalismo histórico e com o intuito de discutir a influência das estruturas institucionais de cada país na conformação dos sistemas de saúde, Immergut (1992) compara a formação dos sistemas Francês, Sueco e Suíço, considerando que nos três casos a iniciativa de mudança partiu do poder executivo. A autora ressalta a baixa influência, na determinação dos modelos de sistemas de saúde, da composição ideológica dos partidos, da atuação dos sindicatos e mesmo da posição da corporação médica. Para ela, a estrutura do sistema político de cada país, definido historicamente, abre espaços diferenciados e garante posições estratégicas à definição da política a grupos de interesse distintos. Essa estrutura não é congelada, continua sua mudança histórica, mas em cada momento seria a definidora da condução das definições políticas, pois no âmbito dessas instituições, mais de um curso de ação era possível e o desenrolar dos fatos dependeu tanto do acaso histórico e criatividade dos atores quanto das restrições institucionais.

Desta forma,

As instituições se tornam relevantes apenas nos cálculos estratégicos sobre a melhor maneira de promover dado interesse em um determinado sistema. Com o tempo, é possível que ocorram excessos – se certo objetivo for inatingível, pouco depois ele será descartado. Mas em um determinado tempo, o modelo aqui exposto independe de atores socializados por instituições que limitam seus objetivos ou interesses (IMMERGUT, 1992, p. 13).

Na eterna crise entre pluralismo e estruturalismo, Immergut assume uma posição de valorização da história das instituições, esta sob influência da sociedade em que a história se dá, como um componente de predefinição dos espaços possíveis de defesa de interesses num determinado momento. A cronologia dos fatos é, portanto, para ela, uma questão fundamental no processo analítico.

As fragilidades dos vários modelos propostos expõem a complexidade do processo político e a necessidade de buscar as melhores ferramentas teóricas na sua análise. O modelo ideal precisa detalhar os atores e instituições envolvidas, identificar os instrumentos disponíveis aos formuladores e apontar os fatores que levam mais a alguns resultados que a outros. A abundância de estudos e abordagem que surgem da existência de distintas escolas e opções teóricas, muitas vezes leva a conclusões analíticas conflitantes, o que tem valorizado a proposição de modelos e enquadramentos teóricos no sentido de dar maior robustez e coerência às análises desenvolvidas (HOWLETT; RAMESH, 2003; FREY, 2000; WALT; GILSON, 1994).

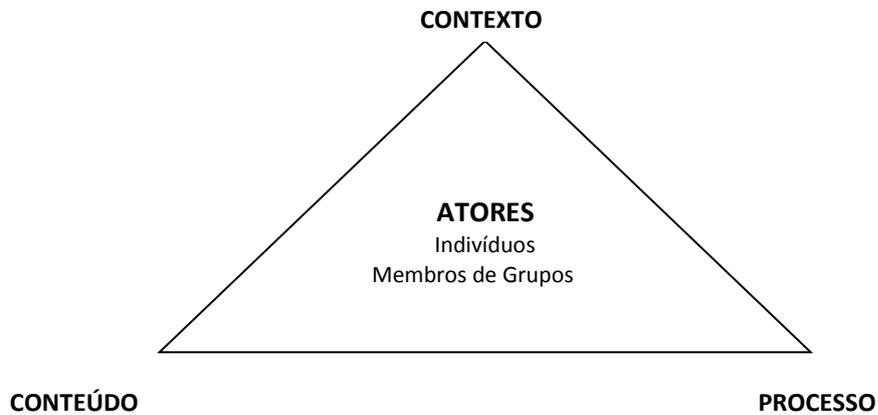
Discutindo os formatos de análise e avaliação de políticas de saúde, Walt e Gilson (1994), argumentam:

A Análise de Políticas é uma disciplina estabelecida no mundo industrializado, ainda com aplicação limitada em países em desenvolvimento. O setor saúde em particular parece ter sido negligenciado. O que é surpreendente considerando a reconhecida crise dos Sistemas de Saúde e prescrições a cerca de QUE reformas na política de saúde os países devem introduzir. Entretanto, pouca atenção tem sido direcionada para COMO os países devem conduzir estas reformas, e muito menos para QUEM se apresenta a favor ou gera resistências a cada política (WALT; GILSON, 1994, p. 353, tradução nossa).

Walt e Gilson (1994) argumentam que a política de saúde erra ao centrar o foco de sua atenção no **CONTEÚDO** da reforma, negligenciando: os **ATORES** envolvidos nas políticas de reforma (em nível internacional, nacional e subnacional), o **PROCESSO** contingente ao desenvolvimento e implementação das mudanças, e o **CONTEXTO** em que a política é desenvolvida (figura 1). O foco no conteúdo da política desvia a atenção da compreensão dos processos que explicam porque os resultados esperados da política fracassam em acontecer. A

chave deste modelo é não aceitar estas categorias como independentes, sempre observando suas inter-relações e influências mútuas (WALT; GILSON, 1994; ARAÚJO JÚNIOR, 2000).

Figura 2 – Modelo para análise de políticas de saúde



Fonte: Walt e Gilson (1994)

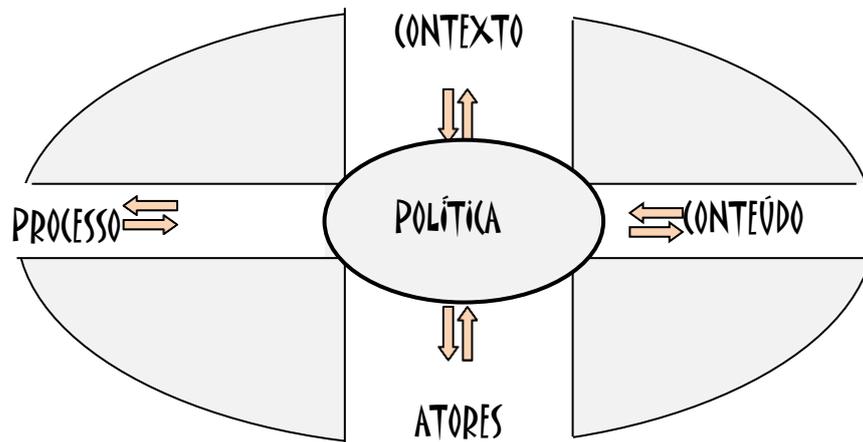
Também para Frey (2000), há necessidade de adaptação das abordagens existentes de análises de políticas públicas de acordo com a realidade em análise, principalmente nos países em desenvolvimento, com estruturas institucionais mais fluídas, onde ressalta a importância de integrar elementos do neo-institucionalismo clássico e da análise de estilo político. Salienta, em função disto, que “a exigência de adaptação da abordagem metodológica à situação empírica concreta e não exclui a possibilidade de chegar a um maior grau de generalização referente a sociedades concretas” (FREY, 2000, p. 250).

Nesse sentido, embora reconhecendo a forte influência da economia sobre a análise de políticas públicas, Walt e Gilson (1994) ressaltam que a Análise de Políticas de Saúde necessariamente deve incorporar ferramentas conceituais de várias disciplinas, como as ciências políticas, sociologia, administração pública e história, cabendo ao analista sensibilidade e cautela para que não imprima seus próprios valores e perspectivas na análise, deturpando as informações, pois o intuito é ampliação do corpo teórico de análise dos quatro aspectos propostos pelas autoras (WALT; GILSON, 1994).

Araújo Júnior (2000), em sua tese de doutoramento, defendeu a utilização de modelos abrangentes, em particular o de Walt e Gilson, em contraposição aos modelos parciais que, embora apresentem o mérito de um maior detalhamento analítico, fragilizam-se pela parcialidade irreal da análise. Em função disto, buscou a definição de categorias analíticas que supram a lacuna do modelo abrangente e operacionalizem a análise dos quatro aspectos recomendados por Walt e Gilson, trazendo sistematicidade e replicabilidade destas análises em casos distintos, e, ao mesmo tempo, reduzindo a subjetividade dos planos de análise.

Desenvolveu, então, o modelo a partir do desenho abaixo (Figura 2), em que retira a centralidade dos atores e a coloca na política em análise, considerando que o maior ou menor enfoque a algum dos quatro aspectos dependerá das características da política e do recorte utilizado pelo analista (ARAÚJO JÚNIOR, 2000).

Figura 3 – Desenvolvendo o Modelo Abrangente de Análise de Políticas de Saúde.



Fonte: Araújo Júnior (informação verbal)¹.

Em artigo, fruto deste estudo, Araújo Júnior ressalta a importância de incremento do corpo teórico das análises de políticas públicas e, em especial, das análises de políticas de saúde, considerando os atuais debates sobre as reformas nos sistemas de saúde. Contrapõe as análises com enfoque micro (etapas da APP ou questões específicas) e enfoque macro, com amplo foco de análise, que classificam como Análise Parcial versus Análise Ampliada ou Compreensiva, ou Abrangente (ARAÚJO JÚNIOR; MACIEL FILHO, 2001).

Para debater estas diferenças no escopo de análise, Araújo Júnior (2000) utilizou 3 exemplos: O de Reich, que analisando a política farmacêutica, propõe um esquema que enfoca a viabilidade política de reformas; o de Frenk, que propõe cinco títulos para dar contorno à análise (problemas, princípios, objetivos, propostas e protagonistas); e de Walt e Gilson, chamada de análise abrangente, que recomenda atenção analítica a quatro aspectos inter-relacionados (Contexto, Conteúdo, Atores e Processo).

O terceiro modelo amplia e incorpora os dois primeiros e tem por chave a não aceitação dos quatro aspectos como separados e independentes, mas leva em consideração as suas influências mútuas.

¹ Figura utilizada em apresentação do Prof. José Luiz Correia de Araújo Júnior, na disciplina de Análise de Políticas Públicas, em outubro de 2011.

Para operacionalização de cada aspecto, propôs subdivisões, categorizações e tipologias, em grande parte incorporadas de modelos parciais de Análises de Políticas. Na dimensão do contexto, propôs a divisão em duas sub dimensões: o macro contexto, envolvendo a visão integral da sociedade e abordando as esferas política, social e econômica; e o micro contexto, envolvendo a visão do setor saúde e abordando as políticas e finanças setoriais, além da situação do sistema de saúde (ARAÚJO JÚNIOR, 2000).

Em relação ao conteúdo, o autor utiliza-se de Carlos Matus para discuti-lo como um conjunto de medidas combinadas em sequência particular para transformar a situação real em situação desejada, para isso deve considerar todos os recursos necessários à proposta, incluindo recursos políticos e capacidade técnica. Deve ser feita uma análise de coerência entre estes recursos e as ações propostas com o objetivo final (ARAÚJO JÚNIOR, 2000).

Em relação aos atores, também com base em Matus, o autor considera como ATOR pessoas ou grupos, ou instituições, ou entidades, possam influir nos eventos. Para esta análise sugere-se elencar os principais atores envolvidos, identificar a posição de cada um em relação à política, descrever o nível de mobilização de cada ator, estabelecer o nível de poder de cada um em relação aos demais, analisar as possibilidades de alianças entre eles, e discutir a viabilidade da política diante dos posicionamentos (ARAÚJO JÚNIOR, 2000).

Na análise de processo, os autores levantam categorias que consideram a identificação de quem decide a política e como se dá decisão, da natureza, extensão e tipo da política, e a lógica ou *rationale* da política (ARAÚJO JÚNIOR, 2000).

1.10.1 O Contexto da Política

Para Araújo Júnior (2000) a análise de contexto é fundamental para a Análise de Políticas de Saúde, principalmente considerando a natureza política (*polity*) das políticas (*policies*) públicas e que a realidade de sua formulação é multifacetada, influenciando sobre todo o processo da política.

Consequentemente, explorar e compreender o contexto de uma política específica pode ser útil, primeiro para o entendimento das complexas características de cada política, mas também para ser capaz de avaliar a política em termos e sua coerência: se tem uma boa chance ou não de impactar positivamente no contexto, e sua adequação, se a política é realmente necessária e suficiente em si para produzir o efeito desejado (ARAÚJO JÚNIOR, 2000, p. 47).

Sendo assim, discutir a configuração nacional de uma política, implica em discutir o “clima” institucional em que ela surge. Howlett, Ramesh e Perl (2013) chamam a atenção

para a importância de discutir o capitalismo e a democracia como meta instituições que conformam “as estruturas nas quais se desenvolvem os processos da política pública na maioria das sociedades modernas”. No capitalismo há sempre a busca dos setores privados de influenciar as decisões dos agentes do Estado, mesmo nos sistemas democráticos em que os processos eleitorais definirão a diretriz política de quem ocupa cargos públicos, exercendo algum tipo de pressão diretamente sobre a estrutura estatal ou sobre os setores da sociedade que estudam e formulam sobre determinada questão (HOWLETT, RAMESH; PERL, 2013, p. 60).

Nesse sentido, é fundamental discutir o neoliberalismo pelo seu impacto sobre as políticas públicas nas últimas décadas. O termo vem sendo utilizado desde os anos 1980 para designar o movimento moderno do capitalismo em busca da redução do Estado, o que inclui a privatização, a desregulação do mercado e a minimização das políticas sociais, entre elas as de saúde. Para Galvão (2008) esta é uma visão, embora correta, superficial do neoliberalismo. A partir do debate de várias análises, a autora afirma um impacto mais profundo do neoliberalismo sobre a sociedade, de imposição do Estado e redução da democracia:

Longe de ser fraco, o Estado neoliberal tem uma preferência por uma modalidade de governo forte, via “ordem executiva e decisão judicial mais do que pelo processo decisório democrático e parlamentar. [...] Entre os tantos paradoxos do pensamento neoliberal, constata-se, pois, o esvaziamento da democracia: embora ela tenha sido numericamente estendida e a despeito dos mecanismos de participação popular terem aumentado, as decisões são tomadas por “técnicos”, experts, supostamente apolíticos porque não submetidos a qualquer ordem de pressão, não sujeitos a controle pelo parlamento, imunes à crítica (GALVÃO, 2008, p. 155).

Nesse sentido, o contexto internacional também terá importante influência sobre as opções de políticas econômicas e sociais, diretamente através da pressão de financiadores ou como espelho, ou mesmo parceiro, para a implementação de políticas exitosas (HOWLETT, RAMESH; PERL, 2013).

1.10.2 Os Atores

A categoria ator social corresponde a indivíduos ou grupos, ou mesmo a instituições, que atuam em uma determinada conjuntura, alterando/mantendo determinados cenários (SOUZA, 1984). Para Souza (1984):

Ator é alguém que representa, que encarna um papel dentro de um enredo, de uma trama de relações. Um determinado indivíduo é um ator social quando ele representa algo para a sociedade (para o grupo, a classe, o país), encarna uma ideia, uma reivindicação, um projeto, uma promessa, uma denúncia (SOUZA, 1984, p. 12).

Apoiando-se nas formulações de Carlos Matus, Araújo Júnior (2000) reconhece como ator qualquer pessoa, instituição ou movimento social capaz de produzir eventos/fatos que alterem, de alguma forma, um determinado cenário, e que, portanto, possuem algum acúmulo de poder.

Para Walt e Gilson (1994), a análise da ação dos atores é central na Análise de Políticas Públicas, e, o modelo proposto pelas autoras (figura 1).

[...] enfatiza o papel crítico destes atores no processo da política, influenciando os valores inerentes à política e as escolhas das políticas específicas ao longo deste processo, e influenciados pelo contexto da política (histórico, político, econômico e sociocultural). Decisões sobre o conteúdo da política não são simplesmente técnicas, mas refletem o que é politicamente factível no momento da escolha sobre/da política [em questão] (WALT; GILSON, 1994, p. 366, tradução nossa).

Ainda que no modelo de análise de ARAÚJO JÚNIOR (2000), os atores não sejam centrais, mas um componente da análise, discutir a participação de cada ator é fundamental para a análise da política. Nesse sentido, os atores são os indivíduos, grupos e instituições que podem interferir na política em qualquer uma de suas etapas, desde a definição do problema até a avaliação da implementação: serão os gestores, planejadores, movimentos da sociedade organizada, legisladores, organismos internacionais, partidos políticos, etc. Um grupo importante pela capacidade de gerar discursos e ideias é o dos *think tanks*, institutos de pesquisa públicos ou privados, com um corpo de experts que podem gerar soluções e sugerir problemas, e que também não são homogêneos internamente (HOWLETT, RAMESH; PERL, 2013).

1.10.3 O Conteúdo da Política

A clareza, ou sua falta, em relação ao conteúdo da política é muitas vezes um forte indicativo do potencial de sucesso em sua execução, podendo favorecer, inclusive, uma maior adesão a suas propostas. Araújo Júnior (2000) recomenda iniciar a análise de conteúdo da política identificando o problema sobre o qual ela se propõe a intervir, o que geralmente já é iniciado na análise de contexto, em seguida, analisar os desdobramentos de sua formulação: suas propostas, objetivos e metas. Ressalta a importância de analisar a coerência interna e externa da política, os recursos necessários a sua implementação, sejam materiais, organizacionais ou políticos, e, ainda, a perspectiva da política em relação à intervenção social (ARAÚJO JÚNIOR, 2000).

O conteúdo representa o corpo da política, isto é, refere-se a seus fundamentos de caráter mais programático – as suas diretrizes estratégicas e operacionais, determinadas em relação aos problemas e objetivos explícitos e implícitos da política, seus programas, projetos, ações, alvos e recursos requeridos – assim como ao seu marco normativo, sua base legal (BRITO, 2007, p. 106).

Desta forma, considerando o problema e sua situação, explicitados na análise de contexto, a análise de conteúdo deve considerar a coerência das soluções pensadas e os resultados alcançados.

1.10.4 O Processo de Formulação e Desenvolvimento

Discutindo abordagens iniciais para o debate do processo, Kingdon (2011) considera três mais comuns: 1) A busca das origens das iniciativas; 2) Racionalismo; 3) Incrementalismo (KINGDON, 2011).

A primeira, para o autor, tem menor influência no debate da formulação da agenda, pois “As ideias vêm de qualquer lugar, na verdade, o fator crítico que explica a proeminência de um item na agenda não é a sua fonte, mas em vez disso o clima no governo ou a receptividade às ideias de um determinado tipo, independentemente da origem” (KINGDON, 2011, p. 72, tradução nossa).

No modelo racional, a tomada de decisão depende de se encontrar soluções maximadoras da relação custo/benefício e estritamente técnicas; já no modelo incremental, espera-se que outras formas de negociação e barganha se sobreponham. O Incrementalismo tem em Charles Lindblom um dos seus formuladores iniciais, que entendia que os tomadores de decisão desenvolvem as políticas “por intermédio de sucessivas comparações limitadas a decisões anteriores, com as quais têm a maior familiaridade” (HOWLETT, RAMESH; PERL, 2013, p. 166).

Walt (1994) cita uma proposta de modelo misto, em que os dois modelos deverão ser utilizados, tanto o racional, com o cálculo de custo-benefício, quando o incremental, focando a solução de acordo com o acúmulo de experiência dos formuladores/decisores. A autora chama a atenção, contudo, para a necessidade de incluir uma visão estratégica das influências externas ao contexto organizacional em que se desenvolve a proposta.

Considerando a necessidade dessa visão estratégica e de discutir as influências nas definições que perpassam todas as etapas do ciclo da política, Araújo Júnior (2000) cita duas visões sobre quem possui poder de decidir e influir nas decisões: A visão pluralista, “em que o entendimento comum é que o poder é transmitido e distribuído entre os grupos, instituições

e indivíduos dentro da sociedade”, e o exercício da decisão ou influência sobre é fruto do acúmulo histórico em torno da questão e/ou de sua solução; e a visão elitista, em que um pequeno grupo ou elite se apropria do espaço governamental concentrando o poder de decisão em seus círculos ou redes de articulação, seja da aristocracia, da burocracia, do mercado ou militar (ARAÚJO JÚNIOR, 2000, p. 63).

De forma semelhante, ao longo do processo de implementação da política, quando esta ocorre no modelo *Top-down* assume-se que a sua formulação se deu no espaço do governo nacional, ou a nível internacional entre organismos financiadores, sendo repassado para a implementação pelas equipes técnicas ou pelos entes sub-nacionais. Walt (2004) afirma que essas abordagens geralmente derivavam de modelos ideais, da implementação perfeita, que elencavam as condições para essa “perfeição”. Já no modelo *Bottom-up*, os implementadores teriam participação ativa na formulação, condução e reformulação da política, num processo interativo que prevê as situações de negociação e conflito (WALT, 2004).

Howlett, Ramesh e Perl (2013) também chamam atenção sobre outra característica das instituições que é a questão das relações internas quando se trata de um país unitário e centralizado, ou um país federado com relações bilaterais entre níveis de governo, e como se dão essas relações entre os entes subnacionais ou federados, ressaltando que “em países federais, os governos acham difícil desenvolver políticas consistentes e coerentes, porquanto as políticas nacionais, na maioria das áreas, exigem acordo intergovernamental” (HOWLETT, RAMESH; PERL, 2013, p. 68).

2 OBJETIVO GERAL

Analisar a configuração da Política de Atenção Básica em Recife, no período de 2001 a 2011, identificando obstáculos e potencialidades relacionadas à sua consolidação.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Apresentar e discutir os aspectos relacionados à política de saúde e sua contextualização política, social e econômica, em que ocorre a implementação da Atenção Básica;
- b) Identificar e discutir o conteúdo da política de Atenção Básica municipal, estadual e federal;
- c) Elucidar o papel desempenhado pelos atores envolvidos na implementação da Política de Atenção Básica;
- d) Caracterizar o processo de formulação e implementação da Política de Atenção Básica em âmbito municipal;
- e) Analisar as inter-relações entre o contexto, o conteúdo da política, os atores, e o processo de implementação da política de Atenção Básica em âmbito municipal, buscando evidenciar obstáculos e potencialidades à sua consolidação enquanto política pública.

3 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

3.1 PESQUISA QUALITATIVA

O tema e as questões de pesquisa deste estudo envolvem a análise da política municipal de atenção básica.

O estudo se enquadra no âmbito das abordagens qualitativas, que, para Flick (2009), “representam formas de sentido, as quais podem ser reconstruídas e analisadas com diferentes métodos qualitativos que permitam ao pesquisador desenvolver modelos, tipologias, teorias (mais ou menos generalizáveis) como formas de descrever e explicar as questões sociais (e psicológicas)” (FLICK, 2009, p. 12).

Triviños defende que embora a pesquisa qualitativa seja descritiva por característica, a análise de contexto, em um enfoque histórico-estrutural e dialético, amplia a capacidade explicativa em relação ao fenômeno social estudado (TRIVIÑOS, 2009).

Para Minayo (2000), a pesquisa qualitativa, ou pesquisa social, como considera mais adequado a autora, se caracteriza pela identidade entre o pesquisador e o objeto pesquisado, o componente ideológico associado às opções teóricas do pesquisador e a busca da objetivação do conhecimento, além de seu objeto ser incontestavelmente um objeto histórico: [...]“indivíduos [que compõem a pesquisa] como os grupos e também pesquisadores são dialeticamente autores e frutos de seu tempo histórico” (MINAYO, 2000).

Ressalte-se a importância da preparação para a coleta, com consistente argumentação teórica, pois “algumas das mais importantes possibilidades interpretativas dos estudos qualitativos são estabelecidas antes da coleta de dados” (MILLER, 1997, p. 6 *apud* BARBOUR, 2009).

Em geral, os pesquisadores que atuam na pesquisa qualitativa utilizam uma ampla gama de práticas interpretativas, cada uma ilumina de uma forma a questão estudada, o que frequentemente leva a utilização de várias técnicas num mesmo estudo. A pesquisa é, então, associada à *soft science* e práticas no âmbito das artes: a *bricolage*, a costura de retalhos, a junção poética de informações (DENZIN; LINCOLN, 2005).

Desta forma, como o centro de estudo qualitativo não é a técnica, mas o fenômeno estudado, e a pesquisa tem a flexibilidade por característica: não há necessidade prévia de definição de hipótese, pressupostos, ou práticas interpretativas, embora possam sê-lo, como um guia ao pesquisador, e os formulados devam ser continuamente revisados (TRIVIÑOS, 2009; DENZIN; LINCOLN, 2005).

3.2 - O ESTUDO DE CASO

Considerando que este estudo propõe a investigação de um “fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real” e que “os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”, optou-se pela realização de um estudo de caso, de cunho explanatório, pois se propõe a investigar como ocorreu a implementação de uma política pública, a atenção básica. Política de execução iminentemente municipal (YIN, 2005, p. 32).

O objeto do estudo de caso é uma unidade que se analisa em profundidade, delimitado pela natureza e abrangência da unidade, e pelo aporte teórico do pesquisador. A pesquisa qualitativa se caracteriza pela flexibilidade na coleta de dados, que pode iniciar com uma seleção e demandar novos aportes e coletas de dados, na medida em que o pesquisador analisa os dados coletados e revisa as possíveis hipóteses e questões de pesquisa; bem como pela implicação do pesquisador no processo, o que exige severidade maior na objetivação, originalidade, coerência e consistência das ideias (TRIVIÑOS, 2009).

3.2.1 - Unidades de Análise

A análise da política de atenção básica em cada contexto teve como etapa intermediária de análise a decomposição da realidade estudada em quatro categorias, com base no modelo de Análise Abrangente de Políticas Públicas de Araújo e Maciel (2001): o contexto, o conteúdo, o processo e os atores.

Desta forma, a política municipal de atenção básica é a unidade de análise principal, e as unidades de análise incorporadas são: o contexto, o conteúdo local da política, o processo de desenvolvimento da política e os atores envolvidos.

Yin (2005) denomina este tipo de estudo de projeto de estudo de caso incorporado, em contraposição ao projeto de estudo de caso holístico, que analisa a natureza global da unidade de análise, e descreve essa possibilidade da seguinte forma:

O mesmo estudo de caso pode envolver mais de uma unidade de análise. Isso ocorre quando, dentro de um caso único, se dá atenção a uma subunidade ou a várias subunidades. Por exemplo, embora um estudo de caso possa tratar de uma única organização, como um hospital, a análise deve incluir resultados sobre os serviços clínicos e a equipe empregada pelo hospital. [...] Em um estudo de avaliação, o caso único pode ser um programa público que envolve um grande número de projetos financiados – que seriam, então, as unidades incorporadas (YIN, 2005, p. 64).

3.2.2 O Campo de Pesquisa

O caso em análise foi o município de Recife, capital do estado, com maior população dentre todos os municípios e as características mais complexas, do ponto de vista da territorialização das referências assistenciais e da densidade de serviços, além de particular relação com a rede estadual de saúde, que tem forte presença no território de Recife.

3.3 ESTRATÉGIA DE COLETA

3.3.1 A Análise Documental

A Análise Documental buscou evidência em relação ao contexto e conteúdo da política, o discurso oficial sobre seu conteúdo e implantação e as estratégias propostas para esta implantação. Os documentos analisados fazem parte da chamada literatura cinza, produzida e publicada por órgãos oficiais. Foram utilizados;

- a) Fontes Primárias: Relatórios Anuais de Gestão 2001 a 2011; Planos Municipais 1998-2001, 2002-2005, 2006-2009 e 2010-2013; Relatório do 1º Seminário de Governo 2001, Cartilha da Atenção Básica- Recife em Defesa da Vida 2009; Relatos, Dados administrativos e financeiros;
- b) Fontes Secundárias: Dados de produção ambulatorial do SIAB e hospitalar do SIH, dados demográficos do IBGE, etc.;
- c) Artigos de posicionamento ou *positions papers*: matérias em revistas das entidades da Saúde Pública (CONASEMS, CONASS, CEBES, ABRASCO, etc.);
- d) Artigos e Matérias publicadas nos principais jornais escritos circulantes no Recife.

Quadro 5 – Documentos Utilizados Conforme Informação Buscada.

CONTEÚDO PESQUISADO	DOCUMENTO ANALISADO
Conteúdo da Política	<ul style="list-style-type: none"> •Portarias Ministeriais, Estaduais e Municipais; •Planos Municipais e Relatórios de Gestão; •Manuais e Cartilhas.
Processo de Desenvolvimento da Política	<ul style="list-style-type: none"> •Relatórios de Gestão; •Levantamento de Produção Ambulatorial e Hospitalar (Dados secundários do Ministério da Saúde); •Material jornalístico (Jornal do Commercio e Diário de Pernambuco); •<i>Positions papers</i>.
Contexto de Desenvolvimento da Política	<ul style="list-style-type: none"> •Dados demográficos; •Material jornalístico (Jornal do Commercio e Diário de Pernambuco); •<i>Positions papers</i>; •Relatório de Gestão e Plano Municipal.
Atores envolvidos no Desenvolvimento da Política	<ul style="list-style-type: none"> •Portarias ministeriais, estaduais e municipais; •<i>Positions papers</i>; •Relatórios de Gestão e Planos Municipais; •Planos Plurianuais e Leis orçamentárias do Município.

Fonte: Autora.

Na análise documental, buscou-se desenvolver os passos sugeridos por Patton (2002) após o acesso aos referidos documentos, para contextualizar sua produção e seu conteúdo: compreender como e porque os documentos foram produzidos; determinar o nível de exatidão e fidelidade esperada para a informação presente nos documentos; analisar as informações documentais à luz das informações coletadas pelas entrevistas; e, por fim, desconstruir e desmistificar os textos institucionais (PATTON, 2002).

Para subsídio da contextualização do processo de expansão e consolidação da atenção básica em Recife, foi realizado um levantamento de matérias jornalísticas no período de 2001 a 2011, envolvendo tanto o contexto político eleitoral quanto a circulação de notícias referentes à política de saúde no município. Para tanto, foram utilizadas as ferramentas de busca em dois jornais de maior circulação no município e no estado, o Diário de Pernambuco e o Jornal do Commercio, utilizando como descritores os seguintes termos: atenção básica, PSF em Recife, saúde da família em Recife, Secretaria de Saúde do Recife, Saúde Recife 2001-2011, e Recife 2001 a 2011. As matérias localizadas foram lidas e interpretadas no contexto do período.

3.3.2 O Grupo Focal

Após a análise documental, foi construído um relatório preliminar, com agregação e análise síntese dos dados secundários coletados através de pesquisa documental e busca em banco de dados oficiais.

A partir do relatório preliminar foram eleitas as questões condutoras para a realização dos grupos focais, de forma a discutir os temas mais importantes da primeira análise e colher as impressões e comentários do grupo, portanto, constituindo também um espaço de agregação de evidências. O intuito deste grupo focal foi colher impressões sobre a percepção dos atores envolvidos quando em contexto de execução da política, considerando a afirmativa de Flick (2009): “A vantagem aqui é que eles [grupos focais] não somente permitem análises de declarações e relatos sobre experiências e eventos, mas também do contexto interacional em que essas declarações e esses relatos são produzidos” (FLICK, 2009, p. 17).

Barbour ressalta que o uso de grupos focais com temas, objetos e objetivos bastante distintos e em contextos e abordagens variadas, tem gerado controvérsias em relação à técnica, o que inibe a adesão de pesquisadores ou mesmo a utilização do termo “grupo focal”. Para esta autora, desde que utilizado “judiciosamente”, esta insegurança não tem sentido, pois:

Não há um jeito certo ou errado de se fazer pesquisa com grupos focais: o pesquisador é livre para adaptar, tomar emprestado e combinar quaisquer abordagens que deseje, e o desenvolvimento de híbridos é inteiramente aceitável – desde que a abordagem possa ser justificada no contexto específico do estudo (BARBOUR, 2009, p. 31).

E, ainda, optando por uma definição:

Qualquer discussão de grupo pode ser chamada de grupo focal, contanto que o pesquisador esteja ativamente atento e encorajando às interações do grupo (BARBOUR, 2009, p. 21).

Essa visão ampla das perspectivas de uso do grupo focal é compartilhada por Kamberelis e Dimitriadis (2005), que trabalham três abordagens ou genealogias dos grupos focais: grupo focal dialógico como prática de uma pedagogia crítica; grupo focal como prática política; e o grupo focal como prática de pesquisa (KAMBERELIS; DIMITRIADIS, 2005).

Os autores ressaltam que os grupos focais podem fornecer importantes *insights* para a compreensão e atuação em pesquisa. Desta forma, citam Paulo Freire como marcante influência na utilização de grupos focais dialógicos (os “círculos de aprendizado” para alfabetização transformadora), conformando uma ruptura com o modelo pedagógico

tradicional ao utilizar as palavras para dar centralidade ao sujeito, em sua história/contexto, e à problematização da realidade (KAMBERELIS; DIMITRIADIS, 2005).

A simplicidade da aplicação de grupos focais, que é uma técnica mais rápida e com menor demanda de logística em relação a outras técnicas, como entrevistas ou aplicação de questionários, tem sido um forte elemento de expansão de seu uso, contudo, torna importante o rigor no cumprimento de protocolos e das técnicas de registro, sistematização e análise dos dados (BERTRAND et al., 1992).

Para organização dos grupos focais, utilizou-se o trabalho de Neto, Moreira e Sucena (2002) que se propõe como colaboração no debate metodológico da aplicação de grupos focais. Estes autores, que ao detalhar o processo de organização dos grupos focais, defendem que o formato do grupo deve se adequar à natureza do tema e objetivos de cada grupo, definem grupo focal como:

[...] uma técnica de Pesquisa na qual o Pesquisador reúne, num mesmo local e durante um certo período, uma determinada quantidade de pessoas que fazem parte do público-alvo de suas investigações, tendo como objetivo coletar, a partir do diálogo e do debate com e entre eles, informações acerca de um tema específico (NETO, MOREIRA; SUCENA, 2002, p. 5).

Neto, Moreira e Sucena (2002) indicam uma composição mínima de quatro e máxima de doze participantes, em local confortável, de fácil acesso e livre de interferências. O debate deve ser precedido de uma breve explicação do tema e dos objetivos do grupo, além de ser conduzido pelo mediador a partir de um roteiro previamente construído (NETO, MOREIRA; SUCENA, 2002).

Desta forma, foram compostos dois grupos focais. Os participantes foram convidados a partir de consultas a gestores da área e aos próprios profissionais, a partir do início dos convites, e o critério foi que o convidado deveria ser um profissional de nível superior da rede de saúde da família, inserido em algum órgão de participação (sindicato, conselho, associação) ou ter destacada participação nos debates da política de atenção básica. Foram convidados 8 profissionais para cada grupo focal, e realmente participaram cinco profissionais no primeiro e quatro profissionais no segundo grupo.

O roteiro foi construído a partir das formulações iniciais do projeto de pesquisa e do levantamento documental.

O grupo focal 1, GF1, foi formado por cinco profissionais de nível superior que atuam ou atuaram na rede de atenção básica do Recife, três médicos e duas enfermeiras. O ano de entrada na rede, de cada profissional foi 2001, 2001, 2005, 2007 e 2008, destes, apenas os que entraram em 2005 e 2008 não estão mais na ESF/Recife, e estão atuando na gestão municipal

do Recife. Dois são sindicalistas. Um diferencial deste grupo é que todos têm atuação acadêmica, com exceção de uma, mas que exerce preceptoria no serviço.

O grupo focal 2, GF2, foi formado por quatro profissionais de nível superior que atuam ou atuaram na rede de atenção básica do Recife, um médico e três enfermeiras. O ano de entrada na rede, de cada profissional foi 2002, 2003, 2004 e 2007, destes, apenas o que entrou em 2007 não está mais na ESF/Recife, e esta atuando na gestão estadual. Um é sindicalista e outro faz parte da Associação Pernambucana de Medicina da Família e Comunidade.

A experiência de debate com grupos pequenos foi bastante proveitosa, pois, como se tratavam de profissionais com grande participação nos debates sobre a política de atenção básica, o pequeno número de participantes permitiu mais espaço de fala e aprofundamento analítico para cada participante do que aconteceriam em um grupo com dez ou doze participantes.

A estratégia de análise de cada grupo focal apoiou-se na análise de conteúdo a partir da condensação de significados (KVALE, 2006). Para tanto, utilizou-se a Matriz de Levantamento de Dados para definição dos Temas Centrais que conduziram a seleção das Unidades Naturais de Análise. Em seguida, após a construção da Descrição Essencial de cada questão de pesquisa, buscou-se elementos de resposta para as questões síntese (KVALE, 2006).

3.3.3 As Entrevistas Semi-Estruturadas

Para Haguette (2000): “A entrevista pode ser definida como um processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado” (HAGUETTE, 2000, p. 86).

Acompanhando as mudanças de concepção em relação à pesquisa qualitativa, a entrevista não está mais apenas associada a uma coleta neutra de dados, em que o entrevistador e entrevistado têm que primar pela objetividade extrema, ainda que ao pesquisador caiba a busca de uma aproximação da objetividade (FONTANA; FREY, 2005; HAGUETTE, 2000; KVALE; BRINKMANN, 2009).

Fontana e Frey (2005) ressaltam que a entrevista é atualmente vista como uma construção em que a interação e empatia entre dois ou mais indivíduos conduzem à formulação de uma ideia. A chave aqui é a natureza ativa desse processo, que conduz a uma

história delimitada pelo contexto e mutuamente criada: a entrevista (FONTANA; FREY, 2005).

A partir destas considerações, optou-se pelas entrevistas semi estruturadas, de forma a constituir um roteiro mínimo de temas cuja abordagem será estimulada junto ao entrevistado. A construção do roteiro de entrevista considerou a necessidade de abordar os 4 eixos de Análise de Políticas Públicas (FIGURA 2): Atores; Conteúdo; Processo; e Contexto.

Kvale e Brinkmann (2009) estabelecem sete etapas da pesquisa por entrevista: 1. Tematização; 2. Elaboração do desenho da entrevista; 3. Entrevista; 4. Transcrição; 5. Análise; 6. Verificação; 7. Divulgação. Embora todas as etapas sejam importantes para a qualidade da pesquisa com entrevista, os autores ressaltam que a fundamentação teórica na tematização e desenho da entrevista garantem um bom desenvolvimento de todas as demais etapas (KVALE; BRINKMANN, 2009).

O elenco de entrevistados contou com gestores, acadêmicos e lideranças que tiveram atuação marcante na atenção básica, no período, embora seja importante considerar que todos os gestores entrevistados também têm ligação com a academia. Esta forma de seleção para as entrevistas dos profissionais corresponde ao que Contandriopoulos (1999) chama de amostra não probabilística por escolha racional, em que o pesquisador elege os critérios pelos quais tenta aproximar a amostra das características populacionais, ou quanto ao conteúdo pesquisado, que podem interferir no conteúdo da entrevista. As entrevistas foram realizadas entre janeiro e maio de 2014 (CONTANDRIOPOULOS, 1999).

Quadro 6 - Inserção dos Entrevistados e quantidade de entrevistas.

INSERÇÃO DO ENTREVISTADO	NÚMERO
Ex-gestores municipais do setor saúde e outros	05
Ex-gestores nacionais da política de AB ou outra	03
Liderança dos ACS	01
Liderança do COSEMS	01
TOTAL	10

Fonte: Autora.

Ainda durante a entrevista, para Kvale e Brinkmann (2009), inicia a análise das informações levantadas, quando o entrevistado verbaliza sua compreensão, por vezes construindo uma nova reflexão sobre o tema em questão, e quando o entrevistador tem a possibilidade de já apontar a condensação e interpretação de significados apresentados pelo entrevistado, com perguntas secundárias e questionamentos de confirmação da fala do entrevistado. As perguntas secundárias são bastante valorizadas pelos autores e estão

relacionadas ao domínio do tema pelo entrevistador e à sua sensibilidade de direcionamento do diálogo de forma a privilegiar as abordagens que contribuam para a resposta das questões de pesquisa (KVALE; BRINKMANN, 2009).

Para a etapa seguinte, de análise propriamente dita, diversas são as técnicas de análise das informações coletadas, a opção por uma delas depende do tema em estudo. Kvale e Brinkmann (2009) descrevem três tipos de abordagem na análise de entrevistas: a análise com foco no significado; a análise com foco na linguagem; e análises gerais, que não aplicam necessariamente uma técnica ou método, baseando a análise na interpretação teórica ou utilizam uma mistura de técnicas.

As técnicas com foco no significado, mais coerentes com os objetivos deste estudo, se dividem também em três: 1) a Codificação de Significados, em que se estabelecem categorias a serem buscadas ao longo do texto, o que pode reduzir o material analisado a poucas tabelas ou gráficos; 2) a Interpretação de Significados, em que o analista busca contextualizar a entrevista interpretando para além do texto, as entrelinhas, os sentimentos, o “não dito”, ampliando largamente o material de análise; e 3) a Condensação de Significados, em que o analista resume os significados expressos pelos entrevistados em curtas formulações que serão agregadas em uma síntese direcionada à questão (KVALE; BRINKMANN, 2009).

Gurgel (2007, p. 100) resume a análise por Condensação de Significados:

Nesse tipo de análise, as passagens da entrevista que se relacionam a uma questão específica do estudo são cotadas e condensadas num quadro constituído pelas unidades naturais dos significados das respostas dos sujeitos, na coluna da esquerda, e os temas centrais relacionados a estes, que são categorias conceituais, na coluna da direita, seguidos abaixo de ambas, pela descrição essencial da questão relacionada ao estudo.

Quadro 7 - Condensação de Significados com Unidades Naturais de Análise, seus Temas Centrais e a Descrição Essencial.

QUESTÃO DE PESQUISA	
Unidades Naturais de Análise	Temas Centrais
1. Trechos da entrevista, relacionados à pergunta da pesquisa. 2. Idem; 3. Idem.	3. Apresentação do tema que domina a unidade natural, conforme compreensão do pesquisador, e da forma mais simples possível. 4. Idem; 5. Idem.
Descrição Essencial da Questão da Pesquisa Descrição de todos os temas abordados na entrevista conforme a interpretação do pesquisador acerca da questão comentada pelo entrevistado.	

Fonte: Gurgel (2007).

Considerando que este estudo trata da análise de uma política, a opção foi pela utilização da técnica de Condensação de Significados, já adotada com bons resultados em estudos semelhantes (ARAÚJO JÚNIOR, 2000; GURGEL, 2007; LYRA, 2009; MENDES, 2009).

3.4 O PLANO DE ANÁLISE

As evidências documentais e as entrevistas semiestruturadas e conteúdo dos Grupos Focais foram analisados seguindo a o modelo de Análise Compreensiva das Políticas de Saúde.

Como parâmetros analíticos, foram adotados os parâmetros expostos no quadro 8, para caracterização ampla da política, ressaltando, contudo dois eixos analíticos que constituíram a base principal do momento de análise final :

- a) O enquadramento da análise de políticas públicas, como abordadas por Araújo Júnior e Maciel Filho (2001), a partir do modelo de Walt e Gilson (1994), que propõe quatro aspectos para análise de políticas: o contexto, o conteúdo, o processo da política e os atores envolvidos;
- b) As principais formulações, ou atributos, para a política de atenção básica, sendo consideradas as categorias trabalhadas por Giovanella e Mendonça (2012), Almeida e Macinko (2006), baseadas em proposição de Starfield et al.;

3.4.1 Triangulação de Dados

Para Triviños (2009), a técnica de triangulação de dados amplia a capacidade descritiva e analítica do pesquisador em função da multiplicidade de recursos que fornecem maior informação sobre o fenômeno estudado e seu contexto. Contudo o elenco de informações trabalhadas não deve ser aleatória, o interesse do pesquisador deve estar dirigido a três enfoques:

[...] Processos e Produtos centrados no sujeito; em seguida, aos Elementos Produzidos pelo meio do sujeito e que tem incumbência em seu desempenho na comunidade e, por último, aos Processos e Produto originados pela estrutura sócio-econômica e cultural do macro-organismo social no qual está inserido o sujeito (TRIVIÑOS, 2009, p. 138).

Com o intuito de ampliar a validade do constructo, foram buscadas várias fontes de evidências, pois, segundo Yin (2005):

[...] encontram-se disponíveis três táticas para aumentar a validade do constructo. A primeira é a utilização de várias fontes de evidências, de tal forma que incentive linhas convergentes de investigação, e essa tática é relevante durante a coleta de dados. Uma segunda tática é estabelecer um encadeamento de evidências [...]. A terceira tática é fazer com que o rascunho do relatório do estudo seja revisado por informantes-chave (YIN, 2005, p. 57).

Seguindo a ideia dos três enfoques de Triviños, a coleta de dados buscou informações divididas em três blocos: 1) Dados de percepção dos sujeitos: Entrevistas, grupo focal e diário de campo; 2) Dados de descrição/formulação da política: documentos oficiais, como Plano de Saúde e Relatório de Gestão, e levantamentos de dados dos sistemas de informações do Ministério da Saúde; e 3) Dados contextuais: documentos oficiais, levantamento bibliográfico.

A partir das evidências levantadas, analisou-se a configuração da Atenção Básica em âmbito municipal, no período de 2001 a 2011, identificando obstáculos e potencialidades relacionadas às diferenças contextuais, de atores envolvidos, de conteúdo proposto localmente e processuais, na consolidação da política e qualificação da Atenção Básica.

3.4.2 A Abordagem da Análise de Políticas Públicas

As opções de categorização e detalhamento analítico para a análise da política de Atenção Básica, realizada neste estudo, serão detalhadas a seguir.

3.4.2.1 Análise de Contexto: O Cenário da Política de Saúde

No intuito de propor um modelo analítico que permita operacionalizar a abordagem de Walt e Gilson (1995), Araújo Jr. (2000) buscou os olhares de vários autores em estudos de contexto. De Frenk (1995) e Reich (1995), utilizou o foco descritivo para desenho do cenário; De Barker (1996) ele buscou o debate da correlação de forças, ou distribuição de poder da realidade em que se insere a política estudada; De Collins (1999), ele traz a importância do ambiente em sentido mais amplo, como regime político e econômico, finanças, etc. (ARAÚJO JÚNIOR, 2000).

O autor propõe, então, a subdivisão da categoria de análise CONTEXTO em Macro contexto e Micro contexto. O Macro contexto, que trata da realidade em que se insere a política analisada, deve focar as esferas política, econômica e social, analisando a situação atual, perspectivas de mudanças e influências. O micro contexto, que envolve as questões

setoriais da política em análise, deve focar o âmbito político setorial, o financiamento setorial e o panorama do problema que demanda a política (ARAÚJO JÚNIOR, 2000; BRITO, 2007).

Araújo Júnior (2000) também ressalta a ideia de macro e micro nas ciências sociais, vinculada à Escola de Frankfurt, e sua aplicação na etnografia, no exame da relação entre o contexto local e o geral, com vistas a construir generalizações e formulações ampliadas da realidade (ARAÚJO JÚNIOR, 2000).

Neste estudo o macro contexto diz respeito ao cenário nacional de construção da política, e o micro contexto diz respeito ao cenário municipal, incluindo influências importantes e diretas da esfera estadual. Considerando as questões levantadas, as subcategorias do contexto foram trabalhadas de acordo com as questões mais relevantes para o Desenvolvimento e Qualificação da Atenção Básica, de acordo com o quadro abaixo.

Quadro 8 – Categoria Contexto e suas subcategorias operacionais.

POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA		
CONTEXTO		
MACRO-CONTEXTO		
Esfera Política	Esfera Econômica	Esfera Social
Inserção da Atenção Básica nas Políticas Nacional e Estadual; Debate nacional sobre as possibilidades, limites e perspectivas da Atenção Básica; Impacto dos debates internacionais sobre a política nacional;	Financiamento do SUS; Destinação de recursos federais e estaduais para a Atenção Básica em relação ao orçamento da saúde e às demais políticas; Financiamento federal e estadual da política municipal	População alvo da política; Características demográficas; situação de renda e nível de consumo; Desenvolvimento Humano;
MICRO-CONTEXTO		
Âmbito Político Setorial	Financiamento Setorial	Panorama de Saúde e da Organização da Atenção Básica
Inserção da Atenção Básica na Política Municipal de Saúde Debate local sobre as possibilidades, limites e perspectivas da Atenção Básica; Situação do Sistema de Saúde Municipal; Reflexo dos debates nacional e estadual sobre a política;	Orçamento local da saúde e destinação para a Atenção Básica; Custo da Atenção Básica e sustentabilidade da política; Suporte financeiro, técnico-operacional por parte dos governos estaduais e federal;	Características da situação de adoecimento e morte da população; Características da rede municipal de Atenção Básica; Suporte especializado à atenção básica e articulação com o restante da rede.

Fonte: Adaptado de Brito (2007) e Araújo Júnior (2001).

O quadro 8 foi elaborado com o intuito de utilizar as categorias analíticas propostas por Araújo Júnior (2000) para a análise de conjuntura, aproximando-as da temática da Atenção Básica. Desta forma, buscou-se centrar a análise em: contexto econômico-financeiro dos investimentos e custeio da política; contexto do nível de prioridade política dada à

atenção básica; e situação de saúde (adoecimento e morte, qualidade de vida e características assistenciais) da população sobre a qual se projeta a política. Pretende-se, assim, desenhar o cenário de desenvolvimento da atenção básica no período estudado, 2001 a 2011, no município do Recife.

3.4.2.2 Análise de Conteúdo: A Política da Atenção Básica

Para operacionalizar a análise de conteúdo, inicialmente foram discutidas as formulações internacionais, históricas e nacionais sobre Atenção Primária, confluindo para um marco teórico de seus atributos, em seguida foram levantados os conteúdos nacionais expressos na normatização da política e nos Planos de Saúde.

Em relação aos resultados mais importantes, foram analisados dados de produção ambulatorial e hospitalar, além de dados de mortalidade, conforme descrito no quadro 9.

Quadro 9 – Descritores Quantitativos da atuação da Atenção Básica

DESCRITORES	FONTE DE DADOS	OBJETIVO
Produção da Saúde da Família	SISTEMA DE INFORMAÇÕES DA ATENÇÃO BÁSICA – SIAB	Identificar o comportamento da produção no período
Produção Hospitalar	SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES - SIH	Identificar o comportamento das internações no período
Indicadores de Mortalidade	SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE - SIM	Identificar a evolução dos indicadores.

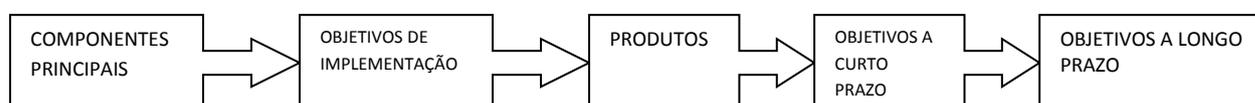
Fonte: Autora.

Como ferramenta analítica, no intuito de discutir as formulações teóricas da política, seu desenho formal e os desdobramentos do conteúdo da política, utilizou-se a Avaliação de Programas, campo em forte crescimento nos últimos anos, utilizando a estrutura de modelo teórico-lógico como suporte para a análise de conteúdo documental (Figura 4).

Para Medina et al. (2005), nesse modelo de análise é fundamental a explicitação clara dos pressupostos da política, pois:

Construir o desenho lógico de um programa significa esquadrihá-lo em termos da constituição de seus componentes e da sua forma de operacionalização, discriminando todas as etapas necessárias à transformação de seus objetivos em metas, abstraindo-se aqui suas determinações contextuais (MEDINA et al., 2005, p. 48).

Figura 4 – Esquema Básico de um Modelo Lógico.



Fonte: Autora, adaptado de Medina et al. (2005).

O nível de detalhamento de cada esquema construído depende da opção em relação ao enfoque e dimensões do programa que serão abordados, o olhar para a macropolítica, que Medina et al. (2005) chamam de macro-teoria, e que foi a opção deste estudo, permite discutir os componentes estruturais e organizativos da política em relação aos objetivos definidos; o olhar para a micropolítica, que não foi objeto deste estudo, permite identificar a coerência da operacionalização finalística do programa e seus resultados.

Neste estudo, optou-se pela construção de um desenho lógico que articula os componentes macroestruturais, ou atributos, definidores da política e seus objetivos propostos nas portarias do Ministério da Saúde, ressaltando os componentes mais valorizados nos documentos municipais.

Desta forma, não foram descritas as competências assistenciais, o que exigiria um modelo extenso e detalhado, mas a composição da atenção básica e sua inserção no sistema municipal de saúde.

3.4.2.3 Análise dos Atores: Apoiadores e Opositores

Para a análise dos atores envolvidos na eleição, elaboração e implementação da política, é preciso identificar os principais atores no contexto analisado, suas posições em relação à política, como os atores se mobilizam, e a correlação de forças entre eles, incluindo as possibilidades de alianças e coalizões (ARAÚJO JÚNIOR, 2000).

Nesse intuito, para a análise da Política de Saúde Ambiental em Recife, Lyra (2009) utilizou um elenco de características dos atores que consiste na análise do envolvimento dos atores nas etapas da política, a forma de participação, o nível de interesse, a possibilidade de influência ou poder sobre a política, e a síntese do posicionamento do ator. Como estas características podem mudar em função do recorte analisado em determinada política, pelo objeto ou amplitude do estudo, este precisa estar claramente exposto (LYRA, 2009).

Incorporando o elenco utilizado por Lyra (2009), construiu-se a matriz de análise abaixo (Quadro 10):

Quadro 10 – Matriz de análise das Características dos Atores envolvidos no Desenvolvimento e Qualificação da Atenção Básica

PRINCIPAIS ATORES	CARACTERÍSTICAS ANALISADAS
Atores em âmbito nacional	Envolvimento; forma de participação; interesse; influência/poder; posição.
Atores em âmbito estadual	
Atores em âmbito municipal	

Fonte: Adaptado de Lyra (2009)

A descrição dos principais atores envolvidos foi feita a partir da análise documental, grupo focal e entrevistas. Desta forma, pretende-se identificar os atores que se sobressaem no desenvolvimento e qualificação da Atenção Básica.

3.4.2.4 Análise de Processo: Formulação e Implementação da Política

Araújo Júnior (2000), citando Walt (1994), indica que o modelo mais utilizado para análise de processo das políticas propõe quatro etapas de desenvolvimento da política, não necessariamente lineares e cujas fronteiras de distinção entre etapas são normalmente borradas: 1. Identificação do Problema; 2. Formulação da Política; 3. Implementação da Política; e 4. Avaliação da Política. Contudo, o enfoque maior se dá nos itens 2 e 3, considerando que o 1 e o 4 já são abordados na análise de conteúdo da política. Desta forma, os aspectos básicos a serem considerados são: as questões de poder, no que diz respeito a QUEM decide e QUEM influencia a formulação da política; a tipologia da política, em termos de COMO foi formulada; e a *rationale*, ou lógica condutora, implícita ou explícita, da intencionalidade de sua proposição (ARAÚJO JÚNIOR, 2000).

Considerando os critérios e os tipos de política propostos por Araújo Júnior (2000), uma primeira discussão dos aspectos processuais da política se dará a partir do quadro de referências abaixo (Quadro 11).

Quadro 11 – Características do processo de desenvolvimento da Política de Atenção Básica

(continua)

CARACTERÍSTICA	TIPO DE POLÍTICA
Quem decide a formulação e implementação	Pluralista ou elitista
Como implementa	Tradicional ou participativa
Extensão da Política	Sistêmica ou setorial
Tipo de Política (Resultados)	Distributiva, Redistributiva, Regulatória ou auto-regulatória.

Quadro 11 – Características do processo de desenvolvimento da Política de Atenção Básica

(conclusão)

CARACTERÍSTICA	TIPO DE POLÍTICA
Relação entre níveis de governo	Bilateral Centralizada (Controle orçamentário, normativo ou regulatório)
Estratégia de enfrentamento de obstáculos	Cooperação com outros atores Cooptação de atores Conflito
Disponibilidade de Recursos para a implementação	Recursos Políticos; Recursos Financeiros; Recursos Administrativos; Recursos Técnicos.
Concepção de Políticas Públicas (<i>rationale</i>)	Racional Incrementalista Modelo Misto Abordagem Estratégica

Fonte: Adaptado de Araújo Júnior (2000, 2001).

3.5 O CAMPO DE PESQUISA

Recife, capital de Pernambuco, cidade mais populosa do estado, foi o campo de pesquisa deste estudo, justamente porque iniciou o seu processo de expansão da atenção básica em 2001, com a proposta inicial de garantir a atenção a 100% da população, buscando uma configuração de sistema que também incluísse setores da classe média que optassem ou necessitassem do sistema. Contudo, em janeiro de 2001, a cobertura oficial da estratégia de saúde da família era de apenas 6,10%.

3.6-CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM) e aprovado sob o Parecer 22/2012, conforme anexo.

O município de Recife também anuiu com a pesquisa e a carta de anuência encontra-se em anexo. Todos os entrevistados e participantes de grupo focal assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foram verbalmente informados de seu conteúdo. Ao longo da análise, houve o cuidado com a preservação do anonimato dos participantes.

Esta pesquisa foi desenvolvida por uma pesquisadora que também é funcionária de carreira no município de Recife. A proximidade da pesquisadora com o campo de coleta, no caso de Recife, implicou em maior comprometimento com o rigor metodológico.

4 RESULTADOS: MARCO NORMATIVO. O QUE DIZEM AS PORTARIAS

4.1 NORMAS FEDERAIS

A primeira portaria ministerial identificada como tratando da Política de Atenção Básica nos moldes do Saúde da Família é a Portaria Nº 692 de 25 de março de 1994, contudo, ela basicamente estabelece códigos diferenciados na Tabela de Procedimentos Ambulatoriais do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), para registro de produção dos profissionais do saúde da família. A primeira normatização orientadora de uma política nacional da Atenção Básica (PT GM 1.886/97) surgiu após a criação do PACS, do PSF, concomitante ao PAB, tornando-se, portanto, a regulamentação destes componentes (BRASIL, 1994, 1997).

4.1.1 A Portaria GM 1.886/1997

Ementa: Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família (BRASIL, 1997).

Estabelece normas e diretrizes do PSF e PACS, definidos como estratégia de consolidação do SUS e de reorientação da assistência ambulatorial e hospitalar. Além dos critérios técnicos a serem cumpridos pelos municípios para adesão, define que os três entes deverão garantir fontes de recursos para o financiamento tripartite e que a união e os estados deverão assessorar tecnicamente o desenvolvimento dos programas.

Define como diretrizes operacionais do PACS, entre outras:

- a) A responsabilidade de cada ente federado no programa;
- b) Responsabilidade de cada ACS, dentro de seu território adscrito, por 150 família, no máximo, ou 750 pessoas;
- c) Residência do ACS na área há pelo menos 2 anos, ter mais de 18 anos, (deve saber ler e escreve);
- d) Capacitação em serviços;
- e) Definia o escopo de atuação do ACS;

Define como diretrizes operacionais do PSF, entre outras:

- a) A responsabilidade de cada ente federado com o programa;
- b) O caráter substitutivo em relação às unidades tradicionais de atenção básica;
- c) Primeiro contato da população com a rede assistencial;

- d) Adscrição e cadastramento da população, considerando o território de abrangência;
- e) Ação integral e intersetorial;
- f) Equipe multiprofissional e educação permanente;
- g) Escopo de atuação da unidade;
- h) Uma equipe para cada 1.000 famílias ou 4.500 pessoas.

4.1.2 A Portaria GM 3.925/1998

Esta portaria já lançada na vigência da NOB 01/96 e do PAB e aprova o Manual da Atenção Básica do SUS, elaborado com a contribuição do CONASS e CONASEMS, e introduz o Pacto de Indicadores da Atenção Básica. Este último detalhado posteriormente (BRASIL, 1998).

Esta portaria busca disciplinar o uso dos recursos do PAB no investimento na organização de uma atenção, concebida como:

ATENÇÃO BÁSICA é um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Essas ações não se limitam àqueles procedimentos incluídos no Grupo Assistência Básica da tabela do SIA/SUS, quando da implantação do Piso da Atenção Básica. A ampliação desse conceito se torna necessária para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente (BRASIL, 1998, grifo autor).

A portaria ressalta a definição da responsabilidade municipal com a atenção básica, contida na NOB 01/96, e define as responsabilidades e ações do município para isso, incluindo a o desenvolvimento da vigilância e do controle social, e o escopo básico de atuação da atenção básica. Em relação à estratégia saúde da família, define:

Entre as várias [estratégias de reorientação do modelo] existentes, a estratégia de Saúde da Família tem demonstrado seu potencial para contribuir na construção de um modelo de saúde mais resolutivo e humanizado, o que faz com que sua disseminação seja considerada prioridade para o Ministério da Saúde. [...]. A reorganização da atenção básica deve contribuir, ainda, para a reordenamento dos demais níveis de complexidade do sistema de saúde, de forma que se mantenha o compromisso com o acesso da população a todos os níveis de assistência, com a implantação de um novo modelo de atenção (BRASIL, 1998).

Como componentes importantes da estruturação da política, define, entre outros:

- a) A utilização do Cartão SUS, cuja operacionalização detalha;
- b) A adscrição de clientela;
- c) A definição de referências de média e alta complexidade;

- d) O acompanhamento e avaliação;
- e) A correta gestão do PAB, que detalha.

Trata-se de uma portaria de orientações operacionais, principalmente quanto aos repasses financeiros do PAB, em seu processo de implantação.

4.1.3 A Portaria GM 648/2006

Esta portaria foi publicada no âmbito do Pacto da Saúde e agrega várias normatizações anteriores, referentes à atenção básica, organizando-as sob a perspectiva da Política Nacional de Atenção básica, que considera:

[...] a expansão do Programa Saúde da Família (PSF) que se consolidou como a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil; [...] a transformação do PSF em uma estratégia de abrangência nacional que demonstra necessidade de adequação de suas normas, em virtude da experiência acumulada nos diversos estados e municípios brasileiros (BRASIL, 2006).

A portaria traz os princípios gerais da atenção básica, o escopo de atuação dos profissionais, a responsabilidade de cada esfera gestora, o detalhamento da operacionalização do cadastro, da infraestrutura necessária, do financiamento e as especificidades do saúde da família (BRASIL, 2006).

Define, no âmbito da política nacional:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

A portaria define como fundamentos da atenção básica o acesso universal, integral e equânime, como porta de entrada preferencial em território adscrito; a valorização dos profissionais e o estabelecimento de vínculo entre estes e a população adscrita; o acompanhamento sistemático de resultados e o controle social.

Define ainda, em capítulo específico, princípios adicionais para o saúde da família: o caráter substitutivo em relação à rede básica tradicional; a atuação no território, de forma articulada com a população, sendo um espaço de construção da cidadania; a longitudinalidade (ainda que não cite este termo); o planejamento baseado no diagnóstico junto à população; e a articulação, integração e parceria com as organizações locais da sociedade.

4.1.4 A Portaria GM 2.488/2011

Na normatização mais recente sobre a APS no Brasil, a portaria 2488/11, que, à luz do Decreto 7508/ 2011, regulamentador da Lei 8080/90, revisou a primeira edição da Política Nacional de Atenção Básica, lançada em 2006, o Ministério conceituou a Atenção Básica e estabeleceu definições quanto às suas competências e às estruturas da ESF. A portaria inicialmente define:

A Atenção Básica caracteriza-se 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 com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético com que toda demanda, necessidade de saúde e/ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2011).

A Portaria Ministerial N. 2488, de 21 de outubro de 2011, deixa claro que a Estratégia de Saúde da Família é prioridade, mas não padrão:

A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia de Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverão seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locoregionais (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, a nova portaria consolida o Saúde da Família como estratégia prioritária, em termos de seus atributos orientadores. Traz certa flexibilização em relação ao modelo original, em relação à carga horária de 40 horas semanais para os médicos, o que gera, contudo, redução do valor do repasse (BRASIL, 2011).

4.2 NORMAS ESTADUAIS

A participação dos estados na expansão e financiamento da Atenção Básica tem sido pequena ou inexistente, embora o SUS preveja o financiamento tripartite e a responsabilidade dos três entes pela atenção prestada (SOLLA, 2007).

No estudo de Marques e Mendes (2003), os autores destacam a experiência de 10 estados que aplicavam contrapartida financeira para a AB, como Mato Grosso do Sul (R\$12mil/ano por ESF em área urbana); São Paulo (R\$8,5mil/ESF/mês); e Amapá (R\$1mil/ESF/mês). Os critérios eram bastante diferenciados, alguns de forma vinculada a uma política mais ampla, que incluía a descentralização, regionalização e melhoria da qualidade de vida. Os autores deram atenção especial à experiência do Rio Grande do Sul, cujo repasse aos municípios se dava por frações vinculadas ao alcance de metas e preenchimento de critérios, mas se dada fundo-a-fundo sem atrelamento de destinação (MARQUES; MENDES, 2003).

Santo et al. (2011) identificaram que o valor médio da Despesa Pública em Saúde por Habitante Média (DPSH-M) de Pernambuco variou de 63,21 reais em 2000 a 183,29 reais em 2007. A GERES Recife cresceu no mesmo período de 65,19 a 217,99 reais. Os autores alertam que o estado de Pernambuco teve crescimento médio da DPSH-M menor que os demais estados da Macrorregião do Nordeste e sugerem que a capacidade de expansão da participação municipal no financiamento da saúde poderia estar chegando ao seu limite (SANTO et al., 2011).

Em Pernambuco, a primeira experiência de contrapartida estadual direcionada ao custeio global da Atenção Básica nos municípios se deu em 2007, com a publicação do Decreto Estadual N^o 30.353, de 12.04.2007, que instituiu a Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária, com 3 componentes:

- I – Incentivo financeiro para a qualificação e fixação dos profissionais do programa de Saúde da Família-PSF;
- II – Programa de Educação Continuada para a Atenção Primária;
- III – Insumos Estratégicos para Atenção Primária.

Além disso, define que a participação dos municípios se daria por certificação da Secretaria Estadual de Saúde (PERNAMBUCO, 2007a).

O decreto foi regulamentado pela Portaria SES N. 720, de 06.08.2007, instituindo um modelo de certificação das equipes de saúde da família no estado, através do Programa Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (PEFAPS). A portaria prevê a

disponibilidade de recursos para 2007 no valor de R\$6.700.000,00 (seis milhões e setecentos mil reais), e circunscreve seu uso pelos municípios beneficiários exclusivamente a ações relacionadas à Estratégia Saúde da Família. Também estabelece um Termo de Compromisso, com metas envolvendo 8 áreas estratégicas: 1) Saúde da Mulher e da Criança; 2) Atenção às doenças prevalentes na infância e assistência às carências nutricionais; 3) Eliminação da Hanseníase e controle da Tuberculose; 4) Controle da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus; 5) Saúde do Idoso; 6) Saúde bucal; 7) Promoção da Saúde; e 8) Atenção das populações rurais, afro-indígenas e dos assentamentos (PERNAMBUCO, 2007b).

O Termo de Compromisso e cumprimento das metas deveriam ter monitoramento através das Gerências Regionais de Saúde (GERES), e de um relatório anual a ser elaborado por cada município e aprovado em seu Conselho Municipal de Saúde (PERNAMBUCO, 2007b).

Embora o PEFAPS, detalhado na Portaria 720/2007, não seja excludente em relação ao desenho da Atenção Primária Municipal, ao reconhecer a Estratégia de Saúde da Família como “opção prioritária para sua organização”, e não única, os objetivos do Programa estão direcionados exclusivamente à organização e implementação do Saúde da Família pelos municípios (PERNAMBUCO, 2007b).

Estabelece como objetivos: Parceria com os municípios na implementação da Atenção Primária; Contribuir para a melhoria da infraestrutura da ESF e fixação profissional; Qualificação e expansão da ESF; Reconhecer e certificar a atuação exitosa dos municípios. Para isso, os municípios deveriam solicitar a certificação de suas equipes, que teriam que preencher alguns pré-requisitos, no intuito de habilitá-las a compor o programa. O município passaria, então, a receber o valor mensal de R\$1.200,00 (hum mil e duzentos reais) por equipe certificada, e mais um adicional de R\$600,00 para os municípios que tivessem adesão ao Pacto pela Vida, da Secretaria de Desenvolvimento Social, além de um kit básico de equipamentos e insumos para cada unidade e cada ACS (PERNAMBUCO, 2007b).

O Pacto pela Vida, lançado pelo governo de Pernambuco em 2006, propunha ações integradas para redução da violência e óbitos por causas externas, buscando articular uma política pública de segurança, transversal e integrada, pactuada com a sociedade, em articulação permanente com o Poder Judiciário, o Ministério Público, a Assembleia Legislativa, os municípios e a União (PERNAMBUCO, 2013).

Outra política estratégica que foi utilizada como referência para o repasse de recursos, de acordo com a adesão e cumprimento de metas pelos municípios, foi o Programa Mãe Coruja. Criado em 2007, é um dos programas prioritários do governo estadual e prevê

investimentos na atenção ao pré-natal, parto e puerpério, tendo por objetivo a garantia de uma boa gestação e um bom período posterior ao parto às mulheres, e às crianças o direito a um nascimento e desenvolvimento saudável. A ação busca reduzir a morbimortalidade materna e infantil.

Interessante ressaltar que a Portaria N.720/2007 descreve o incentivo financeiro que institui como de caráter “*suplementar*” (art. 2º), o que é coerente com a estratégia de incentivo apenas às Equipes de Saúde da Família certificadas, mas insuficiente quando se trata da responsabilidade tripartite de financiamento do SUS.

Por fim, a portaria condiciona a continuidade dos repasses ao cumprimento de metas e critérios, conforme descrito no quadro 12.

Quadro 12 – Critérios de continuidade ou suspensão dos repasses de incentivos estaduais.

CRITÉRIOS A SEREM CUMPRIDOS	DETALHAMENTO
Metas após 12 meses	Redução em 5% das internações sensíveis à atenção ambulatorial
	Cumprir 95% das vacinas do calendário básico para menores de 1 ano.
	Ofertar o mínimo de consultas de pré-natal e puerpério previstos no protocolo do Programa Mãe Coruja
	Atender a 50% dos itens do instrumento de Certificação das equipes.
	Manter alimentado o SIOPS
Critério de suspensão a qualquer momento	Ausência de alimentação dos bancos nacionais de informação.
	Ausência de um membro da Equipe de Saúde da Família por mais de 60 dias (corte de incentivo da equipe com profissional ausente)
	Ausência das condições previstas para a habilitação inicial.

Fonte: Autora.

Nota: Elaborado a partir da Portaria N.720/2007 (PERNAMBUCO, 2007b)

A grande crítica dos municípios e do COSEMS às definições da Portaria N. 720/2007 está direcionada ao fato de que o modelo de certificação definido na portaria impedia a participação da maioria dos municípios do estado, cujas equipes de saúde da família não alcançavam os critérios necessários para a habilitação. De acordo com informações disponíveis no site da secretaria, em 2010, foram R\$ 4,5 milhões apenas para 39 municípios, o que demonstra o baixo alcance da política implantada.

Em 2010, a certificação de novas equipes foi suspensa, para aguardar a revisão dos critérios de repasses de incentivo da Portaria N. 720/2007. Estes perderam a vigência no ano de 2011, quando a Secretaria de Saúde, após intenso debate com o COSEMS, aprovou a resolução CIB N.1755, de 17 de outubro de 2011, e implantou um novo modelo de financiamento estadual, oficializado através da Portaria SES N° 640, de 21.11.2011, que cria o Piso Estadual da Atenção Primária à Saúde (PEAPS).

O Piso é composto por dois componentes, a semelhança do PAB, com a diferença de que o valor a ser repassado para o componente 2 está vinculado à avaliação de desempenho a partir de indicadores selecionados:

§1º - O Componente 1, no valor de R\$ 0,46 (quarenta e seis centavos) por habitante/ano, será destinado para os 184 municípios do estado e para o distrito de Fernando de Noronha. O total de recursos financeiros destinados ao Componente 1 corresponderá a 40% (quarenta por cento) do recurso total do PEAPS;

§2º - O Componente 2, no valor de R\$ 1,36 (um real e trinta e seis centavos) por habitante/ano, será voltado para os municípios com o Índice de Desenvolvimento Humano 2000 (IDH-2000) menor que 0,705 (índice de Pernambuco). O total de recursos financeiros destinados ao Componente 2 corresponderá a 60% (sessenta por cento) dos recursos totais do PEAPS (PERNAMBUCO, 2011).

O repasse dos valores referentes a 2011, estabelecidos pela portaria em um montante de R\$10.067.865,36 (dez milhões, sessenta e sete mil, oitocentos e sessenta e cinco reais e trinta e seis centavos), foram repassados excepcionalmente em dezembro, em parcela única.

Em março de 2012, a Secretaria Estadual de Saúde publica nova portaria, a Portaria SES N. 108, de 05.03.2012, que formula novos critérios de rateio para o componente de qualificação.

A Portaria 108/2012 define que os valores estaduais a serem repassados aos municípios, em virtude da Portaria 30.353/2007, terão por base um teto financeiro calculado pela multiplicação do número de Equipes de Saúde da Família implantadas no município pelo valor individual para cada equipe. Este valor individual de cada ESF é a divisão do valor anual do incentivo estadual para atenção básica pelo número total de equipes no estado. Nesta portaria, que define os valores referentes a 2011, o valor por ESF foi estabelecido em R\$7.516,00 (sete mil, quinhentos e dezesseis reais).

Art. 4º - Cada município terá um teto anual de recursos financeiros a ser repassado pelo estado, calculado em função do número de Equipes de Saúde da Família (ESF) implantadas no município, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (PERNAMBUCO, 2012).

Definidos os tetos municipais, a Secretaria Estadual de Saúde realizará avaliações semestrais, em janeiro e julho, com base em informações dos 12 meses anteriores, de acordo com a natureza de cada indicador. A forma de cálculo de cada indicador é descrita a portaria. São 10 indicadores, para análise de desempenho:

- I – Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil Investigados;
- II – Percentual de óbitos infantis investigados;
- III - Percentual de nascidos vivos de mães com 07 ou mais consultas de pré-natal;
- IV - Percentual de portadores de Hipertensão Arterial acompanhados;
- V - Percentual de portadores de Diabetes mellitus acompanhados;

VI - Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária;

VII - Percentual de cura de casos novos de Hanseníase;

VIII - Percentual de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera;

IX - Cobertura vacinal com a vacina tetravalente (DPT+HIB) em crianças menores de um ano;

X - Percentual de desnutrição em crianças menores de 2 anos.

A Portaria 108/2012 estabelece 4 faixas de desempenho, detalhando o parâmetro da cada faixa para cada indicador. Em seguida, estabelece um enquadramento do percentual de valor a ser recebido em cada faixa por indicador, e cujo somatório será um percentual nomeado de ID (Índice de Desempenho), que definirá o valor do teto anual a ser recebido pelo município.

Quadro 13 – Enquadramento dos valores a serem recebidos de acordo com a faixa de desempenho de cada indicador.

FAIXA DE DESEMPENHO	VALOR A SER RECEBIDO
Faixa 3	10% do teto financeiro
Faixa 2	7,5% do teto financeiro
Faixa 1	5% do teto financeiro
Faixa 0	Município desabilitado do repasse de recurso financeiro.

Fonte: Autora.

Exemplo: O município X é descrito com teto financeiro anual 2011 de R\$ 189.900,00 (25 ESF), e a avaliação de desempenho referente a 2011 o enquadrou nas seguintes faixas:

Quadro 14 – Exemplo de cálculo de Índice de Desempenho.

INDICADOR	FAIXA DE DESEMPENHO	PERCENTUAL DE RECEBIMENTO
I	2	7,5%
II	2	7,5%
III	2	7,5%
IV	2	7,5%
V	2	7,5%
VI	1	5,05
VII	2	7,5%
VIII	1	5,0%
IX	3	10,0%
X	3	10,0%
ID		75

Fonte: Autora

O valor referente a 2011 destinado a este município seria então, 75% do teto financeiro. Se o município tivesse qualquer um de seus indicadores enquadrado na faixa 0 de desempenho, seria desabilitado ao recebimento de recursos neste ano.

Como os municípios já tinham recebido o valor de 2011 em parcela única em dezembro do mesmo ano, a Portaria 108/12 recalcula os valores referentes a cada município e promove um ajuste, garantindo o recebimento de uma parcela complementar, para o município que, pelo novo cálculo não teria recebido o valor correspondente.

Embora a Portaria 108/12 tenha estabelecido um mecanismo bastante simples de ser acompanhado pelos municípios, e tenha avançado em relação aos critérios de certificação da Portaria 720/2007, ela pauta o rateio exclusivamente na presença de equipes de Saúde da Família em conformidade com os critérios do Ministério da Saúde, e no cumprimento de metas. É importante frisar que a experiência do estado de Pernambuco pautou-se no período de 2007 a 2010 pela estratégia de certificação, que não é solidária às necessidades estruturais e de custeio dos municípios, privilegiando aqueles que já estão estruturados e punindo os municípios que optam por não se enquadrarem (ou não conseguem), no modelo do Ministério da Saúde. Em 2011, ensaiou-se uma mudança, fortemente a partir do debate com o COSEMS (2011), direcionando a contrapartida estadual para a responsabilidade de custeio tripartite (critério *per capita*) e para o tratamento equânime (vinculação ao baixo IDH). Contudo, a menor parte do valor destinado a este financiamento teve tal vinculação.

A tabela 3 descreve os repasses da Secretaria Estadual de Saúde para o município no período. Verifica-se que até o ano de 2005 os repasses são exclusivos para campanhas de vacinação, que são repasses do governo federal via Fundo Estadual de Saúde, com exceção de um repasse do Projeto VIGISUS e um repasse para o sistema SIM/SINAN. Em 2006, inicia-se o repasse da contrapartida obrigatória estadual para o SAMU 192, agora já Metropolitano. Em 2008 e 2010, acontecem os convênios para construção conjunta de Polos do Academia da Cidade, e em 2008, os primeiros repasses do Programa de Certificação do Saúde da Família em conformidade com a Portaria SES 720/2007. Agregando os valores considerados como referentes à Atenção Básica, ver-se-á uma evolução irregular com crescimento a partir de 2008, em função da portaria, mas, efetivamente para o custeio da rede, apenas os valores da certificação. Recife teve apenas 93 equipes certificadas pela Portaria 720/2007.

Tabela 3 – Repasses estaduais para o município do Recife no período 2001-2011.

DESCRIÇÃO ANO	ATENÇÃO BÁSICA					OUTRAS AÇÕES	TOTAL GERAL RECEBIDO DO EXERCÍCIO DE 2001 A 2011
	Campanhas de Vacinação e implementação de sistemas de informação	Convênios de Implantação do Academia da Cidade	Contratação de Agentes, visando a intensificações das ações de Combate a Dengue	Certificação das Equipes de Saúde da Família do Município na PEFAP	TOTAL AB	Ações de outro âmbito (SAMU, Mãe Coruja, Carnaval e outros)	
2001	390.850,74	-	-	-	390.850,74	-	390.850,74
2002	345.297,00	-	-	-	345.297,00	-	345.297,00
2003	415.300,92	-	-	-	415.300,92	-	415.300,92
2004	340.365,99	-	-	-	340.365,99	-	340.365,99
2005	213.640,32	-	-	-	213.640,32	-	213.640,32
2006	120.265,45	-	-	-	120.265,45	690.339,60	810.605,05
2007	20.760,00	-	-	-	20.760,00	2.675.570,10	2.696.330,10
2008	20.760,00	300.995,00	-	653.375,00	975.130,00	1.594.995,00	2.570.125,00
2009	20.760,00	-	-	1.379.950,00	1.400.710,00	4.503.550,00	5.904.260,00
2010	0,00	6.522.129,93	-	1.382.395,00	7.904.524,93	2.987.995,00	10.892.519,93
2011	0,00	-	377.452,08	1.974.528,84	2.351.980,92	3.388.800,00	5.740.780,92

Fonte: Autora.

Nota: Foram utilizados dados 2000-2010, fornecidos pela Diretoria Geral Administrativa Financeira da Secretaria de Saúde do Recife.

4.3 NORMAS MUNICIPAIS

Ao longo do processo de organização e implementação da Atenção Básica no Recife, no período de 2001 a 2011, a secretaria municipal de saúde se absteve de normatizar localmente a política, considerando a extensa normatização federal.

4.4 A CONSTRUÇÃO DO MARCO LÓGICO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA

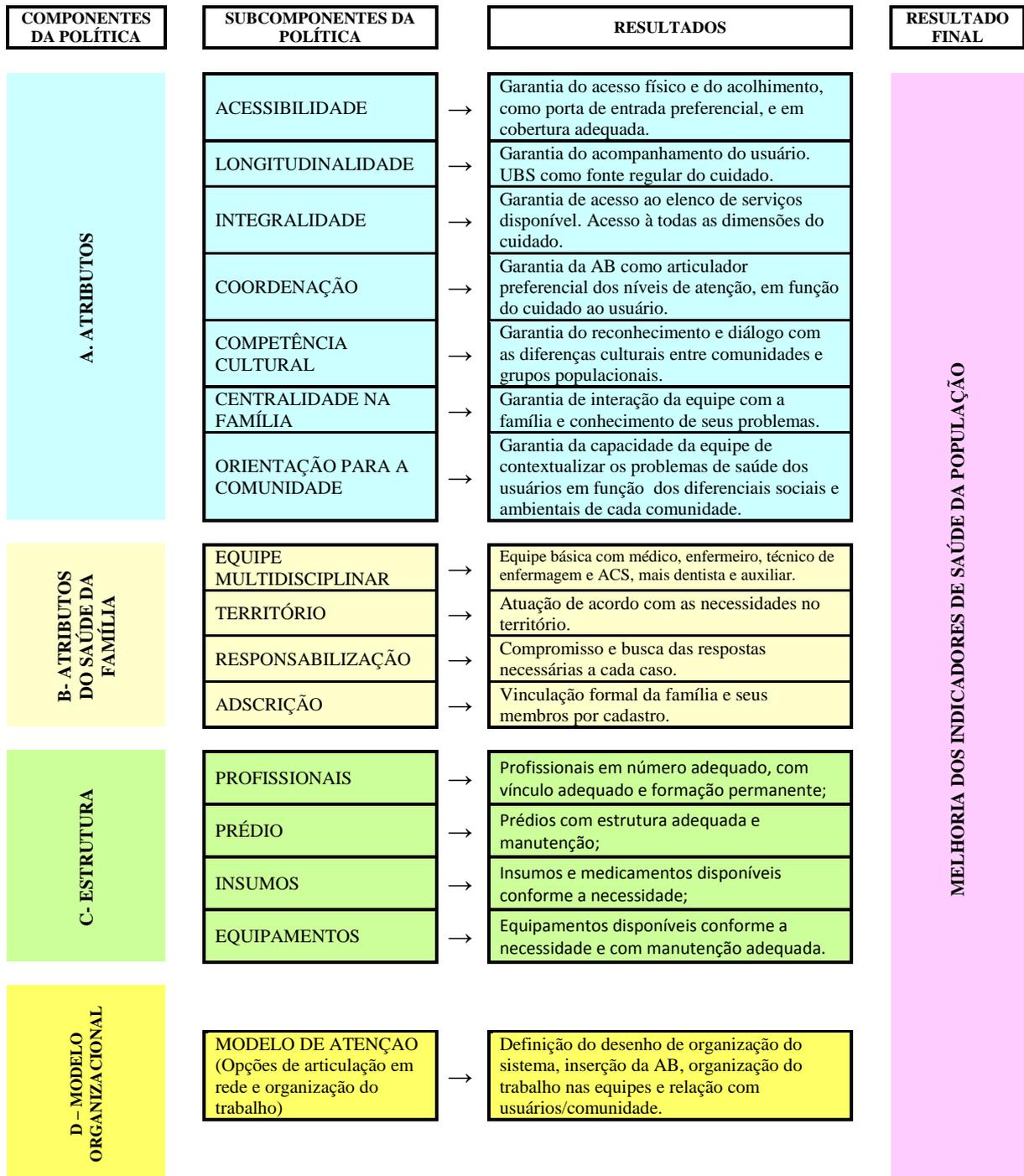
O objetivo de construir o marco lógico da política de atenção básica foi organizar uma referência dos componentes da política para a análise de seu conteúdo. Para tanto, avaliou-se a normatização federal, referência para a implantação da política no município. Considerando que os componentes característicos da política referem-se a seus atributos, e o que não se refere aos atributos diz respeito às opções de organização do sistema expressas pelo modelo de atenção, a matriz de componentes possui três eixos:

- a) Os atributos da política de atenção básica: Foram considerados os sete atributos já discutidos, excluindo formação profissional, que é transversal a todos os componentes e que, de toda forma, será explicitado no eixo da organização estrutural;

- b) A sua organização estrutural: Considerou-se aqui a organização em termos da situação dos profissionais pelo vínculo, suficiência e formação;
- c) A opção de organização do sistema: O modelo de atenção à saúde, que articulando os demais componentes, constituirá um importante diferencial de desenvolvimento da política em cada município.

Desta forma, a matriz está expressa na figura 5 e seguiu a referência de Medina et al. (2005) na explicitação da macro teoria da política, já que se pretende discutir a aproximação da política local e seu desenvolvimento no período em relação à teoria da política (MEDINA, et al., 2005).

Figura 5 – Marco Lógico da Política de Atenção Básica.



Fonte: Autora.

5 O RECIFE: ANÁLISE DOCUMENTAL

5.1 RESULTADOS: RECIFE E SUAS CARACTERÍSTICAS

O município de Recife tem uma população estimada em 1.599.503 habitantes (IBGE, 2013) com um percentual de cobertura do Programa de Saúde da Família estimado em 60%, além de 22 Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBS) que não têm uma adscrição de clientela. Para alcançar este percentual de cobertura, o Recife conta com 120 Unidades de Saúde da Família, com um total de 252 Equipes. As Equipes de Saúde da Família estão distribuídas de acordo com a necessidade da população em 6 distritos sanitários.

Os arquivos de informações municipais do site do IBGE descrevem a origem da Cidade do Recife, em 1537, como o estabelecimento de pescadores originários de Olinda, e também em função da montagem de armazéns de açúcar, e, posteriormente da exploração da área portuária natural do Recife: “Assim surgiu o Recife, em função do velho ancoradouro espécie de largo canal situado entre os arrecifes de arenito e a península, onde se misturavam as águas do mar e as dos dois rios - o Capibaribe e o Beberibe” (IBGE, 2013; RECIFE, 2003).

Recife é a capital do estado, com maior população dentre todos os municípios e as características mais complexas, centro da principal região metropolitana de Pernambuco, da qual fazem parte os municípios de Olinda, Abreu e Lima, Paulista, Igarassu, Itapissuma, Ilha de Itamaracá, Araçoiaba, Camaragibe, São Lourenço da Mata, Moreno, Jaboatão dos Guararapes, Cabo de Santo Agostinho e Ipojuca. Concentra 41,67 % da sua população, grande parte das atividades econômicas e de fluxos de deslocamentos pendulares.

O município apresenta altitude de 4 metros e clima quente e úmido, em uma área territorial de 218,435 km², o que implica em uma densidade demográfica de 7322,5 hab/Km², em 2013. A taxa geométrica de crescimento entre os censos de 2000 e 2010 foi de 0,78% a.a. Limita-se ao norte com os municípios de Olinda e Paulista; ao sul, Jaboatão dos Guararapes; a leste com o oceano Atlântico e a oeste com São Lourenço da Mata e Camaragibe. De acordo com o IBGE, apresenta 67,43% de morros; 23,26% de planícies; 9,31% de aquáticas; e 5,58% de Zonas Especiais de Preservação Ambiental (ZEPA) (IBGE, 2013).

A cidade do Recife está dividida em seis Regiões Político-Administrativas: RPA 1 Centro, 2 Norte, 3 Nordeste, 4 Oeste, 5 Sudoeste e 6 Sul (Lei Municipal nº 16.293 de 22.01.1997). Cada RPA é subdividida em três Microrregiões que reúne um ou mais dos seus 94 bairros.

Para o setor de saúde, cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário (DS):

- a) **DS I** - Recife, Cabanga, Soledade, Santo Amaro, São José, Coelhos, Boa Vista, Paissandu, Ilha Joana, Bezerra, Santo Antônio, Ilha do Leite;
- b) **DS II** - Torreão, Ponto de Parada, Rosarinho, Porto da Madeira, Fundão, Cajueiro, Encruzilhada, Beberibe, Hipódromo, Água Fria, Peixinhos, Bomba do Hemetério, Campina do Barreto, Arruda, Campo Grande, Alto Santa Terezinha, Linha do Tiro, Dois Unidos;
- c) **DS III** - Poço, Derby, Monteiro, Tamarineira, Graças, Espinheiro, Morro da Conceição, Casa Amarela, Aflitos, Casa Forte, Parnamirin, Apipucos, Córrego do Jenipapo, Nova Descoberta, Alto José do Pinho, Mangabeira, Alto do Mandu, Alto José Bonifácio, Vasco da Gama, Macaxeira, Brejo da Guabiraba, Passarinho, Dois Irmãos, Jaqueira, Santana, Guabiraba, Sítio dos Pintos, Pau Ferro, Brejo de Beberibe;
- d) **DS IV** - Cidade Universitária, Engenho do Meio, Madalena, Várzea, Torrões, Torre, Iputinga, Prado, Zumbi, Cordeiro, Ilha do Retiro, Caxangá;
- e) **DS V** - Caçote, Mangueira, Bongü, Mustardinha, Curado, San Martin, Jardim São Paulo, Areias, Sancho, Barro, Estância, Tejipió, Coqueiral, Jiquiá, Totó, Afogados;
- f) **DS VI** - COHAB, Brasília Teimosa, Ipsep, Ibura, Jordão, Pina, Boa Viagem, Imbiribeira (RECIFE, 2011b).

5.1.1 Dados Sócio-Demográficos

Ao comparar indicadores socioeconômicos dos três últimos censos (TABELA 4), observa-se que período de 1991 a 2000 é marcado por grande aumento da cobertura de saneamento básico (35,80%) e, em menor proporção, da cobertura de coleta de lixo (17,50%); e por, outro lado, por uma expressiva redução da taxa de analfabetismo na faixa-etária de 15 anos e mais (30,66%) e da proporção da população com renda domiciliar *per capita* de até meio salário mínimo (22,60%). Também se observa uma pequena redução da cobertura da rede de abastecimento de água (redução de 6,81%), que se mantém, embora menor (1,31% de redução), no período 2000-2010. Este período se caracteriza, ainda, pela manutenção dos percentuais de redução da população com renda menor que meio salário mínimo (26,97%) e da taxa de analfabetismo (27,27%), maior crescimento da cobertura de esgotamento sanitário (68,52%), e pequeno crescimento, quase manutenção, da proporção de cobertura de coleta de lixo (1,72%).

O coeficiente geral de mortalidade apresentou redução de 2,71% e 4,22% nos dois períodos. Na mortalidade infantil, os dados demonstram redução nos três componentes: Na primeira década, em que a redução do CMI geral foi maior (53,7%, enquanto entre 2000-2010 foi de 36,72%), foi no componente pós-neonatal (68,97%) em que se verificou a maior redução, seguido do componente neonatal tardio (46,60%); já no segundo período, a maior redução se deu no componente neonatal precoce (43,21%), seguido do pós-neonatal (28,70%).

A esperança de vida ao nascer cresceu nos dois períodos, de 65 anos para 68 e para 74 anos, e a taxa de fecundidade total apresentou redução, chegando a 1,35 em 2010. O crescimento absoluto da população de Recife foi de 18,45% e 8,07% no comparativo das duas décadas. Houve redução de 20,45% e 18,86%, nas duas décadas, na faixa-etária de menores de 1 anos. Estes dados inserem Recife no contexto da transição demográfica, com mudança no comportamento demográfico a partir da década de 1970.

De 1940 a 1991, o conjunto formado pelo Recife e os municípios hoje incorporados na sua Região Metropolitana multiplicou por 5,14 a sua população, passando de 568.598 para 2.919.979 habitantes. No mesmo período, a população do Recife quase quadruplicou, passando de 342.740 para 1.298.229 habitantes. [...] Assim, de 1980 a 1991, e de 1991 a 1996, a taxa de crescimento demográfico no Recife é somente de 0,6%/ano, a segunda mais baixa entre as capitais brasileiras, após apenas do Rio de Janeiro (RECIFE, 1998).

Tabela 4 - Indicadores Sociais e Demográficos, Recife 1991, 2000 e 2010.

INDICADORES SOCIAIS E DEMOGRÁFICOS	1991	2000	2010	% 1991- 2000	% 2000- 2010
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal	0,576	0,660	0,772	14,58	16,97
Proporção da população com renda < 1/2 SM	62,73	48,50	35,42	-22,68	-26,97
Taxa de analfabetismo por Ano segundo Faixa Etária 15 anos e mais	13,70	9,50	6,90	-30,66	-27,37
Coefficiente de Mortalidade Geral por 1000 habitantes	7,40	7,20	6,89	-2,71	-4,22
Esperança de Vida ao Nascer	65,57	68,62	74,5	4,65	8,57
Taxa de Fecundidade	2,29	1,81	1,35	-20,96	-25,41
População < 1 ano	24.064	23.591	19.142	-20,45	-18,86
População Total	1.298.229	1.422.905	1.537.704	18,45	8,07
Mortalidade Infantil (<1ano)	44,00	20,37	12,89	-53,70	-36,72
Neonatal Precoce (0-6 dias)	21,90	12,45	7,07	-43,15	-43,21
Neonatal Tardio (7-27 dias)	4,70	2,51	1,97	-46,60	-21,51
Pós-neonatal (28 a 364 dias)	17,40	5,40	3,85	-68,97	-28,70
Percentual de cobertura da coleta de Lixo - Moradores	81,78	96,09	97,74	17,50	1,72
Percentual de Cobertura com esgotamento sanitário	30,25	41,08	69,23	35,80	68,52
Percentual de cobertura de rede de abastecimento	94,96	88,49	87,33	-6,81	-1,31

Fonte: Autora.

Nota: Foram utilizados os bancos de dados do DATASUS/RIPSA; IBGE; Fecundidade Recife e Esperança de Vida ao Nascer Recife: Banco de Dados do Estado de Pernambuco – BDE/Agência CONDEPE/FIDEM; CMI 1991: PMS 2009-2013.

5.1.2 Situação de Adoecimento e Morte

O Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI), em 1999 foi de 22,37/1000nv; em 2001, primeiro ano deste estudo, foi de 18,21/1000nv, e em 2011, foi de 12,5/1000nv. Houve, portanto, uma redução de 31,36% no indicador. A informação de 2011 ainda é provisória. Os dados oficiais informam a ocorrência de 459 óbitos de menores de 01 ano em 2001 e 281 óbitos em 2010, o que representa uma redução de 38,78% em números absolutos (RECIFE, 2001b; 2012).

A mortalidade materna, avaliada como muito alta em 2000 (74,41/1000nv), permanece sendo um problema importante no município durante todo o período, apesar da tendência de queda, chegando a 45,89 em 2010, abaixo, portanto, do limite de 50/1000nv estabelecido pela OMS como alto (RECIFE, 2001b).

A tabela 5 apresenta dados de nascimento no período 2001-2011. Observa-se a redução da taxa bruta de natalidade, o que já é esperado em função da transição demográfica em que o país está inserido. Chama atenção o crescimento dos partos cesáreos, de 43,2% em 2001, para 57,2% em 2011; e o crescimento do percentual de prematuridade, de 7,1% em 2001, para 12,8% em 2011.

Tabela 5 – Dados de Natalidade do Recife no período 2001-2011

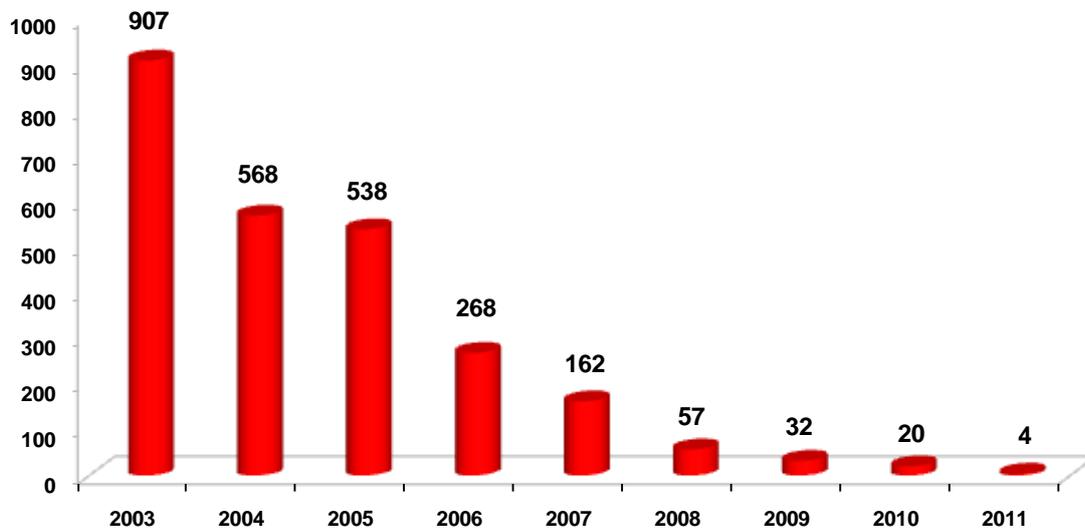
Dados de Nascimento	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Número de Nascidos vivos	25.268	24.286	24.834	22.883	23.221	22.680	22.045	22.269	22.538	21.793	22.240
Taxa bruta de natalidade	17,6	16,8	17,0	15,5	15,5	15,0	14,4	14,4	14,4	14,2	14,4
% de prematuridade	7,1	8,1	7,5	7,7	7,9	8,0	8,0	8,3	8,2	8,2	12,8
% de partos cesáreos	43,2	43,7	45,5	45,8	47,7	50,9	50,9	54,5	55,9	58,4	57,2
% de mães de 10-19 anos	1,0	0,9	1,1	1,0	0,9	0,9	1,0	0,9	0,7	0,7	1,0
% com baixo peso ao nascer											
Geral	8,5	9,2	8,9	9,1	9,2	9,1	8,7	9,0	8,9	9,0	9,1
Partos cesáreos	8,2	9,5	9,0	8,8	9,6	9,5	9,3	9,1	9,1	8,7	8,5
Partos vaginais	8,8	9,0	8,8	9,3	8,8	8,7	8,1	8,8	8,6	9,3	9,9

Fonte: Autora.

Nota: Foram utilizados os bancos de dados do SINASC -Cadernos de Informação da Secretaria Estadual de Saúde. OBS: Situação da base de dados estadual em maio de 2013.

O gráfico 2 apresenta a evolução do número de casos de filariose detectados no período de 2003 a 2011. A redução de casos se deve à implantação de um programa, o Xô Filariose, que previa ações de redução da infestação do mosquito vetor e tratamento em massa nas áreas da cidade com maior prevalência de casos.

Gráfico 2 - Número de Casos de filariose detectados em Recife, 2003-2011.



Fonte: Recife (2012).

Nota: Utilizando dados da SMS RECIFE/ DGVS/GEPI/SINAN

A tabela 6 apresenta um elenco de causas de óbito evitáveis e causas crônicas. Observa-se que a taxa de mortalidade específica apresenta redução para a maioria das causas, nos dois quinquênios: Homicídios (0,9 e 34,9); Causas Externas (3,2 e 5,6); Causas mal definidas (7,7% e 17,2%); Afecções originadas no período perinatal (34,2% e 29,5); Diarreia e gastroenterite (8,3% e 35,7); tuberculose (27,3% e 24,5%), e meningites (38,7% e 37,9%).

Expansões apenas foram verificadas, no período 2005-2010, para os acidentes de transporte (crescimento de 7,8%), das pneumonias (crescimento de 122,2%), das septicemias (crescimento de 176,6%), e das neoplasias (crescimento de 10,7%). As causas mal definidas CID 10 apresentaram redução de 8,08/100mil em 2000 para 6,18/100mil em 2010 (tabela 6).

Tabela 6 - Indicadores Específicos de Mortalidade, Recife 2000, 2005 e 2010

TAXA DE MORTALIDADE ESPECÍFICA		2000	2005	2010	% 2000-2005	% 2005-2010
POTENCIALMENTE EVITÁVEIS	Acidentes de transporte ¹	17,3	15,3	16,5	-11,6	7,8
	Homicídios ¹	67,4	66,8	43,5	-0,9	-34,9
	Causas externas ¹	107,4	104	98,2	-3,2	-5,6
	Causas mal definidas CID ¹	8,08	7,46	6,18	-7,7	-17,2
	Afecções originadas no período perinatal ²	23,68	15,59	10,99	-34,2	-29,5
	Pneumonias ³	23,82	11,59	25,75	-51,3	122,2
	Septicemia ³	4,29	2,00	5,53	-53,4	176,6
	Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumida ³	6,40	5,86	4,36	-8,3	-25,7
	Tuberculose ³	11,74	8,53	6,44	-27,3	-24,5
	Meningites ³	2,39	1,47	0,91	-38,7	-37,9
CRÔNICAS	Capítulo IX. Doenças do aparelho circulatório	228,69	220,78	202,25	-3,5	-8,4
	Capítulo II. Neoplasias (tumores)	101,48	101,53	112,38	0,0	10,7

Fonte: Autora.

Nota 1: Taxa de Mortalidade Específica por 100.000 habitantes. Nota 2: Foram utilizados os bancos de dados do ¹IDB; ²Grupo de Causas; ³Calculado a partir de dados do DATASUS/SIM Causas CID BR 10/IBGE;

5.1.3 A Gestão da Saúde no Período 2001-2011

Recife habilitou-se à condição Gestão Semiplena, conforme a NOB 01/03, em 1994, com publicação da Portaria Ministerial n. 207, de 16/11/94, e em 1998 teve aprovado o pleito para tornar-se Gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com a NOB 01/96, através da Portaria Ministerial N.2801/98 (RECIFE, 1998).

O município não chegou a ser habilitado pela NOAS em função da indefinição quanto ao comando único das unidades em seu território, considerando os hospitais estaduais. A adesão ao Pacto de Gestão, através da aprovação do Termo de Compromisso de Gestão – TCG em CIB deu-se em 2010, após mediação do Ministério da Saúde junto à Secretaria Estadual de Saúde e COSEMS/PE para acordo de compromissos, que incluía a adesão maciça dos municípios e o empenho da Secretaria Estadual em concluir a PPI e rever os tetos financeiros municipais (SEMINÁRIO DO COSEMS SOBRE CONTROLE EXTERNO, PGASS E PPI, 2012).

Ao longo do período, a implementação da política de saúde se deu com várias mudanças de equipe, e consequentes variações de condução do processo.

5.1.4 Evolução da Rede Assistencial no Período de 2001 a 2011

O levantamento da evolução da rede assistencial a partir dos Relatórios de Gestão apresentou incongruências em função de mudanças no formato de descrição da rede ao longo dos anos (tabela 7).

No ano de 2005, por exemplo, detalham-se todos os centros especializados, totalizando 28 centros. No ano seguinte, estes são agrupados sob o título de “Centros Especializados” e declarados em número de 08. Outro exemplo expressivo é o da descrição de Policlínicas, descritas como 13 em 2007-2008, como 11 em 2009-2010, e como 12 em 2011, sem que o relatório descreva o fechamento de alguma unidade. Fica claro o descompasso entre as revisões conceituais ou de nomenclatura da rede, e a descrição em Relatório de Gestão.

Considerando o problema descrito, optou-se por utilizar as informações sequenciadas de todos os RAGs apenas para a rede básica de atenção, cujos dados se apresentam mais consistentes, apesar da ausência de informação quanto ao número de Unidades Básicas Tradicionais nos RAGs de 2007 e 2008. Para a análise da evolução da totalidade da rede assistencial, utilizou-se a descrição inicial, contida no Balanço de Gestão 2003 (RECIFE, 2004a) como situação encontrada em dezembro de 2000, e a descrição final 2010 contida no RAG 2011, Balanço 2009-2011 (RECIFE, 2012b), e CNES 2013. Desta forma, sempre que havia desencontro de informação entre o RAG e os Balanços, optou-se pela informação dos balanços. Para 2011, a utilização do CNES em janeiro de 2013 considerou os relatos de inauguração de novos serviços em 2012, ignorando-os para o ajuste das informações.

Tabela 7 – Evolução da Rede Assistencial no Recife

REDE BÁSICA E ESPECIALIZADA	PERÍODO				
	2000	2005	2011	% 2000- 2005	% 2005- 2011
Unidades da saúde da Família	16	103	121	543,8	17,5
Unidades Básicas de Saúde	46	27	22	-41,3	-18,5
Polos da Academia da Cidade	0	9	27	--	200,0
Farmácia da Família	0	0	10	--	--
Equipes de Saúde da Família	27	213	252	688,9	18,3
Equipes de Saúde Bucal	0	87	133	--	52,9
ACS	1.045	1.770	1746	69,4	-1,4
Equipes de NASF	0	0	20	--	--
Equipes de NAPI	0	0	2	--	--
Equipes de SAD	0	0	12	--	--
Policlínicas	7	11	12	57,1	9,1
SPA [em Policlínica]	4	4	4	0,0	0,0
Centro de Atenção Psicossocial	1		17		
Residências Terapêuticas	0	8	22	--	175,0
Hospital Pediátrico	2	2	2	0,0	0,0
Maternidades	2	3	3	50,0	0,0

Fonte: Autora.

Nota: Foram utilizados os Relatórios de Gestão 2001, 2005 e 2011; Balanço da SMS Recife 2003 e 2009-2011

Observa-se, pela tabela 7, que houve expansão em **190%** da rede básica, quando são somadas as unidades de saúde da família, centros de saúde tradicionais e polos do academia da cidade.

A rede assistencial teve significativa expansão entre 2000 e 2010, marcadamente na atenção básica. O primeiro quinquênio representou crescimento de 534,8% das Unidades de Saúde da Família e o segundo quinquênio apresentou crescimento de apenas 15,5%. Em relação às equipes de saúde da família, houve crescimento de 688,9% e 17,8%, nos dois quinquênios; e crescimento no quantitativo de ACS de 69,4%, com redução em seguida, de 1,4%. No primeiro quinquênio, há redução apenas das Unidades Tradicionais (-41,3%), e duas situações de decréscimo foram verificadas no período de 2005 a 2010, em relação às Unidades Tradicionais (-18,5%) e ao quantitativo de ACS.

Em relação à Rede Especializada, o crescimento foi menor. Chama atenção o crescimento de Centros Especializados, em grande parte pela implantação de 17 novos CAPS, e da Residência Terapêutica e Urgência Odontológica, inexistentes no ano 2000.

5.1.4.1 Descrição da Rede Básica do Recife

- a) **Unidades de Saúde da Família:** As primeiras unidades de saúde da família foram implantadas em 1995 e tinham o propósito de, com o PACS, atuar de forma complementar à rede de Centros de Saúde, focalizando ações nas áreas mais pobre e com piores indicadores epidemiológicos, como citado no Plano Municipal de Saúde 1998-2001. Com a mudança de modelo e expansão do quantitativo de equipes de saúde da família, o número chegou a 252 equipes em dezembro de 2011 e vários debates sobre organização da rede foram travados, que serão detalhados no capítulo sobre o Conteúdo da Política;

- b) **Unidades Básicas Tradicionais:** No início de 2001, o Recife possuía 46 unidades básicas tradicionais, ou Centros de Saúde, e eram a base da Atenção Básica. Possuíam comumente clínico, pediatra e ginecologista, com variações quanto a presença de outros profissionais. Atuavam por demanda espontânea, sem adscrição de clientela, mesmo em relação aos programas, como hanseníase e tuberculose. A partir de 2001, foram inicialmente considerados em fase de transformação, como citado no Plano Municipal de Saúde 2002-2005: “Portanto, no processo de reordenamento da rede nós teríamos, além de 17 unidades antigas do PSF, em tese 46 unidades transformáveis em PSF e necessidade da abertura de 77 novas unidades do PSF [para alcançar 277 equipes e 70% de cobertura populacional].” (RECIFE, 2002b) Ao longo do período 2001-2011, 22 unidades tradicionais não foram transformadas e permanecem como Centros de Saúde em função da necessidade de garantia de acesso à população não adscrita em equipes de Saúde da Família;

- c) **Polos de Academia da Cidade:** O Programa Academia da Cidade foi implantado em 2002 como uma política de promoção à saúde, com ênfase na atividade física. Incorpora ao cotidiano da população a prática de atividade física a partir da potencialização dos espaços públicos requalificados; no lazer e na alimentação saudável, através da reeducação alimentar e orientação de hábitos mais saudáveis, vinculando, quando necessário, seus usuários e uma equipe de Saúde da Família. Também desenvolve atividades em CAPS e Policlínicas (RECIFE, 2009a).

- d) **Núcleos de Farmácia da Família:** O modelo de “Farmácia da Família” na assistência farmacêutica foi implantado em 2006, com implantação de 5 núcleos, chegando a 10 núcleos em 2011, e com pretensão de chegar a 100% de cobertura da população usuária do SUS. O núcleo centraliza a dispensação de medicamentos das Equipes de Saúde da Família num raio de abrangência de 02 quilômetros. O fluxo é organizado pelo sistema informatizado “Hórus”, criado no Recife e adotado pelo Ministério da Saúde. O núcleo e suas ESF de abrangência são informatizados (RECIFE, 2007; 2011);
- e) **Programa de Saúde Ambiental:** O programa de Saúde Ambiental foi implantado em 2002, após estudos em parceria com órgãos formadores e pesquisadores da área. Mudou a lógica de trabalho da cidade, até então pautada em uma atuação restrita de Agentes de Endemias, implantou os Agentes de Saúde Ambiental, com escopo de atuação ampliado, ação educativa, intersetorial, e com intervenções importantes no controle de vetores e monitoramento de riscos (RECIFE, 2004b; LYRA, 2009);
- f) **Núcleos de Apoio ao Saúde da Família:** Formado por equipes multiprofissionais que atuam junto às equipes de Saúde da Família para ajudar na identificação de prioridades no território, articulação entre equipamentos públicos no território, apoio na assistência direta aos usuários e na educação permanente com atendimento compartilhado, buscando o aumento da resolutividade da atenção básica. O Recife inovou o modelo nacional com a inserção do sanitarista na equipe NASF. Considerado pela gestão como importante ferramenta, juntamente com o NAPI, de apoio matricial na atenção básica;
- g) **Núcleos de Apoio a Práticas Integrativas (NAPI):** O NAPI foi implantado usando a mesma estrutura e programa do NASF, mas com a direcionalidade de introduzir e orientar práticas integrativas entre as equipes de saúde da família, como descreve o balanço de gestão. Têm o mesmo princípio do NASF, com equipes multiprofissionais com formação em Práticas Integrativas e Complementares. Trabalham no território com nutrição saudável, acupuntura, homeopatia, atividades corporais, fitoterapia, uso racional de medicamentos e ampliação de ofertas terapêuticas;

h) **Serviço de Assistência Domiciliar (SAD):** Fornece apoio domiciliar ao paciente, prevenindo as internações ou encurtando o período de permanência no hospital, além de devolver ao paciente a oportunidade do convívio familiar. O SAD disponibilizará assistência integral a pacientes que não puderem se deslocar a uma unidade de saúde para receber atendimento ambulatorial, mas que também não necessitem de internação (RECIFE, 2012a).

5.1.4.2 Descrição da Rede Especializada Ambulatorial do Recife

a) **Laboratório Municipal de Saúde Pública:** Oferecia, em 2011, 150 tipos de exames nas áreas de patologia, citologia, bromatologia e química, destinados ao diagnóstico, a análise e o monitoramento laboratorial dos programas eixo da atenção básica, de agravos e doenças de notificação compulsória, das doenças transmissíveis e não transmissíveis, da qualidade da água de consumo humano e dos alimentos (RECIFE, 2012a).

b) **Centro de Atenção Psicossocial para Dependentes de Álcool e outras Drogas; Albergues Terapêuticos; Residências Terapêuticas (CAPS):** O Relatório de Gestão 2011 descreve as Residências como serviços destinados a pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos, que são retirados do ambiente hospitalar e integrados em um grupo, com características familiares, acompanhados por cuidadores e pela equipe do CAPS. A equipe do CAPS é multiprofissional, desenvolvendo tratamento diurno e garantindo o convívio do paciente com a família. O CAPS III, 24 horas, possui leitos de observação para pacientes em surto, ou para o atendimento de urgências psiquiátricas. O acompanhamento dos alcoolistas, tabagistas e dependentes químicos é garantido pelos CAPS-AD em parceria com as ESFs e programas como: O **Programa Mais Vida** que trabalha com a proposta da redução de danos, procurando minimizar os efeitos negativos do consumo de álcool, fumo e outras drogas, incluindo a **Política de Controle do Tabagismo** que tem uma articulação do tratamento do tabagismo simultâneo ao do álcool e outras drogas nos CAPS AD, Albergues Terapêuticos e rede de atenção básica (RECIFE, 2012a).

c) **Policlínicas:** As Policlínicas São: Policlínica Gouveia De Barros; Policlínica Professor Waldemar De Oliveira; Policlínica Centro; Policlínica/SPA Amaury Coutinho; policlínica Clementino Fraga; Policlínica Albert Sabin; Unidade Mista Professor Barros Lima (com

SPA); policlínicas Lessa de Andrade; Policlínica/SPA Agamenon Magalhaes; policlínica do Pina; policlínicas e Maternidade Arnaldo Marques (com SPA); a a mais recente, inaugurada em 2011, a Policlínica Salomão Kelner – Água Fria.

- d) Urgência Odontológica 24h:** Fornece assistência para usuários que apresentam quadro de dor dentária aguda ou quadros de urgência odontológica, nas unidades: Unidade Mista Barros Lima, Policlínica Amaury Coutinho, Policlínica Agamenon Magalhães e Policlínica Arnaldo Marques (RECIFE, 2012a).

- e) Centro de Especialidades Odontológicas CEO:** Sua implantação foi iniciada em **2005**, dispõem de serviços odontológicos especializados como cirurgias, endodontia, próteses, periodontia e pediatria (RECIFE, 2012a).

- f) Centro Especializado de Saúde do Trabalhador (CEST/CEREST):** Presta assistência aos trabalhadores, sejam eles formais ou informais, vítimas de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, fornecendo apoio psicológico e orientação jurídica, além de buscar a viabilização da reabilitação física e mental, quando necessário, e a promoção práticas educativas e ações de vigilância dos ambientes de trabalho. Também fornece orientação a gestores e ocupantes de cargos de chefia (RECIFE, 2012a).

- g) Outros Centros Especializados:** Também importantes para a rede municipal de saúde do Recife, identificam-se como outros centros especializados: Central de Alergologia; Centro Especializado de Saúde da Mulher – AMEM; Centro de Reabilitação; Centro de Atenção à Criança e ao Adolescente; e o Centro de Oftalmologia, Hipertensão e Diabetes Senador Ermírio de Moraes.

5.1.4.3 A Rede Hospitalar e Pré-Hospitalar do Recife

- a) Hospitais Pediátricos:** São a Unidade Pediátrica Helena Moura e o Centro de Reidratação e Urgência Pediátrica Maria Cravo Gama;

- b) Maternidades:** São a Unidade Mista Professor Barros Lima (com SPA); Policlínica e Maternidade Arnaldo Marques (com SPA); Maternidade Bandeira Filho;

- c) **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU192):** Pioneiro no Brasil, foi criado em dezembro de 2001 e contava, em 2011, com seis bases descentralizadas, atendendo pessoas em situação de risco em vias públicas e domicílios, prestando assistência pré-hospitalar, com plantão 24 horas, possuía 24 ambulâncias (4 com UTI), 02 helicópteros do serviço aeromédico e também 03 motolâncias. O SAMU Recife, entre 2005 e 2006, tornou-se o regulador do SAMU metropolitano (RECIFE, 2004b; 2012a; 2012b). São bases descentralizadas do SAMU-192: Policlínica Arnaldo Marques; Policlínica Amaury Coutinho; Unidade Mista Professor Barros Lima; Polícia Rodoviária Federal – CEASA; Unidade de Saúde Professor Joaquim Cavalcante; Centro Médico Senador José Ermírio de Moraes (RECIFE, 2012b).
- d) **Banco de Olhos - Transplantes de Córneas:** Foi criado em setembro de 2002 para ampliar a captação de doadores.

5.1.4.4 Centro de Vigilância Animal/Ambiental

O Plano Municipal de Saúde 1998-2001 colocou como prioridade para o então centro de vigilância animal a municipalização do controle de endemias. (RECIFE, 1999) A criação do Programa de Saúde Ambiental mudou o nome do Centro para Vigilância Ambiental e aumentou seu escopo de atuação (RECIFE, 2004b).

5.1.4.5 Rede Conveniada de Serviços de Saúde

O relatório de gestão 2011 indica que a gestão fez pactuações com a rede conveniada para o redesenho de sua inserção na rede, incluindo a definição das referências distritais e a inserção no SAD. Em 2011, o Recife tinha como rede conveniada: 10 Hospitais; 06 serviços de oftalmologia; 02 Serviços de Reabilitação; e 24 serviços de apoio diagnose e terapia (RECIFE, 2012a).

5.2 FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA NO RECIFE

Em relação ao financiamento do SUS no município, os dados levantados (tabela 08) demonstram um grande incremento de receita no período de 2000 a 2005 (163,23%), em especial dos recursos próprios municipais (357,04%). No período de 2005 a 2010 também há crescimento, mas de menor ordem (80,28%), e os recursos de outras fontes apresentam o maior crescimento (100,04%) em comparação com os recursos próprios (64,26%). O percentual de recursos próprios apresenta expansão de 182,02% no período de transição para o alcance do mínimo constitucional de 15%, de acordo com a emenda Constitucional 29, e apresenta pequena retração (1,63%) no período 2005-2010. O valor *per capita* gasto com Saúde teve expansão de 149,53% entre 2000 e 2005, e de 75,98% entre 2005 e 2010.

Tabela 8 - Recursos Executados pela Secretaria de Saúde do Recife - 2000-2010

EXERCÍCIO	2000	2005	2010	% 2000-2005	% 2005-2010
* RECURSOS PRÓPRIOS	35.210.671,76	160.926.363,03	264.338.137,96	357,04	64,26
** OUTRAS FONTES	74.650.951,00	128.262.444,34	257.023.627,42	71,82	100,39
TOTAL	109.861.622,76	289.188.807,37	521.361.765,38	163,23	80,28
Percentual Recursos Próprios (EC29) ¹	5,45	15,37	15,12	182,02	-1,63
Valor per capita gasto com Saúde ²	77,21	192,66	339,05	149,53	75,98

Fonte: Autora.

Nota: Foram utilizados dados 2000-2010, fornecidos pela Diretoria Geral Administrativa Financeira, SMS Recife, a partir do SOFIN. Dados de despesas empenhadas (*FONTES 114 E 115; ** FONTES 242 E 244)-¹SIOPS; ² Calculado utilizando população IBGE/DATASUS.

O Relatório do I Seminário de Gestão e o Plano Municipal de Saúde 2010-2013 relatam, em relação à situação encontrada em 2001, o baixo gasto com recursos de tesouro e o teto financeiro federal também baixo:

Do ponto de vista da organização interna da Secretaria, chamava a atenção o congelamento do teto financeiro, repassado pelo Ministério da Saúde, que permaneceu o mesmo entre 1995 e 2001; a política de medicamentos restritiva e a ausência de estrutura administrativa direcionada à gestão do trabalho (RECIFE, 2010, p. 32).

Houve significativa ampliação do teto financeiro do município no período 2001-2011 (Tabela 9). Tanto das transferências federais, dos repasses estaduais, quanto dos recursos de tesouro aplicados no Fundo Municipal de Saúde. Em 2001, houve um compromisso da gestão em aplicar os mínimos constitucionais previstos na Emenda Constitucional 29/2000, independentemente de sua regulamentação (RECIFE, 2001; 2010b).

A tabela 9 mostra a evolução dos repasses federais no período de 2001 a 2011, por Bloco de Financiamento, conforme agregação disponibilizada pelo Fundo Nacional de Saúde. Observa-se que, em termos absolutos, o Teto Financeiro Global do Município teve crescimento de 232%, e o Bloco da Atenção Básica foi o que apresentou menor crescimento (138,2%), entre os blocos já existentes. Mesmo se somarmos a Atenção Básica à Assistência Farmacêutica, considerando que a assistência farmacêutica básica compõe a atenção básica, o percentual de crescimento permanece o menor (152,9%).

Isoladamente, a assistência farmacêutica teve o maior crescimento do período (477,3%), seguida da vigilância em saúde (290%). O crescimento destes dois blocos se explica em função do período estudado ter sido um período de grandes definições de escopo de atuação, normatização e expansão de serviços nestas duas áreas, em função do processo de municipalização.

A contradição se apresenta nos dois blocos de políticas mais consolidadas, a Atenção Básica (AB) e a Média e Alta Complexidade (MAC). O teto MAC cresceu 283,2%, consideravelmente mais que o teto da atenção básica (138,2%), embora a maior expansão da rede assistencial tenha se dado na atenção básica, de forma expressiva. Ao observar a relação proporcional entre os dois blocos de financiamento no período, percebe-se o declínio proporcional da AB em relação ao MAC: em 2001, o teto da atenção básica representa 80% do teto MAC; em 2011, representa apenas 53%.

Tabela 9 – Repasses federais por bloco de financiamento, Recife, 2001-2011.

ANO	BLOCO DE FINANCIAMENTO							TOTAL GERAL	Atenção Básica Ampliada (a+c)	Proporção da Atenção Básica em relação à Média e Alta Complexidade (a/b)
	ATENÇÃO BÁSICA (a)	MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR (b)	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (c)	GESTÃO DO SUS	TRANSFERÊNCIAS NÃO REGULAMENTADAS POR BLOCO DE FINANCIAMENTO	INVESTIMENTO			
2001	30.863.771,49	40.402.180,87	4.108.842,89	1.400.442,24	0,00	0,00	0,00	76.775.237,49	32.264.213,73	0,80
2002	33.590.377,71	44.329.544,56	4.665.886,32	1.437.189,96	100.000,00	0,00	0,00	84.122.998,55	35.027.567,67	0,79
2003	36.132.305,33	52.818.605,07	6.295.610,79	1.446.148,74	220.000,00	0,00	0,00	96.912.669,93	37.578.454,07	0,71
2004	43.903.384,24	64.026.933,78	7.387.345,57	1.449.135,00	400.000,00	0,00	0,00	117.166.798,59	45.352.519,24	0,71
2005	45.335.072,36	69.964.298,80	8.596.368,45	1.875.357,00	330.000,00	0,00	0,00	126.101.096,61	47.210.429,36	0,67
2006	49.896.737,31	72.604.394,39	9.881.211,09	4.752.996,63	240.576,76	0,00	0,00	137.375.916,18	54.649.733,94	0,75
2007	51.053.138,53	75.815.880,94	9.326.143,97	5.533.602,84	200.000,00	0,00	0,00	141.928.766,28	56.586.741,37	0,75
2008	57.385.907,49	86.398.356,50	10.199.642,26	6.287.678,04	919.088,83	120.000,00	0,00	161.310.673,12	63.673.585,53	0,74
2009	60.936.104,00	134.374.237,00	11.220.371,27	6.287.678,04	2.260.121,20	120.000,00	0,00	215.198.511,51	67.223.782,04	0,50
2010	64.852.425,00	154.371.483,55	12.172.677,72	7.964.460,96	1.576.231,00	120.000,00	1.416.189,60	242.473.467,83	72.816.885,96	0,47
2011	73.527.306,78	154.805.187,93	16.023.470,29	8.084.460,96	310.000,00	0,00	2.121.621,87	254.872.047,83	81.611.767,74	0,53
Variação %	138,23	283,16	289,98	477,28				231,97	152,95	

Fonte: Autora.

Nota: Foram utilizados dados levantados em tabulação do banco de dados da página do Fundo Nacional de Saúde (FNS), www.fns.gov.br (acessado em janeiro de 2013).

5.2.1 Indicadores de Desempenho Orçamentário: o SIOPS

O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde, o SIOPS, foi implantado em 1999 pelo Ministério da Saúde como instrumento de acompanhamento da receita e despesa em Saúde. Com a publicação da Emenda Constitucional N. 29/2000 (EC 29), o sistema foi adotado como referência para avaliação de seu cumprimento (SILVA et al., 2010).

Campelli e Calvo (2007), em estudo sobre a aplicação da EC 29 no período de 2000 a 2003, identificaram que a União e a maioria dos estados não cumpriram a EC 29 naquele período. Contudo, os municípios aplicaram a emenda e com percentuais maiores que o preconizado, alcançando 13,67% em 2000, 14,82% em 2001, 16,54% em 2002 e 17,4% em 2003, quando a regra de transição definia chegar a 15% apenas em 2004 (CAMPELLI; CALVO, 2007).

Verifica-se que os Estados deixaram de aplicar R\$ 5,29 bilhões no período, enquanto que a União deixou de aplicar R\$ 1,8 bilhão. Isso representa um montante de R\$ 7,09 bilhões que o setor saúde deixou de receber nesses anos (CAMPELLI; CALVO, 2007, p. 1616).

Especificamente em Pernambuco, estudo de Gonçalves et al. (2009b) identifica o cumprimento da emenda por 85,6% dos municípios no período de 2000 a 2005.

No conjunto de indicadores do SIOPS no período 2001-2011 (tabela 10) observa-se que o mínimo constitucional foi cumprido pelo município em todo o período, desde os percentuais de transição até os 15% obrigatórios a partir de 2004, mas a receita própria aplicada reserva-se ao estritamente necessário a este cumprimento. Aparentemente, o que seria um mínimo, ou piso, de aplicação de recursos, tornou-se o máximo, ou teto, do município para a saúde.

Em relação aos gastos por habitante, verifica-se um crescimento do valor absoluto, de R\$88,69/habitante em 2001 para R\$370,69/hab. em 2011 (variação de 371,9%).

Observa-se que, embora os valores da assistência farmacêutica tenham crescido bastante durante o período, com ampliação em 477,28% dos repasses federais, o percentual de participação dos gastos com medicamentos em relação aos gastos totais com medicamentos não cresce, oscilando em torno de 3% ao longo do período (RECIFE, 2012).

Outra questão importante a ser observada é a participação com despesas de pessoal, que cresce de 29,08%, em 2000, para 54,58%, em 2010, e 52,96%, em 2011, alcançando o limite prudencial em relação ao teto imposto pela Lei de Responsabilidade Fiscal LC

101/2000. Este fator, por si, é um limitador da continuidade da expansão dos serviços de saúde.

O indicador do SIOPS 3.1 mostra a participação das transferências em relação à despesa total de saúde realizada pelo município. Pode-se observar uma variação bastante significativa no período: em 2000, 70% das despesas de saúde provinham de receita de transferência, percentual que cai para 45,39% em 2011. Percebe-se, portanto, que, ainda que os valores absolutos tenham aumentado, a participação federal não acompanha o crescimento do sistema municipal.

Tabela 10 – Indicadores do SIOPS, Recife, 2000-2011.

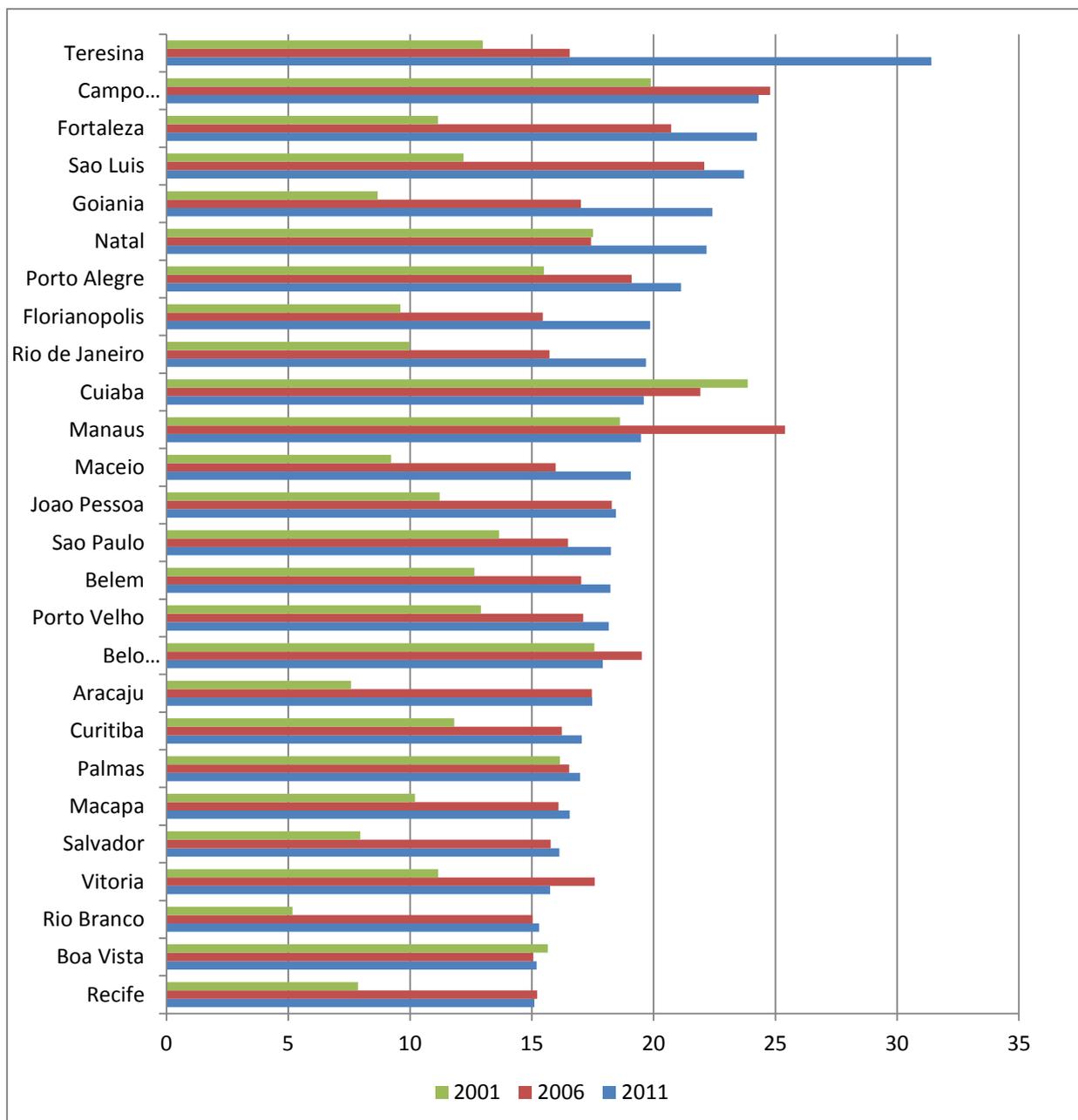
Indicadores do SIOPS	2.2 Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	2.3 Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde	2.4 Participação da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde	2.5 Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	3.1 Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com saúde	3.2 Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a EC 29/2000.
2000	29,08%	—	51,86%	2,84%	70,99%	5,45 %
2001	32,22%	—	38,92%	4,18%	62,21%	7,8 %
2002	46,29%	4,18 %	34,83%	2,59%	55,29%	9,50 %
2003	43,88%	3,64 %	33,57%	1,85%	51,85%	11,27 %
2004	44,65%	2,28 %	32,63%	1,54%	51,80%	15,14 %
2005	45,92%	2,78 %	31,57%	1,95%	48,04%	15,37 %
2006	45,37%	2,84 %	29,96%	3,21%	48,44%	15,22 %
2007	47,02%	3,02 %	28,77%	1,28%	41,87%	15,60 %
2008	49,31%	2,75 %	27,00%	1,22%	41,23%	15,27 %
2009	50,95%	3,90 %	23,63%	1,28%	52,10%	15,03 %
2010	54,58%	2,87 %	25,25%	1,29%	50,53%	15,12 %
2011	52,96%	2,80 %	25,82%	0,61%	45,39%	15,11 %

Fonte: Autora

Nota: Foram utilizados dados tabulados na página de consulta do SIOPS (www.datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/financeiros/siops).

Observando a relação com as demais capitais (gráfico 3) vê-se que o Recife apresenta percentuais baixos em relação às demais capitais, sendo o menor percentual em 2011, com 15,1%.

Gráfico 3: Situação do Mínimo Constitucional (EC29) por Capital, 2001, 2005 e 2011.



Fonte: Autora.

Nota: Foram utilizados dados tabulados na página de consultas do SIOPS (www.datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/financeiros/siops).

5.3 A PRODUÇÃO ASSISTENCIAL: A REALIDADE DOS NÚMEROS

Em relação ao registro de informações pelo município, o Recife vivenciou várias experiências: em 2001, no início de uma nova gestão, o desafio foi de resgatar a implantação do Cartão Nacional de Saúde. Contudo, a tecnologia para sua utilização na rotina das unidades não estava estabelecida nacionalmente. O Ministério da Saúde financiou o desenvolvimento de duas tecnologias em um grupo de 44 municípios piloto, entre os quais Recife. Uma tecnologia envolvia o uso de software apropriado para uso em computador comum, ou PC, outra tecnologia desenvolveu, além do software, um equipamento específico para sua utilização, o Terminal de Atendimento do SUS (TAS). O Recife, em função dos altos custos de aquisição e manutenção de computadores e considerando a experiência positiva do município de Aracajú, na implantação do TAS, optou por este equipamento simplificado.

Implantação do cartão nacional de saúde-CNS, cujo cadastro realizado em 2000 foi anulado pelo ministério pelo Ministério da Saúde, e refeito em 2001, durante o período de janeiro a março, com o cadastramento de cerca de 850.000 munícipes recifenses. O CNS teve sua implantação inicial na Unidade de Saúde da Família Vila União, em 20/11/2001. O cumprimento da meta de implantação do CNS em 9 unidades-piloto prevista no POA-2001 não foi cumprida devido ao atraso na entrega dos Terminais de Atendimento aos Usuários do Sistema Único de saúde - TAS, fornecidos pelo Ministério da Saúde (RECIFE, 2001, p. 22).

O TAS, contudo, suscitou grande resistência dos profissionais quanto à sua utilização, pois era um equipamento diferente de computador, com interface diferente e, por estar em teste, com frequentes falhas e surgimento de dúvidas/problemas que, por vezes, nem a coordenação técnica conseguia resolver. Além disso, o TAS não garantia a entrada de dados unificada para o SIA e SIAB, o que seria de grande importância para um município que pretendia expandir a estratégia de Saúde da Família para 70% da população. Algumas tentativas foram feitas de alimentação do SIA com os dados do TAS, que já alimentavam o SIAB, mas eram operações manuais, e se tornaram inviáveis.

Em 2002, o TAS estava implantado em 48 unidades de saúde. Em 2003, o RAG já não cita o TAS ou o Cartão SUS, e é possível inferir que foi o ano que a gestão desistiu do sistema e manteve o cadastramento de Cartão SUS apenas em sua rotina, considerando a expectativa de incorporação do número do Cartão SUS nos documentos e formulários do Ministério da Saúde (RECIFE, 2002a; 2004a).

Outras duas questões a serem consideradas ao se lidar com as informações municipais:

- 1) O PSF não tem lógica de pagamento por produção e a expansão do PSF ampliou gradativamente o desafio da sensibilização dos profissionais para o registro da produção

individual; além disso, a implantação do Programa de Saúde Ambiental aumentou o monitoramento domiciliar de vetores, mas, com perfil mudado em relação aos agentes de endemias, esta produção deixou de ser registrada; 2) Em 2008 houve uma mudança da tabela que agregou o SIA e SIH reduzindo o número de procedimentos, o que também contribuiu para o não registro, em função da transição entre tabelas.

Apesar da mudança da tabela e da organização do banco de dados do SIA em 2008, as tabelas de produção do SIA (Apêndice E) demonstram que a produção ambulatorial se manteve estável durante os dois períodos, 2001-2008 e 2008-2011. Contudo, os dados do SIA não são confiáveis para a análise neste período, em função de inconsistências em seu preenchimento pelas equipes, o que é relatado por um dos gestores do SIAB em Recife.

Em função da baixa confiabilidade do SIA, optou-se por detalhar a análise do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), sistema alimentado pelas equipes de saúde da família, criado em 1998 em substituição ao Sistema de informação do PACS (SIPACS), embora o SIAB também seja alvo de críticas, principalmente em relação à fragilidades no preenchimento dos instrumentos e digitação (FRIAS et al, 2012).

Contudo, no caso de Recife, embora não expresse a produção das unidades básica tradicionais, expressa os resultados da expansão da atenção básica através da expansão do saúde da família, e permanece sendo mais confiável que o SIA.

Quando se analisa a produção registrada no SIAB, desconsiderando as oscilações ano a ano e comparando 2001 e 2011, observa-se na tabela 11:

- a) O maior crescimento percentual na produção SIAB entre 2001/2011 foi em relação aos procedimentos coletivos (7,563,9%);
- b) A única redução no quantitativo produzido ocorreu na Visita do Médico;
- c) Os percentuais de crescimento de consultas de menores de 1 ano e de menores de 5 anos fogem ao padrão de crescimento dos demais itens e é menor que o percentual de crescimento de pessoas cadastradas (105,9%) e de expansão do número de equipes de Saúde da Família (833,3%).
- d) Houve expansão significativa da produção nos cinco primeiros anos, e retração da produção no período 2005-2010. Destacam-se o atendimento de profissionais de nível superior (expansão de 11.482,2% e retração de 39,3%); os procedimentos coletivos (51.470,8% de expansão e 56,9% de retração); as reuniões (1.083,5% de expansão e 45,4% de retração), e os encaminhamentos para atendimento especializado (1.076,8% de expansão e 29,0% de retração), mas também são

importantes a expansão do número de consultas e das visitas dos médicos (603,7% e 367,4% de expansão e 19,8% e 55,3% de retração).

- e) A única expansão registrada no segundo quinquênio analisado é a de pessoas cadastradas, correspondendo a 39 novas equipes de Saúde da Família implantadas.
- f) Em relação ao registro do SIAB, destacam-se o atendimento de profissionais de nível superior (expansão de 11.482,2% e retração de 39,3%) e os procedimentos coletivos (51.470,8% de expansão e 56,9% de retração), mas também são importantes a expansão do número de consultas e das visitas dos médicos (603,7% e 367,4% de expansão e 19,8% e 55,3% de retração).
- g) Em relação à produção hospitalar, representada pelas internações de residentes em Recife nas principais clínicas, verifica-se uma pequena redução (4,9%) nos primeiros 5 anos do período e crescimento no período 2005-2010 (11,6%). Destacam-se as internações em psiquiatria e obstetrícia, com manutenção da redução nos dois quinquênios de 50,8% e 31,9%, e de 13,1% e 16,3%, respectivamente. A pediatria apresentou crescimento de produção no período 2000-2005 (9,0%), e redução no período 2005-2010 (9,5%). A clínica cirúrgica e a clínica médica tiveram comportamento semelhante com redução de 1,9% e expansão de 26,2%, e redução de 1,0 e expansão de 27,9, respectivamente.

Tabela 11 - Produção Assistencial pelo SIAB e SIH por local de residência em Recife 2000, 2005 e 2010.

PRODUÇÃO SIAB	2000	2005	2010	% 2000-2005	% 2005-2010
Pessoas Cadastradas (PSF+PACS)	499.132	1.104.728	1.281.685	121,3	16,0
Encaminhamento para Atendimento Especializado	6.314	74.306	52.740	1.076,8	-29,0
Atendimento Individual de Profissionais de Nível Superior	1.038	120.223	73.034	11.482,2	-39,3
Consultas Todas as Faixas-etárias	89.369	628.927	504.348	603,7	-19,8
Consultas < 1ano	5.231	18.566	8.058	254,9	-56,6
Consultas < 5anos	19.562	78.347	30.057	300,5	-61,6
Reuniões	838	9.918	5.412	1.083,5	-45,4
Procedimentos Coletivos	497	256.307	110.575	51.470,8	-56,9
Atendimento Pré-natal	10.098	56.425	29.643	458,8	-47,5
Visita do Médico	10.941	51.143	22.858	367,4	-55,3
PRODUÇÃO SIH - INTERNAÇÕES	2000	2005	2010	% 2000-2005	% 2005-2010
TOTAL	204.765	194.733	217.292	-4,9	11,6
Clínica cirúrgica	67.322	66.016	83.303	-1,9	26,2
Obstetrícia	40.968	35.592	29.778	-13,1	-16,3
Clínica médica	48.413	47.946	61.331	-1,0	27,9
Pediatria	34.592	37.689	34.120	9,0	-9,5
Psiquiatria	12.030	5.914	4.029	-50,8	-31,9
Outras Especialidades	1.440	1.576	4.731	9,4	200,2

Fonte: Autora.

Nota: Utilizando dados tabulados na página de consultas do Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB/ DATASUS-SIH, disponíveis nos endereços:

<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04>; e

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>

Aplicando análise estatística de tendência temporal, através de regressão linear, observa-se que, na produção ambulatorial, apenas o número de pessoas cadastradas, os procedimentos coletivos, as consultas de todas as faixas-etárias e os encaminhamentos para atendimento especializados, apresentaram tendência temporal com significância estatística. Observa-se ainda a expansão da produção ambulatorial nos cinco primeiros anos, e retração da produção no período 2005-2010. Cresceram as atividades comunitárias e os procedimentos coletivos (51.470,8%), as reuniões (1.083,5%) e as visitas médicas (367,4%) entre 2000 e 2005 e redução de mais de 45% entre 2005 e 2010. Apenas o cadastramento da população apresentou crescimento de 16,0%, em 2010. Cresceu o atendimento de profissionais de nível superior (11.482,2%) e de consultas (603,7%) no primeiro período e retração de 39,3% e 19,8% no segundo (Tabela 12).

Tabela 12 - Produção Assistencial da Atenção Básica e Hospitalar da Cidade de Recife 2000, 2005 e 2010.

PRODUÇÃO ATENÇÃO BÁSICA-SIAB	PERÍODO			β	R ² (%)	p
	2000	2005	2010			
Pessoas Cadastradas (PSF+PACS)	499.132	1.104.728	1.281.685	83.318,0	91,7	< 0,05
Procedimentos Coletivos	497	256.307	110.575	20.772,0	40,2	< 0,05
Reuniões	838	9.918	5.412	491,5	26,9	= 0,05
Visita do Médico	10.941	51.143	22.858	-186,4	-10,8	> 0,05
Atendimento Individual de Profissionais de Nível Superior	1.038	120.223	73.034	11.555,0	04,8	> 0,05
Consultas Todas as Faixas-etárias	89.369	628.927	504.348	44.200,0	53,7	< 0,05
Consultas < 1ano	5.231	18.566	8.058	277,0	-6,7	> 0,05
Consultas < 5anos	19.562	78.347	30.057	1.000,0	-7,9	> 0,05
Atendimento Pré-natal	10.098	56.425	29.643	2.782,0	26,3	> 0,05
Encaminhamento para Atendimento Especializado	6.314	74.306	52.740	6.255,0	60,6	< 0,05

Fonte: Autora

Nota: Elaborada a partir de dados do Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, disponíveis no endereço: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04>. (Acesso em janeiro de 2013).

5.4 ANÁLISE DOS DOCUMENTOS DE GESTÃO

Foi feita a análise dos documentos abaixo relacionados:

- a) Planos Municipais de Saúde 1998-2001, 2002-2005, 2006-2009, 2010-2013;
- b) Relatórios de Gestão, de 2001 a 2011;
- c) Documentos de posicionamento e relatórios: Relatório do Primeiro Seminário de Gestão – 2001; Balanço das Marcas de Gestão – 2003.

5.4.1 Os Planos Municipais de Saúde

Apenas o Plano Municipal 2006-2009 foi encontrado disponibilizado na internet, os demais foram obtidos diretamente da equipe da secretaria de saúde do Recife.

5.4.1.1 O Plano 1998-2001

Trata-se de um plano elaborado em “*contexto de continuidade administrativa*”, como descreve em sua apresentação, considerando que o prefeito Roberto Magalhães era aliado de seu antecessor Jarbas Vasconcelos.

Traça um detalhado perfil histórico do Recife e de suas características geográficas e socioeconômicas, situando o Recife com economia baseada em serviços e comércio, com destaque para o polo privado de serviços de saúde, que é citado como setor de atividade com maior movimentação de ISS no município. Ressalta ainda a pobreza da população, com cerca de 40% em situação de pobreza e o maior índice de Gini do estado (0,6793).

Discute as mudanças demográficas, alertando para o acelerado processo de envelhecimento populacional e a pressão a ser gerada sobre o sistema de saúde, e apresenta uma detalhada descrição dos indicadores epidemiológicos.

Descreve, em linhas gerais, as políticas públicas de transporte, segurança, educação e saneamento, incluindo ações estaduais, fortalecendo o vínculo de aliança política entre os dois entes federados.

Fruto da herança da gestão de Jarbas Vasconcelos (1993-1996), que tinha como marca a articulação com os movimentos populares, em especial dos bairros, o plano pauta como quatro frentes que revelam sua estratégia de organização política: 1) a municipalização da saúde e descentralização da gestão das escolas; 2) os conselhos setoriais; 3) o Programa Prefeitura nos Bairros; e 4) as parcerias com setores empresariais. Também na saúde, o

enfoque comunitário se expressa no fato do Programa de Saúde da Família e PACS estarem vinculados a uma Diretoria de Desenvolvimento Comunitário – DDC e focar algumas comunidades. Embora o plano cite o PSF como um programa em expansão a gestão herdou 23 equipes, cuja implantação se iniciou já a partir de 1995, e implantou apenas mais 4 equipes, alcançando, ao final da gestão uma cobertura aproximada de 6% da população.

Quanto às metas plurianuais, o plano descreve as atividades a serem realizadas no período sem quantificar metas nem estipular prazos de cumprimento. Há um foco expressivo na modernização gerencial, em parte pela necessidade de consolidar o processo de municipalização, o que é posto como um dos pressupostos dos objetivos do plano, junto com a qualificação de serviços para maior acessibilidade, e o atendimento das necessidades de saúde com vistas à melhoria da qualidade de vida.

Contudo, embora a acessibilidade esteja em um de seus pressupostos, nas metas apenas se insere a ampliação do PACS e PSF, sem quantificar. O relatório final da IV Conferência Municipal de Saúde é posto como anexo, e as expansões demandadas pelo plenário da conferência, como leitos obstétricos e ações de reabilitação, não estão inseridas no corpo do plano.

5.4.1.2 O Plano 2002-2005

Este plano é elaborado e publicado em contexto de mudança de grupo político na condução da prefeitura e da secretaria de saúde. O plano foi elaborado pela equipe técnica, a partir dos debates da V Conferência Municipal de Saúde, realizada em 2001, cujo conteúdo deliberado em plenária final está inserido no corpo do plano. Não há relatório de conferência anexado.

Tem por subtítulo “Construindo uma Cidade Saudável” e insere a saúde no contexto de políticas municipais integradas em torno de quatro diretrizes: a responsabilidade metropolitana, ação integrada, o planejamento descentralizado e o orçamento participativo. Nesse sentido, a saúde compartilha o envolvimento direto em três dos oito programas estratégicos do governo municipal: Comunidade Saudável; Combate a Violência e Defesa da Cidadania; e Requalificação e Reapropriação dos Espaços Públicos – Espaço Público para Todos.

Apresenta um perfil detalhado da cidade, ressaltando as desigualdades sociais e a pobreza. No perfil epidemiológico, diferentemente do plano anterior, chama a atenção para a grande parcela de população jovem e a necessidade de desenvolver políticas direcionadas a

esta parcela da população. Chama a atenção para a persistência das endemias como problemas de saúde pública importantes no Recife, e para a mortalidade infantil e materna.

O Plano 2002-2005 expõe as prioridades da política de saúde para o próximo período, e inicia ressaltando que, apesar do município estar em habilitação semiplena, pela NOB/96, as unidades de alta complexidade e parte das de média complexidade encontram-se sob gestão estadual. Apresenta quatro macro objetivos: 1) desenvolver ações de educação em saúde e saúde preventiva as comunidades; 2) ampliar o acesso à rede pública de saúde, visando a integralidade da atenção e a qualidade do atendimento; 3) promover programas de saúde considerando as características epidemiológicas da população recifense; e 4) assegurar o controle social no desenvolvimento da saúde pública. Define, a partir disso, dezenove programas, dentre os quais, três definidos como prioritários na Plenária Temática da Saúde no Orçamento Participativo: a garantia do atendimento especializado e de alta complexidade; a ampliação do programa de agentes comunitários de saúde/PACS e do programa de saúde da família/PSF; e a informatização do sistema de saúde.

Há um capítulo do Plano destinado a explicar o modelo de atenção, que detalha sua direcionalidade ao cumprimento dos princípios do SUS, e que afirma o compromisso com a cobertura de 70% da população pelo saúde da família, criando a possibilidade dos 30% não cobertos aderirem à sua utilização.

A planilha de programação é bastante detalhada, indicando para cada projeto/atividade um indicador, o índice mais recente e quantificando, para a maioria deles, a meta final do PPA.

5.4.1.3 O Plano 2006-2009

Trata-se novamente de um plano em contexto de continuidade de gestão, neste caso, também do gestor principal, o prefeito reeleito João Paulo.

O Plano indica que as prioridades e a elaboração das propostas foram norteadas pelo perfil epidemiológico municipal, pela estrutura da rede e pelas necessidades da população recifense, balizadas por quatro diretrizes: 1) Cuidar das pessoas, consolidando e aperfeiçoando o modelo de atenção à saúde; 2) Avançar na gestão participativa e controle social; 3) aumentar a eficiência administrativa do sistema municipal de saúde; e 4) qualificar a gestão do trabalho em saúde valorizando o trabalhador.

Em seguida, o plano descreve as características estruturais do município, e a estrutura populacional, chamando atenção, novamente, para a importância de políticas direcionadas aos

jovens. Trata, em seguida, dos principais problemas epidemiológicos e elege como prioritários: as endemias de maior relevância para o município, outros agravos relevantes (crônicos e saúde mental-álcool e outras drogas); a mortalidade infantil; a mortalidade materna; a mortalidade por neoplasias; e a mortalidade por causas externas.

Apresenta uma avaliação da gestão 2001-2004, ressaltando a ampliação de cobertura do saúde da família de 6,5% para 45% e a redução de 25% na taxa de mortalidade infantil. Chama ainda a atenção para o desenvolvimento de uma política de saúde mental e de atenção aos usuários de álcool e outras drogas; o crescimento em três vezes do gasto municipal com saúde; a criação de ações inovadoras e estruturantes, como o SAMU, o Programa de Saúde Ambiental e o Programa Academia da Cidade. Por fim, resalta a ampliação de espaços de controle social (conselhos distritais e de unidade) e o desenvolvimento da gestão do trabalho, com implantação do PCCV e da Mesa de Negociação Permanente.

Na planilha de programação, embora nem todas as descrições das metas tenham definição quantitativa, algumas metas trazem quantificação para o período de 4 anos, como a de expansão do saúde da família (para 70% de cobertura), da saúde bucal e da rede de saúde mental, e como as propostas de redução de incidência de alguns agravos, como tuberculose e hanseníase.

5.4.1.4 O Plano 2010-2013

Este plano, de forma semelhante ao de 1998-2002, é considerado como um plano de continuidade de gestão apesar de não haver reeleição, em função de ter sido eleito o candidato apoiado pelo prefeito, neste caso João da Costa, como foi Roberto Magalhães em 1997.

O Plano traz a descrição e caracterização da cidade, e uma breve análise da situação de adoecimento e morte.

Traz uma avaliação do período 2001-2009, em que resalta a expansão de serviços e inovações do período 2001-2005, e descreve mais detalhadamente as principais ações do período 2006-2009. Entre estas, a continuidade da expansão do saúde da família (com mais 27 equipes), da saúde bucal e do academia da cidade, a criação do Programa Farmácia da Família e o desenvolvimento da regulação assistencial

O Plano traz um capítulo destinado a explicar o modelo de atenção. Diferenciando-se dos planos anteriores, coloca-se nas fileiras dos princípios do Modelo em Defesa da Vida, com o título de Recife em Defesa da Vida. Define cinco prioridades de gestão: 1) a valorização da atenção básica com capacidade para resolver problemas individuais e coletivos; 2) a

ampliação das ações de promoção e prevenção; 3) a rearticulação dos serviços de alta complexidade e especializados, segundo padrões de humanização e adoção de outras práticas em saúde como a internação domiciliar, visita aberta e direito a acompanhante de livre escolha do usuário durante o internamento hospitalar; 4) o estabelecimento de atenção segundo linha de cuidado com equipes de referência e cogestão; e 5) Necessidade da desinstitucionalização na saúde mental e do trabalho transdisciplinar para elaboração de projetos terapêuticos com resolutividade.

Propõe uma revisão no modo de funcionamento da rede, apostando na indissociabilidade entre atenção e gestão, e para tanto, cita a Cartilha da Atenção Básica que define a necessidade de:

- a) Qualificar o sistema de cogestão, a partir do princípio democrático, reconhecendo a responsabilidade de cada ator no processo de gestão do sistema e na produção de saúde;
- b) Criar um sistema de saúde em rede, que supere o isolamento dos serviços em níveis de atenção;
- c) Fortalecer e qualificar a atenção básica e ampliá-la como estratégia organizadora das redes de cuidado em saúde;
- d) Fortalecer o processo de regionalização cooperativa e solidária, ampliando o acesso com equidade;
- e) Considerar a diversidade cultural e desigualdade econômica, bem como a característica epidemiológica para incorporação de recursos e tecnologia;
- f) Superar a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre profissionais;
- g) Implantar diretrizes do acolhimento e da clínica ampliada;
- h) Melhorar a interação entre as equipes e qualifica-las para lidarem com as singularidades dos sujeitos coletivos nas práticas de atenção (RECIFE, 2009b, p. 5).

Em seguida, o Plano 2010-2013 apresenta um capítulo para apresentar as diretrizes da gestão municipal para os quatro anos. Coloca a necessidade de consolidar a expansão de serviços dos anos anteriores e define dois eixos de atuação: 1. A reforma do modelo de atenção e prestação de serviços de saúde à população; e 2. A reforma dos mecanismos de gestão e organização dos processos de trabalho na saúde. Para desenvolver os dois eixos, propõe 10 diretrizes de atuação, entre as quais insere a atenção básica como ordenadora da rede de saúde.

A programação plurianual traz uma compilação das deliberações da IX Conferência Municipal de Saúde e das metas de gestão, seguindo a estrutura do PPA, e apresentando quadros bastante detalhados, com as ações, situação do descritor em 2009 e metas quantificadas ano a ano, até 2013. Complementando os quadros, insere listas de outras ações, não quantificáveis.

Conclui elencando os mecanismos de monitoramento do plano e insere uma planilha síntese do PPA.

5.4.2 MODELO DE ATENÇÃO

A análise do modelo de atenção municipal e a inserção da Atenção Básica, a partir dos Planos Municipais de Saúde, permite evidenciar as mudanças de modelo que implicaram em diferentes visões da Política de Atenção básica no período 2001-2011. A partir da leitura dos Planos, relataram-se as formulações sobre o modelo e a Atenção Básica em cada período:

Quadro 15 – Modelo de Atenção Proposto em cada Plano Municipal de Saúde.

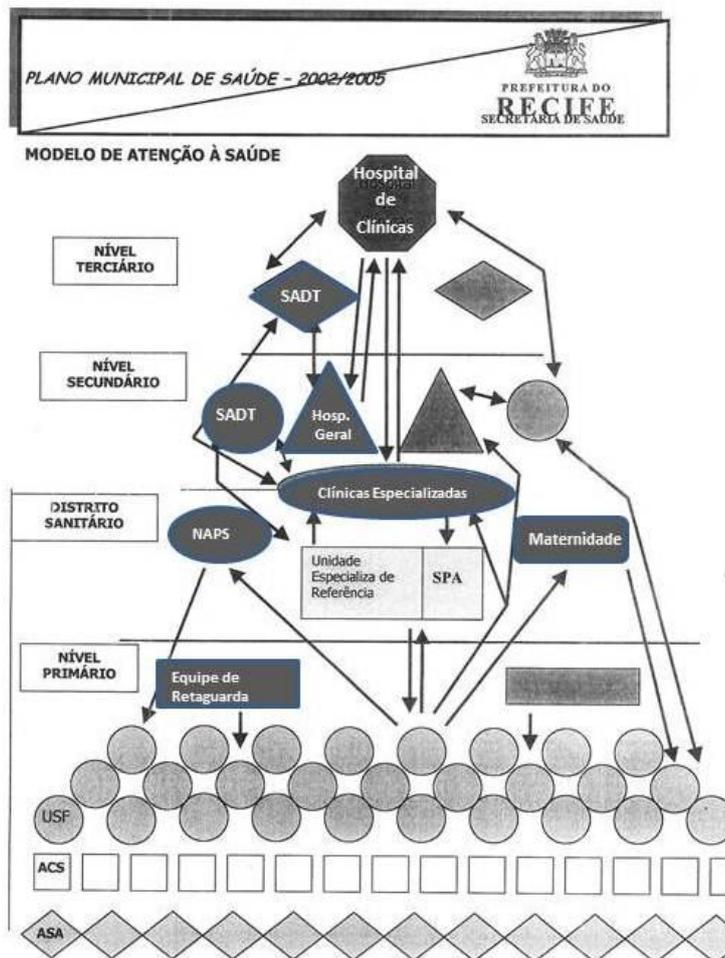
PLANO MUNICIPAL	MODELO DE ATENÇÃO PROPOSTO
1998-2001 – Gestão Roberto Magalhães	Intitulado “ <i>Modelo de Atenção Integral</i> ”. Propôs a atenção comunitária (PACS e PSF) nas localidades de baixa renda, articulada com uma rede de serviços de complexidade crescente. O restante da população teria acesso através dos Centros de Saúde e ambulatórios especializados. Grupos prioritários: materno infantil, idosos e pacientes psiquiátricos. Para a vigilância em saúde, propunha a continuidade do processo de municipalização das ações..
2002-2005 – 1ª Gestão João Paulo	Intitulado: “ <i>Construindo uma Cidade Saudável</i> ”. Pautou-se pela ação intersetorial (compondo, inclusive, o elenco de Programas Estratégicos do governo municipal), pretende transformar a prática de saúde “para além da assistência”, mas com foco na reorganização do sistema, na universalidade do acesso, na integralidade das ações e na responsabilidade sanitária com seus municípios. Para isso, propunha expansão de acesso, adequação da rede às necessidades do território e ampliação da complexidade das ações e serviços (assistência e vigilância). O desenho da de fluxo de funcionamento da rede era hierarquizado, com o Saúde da Família, PACS e Saúde Ambiental na base do sistema, articulado com o SAMU.
2006-2009 – 2ª Gestão João Paulo	O Plano reafirmou o modelo “ <i>Cidade Saudável</i> ” avaliou os resultados positivos da expansão e organização de serviços no período anterior, bem como a natureza democrática e participativa da gestão. Ressaltou o desafio de qualificar as ações e serviços, além de aprimorar os instrumentos de gestão, para consolidar os avanços e continuar expandindo a rede. Insere a problemática das drogas na agenda da saúde.
2010-2013 – Gestão João da Costa	Intitulado: “ <i>Recife em Defesa da Vida</i> ”. O Plano propôs a “ <i>revisão do modo de funcionar da rede de saúde, sem perder de vista sua finalidade: os trabalhadores da rede de serviços de saúde, os usuários e o próprio fortalecimento do SUS em Recife.</i> ” Para isso, propôs um modelo horizontal e circular de organização da rede, centrado no usuário e coordenado pelas Equipes de Saúde da Família e estruturas de apoio; e que as equipes não trabalhassem apenas com protocolos e ações programáticas, mas também valorizassem a escuta das necessidades do usuário, construindo soluções coletivamente.

Fonte: Autora.

Nota: Foram utilizados os Planos Municipais: 1998-2001; 2002-2005; 2006-2009; e 2010-2013.

Observa-se, abaixo, a figura 6, que foi retirada do Plano Municipal de Saúde 2002-2005, e representa a configuração gráfica do modelo de atenção do Recife (RECIFE, 2002).

Figura 6: Modelo de Atenção à Saúde do Recife.



Fonte: Plano Municipal de Saúde 2002-2005.

O modelo propunha um sistema hierarquizado, com o PACS, PSF e PSA na base do modelo; propunha que para cada 20 equipes de saúde da família houvesse uma equipe de retaguarda com profissional da saúde mental (psiquiatra ou psicólogo), nutricionista, sanitarista, fisioterapeuta e educador em saúde; previa, além disso, o distrito como nível de garantia de atendimento até as especialidades mais requeridas, a partir daí, as referências seriam municipais (RECIFE, 2002).

Percebem-se, pela descrição sintética da proposta de modelo de atenção em cada Plano Municipal de Saúde, dois importantes momentos de mudança da orientação dada à atenção básica no município: A primeira em 2001, quando se assume o Saúde da Família como porta de entrada principal (mas não única) do sistema de saúde e por isso mesmo, estruturadora do fluxo de atenção, tendo seu escopo de atuação ampliado, alterando a concepção anterior que propunha o saúde da família como uma estratégia para populações mais pobres.

A segunda mudança ocorre em 2009, no início da gestão João da Costa, quando, mantendo a importância da Saúde da Família, propõe-se uma discussão da organização do fluxo de atenção e do processo de trabalho das equipes de saúde da família e demais serviços, com implicações para toda a rede.

Segue, abaixo, o modelo de atenção proposto no Plano Municipal 2010-2013, intitulado Recife em Defesa da Vida. A nova proposta é a substituição do modelo hierarquizado por um modelo poliárquico, horizontal, centrado no usuário. Proposta que segue uma tendência internacional de discussão das estruturas hierárquicas, que, para Cecílio (2012), parte do reconhecimento da dificuldade em operacionalizar modelos hierarquizados, com conseqüente fragmentação e descontinuidade do cuidado (CECÍLIO, 2012; CECÍLIO et al., 2012).

Figura 7: Modelo Recife em Defesa da Vida.



Fonte: Relatório Anual de Gestão 2010 (RECIFE, 2011).

5.4.2 Modelo de Gestão

A gestão que se encerrou em 2000, do Prefeito Roberto Magalhães (PFL), concluiu a implantação dos Distritos Sanitários- DS: Os DS III e DS VI foram implantados em 1994; Os Distritos II, IV e V foram implantados em 1995; e o Distrito Sanitário I foi implantado em 1997. O Plano Municipal 1998-2001 propunha então o fortalecimento dos Distritos para a

gestão da saúde; o investimento na carreira pública, com implantação do PCCV, capacitação e informatização dos espaços de gestão; a atuação articulada com demais setores da PCR e parceiros externos; e, por fim, a articulação com demais municípios da região metropolitana para formação de consórcios intermunicipais para provimento de serviços de saúde (RECIFE, 1999).

Em 2001, no início da 1ª gestão João Paulo (PT), fez-se uma reforma administrativa que valorizou os distritos sanitários e a gestão de pessoas, anteriormente pautada na administração de Recursos Humanos. O Plano Municipal 2002-2005 propõe a democratização da gestão, com valorização de vários níveis de decisão, inclusive dos Distritos Sanitários; o aprimoramento dos instrumentos de gestão, com informatização do sistema; a gestão única no território do Recife, com municipalização dos serviços estaduais; e a pactuação de serviços entre municípios através dos instrumentos do SUS previstos na NOAS (RECIFE, 2002b).

Em 2005, no início da 2ª gestão João Paulo (PT), após a grande expansão de serviços na primeira gestão, o eixo condutor dos debates, desde o programa de governo é a qualificação da infraestrutura da rede e o aprimoramento dos instrumentos de gestão, “que se tornou incompatível com a ampliação da Rede Municipal”. O Plano Municipal 2002-2005 ressalta a necessidade de fortalecimento da gestão, propondo uma estrutura de regulação assistencial e uma rede informatizada, buscando garantir a eficiência administrativa e o controle social.

Em 2009, no início da gestão João da Costa, propõe-se uma reforma do modelo de atenção e gestão em estruturação nas duas gestões anteriores. O Plano Municipal de Saúde 2010-2013 afirma a aposta da gestão na “indissociabilidade entre atenção e gestão, estando juntos os processos de produção de saúde e fortalecimento dos sujeitos implicados”. Pauta a construção de espaços de cogestão; a contratualização sistemática de metas para uma gestão por resultados; o fortalecimento do monitoramento e avaliação; o aprofundamento da articulação metropolitana; a incorporação de tecnologias; a qualificação de mecanismos de gestão, incluindo a reestruturação dos Distritos Sanitários; cogestão das unidades estaduais; o fortalecimento dos já existentes fóruns de gestão intersectorial; e retoma a discussão de consórcios intermunicipais, especificamente para a rede de urgência e emergência (RECIFE, 2012b).

Percebe-se na leitura dos quatro Planos Municipais um discurso semelhante quanto à importância dos Distritos Sanitários na gestão do sistema, além da importância da informatização e qualificação gerencial. Contudo, a gestão 2001-2004 traz uma maior afirmação do município como gerente e gestor de sua rede, excluindo a proposta de

consórcios e pautando a municipalização. Esta, a municipalização, não é debatida nos dois planos seguintes, apenas no plano 2010-2013 fala-se em cogestão com a secretaria estadual.

5.4.4 Os Relatórios de Gestão

A leitura dos relatórios de gestão no período não se revelou de grande contribuição para o desenho do cenário de desenvolvimento institucional. Em sua maioria, não trazem análises críticas, limitando-se à listagem das ações executadas, de forma mais ou menos detalhada. Algumas informações revelaram-se inconsistentes ao longo dos anos, como a descrição da rede e a própria expansão do saúde da família, cujos números variam entre os instrumentos e as informações ministeriais. A redação de alguns relatórios é confusa e há divergência de informações num mesmo relatório.

Contudo, para dar visibilidade ao desenvolvimento do sistema municipal no período 2001-2011, fez-se uma compilação das ações descritas nos RAGs, consideradas mais estruturantes do sistema municipal. As ações de políticas estratégicas, direcionadas a grupos vulneráveis, só serão citadas quando a ação disser respeito a expansão de serviços.

Além das ações de expansão e estruturantes pinçadas dos relatórios, observa-se relato de intensa atuação das chamadas políticas estratégicas ou específicas, buscando atuar através do saúde da família e ações junto aos distritos sanitários. Destacam-se, no período todo:

- a) As políticas de: hemoglobinopatias ou atenção à população negra, saúde da criança, saúde da mulher, saúde mental, álcool e outras drogas (Programa + Vida);
- b) A política de assistência farmacêutica, que além de organizar, expandiu o volume de medicamentos dispensados;
- c) A política de combate às deficiências nutricionais, atrelado ao acompanhamento do Bolsa Família;
- d) Além de grande expansão do escopo de atuação da vigilância epidemiológica e sanitária.

Quadro 16 - Principais ações estruturadoras elencadas nos Relatórios de Gestão.

(continua)

PRINCIPAIS AÇÕES ESTRUTURADORAS ELENCADAS NOS RAGS	
RAG 2001↓	RAG 2002↓
<p>Implantação de 03 conselhos de unidade; Cadastramento de 850 mil pessoas para o cartão SUS; Ampliação dos gastos do tesouro com a saúde para 8,6%; Criação da Diretoria Geral de Gestão do Trabalho e formulação do PCCV; Implantação de 85 novas equipes de saúde da família, totalizando 112 equipes; Implantação do SAMU; Implantação do Programa de Saúde Ambiental; Implantação do Programa Academia da Cidade; Implantação de 10 equipes de saúde bucal; V Conferência Municipal de Saúde.</p>	<p>Implantação de 03 CAPS e 2 Residências Terapêuticas; Criação do Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador – CEST; Crescimento de 158% dos recursos do tesouro; Implantação do Cartão Nacional de Saúde e Terminais de Atendimento do SUS – TAS em 49 unidades; Implantação do Programa de Doulas Comunitárias; Implantação de 14 novas equipes de saúde da família, totalizando 126 equipes; Implantação de 06 polos de Academia da Cidade; Implantação da Urgência Odontológica; Implantação de 27 equipes de Saúde Bucal; Implantação do Programa de Anemia Falciforme; Piloto do Reabilitação Baseada na Comunidade; Início do Programa de Controle da Filariose.</p>
RAG 2003↓	RAG 2004↓
<p>Implantação de 20 equipes de saúde da família, totalizando 146 equipes; Implantação de 2 residências terapêuticas; Implantação de 7 novas equipes de saúde bucal; Implantação de 2 polos do Academia da Cidade; Realização de concurso público (não incluiu ainda o PSF); Início do tratamento em massa da filariose; VI Conferência Municipal de Saúde</p>	<p>Implantação de 3 polos do Academia da Cidade; Implantação de 1 CAPS 3 CAPS AD; Implantação de unidade de desintoxicação; Implantação de 12 equipes de saúde da família; Municipalização do de 2 CAPS (Centro Eulâmpio Cordeiro e CPTRA); OBS: O RAG não deixa claro o quantitativo de expansão do PSF. O texto prioriza o relato das ações processuais e de rotina.</p>
RAG 2005↓	RAG 2006↓
<p>Implantação de 1 CAPS AD; Implantação de 1 Casa do Meio do Caminho; Implantação de 1 unidade de desintoxicação; Pactuação na 1ª Regional de Saúde do SAMU Metropolitano; Não há implantação de novos polos do Academia da Cidade; Introdução da notificação compulsória da Filariose; VII Conferência Municipal de Saúde;</p> <p>OBS: O RAG não deixa claro o quantitativo de expansão do PSF. O texto prioriza o relato das ações processuais e de rotina.</p>	<p>Implantação de 8 novas equipes de saúde da família, alcançando um total de 220; Lançamento do Programa Farmácia da Família, com 5 núcleos; Criação de 8 novos conselhos de unidade; Implantação de 06 novas equipes de saúde bucal; Implantação de 5 pólos do Academia da Cidade; 270 profissionais em conclusão da especialização em saúde da família; Abertura de concurso para o regularização dos vínculos no saúde da família (suspensão judicialmente); Investimentos na melhoria e ampliação da atuação do laboratório municipal.</p>
RAG 2007 ↓	RAG 2008↓
<p>Implantação de 3 equipes de Saúde da Família; Implantação de 2 equipes de Saúde Bucal Implantação de 3 polos do Academia da Cidade; Implantação de 7 Núcleos do Farmácia da Família; Implantação de 2 CAPS; Implantação de 27 novos conselhos de unidades; Realização de concurso para o PSF em junho de 2007; VIII Conferência Municipal de Saúde.</p>	<p>Implantação de 3 equipes de Saúde da Família; Implantação de 2 equipes de Saúde Bucal Implantado 01 polo da Academia da Cidade; Implantadas 4 bases descentralizadas do SAMU Ampliação dos Agentes Redutores de Danos; Implantação de 1 Laboratório de Prótese Dentária; Realização de Concurso para o PSF (2º concurso) Realização de Seleção Pública para os ASACES e ACS.</p>

Quadro 16 - Principais ações estruturadoras elencadas nos Relatórios de Gestão.

(conclusão)

RAG 2009↓	RAG 2010↓
Implantação de 02 Equipes de Saúde da Família; Implantação de 02 equipes de Saúde Bucal; Implantação de 01 polo do Academia da Cidade; Implantação do Acolhimento com classificação de risco em 2 hospitais pediátricos; Implantação de 01 Núcleo do Farmácia da Família; Iniciados debates sobre Clínica Ampliada e Projeto Terapêutico Singular; Implantação da Política de Práticas Integrativas; IX Conferência Municipal de Saúde	Implantação de 1 equipe de saúde da família; Implantação de 1 equipe de saúde bucal; Implantação de 14 equipes de NASF; Implantação de 2 equipes de Núcleo de Apoio às Práticas Integrativas – NAPI; Implantação de 8 serviços de Atenção Domiciliar – SAD.
RAG 2011→	Implantação de 8 equipes de saúde da família; Implantação de 6 equipes de saúde bucal; Implantação de uma nova Policlínica (Água Fria); Implantação de 3 bases descentralizadas do SAMU; Implantação de 7 residências terapêuticas; X Conferência Municipal de Saúde.

Fonte: Autora, a partir dos Relatórios de Gestão 2001-2011.

5.4.5 Documentos de Posicionamento

5.4.5.1 Relatório do I Seminário de Equipe de Governo

Este relatório é fruto dos primeiros debates e definições travados no seminário de governo. Inicia ressaltando que, embora Recife fosse responsável pela atenção à saúde da população, como município em gestão plena do sistema, grande volume de atendimento aos cidadãos era realizado em unidades de gestão estadual ou em unidades de ensino, ou ainda militares, sob as quais o município não tinha ascendência. Questiona a baixa complexidade da rede e as limitações do Programa de Saúde da Família, incluindo o não enfrentamento da questão do vínculo dos profissionais. Questiona, ainda, a baixa destinação orçamentária para a saúde e o fato dos recursos próprios destinados estarem comprometidos com a folha de pagamento de salários.

Propõe reorganizar o sistema de saúde tendo a promoção da saúde por eixo básico, trabalhando a construção de um Recife Saudável em suas dimensões conceituais, políticas, gerenciais e técnicas.

O modelo de atenção é proposto tendo por eixos: a intersetorialidade; a participação popular para o controle social; a distritalização e territorialização das ações; a reorganização da rede de serviços de saúde; e, a resolutividade, integralidade e equidade da rede de serviços do SUS Recife.

Além disso, estabelece como prioridades iniciais: 1. Ambiente – filaríose; 2. Violência; 3. Grupos sociais em situação de risco; 4. Redução da mortalidade infantil e materna; 5. Qualidade do atendimento em saúde.

5.4.5.2 Balanço das Marcas de Gestão – 2001- 2003

Em 2004, como preparação para o encerramento de uma gestão e preparação para o período eleitoral, a secretaria lança um balanço dos três anos de governo, 2001-2003, indicando as tendências do trabalho desenvolvido. Pode-se perceber, portanto, o quanto das proposições iniciais estavam sendo priorizadas para a execução.

O documento inicia chamando atenção para o modelo de atenção, pautado nos princípios da universalidade, equidade, integralidade e democratização e controle social.

Principais questões pautadas no balanço:

- a) Apresenta a ampliação de recursos em função do cumprimento da Emenda Constitucional 29 – EC 29;
- b) Descreve a estrutura da rede, informando a expansão do saúde da família e de algumas unidades especializadas, na saúde mental, bucal e do trabalhador;
- c) Apresenta o debate em andamento de municipalização das unidades estaduais no território de Recife, incluindo os grandes hospitais;
- d) Apresenta o crescimento do número de servidores;
- e) Apresenta e detalha a criação do programa de saúde ambiental, do academia da cidade e do SAMU;
- f) Apresenta resultados no número de óbitos maternos e infantis.

O documento conclui com um balanço da participação na Conferência e nos fóruns do Orçamento Participativo.

De forma geral, o balanço deixa claro que as prioridades e o diagnóstico construídos no primeiro ano de governo foram e continuariam a ser a linha condutora dos trabalhos do município.

5.4.6 Gestores da Política de Saúde no Período 2001-2011

No intuito de melhor discutir a conjuntura, os atores envolvidos, e o desdobramento temporal das construções políticas em Recife no período de 2001 a 2011 foi feito um levantamento dos gestores nos três níveis de governo, descritos nos quadros 15 e 16.

Para tanto, utilizou-se informações das galerias de ministros e secretários estaduais de saúde da página, na internet, do Ministério da Saúde e do governo do estado. Para as informações municipais, os dados foram do Diário Oficial do Município.

A média de permanência dos secretários de saúde no cargo foi de 22 meses, variando de 11 a 39 meses. O período do secretário Gustavo Couto foi contado separado, somando-se os dois períodos em que foi secretário, sua permanência foi de 71 meses (5 anos e 11 meses).

Entre os diretores gerais de saúde a média de permanência foi de 19 meses, variando entre 2 meses e 39 meses. Tereza Campos também foi diretora durante dois períodos, que somados totalizam 56 meses (4 anos e 8 meses).

Entre os diretores da atenção básica, a média foi de 13,5 meses de permanência, oscilando entre 3 meses e 23 meses. Nenhum diretor de atenção básica esteve no cargo por mais de um período.

Quadro 17– Gestores Federais e Estaduais da Saúde no período 2001-2011.

ANO	PRESIDENTE	MINISTROS DA SAÚDE	PERÍODO DE ATUAÇÃO	GOVERNADOR	SECRETÁRIOS	PERÍODO DE ATUAÇÃO
1999	Fernando Henrique Cardoso (PSDB)	José Serra	31.03.1998	Jarbas Vasconcelos (PMDB)	Guilherme Robalinho	04.01.1999 09.12.2004
2000			20.02.2002			
2001		Barjas Negri	21.02.2002			
2002			31.12.2002			
2003	Luís Inácio Lula da Silva (PT)	Humberto Sérgio Costa Lima	01.01.2003 08.07.2005	Jarbas Vasconcelos (PMDB)	Guilherme Robalinho	04.01.1999 09.12.2004
2004		José Saraiva Felipe	08.07.2005		Aderson Araújo	09.12.2004 10.03.2005
2005			31/03.2006			
2006		José Agenor Álvares da Silva	31.03.2006 16.03.2007		Gentil Alfredo Magalhães Duque Porto	10.03.2005 01.01.2007
2007	Luís Inácio Lula da Silva (PT)	José Agenor Álvares da Silva	31.03.2006 16.03.2007	Eduardo Campos (PSB)	Jorge José Gomes	01.01.2007 03.06.2008
2008		José Gomes Temporão	16.03.2007 31.12.2010		João Soares Lyra Neto	03.06.2008 30.03.2010
2009						
2010						
2011	Dilma Rousseff (PT)	Alexandre Padilha	01.01.2011	Eduardo Campos (PSB)	Antônio Carlos Figueira	02.01.2011

Fonte: Autora.

Nota: Foram utilizadas informações da Galeria de Secretários do Site da Secretaria Estadual de Saúde; Galeria de Ministros do Site do Ministério da Saúde.

Quadro 18- Gestores da Saúde em Recife no período 2001-2011.

GESTÃO	PREFEITO	SECRETÁRIOS	PERÍODO DE ATUAÇÃO	DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE	PERÍODO DE ATUAÇÃO	DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA	PERÍODO DE ATUAÇÃO
1997-2000	Roberto Magalhães (PFL)	Jane Lemos (última secretária da gestão e responsável pela transição)					
2001-2004	João Paulo (PT)	Humberto Costa	02.01.2001 05.04.2002	Tereza de Jesus Campos Neta	02.01.2001 02.02.2004	Paulete Cavalcanti Albuquerque	01.2001 10.2002
		Antônio Mendes	05.04.2002 02.06.2003				
		Gustavo Couto	02.06.2003 31.12.2004	Antônio Carlos Borba Cabral	02.02.2004 02.04.2004	Roberta Soares do Nascimento	04.2003 11.2004
				Tereza Adriana Miranda de Almeida	02.04.2004 10.01.2005		
2005-2008	João Paulo (PT)	Gustavo Couto	01.01.2005 31.03.2006	Cláudio Duarte da Fonseca	10.01.2005 29.07.2005	Bernadete Perez Coelho	01.2005 04.2005
		Evaldo Melo	31.03.2006 27.02.2007				
				Tereza de Jesus Campos Neta	27.02.2007 31.12.2008	Maria das Graças Santos Cavalcante	07.03.2007 22.01.2009
		Luciana Regina Barros Pinheiro	04.2007 03.2009				
2009-2012	João da Costa (PT)			Gustavo Couto	01.01.2009 09.04.2012	Bernadete Perez Coelho	22.01.2009 14.04.2012
		Andrea de Albuquerque Arruda	12.2009 10.2010				
		Lígia Ferreira de Lima	10.2010 12.2011				
		Célia de Moraes Arribas	02.2012 05.2012				
		Humberto Antunes	16.04.2012 31.12.2012	Rodrigo Cariri Chalegre de Almeida	19.04.2012 01.01.2013		

Fonte: Autora.

Nota: Foram utilizados dados do Diário Oficial do Município de Recife

5.5 ANÁLISE DOS JORNAIS DE GRANDE CIRCULAÇÃO

5.5.1 O Cenário Político Eleitoral – 2001-2011

O ano de 2000 marca o município de Recife como a transição entre dois grupos políticos no governo da cidade, como relata Albuquerque (2003):

As pesquisas mostravam a vitória da aliança PFL-PMDB, embora apontassem também uma tendência de crescimento do candidato das esquerdas, o que já era considerado como uma grande vitória diante da trajetória do PT no Recife. Lá pelas 10 da noite, o resultado: João Paulo, ex operário, metalúrgico, vereador e deputado estadual mais votado, em seu terceiro mandato na Assembleia Legislativa, é o novo prefeito do Recife. A Frente de Esquerda havia ganhado as eleições com 50,36% dos votos no segundo turno, derrotando o candidato do PFL, o ex-prefeito e ex-governador Roberto Magalhães (ALBUQUERQUE, 2003, p. 5).

O período de expansão da Atenção Básica do Recife, 2001-2011, iniciou-se com essa vitória eleitoral do Partido dos Trabalhadores (PT), e a posse do prefeito João Paulo Lima e Silva, juntamente com seu vice, do Partido Comunista do Brasil (PC do B), Luciano Rosas Siqueira, após uma gestão de quatro anos do prefeito Roberto Magalhães Melo, do Partido da Frente Liberal (PFL), que perdeu a tentativa de reeleição.

A eleição municipal de 2000, foi, inclusive, a primeira eleição sob a vigência da Emenda Constitucional nº 16, de 4 de junho de 1997, e da Lei Nº 9.504, de 30 de setembro de 1997, que possibilitam a reeleição em cargos do executivo, além de ser a primeira com a utilização de urnas eletrônicas como formato principal de voto. (Fleischer, 2002 *apud* Lyra, 2009) Esta última característica possibilitou o acompanhamento da apuração com as militâncias nas ruas e praças, o conhecimento do resultado final do segundo turno, às 22h, como lembrou Albuquerque (2003), e grandes comemorações concentradas, sobretudo, no Marco Zero e na Praça de Casa Forte.

Foram 382.988 votos para o petista, apenas 5.835 de vantagem para o candidato derrotado, o atual prefeito Roberto Magalhães (PFL). Até a divulgação do resultado de 97% das 2.097 urnas, a aflição tomava conta da cidade. Às 19h, Recife começou a avermelhar e se preparar para uma noite de festa da esquerda do Estado (NOGUEIRA; ARAÚJO; BESSA, 2000).

Em análise contextual sobre este período da história do Recife, Lyra (2009) analisa dois componentes do processo eleitoral que influenciariam a construção de políticas públicas para a cidade. O primeiro componente foi o fato de ser uma eleição emblemática para o Partido dos Trabalhadores, que teve significativo crescimento eleitoral nos municípios e pretendia ter, nessa vitória, uma estratégia de visibilidade de suas propostas para acumular eleitoralmente para as eleições presidenciais de 2002. O segundo componente se deu porque a

aliança PMDB-PFL tomou a posição de exacerbar as diferenças ideológicas durante as eleições, colocando-se como candidatura da direita e das elites, e atraindo para o PT a simpatia e expectativas populares e de setores da elite mais à esquerda, quanto à possibilidade de mudanças radicais na cidade (LYRA, 2009).

Em menos de 24 horas, o prefeito-candidato Roberto Magalhães (PFL) consolidou a ideologização de sua campanha, detonada anteontem pela própria esposa Jane Magalhães, ex-presidente da Legião Assistencial do Recife, que fez um discurso inflamado para lideranças comunitárias no comitê do pefelista, associando o PT ao caos, às invasões do MST e ao regime fechado de esquerda do cubano Fidel Castro, embora sem citar o termo comunismo. "Se o meu adversário (João Paulo) ganhar essa eleição, há riscos, porque ele tem outra filosofia, outra visão de mundo e de Estado, os senhores são empresários e sabem disso", advertiu Magalhães, ontem, durante reunião com donos de padarias, na sede da Associação dos Panificadores (MAGALHÃES..., 05.10.2000).

A partir de entrevistas, Lyra (2009) conclui que as eleições de 2000 influenciaram positivamente na formulação de políticas inovadoras, como o Programa de Saúde Ambiental:

Entre aqueles que apontam diretamente a eleição do candidato, identificamos basicamente três grandes eixos: o significado da eleição propriamente dita; o clima de mudança instaurado na cidade decorrente da eleição de João Paulo para Prefeito; o discurso de inversão de prioridades assumido durante o processo eleitoral (LYRA, 2009: p. 127).

A área ambiental, inclusive, foi um dos pontos de desgaste da gestão que tentava a reeleição. Em agosto de 2000, as chuvas provocaram 12 mortes em áreas de risco da cidade, provocando forte reação na mídia e demonstrando o sentimento de isolamento do candidato do PFL:

Quando Gustavo Krause (PFL) era prefeito do Recife morreram 80, com Joaquim Francisco (PFL) foram 40, com Jarbas Vasconcelos (PMDB) 50. Ninguém falou que Jarbas era o culpado pelas mortes no Córrego do Boleiro. Será que só Roberto Magalhães será crucificado?", questionou [Roberto Magalhães], sem se preocupar com a exatidão dos números.[...] O inverno rigoroso é considerado pelo núcleo de campanha de Magalhães como sendo seu pior inimigo e responsável pela tendência de queda verificada nas últimas pesquisas Vox Populi/DIÁRIO. Magalhães tinha 46% das intenções de voto em março, caiu para 41% em junho e apresentou seu pior desempenho, agora, em julho, com 37%, num indicativo de que a eleição municipal pode ir para o segundo turno (MAGALHÃES..., 01.08.2000).

No debate da inversão de prioridades e garantia de direitos, a saúde também foi um componente de peso, tanto em função do discurso do PT de expansão de acesso, como em função de escândalos envolvendo a gestão anterior, como o de uso eleitoral dos Agentes Comunitários de Saúde.

O secretário estadual de Saúde, Guilherme Robalinho, se reuniu ontem com os agentes comunitários de saúde, médicos e enfermeiros da III Dires do Recife. Convocados como se fossem participar de um encontro de trabalho, os quase 300 profissionais escutaram um apelo para que votassem na reeleição de Roberto Magalhães (PFL). "Precisamos do Recife aliado de Pernambuco e a coisa mais grave é a volta ao passado", disse o secretário. Os agentes, enfermeiros e médicos foram

avisados da reunião na manhã de ontem. Todos foram informados de que a presença na sede do Mangabeira Futebol Clube, na Mangabeira, era obrigatória (PAZ, 2000).

Faltando pouco mais de um mês para o primeiro turno, diante da evidente fragilidade da candidatura do PFL-PMDB, o Partido Socialista Brasileiro (PSB) engaja-se na campanha do candidato do PPS, Carlos Wilson, na tentativa de apresentá-lo como alternativa da oposição para disputar o 2º turno, disputando o espaço com o candidato do PT, que já aparecia na segunda colocação nas pesquisas de opinião (PSB..., 02.09.2000).

O início da gestão também foi emblemático, no sentido de que o PT buscou os mais expressivos quadros políticos e intelectuais do estado, e até de fora dele, para implementar a proposta de inversão de prioridades. Na saúde, sob a coordenação do secretário Humberto Costa, reuniram-se sanitaristas com história de formulação acadêmica e militância em defesa do SUS. Como relatam Lyra (2009) e Albuquerque (2003), o acúmulo do grupo e a empolgação do início da gestão foram combustíveis para a produção fecunda de novas políticas e ações no bojo do SUS.

Segundo Lyra (2009), que assumiu a Diretoria de Vigilância em Saúde, isso se deu apesar de ser uma gestão de oposição aos governos federal e estadual e, por isso, enfrentar os problemas “referentes à característica de ser oposição aos governos Estadual e Federal; problemas devidos à inexperiência e desconhecimento da máquina pública; problemas decorrentes da difícil convivência com aliados” (LYRA, 2009).

Embora tal afirmação possa ser verdadeira para o governo globalmente, a percepção dos entrevistados em relação ao setor saúde caminha em sentido contrário, e inversamente. Os entrevistados identificaram o primeiro período como marcado por forte governabilidade setorial e pelo surgimento de novas políticas. Corroborando as observações dos entrevistados, podemos citar o lançamento do PSA, SAMU, Academia da Cidade e expansão do PSF, todos ocorridos durante o ano de 2001 (LYRA, 2009, p. 131).

E no relato de Albuquerque (2003), que também era gestora da saúde no momento:

Com a vitória, após um curto período de comemoração, iniciou-se um processo de reelaboração do programa de governo em todas as áreas, o que incluía necessariamente a saúde. [...] Este foi um momento bastante rico de discussão (ALBUQUERQUE, 2003, p.5).

Na saúde, as primeiras inserções jornalísticas identificadas disseram respeito a problemas herdados da gestão anterior e ao discurso inicial quanto ao formato da atenção básica, como prioridade, e da política municipal de maneira geral.

No primeiro dia à frente do cargo, João Paulo irá empossar o secretariado, pela manhã, e dar início às primeiras ações para a contratação de 100 professores concursados e ampliar o número de equipes do programa Saúde da Família dos atuais 27 grupos para 82 (SAMICO, 2001).

Em relação ao discurso inicial de implementação da política de saúde, prefeito e secretário de saúde iniciaram a gestão afinados no discurso de ampliação do Saúde da Família, como estratégia de, invertendo prioridades, ampliar o acesso da população aos serviços de saúde.

A ampliação do Programa Saúde da Família (PSF) será a primeira ação do novo secretário de saúde do Recife, Humberto Costa, que deverá ser nomeado hoje pelo prefeito João Paulo. A meta dele é que até março o número de equipes que atuam no programa passe de 27 (número atual) para 82, o que cobriria cerca de 15% da população da cidade. Antes da ampliação, a secretaria terá que fazer um estudo para identificar quais as áreas que deverão ser beneficiadas com as novas equipes do PSF. A seleção de pessoas para o trabalho também é uma tarefa que deverá ser feita antes da ampliação sair do papel. A proposta para elevar o número de equipes do PSF em Recife foi feita pela gestão passada da secretaria e aceita pelo Ministério da Saúde (MS). “Só falta criar as condições para que essa ampliação se concretize. É o que vamos fazer assim que assumirmos o cargo”, contou Humberto Costa, que afirma que 82 ainda é um número insuficiente de equipes mas necessário para melhorar a qualidade de vida nas comunidades mais carentes da cidade. Após a ampliação do PSF, Costa afirma que deverá implantar, em abril, o cartão SUS. O cartão magnético irá identificar os pacientes quando eles procurarem atendimento, além de registrar o procedimento médico realizado na ocasião. O objetivo do MS, que coordena a implantação do cartão no País - que ao todo custará R\$ 70 milhões - é evitar fraudes na prestação de contas e agilizar o atendimento. Entre os projetos de médio prazo enumerados como prioridade pelo secretário está o consórcio de atendimento médico entre as cidades da região metropolitana do Recife. “A lógica do consórcio é fazer com que um serviço que só existe no Recife, por exemplo, também seja usado pela população de Camaragibe, existindo com isso uma compensação financeira”, explicou Costa. Para isso, o MS terá que disponibilizar recursos às secretarias municipais de Saúde. Para tentar melhorar a qualidade do atendimento médico nas unidades de saúde ligadas à prefeitura, Humberto Costa pretende concluir este ano as reformas já iniciadas na Maternidade Barros Lima (que parou porque a empreiteira responsável faliu), Bandeira Filho e no Centro de Saúde Lessa de Andrade. Por enquanto, não há nenhum projeto para construção de uma nova unidade. “Vamos concluir a construção da Maternidade do Ibura e buscar um entendimento para que alguma unidade hoje pertencente ao Governo do Estado seja municipalizada”. LEPTOSPIROSE - O combate à leptospirose, doença transmitida pela urina do rato, está entre as prioridades da nova gestão da Secretaria de Saúde do Recife. A doença, que no ano passado acometeu 221 pessoas na cidade e matou outras 16, irá ter, segundo Humberto Costa, atenção redobrada do Departamento de Vigilância Epidemiológica. “Sabemos dos estragos da doença e provavelmente teremos chuvas no meio do ano, o que contribuirá para o alastramento dela. Por isso temos que nos precaver desde cedo”, afirmou. Para ter uma maior controle sobre a prevenção dos casos de leptospirose e outras doenças, o novo secretário pretende dar mais autonomia aos seis distritos sanitários. Com isso, ele pretende agilizar o trabalho de controle sobre as doenças. “É bom lembrar que a dengue está incluída nessa estratégia de combate, afinal, há pelo menos três anos que ela vem sendo notificada constantemente pelas autoridades de saúde dos municípios”. O último boletim epidemiológico da secretaria, divulgado na primeira quinzena de dezembro, mostra que o aumento da incidência dos casos de leptospirose aconteceu entre os meses de agosto e setembro, época posterior às enchentes registradas na RMR e Zona da Mata Sul do Estado. No Recife, os bairros mais atingidos foram Nova Descoberta, Santo Amaro, Campo Grande, Iputinga, Cohab e Ibura (COSTA..., 2001).

O problema da gestão anterior, cujo enfrentamento obteve visibilidade na mídia logo no começo da gestão, foi referente ao cartão nacional de saúde, o cartão SUS. O Recife era

um dos 43 municípios piloto para a implantação do cartão, tinha já recebido do Ministério da Saúde um valor inicial de R\$407 mil, para realização do cadastro da população. A gestão 1997-2000 contratou uma empresa para realizar o cadastramento de 800 mil pessoas, que era a meta para Recife, mas só entregou o cadastro de 416 mil pessoas, e destes, 110 mil eram fichas duplicadas. O município fez, então, um acordo com o Ministério da Saúde para um novo prazo de cumprimento da meta, de forma a poder permanecer piloto na segunda fase, que seria de recebimento dos Terminais de Atendimento do SUS, o TAS.

Iniciada corrida para garantir Cartão SUS - Cadastramento da população começa na 4ª feira - Uma corrida contra o tempo. É assim que será o cadastramento de 800 mil pessoas no Recife para que elas possam ser beneficiadas com o Cartão SUS — documento que irá facilitar o atendimento médico nas unidades de saúde da prefeitura da cidade. A partir do próximo dia 17 até 30 março, 30 recenseadores disponibilizados pelo IBGE, 30 supervisores e um coordenador de campo irão às ruas para cumprir essa tarefa (INICIADA..., 13.01.2001).

As eleições de 2004 tiveram um cenário bastante diferente das eleições municipais em 2000. A eleição do presidente Luís Inácio Lula da Silva, em 2002, fortaleceu politicamente as gestões municipais da Frente de Esquerda e, principalmente, do PT. Contudo, a mesma vitória afastou da gestão municipal do Recife alguns importantes quadros que foram convidados a compor o governo federal, o que influenciou a disputa local para as eleições municipais de 2004 e estaduais de 2006, além de promover reconfigurações no próprio governo e suas políticas.

No setor saúde municipal, contudo, esta reorganização dos quadros da gestão foi favorável ao desenvolvimento das políticas propostas, posto que o agora ex-secretário de saúde, Humberto Costa, assumiu o Ministério da Saúde. O Ministério, então, alçou à condição de estratégia nacional algumas políticas desenvolvidas em Recife, como o SAMU, o PSA, e a valorização da Atenção Básica integral e articulada na rede assistencial.

No âmbito estadual, o governador Jarbas Vasconcelos – PMDB- foi reeleito em 2002, e, apesar disto, como segundo colocado pela Frente de Esquerda, o então candidato Humberto Costa fez uma avaliação positiva da campanha, frente a uma candidatura considerada imbatível.

"Sou o derrotado mais alegre que já vi na minha vida", disse, risonho, o petista que ficou com 34% dos votos válidos na apuração final da Justiça Eleitoral, contra 60% do governador reeleito Jarbas Vasconcelos (PMDB). A felicidade de Humberto tem sua lógica. O prognóstico mais otimista das pesquisas eleitorais o apontava com um máximo de 25% dos sufrágios. Mais. O resultado lhe conferiu uma performance superior à do ex-governador Miguel Arraes, quando disputou com o mesmo Jarbas Vasconcelos, em 1998. Naquele ano, Arraes obteve 26% dos votos, perdendo por mais de 1,1 milhão de votos. Desta vez, a vitória de Jarbas limitou-se a pouco mais de 900 mil votos. Na avaliação do petista, Jarbas esperava ganhar com mais de 2 milhões de votos de diferença, na base da "chinelada", como definiu. E também

esperava humilhar a oposição na composição das bancadas de deputados estaduais e federais. Todavia, só a Frente de Esquerda elegeu oito deputados estaduais e cinco federais, alguns deles figurando entre os mais votados do Estado (BAHÉ, 2002).

Ressalte-se, ainda, a penetração das candidaturas petistas no interior do estado, revelando importante acúmulo para os pleitos de 2004 e 2006.

Um estudo realizado com base nos boletins de apuração do Tribunal Regional Eleitoral (TRE) revela que o partido firmou a sua hegemonia entre as legendas de oposição do Estado. O PT superou dificuldades estruturais - em dezembro do ano passado, estava em apenas 99 dos 185 municípios pernambucanos, ainda assim de forma tímida. Passou por cima do PSB, ex-líder do bloco, e obteve resultados surpreendentes em redutos historicamente dominados por clãs governistas. O retrato da boa performance dos petistas está na Região do Sertão do São Francisco. Lá, o ex-candidato Humberto Costa obteve 44% dos votos válidos, contra 51% de Jarbas (BESSA, 2002).

Este cenário favorável, com Lula presidente e uma campanha estadual bem avaliada, além da boa avaliação da gestão 2001-2004, favoreceu uma tranquila reeleição do prefeito João Paulo, do PT.

Política - 05/10/2004. Oposição à PCR sai enfraquecida das urnas. Se por um lado a maioria de João Paulo na Câmara pode não ser tão alta, ao menos a oposição a seu governo, em tese, fica enfraquecida. Entre os vereadores que não conseguiram se reeleger no último domingo estão alguns dos críticos mais ferrenhos à gestão petista no município, como Heráclito Cavalcanti (PFL), Jorge Chacrinha (PMDB) e os petebistas José Neves, Roberto Andrade e Murilo Mendonça (OPOSIÇÃO..., 05.10.2004).

O segundo mandato, contudo, foi marcado pela disputa interna do PT em relação à eleição para ao governo do estado em 2006, ano em que o considerado imbatível Jarbas Vasconcelos não poderia mais se candidatar e o acúmulo do PT na eleição de 2002 poderia ser ampliado, tendo o Recife por vitrine de suas propostas.

SEM FÔLEGO.- No ano 2000, o PSB não teve mais força política para lançar candidato próprio à prefeitura da capital, obrigando-se a apoiar a candidatura de João Paulo. Dois anos depois, o PT consolidou seu espaço político em Pernambuco ao lançar o vereador Humberto Costa como seu candidato a governador. Jarbas, candidato à reeleição, sagrou-se vitorioso novamente, mas com muito menos votos do que na campanha de 1998. Ainda assim, perdeu para o atual ministro da Saúde em várias cidades do interior, entre elas Petrolina, Floresta, Carnaubeira da Penha e Garanhuns (PARTIDO..., 04.10.2004).

O contexto de disputas internas contribuiu para uma segunda gestão sem grandes mudanças, com redução do ritmo de implantação das políticas criadas e grande esforço em divulgar as ações da primeira gestão. A disputa interna citada travou-se entre os nomes dos petistas João Paulo e Humberto Costa para candidato a governador em 2006. Com melhor correlação de forças nas instâncias partidárias no estado e apoiado pelo presidente Lula, de quem foi Ministro da Saúde, Humberto Costa foi definido como o candidato do PT. Durante o processo eleitoral, contudo, o favoritismo do PT foi desconstruído por repercussões de

denúncias nacionais de corrupção no governo federal, e pelo fortalecimento da candidatura do PSB, também apoiada pelo presidente Lula.

Política - 26/08/2006. Declarando-se vítima de um complô político articulado para desestabilizar a sua candidatura a governador e a do presidente Luiz Inácio Lula da Silva (PT), que disputa a reeleição, o ex-ministro da Saúde Humberto Costa (PT) revelou, ontem, em entrevista coletiva, sua "indignação" e "revolta" diante do vazamento de informações do relatório da Polícia Federal (PF) sobre a conclusão do inquérito que investigou a chamada "Operação Vampiro", instaurado em 2004. Neste documento, a PF indiciou Humberto, assim como outros 41 acusados, em três crimes: formação de quadrilha, corrupção passiva e fraude em licitações. O processo foi remetido à Justiça Federal, que já pediu o parecer do Ministério Público Federal (MPF). Agora, caberá ao MPF apresentar ou não a denúncia contra o ex-ministro à Justiça (BORGES, 2006).

A derrota do PT no pleito estadual de 2006 e a vitória do candidato do PSB, Eduardo Campos, que também tinha sido Ministro do Governo Lula, na pasta de Ciência e Tecnologia, agudizam as cisões internas do PT, o que tem reflexo direto nas eleições de 2008.

Cansado e abatido, o ex-ministro da Saúde e candidato ao governo do Estado pelo PT, Humberto Costa, afirmou ontem, às 20h30 - ao reconhecer a derrota -, que a vitória de Eduardo Campos (PSB), no segundo turno, será "a vitória dele" também e que passa a apoiar integralmente o socialista e a se engajar na sua campanha a partir de agora. Humberto disse que está à disposição de Eduardo para atuar da forma que o socialista achar melhor, "seja aparecendo no guia, seja o acompanhando pelo Estado", e que o seu esforço será para "derrotar o PFL", aos quais credita a campanha de agressões que considera ter sofrido e ter sido responsável pela sua derrota. "A vitória dele (Eduardo) será a minha vitória. Eu só vou descansar quando Eduardo vencer." Humberto, que acompanhou a apuração na casa do prefeito João Paulo, ao lado do candidato a senador Luciano Siqueira (PCdoB), elogiou a campanha de Eduardo e anunciou que se esforçará para levar coligação Melhor pra Pernambuco a apoiar o socialista (MACIEL; CUNHA, 2006).

As eleições de 2006 também iniciam a configuração de candidaturas à sucessão de João Paulo na prefeitura do Recife e lançam, no PT, o nome de João da Costa.

Com a maior votação para deputado estadual no Recife - 42.998 votos na capital, de um total de 65.240 obtidos no Estado - o ex-secretário do Orçamento Participativo da gestão João Paulo (PT) e integrante do grupo político do prefeito, João da Costa (PT), sai da eleição proporcional deste ano como o grande vitorioso e como nome mais forte no PT para a disputa pela Prefeitura do Recife em 2008 (ELEITO..., 03.10.2006).

Com a vitória eleitoral do PSB no âmbito estadual, encerra-se o período em que o PT se tornou o condutor natural da composição dos grupos da esquerda no estado, posição assumida com a vitória municipal em 2000 e consolidada com a vitória nacional em 2002. Embora no âmbito da capital, Recife, o PT se mantivesse líder da Frente de Esquerda, o risco de perder mais espaço e mais aliados para a composição liderada pelo PSB tem impacto nas definições internas do partido e na condução da gestão municipal.

Ao longo dos dois primeiros anos de mandato à frente do governo estadual, o PSB consolidou suas bases de sustentação. Rapidamente pôs em ação as suas políticas mais

emblemáticas, dando visibilidade a intervenções sobre problemas que estavam na agenda local. Três podem ser destacados como de grande impacto sobre a população: 1) Lançamento de um programa de atuação articulada contra a violência, chamado de Pacto pela Vida, com participação da sociedade civil e promessa de rápido impacto sobre os indicadores de homicídios; 2) Pôs rapidamente em ação a construção de 3 novos hospitais e das 14 UPAS, Unidades de Pronto-Atendimento em Saúde, prometidas durante a campanha; e 3) Estabeleceu um padrão próprio de gestão, pautado no monitoramento de metas e em ferramentas de acompanhamento. Contribuiu com isto a grande valorização de quadros técnicos do Tribunal de Contas do Estado e de auditores na composição do governo, um deles, inclusive assumiu a Secretaria Estadual de Saúde, durante um período (o advogado e economista, auditor da Secretaria da Fazenda, Frederico da Costa Amancio).

Na saúde, o lançamento dos novos Hospitais e a grande adesão ao modelo das UPAS, teve um impacto favorável à popularidade do governo do PSB, repercutindo positivamente na mídia, o que pressionou os municípios à adesão ao modelo. Em contrapartida, o governo estadual acenou com possibilidade de apoio aos municípios, com a implantação de incentivo para certificação de Unidades de Saúde da Família, através do Decreto 30.353/2007, assinado em ato solene com a presença dos municípios.

O ano de 2010 reserva um grande desafio para o governador Eduardo Campos (PSB). Será um teste importante da sua administração, quando as principais obras e os compromissos da campanha de 2006 terão que se concretizar. Um passo importante acontece amanhã, com a entrega da primeira Unidade de Pronto Atendimento em Olinda. Juntamente com o Hospital Miguel Arraes, essa UPA inaugura o novo modelo de gestão da saúde no estado. Comandadas por instituições privadas sem fins lucrativos, as UPAs serão responsáveis por alimentar as demandas dos hospitais, que também terão gestão terceirizada. O sistema se completará com a conclusão dos outros dois hospitais, anunciados em 2006, das outras 19 UPAs e da reformulação dos equipamentos existentes. O governador, assim, apesar das críticas dos médicos, cumpre uma de suas promessas de campanha e apresenta soluções para a principal preocupação dos pernambucanos, segundo as pesquisas de opinião (PINHEIRO, 2010).

O crescimento do PSB foi em parte alavancado por grande apoio do governo federal, que contribuiu para a destinação de importantes investimentos federais para o estado de Pernambuco, como a HEMOBRÁS, um estaleiro, uma Refinaria de Petróleo, vinculados a grandes investimentos na estrutura do Porto de Suape, além de valorizar o papel do estado e do governador como aliado.

Tal postura pode ser relacionada à busca da manutenção do PSB nas bases governistas, mas também a uma relação pessoal do Presidente Lula com o governador Eduardo Campos, este, neto do falecido Miguel Arraes, seria visto pelo presidente como aliado de maior

confiança que outros líderes/grupos do PSB. Ou seja, Lula contribuiria para que Eduardo Campos ascendesse, no PSB, sobre outros líderes menos vinculados ao presidente.

Em 2008, o confronto claramente posto no PT, entre os grupos ligados a João Paulo e os grupos ligados a Humberto Costa, impediram o debate interno no plano da análise de conjuntura e adequada construção de tática eleitoral. A fratura política permitiu a configuração da escolha do candidato a prefeito como uma prerrogativa pessoal do prefeito João Paulo, coordenador do processo em função de sua avaliação positiva e popularidade no município.

Assim que assumiu o segundo mandato na Prefeitura do Recife, João Paulo passou a cuidar da própria sucessão. Em 2006, deu pistas de já ter um "escolhido", quando trabalhou duro para eleger seu então secretário de Orçamento Participativo, João da Costa, como deputado estadual (OPÇÃO..., 06.10.2008).

O candidato escolhido, João da Costa – PT, ex-Secretário de Planejamento e Orçamento Participativo do governo João Paulo e deputado estadual licenciado, não aglutinou os grupos internos do PT, mas reeditou a Frente Popular, na Frente do Recife, e, com o apoio do governador Eduardo Campos e do prefeito, com o slogan “*João é João*”, foi eleito com pouco mais que o dobro dos votos do segundo colocado, José Mendonça Filho – DEM (ex-PFL).

De Boa Viagem ao Iburá. João da Costa (PT) chegou à Prefeitura do Recife, no 1º turno, vencendo em todas as 13 zonas eleitorais do município por uma diferença de 3,09% em relação à soma dos votos dos adversários. Elegeu-se com 432.707 votos, o que representa 51,54 % da votação total. Com a vitória do petista, o atual prefeito João Paulo (PT) consolida sua liderança no Estado ao fazer o sucessor, depois de cumprir dois mandatos consecutivos (BORGES, 2008).

O processo eleitoral em 2008 trouxe, ainda, outro componente que influenciou os desdobramentos políticos locais, inclusive nas políticas de saúde: o crescente discurso da valorização do técnico sobre o político. Como tática para ampliar a popularidade do candidato, abandonando a polarização ideológica e o conteúdo fortemente político que favoreceu a vitória em 2000, a campanha eleitoral da Frente do Recife de 2008 foi pautada pela defesa do candidato como quadro técnico, formulador, bom administrador.

O discurso da qualidade e da eficiência tornou-se, então, mais valorizado na definição das prioridades da saúde do que o discurso da inversão de prioridades. Fator que, junto com a problemática da sustentabilidade das ações desenvolvidas, justificaria a redução da velocidade da expansão da atenção básica no município, e revisão de seu formato de atuação. Desta forma, o texto dos princípios orientadores do Plano Plurianual (PPA) 2010-2013 não valoriza a proposição de expansão de serviços para universalização do acesso, mas propõe como um

dos eixos condutores da política de saúde a “A Reforma do modelo de atenção e prestação de serviços de saúde à população”. E ressalta:

Os desafios para o período 2010-2013 trazem um novo momento no desenvolvimento das políticas públicas municipais de saúde. Findado o período de expansão, o Recife precisa consolidar os serviços implantados, potencializar as ações em andamento através de mecanismos de fortalecimento institucional, de desenvolvimento da gestão do trabalho e da estrutura gerencial da Secretaria de Saúde. E fazer isto mantendo ainda um movimento de expansão, de menor volume, para garantia dos ajustes necessários a consolidação do modelo de atenção e garantia de acesso à população (RECIFE, 2009, p.54).

No âmbito estadual, com objetivo de atendimento às demandas imediatas da população e apoio financeiro da União, fortaleceu-se o investimento no pronto atendimento e emergências, a partir das UPAS (Unidade de Pronto Atendimento em Saúde), com a argumentação de que eram necessárias em função da incapacidade dos municípios de darem resposta às necessidades da população na atenção básica.

A vitória eleitoral municipal em 2008, além de não resolver a fratura política do Partido dos Trabalhadores em Recife, foi seguida do rompimento entre João Paulo e João da Costa, com grave implicação para o desenvolvimento da gestão deste último. A gestão tornou-se uma gestão de confrontação velada, e por vezes explícita, com o período João Paulo (2001-2008), e as tentativas de desenvolver marca própria e legitimidade ao prefeito João da Costa revelaram fragilidade administrativa e esgotamento das políticas implantadas ao longo dos oito primeiros anos. A expressiva substituição dos quadros técnicos da gestão de João Paulo também se refletiu da descontinuidade de muitas ações, como o Programa Guarda Chuva, entre outros.

O prefeito do Recife, João da Costa (PT), assumiu o mandato cercado de expectativas pela vitória no primeiro turno e pela continuidade da gestão bem avaliada do ex-prefeito João Paulo (PT). Enfrentou, no entanto, um grande desgaste por causa dos problemas na coleta de lixo e por medidas impopulares tomadas em decorrência da crise econômica mundial. O prefeito terminou o primeiro semestre rompido com João Paulo, principal fiador de sua candidatura, e respondendo críticas à gestão, principalmente em relação ao atraso na entrega de obras, como a requalificação da orla de Boa Viagem e o parque Dona Lindu. Os principais resultados do ano são frutos de iniciativas dos governos anteriores - João da Costa não anunciou nenhum grande projeto estruturador ou urbanístico com sua marca. Apesar disso, a partir do segundo semestre, demonstra ter tomado pulso da prefeitura e se recuperado das dificuldades iniciais. Anunciou a captação de R\$ 650 milhões para investimentos nos próximos três anos e promete transformar o Recife em um canteiro de obras a partir de 2010 (LUZ..., 28.12.2009).

Na tentativa de alavancar a gestão e acelerar o ritmo de atividades, a gestão municipal buscou apoio no governo estadual e estabeleceu o mesmo padrão de monitoramento de metas, utilizando a mesma consultoria de uma empresa de Minas Gerais, o Instituto de Desenvolvimento Gerencial (INDG), e trazendo da equipe estadual para o município uma

técnica de planejamento que assumiu uma Secretaria de Gestão Estratégica. Apesar das rodadas de monitoramento, a pressão da mídia em virtude da lentidão de entrega de obras e da precariedade da infraestrutura de equipamentos públicos, em especial unidades de saúde e escolas, permaneceu.

Em 2009, após longa trégua, os médicos entraram em greve. Na pauta, além da questão salarial, a precariedade da infraestrutura das unidades e a escassez de insumos e equipamentos de apoio.

Os médicos vinculados à Prefeitura do Recife (PCR) começaram a programação de uma semana de greve realizando um protesto em frente ao Hospital de Pediatria Helena Moura, no bairro da Tamarineira, zona Norte do Recife. A categoria levou o boneco “João Doentão”, criado em alusão ao prefeito do Recife João da Costa para representar a população que sofre com as longas filas, atraso na marcação de consultas e exames, além das precariedades nas policlínicas e postos de saúde, falta de remédios e equipamentos (MÉDICOS..., 08.06.2009).

Em 2010, o prefeito João da Costa, cujos problemas de saúde já eram públicos, precisou fazer um transplante em São Paulo. Neste período, a prefeitura, assumida pelo vice do PSB Milton Coelho, reduz ainda mais seu ritmo de atividades e durante alguns meses cogitou-se a possibilidade da renúncia de João da Costa. Também foram marcantes as restrições orçamentárias pela queda do FPM.

O prefeito do Recife, João da Costa (PT), anunciou [EM OUTUBRO] seu afastamento do governo para se submeter a um transplante de rim. A cirurgia foi realizada, em São Paulo, três dias depois. O prefeito retornou ao Recife no dia 1º de dezembro, após passar quase dois meses em recuperação na capital paulista. João da Costa pretende reassumir o cargo em janeiro de 2011 (PREFEITO..., 28.12.2010).

O repasse do Tesouro Nacional ao Fundo de Participação dos Municípios (FPM) caiu 14,1% em janeiro e pegou de surpresa os prefeitos, que esperavam melhora na arrecadação. Maior parte da redução foi pelo pagamento, em dezembro, de R\$ 2 bilhões de restituições do Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF). A expectativa é de que os repasses cresçam neste mês (CONTAS..., 03.02.10).

O governador Eduardo Campos tornou-se candidato natural à reeleição, pela Frente de Esquerda, e o PT o apoiou, lançando Humberto Costa, então Secretário das Cidades do governo estadual, como candidato a senador em sua chapa, após debates em torno dos nomes de João Paulo e Maurício Hands.

[...] E, entre as alternativas para Pernambuco, está quase certo que o PT estadual deve indicar o nome do deputado federal Maurício Rands para disputar umas das vagas para o Senado na chapa de Eduardo. Essa solução para o impasse que envolve o partido, com três nomes para o Senado - João Paulo, Humberto Costa e Rands -, já foi avaliada em reuniões no Palácio das Princesas, [...] (GIBSON, 2010).

Paralelamente, Humberto Costa se incorpora à equipe de coordenação de campanha de Dilma Rousseff à presidência da república.

Os petistas correm contra o tempo para deixar tudo pronto para o lançamento oficial da candidatura da ministra. O grupo responsável pela elaboração do plano, do qual faz parte o secretário estadual das Cidades, Humberto Costa, se reúne antes do próximo dia 20. (AFINANDO..., 05.01.2010).

Em 2011, o prefeito mantinha o discurso de que sua candidatura à reeleição era “natural”, contudo, as disputas internas no Partido dos Trabalhadores, em função da definição do candidato a prefeito em 2012 se expressaram em uma tomada de posição de uma parcela da corrente interna Construindo um Novo Brasil – CNB. O grupo, após análise do cenário de fragilidade de uma possível candidatura João da Costa, propôs que o partido estipulasse um prazo para avaliar a viabilidade da reeleição do prefeito e definição do candidato.

No mesmo período, os jornais divulgavam manifestações de insatisfação dos partidos que compunham a Frente de Esquerda com o quadro de disputa interna do PT, inclusive com “balões de ensaio” de possíveis candidaturas de outros partidos e da possibilidade do PSB do governador assumir a coordenação do processo, no lugar do PT.

Essa conjuntura eleitoral provocou maior tensionamento interno na gestão. Havia um grupo defensor do prefeito e de sua candidatura, formado em grande parte por técnicos e lideranças ligados ao Programa do Orçamento Participativo e pelas correntes petistas contrárias à CNB, incluindo um grupo dissidente da própria CNB. O clima de rivalidade deste bloco com as secretarias ligadas à CNB, gerou uma permanente expectativa de ruptura (que viria a se concretizar em março de 2012) que prejudicou ainda mais o andamento das atividades da prefeitura.

Nessa conjuntura político-eleitoral, a Política de Atenção Básica foi implantada e desenvolvida no Recife.

Considerando, portanto, o registro jornalístico do clima político do período e as análises de Albuquerque (2003) e Lyra (2009), pode-se elencar como principais elementos contextuais:

- a) A vitória na eleição municipal de 2000 como momento de renovação, em que o clima de mudança e amplo envolvimento da população respaldaram as intervenções governamentais, com inversão de prioridades e integração de políticas;
- b) A vitória do mesmo grupo na eleição nacional de 2002 como momento de fortalecimento das ações municipais, principalmente pelo fato de Humberto Costa ocupar o Ministério da Saúde;
- c) As disputas internas na prefeitura e no partido, com vistas à definição de nomes de candidatos majoritários para os processos eleitorais provocaram, de forma gradual ao longo do período, o isolamento dos grupos internos da prefeitura, incluindo a

secretaria de saúde, chegando à ruptura e saída do grupo ligado a Humberto Costa, que estava na secretaria de saúde; e,

- d) Paralelamente ao enfraquecimento do grupo político que chegou à prefeitura em 2000, fortaleceu-se o grupo político do PSB e aliados de Eduardo Campos, o que também fortaleceu uma visão diferente da política de saúde, com maior valorização dos hospitais e UPA como estratégia de qualificação da atenção à saúde.

6 POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA: A PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES

Foram realizados, como já descrito no método, dois grupos focais com profissionais de nível superior das equipes de saúde da família, médicos e enfermeiros. Os dois grupos manifestaram opiniões bem semelhantes, o que facilitou a organização dos conteúdos na análise, principalmente por serem profissionais que dispunham de visão e opinião já bem sistematizadas sobre a política municipal.

6.1 O CONTEXTO DA POLÍTICA

Foi consenso a importância e necessidade da expansão, com intenção de garantir o acesso imediato à população mais vulnerável, que estava excluída do sistema de saúde. Para o grupo, a expansão só aconteceu porque incorporou os problemas estruturais, além de relataram a dificuldade de encontrar casas adequadas nas periferias e comunidades, que era para onde o programa estava se expandindo para garantir a capilaridade do programa, a proximidade das pessoas.

Contudo, embora fosse necessário expandir da forma que fosse possível, havia a necessidade de enfrentamento das fragilidades estruturais antes que houvesse, como houve, o desgaste dos trabalhadores e a perda de legitimidade frente à população.

E aí, o que é que acontece, gente, quando você expande e pretende capilarizar? Os locais, as periferias, essa organização sócio espacial da pobreza, ela não tem uma infraestrutura adequada, e a necessidade urgente de fazer aquilo fez com que a gente fizesse outras iatrogenias, que eu chamo, de gestão e de organização de serviço. A gente organiza em locais completamente inadequados. Insalubres (DEPOIMENTO – GF1, 2013).

E aí assim, poderia ser diferente? Não, eu vou te dizer que não, porque eu também vou te dizer o outro lado da moeda. A gente procurava casa de toda qualidade do mundo e as casas não tinham documentos. Então os entraves burocráticos impediam muito (DEPOIMENTO – GF1, 2013).

E eu entendo que o arranjo que foi feito naquele momento foi importante. Só que quando eu cheguei aqui em 2007 eu percebi claramente que algumas, a grande maioria daquelas situações estruturais físicas, que estavam sendo incorporadas ao modelo de expansão, estava em vencimento. E isso se refletia muito claramente no... ímpeto dos trabalhadores, sabe (DEPOIMENTO – GF1, 2013)?

No debate do GF1 foi possível abordar algumas questões do micro contexto em relação ao âmbito político setorial. O grupo levanta a importância da expansão, contudo, questiona o fato dela ter sido feita muito rápido e por isso ter sido montada a partir de estruturas provisórias, casa alugadas, sedes adaptadas, prédios pouco adequados,

questionando quanto à precariedade desse formato de implantação da política de atenção básica no Recife, a partir de 2001, e a implicação disso na continuidade da política.

Quando falei que ela se expandiu, porque ela se expandiu do jeito que tinha que se expandir. Ou seja, com arranjos institucionais e físicos, que na minha visão não se sustentariam mais do que 5 anos (DEPOIMENTO – GF1, 2013).

E a gente saiu rasgando o território, fazendo unidade de saúde da família do jeito que dava, ao ponto que eu fui para o Morro da Conceição, e o Morro da Conceição era um banheiro público! Ele foi um banheiro público que foi interditado enquanto banheiro público e virou uma unidade de saúde da família, que dava choque nas paredes, que quando chovia alagava e caia água em cima da gente. Com risco de queda de idoso, de bebê, enfim. Era uma situação que, para a gente que está querendo disputar mentes e corações da comunidade e dos trabalhadores, pra gente que está querendo disputar uma cultura de cuidado e de nova assistência, é muito difícil você chegar para o comunitário e mesmo para o trabalhador e dizer assim: “Olha, essa é a melhor opção que a gente pode dar para as comunidades; essa é a melhor opção que a gente pode dar do ponto de vista de assistência, de cuidado, do ponto de vista de disparar algo que seja mais potente para as comunidades” (DEPOIMENTO – GF1, 2013).

Está claro para o grupo de profissionais que, embora o padrão predial das unidades de atenção básica não tenha sido prioridade no momento da grande expansão do programa Saúde da Família em Recife, a fragilidade não ocorreu só nesse momento inicial e nem só em relação à estrutura dos prédios: houve uma desestruturação progressiva da política no período 2001-2011.

Nos dois grupos focais expõe-se a ideia de momentos distintos, equivalentes aos três mandatos do período: o primeiro, na primeira gestão de João Paulo, de grande expansão não apenas na atenção básica, mas em toda a saúde; o segundo, a segunda gestão de João Paulo, de acomodação, de redução da velocidade de intervenção; e o terceiro, na gestão de João da Costa, de desestruturação da proposta. Vários depoimentos expõem a mesma compreensão e apenas um depoimento levanta a ideia da naturalidade de uma “redução do furor”, quando a maior expansão já tinha ocorrido.

[...] a gente teve num processo político de uma gestão, a gente vê nitidamente como se fosse um racha: primeiro período, segundo período, terceiro período, né? O primeiro período que foi a primeira gestão do PT, a gente viu que houve um boom, mesmo com todas as dificuldades, mas houve um avanço muito grande na saúde, na prestação de assistência à saúde da população. [...] No segundo, já foi ocorrendo... o avanço não foi tanto. Eu acho que os gestores eles achavam que já tinham chegado no máximo, aí começou a ficar um pouco mais lento. No terceiro processo, de João da Costa, eu acho que houve um sucateamento, uma desestruturação que agora tá ficando... tá bem claro (DEPOIMENTO – GF2, 2013)!

Aí na segunda não dava para ter esse mesmo...digamos, furor,... porque já teve. A ideia era de aperfeiçoar o que já tinha (DEPOIMENTO – GF2, 2013).

O resultado da condução fragilizada do processo de implantação e o seu não enfrentamento em tempo hábil, foi a persistência de uma estrutura de rede inadequada e de

lacunas assistenciais, principalmente com referência à retaguarda de insumos, exames e atenção especializada.

A gente vem de uma situação de, do ponto de vista de ambiência, mesmo, a gente tem um imprevisto que até hoje persiste. Tem unidades de saúde da família que são inaceitáveis. E que a gente vai por aí no interior e a gente tem situações anos luz de distância da gente, de melhora (DEPOIMENTO – GF1, 2013).

Acho que a gente tem uma política ainda, de insumos e de exames, que é também muito complicada. A gente não dá conta de dar no tempo previsto, do ponto de vista clínico, respostas a estas pessoas. Então, como disputar um modelo que dá a resposta clínica em tempo hábil (DEPOIMENTO – GF1, 2013)?

Ressalte-se que o entendimento de qualidade não priorizada relaciona-se à infraestrutura predial, sobretudo, considerando que as equipes foram instaladas majoritariamente em casa alugadas que não ofereciam as condições necessárias ao trabalho da equipe. É consenso entre os participantes que “a estrutura mesmo, física das unidades, não dava respaldo às equipes (DEPOIMENTO – GF2, 2013)”.

As limitações do processo de implantação também se refletiram na dificuldade de mudança de modelo de atenção e valorização das ações de promoção à saúde, pois as estruturas existentes não favoreciam a realização dessas ações, fosse por dificuldade de custeio, fosse por falta de ambientes adequados. Na maioria das unidades, por exemplo, era necessário que os profissionais médicos e enfermeiros dividissem o consultório e alternassem os atendimentos, ou buscar espaços no entorno da unidade para a realização de ações coletivas, grupos e palestras.

E essa cultura de disparar esse cuidado e essa mudança, centrada na prevenção, centrada na promoção, é mais cara, mas ela é o que garante a integralidade no cuidado (DEPOIMENTO – GF1, 2013).

E, nas nossas estruturas físicas as únicas coisas que são privilegiadas, e muito mal, é o consultório. E ainda é o consultório do MÉDICO, porque o da enfermeira tem que dividir um consultório para duas. Na maioria das unidades é assim. Então, a gente tem um discurso que destoa da prática, MUITO (DEPOIMENTO – GF1, 2013).

Como é que eu digo que tenho que fazer promoção e prevenção à saúde, se eu digo assim: Ah, não tem espaço para fazer promoção à saúde: “Faz debaixo de uma árvore.” [...] Tem coisa que eu posso fazer debaixo de uma árvore, tem coisa que eu não posso (DEPOIMENTO – GF1, 2013).

Contudo, o grupo cita os resultados das fiscalizações do CREMEPE para ressaltar que, com todas as fragilidades, há um impacto positivo para a população e a política é bem aceita e bem avaliada. Nos grupos focais também se ressaltou como muito importante a capilaridade do programa, a proximidade da unidade em relação às casas das pessoas, o que não apenas facilitou o acesso, mas também a identificação pela comunidade de que aquela unidade era um espaço da comunidade.

Quando a gente chegava na casa, a miséria dando no meio da canela e a gente chegava pra cadastrar e entrava nas unidades, [...] o pessoal ficava assim, nem acreditava que aquilo era verdade (DEPOIMENTO – GF1, 2013).

E essa atenção primária, com todos esses problemas, é EXTREMAMENTE bem avaliada. [...] A outra marca é de... a coisa da proximidade da casa, que é uma característica da atenção primária. As pessoas percebem que isso é importante. Né? Ao mesmo tempo em que em algum momento também isso desvaloriza (DEPOIMENTO – GF1, 2013).

A gente viu muito isso, essa coisa da grandeza do que isso representou para a comunidade naquela hora. Lógico, se eu tenho um modelo tradicional que eu tinha uma oferta, na minha cesta básica, de um pediatra, de um gineco e de um clínico, e depois vem um cara que é o suprassumo e que vai ser tudo para mim, isso é complicado dele entender. Mas por outro lado, ninguém nunca pisou na minha casa. Ninguém nunca me conheceu pelo nome (DEPOIMENTO – GF1, 2013).

Agora eu sei também a potência clínica e a potência de cuidados que a gente conseguiu disparar, mesmo num banheiro público improvisado. O Jenipapo, o barracão, um corredorzinho [...] e o que a gente formou de residentes, [...] Residente, doutorando, enfermeirando, mestrando... Todo mundo lá dentro e a gente disputando com muita paixão aquele território (DEPOIMENTO – GF1, 2013).

O primeiro momento, correspondente à gestão 2001-2004, foi associado à grande expansão da ESF, com ampliação do investimento financeiro, mas também a uma expansão mais frágil e lenta da média complexidade, situação apontada com um dos obstáculos ao funcionamento do NASF, implantado no terceiro momento (gestão 2009-2012), pois não tinham uma retaguarda especializada em quantidade suficiente para encaminhar os casos identificados com as equipes.

Eu estava me lembrando também do acréscimo de incentivo que a saúde teve, FINANCEIRA, a gente nunca tinha alcançado o piso e a gente ultrapassou o piso, nessa gestão, de valor de... (DEPOIMENTO – GF2, 2013).

Porque eu peguei o processo de expansão e a média complexidade ela começou a expandir, mas a expandir de uma forma muito lenta, né (DEPOIMENTO – GF2, 2013)?

[...] o NASF chega de paraquedas, sem uma rede já montada, nesse aspecto. Então, a gente vinha de um processo de organização e estruturação de rede, que não deu conta, não sei se por ter expandido demais ou por briga de interesse político e mudança no projeto. E o profissional do NASF questionava: ‘Eu vou discutir o caso, mas eu mando para onde?’ (DEPOIMENTO – GF2, 2013).

6.2 O CONTEÚDO DA POLÍTICA

Ao debater o modelo de atenção, o debate foi direcionado a duas questões principais: a capilarização da política e a mudança do modelo de atenção, do modelo da Vigilância em Saúde para o modelo em Defesa da Vida.

A capilarização da estratégia, no sentido da proximidade da unidade em relação à casa das pessoas, é vista como um marco importante da política, mas que, por ter sido incompleta,

acabou gerando distorções no acesso, em função das áreas fora de adscrição, áreas descobertas de atenção. Também se referiram a capilarização em relação à descentralização da gestão, dando apoio às equipes, através da figura do Gerente de Território - GT e da ação do Distrito Sanitário.

Agora, uma coisa importante, você que vivenciou o território, assim, eu achava muito legal a gente ter pessoas próximas da gente na gestão no território: a figura do gerente de território. Na minha visão era um arcabouço que podia funcionar muito bem (DEPOIMENTO – GF1, 2013).

Mas o que é que aconteceu: a gente capilarizou enquanto foi possível, e teve uma hora que não conseguimos mais!. Aí o que é que eu tenho hoje: eu tenho gente com adscrição e atendimento, e tenho gente sem atendimento, porque à medida que eu fui fechando essa adscrição, eu fui fechando os outros caminhos de porta de entrada. Então eu tenho ao mesmo tempo, vários modelos funcionando: o modelo super mais antigo, de unidade tradicional, o modelo de estratégia de saúde da família. Nesse modelo de unidade tradicional, eu tentei vincular a população, mas eu não consigo e tem ainda MUITA gente que não tem nada (DEPOIMENTO – GF1, 2013).

[...] quando eu implanto um programa que eu tenho, um modelo, e esse modelo restringe uma abrangência, [...] Praquele outro que podia ir para uma unidade, ele já não vai mais e eu também não vou na casa dele (DEPOIMENTO – GF2, 2013).

Para o grupo, a expansão priorizou a cobertura de áreas vulneráveis que tinham visibilidade e organização, outras áreas também vulneráveis, que foram deixadas para um segundo momento, que não chegou a acontecer, provavelmente não receberam estes esforços iniciais porque não eram organizadas politicamente e não tinham visibilidade no município. O Distrito V foi citado como exemplo de baixa cobertura em relação aos demais distritos, apesar da grande vulnerabilidade da população.

Dizem que a expansão se deu por conta de uma necessidade epidemiológica, que fazia implantar naqueles lugares, e também por uma necessidade da população, de reivindicação e organização social. Agora, de fato, enquanto sujeito de dentro dos territórios, às vezes eu penso que não foi bem assim, porque ainda existe gente em condição de miséria absoluta. [...] a gente vê que ainda existem territórios hoje que são considerados de zonas de interesse especial, social, interesse social especial, completamente desassistida (DEPOIMENTO – GF1, 2013).

Em relação ao modelo de atenção, três componentes foram destacados pelo grupo: a descentralização, o matriciamento e as ações intersetoriais. Com a descentralização, o grupo enfatiza o enfoque territorial com fortalecimento da gestão descentralizada para os distritos e microrregiões, enfatiza a aproximação com a epidemiologia, as ações programáticas a partir da condução mais próxima com a gestão, e a capilaridade da política.

Então o ASA e o ACS, juntos, atuando no território. Não é fácil a interface, mas é uma ideia positiva. A ideia de você colocar os dois no território ao mesmo momento você possibilita que eles conversem, dialoguem (DEPOIMENTO – GF2, 2013).

Eu me lembro bem da gente sentar várias vezes com o gerente de território que foi criado já depois, mas para estar discutindo protocolos, eh... para estar

discutindo...elas tinham uma proximidade muito grande com a gente (DEPOIMENTO – GF2, 2013).

[...] tem uma coisa que resume bem o modelo que é a questão da descentralização [...] acho que a estratégia de saúde da família ela está muito voltada...ela é a descentralização da saúde (DEPOIMENTO – GF2, 2013).

Ao ressaltar o matriciamento, demonstram a importância de ferramentas de apoio às equipes e integração da rede, ampliando a resolutividade do serviço e aprimorando o processo de trabalho, ou seja, também atuando no bem estar do trabalhador e equipe. No processo progressivo de fragilização da política, contudo, este matriciamento teria sido reduzido até a sua supressão na última gestão do período (2009-2012). Ao mesmo tempo, o grupo fala do NASF, que é uma estratégia de matriciamento, como sendo implantada na mesma última gestão, o que demonstra que o processo de mudança não ficou bem esclarecido aos trabalhadores.

Aí na última gestão, joga a equipe de retaguarda em saúde mental para atuar dentro do CAPS e a gente perde o matriciamento que era feito na saúde mental dentro do território para voltar para dentro dos muros do CAPS e praticamente não se fala de CAPS, não se entra em contato com o CAPS, o CAPS também não entra em contato com a gente, e isso se acaba (DEPOIMENTO – GF2, 2013).

Então, esses outros apoios que uma gestão pode ofertar para as equipes, como o NASF, como um apoio, uma reunião, uma capacitação, ele são importantes também para tentar organizar o processo de trabalho, dentro da equipe, porque muitas vezes existe isso mesmo, de cada um faz o seu, mas não tem um pensamento conjunto, planejamento conjunto, do que é que os dois, ou os profissionais, ou a equipe como um todo, pode fazer junto para sanar aquela situação (DEPOIMENTO – GF2, 2013).

Em relação à mudança de modelo de atenção, lembrou-se que o Saúde da Família como estratégia da expansão da atenção básica, pautou-se nos marcos do modelo da Vigilância em Saúde, de forma coerente com toda a organização que estava sendo construída no sistema municipal de saúde. A partir da eleição de 2008 e de 2009, com o início da 3ª gestão do período, propõe-se o modelo intitulado “Recife em Defesa da Vida”, nos moldes do modelo Em Defesa da Vida, chamado por Paim de modelo do Acolhimento.

Até um tempo a gente teve muito pautado nas lógicas e nos princípios da Vigilância em Saúde. E, de um tempo, digo, marcadamente, de 2008 para cá, a gente focou nas questões do modelo...Em Defesa da Vida. Mas o que é de fantástico é que um não pode aniquilar o outro. E o que aconteceu que foi: Empurra, literalmente e eu vou usar o verbo porque foi esse, empurra um e apaga o outro. Porque os dois se complementam (DEPOIMENTO – GF1, 2013).

E, de 2008 para cá, a questão das práticas: do acolhimento... do modelo diferente, a clínica ampliada, o projeto terapêutico. Só que isso foi colocado meio que de goela abaixo, né? Não foi trabalhado que realmente isso tudo ia melhorar a questão do acesso, do processo de trabalho, da qualificação desse atendimento (DEPOIMENTO – GF2, 2013).

A mudança levantou importantes debates importantes quanto à qualificação da clínica e a melhoria da relação com o usuário como centrais para o adequado atendimento. Contudo, também gerou um conflito de interesses com os profissionais, que viam na qualificação do Saúde da Família como já existia, uma prioridade: a melhoria dos prédios, a garantia de insumos e materiais, e a redução da quantidade de famílias por equipe, o que só poderia acontecer com a continuidade da expansão.

Então, assim, se implanta e parecia um mantra: clínica ampliada, cogestão, acolhimento, acolhimento, acolhimento, acolhimento... Uma máquina! Esquece as outras coisas...Esquece que eu não posso ter clínica ampliada sem eu discutir território. Eu não posso ter acolhimento, sem eu saber quem é que eu estou acolhendo. Eu não posso ter cogestão e dizer: temos uma reunião mensal da cogestão, o cara --- sem aguentar mais falar, porque sabe que o que ele fala não tem nada! Aí ele faz: vou, mas não falo mais nada. Isso é cogestão (DEPOIMENTO – GF1, 2013)?

Então, eu acho, assim, a vinda do modelo em defesa da vida, que é o nome que foi dado naquela época. [...] Eu acho que foi marcar a cultura, mesmo: “agora a gente tá começando um modelo novo, tem coisa que a gente vai querer, tem coisa que a gente não vai querer, né?” (DEPOIMENTO – GF1, 2013)

Eu acho que houve uma preocupação de aumentar a competência clínica da rede, isso aí era fundamental, a gente tinha essa preocupação, não só a clínica médica, mas a clínica de todos, que a gente tivesse mais empoderamento nessas ferramentas de tecnologia leve, aquela história toda de Merhy, em detrimento de outras coisas que eram apaixonantes também e na rede tinham pessoas apaixonadas. Quando mexe nas paixões das pessoas é complicado, né? Isso magoou muita gente (DEPOIMENTO – GF1, 2013).

Houve um olhar de alguma forma para o trabalhador, ele enquanto processo de cogestão, o quanto que essa cogestão também foi compreendida por estes profissionais? [...] O quanto que aquelas pessoas se sentiram responsáveis por melhorar acesso, por discutir o processo de trabalho, por distribuir poderes para dentro das equipes de saúde da família, né? [...] o quanto foi ...eh...brilhante para algumas pessoas, a revelação disto, para outras o quanto foi difícil, o quanto foi **TORTURA** mesmo, esse processo (DEPOIMENTO – GF1, 2013).

As ações intersetoriais foram mencionadas na relação com a Secretaria de Saneamento, também de forma restrita ao primeiro momento da expansão.

[...] a secretaria de saneamento teve um envolvimento muito próximo com a secretaria de saúde, a nível de prefeitura, [...]Poxa, tem um canal e a gente tem pacientes doentes, pessoas doentes, então, vamos resolver o canal para diminuir essa doença (DEPOIMENTO – GF2, 2013).

Os indicadores também foram referidos pelo grupo como importantes para a legitimação da política e acompanhamento dos desdobramentos da política. Para o grupo, foi possível identificar as melhorias na situação de saúde da população, geradas pela expansão do primeiro momento (2001-2005), e o impacto negativo da fragilização da política nos dois momentos seguintes (2005-2008, 2009-2011). Estes momentos correspondem aproximadamente aos mandatos eleitorais, os dois primeiros de João Paulo e o último de João

da Costa, e as “tempestades”, citadas pelo GF2 como representação dos grandes problemas contra os quais a equipe tinha que lutar, representavam: 1) a fragilidade de infraestrutura predial, de insumos e retaguarda especializada; 2) as dificuldades enfrentadas pela mudança de profissionais da equipe em função dos concursos; e, 3) a baixa clareza na mudança dos processos de trabalho. Questões que surgem com mais detalhes adiante.

Teve uma leva, um surto de dengue no país que o Rio de Janeiro, inclusive, se estreitou e a gente não sofreu tanto. Na época já tinha o Projeto de Saúde Ambiental, os ASAs já estavam na rua e tal. E a gente esperava uma epidemia de dengue muito maior aqui no Recife, que não houve (DEPOIMENTO – GF2, 2013).

A gente tinha indicadores que mostravam já essa resposta, e diga-se de passagem, em muito pouco tempo (DEPOIMENTO – GF2, 2013).

Então assim, alguns indicadores que mostravam o serviço da gente funcionando, e eu acho que foi fundamentalmente pela valorização do trabalhador, seja em capacitação, seja na escuta junto do sindicato, seja discutindo a política, e fazendo uma política voltada, com objetivos comuns (DEPOIMENTO – GF2, 2013).

[...] eu venho fazendo o acompanhamento de algumas unidades do Recife, em relação aos indicadores, que já estão apresentando uma queda bem significativa dos índices de aleitamento materno e a gente sabe que isso é o resultado de todas essas tempestades que acabam desmotivando o profissional (DEPOIMENTO – GF2, 2013).

6.3 RESULTADOS: OS ATORES ENVOLVIDOS NA POLÍTICA

Entre os atores citados pelo grupo em debate, destacam-se aqueles descritos com maior importância no desenvolvimento da política:

A Equipe de Saúde da Família foi citada repetidas vezes como vítima da desestruturação da rede e da não institucionalização das estratégias de formação profissional, e ao mesmo tempo como componente mais importante na consolidação da política, tanto as categorias separadamente como a equipe enquanto coletivo.

E nós HOJE, aqui no Recife, nós temos três tipos de profissionais, médicos e da saúde como um todo: nós temos aqueles profissionais que são pouco otimizados e que estão aprisionados nas 40 horas, sabe? Aqueles profissionais que estão ali e que poderiam estar disputando a população, discutindo assistência farmacêutica, garantindo inteligência clínica para a rede, que têm formação, [...] e que poderiam estar dando inteligência à clínica, matriciando as microrregiões da gente, as micro áreas, e que estão aprisionados, e neste *burnout*,; existem os profissionais descompromissados, por outro lado, [...] que quer que exista o sucateamento do SUS, mesmo. O quanto pior melhor, porque quanto pior mais eu posso me esconder, menos eu preciso trabalhar, menos eu preciso dar resposta. [...]É o profissional, que é a grande maioria, que é o profissional mais ou menos. Que é o profissional que transita entre o profissional otimizado, que em momentos que ele tá mais legal, tá querendo dar uma resposta legal, [...]e às vezes cai mesmo na mediocridade (DEPOIMENTO – GF1, 2013).

Os trabalhadores da atenção básica, médicos, enfermeiros e dentistas, foram citados como atores que tiveram espaço de debate da política e investimento em formação, no

primeiro e segundo momentos da gestão, desde a garantia do contrato temporário em 2001, com todos os direitos trabalhistas previstos, até a especialização em saúde da família em 2005, e até os concursos em 2007 e 2008. Além disso, no primeiro mandato de João Paulo, garantia-se à equipe um momento, além da reunião semanal, para discutir a política de atenção básica, do ponto de vista conceitual, político e da experiência vivida.

A gente ganhou uma estabilidade, ganhou um Plano de Cargos e Carreiras, ganhou aposentadoria (DEPOIMENTO – GF2, 2013).

A gestão permitia a gente, aos profissionais, um turno para os profissionais sentarem e discutirem a política (DEPOIMENTO – GF2, 2013).

[...] a fala do trabalhador ela era escutada pela gestão (DEPOIMENTO – GF2, 2013).

Quando a gente teve aquele momento do curso de especialização, a gente tinha muitas capacitações (DEPOIMENTO – GF2, 2013).

O agente comunitário de saúde é citado como um ator que teve uma importância fundamental no início do processo, mas que foi perdendo poder e espaço ao longo do desenvolvimento da estratégia. Perdendo poder no sentido de se tornar apenas agendador de consultas e ter limitadas as suas intervenções na comunidade, e espaço no sentido de se constituírem espaços de debate e discussão de casos em que eles não estão incluídos. São considerados os principais legitimadores da política perante a população e diferencial na equipe, no primeiro momento, mas que depois foram perdendo espaço e poder;

E o envolvimento! Você pegava o ACS, o agente comunitário de saúde, você colocava ele dentro do processo mesmo, junto com o profissional, havia aquela coisa igualitária (DEPOIMENTO – GF2, 2013).

O que eu estou percebendo é que tá havendo esse desligamento, deixando o agente comunitário de saúde num canto, que ele não participa mais de reunião, e é importante ele estar lá, tirando ele do foco e isso vai elitizar de novo a atenção básica, vai tornar a visão da saúde hospitalocêntrica. [...] (DEPOIMENTO – GF2, 2013).

[...] teve uma opção política nacional dos Agentes de Saúde que meio que colocou eles nesse espaço que eles estão hoje, entende? Você ser do território é bom, mas também é ruim, porque você cria algumas vinculações e pactuações que você dá um tipo toma lá dá cá, e você se aprisiona naquilo ali, e sair do território é estratégico, entendeu? Sair do território é estratégico. Se aquartelar numa unidade da estratégia de saúde da família lhe protege de algumas coisas (DEPOIMENTO – GF1, 2013).

[...] a gente também conseguiu fazer uma coisa fantástica que é tirar a identidade de um sujeito social. A gente conseguiu esse dismantelo grave. Porque quem eram os ACS? Eram os caras comunitários, inicialmente, voluntários, que tinham poder político naquele local, que tinham representação, que tinham desejo de fazer alguma coisa. Faziam aquilo dentro do que podiam e traziam algumas mudanças. A gente foi implantando o sistema e esse cara, a gente foi tirando dele aquela coisa, aquele poder que ele tinha (DEPOIMENTO – GF1, 2013).

Os Sindicatos e Órgãos de Classe: foram citados como parceiro das mudanças na fase da expansão, o sindicato dos médicos inclusive, a partir de 2001 começou a se envolver nos debates da atenção básica e incluir médicos de família na sua diretoria. Já o sindicato dos enfermeiros permaneceu silencioso enquanto não houve conflitos diretos da categoria. A partir de 2007, o sindicato entra em confronto com a gestão, em função do concurso, e o CREMEPE, com novas fiscalizações a partir de 2010, sobre a situação das USF, exerce maior pressão sobre a gestão quanto à melhoria de infraestrutura da rede. Para os grupos focais, estes atores tiveram seu comportamento em relação à política construído de acordo com o desenvolvimento da política, ou seja, sofreram influência muito mais que influíram.

Eu não acho que influenciou a política, mas foi a política que influenciou a formação dos atores, porque eh...A gente teve a criação da ASTRA, logo no começo (DEPOIMENTO – GF2, 2013).

Eu acho que foi um momento de fortalecimento, voltado para a atenção primária, dos sindicatos, das associações, em virtude de uma mão dupla da gestão (DEPOIMENTO – GF2, 2013).

[...] existia, nessa época, na minha visão, muita responsabilidade política dos sindicatos. [...] Entendiam que a política era de tensionamento, mas eu não vi, nesses 4 anos em que eu estive no sindicato, nenhum sindicato e órgão de categoria ter a irresponsabilidade política de pressionar contra a expansão da atenção básica (DEPOIMENTO – GF1, 2013).

Os técnicos de enfermagem são citados como articuladores de conflitos sindicais em torno das competências dos profissionais nos serviços.

Então, teve essa intervenção, mas que partiu muito mais do profissional pra ...forçar o sindicato a brigar com a gestão, mas não diretamente, não (DEPOIMENTO – GF2, 2013).

Mas eu acho até que o profissional só chegava ao sindicato porque ele sabia que ele tinha voz na gestão e tinha como a questão ser modificada (DEPOIMENTO – GF2, 2013).

As UPAS, unidades implantadas pelo governo do estado nos municípios e de gestão estadual, foram citadas como concorrentes do Saúde da Família, disputando o usuário no território de atuação das equipes e ao mesmo tempo de forma desarticulada da atenção prestada pelo município. A situação, que surgiu já no final do período (2009-2011), demonstra o posicionamento da SES em relação ao município sem diálogo e nem coordenação de políticas. Nesse contexto, entram também organizações privadas, em formato de OS, que se fortaleceram com o desenho da gestão estadual.

Queria colocar também essa questão do financiamento paralelo de políticas, então, as UPA, sobretudo em 2010 e 2011, elas chegaram para piorar o que já estava muito ruim. A gente saiu... como se não bastasse todos os problemas que a gente tinha, a gente teve que ver unidades e prédios, com um nível de decência que a gente entende que deveria ser da atenção primária, com exames laboratoriais em tempo

hábil, com capacidade instalada, com **UMA AMBIÊNCIA DIGNA**, que, diga-se de passagem é importante para quem trabalha e é importante para quem está recebendo aquele cuidado. Então, a gente foi humilhado em relação a essa questão da criação das UPA. Foi aquela coisa de dizer assim ó: “Vocês não resolvem, tanto não resolvem que a gente vai fazer uma coisa aqui que a gente quer que seja melhor e vamos jogar na cara de vocês. Nosso prédio bonito frente a esse improviso aí de vocês, esses barracões”. [...] eu acho que teve duas interferências muito danosas: As UPA, com as organizações sociais por trás da gestão das UPA (DEPOIMENTO – GF1, 2013).

A expansão da estratégia de saúde da família em Recife ocorreu em confronto de projetos, em relação ao modelo anterior ao ano 2001, que não tinha clara a porta de entrada do sistema nem estratégias de ampliação de acesso, já que o PSF era considerado um programa focal direcionado a algumas comunidades. O grupo focal traz a ideia de que na implantação do modelo Recife em Defesa da Vida, em 2009, a gestão indiretamente revalorizou os grupos defensores da estratégia de saúde da família, que estavam desgastados pelas fragilidades da política, e que se preocupavam com a queda da qualidade da clínica, mas esse fortalecimento não foi capitaneado pela gestão, que deixou, assim de agregar parceiros.

[...]. Eu acho assim, essa história de tudo que foi colocado aí: acolhimento, projeto terapêutico, cogestão, ela fortaleceu uma parte do grupo de pessoas que trabalhavam na rede que eram pessoas ligadas especificamente ao movimento de saúde da família, seja médico de família ou enfermeiro de família. .Que eram as pessoas que se incomodavam com o acomodamento clínico de alguns de nossos colegas. E isso era uma área de disputa que foi capitalizada por a gente nesse determinado momento, mas que não foi capitalizada pela gestão. A gestão se preocupou com outras coisas (DEPOIMENTO – GF1, 2013).

Houve grande direcionamento dos esforços dos gestores municipais, no momento da expansão, para a qualificação dos profissionais da atenção básica, com capacitações e cursos. Contudo, houve uma quebra desse esforço com o concurso o que o grupo visualiza como fragilidade política da gestão em pensar o futuro da consolidação da política, essa mesma fragilidade se revela na incapacidade de concluir a expansão, criando áreas de exclusão que pressionavam a rede e reduziam a legitimidade do modelo.

A questão de recursos humanos, assim. Em 2001, 2002, 2003...2001 não, mas 2003 e 2004, teve um fortalecimento na formação desses trabalhadores que tão comendo, que mesmo sendo trabalhadores prestadores de serviço ou contrato, TODOS eles tiveram a oportunidade de se tornarem especialistas. [...] Porque a gente expandiu, mas a gente pegava gente que não tinha a mínima noção de nada! E daí, essa coisa de tornar essas pessoas especialistas eu acho que foi uma coisa extremamente estruturadora (DEPOIMENTO – GF1, 2013).

[...] aí quando teve o concurso, que é uma coisa extremamente necessária, aí a gente vai e perde uma grande parte dos profissionais especialistas e aí a gente pega um outro povo que já não tinha o mesmo vínculo que já não tinha a mesma dinâmica (DEPOIMENTO – GF1, 2013).

Os grupos focais valorizam os Distritos Sanitários e a autonomia dos distritos na condução e acompanhamento da política de atenção básica, e como componente de

aproximação da gestão aos trabalhadores. Contudo, questionam a existência de diferenças entre os distritos, em especial no tocante à proporção da expansão, que foi diferente entre os distritos. No próprio momento de expansão, os ritmos de expansão e o nível de organização das unidades e equipes dependiam das gerências distritais.

[...] os Distritos Sanitários começaram a ter uma autonomia muito alta e uma proximidade muito grande com as equipes da atenção primária, de modo que no final da gestão, no final do processo, a gente tinha seis prefeituras dentro do Recife. Seis Distritos que atuavam de forma independente e que as vezes a gente via uma diferença muito grande de um para o outro, pelo grau de autonomia que eles tinham (DEPOIMENTO – GF2, 2013).

Os vereadores são citados como não parceiros e mantenedores de uma visão conservadora e clientelista da política de saúde. Aproveitando as áreas não cobertas para o fornecimento da ambulancioterapia.

Agora teve isso e tem também os oportunistas políticos de plantão, né? Os tais vereadores, os tais médicos, que fazem a sua ambulancioterapia, que se locupletam do quanto pior melhor e que pegam exatamente esses vazios assistenciais que a gente não deu conta e não teve perna de expandir, e que lá desmancham com os pés o que a gente fez com as mãos... [...] Esses 40 e poucos por cento de pessoas que não são atendidos pelo SUS, eles elegem 5 vereadores... (DEPOIMENTO – GF1, 2013).

As residências são citadas como mecanismos estratégicos de formação do profissional de saúde da família e de suporte à rede, criando o vínculo dos órgãos formadores com o sistema público. Contudo, o que o grupo relata é que essa relação não foi institucionalizada pela gestão e dependia do interesse de cada profissional e gestor.

Acho que outra coisa que a gente traz é a marca do acolhimento que eu coloquei, é essa questão das residências, sabe? Eu acho que foi fundamental. Acho que as residências elas dão uma qualidade, elas dão uma potência, né? Acho que NUNCA a gente conseguiu priorizar as residências. Nem na gestão passada, nem de 2001 a 2011, nem agora. É praticamente na clandestinidade que a gente consegue construir isso (DEPOIMENTO – GF1, 2013).

O líder comunitário foi chamado a ser parceiro e se inserir no modelo, considerando inclusive que os próprios ACS exerciam liderança na comunidade, mas que depois deixou de ser visto como parceiro e passou ter seu apoio continuamente negociado pela gestão. O grupo focal 2 ressalta que foi preciso não ceder aos pedidos das lideranças nos primeiros anos, para que elas entendessem que as questões técnica tinham limites diferentes, não dava para ficar mexendo na equipe e definindo quem seria atendido em função das conjunturas enfrentadas pelas lideranças. Contudo, com o passar do tempo, a gestão começou a ceder questões de organização interna às lideranças, ou, pelo menos, abrir o debate em torno das demandas das lideranças.

[...] o líder comunitário, ele era parceiro e depois ele passou a ser vilão. [...] Então o líder comunitário, num primeiro momento, ele foi barrado e colocado no lugar dele,

como parceiro, como um...mas não como um processo de barganha política e depois a gente viu exatamente o contrário (DEPOIMENTO – GF2, 2013).

Maior beneficiada com a expansão, a população das áreas cobertas é citada como defensora da política apesar de suas fragilidades.

[...] agora tem também a própria comunidade, do ponto de vista das UPAS, de dizer: Olhe...quantas vez eu já não cansei de escutar no Jenipapo “Doutora, mil vezes esse seu posto caindo aos pedaços, a gente aqui no meio da... com escorpião, com rato, do jeito que a gente tinha lá, e a senhora resolver o meu problema, do que a gente vai para aquela UPA que só tem granito, vigilante, vidro, e ninguém resolve meu problema (DEPOIMENTO – GF1, 2013).

O Conselho e Conferência, para os grupos focais, tiveram comportamento semelhante aos sindicatos e corporações, crescendo com o estímulo da gestão e enfraquecendo com a perda desse estímulo. Uma questão bastante valorizada pelo grupo focal 2 foi o fato das deliberações das conferências serem inseridas no Plano Municipal de Saúde.

Eu estava me lembrando do fortalecimento dos conselhos e das conferências. A gente tinha conferência municipais de saúde aqui do Recife como a gente nunca teve. E com participação do trabalhador, do usuário (DEPOIMENTO – GF2, 2013).

E eu participei de duas conferências municipais na época e era discutindo mesmo, para amarrar mesmo, o que é que o plano municipal deveria fazer (DEPOIMENTO – GF2, 2013).

Da expansão de 20...passou pelo conselho, né? E foi aprovado por unanimidade, mas com as ressalvas de que precisava pensar na qualidade (DEPOIMENTO – GF2, 2013).

É exatamente o processo inverso, a gente perde a conferência, a conferência do bairro perdeu a força, a municipal por sua vez, também (DEPOIMENTO – GF2, 2013).

Além dos atores citados ao longo do debate, é importante ressaltar a situação relatada de adoecimento (*burnout*) em virtude das condições de trabalho, tanto da infraestrutura inadequada quanto o fato da organização do sistema não investir no crescimento e qualificação de profissionais que estão reconhecidamente submetidos a pressões constantes em função da carência da população.

Essa estrutura de ambiência caduca, essa infraestrutura do ponto de vista de insumos , de assistência farmacêutica e laboratorial que persiste até hoje. Né? Essa coisa de não conseguir dar resolutividade e potência aos nossos comunitários, isso... tá até na Rede [APS] em alguns textos falando que é “*o esgarçamento pela compaixão*”. Então, os trabalhadores que realmente se importam com o cuidado aos usuários estão em pleno *burnout* (DEPOIMENTO – GF1, 2013).

E a gente tá, eu fico muito triste de ver vários profissionais, por exemplo, que eu via quando eu cheguei, quando eu era ainda estudante, que eu via o discurso e o brilho no olho no momento, e que hoje eu vejo que estão cansados, eu vejo que perderam a esperança. [...]E hoje essas pessoas estão **A-D-O-E-C-I-D-A-S**. E a gente não tem elementos para disparar enquanto estratégia para acolher essas pessoas e para garantir...E não é só o cuidado humano, que isso é fundamental também , mas o que é que agente vai dar de resposta institucional enquanto sistema de saúde, para dizer

assim: [...] Vamos fazer isso aqui para você, porque o que vocês fazem aqui é importante (DEPOIMENTO – GF1, 2013).

[...] como é que a gente faz para que isso seja de fato valorizado, para que as pessoas não sintam que estão aprisionadas e isoladas e sem uma potência de crescimento. Eu acho que a gente precisa institucionalizar esse processo. Eu acho que esse é o nó crítico (DEPOIMENTO – GF1, 2013).

Ainda em relação aos profissionais na organização da política, o concurso público, realizado em 2007 e 2008 foi citado como um ganho que gerou um grande problema, que foi a descontinuidade das equipes, principalmente porque o concurso foi realizado após grandes investimentos em capacitação, incluindo uma especialização em Saúde da Família para médicos e enfermeiros.

Agora, existe a questão do concurso público, eu acho que foi uma marca importante, a gente tem estabilidade para os nossos...para a nossa rede. Então, a longitudinalidade que é uma característica importante sob essa lente da atenção primária ela é garantida, [...]. É uma coisa que a gente disputa e a gente só disputa se der estabilidade ao trabalhador (DEPOIMENTO – GF1, 2013).

A gente conseguiu ter Plano de Cargos e Carreiras. A gente tem um salário diferenciado, do ponto de vista do Brasil, mesmo. A gente teve uma construção [...] que é a questão da Mesa de Negociação Permanente (DEPOIMENTO – GF1, 2013).

Agora, a mesa permanente do setor saúde, ela foi importante para ajustar e calibrar algumas coisas, sobretudo na construção do PCCV, na construção da disputa dos concursos públicos (DEPOIMENTO – GF1, 2013).

Foi a coisa da troca, e aí quando teve o concurso, que é uma coisa extremamente necessária, aí a gente vai e perde uma grande parte dos profissionais especialistas e aí a gente pega um outro povo que já não tinha o mesmo vínculo que já não tinha a mesma dinâmica, que já não é o mesmo tesão. E daí a gente tem uma mudança significativa de trabalhadores na ponta, né (DEPOIMENTO – GF1, 2013)?

6.4 O PROCESSO DE FORMULAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA

Uma questão importante colocada pelo grupo em relação ao processo de implantação da política no município é questão da definição das áreas que seriam priorizadas na expansão de cobertura do Saúde da Família. A proposta inicial, em 2001, era garantir a cobertura de 100% da população usuária exclusiva do SUS, contudo, o calendário de implantação priorizou algumas áreas até o processo de expansão teve a velocidade reduzida, quase interrompida, na segunda gestão, consolidando no município uma cobertura próxima a 50% da população geral. Os critérios pautados pelo grupo para a priorização inicial questionam o discurso inicial de prioridade aos mais vulneráveis, pautando como mais importante a organização política da comunidade e visibilidade no município, o que seria coerente com uma ideia pragmática de legitimação da expansão, mas acabou se tornando um critério de exclusão.

[...]a gente vê que talvez esse componente da vulnerabilidade e dos indicadores para determinar, talvez não tenha sido o forte. E o forte tenha sido a determinação

política. Não a determinação da organização política de baixo para cima, mas de cima para baixo. Do interesse político eleitoral. Por exemplo, o Distrito Sanitário III, onde tem uma organização política e uma zona eleitoral forte, ela tem uma cobertura mais expandida. [...] No Distrito V, eu tenho 100% de vulnerabilidade social do ponto de vista dos indicadores do IBGE. Os indicadores me dizem que 94% dos moradores do Distrito V têm renda inferior a 2 salários mínimos. Nesse distrito, a cobertura é de 36%, [...] nem sempre as formas de implantação são as formas que estão descritas teoricamente (DEPOIMENTO – GF1, 2013).

Como existe também essa questão da participação política, da intervenção, e da capacidade de se organizar, que acaba premiando o que se organiza mais e o mais forte. [...] E aí você tem, nessa interseção aí que você descreve é que ficam essas pessoas (DEPOIMENTO – GF1, 2013)!

A ação intersetorial e necessidade de políticas integradas, um dos marcos do modelo da Vigilância em Saúde, também são citadas como estratégias municipais que foram incipientes para o apoio de que a saúde necessitava, fragilizando a ação das equipes no território.

[...] porque implantar uma estratégia de atenção básica onde eu capilarizo a atenção no território, eu preciso muito mais do que capilarizar a atenção, preciso ter uma retaguarda política, de determinação de gestão das outras políticas sociais, e não a política de ter uma equipe para dar assistência médica puramente. Então chega aquela criatura ali, como? O salvador da pátria, dentro de um território extremamente carente de tudo e as outras políticas também não capilarizam. O que é que acontece? A gente começa a se frustrar, porque a casa que a gente vai todos os meses, continua com um fogão sem comida todos os meses e tu tem hora que tem vontade de tirar do teu bolso e dizer: Vai, fulana, compra, pelo amor de Deus, alguma coisa para comer. Porque tu estás inserido naquele contexto de miséria, ele não muda, e você não tem muito o que fazer (DEPOIMENTO – GF1, 2013).

Da mesma forma, a persistência da precariedade da infraestrutura das unidades ao longo de toda a década, também gerou grande desgaste junto a equipe, à população e às entidades profissionais. Para o grupo, o que gerou impacto junto à população, reduzindo agravos e consolidando a proposta, foi a atuação dos profissionais, em detrimento da infraestrutura. Contudo, o município não implementou uma política de monitoramento da qualidade ou de metas junto às equipes que impedisse a deterioração da qualidade do atendimento, o que, aliado à descontinuidade das equipes em função do concurso, provocou o desgaste da política.

Hoje a gente não tem uma política de manutenção, então nós temos licitações, repetitivamente, licitações com construtoras que só fazem mudar o nome, que são do mesmo dono, que botam aquelas estruturas...eh... a manutenção de uma estrutura que vai cair daqui há muito pouco tempo, na primeira ou na segunda chuva (DEPOIMENTO – GF1, 2013).

A gente trabalhando no Córrego do Jenipapo? O Jenipapo era chamado pelos comunitários de Barracão!! Então, quer dizer, como construir política pública desse jeito (DEPOIMENTO – GF1, 2013)?

Porque a gente **NÃO CONSTRUIU**, por mais que tenha chegado agora o PMAQ, elementos de monitoramento e avaliação que desse, de fato, respostas e cobrança para o trabalhador (DEPOIMENTO – GF1, 2013).

Enquanto, no período 2006-2008 a ação da gestão era de consolidação institucional da política, e no período 2009-2011 era de revisão dos processos de trabalho e de gestão, a prioridade dos trabalhadores era, na realidade, o aprofundamento da política do ponto de vista de uma melhor distribuição de cobertura e da desprecarização das estruturas físicas.

Eles sempre diziam isso, né? Como é que eu vou fazer acolhimento se não tenho nem uma sala para atender. [...] A rede estava com uma ansiedade de uma coisa e a gestão com ansiedade de outra, e essas ansiedades demoraram um pouco para se casar. E foi um momento difícil, politicamente para o Recife, geral, não só na saúde, mas como um todo, acho que foi um pouco emperrado esse período, não só financeiro, mas político também, de tentar desencavar alguns processos (DEPOIMENTO – GF1, 2013).

Então, para o grupo, os tensionamentos oriundos destas questões que fragilizavam as equipes foram equilibrados enquanto a gestão esteve junto com as equipes, debatendo os problemas. Houve um momento em que esse canal de diálogo foi estreitado e os tensionamentos cresceram, gerando mais desgastes e conflito. Inclusive a eclosão de greves que não aconteceram nos primeiros anos.

Eu não acho que a gente viveu, nesse período que eu vivenciei desânimo não, acho que a gente viveu tensionamentos GRAVES, assim. Mas esses tensionamentos só aconteceram porque tinha espaço para ouvir e para falar. Tinha arena de debate, e eu acho que isso é uma estratégia fundamental da política, entendeu (DEPOIMENTO – GF1, 2013)?

O que frustrou os trabalhadores foi a mesma coisa que deu impacto para as coisas funcionarem, que foi a cogestão. Quando botou o nome cogestão, o trabalhador vivenciou aquilo ali. E ao mesmo tempo o frustrou porque em determinado momento ele percebia que não existia cogestão. Por incrível que pareça, a mesma coisa que foi legal, foi uma coisa também...como eu falei, né?: Foi aquele momento que faltou encaixar um pouco a necessidade do trabalhador com a necessidade da gestão. Eu acho que é a sensibilidade do gestor que faz isso (DEPOIMENTO – GF1, 2013).

Teve uma grande [greve] no período Joao da Costa. Agora, na realidade a gente estava muito implicado na disputa de algumas coisas, agora a gente tinha o entendimento de que precisava fortalecer a atenção básica (DEPOIMENTO – GF1, 2013).

Por fim, o grupo abordou as características político ideológicas do processo de implementação da atenção básica, e que foi legitimada num primeiro momento pelo próprio perfil político ideológico da população do município, de forma que a defesa do grupo político que estava na gestão foi extrapolada para a defesa da política apesar de suas fragilidades, e talvez de forma acrítica em alguns momentos. Esse mecanismo de legitimação teria se perdido, a partir das mudanças internas da própria gestão.

Recife tem uma organização política diferente de um monte de cidade por aí, [...] Recife ela vive uma história assim de...de...paixão pelas políticas e pelo político, tá entendendo?. [...] a paixão que existia por João Paulo era um negócio que mobilizava a cidade toda. [...]Podia estar desabando o teto aqui, estava todo mundo achando João Paulo arretado (DEPOIMENTO – GF1, 2013).

Porque existe um consenso, uma valorização agora, mesmo que seja ideológica, né? Do parafuso ao avião, do gestor maior até o vereador da cidade pequena. Todo mundo consensuou que a Atenção Básica é importante. Tá no discurso de todo mundo. Agora, daí de estar no discurso para a gente construir de fato que essa cadeira ela é factível de ser sentada... (DEPOIMENTO – GF1, 2013).

Mas assim, a ruptura em governo de continuidade é muito complicado pra cabeça das pessoas, entendeu? As pessoas ficam meio confusas: “É continuidade ou não é? É ruptura ou não é”, e assim, o movimento de saúde, ele tem coisas que andam paralelas a vida toda. A vigilância anda em paralelo com a clínica. O que a gente chama de medicina de família é longitudinalidade e promoção do cuidado (DEPOIMENTO – GF1, 2013).

[...]os sindicatos até se prejudicavam politicamente de garantir o fortalecimento da política. Os médicos chegando e dizendo assim: “Olha, vocês não batem porque são tudo petista! Vocês não batem no modelo!” Quando, a na realidade, gente apostava no modelo (DEPOIMENTO – GF1, 2013).

Como já descrito, o GF2 identifica três fases ou momentos distintos do processo de expansão e implementação da atenção básica em Recife, relacionando cada momento a uma das três gestões do período 2001-2011. A associação tão estreita entre as definições da gestão e o fortalecimento ou fragilização da política revela a compreensão, por parte do GF2, da política como elitista, com a formulação e implementação centralizadas no grupo que ocupava o poder executivo em cada momento.

Mas, eu acho que de 2001 a 2011 a gente passou por algumas fases bem distintas, a gente passou por uma fase de investimento na atenção primária, bem pesado, e depois um platô nas últimas gestões principalmente na de João da Costa (DEPOIMENTO – GF2, 2013).

Trata-se de uma política de implementação setorial, apesar dos esforços iniciais pela intersetorialidade, já descritos, e redistributiva, no sentido da mudança do caminho dos investimentos em saúde de uma lógica de acesso restrito, para a ampliação de cobertura direcionada às parcelas mais vulneráveis e mais pobres do município.

A gente expandiu e não foi com qualidade, mas o usuário que teve acesso ele visualizava aquilo como uma excelente estratégia. Foi uma novidade boa dentro Recife. Primeiro, ele visualizou uma unidade, a estrutura física, e depois ele tinha uma enfermeira para conversar, ele tinha um agente comunitário para visitar a sua casa, ele tinha um médico, entendeu? Tinha uma referência (DEPOIMENTO – GF2, 2013).

Embora apresente a política como fruto quase exclusivo dos direcionamentos políticos da gestão, o GF2 indica que sua implementação buscou um caráter participativo de legitimação junto aos demais atores, buscando construir a cooperação com a gestão. Tal característica se revela também no já descrito estímulo aos conselhos de saúde (municipal, distritais e de unidades) e conferências, além do estímulo à participação dos profissionais.

Da expansão de 20...passou pelo conselho, né? E foi aprovado por unanimidade, mas com as ressalvas de que precisava pensar na qualidade (DEPOIMENTO – GF2, 2013).

Dois problemas foram bastante citados pelo GF2 em relação à implementação da política. O primeiro problema diz respeito à descontinuidade das equipes em função da mudança de vinculação dos profissionais que eram contratados e, a partir de 2007 e 2008, após realização de concursos públicos, foram admitidos como estatutários, gerando mudanças na composição das equipes.

Processo seletivo [CONCURSO] que foi um pouco, eh...assim, né?, tumultuado e...na minha concepção, não privilegiou realmente a atenção primária. Foi muito para quem era da área hospitalar e o pessoal da atenção primária, principalmente enfermeiras, houve uma perda grande (DEPOIMENTO – GF2, 2013).

[...] depois do concurso a descontinuidade foi brutal. Visível e brutal. A mudança das equipes foi muito grande. E aí você teve todo um trabalho...eh...como se durante esse período a gestão se voltasse para, de novo com as equipes, para retomar um trabalho que já estava consolidado (DEPOIMENTO – GF2, 2013).

Para o GF2, o fato do concurso ter se tornado um problema revelou fragilidade da gestão e baixa capacidade técnica e política de conduzir o processo.

Eu acho que mais que a questão do currículo, o problema foi a elaboração da prova. Nível hospitalar, coisas absurdas que a gente não faz na atenção básica (DEPOIMENTO – GF2, 2013).

Ao mesmo tempo, a gente não tinha experiência de concurso público na atenção primária, a gente não sabia como fazer (DEPOIMENTO – GF2, 2013).

O segundo problema relatado diz respeito às rupturas internas aos grupos políticos que ocupavam a gestão em cada um dos três momentos e que resultaram, também, em descontinuidade da política de atenção básica, de forma considerada pelo grupo como unilateral, o que prejudicava a participação e colaboração de outros atores. Essa mudança foi associada pelo grupo a um processo de recentralização do SUS municipal.

A gente tinha uma descentralização, ampla e irrestrita, a ponto de a gente ter seis prefeituras dentro do Recife, porque os Distritos Sanitários eram autônomos, para a centralização total (DEPOIMENTO – GF2, 2013).

E o que se percebe é que: como se quisesse se desestruturar o que já havia, mas quem estava querendo desestruturar não tinha uma ideia do que estava querendo colocar para substituir aquilo (DEPOIMENTO – GF2, 2013).

A gente via que o projeto inicial estava se perdendo, mas a gente não tinha um contraponto (DEPOIMENTO – GF2, 2013).

[...] a gente perdeu um projeto que estava indo num caminho e que se desfaz, não sei especificamente por causa de quê e se perdeu! Você não tinha com quem brigar, porque você não sabia o que estava acontecendo! (DEPOIMENTO – GF2, 2013).

Considerando a agregação de temas debatidos pelos grupos focais, podemos citar como principais questões elencadas em relação ao processo de expansão e consolidação da atenção básica em Recife:

- a) A importância e o impacto positivo, frente à população, da expansão e capilarização do programa;
- b) A fragilidade gerada pela estrutura predial provisória, que foi se tornando precária, pela baixa retaguarda especializada, e pela pressão das áreas descobertas. A implantação em estruturas provisórias foi viável em função do apoio, explícito ou não, de diversos atores, em especial os profissionais, demais setores da prefeitura e comunidade, que entendiam ser prioritária a garantia de acesso;
- c) Embora a precariedade da rede tenha sido um componente de fragilização da relação com os profissionais, foi o concurso e a substituição de grande parte dos trabalhadores que haviam pactuado com a gestão a construção da política, que provocou a situação de maior conflito entre os trabalhadores e a gestão;
- d) A política passou por três momentos que podem ser associados a momentos políticos da gestão nos três mandatos do período: No primeiro, 2001 a 2005, a expansão a visão de uma gestão articulada internamente, desenvolvendo amplos debates; No segundo, 2006 a 2008, a gestão reduz a expansão e enfrenta a questão da consolidação do programa, com a especialização e os concursos, e já não se vê uma ação tão articulada da prefeitura; No terceiro, 2009 a 2011, há a impressão de uma ruptura interna da gestão, com redefinição de prioridade e proposta de novo modelo, deixando os profissionais sem clareza quanto à condução do processo de implementação da política de atenção básica.

7 OLHARES SOBRE A ATENÇÃO BÁSICA, DA FORMULAÇÃO À GESTÃO

7.1 O CONTEXTO DA POLÍTICA

A análise da política teve por referência temporal o período de sua expansão, iniciando em 2001, até 2011, mas também levou em consideração como a atenção básica e o programa de saúde da família eram vistos antes deste período.

Relata um dos entrevistados desta pesquisa:

Logo em 1993 começou a implantação do PACS em Recife, e expandiu rapidamente. O PSF foi mais lento, porque era mais complexo também. O PACS, naquela ocasião, a gente conhecia o PACS como uma política mais para as áreas rurais. [...] Nos grandes centros urbanos, foi nessa época que começou a se implantar o PACS, e era um grande desafio porque nas grandes cidades a estrutura é maior. Em 1995, implantamos o PSF [no Recife] (E9).

Embora já em 1995 o Recife tenha aderido ao PSF, o número de equipe não expandiu significativamente até o ano 2000, quando o município contava, em dezembro, com 27 equipes.

7.1.1 O Contexto Nacional da Atenção Básica e a Gestão do Trabalho

No período analisado, o Brasil, como o Recife, vive um período de expansão do saúde da família. As falas dos entrevistados e o levantamento de dados secundários confluem para que a expansão do PSF, ainda que de forma diferenciada, tenha se dado em todo o país aproximadamente no mesmo período. A justificativa viria da implantação do PAB, que se concretiza em 1998, e do PROESF em 2004, como cita uma ex-gestora nacional:

Então, de 1994 até 2003, nós ficamos meio que vendendo a ideia e isso foi pulverizado nos municípios de pequeno porte. Porque eram na grande maioria territórios vazios, casa de ninguém! E era captação de recurso, sem dúvida! [...] O crescimento está na cara que foi o PROESF. Porque você tinha um recurso do Banco Mundial. Na verdade, se a gente lê direito não era do Banco, o Banco entrou com 20% e o Brasil entrou num empréstimo, de si mesmo, com 80%, mas pelo menos tirou o recurso da peça orçamentária propriamente dita (E6).

Após a vitória de Lula para presidência, em 2002, já na gestão de Humberto Costa no Ministério da Saúde, foram travados debates quanto à importância do suporte especializado à atenção básica. Uma das discussões era em relação a um modelo de retaguarda, nos moldes do matriciamento, cujo desenho foi proposto por Antonio Mendes, que havia sido secretário adjunto de Humberto Costa no Recife, a partir da experiência que tiveram na cidade. Era a

ideia das Margaridas. Com o desenvolvimento da proposta, discutiu-se a estratégia do NASF. A introdução do NASF também foi relatada como uma estratégia de fortalecimento da atenção básica, na lógica do matriciamento ou retaguarda especializada, com desenho inicial construído ainda na gestão do ministro Humberto Costa, que lançou uma portaria já no final da sua gestão, portaria que foi revogada pelo ministro posterior, Saraiva Felipe, e republicada em 2008.

Também em 2008, o governo federal lançou o componente de “Organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências”, da política de urgência e emergência e cria a figura das Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Com padrão de infra estrutura e organização, as UPAs tiveram incentivo federal para implantação. Contudo, sua implantação ocorreu de forma danosa às demais políticas, em especial a atenção básica, porque disputou espaço na disponibilidade de profissionais e não houve articulação de rede para que as UPA pudessem dar suporte aos demais serviços de saúde, o que foi bastante criticado nos fóruns do CONASEMS.

Então, ele [o programa das UPAS] subtraiu recurso, porque foi recurso investido da atenção básica, ele subtraiu pessoas. (Em São Paulo foi um...desastre!) Eu tinha um sonho que Helvécio, quando ele virou secretário, que ao pautar o debate nas redes, ia recolocar a UPA no lugar dela. Mas não! Estão correndo em paralelo! Quem vier no futuro vai ter que dizer que a gente está falando de rede de novo. Vai ter que fazer a discussão de rede outra vez. Então, só para responder a sua pergunta: eu sou contra diante dessas subtrações, mas sou a favor quando ela é incorporada em rede (E6).

A questão do financiamento também é vista como um reflexo da não priorização da construção do SUS como política de garantia de direitos. Havia o discurso de que o investimento em atenção básica representaria redução de gastos na saúde, discurso combatido por levar a uma visão reduzida da atenção básica e diante do risco permanente de inviabilização da política de atenção básica, em especial, por ser o componente em expansão.

Como é que financia isso? O Estado brasileiro não estava preparado para o financiamento de políticas desse tipo. É um estado liberal, você jogou uma política socialista lá dentro, de acesso para todos, de transplante a vacinação. Não dá conta. Eu acho que o discurso hegemônico produtor de políticas no governo tem o entendimento da saúde que não é talvez o que nós queremos (E8).

Eu fiquei muito feliz quando eu vi em um congresso, Amélia Cohn, e depois eu disse isso a ela, porque ela dizia: “Ah, essa história de que a atenção primária vai reduzir custos, não vai reduzir custos, coisa nenhuma! Primeiro porque você tem mais ingressante.” Segundo, quando você expande a atenção básica, e aí já é a minha fala mesmo, você vai trazer, e principalmente na opção recifense, pernambucana, e de vários estados do Brasil, de você ampliar e expandir pelas áreas desassistidas, você vai trazer uma população muito mais carente, muito mais doente, muito mais necessitada, tanto de média e de alta como de medicamento (E1)!

Especificamente em relação à formação, reconhece-se que as graduações não estão formando profissionais para o SUS, muito menos para o saúde da família, mas para os mercados privados, embora que tenha sido relatado que até os planos de saúde reclamam da falta de generalistas.

Já em 2003, o Ministério da Saúde iniciou o debate de trazer ao Brasil médicos estrangeiros para atender à demanda de expansão na atenção básica, iniciando, inclusive, as negociações com Cuba, mas a proposta não se concretizou. A resistência partia de três setores: as entidades médicas, com exceção da Sociedade Brasileira de Medicina Geral e Comunitária; os gestores, que avaliavam que seria difícil o funcionamento na rede, de como se responsabilizar por esses estrangeiros; e o aparelho formador, que se via colocado em questão pela busca de estrangeiros.

Desde 2003 a gente estava negociando a questão dos cubanos, durante a gestão do Cristóvão [Buarque], no Ministério da Educação, e do Humberto [Costa], no Ministério da Saúde, a gente começou a negociar com Cuba e começou a negociar com as entidades médicas a questão: primeiro, dos estudantes brasileiros que estavam se formando em Cuba. Agora, isso só não resolve, o problema tá: qual é a formação que a gente vai dar ao profissional médico, enfermeiro, fisioterapeuta, e etc., na graduação, e como é que eu garanto que essa pessoa trabalhe nessa rede e tenha seus direitos trabalhistas garantidos. A resistência vinha, de um lado, das três entidades médicas... Eu acho que a única entidade médica que se abria para esse processo de discussão era a Sociedade Brasileira de Medicina Geral e Comunitária. A resistência dos gestores, de [pensar que era] alguém de fora, que responsabilidade que ele vai ter, como é que vai funcionar, e a resistência do aparelho formador. Na realidade eles sabiam que a vinda dos caras iria colocar em questão quem é que eles estão formando. Começa a conversar com a população que é atendida em alguma unidade de saúde que tem médico cubano que ela te diz que é outra coisa (E3).

Uma outra proposta do período era que a formação de profissionais da saúde ficasse sob responsabilidade do Ministério da Saúde, mas houve uma resistência muito grande do Ministério da Educação, depois Cristovam Buarque, então ministro da educação, foi convencido da importância da transferência. Mas quando se prepara uma portaria conjunta transferindo a formação de nível superior da saúde para o Ministério da Saúde, antes dela ser assinada Cristovam Buarque “cai”, deixa o ministério, e o processo voltou à estaca zero, e o substituto de Cristovam, Fernando Haddad demonstrou ter mais resistência ainda.

A primeira proposta que se tinha era que a questão da abertura de cursos da área de saúde, a questão da residência médica, (que esse é outro nó, a Comissão Nacional de Residência Médica) tudo viesse para o Ministério da Saúde. No início houve uma imensa resistência do MEC, e depois o Cristovam foi convencido de que deveria ir, aí foi montada uma portaria interministerial, que seria assinada por Humberto, Lula e Cristovam, passando tudo isso para o lado de cá [do Ministério da Saúde], entendendo que o papel do setor saúde é ordenar a formação. Claro que teria a participação do MEC, etc. e tal, mas ficaria como é no México, em vários lugares no mundo é assim: A formação na área de saúde está no Ministério da Saúde. Só que daí caiu o Cristovam (E3).

No mesmo período também se iniciou um debate sobre a formação de uma carreira nacional da saúde, que foi uma das grandes discussões da Mesa Nacional de Negociação, mas também não foi a frente em função dos impasses quanto à divisão de responsabilidades financeiras no custeio dessa carreira nacional.

7.1.2 O Contexto Geral do Recife

Os entrevistados concordam entre si quanto à heterogeneidade do Recife, na distribuição de áreas pobres e na organização urbana, além do fato de que houve melhora a partir da vitória de Lula à Presidência da República, em função das políticas de distribuição de renda, como o Bolsa Família, dos investimentos diretos na região e do aumento de arrecadação, fruto do crescimento econômico e aumento de consumo. Contudo, há também o relato da queda de arrecadação municipal, fruto da crise econômica de 2007/2008, bem como se relata a necessidade de uma reforma tributária.

Uma cidade com hum milhão e meio [de habitantes] e mais de hum milhão e cem vivendo na pobreza! Um volume significativo, acima de 70% da cidade vivia em condições bastante desfavoráveis. Uma cidade em que mais de 60%, se não me engano, mora em morro. [...] Áreas de muito risco de desabamento, áreas mais estruturadas. [Ou seja], uma grande diversidade. [...] São cidades (E8)!

Em torno de 40% da cidade do Recife não tinha nem a coleta de lixo. As palafitas, aqui em Brasília Teimosa, nem a coleta tinha, eram todos os dejetos, lixo, tudo jogado ao mar direto (E7).

7.1.3 A Campanha e a eleição

Os relatos sobre a eleição de 2000 e a vitória de João Paulo, do PT, corroboram os relatos dos estudos de Albuquerque (2003) e Lyra (2009), com relação à mobilização e empolgação dos primeiros momentos, bem como em relação ao fato de ter sido uma eleição com disputa acirrada.

[...] fomos procurar Humberto e João Paulo e mostrar para eles que tinha um potencial enorme de campanha e de propostas nessa área. E aí, a nossa proposta que ainda foi recebida com muita...de certa forma cética, foi de que todo o PACS da época se transformasse em PSF. [...] no segundo turno, a gente consegue levar um pequeno grupo de agentes comunitários para conversar com Humberto e João Paulo. [...] E a gente chega nesse número de 55 equipes. Então a proposta que fica nesse período é de que a gente iria implantar 55 equipes. Esse número de 55, ele vem das áreas que tinham estrutura de PACS com posto (E10).

A gente entrou com uma situação ímpar. Primeiro que foi uma eleição difícilíssima. Não estava na cabeça de ninguém que a gente ia ganhar. A gente ia disputar para fazer uma diferença. Mas no processo apareceu uma oportunidade [...] e agente foi para o segundo turno. Com uma diferença mínima. Ganhou com uma diferença

mínima, um negócio que não dava nem 1 por cento. Então, a gente assume o governo com uma empolgação muito grande (E8).

Relata-se ainda de que na própria campanha, os compromissos em relação à atenção básica foram sendo firmados junto aos profissionais. O discurso da campanha repercutiu o compromisso de resolução dos vínculos precários e ausência de direitos trabalhistas da equipe, além da proposta de ampliação dos recursos da saúde e de implantação de novas 55 equipes de saúde da família.

Na campanha, eu já visito os postos, para fazer campanha. Então, eu já vou no Alto do Céu, no Alto dos Coqueiros, já vou nesse posto do Poço, Apipucos. [...]. João Paulo vai no Sítio Grande, ali da Imbiribeira, Dancing Days... Então tinha vários postos em que o pessoal já vai, no processo de fazer campanha. E nesse processo de fazer campanha, a gente já ganha uma grande parte dos profissionais porque a gente dizia que ia valorizar, e tinha também uma coisa muito importante que era o vínculo (E10).

7.1.4 O diagnóstico do Setor Saúde em Recife

O diagnóstico da campanha e dos primeiros momentos, em relação ao setor saúde em Recife incluiu a identificação de baixa cobertura da atenção básica, serviços desarticulados e ausência de uma política de gestão do trabalho. Apesar de Recife ter uma rede de policlínicas e maternidades, elas eram de baixa complexidade.

Então a gente conseguiu construir um mapa da cidade, onde ele apontava coisas bastante significativas: primeiro a carência da oferta de serviços era algo notório. Não dava para pensar em uma visão diferente, que era o que a gente estava fazendo, cobrindo só menos de 6% da população em atenção básica da saúde . [...] Uma herança de estrutura muito solta. Era um serviço muito desagregado, quanto pensar a cidade de uma forma mais global. E muito carente de uma autonomia, de uma capacidade de atenção. Apesar de ter uma rede, uma rede de policlínicas, maternidade, posto de saúde, mas muito aquém . Até mesmo refém do próprio modelo do estado de Pernambuco que sempre foi um estado que centrou muito nas mãos do poder estadual.[...] O desenho da gestão de pessoal era muito difícil, para gente ter que pensar, o que foi também um elemento diagnosticado muito importante (E8).

Na atenção básica, a equipe que entrou encontrou ausência de propostas de expansão de acesso. A organização da então Diretoria de Desenvolvimento Comunitário era no sentido de concluir as implantações de equipes realizadas, como a do Coque, do Centro de Saúde mesmo do Coque, mas que era ainda muito desorganizada, e a questão da manutenção do PACS. Além disso, havia um setor de educação em saúde que era o setor que gerava alguma mobilização, normalmente campanhas em datas festivas.

O prefeito, como gestor principal, já tinha manifestado seu apoio e interesse na expansão da atenção básica através do saúde da família desde a campanha. Em seus discursos

manifestava identificação pessoal com a proposta em função de enxergar nela muito do método Paulo Freire, que tinha aprendido a usar da Juventude Católica Operária, e pelo orgulho que tinha de ter estudado com o próprio Paulo Freire durante o exílio deste último, na França, durante a ditadura militar. Além disso, o prefeito demonstrava enxergar na proposta duas ações que considerava estratégicas para o seu governo: melhorar o acesso da população pobre de Recife a serviços públicos, e desenvolver espaços de participação da sociedade.

7.1.5 O contexto político partidário

A vitória eleitoral do Partido dos Trabalhadores é vista como importante, permitindo o crescimento partidário oriundo das alianças e da visibilidade dada às propostas que estavam sendo executadas no município. Mas a vitória também gerou fragilização da legenda, em virtude do esvaziamento de sua estrutura partidária e descontinuidade de sua atuação.

Eu acho que o partido perdeu enquanto instituição partidária. Ele começou a só exportar os quadros que passaram a fazer a política a partir do local que estavam. [...] O PT passou de ter fórum, passou de discutir propostas, passou de pensar a cidade, de ser um agente institucional para a população, [...] ele não mais produziu, foi esvaziando... [...] Quem queria ficar trabalhando no PT? Eram os relegados, que não foram valorizados, que não foram indicados para nada. Então, a visão do intelectual orgânico, ela foi se esvaziando. O partido virou os mandatos e a burocracia. Quem ganhasse a burocracia tinha voto para conseguir alguma coisa (E8).

As eleições de 2006, para governador, são vistas como preparatórias, no campo das divisões e acumulações dos grupos políticos, para as eleições de 2008, que são vistas como grande divisor de águas na prefeitura, e no partido dos trabalhadores. Na prefeitura, houve, a partir de 2009, a descontinuidade explícita das ações dos dois governos João Paulo. O prefeito João da Costa, também do PT, assumiu uma postura mais centralizadora, o que acabou gerando uma fragmentação e conseqüente competição entre os grupos políticos internos do PT na prefeitura em torno do acirramento da correlação de forças partidária após a eleição de 2008. Essa postura impediu o desenvolvimento de ações intersetoriais entre as secretarias. Ao mesmo tempo, a condução de contenção de recursos, em parte pela queda de receita da prefeitura, deixava claro que a expansão e estruturação do saúde da família não era uma prioridade.

A gente discutiu território no sentido de saúde ambiental. Território no sentido do PSF, território no sentido da Academia da Cidade, participação, educação em saúde. Depois a gente foi pensar no sentido da gestão do território, o gerente de território. O fortalecimento dos Distritos Sanitários.[...] Nessa gestão [2009-2012], quebrou tudo. O que a gente tentou descentralizar, voltou. Numa visão completamente centralizadora. Então, essa riqueza foi se diluindo para um pensamento mais

hegemônico, de uma concepção, com forte viés de fortalecimento político de uma posição (E8).

7.2 O CONTEÚDO DA POLÍTICA

Todos os entrevistados são unânimes em considerar que a ampliação da atenção básica, através da estratégia de saúde da família, tinha e tem o objetivo de consolidar como política pública os princípios do SUS da universalidade, integralidade e equidade, em contraposição a um modelo de baixo acesso de cuidados à população. “Isso do ponto de vista da saúde, da educação, da habitação, da defesa civil, com as dezenas de mortes que tinham, com a questão da mobilidade urbana, da cultura, do patrimônio” (E7).

A proposta inicial, construída pela nova gestão em 2001, era expandir a cobertura do saúde da família para 100% da população. A classe média teria acesso opcional garantido também e o monitoramento pelo PACS. Propunha-se ainda que alguns Centros Tradicionais fossem mantidos e transformados em referência nas clínicas básicas, para um conjunto de Equipes de Saúde da Família, num função de Equipe de Retaguarda que se aproximava da ideia do NASF. “[...] a gente chamava esse modelo da Margarida porque se desenhava como uma bola o centro de saúde central e bolinhas as unidades de saúde da família. Então, muitos centros de saúde periféricos, tipo Bruno Maia, tipo o do Vasco da Gama, Francisco Pignatari, Ceasa, o de Jardim São Paulo, o próprio Agamenon de Afogados, o do Geraldão, então, vários desses centros eles se mantem pensando nessa proposta” (E10).

A proposta inclui que os profissionais dos postos tradicionais que não quisessem aderir ao PSF seriam remanejados para estes Centros de Retaguarda ao PSF. Contudo, a estratégia nunca saiu do papel, porque implicava na contratação de profissionais por contrato temporário, através de projeto na Câmara. Como a prioridade era a expansão, tornou-se inviável. Uma das entrevistadas lembra que o projeto foi operacionalizado depois, já na segunda gestão de João Paulo em projeto exclusivo para a retaguarda à Saúde Mental.

O processo de formulação da estratégia de expansão foi sendo construída com grande participação de atores externos à gestão, incluindo universidades, além do envolvimento de outras secretarias, o que ampliou o desenho em construção, pois estava embutida na construção das prioridades municipais e desenho do PPA.

Tinha a gente pela saúde pensando de uma forma, Tânia Bacelar pensando de uma forma, Luciana Azevedo vendo de uma forma, Peixe com a visão da cultura.... Edla Soares, na educação....quer dizer, você tinha um agregado de produção, de construção inclusive teórica. Trouxemos Jan Bitoun, para a discussão da geografia crítica, tinha Djalma Agripino...trouxemos a discussão da organização do espaço, políticas universais...(E8).

7.2.1 O Modelo da Atenção Básica

Um grande debate nacional ocorreu, e ainda persiste, quanto à flexibilidade da política de atenção básica no país, ou seja, considerar o financiamento tripartite independentemente do modelo de atenção básica adotado. Especificamente dentro do PT e do Ministério da Saúde havia posições conflitantes sobre o investimento maciço na estratégia de saúde da família como o desenho da atenção básica no Brasil.

Esses conflitos se acirram na proporção em que se identifica que alguns setores do ministério e do PT propõem a flexibilização: “porque a secretaria executiva, e outros, eles queriam mesmo matar por inanição. Inclusive financiar várias modalidades, que chamavam de outros modelos alternativos” (E6). Ressalta-se aqui o papel da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) e do Departamento de Atenção Básica na manutenção da proposta de saúde da família.

Embora, desde sua normatização inicial, através da Portaria Nº 692 de 25 de março de 1994, o PACS e o PSF sejam tratados como um novo modelo de atenção, e embora nesta mesma portaria já sejam criados códigos de produção ambulatorial do SIA/SUS, para as atividades dos ACS, o formato inicial do programa, convenial, por adesão dos municípios, e o próprio nome, induziram uma imagem de programa vertical, paralelo à política, com natureza provisória. Desta forma, o programa pôde assumir perfis diferenciados em várias partes do país, desde as experiências com foco na mudança de modelo assistencial, como em Camaragibe, até estruturas mais focalizadoras, que não o definiam como modelo, que foi o caso de Recife até 2000 (RECIFE, 1999).

Uma consequência dessa maleabilidade, dessa caracterização como programa, foi a precarização dos vínculos trabalhistas, com uso de cooperativas, contratos de vários formatos, até o extremo do “contrato de boca”. Além da ausência dos direitos trabalhistas, essa situação se expressa por uma grande rotatividade de profissionais nas equipes.

Eu acho que a primeira questão da política de atenção básica, nacionalmente, é que ela começa centrada enquanto, na realidade, um programa de saúde da família. O programa tem início meio e fim. E toda a forma da gestão do trabalho nessa área da atenção básica, foi indo para um processo de precarização. Precarização das mais diversas formas... dentro da política de atenção básica: desde o contrato “de boca”, nada no papel, por exemplo, o ACS.....salários completamente diferenciados...eu me lembro que em Pernambuco, numa reunião do COSEMS Pernambuco, os secretários municipais de saúde disseram que o apelido do programa era motel. Eu disse porque motel? Porque a rotatividade é tão grande das equipes, que parece a rotatividade de um motel. Então essa relação, não é... e a situação dos ACSs era pior ainda. Porque os ACSs, mudava prefeito, mudava todos os ACSs, porque não eram os cabos eleitorais do prefeito (E3).

A discussão da gestão do trabalho como um limitador da expansão foi feita desde o início da implantação do PSF, pois havia a expectativa de que não haveria médicos suficientes e de que a formação dos profissionais não era adequada ao modelo proposto. A proposta então foi superar as inadequações do profissional através da estratégia de educação permanente e, paralelamente, reestruturar o ensino da saúde, o que incluía levar para o Ministério da Saúde a competência de coordenar o ensino da saúde. Não se conseguiu concretizar nenhum dos dois caminhos, e as maiores resistências foram postas pelo Ministério da Educação e pelas entidades médicas.

A discussão da carreira do SUS também foi levantada no primeiro governo Lula, mas não superou o debate de como se daria o financiamento tripartite.

[...] a gestão do trabalho ela está absolutamente ligada à questão da formação, [...] A dificuldade que tu tens da formação dos profissionais, que na realidade, entram num curso de medicina e no terceiro ano já estão preocupados com qual o cursinho que vão fazer para fazer a residência e a especialidade tal... Que, na realidade, tu deixaste de fazer a clínica! Não tem um médico generalista! Então na verdade, a gente está deixando de formar um médico para a atenção básica. A mesma coisa com o enfermeiro. O enfermeiro virou supervisor administrativo de hospital, nem exercer mais a enfermagem ele exerce. Quem faz a vida real é o técnico de enfermagem, com um salário menor. Então, como mexer nisso (E3)?

A articulação com a média complexidade foi outra questão levantada desde o início da implantação do PACS/PSF, pois se compreendia que não adiantava expandir a atenção básica se houvesse um estrangulamento na atenção especializada. Uma das entrevistadas lembra que, ao longo do processo de implantação da Programação Pactuada Integrada – PPI, após a NOB 96, os gestores da atenção básica no Ministério da Saúde tentaram inserir a atenção básica na PPI, sem sucesso, pois estavam isolados nessa posição de inserção da atenção básica.

Os entrevistados não têm uma posição homogênea quanto ao desenho inicial da política através do saúde da família. Apenas uma entrevistada faz questão de ressaltar que, embora tivesse sido iniciado com o nome de programa, desde a origem o saúde da família era visto como uma estratégia de mudança de modelo. Esta entrevistada questiona o que seria flexibilizar, se os princípios ou atributos de que se estava falando no PSF poderia caber em mais de um modelo de atenção, em mais de uma especificidade regional:

[...] o próprio nome trata de programa, Programa de Agentes Comunitários, Programa de Saúde da Família, porque a linguagem orçamentária nos remetia a essa lógica programática, mas no plano político e no plano estratégico, de como a gente se organizava, de como negociava com o CONASS, com o CONASEMS, com as secretarias municipais de saúde, a gente sempre tentou dar essa virada na perspectiva de estratégia.[...] Porque da base estratégica, os valores de que nós estávamos falando cabe em tudo quanto é canto. Porque nós estamos falando de trabalhar com equipe multiprofissional, isso cabe em qualquer lugar; nós estávamos falando de ter uma vinculação com a população, sob o ponto de vista do cadastro das famílias, isso cabe em qualquer lugar (E6).

Todos os demais entrevistados relatam nesse início como “Programa” um momento de fragilização da proposta, tanto pelo perfil de adesão, como pela imagem de temporário, como pela tendência, por essa perspectiva de temporalidade, de precarização dos vínculos trabalhistas dos que atuavam no programa.

A partir de 2011, com o lançamento da Política Nacional da Atenção Básica, através da Portaria 2488/2011, substituindo, nos moldes do Decreto 7.508/2011, a Portaria 648/2006, que compunha o Pacto pela Saúde, embora mantivesse a mesma estrutura do saúde da família, introduziu-se a ideia de novos componentes serem agregados à organização da atenção, com incentivos financeiros. Entretanto, a estrutura geral do PSF é mantida como já descrito na Portaria 1.886/1997. Desta forma, agregam-se à política, as estratégias de Consultório de Rua, Equipes ribeirinhas e fluviais, o Serviço de Atendimento Domiciliar – SAD, o Programa de Saúde do Escolar. Essa fragmentação de incentivos é criticada por ser uma forma de tentar resolver o problema do financiamento sem realmente resolver, considerando que os incentivos nunca custeiam 100% das ações.

7.2.2 O Modelo de Atenção

Não havia, na década de 1990 e início de 2000, uma direcionalidade para o debate do modelo de atenção, tanto que era comum os Planos, estaduais ou municipais, fazerem referencia ao seu modelo vinculando-os ao cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS, sem detalhar opções sobre os possíveis caminhos para isso.

[...] na NOB 96 ninguém queria discutir essa coisa de modelo, [...]. Nosso grupo tencionou e lá nós criamos o PAB, que a época e até hoje a ideia permanece com outra dimensão, mas permanece, que é: como é que nós vamos fazer visita domiciliar, que era o centro do trabalho dos agentes, como é que nós vamos organizar uma unidade básica de saúde, na perspectiva de uma unidade em que a gente levasse em consideração a expectativa da população, as necessidades reais daquela população, e não fosse mais uma unidade simplesmente “aberta”, mas fosse uma unidade programada, organizada, etc, sem financiamento? Então, o PAB foi um tensionamento da luta pela atenção básica. Só que o PAB, quando a gente olha para dentro dele, em relação ao conjunto do orçamento do ministério, ele é um orçamento ínfimo (E6)!

Em 2009 há um redesenho do Modelo de Atenção do Recife, sob a crítica de que o modelo implantado em 2001, o Recife Saudável, teria se tornado tecnocrático no uso da epidemiologia e enrijecido na hierarquização da rede, e não responderia às necessidades da população.

A discussão da mudança do modelo de atenção no período 2009-2011 gera posicionamentos divergentes. Um dos gestores entrevistados avalia que não houve ruptura com

o modelo anterior, que não se abandonou o debate da promoção, do território, da lógica epidemiológica, mas se buscou incorporar novas práticas, ampliando e aprimorando a organização do trabalho, e, principalmente, valorizar a clínica, que estava desvalorizada em relação às ações coletivas. Para alguns dos entrevistados, a resistência que possa ter surgido com a introdução do Modelo em Defesa da Vida, aconteceu muito mais pela precariedade das condições de trabalho na rede do que pelo novo desenho, em si.

Uma das entrevistadas revela preocupação com a contraposição entre a saúde coletiva e a clínica, a fragilização de alguns controles e ações programáticas, como a questão da vacinação, e o excessivo empoderamento do médico frente à equipe.

Eu acho que ele [o modelo] está dando para o médico de família um poder que não estava previsto em nenhum momento no PSF anterior e que para mim está sendo muito arriscado, muito prejudicial, primeiro porque o restante da equipe está muito submissa ao poder médico, isso é uma crítica muito forte que eu faço. Segundo, que na verdade é uma coisa ligada a outra, você traz para dentro desse conceito de clínica, a medicina baseada em evidência, e aí, eu acho que é onde eles se perdem, porque está perdendo o bom do processo comunitário. Toda perspectiva maior de processo de trabalho, de promoção da saúde, de efetivamente você ter uma atenção primária voltada mais para uma perspectiva interprofissional comunitária, ela está se perdendo na mão de fixar no médico de família uma concepção como que ele é o dono da clínica (E10).

7.2.3 A sustentabilidade do desenho do Saúde da Família

Três componentes da política foram citados como problemáticos ao longo do processo:

O primeiro foi o da acessibilidade, pois uma característica da expansão em Recife foi a capilaridade da disposição das equipes. Foram buscadas casas dentro ou o mais perto possível das comunidades, de forma a aproximar a equipe da realidade trabalhada e garantir o acesso da população. Contudo, a dificuldade de constituir sedes adequadas nas comunidades e o custo da manutenção, bem como a resistência dos profissionais em trabalharem em algumas comunidades, progressivamente fragilizou a manutenção desta distribuição, ao ponto de, nas eleições de 2012, os dois candidatos concorrentes (PT e PSB) discutirem a proposta de centralizar as equipes em sedes mais estruturadas, em corredores viários. E10 argumenta que foi uma estratégia importante para o município, em virtude da exclusão de acesso de boa parte da população, mas que não é um princípio, sendo possível garantir acesso de outras formas.

Olhe, eu acho que a capilaridade ela se tornou realmente muito difícil de ser sustentada. Principalmente em alguns bairros nossos em que foi feito um esforço muito grande para se conseguir espaços em imóveis...[adequados], e não se conseguiu. Eu acho que ela também não é um princípio, eu acho que o princípio

fundamental é que você tenha a responsabilidade no território e que você inverta o processo de demanda (E10).

O outro componente também está inserido no atributo da acessibilidade e diz respeito a forma como é estruturada a porta de entrada. A partir de 2009, foi introduzido o acolhimento com classificação de risco nas unidades de saúde da família. Visualiza-se o risco de que, tanto o acolhimento inadequadamente trabalhado pela equipe, quanto a introdução das UPAS em 2010, possam difundir uma cultura da demanda espontânea, ou do pronto atendimento como porta de entrada privilegiada, que se contraponha a todo processo de organização de rede e territorialização que se vinha trabalhando desde 2001.

Como efeito agregado, a sobrecarga dos profissionais com o pronto atendimento dificultaria o acompanhamento de todos os cadastrados, inviabilizando o componente da longitudinalidade.

Porque no momento em que você bota o SPA junto, no momento em que a grande maioria dos acolhimentos está se transformando em um pronto atendimento, alguns deles inclusive com fichas e horário, você quebra essa coisa básica. Então, em vários trabalhos [acadêmicos] que a gente está tentando fazer, a gente está esbarrando justamente nisso. Você descobre que quem utiliza a unidade, e a gente está com vários trabalhos nessa linha, é em torno de 50% da população do território de abrangência da unidade. Da população adscrita. E a gente não consegue nem sequer descobrir quem são os outros 50%. Então é uma situação muito grave, porque isso sim, quebra a atenção primária totalmente. Porque você quebra o vínculo (E10).

7.3 OS ATORES ENVOLVIDOS NA POLÍTICA

As falas das entrevistas relacionadas aos atores envolvidos no processo de formulação e desenvolvimento da política de atenção básica foram sistematizadas pelo âmbito de intervenção: nacional, estadual e municipal.

7.3.1 No âmbito nacional

Desde o início da implantação do PACS/PSF e durante sua expansão como política de atenção básica no final da década de 1990 e início dos anos 2000, o processo é relatado pelos entrevistados, com a participação de importantes atores nacionais e internacionais, como o UNICEF, o CONASEMS e o CONASS.

Mas sempre, eu posso lhe dizer, era uma decisão do ministério, mas o CONASEMS o tempo todo discutindo, o CONASS o tempo todo discutindo...E questionando! E reivindicando (E1).

A gente tinha uma influência muito grande [a Federação dos Agentes Comunitários de Saúde], e uma presença também, que nos ajudou bastante, o nosso grande aliado nesse processo foi a UNICEF, tanto nesse processo de discussão quanto no processo

de implantação, quanto no processo de organização dos agentes. Então, a UNICEF esteve presente nos primeiros três/quatro anos, muito firme e de forma muito contundente. Era o nosso aliado número 1 (E5).

Contudo, embora as entidades nacionais de gestores sejam descritas como aliadas ativas, E6 levanta o questionamento do nível de enfrentamento que estas entidades fazem frente aos principais obstáculos ao desenvolvimento da política, considerando que estas entidades poderiam pressionar o ministério, nos espaços de pactuação, por soluções mais estruturantes, como o financiamento global, ao invés de aceitar ajustes fragmentados, como os diversos incentivos fornecidos pelo ministério (população ribeirinha, SAD, etc.).

Eu queria ver um sujeito coletivo, forte politicamente dizer: Olha, a atenção básica, e o saúde da família, é efetivamente o caminho e eu não vou negociar esses penduricalhos na formulação da política. Eu me pergunto por que é que o CONASEMS não faz esse tensionamento na tripartite? [...] Eu acho que é uma opção política de não enfrentar o *status quo* do poder. Por que? Porque há essa interdependência do financiamento. Como é que o CONASEMS, como um interlocutor central, vamos dizer assim, o escritório daqui, que são os entes políticos, vai enfrentar o Ministro Chioro (E6)?

Segundo E8, até 2003 não tinha tanta participação do Recife nos fóruns nacionais, mas a partir da gestão de Gustavo Couto, secretário de saúde, Recife teve grande participação no CONASEMS. Ele foi o primeiro secretário da capital a ser vice-presidente do COSEMS e também compôs a diretoria CONASEMS.

Humberto [Costa] tinha um poder de articulação...mas não era por causa do COSEMS ou do CONASEMS. Ele era a figura política muito maior que o resta da equipe. Ele já era por si só. O gabinete era diferente... (E8).

E7 comenta o posicionamento dos prefeitos na Frente Nacional dos Prefeitos, em relação a necessidade da ampliação da política de atenção básica, demonstrando que não havia clareza nem homogeneidade no posicionamento, contudo, também não fica claro o porquê:

Na verdade, alguns municípios estavam atentos a isso. É importante lembrar que a Frente Nacional dos Prefeitos ela surge como uma articulação e das capitais, que não tinham nenhum fórum para discutir as suas pautas características das grandes regiões metropolitanas, como a mobilidade urbana, etc. E é importante lembrar também que o tema da ampliação da atenção básica, ela na verdade não era um consenso no conjunto dos prefeitos. Por quê? Porque, na minha visão [...] essa atenção básica ela é crucial associada a um trabalho preventivo [...], então o fato de você ter as equipes da atenção básica, essa equipe que vai nas casas, que faz o diagnóstico dos problemas...tanto prova, que algumas... Houve, num primeiro momento a ampliação do número de doenças, porque as pessoas [antes] não estavam sendo tratadas (E7).

Ao mesmo tempo outros entrevistados citam outras dificuldades na relação com os gestores municipais, como na questão da capacitação dos ACS. O Ministério da Saúde, na gestão Humberto Costa, defendia que os trabalhadores da saúde deveriam ter, pelo menos o

nível técnico, e isso foi debatido com o CONASEMS e CONASS, mas na hora de operacionalizar, houve uma grande reação dos gestores municipais, por acharem que, com formação técnica os salários dos ACS cresceriam muito.

Os sindicatos, apesar dos embates, principalmente quanto à discussão de formas alternativas de vínculo, são considerados aliados:

A coisa mais maluca: o movimento sindical! Nós montamos a Mesa de Negociação Permanente, assumimos que íamos fazer a mesa e ali iria ser um espaço de negociação e [...] foi feita uma série de protocolos entre CONASS, CONASEMS e a Mesa, que são muito legais. Algumas coisas em relação ao setor privado, de acordo coletivo... Um aliado foi esse, o outro acho que aliado da gente foi o ACS. Eles tinham na época a federação, que era aquela menina que eu falei (Tereza Ramos). E a gente sentava lá, para negociar todas as coisas. Então, ter um espaço de negociação foi fundamental. E, claro, como eles conseguiram organizar a base, eles tinham mais força dentro do congresso nacional do que as centrais sindicais. Porque eles botavam gente lá, eles conseguiram estar com gente em todos os gabinetes de deputados e de senadores. Eu acho que por um lado o movimento sindical que sentou para negociar. Os ACS, pela sua organização, eles conseguiram andar (E3).

Apesar dos debates nacionais de não aceitação das propostas de cesta básica do Banco Mundial, este organismo internacional se torna um importante aliado na expansão da política de atenção básica no Brasil, em função do PROESF, que mobilizou recursos para a ampliação de cobertura do saúde da família em municípios com mais de 100mil habitantes.

[...] em 2003, quando o Banco Mundial financia um grande projeto, que foi o PROESF, de expansão e qualificação do saúde da família, que foi gerido...gestado, melhor dizendo [sorrisos], no tempo de Serra, mas quem implementou já foi Humberto Costa. [...] Na época era o maior empréstimo internacional que o Brasil estava fazendo. Eram quinhentos e cinquenta milhões de dólares, era meio bilhão de dólares. É muito dinheiro. Para a expansão do saúde da família. E, inicialmente, por que ele foi pensado nesse aspecto? Era apoiar 40 municípios com mais de 500mil pessoas no Brasil. [...]. Quando Humberto entrou no Ministério, então houve um redirecionamento: Vamos fazer para atingir mais municípios, vamos fazer acima de 100 mil. Então, isso ampliou...reduziu o dinheiro de quem ia receber, dos 40 maiores, mas, em compensação, houve possibilidade de atender um maior número de municípios. Então, assim, o conflito houve porque o banco resistiu [a mudança] da proposta inicial. Mas no fim das contas, foi um conflito... vamos dizer que talvez tenha durado dois ou três meses (E1).

7.3.2 No âmbito estadual

De forma geral os governos estaduais são citados como omissos no desenvolvimento da atenção básica, por não contribuírem no financiamento, nem enfrentarem a questão da gestão do trabalho nas relações entre os municípios, e por, em muitos casos, não desenvolverem também apoio técnico aos municípios. No caso de Pernambuco, o governo do estado é relatado, no período, como um parceiro contraditório, porque apesar das parcerias relatadas com a prefeitura, mesmo antes de 2006, não contribuiu para resolução dos problemas mais pautados pelos municípios, em relação à atenção básica: a questão do

financiamento e de gestão do trabalho. Cenário que perdura a partir de 2006, ano em que é eleito um governador de partido aliado (PSB).

Na verdade, nós tivemos muitas dificuldades com o governo Fernando Henrique Cardoso, que nos tratou...não foi nem a pão e água, porque nem água tinha, na verdade. Mas com o ex-governador Jarbas Vasconcelos [...] não se pode negar que foram feitas muitas parcerias, apesar dessas parcerias serem criticadas como alianças políticas. Foram feitas muitas parcerias que foram importantes para a cidade (E7).

O cofinanciamento estadual da atenção básica: irrisório em comparação ao que se gasta. A gente gasta em média 65 mil por PSF, por mês, e somando isso [o cofinanciamento], se atingir os indicadores, porque é uma parte per capita e outra por indicadores, daria 7 mil por ano! E muito midiática! Tipo: estou passando o dinheiro, agora a responsabilidade é sua (E8)!

Complementando, E8 argumentou que a própria política conduzida pelo Ministério da Saúde valorizou e fez crescer os estados, mas não garantiu espaços de debate e construção locais. Houve aumento da participação dos estados na gestão de serviços, gerando competição com os municípios.

E adversário, por incrível que pareça, nessa gestão, foi o governo do estado. Contraditório, porque era aliado na política [partidária], mas adversário porque tinha uma concepção muito diferente. Muita resistência, movimento muito anti-rede (E8).

7.3.3 No âmbito municipal

Do ponto de vista dos atores internos, da gestão municipal, os posicionamentos se alteram ao longo do período. Inicialmente há um processo de articulação das políticas, no âmbito do debate entre as secretarias, ao longo do processo essa integração se executa mais na “ponta”, no espaço operacional das ações, no território, do que entre os atores institucionais maiores. Por fim, ao final do processo, identifica-se desagregação também no território.

Deveria haver uma integração das ações, que foi isso que nós fizemos. Eu acho que o que ajudou o governo a ter o sucesso que teve, e apesar de todas as dificuldades que é governar uma cidade (que se tenta escamotear) pobre, e [...] era bem mais pobre ainda. Para a gente ter uma ideia, nos tínhamos 1 milhão e 500 mil habitantes, 1 milhão e 50 mil era na pobreza ou abaixo da linha de pobreza. [...] e foi por um projeto maior que nós conseguimos garantir a integração de todas as secretarias, engajadas. Porque tem a questão de finanças, se finanças não estiver engajada, eles criam dificuldades, se serviços públicos não estiver articulado com a secretaria de saúde, ele não consegue também atacar as questões mais fundamentais. Eu acho que foi o governo que eu vi mais integrado do ponto de vista das políticas públicas e do compromisso de seus secretários (E7).

Todos os entrevistados que tiveram alguma inserção no município reconhecem que a equipe de gestores que tomou posse a partir de primeiro de janeiro de 2001 tinha um perfil diferenciado, em termos de acúmulo teórico e prático, do reconhecimento de sua competência e inserção histórica nos debates de políticas públicas, bem como pela capacidade de agregação e debate. Foram repetidamente citados os nomes de Humberto Costa, Tânia

Bacelar, Maurício Hands, Reginaldo Muniz, Antonio Miranda, Francisco Oliveira, Edla Soares, e do próprio João Paulo como pessoas que conseguiram manter o debate entre as secretarias municipais.

No segundo mandato [esse trabalho intersetorial] foi complicado. Houve uma hipertrofia do OP, uma mudança estratégica para João da Costa, era uma supersecretaria de planejamento. Houve um deslocamento de mobilização muito grande, saíram muitas pessoas. O grupo que dominou foi de uma maneira...não tinham mais aquela qualidade...Isso enfraquece também.[...]O Forinho, a gente tinha um debate muito grande, e gerou uma dificuldade para o OP em algumas áreas. Os caras começaram a dizer: “Não, esse papel é nosso.” Não existe papel “nosso”. Existe o papel que agrega o valor da participação. [...] A gente chegou a fazer um grande seminário para avaliar a ação no território. Praticamente...o OP boicotou.(E8) A relação com as entidades médicas já foi pior. [...] Mesmo nas equipes o relacionamento do médico com o resto da equipe ainda é muito difícil. Algumas mais, outras menos... (E5).

Uma questão importante relatada pelos informantes é a incorporação, pela gestão que se inicia em 2001, de quadros técnicos que estavam na prefeitura, alguns dos quais já tinham aproximação política, outros não. Vários deles foram absorvidos e se tornaram atores importantes no desenvolvimento das ações, como gestores de distrito ou nas diretorias gerais. Esse movimento de não exclusão de técnicos foi valorizado pelo quadro de funcionários da secretaria de saúde, que via nisso uma grande diferença em relação a transições de gestões anteriores.

Alguns atores que se tornaram parceiros já tinham atuação na área de forma diferenciada:

O IMIP tinha um trabalho comunitário antigo, que trabalhava com ONGs, então você tinha a Visão Mundial, tinha vários outros grupos que financiavam os chamados postos comunitários. Então, a gente tinha: Chié, Chão de Estrelas, Santo Amaro, Sítio do Céu, Roda de Fogo, Caranguejo e Vietnã. Eram essas comunidades, na verdade sete. Essas comunidades foram inicialmente identificadas como potenciais a serem transformadas em PSF, por conta de já ter uma estrutura física, você já tinha um posto ali (E10).

Em relação aos trabalhadores da saúde, houve diferentes comportamentos e momentos. Há o relato de que os novos profissionais do saúde da família foram importantes aliados da gestão, pois entravam muito empolgados com a nova política e com a valorização de suas atuações, desta forma, os problemas referentes às sedes provisórias, insuficiência de material e excesso de família, foram por muito deles relevados, em função do engajamento no momento de implantação.

Já os profissionais da rede mais antigos ou com menor inserção no novo modelo demonstravam resistência. Unidades municipalizadas, com profissionais ainda com vínculos federais e estruturas organizacionais mais antigas, mesmo com muitos trabalhadores filiados a

sindicatos que estavam na base do governo, manifestavam resistência muito forte à possibilidade de mudança.

Um movimento importante do comportamento dos profissionais diz respeito à interface entre a atuação destes profissionais e a formulação da política, em termos de suas competências. Nesse sentido, o relato é do mal dimensionamento das responsabilidades

[...] estamos despreparados para enfrentar realidades totalmente adversas, vamos dizer, ao seu ambiente de vida ou de trabalho, seja na atenção primária, seja em qualquer nível de atenção dentro do Sistema Único de Saúde. Por que? A gente...eu, pelo menos, tive uma formação que dizia o seguinte: “*Não se envolva com os pacientes, não se envolva com a comunidade. Senão você não consegue nada!*”. Qualquer introdutório do Saúde da Família diz: “*Se você não se envolver com a comunidade, você não consegue resolver*”. Você vai de um paradigma a outro diametralmente oposto na fala para os profissionais de saúde. E o choque da realidade é extremamente duro (E1).

Nesse sentido, é consenso que houve sobrecarga de todos os profissionais da equipe de saúde da família, não apenas no quantitativo de pessoas a serem acompanhadas por cada equipe, mas, principalmente, em relação ao escopo de responsabilidades que cada um teria. Em especial o ACS foi assumindo gradativamente um volume de responsabilidades que não tinha como cumprir.

Em paralelo, não se conseguiu garantir uma política de gestão do trabalho que desse o respaldo necessário a estes profissionais, inclusive na possibilidade de mobilidade na rede.

Os agentes comunitários de saúde são atores à parte, em função de sua estreita interface com as famílias e sua histórica vinculação com a construção da política e com os movimentos populares. São atores que obtiveram ganhos históricos, como a Emenda Constitucional N.51/2006, que permite sua contratação diferenciada, e, formando o maior contingente de trabalhadores do saúde da família, talvez sejam impactados mais expressivamente pelas mudanças na organização da política.

Então, eles muito ávidos por capacitação e mais, o acompanhamento próximo dos distritos. Entendeu? Então, o gerente de território, aí sim eu acho que extremamente atribulado, a realidade muda completamente com os Distritos Sanitários. Com maior número de equipes, maior número de agentes, maior número de serviços. O que eu senti dos agentes, era assim: “Pelo amor de Deus! A gente quer acompanhamento, a gente quer educação permanente, a gente quer...” [...]E outra coisa, a mudança do perfil epidemiológico sem a devida atualização para isso. Por que? Os primeiros agentes [foram] fortemente capacitados na atenção à saúde da criança e da mulher, e você precisa hoje trabalhar o idoso, o portador de deficiência, as doenças crônicas, da hipertensão, do diabetes... (E1).

Do ponto de vista institucional, de representação dos trabalhadores, são citados o COREN e o COFEN como aliados ao longo do processo, já as entidades médicas são vistas como resistentes à reestruturação do modelo e com pouca contribuição, apesar de, em Recife, terem sido citadas como parceiras no processo de expansão.

Os movimentos populares tem uma forte história de participação nos debates de políticas públicas e da saúde. O bairro de Casa Amarela, por exemplo, foi espaço de atuação do MOPS, da Aliança Católica, entre outros movimentos ativos na resistência à ditadura. Então, a partir de 2001 e nos primeiros anos de gestão houve muito debate e as crises foram sendo superadas com estes debates. Para os entrevistados, foi fundamental que a atenção básica e a expansão já tivessem iniciado a gestão sendo debatidos nas plenárias do Orçamento Participativo, nas reuniões e conferências distritais e na Conferência Municipal de Saúde.

De forma que, em geral, apesar de posicionamentos críticos, houve adesão à nova proposta. Citou-se uma liderança dos ACS, Tereza Ramos, cuja unidade, Córrego da Bica, foi a primeira a ser transformada em PSF, e que foi bastante resistente nos primeiros debates, mas quando viu que o médico ficaria as 40 horas na unidade, aderiu de imediato. Outra questão importante para a adesão do movimento popular foi a qualidade das primeiras implantações da expansão, mesmo as sedes de postos pré-existentes que não eram adequados ou as sedes adaptadas, houve um esforço dos gerentes de distrito no sentido de garantir boas reformas e estruturas confortáveis e agradáveis.

Mas o trabalho político do distrito também foi muito importante. Alfredo vai para lá para dentro. Olhe, a Bica inaugura com sala de acolhimento, com almofada, com cafezinho, com tapete, com gente lá fazendo o acolhimento de verdade, com o texto discutido (!) com a equipe (E10).

Com o tempo [de gestão] a gente começou a dominar esse território. A gente conseguiu ter boas relações com as lideranças. Cada um teve um certo domínio. [...] No final do primeiro governo a gente tinha uma certa capacidade de..., não é a toa que João Paulo sai do primeiro mandato com 82% de aprovação (E8).

Ainda em relação à sociedade organizada, instituições como as igrejas também foram participativas nos momentos de convocação para situações específicas, como o combate da dengue.

Como maiores parceiros, a sociedade civil, por incrível que pareça, igrejas, exército...eles foram sempre presentes nas discussões, correios..., nunca negaram... Com o movimento popular, associações, conselhos, nós tivemos parcerias sempre conflituosa, mas tivemos parcerias. Com os sindicatos foi uma parceria de construção do modelo. Todos os sindicatos hoje dizem isso (E8).

A Câmara de Vereadores também foi parceira, mesmo com os confrontos suscitados pela oposição.

A Câmara de Vereadores tinha interesse nessas mobilizações, tinha disputas políticas para ganhar base para voto para o mandato. Tinha apoio e tinha confronto (E8).

As universidades, centros de pesquisa e centros formadores também foram aliados estratégicos, ao longo do processo.

As articulações com universidades muito fortes, nas várias áreas. E aí o primeiro momento que a gente enfrenta era tentar diagnosticar a cidade. Foi um mutirão muito grande. Todas as áreas atuaram aí. E a saúde não ficou por isso, porque o tamanho da dificuldade (E8).

7.4 O PROCESSO DE FORMULAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA

Os debates em torno do processo de formulação e implementação foram sistematizados agrupando os temas relevantes em cada fala, utilizando a técnica de condensação de significados. Desta forma, foram elencados dez temas, relatados na sequência.

7.4.1 O início da construção do governo

O processo de debate das propostas de governo, na primeira gestão 2001-2004 é iniciado ainda durante os trabalhos da transição. Após a vitória em segundo turno, foram formados grupos de debates por área temática, conduzidos pela militância da Frente Popular, coligação vitoriosa, em especial do PT, partido do prefeito eleito, mas também incorporando contribuições de entidades profissionais, sindicais e do movimento popular. Entre outubro e dezembro, estes grupos se reuniram no SINDSPREV (Sindicato dos Previdenciários de Pernambuco). A partir desse espaço, foram sistematizados relatórios de contribuições que foram entregues aos novos gestores, como também relata Albuquerque (2003):

Quase duas centenas de profissionais ligados às mais diversas áreas da Saúde Pública se organizaram em grupos temáticos que aprofundaram as propostas sobre o modelo de atenção à saúde do município, sobre o financiamento, sobre as questões ligadas a gestão de pessoas e à vigilância à saúde. A Promoção da Saúde e a construção de um Recife Saudável formavam o fio condutor da proposta para a Secretaria de Saúde (ALBUQUERQUE, 2003, p. 05).

A partir daí as coisas foram acontecendo de formas quase simultâneas e complementares, porque não vamos pensar que essa coisa vai acontecer de uma hora para outra. Essa coisa tem que se planejada, preparada e discutida. A primeira constatação que nós fazíamos era a questão dos recursos destinados à saúde. O orçamento da prefeitura, ele gastava em torno somente de 4,6% com a saúde. Então, nós aí resolvemos uma meta para ampliar esse recurso, porque também você não poderia tirar o recurso de uma hora para outra porque o recurso não cresce assim, você teria que tirar de outras áreas para poder investir na saúde (E7).

Levando em consideração as áreas mais carentes da cidade, com maiores índices de pobreza, IDH mais baixo e de maior violência, foram as áreas que nós começamos a priorizar e implementar essas políticas (E7).

7.4.2 A construção da proposta da estratégia de saúde da família

Iniciada a gestão e definida a equipe da secretaria de saúde, sob comando de Humberto Costa e Antonio Mendes, secretário e adjunto, Tereza Campos e Paulette Cavalcanti assumem a Diretoria de Atenção e a Diretoria de Atenção Básica, respectivamente. Com a última ainda em fase de criação, montam as suas equipes, iniciando o processo de expansão junto com os distritos sanitários. Os entrevistados relatam que foi feito todo um mapeamento de áreas de risco para definição dos locais estratégicos para a implantação, conjugando o critério epidemiológico com a existência de PACS estruturado com sede em posto e identificando outros centros de saúde com potencial de transformação. A expansão se dá, portanto, de forma planejada, e a definição das comunidades não é aleatória.

O maior potencial foi a própria expansão, e eu acompanhei isso, essa expansão foi uma expansão programada, planejada, foi em cima dos bolsões de pobreza, foi em cima das áreas mais carentes, isso aí eu vi, eu enxerguei claramente, eu vi o pessoal colocando no mapa, e isso, enquanto militante do SUS me satisfez muito. Enxergar essa expansão não ser política, porque geralmente é, e essa não foi, pelo menos do que eu vi, não foi...e pode até ter sido, mas foi um união da política com a necessidade. E a grande fragilidade foi essa da média complexidade, o não acompanhamento da expansão com o SADT que cobrisse. A gestão ficou meio trôpega, porque faltou planejamento dessa média complexidade acompanhar (E2).

Para garantir a continuidade da expansão, foi necessário alugar e adaptar casas, nem sempre as mais adequadas, mesmo sabendo do risco da provisoriedade. Tinha-se, contudo, a expectativa da expansão de recursos do tesouro, que estavam num patamar de 4% para 15% e que isso poderia contribuir para solucionar os problemas da implantação. Uma das ex-gestoras lembra que o distrito sanitário III precisou reformar um banheiro público abandonado, para conseguir implantar a unidade de saúde da família do Morro da Conceição.

Discutindo a proximidade da formulação do saúde da família com as propostas focalizadoras e racionalizadoras do Banco Mundial, e a associação do programa como marca do governo FHC, os que foram entrevistados por sua inserção nacional no debate da construção da política pública não relatam resistência significativa a essa construção pelo movimento sanitário, até pela presença de atores do movimento sanitário no Ministério da Saúde, no período, e ao longo da construção do PACS/PSF, o que refletiu num discurso mais amplo da proposta nas normatizações ministeriais, desde a Portaria GM 1.886/97. Contudo, no contexto do município a gestão que se inicia em 2001 é composta por acadêmicos, expoentes locais do movimento pela da reforma sanitária, que manifestam resistência à proposta, como relata E10:

[...] a oportunidade política que, na verdade, quem enxergava era Humberto Costa e João Paulo. Os sanitaristas, uma grande parte tinha essa restrição. Tinham um pé

atrás. Então, a gente tinha muita disputa, nesse aspecto, velada. Dentro do grupo essa disputa era velada. Mas, Humberto, quando assume, ele tem uma posição muito importante nisso. Porque eu acho que, como político, ele vê nisso uma oportunidade de você fazer esse diferencial mesmo. Eu acho que João Paulo também [...] Os postinhos periféricos já estavam totalmente esvaziados de profissional. [...] Os postos que conseguiram, que tinham realmente profissionais, eles se mantiveram. Isso é uma característica que eu acho que...vamos dizer assim... explicita essa disputa de modelo (E10).

Os entrevistados relatam que os primeiros momentos da gestão foram de construção da proposta, mas também de importantes enfrentamentos em relação ao que já existia no município, em especial a questão dos vínculos precários, sem garantia de direitos trabalhistas.

Na época, todos os trabalhadores do saúde da família estavam contratados por uma cooperativa, que estava sendo questionada pelo Ministério Público do Trabalho. Logo no início da gestão, prefeitura foi convocada a responder pela questão e recebeu um prazo de dois meses para definir uma solução. A partir de solução difundida nos debates do COSEMS, a gestão opta pelo contrato temporário de excepcional interesse público, que foi rapidamente operacionalizado pela Secretaria de Assuntos Jurídicos, mas envolveu negociação com a Câmara e um longo processo de organização junto aos trabalhadores, quase caso a caso.

O concurso não foi escolhido na época pela ainda não consolidação do programa. A gestão estava numa fase que Lyra (2009) descreve como uma gestão do PT “espremida” pela gestão FHC (PSDB) e pela gestão Jarbas Vasconcelos (PMDB), então não havia muita clareza ainda da capacidade de governo, isolado, para a expansão e continuidade do saúde da família (LYRA, 2009).

Além disso, a complementação dos agentes de saúde da família e dos agentes ambientais, que viviam com contrato irregulares, com cooperativas, sem carteira assinada, sem direito a férias, sem direito a licença gestante, o qual, através de um projeto municipal nós fomos referência para o Brasil, legalizando a situação desses trabalhadores. O que foi complementado com uma PEC de um ex-secretário nosso de Assuntos Jurídicos (E7).

Os gestores relatam que a estrutura da secretaria era pequena, no início do governo, com equipes pequenas e pouco suporte administrativo, sendo necessário revezar o uso de computadores para preparação das propostas e documentos. As equipes gestoras, pequenas como eram, precisavam resolver os muito muitos problemas associados à expansão e à manutenção da política de atenção básica. Ao longo do tempo, as equipes cresceram e a estrutura, salas e equipamentos foram ampliados, mas, na avaliação dos entrevistados, permaneceu insuficiente diante da expansão de ações e serviços.

7.4.3 A questão das UPAs

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) foram implantadas no Recife e no estado como um todo, a partir da adesão do governo estadual à proposta do governo federal, lançada pela Portaria GM 2.992/2008 e, desde então, tornaram-se centro de grande polêmica em relação a forma de implantação, e ao formato de sua organização e inserção na rede. Para alguns sanitaristas, a UPA entrou de forma atravessada na condução do Ministério da Saúde, que já propunha um aprofundamento da organização do sistema por redes prioritárias.

Os relatos são de que o estado definiu a implantação já em 2008 sem pactuar com os municípios e que sua estrutura, sob gestão estadual, não apenas não dialoga com a rede municipal como disputa com ela, tornando-se um dispositivo anti-rede.

Uma gestora, que atuou no período do segundo mandato de João Paulo, ressalta que a única opção do município era aceitar ou não aceitar. Na proposta do estado, não havia a opção de discutir mudanças na implantação das UPA. Para ela, não havia como o município negar a implantação de mais um serviço que era cobrado pela população, mesmo que considerasse prioritária a qualificação dos serviços já existentes, porque isso não era negociável.

Além disso, a UPA é mais um serviço sob gestão estadual, e amplia o papel provedor do estado e concentra recursos no teto estadual, o que no caso de Pernambuco tem sido prejudicial a pactuação entre gestores e ao processo de regionalização (SÓTER, 2009; ALBUQUERQUE, 2012).

Eu acho que no governo Lula de Temporão talvez tenha tido um avanço muito ruim nessa coisa de pronto atendimento. UPA, UPA, UPA. Virou uma marca de voto, né? Aí facilitou muito o papel do estado, de jogar o modelo do pronto atendimento, que era um modelo contraditório à rede, contraditório ao PSF, contraditório à regionalização solidária. [...] É um modelo anti-rede, é um modelo que estimula a disputa entre os atores (E8).

No período em que as UPA chegam, essa disputa de recursos foi importante. Ao longo do período analisado, o município teve, principalmente nos primeiros anos, uma importante atuação na captação de recursos, contudo, a Lei de Responsabilidade Fiscal, em relação à questão da folha de pagamento do funcionalismo impunha uma limitação na ampliação, principalmente quando se considerava que não era apenas na saúde que os equipamentos de políticas sociais estavam sendo expandidos. Um gestor ressalta: “ [...] se você tem uma folha de pessoal que está em 51% e você tem uma queda de arrecadação, isso pode se transformar em 55%, 56% , e a lei quer que você corte esses serviços da população para estabelecer a meta! Em nosso caso isso não foi necessário, nós só reduzimos um pouco a ampliação” (E7).

7.4.4 A questão da intersetorialidade

Para o entrevistado E8, a disputa pela interface de articulação com as lideranças no território, em função de seu potencial eleitoral, foi crescendo ao longo dos 12 anos de gestão do PT, em especial a partir da gestão 2005-2008, e se tornou mais forte que a articulação interna da gestão em torno das intervenções necessárias. Apesar da grandeza inicial, não teria ficado bem resolvido o desenho de atuação intersetorial da prefeitura no território. Para ele, a grande questão que permaneceu em aberto foi a definição de como fazer gestão de políticas integradas, como “agregar ações que ‘estartam’ na rede, como se constroem redes de corresponsabilidade (E8)”. Pois apesar do potencial resolutivo e de construção de alternativas, as intervenções integradas têm também o potencial de despertar vaidades, invejas e suspeitas de que um setor quer ganhar poder em detrimento dos demais, chegando a atingir níveis de situações conspiratórias.

Os relatos são de que houve uma importante estratégia de mobilização no território, conduzida inicialmente pelo Orçamento Participativa e pela Saúde, majoritariamente, em que os conflitos internos da gestão já estavam postos mas foram trabalhados no sentido de não impedir a atuação da prefeitura “na ponta”, operando as sua políticas prioritárias. Mas, ao longo do período esse esforço de articulação interna foi se diluindo, inclusive pela saída de atores importantes que buscavam esse debate, e os conflitos cresceram.

Desta forma, a perspectiva de fortalecimento do candidato à sucessão de João Paulo na prefeitura desfraldou um processo de fragmentação das políticas que vinham investindo na ação articulada, através de estratégias como o Forinho, em que técnicos de vários órgãos da prefeitura se reuniam nas RPAs ou microrregiões, para discutir intervenções sobre o meio ambiente. O sucesso inicial desses forinhos foi comentado por Lyra (2009), considerando que “na materialidade do cotidiano, as ações intersetoriais parecem se desenvolver, o entrave estando localizado nas esferas decisórias” (LYRA, 2009; p. 247).

Essas disputas elas vão acontecer, porque o sistema nosso é de coalizão, o sistema nosso é de representação, não tem como não acontecer, mas pode funcionar de forma mais sadia, isso. [...] Como você concilia a política de Estado com a consolidação dos grupos que estão dentro dele? Que para mim é um problema nacional! Do sistema político mesmo (E8).

7.4.5 Em relação à velocidade da expansão na primeira gestão

Em relação aos debates sobre a proposta de expansão diante da rapidez do processo, os entrevistados reconheceram a rapidez, inclusive como sendo uma característica nacional da

expansão, mas que a média e a alta complexidade não acompanharam a expansão da atenção básica, o que gerou o “usuário pingue-pongue: ele bate e volta, então ele volta para a atenção primária” (E1), situação que tem desestimulado os profissionais.

Os debates necessários foram realizados, apesar de que poderia ter havido um maior aprofundamento dos debates, o que levaria a um processo mais lento de implantação. Além do debate entre equipes e comunidade onde estava sendo feita a implantação, a questão foi amplamente debatida na V Conferência Municipal de Saúde, ainda em 2001, e em suas plenárias preparatórias, e ainda nas plenárias do Orçamento Participativo. E5, que era liderança dos ACS, relatou que considerou que o debate não ocorreu previamente à expansão, mas paralelamente, o que, na sua opinião, não teria gerado maiores resistências porque era uma velocidade necessária à demanda da população.

Eu acho que a intenção foi correta, a gente não só fez a partir de um amplo debate, porque estava morrendo gente, e a gente também não só fez sem discutir. Não foi isso que aconteceu. Foram as duas coisas: a gente fez numa velocidade rápida e discutiu muito. Senão, não teria tido todas as conferências, as pré-conferências, os espaços que a gente criou. [...] O OP também discutia saúde, tinha demandas [da saúde] do OP para as áreas. Mas não tinha como fazer muito isso [ampliar mais os debates], com gente morrendo do jeito que estava. [...] a gente fez uma opção política de correr (E8).

E eu acredito, como eu conheço muito bem as pessoas da gestão que implantou a maioria das unidades de saúde da família de Recife, que foi na gestão de João Paulo. Eu tenho certeza que não era intenção de não conversar. A intenção era fazer porque senão não sai do canto (E5).

7.4.6 Os desdobramentos da gestão municipal

Ao longo do período de 2001-2011 a gestão sofre importantes mudanças internas que interfere no desenvolvimento da política de saúde e da atenção básica. Secretários e suas equipes são substituídos, os recursos financeiros do tesouro, que inicialmente crescem em termos absolutos e proporcionais ao orçamento do município permanecem estagnados no cumprimento da emenda constitucional 29, girando em torno de 15%.

E aí entra um outro problema que também é da política. Esse certo hegemonismo [...] e a diminuição da pluralidade da discussão do conjunto de forças discutindo [...], ela fez com que a gente não tivesse mais espaço de troca e de debate político. Então, um dos exemplos foi a questão da participação do tesouro ela veio, veio, veio no orçamento: bateu em cima! Só que a gente continuou, tinha necessidade de continuar. O Brasil estava demonstrando que 22%, 23% não dava! [...] E aí trouxe muito problema para gente, porque a gente ficou só numa fonte, que era a fonte SUS, que vinha muito carimbada. [...] 90%, 95% dos recursos [do tesouro] era a folha. [...] a partir daí, as consequências estruturais começaram a aparecer, e a solução da gente passou a ser muito menor do que a gente gostaria que fosse (E8).

Alguns ganhos importantes são relatados do segundo mandato de João Paulo, que é quando são realizados os concurso para todas as categorias do saúde da família, e a gestão

constituiu protocolos clínicos e operacionais da política, desenvolvendo inclusive padrões para a estrutura física e equipamentos das unidades. Condução que será levada pela então secretária Tereza Campos, para o ministério, em 2004, segundo os entrevistados.

O período de Tereza [Campos] foi um período muito importante porque teve a efetivação dos agentes comunitários de saúde. Isso foi um movimento muito intenso. Na gestão de Tereza, ela começou a enfrentar os problemas decorrentes da expansão. Então, tinha essa grande reivindicação dos agentes comunitários de saúde, um grande movimento que por fim veio confirmar, a efetivá-los no cargo. Teve também o concurso para médico, enfermeiro e dentista, e [...] para toda aquela política de saúde mental, os redutores de danos. Foi uma gestão de muito enfrentamento. E a gestão de Tereza foi de menos de dois anos, foi de um ano e nove meses, mas pegou todo o “trem” andando e deu continuidade (E9).

Tereza fez coisas muito boas, que ela leva para o ministério, ela fez planta padrão, ela fez lista padrão de equipamentos, ela chamou a engenharia para padronizar. Puxou a discussão de protocolos (E10).

A segunda gestão João Paulo é relatada como uma gestão que, embora não tenha dado continuidade à expansão, pois ao longo dos quatro anos implantou apenas 20 equipes, foi uma gestão que travou grandes enfrentamentos relativos ao processo de expansão. Foi o período em que foram feitos os concursos para os profissionais do saúde da família, e também para redutores de danos, da política de saúde mental. Foi criado o cargo de professor de educação física na saúde, para atender ao Programa Academia da Cidade, e também teve concurso para eles. No período de Tereza Campos (2007-2008), houve uma opção por não expandir e ir organizando os processos já iniciados, em função do fato de ser o final do mandato de João Paulo.

Tem demandas daquela época que ainda hoje não foram realizadas. Houve um desaquecimento, realmente. Naquele período [gestão Tereza Campos], nós entendíamos que nos dois últimos anos da gestão João Paulo, era um momento de ir fechando as questões que tinham sido abertas. Era um momento mais de finalizar. Só que esse projeto, ele não finaliza. Era finalizar as coisas possíveis de ser finalizadas com mais facilidade (E9).

Os desdobramentos também estão relacionados ao debate da prioridade dada à atenção básica. Para uma das entrevistadas, a prioridade da expansão do PSF é reduzida com a saída de Humberto Costa da secretaria municipal, por dois motivos: primeiro porque Humberto Costa era o maior defensor da expansão para 100% de cobertura, pois ele via nisso o caminho de legitimação da política de atenção básica. Ele considerava que a classe média também tinha que ter acesso a essa porta de entrada, mesmo que optasse por não utilizá-la; segundo, porque o período da saída de Humberto também é marcado pelo início do processo de restrição orçamentária, que atinge diretamente a expansão. Contudo, também se relata que esse processo de restrição orçamentária para a expansão estava embasado na projeção do

custeio de tudo que já se havia implantado e das equipes que já estavam com implantação em andamento. Visualizou-se, então, um estrangulamento de recursos.

Tem um componente muito importante que é o danado dos 15% do orçamento, [...] A gestão de Humberto toda tinha dinheiro! Porque a gente passa de 6 vírgula pouco para 15%! Isso é que é fundamental! Quando Humberto sai, fecha-se o dinheiro, fecha o dinheiro completamente. Foi esse o nosso limite. A gente passa a ter que provar cada expansão, que era viável, que tinha dinheiro para sair de algum canto (E10).

Então, um dos exemplos foi a questão da participação do tesouro ela veio, veio, veio no orçamento: bateu em cima! Só que a gente continuou expandindo, tinha necessidade de continuar. O Brasil estava demonstrando que 22%, 23% não dava! [...] E aí trouxe muito problema para gente, porque a gente ficou só numa fonte, que era a fonte SUS, que vinha muito carimbada. [...] 90%, 95% dos recursos [do tesouro] era a folha. [...] a partir daí, as consequências estruturais começaram a aparecer, e a solução da gente passou a ser muito menor do que a gente gostaria que fosse (E8).

Há, contudo, queixas de tratamento diferenciado, de que o Programa de Saúde Ambiental e o SAMU teriam recebido maior investimento da gestão, no sentido de priorizar a estrutura de suporte.

As gerências de distrito sanitário também, ao longo do processo, investiram muito esforço no processo de expansão e manutenção das equipes de saúde da família. Para elas a expansão sempre foi uma prioridade, pois, por fazerem a interface com a comunidade, era o setor da secretaria que mais sentia a pressão por acesso e qualidade do atendimento.

Existia uma tal competição entre os distritos que era como se assim, isso segurasse também um bocado da qualidade. Os gerentes de distrito discutiam um padrão de excelência: o padrão do gerente Y, o padrão do gerente X... Tereza fez sinalização. Que na verdade era eu que fazia, mas eram as duas equipes. Toda a sinalização. Todos inauguravam com plaquinha, plaquinha nas salas, toda a sinalização da unidade. Ela era muito cuidadosa nisso também. Depois, isso se perdeu completamente (E10).

No terceiro mandato do PT, agora com João da Costa prefeito, o setor saúde redireciona seus esforços, da expansão para a rediscussão do processo de trabalho. O relato é de que isto aconteceu não apenas pela avaliação de que a organização da rede e o processo de trabalho precisavam ser rediscutidos, mas também pela impossibilidade financeira de continuar a expansão ou mesmo de reestruturar fisicamente as unidades implantadas pela expansão. Diante desta impossibilidade, o grupo que estava na saúde, com Gustavo Couto como secretário, construiu uma estratégia de potencializar o trabalho das equipes através da implantação do Modelo Recife em Defesa da Vida. Buscaram, então “qualificar [a relação com o trabalhador] com mesa permanente, cogestão, territorialidade, apoio integrado, NASF, NAPI, estar presente, criar a lógica de território, clínica ampliada, projeto terapêutico singular. A gente priorizou o processo de trabalho” (E8). Havia, contudo, uma grande crítica

ao funcionamento centralizado da gestão municipal, e por consequência, ao funcionamento fragmentado das secretarias municipais, gerando situações de isolamento na atuação local.

Não tinha financiamento, não tinha nada, a rede precisando de reformas imensas, se não fizesse um movimento que pensasse uma maneira de território mais vivo... De dar vida ao que tinha. O nome em defesa da vida foi isso [...] a ideia era isso, investir profundamente no processo de trabalho. [...] O principal ganho foi que a gente fez essa aliança hegemônica para o Modelo em Defesa da Vida, estrategicamente foi importante pelo passado e pela conjuntura, porque estava no teto financeiro (E8).

7.4.7 A qualidade dos serviços e do atendimento

A questão da qualidade da gestão e do atendimento também se reflete nos dados de produção assistencial, cuja irregularidade vem suscitando interrogações quanto às suas causas. Para um ex-gestor da atenção básica do Recife, a irregularidade dos dados se deve ao excesso de formulários que precisavam ser preenchidos, que desmotivavam os profissionais, e à inexistência de acompanhamento da produção pela gestão, não havendo a valorização da informação e o retorno para a equipe, de forma que os profissionais percebessem que os números estavam sendo monitorados e tinham um significado. Desta forma, o SIAB revela crescimento da produção até 2006, período em que as equipes chegaram e tiveram o empenho de registrar o trabalho, após isso esse empenho vai diminuindo e o registro cai, embora a produção exista, sendo difícil avaliar se realmente houve queda na produção ambulatorial ou se há apenas um problema de registro.

Considera-se que a relação entre os profissionais da equipe melhorou, mas que a disponibilidade de material piorou, não acompanhando o crescimento da comunidade e os próprios resultados do trabalho, pois as equipes, em especial os ACS trouxeram para “dentro” do sistema pessoas que estavam sem diagnóstico: diabéticos, hipertensos, tuberculosos, etc.

Só para você ter um dado, logo que a gente assumiu, em 2009, já na era Padilha, eles levantaram, se não me engano, que 74% de todas as unidades no Brasil eram inadequadas...Esse é um dado muito forte. Exatamente por causa disso, houve uma certa expansão em velocidade para dar conta do acesso em todo canto, depois bateu com a realidade. Não tem mais para onde cresce porque os tetos não aumentaram, o financiamento não foi calculado numa perspectiva crescente, e bateu em tecnologia, bateu em rede física, bateu em dinheiro. Agora temos que recuperar com pouco recurso (E8).

A gente pega gestões que avançam, melhora, aí a gente tem material, tem o cartão espelho da criança para a gente acompanhar a vacinação da criança no nosso próprio cartão. Tem a ficha A, tem envelope. Aí, entra outra gestão, some todo o material! [silêncio] A gente não faz milagre não! O agente comunitário é parte dessa equipe, ele não é um santo que vai estar lá fazendo milagre. Não tem condições. E aí o que é que acontece? O agente comunitário de saúde arranja ainda mais demanda! Porque ele está lá, onde tem demanda. Aí essa demanda vem para a unidade e a unidade não tem resposta (E5)!

7.4.8 A questão do financiamento no município

A questão do financiamento era visível, bastava pegar a peça orçamentária e ver, que mesmo o PAB adicionado aos incentivos não era suficiente. Visivelmente, em função disso, as prefeituras não podiam extrapolar o investimento na atenção básica, pela própria limitação, especialmente no gasto com pessoas.

No segundo mandato de João Paulo (2005-2008) se inicia uma grande contenção de recursos, que para alguns foi ampliada com a da crise econômica mundial que eclode em 2008. Considerando inviável a continuidade da expansão, o grupo que assume a secretaria em 2009 opta por priorizar a revisão dos processos de trabalho. Uma das falas é bastante expressiva em relação a isso:

Não tinha financiamento, não tinha nada, a rede precisando de reformas imensas, se não fizesse um movimento que pensasse uma maneira de território mais vivo... De dar vida ao que tinha. O nome em defesa da vida foi isso [...] a ideia era isso, investir profundamente no processo de trabalho. E aí, a gente ampliou alguma coisas, por exemplo a clínica, porque se eu continuo com a queixa conduta, eu não mudo, eu não participo...tem que mudar. Agora, eu amplio a clínica focando no projeto de intervenção, que é o projeto terapêutico singular, que permitia ter uma individualidade (E8).

Outra questão bastante citada em relação ao financiamento é a questão do cumprimento da Emenda Constitucional 29. Durante o primeiro mandato, e principalmente na gestão de Humberto Costa, é que os recursos do tesouro têm a maior ampliação, alcançando 15,14% em 2004. Essa ampliação viabilizou os contratos temporários, a duplicação do número de ACS, o convênio com o IMIP em relação às 10 equipes de que o IMIP dispunha, além de viabilizar os novos postos: recursos para as reformas, aluguéis, todo o processo.

7.4.9 A questão da interrupção da expansão

Há várias visões quanto ao porquê da expansão ter sido interrompida, ou ter sua velocidade bastante reduzida. Entre as mais citadas está a questão da indisponibilidade de recursos orçamentários de custeio da rede, inclusive há o relato de que já a partir do final de 2002, o secretário de saúde passou a cobrar maior empenho da equipe em justificar orçamentariamente o custeio dos novos serviços implantados. Outras questões são a escassez de profissionais, em especial do médico, como também se fez referência à dificuldade de encontrar sedes adequadas nas comunidades; a necessidade de concentrar esforços na qualificação das unidades já existentes.

Também foi citado o “efeito cascata” da necessidade de ampliar a própria estrutura da gestão em termos de equipes e tecnologias, e, principalmente, a dificuldade da média complexidade acompanhar o crescimento da atenção básica.

Além da média complexidade não acompanhar a expansão da atenção básica, gerando uma situação de estrangulamento do atendimento, também a própria estrutura de gestão não acompanhou o crescimento da rede.

Contudo, reconhece-se a permanência da pressão da população para a continuidade da expansão e dos profissionais de equipes que acompanhavam quantidade de famílias maior que a proposta do programa, inclusive pautando demandas nas conferências e orçamento participativo. Já os profissionais pressionavam mais pela melhor estruturação das equipes que já existiam, pela formação dos profissionais e pela desprecarização do vínculo.

Logo no início da primeira gestão de João Paulo (2001-2004), a secretaria faz um movimento de ampliar a autonomia dos distritos, para que estes pudessem atuar na adequação das sedes de novas equipes de saúde da família e melhorar a própria estrutura de gestão distrital. No segundo mandato esse investimento é reduzido, o que dificulta o controle dos Distritos sobre a manutenção das unidades, pois os distritos passam a depender de um setor de engenharia centralizado.

Então, isso eu acho que foi um grande ponto. A questão do dinheiro. Um outro grande ponto foi essa crítica à qualidade. E o terceiro grande ponto foi a questão dos médicos não começarem a chegar mais, com qualidade. Vem um outro grande ponto aí que assim: organiza-se a associação, a ASTRA, o sindicato vem, o sindicato dos médicos também em paralelo com a ASTRA, e os pedidos de aumento salarial. E aí, os pedidos de aumento salarial batendo na meta lá do financeiro, de recursos humanos, que estava ainda meio longe de bater no topo mesmo, porque a prefeitura tinha uma folga muito grande, mas não era assim... [tranquilo] (E10).

Eu acho que foi o tamanho da expansão. Você veja bem, um déficit secular e nós conseguimos ampliar muito, mais de quinhentos por cento e era necessário garantir recursos para essa expansão. Acho que foram mais de 7.000 trabalhadores na área de saúde, sem contar as outras áreas, que se complementam. Então nos chegamos no teto de orçamento, então já, a partir daí, mesmo com o crescimento da arrecadação do governo Lula ficou impossível. Então, nos ficamos naquele limite ali, aguardando a economia crescer. Mas já em 2008, no último ano da segunda gestão, começamos a sentir os efeitos da crise internacional, que começou a bater na porta da prefeitura e dos governos como um todo (E7).

7.4.10 A situação dos profissionais

A percepção dos entrevistados foi que se conseguiu grandes avanços no atendimento à população, apesar das dificuldades. Para uma liderança dos ACS, se houvesse o cumprimento do que o programa propõe os avanços, que já são grandes, seriam muito maiores, e que os principais problemas que impedem o avanço do saúde da família são: o excesso de famílias

por ACS e por equipe; a escassez de material, embora seja uma situação flutuante; e a rotatividade dos médicos.

O outro grande problema, grande entrave, que a gente tem nesse período e em alguns momentos piora, é a condição de trabalho, além do número de famílias, você tem também a falta do material. Material didático, equipamento de proteção do trabalhador (E5).

A discussão da formação do profissional é um debate nacional e também gira em torno da solução para o vínculo destes profissionais, que em Recife, se escolheu resolver via concurso público para lotação estatutária, mas que outras soluções foram buscadas no Brasil, como a alternativa da Bahia que foi constituir uma fundação estadual. Em 2005-2006, o município capacitou os profissionais da equipe com um curso de especialização em saúde da família. Já o concurso foi realizado em 2007 e 2008.

Boletim Diário - Sec. Comunicação Recife, Quinta-feira, 03 de Novembro de 2005. Profissionais da Prefeitura iniciam especialização em Saúde da Família. Com duas solenidades de abertura, uma na Universidade de Pernambuco e outra na Universidade Federal de Pernambuco, teve início, na tarde desta quinta-feira (3), o curso de especialização do Programa Saúde da Família, promovido pela Prefeitura do Recife. Até junho de 2006, cerca de 200 profissionais de formação superior, entre médicos, odontólogos e enfermeiros que integram as 213 equipes do programa PSF municipal estarão formados na pós-graduação, que será executada em parceria com a UPE e UFPE (RECIFE, 2005).

De forma geral, pode-se sintetizar as principais questões levantadas nas entrevistas como:

- a) O contexto nacional da expansão do PSF, favorecida pela existência de recursos advindos do PAB, do cumprimento da Emenda Constitucional 29 e do PROESF; e favorecida também pelo apoio do governo federal, ainda que com posicionamentos internos diferenciados; e pela presença de formuladores da política na gestão federal;
- b) A implantação nacional com lacunas em relação à proposta dos formuladores, pois se previa a necessidade de reestruturação dos processos de formação e inserção dos profissionais, o que não aconteceu;
- c) O surgimento da UPA como estratégia competitiva em relação ao PSF, com forte adesão do governo estadual de Pernambuco;
- d) A mudança do cenário político municipal e, como desdobramento, do cenário orçamentário, de um cenário participativo com prioridade para a atenção básica, para um cenário centralizado, sem prioridade para a atenção básica;
- e) A força da formulação da proposta, inserida em um contexto de construção de política municipais integradas;

- f) O apoio inicial dos trabalhadores e a sobrecarga de trabalho a que foram submetidos, como componente de desgaste dessa relação;

8 ANÁLISE SÍNTESE

As evidências levantadas com a análise documental, entrevistas e grupos focais foram, então, debatidas com foco no contexto, conteúdo, atores envolvidos e processo de formulação e implementação.

8.1 ANÁLISE DE CONTEXTO: CENÁRIO DA POLÍTICA DE SAÚDE

Para a análise de contexto, observou-se o macro contexto nacional, político, eleitoral e setorial, e as influências internacionais; e o micro contexto local do município, político e eleitoral, incluindo a relação com a esfera estadual.

8.1.1 Macro contexto

A expansão da atenção básica no Recife, desenvolvida no período de 2001 a 2011, pode ser macro contextualizada em vários âmbitos. Neste estudo, a partir do levantamento de evidências, a análise será direcionada para o contexto político e o contexto do desenvolvimento da política nacional de atenção básica.

8.1.1.1 Cenário Político Nacional

Identificou-se que o cenário político, do ponto de vista da composição partidária, teve dois momentos, no primeiro o município assumiu uma composição de esquerda, com a liderança do PT, em oposição ao governo federal. No segundo momento, a vitória do PT também a nível nacional, na eleição de 2002, fortalece o município em relação ao apoio do governo federal, ao mesmo tempo em que afasta alguns quadros, que assumem funções no governo Lula. Percebe-se, portanto, a partir de 2003 um cenário favorável ao apoio federal às ações do município.

8.1.1.2 A Política Nacional de Saúde e a Atenção Básica

Dados do Ministério da Saúde mostram que a expansão do saúde da família ocorreu nacionalmente em padrão bastante semelhante ao de Recife, começando um pouco antes de

Recife, entre 1998 e 1999, e crescendo até 2006, quando a velocidade de expansão diminuiu (Tabela 1; Gráfico 1; p50-51).

Para os entrevistados os dois principais fatores deste crescimento neste período são o PAB e o PROESF. O PAB, principalmente, em seu componente variável, com os incentivos ao PACS e ao PSF, já é descrito em diversos estudos como o grande estimulador da expansão do PSF. Mesmo o PAB fixo, cujo valor era considerado muito pequeno para estimular a expansão, passou a ser alvo de uma estratégia de correção progressiva de seu valor, a partir de 2003, já no governo Lula (AZEVEDO, 2007; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; PORTELA; RIBEIRO, 2011; SOLLA et al., 2007).

Para Solla et al. (2007), contudo, esse efeito do PAB foi temporário em função da defasagem do valor que foi sentida pelos municípios nos anos seguintes e a não participação dos estados na composição do financiamento da atenção básica (SOLLA et al., 2007).

O PROESF contribuiu para a expansão porque gerou a disponibilidade de recursos para os municípios de maior porte, vinculado ao cumprimento de metas de expansão de cobertura do saúde da família. O programa, fruto de convênio com o Banco Mundial, tinha orçamento de US\$ 550 milhões de dólares, para execução em oito anos (SOLLA et al., 2011).

Uma das entrevistadas, que era gestora nacional no período, contudo, ressalta que a maior parte do orçamento era de recursos brasileiros: “Na verdade, se a gente lê direito não era do Banco, o Banco entrou com 20% e o Brasil entrou num empréstimo, de si mesmo, com 80%, mas pelo menos tirou o recurso da peça orçamentária propriamente dita” (E6).

Um dos seus componentes dirigido para os municípios com mais de 100 mil habitantes, que concentram cerca de 55% da população brasileira, financia a melhoria da infraestrutura das unidades de saúde da família e de serviços públicos de média complexidade ambulatorial, assim como o fortalecimento da capacidade de gestão municipal, a capacitação dos recursos humanos e a avaliação do Programa de Saúde da Família (PSF) como um requisito obrigatório (SOLLA et al., 2007, p. 501).

Outro componente que foi fundamental para a garantia da expansão foi a Emenda Constitucional 29, cujo cumprimento já a partir de 2000, ainda que de forma heterogênea no país, mas que se deu de forma crescente até 2004, a partir do que boa parte dos municípios continua expandindo o valor de contrapartida municipal, garantiu um aporte de recursos que pode ser utilizado na expansão.

Então, o PAB, o cumprimento da Emenda 29, e o PROESF, estimularam a adesão e expansão do saúde da família apesar dos questionamentos ao modelo, por ser próximo à estratégia de APS seletiva proposta pelo Banco Mundial. E estes questionamentos sobre a aproximação do PACS/PSF às propostas neoliberais não eram infundadas ou mero

contraponto entre grupos políticos. No estudo de Araújo Júnior (2000), sobre o processo de descentralização e a reforma do setor saúde no Brasil, o autor cita um trecho de entrevista de Bresser Pereira, em que o entrevistado se coloca como o formulador da NOB 96. Araújo Júnior (2000) correlaciona a NOB 96 e esta posição de Bresser Pereira ao conteúdo dos Cadernos da Reforma do Estado, volume 13-1998, **A Reforma Administrativa do Sistema de Saúde**, em que o Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) propõe o fortalecimento da Atenção Básica como estratégia para reduzir os altos gastos com o sistema hospitalar, e para isso, propõe que os recursos sejam repassados por tetos financeiros aos municípios, que serão os controladores destes gastos, e que as prefeituras sejam capacitadas para ampliar a atenção básica. Embora este caderno seja de 1998, baseia-se em um documento de 1995, anterior à NOB 96, portanto: **A Reforma Administrativa do Sistema de Saúde**, também elaborado por Bresser Pereira (ARAÚJO JÚNIOR, 2000).

Diversos autores avaliam como importante o impacto das políticas indutoras dos organismos internacionais, do Banco Mundial por um lado, a partir da discussão das reformas macroeconômicas, e do UNICEF, por outro lado, apoiando a implementação de ações de atenção a grupos vulneráveis, em especial materno infantil (GIOVANELLA, 2012; GIL, 2006; SOUSA; FRANCO; MENDONÇA, 2014).

Na consolidação de sistemas universais em países periféricos, a tensão entre expandir cobertura apenas com cuidados básicos e garantir cesta ampla está sempre presente, e a direcionalidade depende muito da constelação de forças políticas em cada momento histórico (GIOVANELLA, 2008, p. 22).

Albuquerque (2003) também dá concretude ao risco do modelo neoliberal ao citar o relatório do Banco mundial que propõe um “pacote mínimo” de serviços:

Entre a publicação da NOB 93 e 96, ocorre a divulgação, com as conseqüentes repercussões, do Relatório para o Desenvolvimento Mundial, do Banco Mundial (1993) - “Investindo em saúde”, que apresenta uma agenda para os países em desenvolvimento, pautada na concentração dos recursos nas ações de maior custo-efetividade, para os setores mais pobres, criticando o princípio da universalidade e equidade como inviáveis diante do necessário ajuste macro-econômico (ALBUQUERQUE, 2003, p. 18).

Apesar disto, apenas um gestor entrevistado considera que houve impacto do projeto neoliberal na condução da política localmente, o que será discutido mais à frente. Todos os demais citaram a questão como irrelevante: “SE o conflito existia a gente não estava muito preocupado em entrar nesse conflito não!” (E1); ou “É uma bobagem que Banco Mundial impôs essa agenda!” (E6).

É possível que tal postura, de gestores que estavam à frente do processo, possa indicar que a existência do projeto do Banco Mundial seja considerada como parte de um somatório

de fatores que teria aberto uma **janela de oportunidade** para a expansão do saúde da família e da atenção básica na conjuntura histórica do final dos anos 1990 e início dos anos 2000, nos moldes do que propunha o SUS.

A ideia de janela de oportunidade ou *policy window*, traduzida por Howlett, Hamesh e Perl (2013) como janela política, para diferenciar da janela de problema, foi proposta nos estudos de Kingdon, na década de 1980, como a oportunidade surgida da confluência da elevação da percepção do problema (fluxo de problemas), da existência de soluções consistentes propostas por *experts* que advogam a sua aplicação (fluxo da política pública), e da abertura de composições políticas ou correlação de forças que favorecem a adoção da proposta (fluxo político). Para Kingdon (2011), tais janelas de oportunidade para a ação em determinadas iniciativas, apresentam-se e permanecem abertas por curto período de tempo, e os que advogam a política pública devem aproveitá-la ou terão que aguardar nova abertura (KINGDON, 2011; HOWLETT, HAMESH; PERL, 2013).

Os participantes devem lançar suas concepções dos problemas, suas propostas e as forças políticas quando surge a oportunidade, e os resultados dependem do *mix* de elementos presentes e como os vários elementos se articulam (KINGDON, 2011; p.166, tradução nossa).

A necessidade de agregar forças, em especial entre os defensores do SUS, justificaria a defesa contundente de que o programa de saúde da família brasileiro não teria nada em comum com a proposta neoliberal difundida pelo Banco Mundial, nem sofreria a influência desta.

Outra questão surgida da forma como a política foi implementada nacionalmente diz respeito ao seu formato de programa. A ideia de programa vertical é bastante presente na trajetória do sistema de saúde, marcado pela centralização no governo federal, de forma que o Programa de Saúde da Família, ainda que se argumente que a sua normatização desde o início trata o saúde da família como estratégia de reorganização do modelo, foi visto como programa. Essa imagem mais forte de programa vertical, passível de ser um componente paralelo e provisório, foi alimentado pela forma convenial e por adesão, com financiamento via incentivos (SOUSA; FRANCO; MENDONÇA, 2014).

As consequências dessa imagem de programa paralelo e provisório foram a precariedade da vinculação trabalhista e, como já dito, a implantação como programa paralelo, em alguns casos, como foi o de Recife até o ano 2000. Como citado no Plano Municipal 1998-2001: “É um programa em expansão, cujo modelo foi adotado para o redirecionamento de algumas Unidades Básicas de Saúde” (RECIFE, 1999; p. 74).

8.1.1.3 Cenário Estadual: Relação entre entes federados e atenção básica

A análise dos jornais revela também dois momentos na relação com o governo do estado de Pernambuco. Até 2006, o governo é de um setor do PMDB que compõe uma aliança partidária de oposição à Frente de Esquerda e ao PT, que estão na prefeitura. A partir de 2007, o PSB ocupa o governo do estado como aliado da prefeitura e do governo federal.

Na saúde, entretanto, as relações não são tão claras nem tão negociáveis. Pernambuco tem uma trajetória de centralização no poder estadual tanto da construção e definição da política estadual quanto dos recursos dos tetos financeiros. Desta forma, a relação entre a secretaria de saúde do Recife e a secretaria de saúde estadual permaneceu bastante difícil.

Essa relação difícil é observada no fato da gestão municipal ter proposto a municipalização dos grandes hospitais de gestão estadual presentes no território de Recife, posição registrada no Plano Municipal 2002-2005, no Relatório do 1º Seminário de Governo e no Balanço de Gestão 2003. Mas a proposta não se concretizou e acabou por ser mais inserida nos documentos de gestão (RECIFE, 2001, 2002, 2004).

Outra questão emblemática é a implantação das UPA, citada nos grupos focais e nas entrevistas como um problema para o município, por “subtrair recursos da atenção básica”, e por ser implantada sem a devida pactuação de como se daria o processo.

Três estudos sobre Pernambuco deixam clara a situação em que Recife desenvolveu a sua política de saúde no período:

O primeiro, o estudo de Sóter (2009) trabalhou a construção de consensos quanto às Funções Estratégicas de Gestão na Esfera Estadual (FEGES). A autora construiu uma classificação de oito eixos de macro funções, agregando 136 funções estratégicas, e das oito macro, a que foi considerada mais relevante foi a de fortalecimento da municipalização. A função referente ao acompanhamento e formulação da política de atenção básica aparece com uma relevância menor que a referente à média e alta complexidade. Contudo, especificamente para Pernambuco, a autora conclui por um comportamento centralizador e fraco desenvolvimento em quatro macro funções: Fortalecimento da Municipalização, Promoção de Equidade, Gestão e Gerência de Recursos Humanos e, Regulação. Para a autora, a “SES/PE tem um perfil de estado provedor, ao contrário da tendência dos últimos vinte anos, que aponta para perfis de estados cada vez mais fomentadores e reguladores” (SÓTER, 2009, p.101).

Em Pernambuco, pode-se observar uma baixa adesão dos municípios ao Pacto pela Saúde e, uma estagnação do processo de municipalização de serviços de saúde, relacionados à falta de mecanismos e estratégias indutoras por parte do estado, o que

favorece um modelo de gerenciamento da rede de serviços concentrado na esfera estadual de gestão do SUS. Esse modelo sobrecarrega o mesmo com funções administrativas voltadas para garantia do funcionamento da rede própria, em detrimento das demais funções (SÓTER, 2009, p. 101).

O segundo estudo a ser considerado é o de Fernandes (2010) que desdobra o trabalho de construção de consensos de Sóter (2009), reproduzindo-o especificamente para a SES Pernambuco com foco na atenção básica. Para Fernandes (2010):

Foi o gestor estadual aquele que sofreu o maior impacto com a descentralização, pois teve seu papel modificado de executor e contratante de ações para coordenador, apoiador e regulamentador do sistema estadual de saúde. A esfera estadual ganha poder na coordenação e acompanhamento do sistema de saúde, na gerência dos serviços de referência estadual, restando à União a coordenação geral e regulação do SUS (FERNANDES, 2010, p. 14).

Fernandes (2010) relata que a política de atenção básica em Pernambuco é estabelecida a partir do Decreto no 30.353, de 12 de abril de 2007, do Governo do Estado de Pernambuco, que “define como objetivo qualificar a Atenção Primária por meio da ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família e da melhoria da qualidade dos serviços prestados.” Para isso, institui um programa de certificação de unidades de saúde da família, com cofinanciamento atrelado a cumprimento de metas (FERNANDES, 2010, p. 67).

Contudo, a não adesão dos municípios ao Pacto de Gestão, pois, segundo a autora, apenas 11 (6%) municípios tinham aderido ao Pacto até março de 2010, fragilizou o processo de implantação da política estadual, pautado no monitoramento dos indicadores do SISPACTO, que era alimentado apenas pelos municípios que tinha feito a adesão. Além disso, surgiram críticas ao fato do modelo de certificação perpetuar iniquidades, ao premiar com incentivos os municípios mais estruturados (FERNANDES, 2010).

O estudo também identificou o empenho do governo em estabelecer o fortalecimento da AB a partir de redes de atenção, iniciando pela rede materno infantil, através o programa Mãe Coruja, também estabelecido em 2007; a inexistência de regulação assistencial a partir da AB; “a ausência de políticas voltadas à fixação de profissionais, principalmente médicos, ausência de definição de um piso salarial regionalizado e/ou mesmo a criação de uma carreira, o que favorece a grande rotatividade nas equipes de SF, comprometendo o desenvolvimento da atenção básica nos municípios”; um bom desempenho nas estratégias de formação dos profissionais, a partir da constituição das Comissões Intergestoras de Ensino-Serviço (CIES), da realização de introdutórios articulados entre municípios e estado, e da reabertura da Escola Estadual de Saúde Pública; e um fraco desempenho da articulação entre assistência e

vigilância. Contraditoriamente, em relação ao estudo de Sóter (2009), identificou um bom desempenho da municipalização referente à atenção básica (FERNANDES, 2010, p. 82).

O terceiro, o estudo de Sampaio et al. (2011) sobre a capacidade de governo da SES Pernambuco em relação ao monitoramento e avaliação da atenção básica, em 2006, sob o enquadramento teórico do triângulo de governo de Matus, identificou a ausência de um projeto de governo para a atenção básica, o que pode ter ocorrido em função das mudanças de secretários estaduais de saúde no período, bem como fragilidades no tocante à estrutura de trabalho e organização/qualificação da equipe gestora estadual. O estudo concluiu que:

[...] a SES estudada encontra-se em um período de reorganização institucional, buscando se adequar às exigências do SUS, em especial ao processo de descentralização e redefinição das funções da esfera estadual. Neste processo de reestruturação, a secretaria estadual de saúde tem enfrentado uma série de dificuldades relativas tanto à ausência de um projeto de governo, o que tem direta repercussão na direcionalidade da gestão, quanto a problemas de disponibilidade de recursos humanos e sua qualificação (SAMPAIO et al., 2011, p. 289).

Os autores também identificaram um forte componente de centralização da condução das ações estaduais, sendo o PROESF um importante indutor de reestruturação da política estadual, tanto em relação a incentivo financeiro para contratação de equipe e aquisição de materiais, como pela problematização do processo de trabalho e da necessidade de plano, incentivando o planejamento participativo (SAMPAIO et al., 2011).

8.1.2 Micro contexto

Todas as fontes de evidências apontam para um cenário municipal de que desigualdades e pobreza, ainda que esse cenário tenha evoluído positivamente no período.

Os dados sócio demográficos exibidos na tabela 4 (p. 116) demonstram redução do analfabetismo, aumento da renda familiar per capita, aumento da expectativa de vida, redução da mortalidade infantil, entre 1991 e 2010, e também melhoria nos serviços públicos municipais de esgotamento sanitário e coleta de lixo. Apenas a cobertura de rede abastecimento é que apresenta discreta redução, que pode ser explicado pelo adensamento irregular da cidade. Esse cenário positivo se reflete no IDHM que cresce de 0,576 em 1991 para 0,772 em 2010.

Em relação à mortalidade infantil, houve redução de 70,7%, (de 44 para 12,9 mortes por 1000 nascidos vivos), nestas duas décadas. Esta redução ocorreu nos três componentes: na primeira década, foi no componente pós-neonatal (68,97%) em que se verificou a maior

redução, seguido do componente neonatal tardio (46,60%); já no segundo período, a maior redução se deu no componente neonatal precoce (43,21%), seguido do pós-neonatal (28,70%).

Ressalta-se, contudo, a inversão entre maior redução dos componentes neonatal tardio e pós-neonatal no período 1991-2000 e do componente neonatal-precoce no período 2000-2010. Este dado pode expressar o investimento na rede assistencial e ampliação do acesso ao cuidado em saúde, pois estudos identificam o componente neonatal precoce como o de mais difícil redução e também o mais sensível à qualidade da assistência no pré-natal, parto e período neonatal (BRASIL, 2012).

A persistência das desigualdades no Recife vem sendo analisada em diversos estudos. Um importante estudo, que permanece de referência no município, foi a análise da mortalidade infantil no ano de 1995, realizado por Maria José Bezerra Guimarães e colaboradores (2003). Nele, a partir de estratos espaço-populacionais de condições de vida, evidenciou-se a desigualdade intra-urbana da mortalidade infantil, o que levou os autores a ressaltarem, em suas conclusões, a importância do investimento na saúde. Vale ressaltar ainda que no período do estudo, havia uma baixa cobertura de atenção básica no município (GUIMARÃES et al., 2003).

Tendo por base o estudo de Guimarães et al. (2003), Magalhaes et al. (2011) estudaram a desigualdade intra-urbana na mortalidade dos idosos em Recife, no triênio 2004-2006. Os autores ressaltaram a persistência das desigualdades:

O Município do Recife-PE abrange áreas com realidades sociais visivelmente desiguais, onde o IDH dos bairros de melhores condições de vida se assemelha ao de países como Finlândia, Noruega e Japão, enquanto os bairros com baixa condição de vida apresentam valores equivalentes aos de países africanos e asiáticos, tais como Mongólia e São Tomé e Príncipe (MAGALHÃES et al., 2011, p. 184).

Os autores concluem sugerindo a apropriação do conhecimento destas desigualdades no território, para que os gestores possam planejar intervenções direcionadas às maiores necessidades dos idosos mais vulneráveis (MAGALHÃES et al., 2011).

Considerando ser Recife uma cidade com 9,7% da sua população na faixa de idosos, em dados do censo de 2000, Lima et al. (2010) fizeram uma análise do atendimento a idosos vítimas de violência em 2006, e identificaram que as unidades de saúde da família foram as únicas que relataram esse tipo de atendimento, além de representaram um quantitativo importante de atendimento a idosos, contudo, também identificaram fragilidade da infraestrutura de atendimento ao idoso e uma frágil articulação com os demais níveis de atenção, em especial os serviços hospitalares de urgência e emergência (LIMA et al., 2010).

Diante do cenário de desigualdade e concentração de renda, a vitória eleitoral de um grupo político que propunha a inversão de prioridades e a priorização da parcela mais pobre da população, contra um grupo que era visto como elitista, estabeleceu no município e no governo que se iniciava um clima de empolgação e grande participação, além de espaço para importantes políticas estruturantes e inovadoras, como foi observado na análise jornalística e em alguns estudos (ALBUQUERQUE, 2003; CORDEIRO, 2008; LYRA, 2009).

Esse clima e a aproximação, desde a campanha, com os profissionais da rede ambulatorial, favoreceu a implementação de ações de adequação, como a regularização dos vínculos trabalhistas, e expansão de equipes.

No campo específico da gestão municipal no setor saúde, estudo de Santana (2011), analisou o desenvolvimento da gestão do trabalho no período de 2002 a 2009, em Recife, e identificou importantes mudanças estruturais, entre as quais a política de desprecarização do vínculo, com realização de concursos públicos, e:

A Mesa Setorial de Negociação foi uma conquista da Secretaria de Saúde, que a partir de 2004, através do uso de espaços de negociação. Posteriormente houve a implantação da Mesa de Negociação Setorial da Secretaria de Saúde através da Portaria GAB/SS/PCR nº 193 de 29 de dezembro de 2007, participando hoje 18 categorias sindicais. [...] Um ganho importante em relação aos vínculos de trabalho foi a regularização/efetivação dos vínculos dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Saúde Ambiental, apontando-se assim para a valorização destes trabalhadores (SANTANA, 2011, p. 58).

A adesão dos trabalhadores foi fundamental para o suporte à gestão em seu início de expansão. Duas falas são representativas disto, ao demonstrar a o grande interesse em participar da seleção e ao demonstrar a disposição de participar:

No primeiro dia de inscrição, na agência central dos correios a fila fazia curva e faltou manual de inscrição porque a gente imprimiu tipo 2 mil manuais e só no primeiro dia apareceu mais de 2000! [...] Porque com esse processo todo, que era o que todo mundo dizia: “ Não vai conseguir médico! Não vai conseguir médico!” Com esse boom de inscrição, a gente teve, sei lá, seis mil e poucos auxiliares de enfermagem, mil e poucos enfermeiros e duzentos e poucos médicos (E10).

Tivemos muitos atores novos, e esses atores novos, nos primeiros três, quatro anos, eram muito empolgados, então não sentiam muito isso [os problemas] (E8).

Os grupos focais expõem mais o desgaste sofrido ao longo da gestão. Apontam para um cenário em que a busca da legitimação da proposta de estruturação da atenção básica, através da garantia de acesso da população em um curto período de tempo, levou a uma expansão acelerada, que, para ser viável, incorporou problemas estruturais ou a provisoriamente das sedes das unidades, o que, ao longo do tempo, provocou desgaste com os trabalhadores e com a população.

Outra questão levantada nos grupos focais foi da ruptura política interna que ficou visível na descontinuidade das ações ao longo do período e na mudança de modelo de atenção a partir de 2009.

Contudo, apesar do desgaste com os trabalhadores, todos admitem, gestores e trabalhadores, que a população recebeu favoravelmente e avalia positivamente a expansão.

Em 2010, os sistemas de saúde de Recife e de Pernambuco sentiram o impacto da implantação das primeiras Unidades de Pronto Atendimento (UPA), programa federal componente da Política Nacional de Urgência e Emergência, como relatam Silva et al. (2012):

O estado, atualmente, conta com quinze UPAs, sob a gestão da Secretaria Estadual de Saúde, sendo treze delas localizadas na região metropolitana do Recife e duas no Agreste, tendo sido o início do funcionamento das mesmas entre os meses de janeiro e setembro de 2010 (11) e janeiro e fevereiro de 2011 (03) (SILVA et al., 2012, p. 446).

Para os municípios e a atenção básica, o impacto imediato se deu na disputa de profissionais, principalmente médicos, que migraram da atenção básica para as UPAS, atraídos pelos melhores salários (FERNANDES, 2010).

Também nos marcos da análise de políticas públicas, o estudo de Cordeiro (2008) sobre a política de Promoção da Saúde e a estratégia de cidades saudáveis no Recife, entre 2001 e 2004, identifica um contexto inicial de oposição do e ao governo federal, contudo com a presença de importantes quadros técnicos próximos à esquerda no governo federal, o que garantiu algum apoio ao município. Essa presença de importantes formuladores de esquerda em um governo neoliberal (o governo FHC) derivou de um processo de modernização da direita, no país e no estado, ao longo da década de 1990, em torno do discurso neoliberal, utilizando a absorção de quadros técnicos e políticos, históricos da esquerda, em suas fileiras (CORDEIRO, 2008).

Cordeiro (2008, p. 145) afirma que a adoção da ideia de cidades saudáveis foi uma opção da prefeitura, e não apenas do setor saúde, desde seu início:

Na gestão 2001-2004, o slogan era “Ação por uma Vida Melhor” e para tal a proposta “Cidade Saudável” foi resgatada/retomada no seu Plano Plurianual de Ação, no Plano Diretor da Cidade e no Plano Municipal de Saúde. Foi referendada pela população com a recondução do mesmo gestor, em 2004, para o próximo quadriênio.

A autora conclui que, apesar da conjuntura favorável, com ampla adesão da sociedade organizada, da existência de capacidade técnica e teórica da equipe de governo municipal, para a consolidação da estratégia cidade saudável, as lacunas e fragilidades na condução intersetorial levaram a uma redução da proposta a ações conduzidas pela secretaria de saúde.

Isto viabiliza um direcionamento para uma Micro-Política do setor saúde, com perda substancial, do ponto de vista qualitativo, ligado aos pilares principais direcionados à construção de uma cidade saudável – a participação e a intersetorialidade que, apesar dos slogans Ação por uma vida melhor e A grande obra é cuidar das pessoas, mostrou um posicionamento entre o modelo racional mais normativo, como um modelo ideal (idealizado) que contradiz a realidade e o modelo incremental, uma visão pragmática de como o processo político se desenvolve, ou seja, adotou-se um modelo misto, posicionado entre os dois modelos anteriores (CORDEIRO, 2008; p. 224).

Nas evidências levantadas, tanto nos grupos focais quanto nas entrevistas, o que se revela é que essa fragilização aflorou a partir das disputas internas entre grupos, no governo municipal, pela hegemonia da condução do processo. Como opina um dos entrevistados;

Essas disputas, elas vão acontecer, porque o sistema nosso é de coalizão, o sistema nosso é de representação, não tem como não acontecer, mas pode funcionar de forma mais sadia, isso. [...] Como você concilia a política de Estado com a consolidação dos grupos que estão dentro dele? Que para mim é um problema nacional! Do sistema político mesmo (E8).

Tais disputas dificultaram a ação comum a todos os setores do governo, que implicam na disposição de políticas públicas para redução das desigualdades sociais e melhoria da dignidade da população, o que é fundamento e objetivo constitucional republicano (BRASIL, 1988).

Contudo, para alguns autores, a persistência da má distribuição de renda no país e, conseqüentemente, nas cidades, tem uma intencionalidade e reflete na persistência do coronelismo. Um coronelismo modernizado, urbanizado, mas que mantém suas bases em que “o desamparo em que vive o cidadão, privado de todos os direitos e de todas as garantias, concorre para a continuação do “coronel”, arvorado de protetor ou defensor natural de um homem sem direitos” (LEAL, 1997; p. 18).

Leal (1997, p. 40) conceitua esse coronelismo moderno como:

Resultado da superposição de formas desenvolvidas do regime representativo a uma estrutura econômica e social inadequada. Não é, pois, mera sobrevivência do poder privado, cuja hipertrofia constitui fenômeno típico de nossa história colonial. É antes, uma forma peculiar de manifestação do poder privado, ou seja, uma adaptação em virtude da qual os resíduos do nosso antigo e exorbitante poder privado tem conseguido coexistir com um regime político de extensa base representativa. Por isso mesmo, o “coronelismo” é sobretudo um compromisso, uma troca de proveitos entre o poder público, progressivamente fortalecido, e a decadente influência social dos chefes locais [...].

Desta forma, toda ação de redução das desigualdades e de fortalecimento da cidadania é também uma ação contra o coronelismo e de democratização desse regime representativo. O contexto de ampliação da atenção básica neste período, de 6,76% de cobertura em 2001, para 54,97% em 2011, sem dúvida é um enfrentamento importante no sentido da garantia de direitos, mas, diante da existência de uma parcela da população totalmente excluída, de pelo

menos 15% da população, se pensarmos na meta de 70% de cobertura, é um enfrentamento que permanece inconcluso.

8.2 ANÁLISE DE CONTEÚDO: A POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA

A análise das evidências de diversas fontes revelam que Recife, desde o início da expansão atuou no sentido de adotar os atributos e princípios da atenção básica e do saúde da família conforme legislação nacional e debate internacional. Contudo, houve o desenvolvimento em níveis diversos dos componentes da política. Para discutir esses componentes, utilizamos o desenho da Matriz Constitutiva, ou Modelo Lógico dos Componentes da Política de Atenção Básica, construída para este estudo.

8.2.1 Em relação aos atributos da política

- a) **Acessibilidade:** Houve garantia da acessibilidade de forma parcial, em função da capilarização das equipes no território e da expansão de cobertura, contudo, algumas fragilidades são apontadas, como a demora no agendamento e acesso a exames e atenção especializada, o que é referido por outros estudos sobre a atenção básica no Recife (SANTIAGO et al., 2013; MENDES et al., 2012);
- b) **Longitudinalidade:** Estudo de Mendes et al. (2012) identificou, para o Recife, um bom vínculo entre usuários e equipes, representado pela referência de procura na ocorrência de problemas (MENDES et. al, 2012). Nas entrevistas, contudo, foi relatada a existência de uma parcela da população que está cadastrada, mas não tem nenhum contato com a equipe. O histórico e os relatos demonstram que poucas equipes mantiveram os mesmos profissionais de nível superior de forma a garantir a memória necessária para o adequado acompanhamento longitudinal. Apenas na última gestão do período se concretiza a informatização da rede, e não há, ainda um instrumento de suporte ao acompanhamento longitudinal independente dos profissionais. O que mais se aproxima do cumprimento deste atributo é a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde.
- c) **Abrangência ou integralidade:** A garantia da integralidade na rede de Recife é um grande ponto de fragilidade por duas questões principais: a resolutividade da equipe é irregular na rede, muito associada à disponibilidade do profissional; e não há garantia de continuidade

do cuidado, em função da escassez de oferta de atendimento especializado, e da ausência de regulação do sistema para os níveis especializados. Esta questão foi discutida por Albuquerque (2011) e Alves (2011), que identificaram que a dificuldade de acesso ao atendimento especializado por ausência de mecanismos de diálogo entre os pontos de atenção cresce quando os serviços pertencem a gestões diferentes (município-estado);

- d) Coordenação:** Não há coordenação do cuidado a partir da atenção básica, enquanto fluxo de trabalho pactuado. Algumas iniciativas caminham para isso, desde a implantação da regulação com agendamento no PSF, até as mais recentes iniciativas de Projeto Terapêutico Singular. Novamente, a existência da coordenação do cuidado do usuário depende do perfil dos profissionais de cada equipe, principalmente do médico;
- e) Orientação para a Comunidade:** Este atributo foi fortemente desenvolvido no início do processo de implantação, como linha mestra do programa. Contudo, os profissionais relatam que ao longo do processo de implantação, a sobrecarga de famílias por equipe, o desgaste dos profissionais pelas questões de infraestrutura, e as mudanças no desenho de organização, geraram grande dificuldade de aproximação entre a equipe de nível superior e a comunidade. Novamente, é uma situação bem diversificada, em que algumas equipes conseguiram manter uma proximidade maior.
- f) Centralidade na família:** Trata-se de um atributo que está bastante atrelado à relação interna da equipe, a capacidade de acolher a família de forma identificada depende do bom diálogo entre médicos, enfermeiros e ACS. O prontuário é familiar, e os ACS a cada visita atualizam a situação da família. Uma das entrevistadas, ex-gestora e médica da rede citou que, ao visitar um idoso acamado, encontrou um caso de abandono de tratamento de tuberculose. Este caso foi usado para ilustrar tanto a “*potência*” do direcionamento familiar, quanto a fragilidade da coordenação do cuidado e da integralidade, considerando que se tratava de um jovem, ex-paciente de um hospital estadual, que havia sido encaminhado ao PSF através de um bilhete, mas não se apresentou à equipe.
- g) Competência cultural:** De forma semelhante e, pela proximidade, com o atributo da orientação para a comunidade, foi um atributo mais desenvolvido no início da expansão, e que exige a direcionalidade da equipe para o seu desenvolvimento, como nas experiências desenvolvidas com a educação popular em saúde. Galindo e Bueloni (2006), em análise

sobre a educação popular em saúde (EPS) no Recife, discutindo a atuação do ACS como educador popular em saúde, ressaltam a importância da ação para a aproximação com a realidade da comunidade. O estudo foi restrito ao distrito sanitário III, pois este constituiu pioneiramente uma coordenação de educação popular em saúde, o que não aconteceu da mesma forma em todos os distritos, formando os ACS para o papel de educador popular e desenvolvendo as estratégias de AESA, IESA e ESAM, respectivamente Adolescentes Educadores em Saúde, Idosos Educadores em Saúde, e Educadores em Saúde da Mulher. As autoras identificaram que “a participação desses ACS nos cursos para “Educadores” (AESA, IESA E ESAM) promoveram nesses profissionais profundas transformações, principalmente no que diz respeito ao sentimento de empoderamento” (GALINDO; BUELONI, 2006; p. 32).

h) Formação Profissional: Este atributo não foi inserido na Matriz Constitutiva ou Modelo Lógico da Atenção Básica em função de ser transversal aos demais. Observou-se a preocupação do governo municipal em formar os profissionais em cursos introdutórios e uma especialização, contudo, não se conseguiu desenvolver uma estratégia de formação permanente com todos os membros da equipe, o que foi bastante ressaltado nos grupos focais. Outra questão levantada pelos profissionais foi a ausência de uma estrutura ou organização para trazer para dentro das unidades os espaços de formação formal, por estágios de graduação, residências, etc., como fica explícito em uma das falas: “Acho que NUNCA a gente conseguiu priorizar as residências. Nem na gestão passada, nem de 2001 a 2011, nem agora. A gente está a todo momento improvisando” (DEPOIMENTO, GF1, 2013).

8.2.2 Em relação aos atributos específicos do Saúde da Família

8.2.2.1 Equipe multidisciplinar

O programa já inicia em Recife com a equipe multidisciplinar básica do programa federal, considerada como um dos pilares do programa e caminho de transformação do modelo de atenção (ARAÚJO; ROCHA, 2007; MIRANDA, 2014).

Até 2001, o principal problema da equipe era o vínculo trabalhista precário, sem garantia de direitos básicos, como férias ou licença maternidade. Em 2001, esta questão foi preliminarmente resolvida com a adoção do contrato temporário por excepcional interesse

público, com possibilidade de prorrogação de contratação de acordo com os interesses da administração pública.

Somou-se a isto a realização de uma grande seleção pública, ainda no primeiro ano (2001) do mandato e do período de expansão, momento de grande mobilização da gestão e da sociedade em torno das mudanças em construção pela nova gestão que assumia o governo. A entrevistada 10 relembra: “Com esse boom de inscrição, a gente teve, sei lá, seis mil e poucos auxiliares de enfermagem, mil e poucos enfermeiros e duzentos e poucos médicos” (E10).

De forma que essa seleção garantiu não apenas uma importante disponibilidade de todos os profissionais, como também garantiu uma boa qualidade inicial da relação entre trabalhadores e gestão, pela amplitude e clareza do processo.

O relato dos trabalhadores em grupo focal foi de que esta relação positiva capitaneou a ação protagonista dos trabalhadores na expansão, como parceiros da opção da gestão em expandir aceleradamente, ainda que assumindo algumas provisoriidades, para a garantia do acesso. Além de serem treinados, com grande investimento da gestão. Os concursos ocorridos em 2007 e 2008, contudo, geraram uma mudança muito grande no quadro de profissionais, rompendo essa relação inicial.

Quando teve o concurso, que é uma coisa extremamente necessária, aí a gente vai e perde uma grande parte dos profissionais especialistas e aí a gente pega um outro povo que já não tinha o mesmo vínculo que já não tinha a mesma dinâmica (DEPOIMENTO – GF1, 2013).

8.2.2.2 Adscrição da população

O formato de adscrição em Recife segue o modelo clássico do programa, com cadastramento das pessoas, por rua, vinculadas a um ACS. Trata-se de um componente importante na garantia da acessibilidade e vinculação do usuário, sendo vista como um componente de satisfação da população, o fato de estar cadastrado na unidade (MENDES, 2012).

A adscrição é reforçada pelo alto nível de satisfação dos usuários, principalmente os das UB-ESF, em relação à distância entre a sua casa e a unidade de saúde, o que evidencia que o papel da Estratégia de Saúde da Família, enquanto porta de entrada do sistema, está sendo cumprido (MENDES, et al., 2012).

Duas questões principais foram relatadas em relação à adscrição. A primeira foi a fragilidade da atuação de toda a equipe em função do excesso de famílias cadastradas para cada equipe.

Porque nós estamos com quatro equipes para atender 12 mil, quase 13 mil pessoas, então cada equipe dessas fica com mais de quatro mil pessoas! Então, você imagina 4 mil pessoas para 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem e seis agentes

comunitários! É muito...Não tem como você trabalhar! A proposta do projeto de saúde da família se perde nisso (E5).

A segunda questão relatada foi a ocorrência do cadastro formal, ou “virtual”, de famílias que, embora cadastradas, não mantém nenhum tipo de relação com a equipe de saúde da família, nem mesmo de visitas dos ACS, o que poderia acontecer por não estarem inicialmente elencados entre os casos prioritários, ou por perderem o vínculo com equipe: “Então, em vários trabalhos [acadêmicos], que a gente está tentando fazer, se descobre que quem utiliza a unidade, e a gente está com vários trabalhos nessa linha, é em torno de 50% da população adscrita” (E10).

8.2.2.3 Atuação no território

No início do processo de expansão, há um grande debate sobre a introdução do conceito de território na atuação não apenas da saúde e da atenção básica como na atuação da prefeitura como um todo (CORDEIRO, 2008; LYRA, 2009).

Na atenção básica, os treinamentos iniciais e o curso de especialização reforçam a estratégia de articulação com atores locais e análise situacional do território como base do trabalho das equipes, questão relatada na literatura como fundamental para o sucesso da saúde da família (CAPISTRANO, 2006; SOUSA; FRANCO; MENDONÇA, 2014). O programa do Recife demonstra, portanto, adequada orientação neste sentido.

O próprio território, isso aí foi uma coisa fundamental, para a gente se debruçar sobre todos os indicadores sociais, indicadores de saúde. Mortalidade infantil alta; a Filariose... Antes da gestão da gente já tinha a discussão de território, com Paulo Dantas, a discussão de Distrito Sanitário. Havia um desenho de tentativas, lá, que a gente não negou. Com o tempo [de gestão] a gente começou a dominar esse território. A gente conseguiu ter boas relações com as lideranças. Cada um teve um certo domínio. [...] No final do primeiro governo a gente tinha boa capacidade de intervenção intersetorial, não é a toa que João Paulo sai do primeiro mandato com 82% de aprovação (E8).

Entretanto, esta atuação foi desvalorizada pela gestão ao longo do período, o que, certamente, implicou em perda também da qualidade deste direcionamento pela equipe.

No segundo mandato [de João Paulo, esse trabalho intersetorial no território] foi complicado. Houve uma hipertrofia do OP. Houve um deslocamento de mobilização muito grande, saíram muitas pessoas. O grupo que dominou não tinha a mesma formulação (E8).

A fragilização da ação intersetorial, conseqüentemente fragilizou a ação da equipe no território, em função de se tornar uma intervenção isolada.

8.2.2.4 Responsabilização

Como já discutido a partir do olhar de Capistrano (1999), na experiência do Qualis (SP), a responsabilização da equipe pela população adscrita e área de abrangência é uma diretriz e princípio de atuação e expressão da responsabilidade do Estado com a saúde da população. Neste sentido, o programa em Recife adotou esse princípio desde o início da expansão, perseguindo-o persistentemente ao longo do processo. A garantia da visita domiciliar, o desenvolvimento do SAD, os treinamentos, as estratégias de retaguarda especializada num primeiro momento, e de NASF, no segundo, além das articulações intersetoriais, como nos forinhos, foram estratégias de suporte ao profissional para o desenvolvimento desta responsabilização. Tendo sido, portanto, um conteúdo bem desenvolvido pela gestão ao longo do processo.

Os bons resultados alcançados e algumas falas refletem a existência da responsabilização entre as equipes. Entretanto, analisar se esta responsabilização foi efetiva como poderia e deveria ser, exige uma investigação mais direcionada.

8.2.3 Em relação às condições estruturais

8.2.3.1 Situação dos profissionais

A situação de vinculação trabalhista dos profissionais se inicia de forma muito precária, em função da existência de uma cooperativa, que era a forma de vínculo dos trabalhadores do PSF. Essa situação é corrigida ainda em 2001, com o estabelecimento de contratos temporários. Posteriormente, já na segunda gestão, a secretaria promove uma especialização em saúde da família, de forma a capacitar os médicos, enfermeiros e dentistas.

Em 2007/2008 são realizados concursos para toda a equipe do PSF. O processo é conflitivo porque se esperava que todos os trabalhadores tivessem uma pontuação adicional pela realização do curso de especialização, o que não foi permitido pelo Ministério Público. Houve, portanto, uma mudança importante em termos de substituição de profissionais, em especial dos enfermeiros, o que gerou outro momento de desgaste, pois a categoria de enfermagem resistiu ao processo de substituição, tentando negociar a permanência dos profissionais e, para tanto, fez mobilizações, protestos e envolveu vereadores. Não apenas para tentar reverter as mudanças do concurso como para rever a diferença salarial com os médicos.

Eu acredito, eu penso, que na gestão de Tereza, por ela ser uma enfermeira, isso criou uma expectativa de que ela, como enfermeira, ela fosse trazer ganhos maiores para a categoria. [...] Então, esse era um anseio justo, que as enfermeira tivessem uma valorização maior, inclusive financeiramente. Só que quando começa o crescimento na escala que se deu em Recife, se você fosse colocar no mesmo patamar os vencimentos, aquilo ia ter um impacto muito grande. Aí, sempre a gente termina sendo regido pela questão econômica. E funcionam as leis de mercado (E9).

Os novos profissionais, que não haviam participado dos primeiros momentos de expansão, nem do curso de especialização, identificam apenas a precariedade das estruturas provisórias.

[...] depois do concurso a descontinuidade foi...Brutal. Visível e brutal. A mudança das equipes foi muito grande. E aí você teve todo um trabalho...como se durante esse período a gestão se voltasse para, de novo com as equipes, para retomar um trabalho que já estava consolidado (DEPOIMENTO – GF2, 2013).

A descontinuidade relatada e a ruptura na construção da política entre gestão e profissionais pautaram a agenda de debates nos anos seguintes, ou seja, no último mandato do período 2009-2012, em que o prefeito era João da Costa.

8.2.3.2 Situação da estrutura de prédios e dos equipamentos

A precariedade dos prédios é definida nos grupos focais como o principal obstáculo à qualidade do atendimento e ao desenvolvimento da atuação profissional. Nas entrevistas, os gestores citam que este é um problema nacional, decorrente da velocidade da expansão, mas que, diante da necessidade de garantir acesso à população, a provisoriedade das estruturas foi a opção necessária. Como explicita um ex-gestor do Recife: “Eu acho que o que a gente não esperava é que a torneira do dinheiro fechasse tão rápido. Porque a gente, ao mesmo tempo em que implantava em uma casa alugada, a gente fazia o projeto da casa nova” (E10).

Realizado no ano de 2006, o estudo de Costa, Silva e Carvalho (2011) encontrou insatisfatória implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do Recife. Entre os problemas encontrados, os autores ressaltam: a precária infraestrutura predial das unidades de saúde da família, pois “muitas unidades de saúde tradicionais foram transformadas em unidades de Saúde da Família, sem que tenha havido reformas na infraestrutura, necessárias ao adequado funcionamento das equipes” (p630); a irregularidade no fornecimento de insumos; a ausência de manutenção dos equipamentos; a ausência de um protocolo clínico e de formação permanente para os profissionais; insuficiente oferta de atendimento especializado, sobretudo na cardiologia; insuficiente oferta de exames

laboratoriais, com baixa qualidade dos exames realizados e demora na entrega de resultados; e, ainda, no tocante à promoção e prevenção:

Embora todas as ESF realizassem algum tipo de ação educativa, as atividades individuais predominaram em detrimento das atividades coletivas, ocorrendo uma baixa adesão das equipes às ações preventivas destinadas à população em geral (COSTA; SILVA; CARVALHO, 2011, p. 631).

8.2.3.3 Situação de insumos e medicamentos

Recife tem uma situação diferenciada em relação a medicamentos, pois houve uma grande expansão dos gastos com medicamentos e desenvolvimento da logística de dispensação ao usuário, com informatização e criação da Farmácia da Família. O estudo de Mendes (2012), de avaliação da atenção básica em Recife em 2009, identificou uma boa satisfação de profissionais e usuários quanto à disponibilidade de medicamentos (MENDES, 2012).

Já em relação a insumos não médicos, como material de trabalho dos ACS, formulários e outros, o relato nos grupos focais e entrevistas foi de comportamento flutuante: por vezes havia bom abastecimento, por vezes total desabastecimento.

Barreto (2012), ao discutir a política de Assistência Farmacêutica no Recife, historia as dificuldades advindas da expansão da atenção básica e sua distribuição nas comunidades, considerando a impossibilidade de estruturar farmácias para dispensação de medicamentos em todas as USF (BARRETO, 2012).

No intuito de otimizar os custos e assegurar o acesso com racionalidade, foi implantado o Programa Farmácia da Família (PFF), contando com amplo envolvimento intersetorial. Esse programa segue o princípio da territorialização, respeitando a acessibilidade, pois congrega Unidades de Saúde da Família, desde que não distem mais do que dois quilômetros entre si. [...] Até o final de 2011, foram implantadas nove (9) Farmácias da Família, sendo 3 no DS II, 1 no DS III, 1 no DS IV, 02 no DS V e 02 no DS VI (BARRETO, 2012, p. 33).

A autora descreve que o Programa Farmácia da Família exigiu grandes investimentos, desde reformas e construções para a infraestrutura de cada núcleo de PFF até o desenvolvimento do software Sistema de Controle das Dispensações e Custeio da Assistência Farmacêutica (SCDCAF) desenvolvido pela Empresa Municipal de Informática (EMPREL) e posteriormente utilizado pelo Ministério da Saúde para a construção do Hórus. O alto custo impossibilitou a implantação de 45 núcleos, para referência de 100% das equipes de saúde da família, o que possibilitaria maior acompanhamento das prescrições. E conclui, ainda:

Em comparação com outros estudos, os resultados encontrados demonstraram que está havendo um maior fornecimento de medicamentos e insumos, no município de Recife, quando comparado a outros municípios brasileiros. No entanto, de acordo com o parâmetro de acesso aos medicamentos essenciais utilizados pela OMS, o

acesso ainda apresenta um padrão de baixo a médio acesso, ocasionando a necessidade dos usuários adquirirem alguns medicamentos essenciais nas farmácias privadas (BARRETO, 2012, p. 76).

8.2.4 Em relação ao desenho organizacional – Modelo de Atenção

O discurso do modelo de atenção no período 2001 a 2008 é o mesmo que se repete nos relatórios de gestão e que se filia ao Modelo da Promoção da Saúde, com o título Recife Cidade Saudável, e que em seu detalhamento, tanto no Relatório do 1º Seminário de Governo quanto no Plano Municipal 2002-2005, elenca claramente os componentes do Modelo da Vigilância da Saúde, o que foi identificado por alguns estudos acadêmicos (COELHO, 2012; CORDEIRO, 2008; MARTELLI, 2010).

Recife a partir de 2001 tem uma proposta clara de construção de um *Recife Saudável*, inspirado nos preceitos da promoção da saúde, cidades saudáveis e vigilância da saúde, tendo a estratégia de saúde da família como reorganizadora do modelo de atenção. Esta proposta prioriza ações intersetoriais, mas também acena com a construção de um modelo de atenção que ofereça assistência valorizando a qualidade de vida de seus habitantes. A saúde bucal adere a estes preceitos teóricos e constrói sua política municipal, batizada de *Sorriso Melhor* (MARTELLI, 2010, p. 219).

Para Paim (2012), o modelo da Promoção da Saúde que está vinculado à elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis a partir do debate dos determinantes sociais da saúde, pressupõe ações governamentais integradas e intersetoriais, articuladas à organização da sociedade. No caso de Recife, a esta direcionalidade somaram-se os componentes da territorialização e do foco nos riscos e necessidade da população, com uso da epidemiologia, da geografia crítica e do planejamento para a definição das ações. Componentes que são característicos do modelo da Vigilância da Saúde (PAIM, 2012).

Desta forma, as evidências apontaram que, em termos da definição do modelo de atenção em Recife: de 2001 a 2008, o sistema se organizou conforme o modelo da Vigilância da Saúde; e de 2009 a 2011, a gestão adota o modelo do Acolhimento, como chama PAIM (2009), ou em Defesa da Vida, como é adotado pelo município.

Para Gil (2006), não há contraposição entre os dois modelos. Para esta autora, o Programa de Saúde da Família, em si já descrito por Paim (2012) e Teixeira (2006) como um modelo de atenção, pauta-se fundamentalmente pelos princípios do Modelo da Vigilância da Saúde mas também utiliza pressupostos do Modelo das Ações Programáticas, no tocante à programação e protocolos, como também do Modelo do Acolhimento, no que diz respeito à organização do trabalho e relações entre os sujeitos (GIL, 2006; PAIM, 2012; TEIXEIRA, 2006).

Em 2009, a mudança de gestão, com eleição do prefeito João da Costa e mudança no secretariado, trouxe também a busca de reconstrução das relações da gestão com os profissionais da equipe, e dos profissionais da equipe com os usuários. Essa prioridade foi concretizada numa proposta de releitura do modelo de atenção e de organização da Atenção Básica. A apresentação da nova proposta começa delineando o problema, em artigo publicado na revista *Divulgação em Saúde para o Debate*, os gestores se propõem a repensar a forma de organizar a atenção no Sistema Único de Saúde (SUS) em Recife, desde os processos mais macro até a micropolítica do trabalho em saúde (COELHO; COUTO, 2009).

Desta forma, investindo na mudança de processo privilegiando os atores envolvidos na construção da saúde, para a produção de sujeitos, propôs-se a ação do Apoio Institucional para a implementação de dispositivos na atenção básica: o acolhimento; o apoio matricial das especialidades, “fortalecendo a clínica através da elaboração de projetos terapêuticos singulares nos casos mais complexos, fortalecendo o vínculo/responsabilização das equipes com os usuários”; fortalecimento das redes de saúde; fortalecimento da clínica compartilhada e ampliação da saúde coletiva no território; implantação de espaços de escuta para usuários e trabalhadores; e uma rede de saúde mental centrada no território, com apoio às ESFs. As mesmas construções de dispositivos são pensadas para a atenção especializada, hospitalar e urgência e emergência. Os autores concluem pela defesa de um modelo de organização do sistema em defesa da vida, pautado na construção de sujeitos que com suas práticas reinventarão os modos de operar o sistema de saúde (COELHO; COUTO, 2009).

Em balanço sobre a experiência de três anos, Coelho (2012) relata, contudo, que a experiência de implantação do modelo não foi homogênea entre as equipes, assistenciais ou gestoras, havendo não apenas movimentos de resistência, como também movimentos autoritários, de imposição do novo modelo como uma prescrição. Além das dificuldades geradas pelas “condições do contexto interno da gestão municipal numa relação difícil com a equipe de saúde, da rede de atenção à saúde na relação com o ideário da saúde pública tradicional e a relação com as proposições neoliberais e modalidades de privatização do SUS”, privatização pensada inclusive no contexto da ação das corporações e grupos de interesse em busca do controle do espaço público (COELHO, 2012).

Também os grupos focais refletem a mudança de modelo com baixa clareza por parte dos trabalhadores. Alguns profissionais, que participaram mais diretamente das intervenções de mudanças puderam relatar e discutir as propostas, mas a maioria relatou confusão quanto à motivação da mudança, ou mesmo magoa em relação a uma posição de ruptura com o trabalho que eles desenvolviam anteriormente.

Nas entrevistas, observam-se duas posições: a primeira de que a mudança de modelo, focando no aprimoramento da organização do trabalho, foi o melhor caminho para o grupo de gestores naquele dado período, diante da inviabilidade, política e orçamentária, da conclusão da expansão e as dificuldades que advinham disto. E também de ressaltar os ganhos com a valorização da clínica, com o apoio institucional e o fortalecimento do acolhimento.

A segunda posição foi de manifestar preocupação com a base excessivamente clínica do desenho, incluindo o foco na demanda, o que desvalorizaria a saúde coletiva e a ação programática sobre as necessidades ou problemas.

Conclui-se que a proposta de recomposição da pactuação com os trabalhadores encontrou por obstáculo o curto espaço de tempo para a revisão dos processos de trabalho. Soma-se a isto o debate da mudança na porta de entrada, já que o Modelo do Acolhimento pauta-se pela demanda espontânea, provocando uma releitura da programação dos serviços, criticada por alguns autores (PAIM, 2012; TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

De forma geral, ressalta-se o clima de incerteza em relação aos processos organizacionais. Clima, inclusive, contaminado pelo contexto político eleitoral e de rupturas de grupos internos à prefeitura e incerteza quanto à permanência dos gestores.

8.2.5 Em relação aos resultados

Os resultados levantados quanto ao desenvolvimento do sistema de saúde foram referentes à produção ambulatorial e hospitalar; e resultados de saúde/doença através de indicadores de mortalidade.

A redução geral da mortalidade por causas sensíveis às condições sociais, com exceção das pneumonias e acidentes de transporte é coerente com os resultados alcançados em relação às condições de vida, saúde e ampliação dos investimentos e assistência à saúde. Esta redução, porém, com persistência ainda de alta mortalidade por causas transmissíveis, não transmissíveis e causas externas, é característica do processo de transição epidemiológica.

Em relação aos homicídios, a expressiva redução entre 2005 e 2010 (34%) acompanha a redução em todo o estado de Pernambuco, e inverte uma realidade anterior em que o Recife se posicionava como 21º lugar em agressões/homicídios entre todos os municípios do país, 1º lugar entre as capitais, com taxa bruta de mortalidade de 196,9/100mil. A redução dos acidentes de transporte no primeiro quinquênio pode estar relacionada ao processo de reorganização do gerenciamento do trânsito, assumido pelo município na gestão 2001-2004.

Os dados de produção ambulatorial do SIAB já foram discutidos no tocante à qualidade da informação. Diante da grande expansão de serviços, espera-se que a redução da produção no período 2005-2010 revele, na verdade, a subnotificação ou não registro da produção dos profissionais da equipe de saúde da família.

Em relação às internações hospitalares, a grande expansão entre 2005 e 2010 da clínica médica e cirúrgica evidencia uma coerência com crescimento da população adulta e idosa, assim como, uma complexificação das necessidades de saúde. Situação inversa é observada em relação à clínica obstétrica, em que a uma redução de 27,3% das internações obstétricas nestes dez anos, apesar do grande crescimento da população adulta jovem e, portanto, das mulheres em idade fértil, revela um cenário de dificuldades para atender às necessidades de saúde da mulher.

Assim também, a redução das internações psiquiátricas e a implantação de residências terapêuticas evidenciam uma nova estratégia de assistência à saúde mental.

A estabilidade da produção na clínica pediátrica pode ser explicada pelo não crescimento da rede hospitalar pediátrica.

8.3 ANÁLISE DOS ATORES: APOIADORES E OPOSITORES

Os atores mais importantes, sem dúvida, na análise da política de atenção básica, compõem o governo, mas serão considerados aqui também os atores institucionais externos, de algum modo vinculados a atores institucionais brasileiros.

8.3.1 Âmbito Nacional

O governo federal teve posição ambígua porque viabilizou a política e a restringiu. Num primeiro momento, ainda na gestão FHC, o saúde da família e sua expansão contemplavam o receituário do MARE. A partir da expansão, já no governo Lula, essa expansão foi incentivada pelo governo, mas os recursos para o Ministério da Saúde, ainda que tenham crescido, não foram os necessários. O presidente, especificamente, no caso de Lula, não demonstrou estar pessoalmente envolvido, e Dilma Rousseff,, em 2010-2011 demonstrou mais envolvimento com a estratégia de UPA.

[na campanha tivemos] várias reuniões, com o próprio Lula, e Humberto Costa, Solla, Odorico, todo esse povo mais perto do PT, e a gente sempre explicou a Lula o que era o SUS. Ele foi constituinte! Mas ele não ligava para isso. Eu acho que ele pensou que era uma agenda que era dada, e quando ele chega no governo eu tenho a impressão que ele deixou com o ministro isso (E6).

O Ministério da Saúde é visto como o ator que define a introdução e expansão do saúde da família no Brasil. Os formuladores da política, que são trazidos para o governo, ou se aproximam, para a sua implementação advogam uma política que se diferencia da proposta do MARE e do Banco Mundial por introduzir os princípios da universalidade e da integralidade, que os dois órgãos não defendiam. De forma que cada “lado” incorporou a ideia de que era a sua proposta a ser implantada e houve uma confluência de interesses.

Se nós olharmos o governo Lula, todos os ministros, sem exceção, inclusive este último, são filhos da reforma sanitária (E6).

Pode-se dizer que, apesar das divergências internas ao movimento sanitário em adotar um modelo defendido pelo MARE, os “*think tanks*” do momento, os teóricos do SUS, estavam envolvidos nessa construção. Por outro lado, relata-se também a resistência do MEC às medidas necessárias de mudança na formação profissional.

Existia, sim, um entendimento do partido que era o gestor do Brasil na época, o PSDB, e portanto, Serra, ministro, identificou e apoiou fortemente a política, realmente vendo os primeiros resultados no início dos anos 2000: o impacto nos indicadores de saúde. Já vinha uma década de Agentes Comunitários, então, se vislumbrou realmente o programa com um potencial de resultado positivo dentro do aspecto saúde e, portanto, houve um apoio...vamos dizer, **importante**, do ministério para a expansão (E1).

O UNICEF claramente foi um parceiro importante, que já estava envolvido na estratégia de atenção à saúde baseada na comunidade a partir de ações voluntárias da Igreja Católica, a pastoral da saúde, que tinha seus agentes comunitários, e do movimento popular, ambos articulados entre si. E participa da construção governamental. O Banco Mundial entra como indutor, ao propor as políticas focalizadoras, com pacote mínimo, e o redirecionamento dos gastos dos serviços hospitalares para a atenção primária, discurso de que o MARE se apropria. Mas o Banco Mundial também entra como indutor que ajuda o movimento sanitário, ao financiar o PROESF. A OMS entra como formuladora que contribui, com o encontro de Alma-Ata, com a sistematização inicial do modelo, e que produz estudos sistemáticos que comprovam sua importância. Não é vista, contudo, como um ator que tenha importância direta na implantação.

Os sindicatos, principalmente os que se envolveram na construção do SUS, apoiaram e apoiam a construção da política de atenção básica e expansão do saúde da família, mas discordam da alternativa inicial no Recife de incorporação dos profissionais. Defenderam o concurso público, discordando de alternativas que têm sido pensadas em outros lugares do país.

[...] primeiro, que o movimento sindical não consegue incluir os médicos dentro de seu processo. Fazer com que eles façam parte dele. [...] Eu acho que por um lado o movimento sindical que sentou para negociar [foi parceiro] (E3).

As entidades médicas em geral, são atores com posicionamentos ambíguos. A maioria das entidades médicas apoia o movimento de construção da política de atenção básica, por estarem envolvidos na construção do SUS e por representar mais espaço de atuação médica. Contudo, representam importante resistência aos desdobramentos necessários à consolidação da política: a expansão e revisão da formação médica e o debate da formação de todos os profissionais de saúde numa lógica de equipe.

De um lado, as entidades médicas, as três entidades médicas, a resistência das entidades... Eu acho que a única entidade médica que se abria para esse processo de discussão era a Sociedade Brasileira de Medicina Geral e Comunitária (E3).

O movimento pela reforma sanitária é um formulador protagonista no processo de construção da agenda e implementação da política. Há posicionamentos internos que são negados pelos gestores do momento inicial, mas que estão claramente postos na literatura, como pode ser visto em artigo de Nelson Rodrigues dos Santos, ao criticar a reação quando discute a recusa governamental ao suporte financeiro ao SUS:

Reação dos atores do SUS: esforços redobrados de inclusão social; medidas racionalizadoras de gastos; elevação de produção/productividade; mais, sinais de predomínio do “incrementalismo” na construção do sistema e arrefecimento ou menor clareza nos processos de mudança estrutural nos modelos de atenção e gestão (SANTOS, 2007).

Dentre os atores que se somam ao Movimento pela Reforma Sanitária, o CONASEMS e o CONASS têm uma atuação bem específica, são atores que participam de todo o processo de formulação e implantação. São descritos como atores que dão legitimidade ao processo e contribuem para a capilaridade do debate, e por isso mesmo, contribuem para o acúmulo político necessário ao desenvolvimento da política. Contudo, não teriam um papel direto na construção da proposta e implantação.

8.3.2 Âmbito Estadual

O governo do estado, como já foi dito, foi visto como um parceiro formal, cujas posturas não favorecem a política municipal, em função da centralização de políticas e de recursos. O governador em 1999-2006 não demonstra interesse pessoal na questão e sua equipe mantém as políticas centralizadoras. O governador em 2007-2010, já no primeiro ano de governo, publica decreto sobre o fortalecimento da política de atenção básica com definição de um incentivo financeiro, que é considerado insuficiente pelos gestores do Recife,

ao mesmo tempo em que atrela o seu recebimento ao cumprimento de metas e compromissos a serem assumidos pelos municípios.

A secretaria estadual é citada como parceira por alguns entrevistados, principalmente a partir de 2007 em que quadros do movimento sanitário, inclusive ligados ao COSEMS, assumiram cargos no novo governo. Contudo, a manutenção da política centralizadora e o processo de constituição das UPA fazem com que o estado seja citado como maior opositor da política de atenção básica no período, pela maioria dos entrevistados e pelos grupos focais.

[...] eu acho que teve duas interferências muito danosas: As UPAS, com as organizações sociais por trás da gestão das UPAS, que vieram para tentar cobrir o buraco, que eles já sabiam que não fariam, mas que ...pautado na queixa conduta, né (DEPOIMENTO – GF1, 2013)?

O cofinanciamento estadual da atenção básica: irrisório em comparação ao que se gasta. A gente gasta em média 65 mil por PSF, por mês, e somando isso [o cofinanciamento], se atingir os indicadores, porque é uma parte per capita e outra por indicadores, daria 7 mil por ano! E muito midiática! Tipo: estou passando o dinheiro, agora a responsabilidade é sua (E8)!

Relatou-se que a adesão imediata de Humberto Costa à campanha de segundo turno de Eduardo Campos se desdobrou na entrada de quadros petistas importantes na saúde pública, no início do governo Eduardo Campos, sob a batuta do secretário de Saúde Jorge Gomes, o que teria impulsionado os debates e formulações para o fortalecimento da atenção básica. Contudo, a saída de Jorge Gomes em meados de 2006, com o então vice-governador João Lyra assumindo a pasta, teria constituído um “freio de mão” nas ações desenvolvidas e uma recomposição interna do governo, que prejudicou o diálogo com os municípios.

Os grupos focais relatam um processo de “adaptação” ou fortalecimento de posturas dos sindicatos diante da expansão e do desenvolvimento da política de saúde, como pode-se apreender da fala: “Eu não acho que influenciou a política, mas foi a política que influenciou a formação dos atores, porque a gente teve a criação da ASTRA, logo no começo” (DEPOIMENTO – GF2, 2013).

A constituição da Mesa de Negociação Permanente, setorial saúde, permitiu que debates fossem travados entre gestão e sindicatos antes de se tornarem conflitos.

Entretanto, a pressão sobre a questão salarial, sobretudo na gestão 2005-2008, que gerou uma diferenciação salarial entre o médico e os demais profissionais, e o desdobramento disso nos embates com categorias de enfermeiros, dentistas, etc., foi um posicionamento de grande impacto na política, pois fragilizou o diálogo com os sindicatos não médicos.

No início do saúde da família, como aconteceu em vários municípios, os profissionais de nível superior eles tinham todos o mesmo status, do ponto de vista salarial. Como houve em Camaragibe, todos os médicos, enfermeiras, nutricionistas,

dentistas, tal, farmacêuticos... A realidade foi mostrando que do ponto de vista financeiro, o município não tinha condição de bancar aquele teto, e foi trazendo então para a questão dos tetos das profissões, aí veio a luta corporativa. Que os médicos terminam...por ser uma categoria bastante corporativa e ter uma tradição muito grande na luta, e um prestígio muito grande no mercado, e a escassez... então, é uma força de trabalho que termina se destacando. Eu acredito, eu penso, que na gestão de Tereza [Campos], por ela ser uma enfermeira, isso criou uma expectativa de que ela, como enfermeira, ela fosse trazer ganhos maiores para a categoria (E9).

Especificamente em relação às entidades médicas, houve o relato, nos grupos focais, de um momento inicial de aprendizado, em que os médicos que já tinham um histórico de defesa da atenção básica, puderam sensibilizar os demais componentes das entidades em relação a essa importância. E que houve uma postura de “dar tempo” à gestão para a implantação da política, por isso as fiscalizações do CREMEPE e as pressões do SIMEPE, que vão se fortalecer a partir do final do segundo mandato de João Paulo (2005-2008) são relatados como tardios em relação aos problemas de infraestrutura.

O Conselho Estadual de Saúde tinha um posicionamento muito firme de questionamento à condução da política de saúde pelo governo estadual até 2006, apesar da perda de quadros políticos importantes a partir de 2001, com a vitória de partidos de esquerda em vários municípios e a convocação desses quadros para o exercício da gestão. A partir de 2006, esse contexto se agudiza, em função da vitória da frente de esquerda também no âmbito do governo do estado, e o conselho estadual, fragilizado, não é relatado com posicionamentos importantes.

Há, contudo, um debate estadual sobre a política de atenção básica, conduzido pelo COSEMS Pernambuco, focado, principalmente na necessidade de ampliação do financiamento federal e estadual, e na questão da disponibilidade e formação dos profissionais. Nesta última questão, documento de posicionamento de 2010 cobra a ampliação da contrapartida estadual e a ampliação de vagas para médicos, de forma interiorizada, além da implantação de uma política de formação permanente.

A Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Básica, instituída nesta gestão, ainda não promoveu o impacto esperado. Por sua vez, a implantação das UPA agravou esse problema por gerar uma grande sedução sobre os profissionais médicos, estimulados por melhores propostas salariais, principalmente os profissionais com vínculo trabalhista precário, o que vem induzindo a sua movimentação tanto na região metropolitana como no interior (SEMINÁRIO DO COSEMS SOBRE ATENÇÃO BÁSICA, 2010).

As universidades são relatadas como parceiras “silenciosas”. Há uma crítica quanto a não exposição dos posicionamentos dos formuladores do SUS que estavam na academia, e quanto à ausência de enfrentamentos públicos mais fortes. As universidades contribuíam para os debates em seminários e encontros, mas sem enfrentamentos, estariam mais na “sala de

aula”. Em paralelo, são pressionadas pelo COSEMS para a expansão de vagas de médicos, interiorização e participação na formação permanente.

8.3.3 Âmbito Municipal

O prefeito a partir de 2001 tem um envolvimento pessoal importante para o desenvolvimento da política em Recife. Por ser um político com origens nos movimentos populares católicos e manter uma prática de aproximação com comunidades pobres organizadas do Recife, o prefeito tomou para si, e retratou isso no discurso, a prioridade da expansão do saúde da família, garantindo, inclusive, o cumprimento da Emenda Constitucional 29 já em seu primeiro ano de governo (2001).

As demais secretarias do município foram parceiras no momento de expansão, em especial nas ações integradas que envolveram intervenções no território. Contudo, relata-se que a partir da segunda gestão do período, 2005-2008, houve uma agudização de conflitos que fragmentou a atuação da prefeitura, conseqüentemente as secretarias assumiram posição indiferente, ou concorrente, com a atuação da saúde no território.

O Forinho, a gente tinha um debate muito grande, e gerou uma dificuldade para o OP em algumas áreas. Os caras começaram a dizer: “Não, esse papel é nosso.” Não existe papel “nosso”. Existe o papel que agrega o valor da participação. [...] A gente chegou a fazer um grande seminário para avaliar a ação no território. Praticamente...o OP boicotou (E8).

Essa fragilização da articulação intersetorial, apesar da forte integração no início da gestão e primeiro mandato do Prefeito João Paulo, também foi relatada no estudo de Cordeiro (2008) e corrobora a análise de Santana et al. (2009), em estudo sobre a intersetorialidade e o PSF em João Pessoa (CORDEIRO, 2008; SANTANA et al., 2009).

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) foi muito pouco citado e teve um papel certamente de legitimação, já que a proposta de expansão foi apresentada e aprovada em Conselho, que foi fortalecido com os debates, a formalização das deliberações nos planos de saúde e a presença constante do gestor principal da saúde.

Os secretários sempre estavam presentes, na gestão de Humberto [Costa] ele foi a todas as reuniões, nas gestões seguintes também, quando o secretário não ia, tinha uma representação importante (E8).

Eu estava me lembrando do fortalecimento dos conselhos e das conferências. A gente tinha conferência municipais de saúde aqui do Recife como a gente nunca teve. E com participação do trabalhador, do usuário (DEPOIMENTO – GF2, 2013).

Da expansão de 20...passou pelo conselho, né? E foi aprovado por unanimidade, mas com as ressalvas de que precisava pensar na qualidade (DEPOIMENTO – GF2, 2013).

O PT local foi fundamental para a articulação da agenda e da proposta, porque agregava formuladores do SUS que inseriram a agenda ainda na campanha, e porque já tinha uma experiência anterior, em Camaragibe, sob gestão do PT. Contudo, o processo de ocupação dos espaços da prefeitura também foi desgastante para o partido, que perdeu peso na possibilidade de apoiar a política.

Então quando a gente percebe que a campanha de João Paulo começa a crescer, então a gente [...] procura Humberto e João Paulo e mostra para eles que tinha um potencial enorme de campanha e de propostas nessa área. E aí, a nossa proposta que ainda foi recebida com muita...de certa forma cética, foi de que todo o PACS da época se transformasse em PSF. [...] a gente consegue levar um pequeno grupo de agentes comunitários para conversar com Humberto e João Paulo. [...] E a gente chega nesse número de 55 equipes. Então a proposta que fica nesse período é de que a gente iria implantar 55 equipes. Esse número de 55, ele vem das áreas que tinham estrutura de PACS com posto (E10).

O partido entrou numa crise institucional do partido, desde o início [da gestão]. Eu acho que o partido perdeu enquanto instituição partidária. Ele começou a só exportar os quadro que passaram a fazer a política a partir do local que estavam. [...] O PT passou de ter fórum, passou de discutir propostas, passou de pensar a cidade, de ser um agente institucional para a população, [...] ele não mais produziu, foi esvaziando... (E8).

Em relação aos profissionais, movimentos distintos são observados ao longo do período. No primeiro momento de expansão há apoio e adesão de todas as categorias. Ao longo do desenvolvimento da política há momentos de conflitos distintos com cada categoria, mas não há perda do apoio à política em si. O relatório de fiscalização do CREMEPE, citado no grupo focal, demonstra a posição de cobrança da adequação das estruturas e não de substituir o PSF por outra lógica.

O ACS é citado como um ator que, sendo o principal legitimador da política junto à comunidade, perdeu espaço ao longo do processo.

O que eu estou percebendo é que tá havendo esse desligamento, deixando o agente comunitário de saúde num canto, que ele não participa mais de reunião, e é importante ele estar lá, tirando ele do foco e isso vai elitizar de novo, vai tornar a visão da saúde hospitalocêntrica. [...] (DEPOIMENTO – GF2, 2013).

Os Sindicatos e Órgãos de Classe foram citados como parceiro das mudanças na fase da expansão, o sindicato dos médicos inclusive, a partir de 2001 começou a se envolver nos debates da atenção básica e incluir médicos de família na sua diretoria. Já o sindicato dos enfermeiros permaneceu silencioso enquanto não houve conflitos diretos da categoria. A partir de um estudo do CREMEPE, em 2010, sobre a situação das USF, no entanto, houve maior pressão sobre a gestão quanto à melhoria de infraestrutura da rede. Para o grupo, estes atores tiveram seu comportamento em relação à política construído de acordo com o desenvolvimento da política, ou seja, sofreram influência muito mais que influíram;

Eu não acho que influenciou a política, mas foi a política que influenciou a formação dos atores, porque eh...A gente teve a criação da ASTRA, logo no começo (DEPOIMENTO – GF2, 2013).

[...] existia, nessa época, na minha visão, muita responsabilidade política dos sindicatos. [...] Entendiam que a política era de tensionamento, mas eu não vi, nesses 4 anos que eu tive no sindicato, nenhum sindicato e órgão de categoria ter a irresponsabilidade política de dizer “É uma bosta, isso tudo aí, vamos botar para lascar...(DEPOIMENTO – GF1, 2013).

Em relação às instituições, também são muito importantes as universidades. São parceiras no desenvolvimento das políticas, como o Programa de Saúde Ambiental, Programa de Eliminação da Filariose, Controle da Dengue, entre outros, com a participação de professores, pesquisadores e estudantes em vários processos. Contudo, há o relato, nos grupos focais, de que a gestão não desenvolveu as estruturas necessárias para uma maior integração com as universidades nos serviços, muitas vezes até proibindo a atuação de profissionais das equipes como preceptores ou articuladores das residências.

Os gestores municipais foram os grandes mobilizadores da expansão. Havia muita clareza da condução do processo, apesar das dificuldades estruturais que surgem no período de 2005 a 2011 e dos conflitos no período dos concursos para as equipes de saúde da família. Um problema relacionado aos gestores foi a rotatividade, ou *turnover*, de gestores no período. O tempo médio de permanência de um secretário de saúde foi de menos de 2 anos (22 meses), de um diretor de atenção foi três meses menor (19 meses), e de um diretor de atenção básica foi de aproximadamente 01 ano (13,5 meses). Tal rotatividade, por mais que as pessoas pertençam ao mesmo grupo político, impede a consolidação de propostas e processos, vulnerabilizando a política.

Os usuários tiveram um movimento de aprovação da política e da expansão, contudo a maior participação se dá via lideranças e movimento popular, que assumem posições diferenciadas, com mais ou menos conflito, mas sempre de apoio ao saúde da família.

E essa atenção primária, com todos esses problemas, é EXTREMAMENTE bem avaliada. [...] A outra marca é de... a coisa da proximidade da casa, que é uma característica da atenção primária. As pessoas percebem que isso é importante. Né? Ao mesmo tempo em que em algum momento também isso desvaloriza (DEPOIMENTO – GF1, 2013).

Portanto, os movimentos populares têm um papel especial na formação da agenda e desenvolvimento da política em Recife, também porque eles já tinham atuação nas comunidades, com agentes populares de saúde. Então, a incorporação da estratégia como política pública é retratada com orgulho e sentimento de paternidade, apesar, da visão de que a institucionalização da ação teria gerado desmobilização dos atores, como o encerramento das atividades do MOPS e PSCA. Alguns estudos retratam a importância desses atores:

O estudo de Queirós e Lima (2012) resgata o histórico de surgimento do Agente Comunitário em Recife, e cita sua relação com o Movimento Popular de Saúde (MOPS), na década de 1960:

No Recife, o surgimento do ACS ocorreu em meados da década de 1960, como resistência e resposta popular diante da grande repressão da ditadura e, também, às precárias condições de saúde da população. O ACS, no Recife, confunde-se com a própria história do Movimento Popular de Saúde (MOPS) (QUEIRÓS; LIMA, 2012).

Um fato deflagrador de sua consolidação teria sido uma enchente do Rio Capibaribe, em 1966, que teria sido motivadora para uma ação comunitária do movimento popular e Diocese Católica (QUEIRÓS; LIMA, 2012).

Nas entrevistas também foram obtidos relatos do que teria sido a primeira experiência em Saúde da Família no Recife:

[...] O Projeto de Extensão Comunitária do IMIP. E a gente já trabalhava, em 1988, com um modelo que se assemelhava bastante ao Saúde da Família, já que o IMIP, com o apoio do UNICEF tinha esse projeto, e que já trabalhávamos com agentes comunitários de saúde, que não tinham esse nome ainda, eram agentes de saúde, e eu trabalhava como pediatra em duas comunidades aqui da cidade do Recife (E1).

[Em 2001] O IMIP tinha um trabalho comunitário antigo, que trabalhava com ONGs, então você tinha a Visão Mundial, tinha vários outros grupos que financiavam os chamados postos comunitários. Então, a gente tinha: Chié, Chão de Estrelas, Santo Amaro, Sítio do Céu, Roda de Fogo, Caranguejo e Vietnã. Eram essas comunidades, na verdade sete (E10).

Nas décadas seguintes, esse movimento continuou, ligado a organizações populares e religiosas. Albuquerque (2003) relata a organização de grupos de agentes comunitários de saúde, com apoio de estudantes de medicina e organização do médico e militante comunista Paulo Dantas; também cita as memórias de Tereza Ramos, líder dos ACS no Recife desde a introdução do programa, da existência de organização semelhante no Morro da Conceição, zona norte do Recife. Também na zona norte da cidade desenvolveu-se o trabalho de educação popular e cuidado em saúde com plantas medicinais, a partir de 1979, do médico, sanitarista e pesquisador gaúcho Celerino Carriconde e sua esposa, a nutricionista Diana Mores (ALBUQUERQUE, 2003).

Uma das entrevistadas deste estudo lembra que estas experiências permitiram ao movimento popular a formulação de um projeto de política pública que foi apresentado ao Ministério da Saúde durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde:

O projeto dormiu lá em Brasília de 1986 até 1991, quando nos fomos convidados a ir..., a gente estava no movimento popular de saúde, o MOPS, e eu fazia parte da coordenação nacional do MOPS, e fomos convidados para uma reunião onde o então ministro Alcení Guerra mostrava para a gente o projeto de implantação do então Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PNACS). Nós ficamos felizes, até, mas quando a gente começou a ler o projeto, a gente começou a perceber que não

era bem aquilo que a gente queria. Um das grandes diferenças era que a nossa sugestão era que o governo absorvesse esses agentes que já estavam treinados, que já estavam trabalhando, fazendo trabalhos em suas comunidades, e eram voluntários. Isso era uma das diferenças, que no programa dele não era, era: “Implanta 10mil agentes de saúde no nordeste a partir de amanhã!” (E5).

Uma característica comum a todos esses movimentos de agentes populares de saúde foi o debate político, a articulação do cuidado em saúde com o debate sobre educação, política e política de saúde. Para Albuquerque (2003), a politização da agenda do movimento popular trazia um conteúdo de unificação em torno da defesa da vida e da qualidade de vida da população: “Essa coisa que unia a todos, o objetivo comum parecia ser a saúde, mas que era, na realidade, a luta contra a ditadura militar.” Abrindo espaço para a leitura de Paulo Freire, clássicos da política e análises de conjuntura (ALBUQUERQUE, 2003, p. 74).

Um desses espaços era o Projeto de Saúde de Casa Amarela (PSCA), articulado com o MOPS, surgido em 1980, a partir do projeto de Celerino Carriconde, e desmobilizado em 1992, após a institucionalização do SUS e do PACS (ALBUQUERQUE, 2003).

O último coordenador do PSCA, Alfredo Costa, viria em 2001 a ser o gerente do Distrito Sanitário de Casa Amarela (DS III) e o primeiro a defender que o Projeto de Educação Popular em Saúde fosse o diferencial da gestão atual na atenção básica (ALBUQUERQUE, 2003, p. 75).

Um importante estudo sobre o desenvolvimento da política de saúde, tanto pela contemporaneidade do início da expansão quanto pelo conteúdo do relato, foi o desenvolvido por Albuquerque (2003), sobre o processo de construção da política de educação popular em saúde, no Recife, a partir de 2001.

Albuquerque (2003) relata que, ainda na gestão 1997-2000, técnicos da vigilância e dos distritos buscaram desenvolver estratégias de educação popular em saúde (EPS), mas não tiveram respaldo institucional. Iniciada a gestão 2001-2004, a articulação se amplia para o Polo de Educação Popular em Saúde e a ocupação dos espaços institucionais se dá com dificuldades, pois, apesar da EPS constar no programa de governo e da sensibilidade dos principais gestores, houve dificuldade em dispor de cargos e infraestrutura para a EPS. (ALBUQUERQUE, 2003).

A autora conclui que os avanços da EPS nos distritos e junto às equipes de saúde da família foram garantidos pelo compromisso dos profissionais, que já tinham ligação anterior com o debate estadual e nacional sobre educação popular em saúde. Ao mesmo tempo, a proposta foi construída em paralelo à política de atenção básica e aos debates da gestão, o que gerou um certo isolamento do grupo e a não conquista de poder político necessário à sua expansão e legitimação. Da mesma forma, as ações desenvolvidas,

[...] não foram incluídas na proposta formas de trabalhar as ações educativas ao nível do atendimento individual, nem formas mais claras de enfrentamento do modelo hegemônico. No fundo, a proposta propunha atuar em paralelo ou mesmo por dentro do sistema vigente, não vislumbrando como a EPS poderia enfrentar esse modelo (ALBUQUERQUE, 2003, p. 160).

Quadro 19: Posição dos Principais Atores Envolvidos.

ATORES	CARACTERÍSTICAS EM RELAÇÃO À POLÍTICA MUNICIPAL PERÍODO DE EXPANSÃO – 2001-2005				
	Envolvimento	Forma de Participação	Interesse	Influência/ Poder	Posição
Governo Federal 2001-2002 e 2003-2005	Elevado	Direta	Elevado	Elevado	Apoio político, técnico e financeiro
OMS/UNICEF	Limitado	Indireta	Elevado	Limitado	Apoio à formulação nacional
Banco Mundial	Elevado	Direta	Indireto	Elevado	Apoio Financeiro
Governo do Estado	Não houve	Não houve	Indiferente	Elevado (recursos/ política)	Ausência dos debates
Prefeito	Elevado	Indireta	Elevado	Elevado	Apoio Político e Financeiro
Secretário de Saúde	Elevado	Direta	Elevado	Elevado	Coordenação e negociação do processo.
Trabalhadores da equipe	Elevado	Direta	Elevado	Elevado	Apoio político e técnico.
Associação dos ACS	Elevado	Indireta	Elevado	Elevado	Apoio político e técnico.
Sindicatos	Elevado	Indireta	Elevado	Elevado	Apoio político e técnico.
ATORES	CARACTERÍSTICAS EM RELAÇÃO À POLÍTICA MUNICIPAL PERÍODO DE REDUÇÃO DA EXPANSÃO – 2006-2011				
	Envolvimento	Forma de Participação	Interesse	Influência/ Poder	Posição
Governo Federal	Elevado	Direta	Limitado	Elevado	Apoio político, técnico e (financeiro- limitado)
OMS/UNICEF	Limitado	Indireta	Elevado	Limitado	Apoio à formulação nacional
Banco Mundial	Não houve	Não houve	Indireto	Elevado	Valoriza o debate macroeconômico
Governo do Estado	Limitado	Indireto	Regular e indireto	Elevado (recursos/ política)	Limitado apoio financeiro
Prefeito	Limitado	Indireta	Elevado	Elevado	Limitação do apoio financeiro
Secretário de Saúde	Elevado	Direta	Elevado	Elevado	Coordenação e negociação do processo.
Trabalhadores da equipe	Elevado	Direta	Elevado	Elevado	Redução do apoio político e resistência à gestão
Associação dos ACS	Elevado	Direta	Elevado	Elevado	Apoio político e técnico.
Sindicatos	Elevado	Indireta	Elevado	Elevado	Redução do apoio político e resistência à gestão

Fonte: Autora.

Nota: Adaptado de Lyra, 2009.

8.4 ANÁLISE DO PROCESSO: DESENVOLVIMENTO DA POLÍTICA

Inicialmente a política de atenção básica do Recife foi caracterizada segundo critérios propostos, detalhados na metodologia. Em seguida, construiu-se um desenho de abertura de janela de oportunidades utilizando o modelo de múltiplos fluxos de Kingdon (2011).

8.4.1 Quanto à Caracterização da Política

Para a caracterização geral da política, utilizou-se o roteiro já descrito na metodologia, buscando identifica-la a partir do tipo de formulação e implantação, de sua inserção no conjunto de políticas locais e a forma de sua implementação.

8.4.1.1 Quem decide a formulação e implementação

Considerando a conceituação entre o que seria uma política pluralista ou elitista, pode-se afirmar que a política de atenção básica no Recife teve um processo de implementação pluralista, dada quantidade de atores, coletivos e individuais, que se envolveram ao longo do processo.

Para Walt (1994), o pluralismo se baseia no ideário da democracia liberal, em que os direitos fundamentais e políticos do cidadão garantem o seu acesso ao governo, mesmo que seja apenas através do voto; em que é possível exercer controle sobre as ações do Estado, através da organização da sociedade, considerando inclusive que os conflitos de interesse estão dentro da estrutura estatal; e em que uma elite em particular não domina o processo durante todo o tempo, mas há também uma pluralidade de elites que disputam espaço (WALT, 1994).

Nesse sentido, torna-se coerente se aproximar da visão de Lindblom, que concluiu que as questões de política pública se dividem em duas categorias: as que reportam a questões ordinárias da política, e as que constituem as grandes questões estruturais da política. As primeiras seriam espaço de grande participação, já as segundas, estariam restritas, com fraca participação.

Desta forma, as definições e condução das questões relativas à operacionalização da política de atenção básica no Recife, tiveram, ao longo de todo o processo, ampla participação, de entidades, movimentos populares, sindicatos, profissionais de saúde, grupos de acadêmicos ou mesmo de grupos de gestores, cujas visões diferenciadas influíram em

como a política se conformou. Contudo, as definições quanto a recursos financeiros e técnicos administrativos, incluindo a possibilidade de continuidade da expansão, foram definidas no âmbito da gestão, e de forma restrita ao gabinete do prefeito, do gestor orçamentário-financeiro e do gestor da saúde.

8.4.1.2 Como é implementada

No modelo Tradicional ou *Top-down*, a política é recebida pronta e sua aplicação não deverá influenciar a sua formulação ou implementação, no modelo participativo ou *bottom-up*, o implementador tem papel importante na implementação e podem redefinir objetivos e mudar os caminhos da política (WALT, 1994).

Nesse sentido, não se pode dizer que a política de atenção básica é totalmente *Top-down*, mesmo que haja forte indução nacional, inclusive atrelando o formato da política aos incentivos financeiros. Embora o modelo nacional possa ser chamado de *top-down*, as políticas locais, em uma política municipalizada como o SUS e quando há opção dos gestores em exercer suas competências, influem na conformação da política, aproximando-se do modelo *bottom-up*. No caso de Recife, a associação da atenção básica às políticas de Saúde Ambiental e de fortalecimento da territorialização, entre outras, definiram um desenho muito próprio de atenção básica.

Essa capacidade de criar um desenho local foi fortalecida e expressa novamente, quando da implantação de um novo modelo de atenção, em 2009, que definiu um novo formato de organização do trabalho para a estrutura tradicional custeada e normatizada pelo Ministério da Saúde.

8.4.1.3 Extensão da Política

Uma tipologia utilizada para caracterizar a extensão da política pública é a distinção entre alta política (*high politics*) e baixa política (*low politics*), utilizando por empréstimo termos do campo das relações internacionais. Busca caracterizar políticas mais restritas aos governos (*high politics*), por se referirem a questões que envolvem valores fundamentais e objetivos de longo prazo, com repercussão nas políticas econômicas e política geral; e políticas mais abertas (*low politics*), que não dizem respeito a questões chave para o Estado e que têm maior potencial de participação e influência por diversos grupos de interesse (ARAÚJO JÚNIOR, 2000; WALT, 1994).

Walt (1994), aproximando a discussão do vocabulário das políticas públicas, descreve a alta política como sistêmica ou macro política, e a coloca no campo de governabilidade dos governos federal, estadual e municipal; e descreve a baixa política como setorial ou micro política, sendo espaço de atuação dos gestores da saúde (ministros e secretários) e instituições diversas envolvidas no processo da política. A autora ressalta que se trata de uma caracterização circunstancial, o que surge como setorial ou low politics pode se converter numa questão sistêmica ou macro política em função da ação de interesses ou do seu impacto a longo termo (WALT, 1994).

Nesse sentido, revisão de Gottems (2013), sobre a utilização da análise de políticas públicas aplicadas ao setor saúde, reforça a posição dupla em relação às políticas de saúde:

Mannheimer e colaboradores (2007) usaram conceitos de *high politics* referindo-se a questões politicamente priorizadas; definiram como *low politics* as questões para as quais se confere pouco peso na coordenação global das políticas; e fortaleceram o argumento de Kingdon de que, embora a saúde figure como universalmente importante no setor público, raramente aparece entre as questões da alta ou macropolítica (GOTTEMS, 2013).

Pode-se, portanto, diante do impacto das definições macro políticas sobre a construção da atenção básica, afirmar que se trata de uma política setorial em sua formulação e implementação, e sistêmica na definição na definição de sua inserção nas macro políticas estruturantes do Estado, em seus três níveis de governo, no caso do Brasil. Em se tratando da opção de Recife, em que ela foi pensada, no período analisado, como uma política articulada e articuladora de políticas integradas municipais, ousa-se afirmar que ela foi pensada inicialmente como sistêmica, embora, ao longo do período, as fraturas políticas da gestão municipal tenha reduzido sua magnitude, tornando-a setorial.

8.4.1.4 Tipo de Política (Resultados)

A política de Atenção Básica é claramente uma política redistributiva, na medida em que seu alto custo, pela necessidade de investir em infraestrutura e contratação, e de custear um grande número de serviços, com aporte de insumos, medicamentos e manutenção em geral, incluindo educação permanente e modernização, esse alto custo implica na redefinição orçamentária. Segundo Araújo Júnior (2000) este tipo de política é sempre fortemente contestada pelos grupos que consideram estar perdendo recursos com esse redirecionamento orçamentário (ARAÚJO JÚNIOR, 2000).

Alguns estudos apontam o caráter do PAB como política redistributiva, uma vez que sua história tem demonstrado maior equidade na distribuição de recursos diante da heterogeneidade dos municípios brasileiros. Sustentam ainda a ideia de que a

indução foi significativa, sobretudo para os municípios de menor capacidade instalada para a oferta de atenção ambulatorial básica (PORTELA; RIBEIRO, 2011, p. 1720).

A política também pode ser citada como regulatória, em função do papel que exerce sobre o restante da rede de atenção, assumindo papel estruturante do sistema municipal de saúde.

8.4.1.5 Relação entre níveis de governo

A relação entre níveis de governo é complexa, pois tanto assume o caráter Bilateral, considerando que o município é o principal executor e as responsabilidades são partilhadas pelos três entes federados, como pode assumir o caráter de política Centralizada, já que a União exerce controle orçamentário, através de repasses e incentivos que são fundamentais à política, além de forte ação normativa sobre os municípios.

8.4.1.6 Estratégia de enfrentamento de obstáculos

Ao longo do processo de implantação e desenvolvimento da política de atenção básica no Recife, a principal forma de relação com os outros atores, pela gestão, foi de cooperação. Contudo relata-se a cooptação de atores, principalmente a partir do segundo mandato e principalmente em relação ao movimento popular. Os conflitos aconteceram, mas não foram retratados como estratégia da gestão.

8.4.1.7 Disponibilidade de Recursos para a implementação

a) **Recursos Políticos:** Os recursos políticos foram abundantes no início do processo, com a mobilização gerada pela vitória eleitoral do grupo e mudança de governo, com alta adesão da sociedade organizada e entidades profissionais, com apoio do governo federal a partir de 2003; contudo, esses recursos se escasseiam ao longo do período, em virtude de fraturas internas e mudanças no grupo político. Também surgem novas prioridades do governo federal, como o investimento nas UPA e o debate de redes de atenção, que gerou investimentos para a estruturação de pontos de atenção da média e alta complexidade, como a Rede de Urgência e Emergência (RUE), a Rede Cegonha e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), entre outras;

- b) **Recursos Financeiros:** Houve expansão da disponibilidade de recursos financeiros em volume significativo e favorável à expansão da atenção básica no período de 2001 a 2004, em função da adequação à emenda constitucional 29. Após essa fase, a partir de 2005, os acréscimos surgem a partir de incentivos muito específicos e direcionados, o que é um fator limitante da expansão. No Recife, a contrapartida municipal, que chegou a 15,14% em 2004 se manteve flutuante em torno dos 15%, diferentemente da maioria dos municípios brasileiros, inclusive capitais, que tiveram o mínimo constitucional como piso e ampliaram suas contrapartidas.
- c) **Recursos Administrativos:** foram relatados dois problemas principais em relação aos recursos administrativos: primeiro a frágil estrutura administrativa e de gestão, com pequenas equipes de trabalho e baixa estrutura tecnológica e que, apesar de ter sido ampliada ao longo do período, não acompanhou a expansão e complexificação da rede de serviços; segundo, grandes dificuldades na condução administrativa, em termos de licitações e compras, em termo da distribuição de materiais e manutenção física da rede, e em termos das limitações legais, como o limite de contratação de pessoal. Apesar disto, a expansão de recursos nos primeiros anos, minimizou, naquele período, as fragilidades administrativas, que ficaram expostas quando o aporte de recursos novos foi reduzido.
- d) **Recursos Técnicos:** Os recursos técnicos são disponíveis ao longo de todo o processo. Do ponto de vista de formulação, a proposta contou com a defesa de sanitaristas dos centros formadores e de pesquisa locais, bem como de quadros nacionais do movimento pela reforma sanitária. Apesar de divergências pontuais e ocasionais, todos defendiam uma forte atenção básica. Do ponto de vista administrativo, as limitações eram maiores, como já foi descrito.

8.4.1.8 Concepção de Políticas Públicas (*rationale*)

Em seu estudo sobre a reforma do setor saúde no Brasil, Araújo Júnior (2000) acrescenta às possibilidades de abordagem racional, incremental e mista, uma abordagem estratégica, que “é uma tentativa de especificar aquelas abordagens que se concentram na questão de fazer as políticas viáveis”. Desta forma, não seria uma abordagem mista no sentido de ter momentos e abordagem racional e momentos de abordagem incremental, mas no sentido de utilizar a formulação mais adequada tecnicamente à resolução do problema (racional), de forma a aproveitar o acúmulo de experiências (incremental), no sentido de

garantir uma ação estratégica de viabilidade da política. Neste perfil, enquadra-se a política municipal de atenção básica do Recife (ARAÚJO JUNIOR, 2000, p. 70).

8.4.2 Aplicação dos Múltiplos Fluxos de Kingdon

Para complementar a análise do processo, optou-se por seguir o Modelo de Múltiplos Fluxos, de Kingdon, que foi utilizado com bons resultados por Lyra (2009) para a análise do Programa de Saúde Ambiental (LYRA, 2009).

Várias evidências levantadas reportam ao Modelo de Múltiplos Fluxos. A rotatividade dos gestores e outros atores, por exemplo, é citada por Kingdon (2011) como um dos fatores que justificam a ambiguidade na tomada de decisões, junto com a baixa clareza quanto aos resultados advindos da política proposta e a indefinição das tecnologias disponíveis para a operacionalização da proposta (KINGDON, 2011; GOTTEMS, 2013).

Gottens (2013), em análise dos estudos publicados entre 1994 e 2009 com foco na aplicação do Modelo de Múltiplos Fluxos na análise de políticas de saúde, selecionou 12 estudos. Para esta autora, a aplicação do modelo de Kingdon demonstrou adequada aplicabilidade em diferentes sistemas políticos e em análises de períodos prolongados. Conclui por quatro eixos de contribuição do modelo:

- 1) no estudo da macropolítica e sua influência nas políticas setoriais; 2) na análise das influências das relações intergovernamentais e dos governos com a sociedade civil na formação da agenda; 3) no exame da atuação dos atores e empreendedores na implantação da política; 4) no estudo dos processos decisórios dos governos locais e nacionais (GOTTEMS, 2013, p. 518).

Contudo, avalia que se trata de um caminho analítico com foco nos atores, com desenvolvimento descritivo e baixa capacidade prescritiva, motivo pelo qual sugere a combinação de métodos, para ampliar o potencial analítico. Em um dos estudos analisados por Gottens (2013), referente a desigualdades sociais na saúde no Reino Unido, os autores concluem pela competição entre as prioridades de agenda nacional e local (GOTTEMS, 2013).

O desdobramento deste estudo de Gottens (2013) foi a análise, pela autora, da política de atenção primária no Distrito Federal, no período de 1979 a 2009, concluindo que a inserção na agenda foi fruto, ao longo do tempo, da atuação de lideranças locais, das mudanças da formulação da política no nível nacional e as crises políticas locais, com variações diferentes no período. Observou ainda três fatores que vêm interferindo no desenvolvimento da política:

as relações intergovernamentais; a acomodação de grupos de interesses; e a baixa legitimidade social e difusão da proposta (GOTTEMS, 2010).

Como neste estudo, Gottens (2010) identificou no Distrito Federal o problema da gestão do trabalho e da perda da viabilidade de expansão em função da necessidade de grandes contingentes de profissionais, sem que houvesse a capacidade de contratação e custeio, além de fragilidades administrativas (GOTTEMS, 2010).

Nesse sentido, torna-se importante identificar as fragilidades da política de atenção básica do Recife e associa-las ao contexto dos fluxos de problemas, soluções e clima político, e que, a partir das evidências levantadas, podemos citar como:

No âmbito nacional:

- a) O conflito entre políticas estruturantes do SUS e políticas focalizadoras, racionalizadoras de custos;
- b) A ausência de prioridade orçamentária para a saúde e, dentro da saúde, para a atenção básica;
- c) As limitações de formação e contratação de profissionais, em especial de médicos ;e,
- d) A competição com políticas inseridas em um desenho hospitalocêntrico, como as UPA;

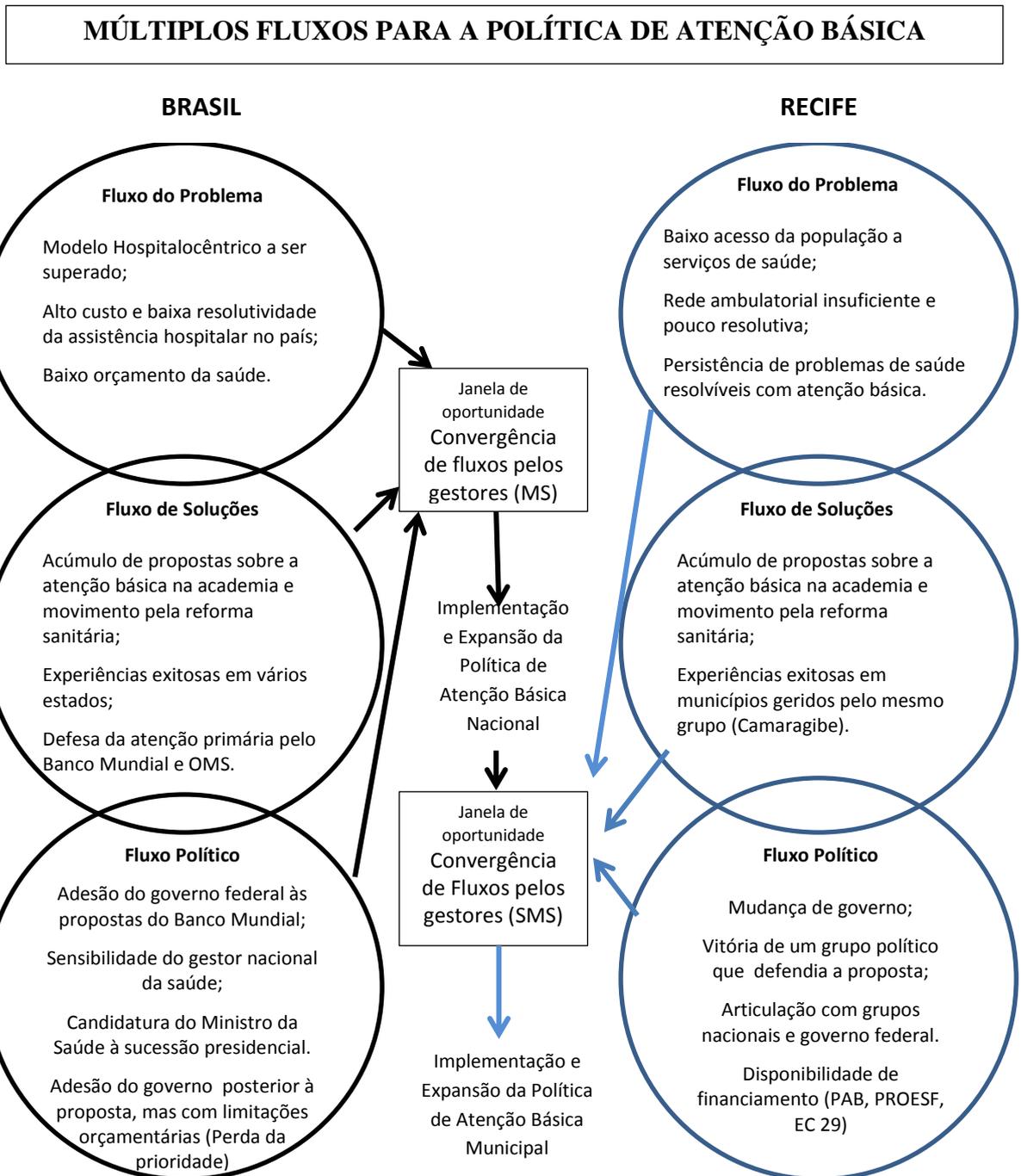
No âmbito municipal:

- a) A interrupção do crescimento orçamentário para o setor;
- b) O concurso (2007-2008) como momento de ruptura das relações entre trabalhadores e gestão;
- c) As dificuldades administrativas de custeio e manutenção;
- d) Os conflitos entre grupos políticos dentro da prefeitura;
- e) A rotatividade de atores, em especial profissionais e gestores; e
- f) As mudanças na solução, ou na formulação da política.

8.4.3 Desenhando os Fluxos

Partindo do debate com a literatura e as evidências levantadas, fez-se um desenho da abertura da janela de oportunidade para a expansão da atenção básica em dois níveis distintos, o nacional e o local, pois embora haja uma aproximação temporal, já que a janela de oportunidade nacional contribuiu para a janela de oportunidade local, são confluências distintas.

Figura 8: Fluxos nacionais e locais para a expansão da Atenção Básica.



Fonte: Autora. Adaptado de Capella (2007).

Conclui-se, portanto, em relação aos fluxos tanto nacional como local, que o fechamento da janela de oportunidade se deu em função da mudança de conjuntura política. Ao governo federal de FHC e José Serra interessava a implantação porque fazia parte da reforma do Estado e tinha forte impacto político sobre a população. No governo federal de Lula e diversos ministros expressa-se a ambiguidade de defender sem priorizar. Em Recife, no governo municipal de João Paulo, primeiro mandato, havia recursos disponíveis livremente, em função do cumprimento da Emenda 29, adesão do prefeito e colaboração entre os atores. No segundo mandato de João Paulo e na gestão de João da Costa, a manutenção da prioridade depende de priorização orçamentária, o que não acontece, além da redução de apoio de vários atores, como os próprios profissionais, em função das mudanças geradas pelo concurso.

Portanto, sem a priorização orçamentária, e o enfrentamento de limitações administrativas, como a formação e contratação de profissionais, a proposta, implantada parcialmente, paulatinamente perderá a legitimidade conquistada. Hoje o sistema público de saúde brasileiro vive um momento crucial no seu desenvolvimento e na sua definição futura: satisfazer-se com a situação atual e restringir seu âmbito de atuação, com prestação de assistência à saúde a um universo populacional com menor poder aquisitivo e/ou que residam fora das grandes e médias cidades, onde, por questão de economia de escala, não justifique o investimento do setor privado; ou atingir a universalidade de fato, com o Sistema Único de Saúde. Para seguir o segundo caminho, o Estado brasileiro deve sair do atual patamar de 3,77% do Produto Interno Bruto (PIB), sendo menos da metade de gastos federais (44,68%) segundo dados de 2010 do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2012), e atingir o nível de financiamento de sistemas públicos universais, como Espanha, Canadá, Reino Unido e Suécia, que investem não menos de 8% do PIB na saúde (BRASIL, 2012; IPEA, 2012).

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

9.1 EM RELAÇÃO À POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA

Findo o levantamento e consolidação de argumentações, volta-se à pergunta de pesquisa: **Como se apresentou a configuração da Atenção Básica em âmbito municipal, identificando obstáculos e potencialidades relacionadas à consolidação da política de atenção básica no período de 2001 a 2011?**

O avanço do sistema municipal de saúde do Recife no período é incontestável, houve expansão de rede e melhoria nos indicadores de saúde: Redução da mortalidade infantil, redução geral da mortalidade por causas sensíveis às condições sociais, o controle da filariose, redução da incidência de dengue; implantação de programas inovadores e de fortalecimento da política de saúde, entre outros resultados, deixam claro a melhoria do sistema como um todo.

A própria expansão da cobertura do saúde da família de 6,1% para 54,9% foi importantíssima em vários sentidos: na questão da cidadania e garantia de acesso ao direito da saúde, na questão da estruturação do sistema, na questão de constituir uma estratégia de atenção básica. Nesse sentido, o município constitui uma alternativa até então inexistente.

Mais que a garantia de acesso ao sistema O desenvolvimento do Programa de Saúde Ambiental e do Programa da Academia da Cidade expressam uma construção sistêmica e articulada às demais políticas públicas municipais. Não é a toa que o PPA 2002-2005 foi intitulado Recife Cidade Saudável, e a saúde tem participação direta em três dos oito programas integrados prioritários do governo municipal. A construção da política de saúde envolveu formuladores que discutiram desde a geografia crítica até as mais recentes discussões de redes sociais, passando, de forma transversal, pelo debate da gestão democrática e participativa. A proposta produzida e as ações que foram iniciadas ainda no fervor da vitória eleitoral, eram partilhadas pela gestão, articulando-se com o planejamento, os serviços públicos de outras ordens, a política ambiental, cultural e de lazer. E a política de atenção básica foi formulada como base e orientação dessa política, pautada no território e nas ações integradas, sendo, portanto, uma política para a cidade, deslocada do âmbito setorial e conduzida à configuração de política sistêmica.

A política de atenção básica em implantação, portanto, configurou-se como uma política baseada no saúde da família e coerente com suas especificidades de adscrição, equipe multiprofissional, território e responsabilização. Trata-se de uma política setorial com forte

potencial de articulação com as políticas sistêmicas, foi constituída como uma política pluralista, redistributiva, regulatória, implementada majoritariamente segundo o modelo *bottom up*, bilateral ou trilateral na relação com os demais níveis de governo; uma política que utiliza majoritariamente a estratégia de pactuação e não de conflito com os atores envolvidos, e que se insere numa abordagem estratégica de formulação e implementação, incorporando a abordagem racional e a incremental com vistas à viabilidade da política.

Também se observou uma confluência bastante favorável no período de 2001 a 2005, de: disponibilidade de recursos orçamentários, apoio e participação de diversos atores locais; envolvimento dos gestores principais (prefeito e secretário), incentivo do governo federal, e clareza da proposta. Essa confluência favorável permitiu grandes avanços na expansão e organização da atenção básica, mas se dissolveu antes que a cobertura garantisse acesso a, pelo menos, toda população usuária exclusiva do SUS. A dissolução ocorreu basicamente pela redução de recursos orçamentários, mas também influíram a mudança na relação com os profissionais, em função de uma maciça substituição após o concurso, mudanças na correlação de forças políticas partidárias, reduzindo a prioridade da política, e a grande rotatividade de gestores, com mudanças no processo de gestão.

Nesse sentido, a ousada proposta original de garantia de acesso à atenção básica para 100% da população do município, com a leitura de que este é o caminho para a consolidação dos princípios do SUS e legitimação do sistema como política de garantia de direitos, foi inviabilizada para este momento.

A não permanência da política como prioridade para os investimentos governamentais das diversas ordens também expressa a sua vinculação a problemas considerados secundários, embora altamente valorizados na discussão dos principais problemas da sociedade. De fato, o não acesso a serviços de saúde e fragilidade dos sistemas de saúde é uma pauta prioritária para a maioria da população, mas se trata de uma maioria com baixo poder de verbalização de suas prioridades. A oportunidade de elevar a questão da atenção básica à uma questão prioritária, surgiu, portanto de uma confluência de circunstâncias, já citadas, que incluem gestores vinculados a formuladores, ou eles mesmos formuladores, defensores da política.

Tal percepção nos levou ao interesse pela aplicação da ideia dos múltiplos fluxos de Kingdon, cujo uso se adequa ao problema. Contudo, é possível identificar conjunturas distintas, ainda que articuladas, de favorecimento da política no nível nacional e local, o que nos levou a sugerir uma dupla janela de oportunidades.

Diante das questões levantadas ao longo da pesquisa, ressaltam-se algumas questões:

- a) Da consistência e legitimidade da política:** A formulação da política de atenção básica no Recife e sua implementação no período foram consistentes e coerentes com as necessidades de organização do sistema municipal de saúde e com as necessidades da população, compondo uma estratégia democratizante e redistributiva de política pública. Contudo, ao longo do processo a descontinuidade do discurso de seu modelo organizativo e a inserção da estratégia concorrente da UPA reduziu a clareza de seu desenvolvimento, implicando em redução da legitimidade frente aos trabalhadores e usuários, e mesmo por algumas parcelas de gestores, o que não reduziu o nível de prioridade conferida por estes atores à política em questão;
- b) Da janela de oportunidade e correlação de forças locais:** Fica claro que o grande crescimento e o desenvolvimento da atenção básica no Recife sofreram os reflexos das oportunidades nacionais e locais. A janela nacional decorreu da confluência da proposta neoliberal, apoiada pelo conjunto dos atores do governo, com as formulações mais estruturantes da base do SUS, ainda que necessariamente prevendo desdobramentos que não estavam o discurso neoliberal. Contudo, a eleição de 2000 em Recife gerou uma “janela” local em que o discurso e a formulação de seus desenvolvedores abriam espaço para a visão de que uma correlação de forças municipal poderia garantir a sustentabilidade da política. Isso é percebido no discurso da construção da Cidade Saudável, das ações integradas, da inversão de prioridades, do pioneirismo de algumas ações (PSA, SAMU, Academia da Cidade) e estratégias pensadas (equipe de retaguarda, modelo da margarida), do cumprimento da EC29 independentemente de sua regulamentação, o que nem todos os municípios estavam fazendo; e da desprecarização dos vínculos trabalhistas. Então, o fato da sustentabilidade da política ter se tornado vulnerável à condução nacional, sem excluir o peso da política nacional, implica que também houve fechamento ou bloqueio da janela de oportunidades local, claramente pelo (re)fluxo político;
- c) Da vulnerabilidade da Política Pública:** a interrupção da expansão de acesso à atenção básica, fundamental à sua consolidação e à organização do sistema de saúde, traz ao debate duas vulnerabilidades. A vulnerabilidade da política pública enquanto garantia de direito de cidadania, que por ser estrutural, como a atenção básica, não deveria estar a mercê de conjunturas e espera de “momentos”, ou de diálogos impossíveis entre gestores dos entes federados. A fragmentação de políticas tão estruturantes em função do fluxo político nos remete à persistência de estruturas públicas pautadas no coronelismo e no patrimonialismo, em que o direito do cidadão é apenas mais uma moeda. E a vulnerabilidade do sistema

nacional de saúde que, diante da fragilização da atenção básica, vê-se novamente diante da resposta do pronto atendimento, da atenção hospitalocêntrica que, já de muito, sabe-se ineficaz e insustentável a médio e longo prazo, que é representada pelo modelo das UPA. A atenção básica, como proposta, é fruto de décadas de debates e experiências quanto ao acesso à saúde. E de seu encontro com a produção teórica do campo da saúde coletiva brasileira (um encontro conturbado e fecundo), surge como estratégia ordenadora do SUS, como um importante caminho para a universalidade, a integralidade e a equidade de um sistema nacional de saúde brasileiro, pautado no modelo de seguridade social e na promoção da saúde. Sua inviabilidade põe em questionamento o alcance dos princípios do SUS e a própria proposta de um sistema universal no Brasil.

9.2 EM RELAÇÃO AO DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO

9.2.1 Do uso da análise de políticas públicas

O propósito deste estudo foi analisar a política de atenção básica em Recife, em seu momento de formulação, implantação e expansão. Para tanto, a utilização da abordagem abrangente proposta por Araújo Júnior (2000), a partir da abordagem de Gill e Watson, foi adequada e bastante favorável ao aprofundamento do processo de coleta de evidências e análise, pela sistemática de direcionamento ao contexto, aos atores, ao conteúdo e ao processo de desenvolvimento da política. O formato é conduzido, portanto, para que se reduza possíveis privilégios de um componente da política sobre o outro, permitindo uma visão mais ampla do tema em análise.

O método também permite que o pesquisador opte por ferramentas analíticas diversas, de acordo com a natureza das informações e com o acúmulo de experiências do pesquisador, agregando-as em sua análise final.

Buscou-se, neste estudo, seguir em sua maior parte as ferramentas analíticas já propostas por Araújo Júnior (2000), introduzindo-se algumas ferramentas utilizadas em estudos semelhantes, como o de Lyra (2009), no caso da matriz síntese de análise dos atores, e de Gottens (2010) e Lyra (2009), na aplicação do modelo de múltiplos fluxos de Kingdon.

Por fim, considera-se que a abordagem utilizada permite confluir modelos distintos de análise de políticas públicas, com enfoques distintos, de forma a potencializar a capacidade analítica adequando-a à natureza do estudo, o que é importante na análise de políticas públicas estruturantes de sistemas de políticas públicas, como é o caso da atenção básica.

9.2.2 Das limitações do estudo

Algumas limitações foram encontradas em relação ao levantamento de evidências. Da inconsistência dos sistemas de informação ambulatorial, em especial do SIA, derivou a fragilidade da análise em relação à produção ambulatorial, que seria um importante indicador da evolução dos atendimentos na atenção básica.

Do caráter de mobilização ideológica gerada pela adesão ou não às propostas de atenção básica, derivou a necessidade ampliar as fontes de coleta, em função da reatividade à exposição de algumas informações. Embora, as evidências levantadas tenham demonstrado coerência entre si e consistência de conteúdo na comparação entre as fontes, a ampliação do levantamento em estudos de aprofundamento sobre questões específicas, como a inserção dos profissionais, por exemplo, poderão esclarecer algumas questões postas de forma mais panorâmica neste estudo.

Por fim, a expansão da atenção básica permanece um desafio local e nacional, em especial quando se considera a introdução de propostas concorrentes, como a UPA. Esta última tem se revelado danosa ao sistema de saúde, por competir em prioridade e recursos com a atenção básica, por gerar quebra de fluxo assistencial em relação aos hospitais de maior complexidade, e por revalorizar a velha estratégia hospitalocêntrica, centrada no pronto atendimento como porta de entrada, que o SUS vem combatendo.

O próprio perfil da política a caracteriza como uma política vinculada à participação e à concepção de um Estado Democrático de Direito, estruturante de um sistema público de saúde que se propõe universal, integral e equânime. Aos cidadãos de Recife, destinatários da expansão e seus resultados e desdobramentos, cabe a disputa contínua pela construção de novas oportunidades política, sobretudo, de garantia dos direitos de cidadania, entre eles a saúde.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L. Atenção Primária e o processo de trabalho em saúde. **Informe-se em Promoção da Saúde**, Rio de Janeiro, v. 3, n.1, p. 1-3, 2007. Disponível em: <www.uff.br/promocaodasaude/informe>. Acesso em: 15 jan. 2012.

AFINANDO o programa de Dilma. **Diário de Pernambuco**, Recife, 5 jan. 2010. Caderno Vida Urbana. Disponível em: <<http://www.old.pernambuco.com/anteriores/2010/01/05/index.html>>. Acesso em: 10 mar. 2013.

AGUIAR, R. A. T. **A Construção Internacional do Conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) e sua Influência na Emergência e Consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil**. 2003. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

ALBUQUERQUE, P. C. **A Educação Popular em Saúde no município de Recife-PE: em Busca da Integralidade**. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2003.

ALBUQUERQUE, M. S. V. et al. Equidade e inclusão de grupos sociais na política de saúde: o caso do Recife, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 11, n. 1, p. 73-82, mar. 2011.

ALBUQUERQUE, M. S. V. et al. Regulação assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 223-236, mar. 2013.

ALMEIDA, C.; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do SUS em nível local**. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1727-1742, ago. 2008.

ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010.

ALVES, P. C. **Desafios à integração no SUS: Uma Análise da Rede de Atenção à Saúde da Mulher em Recife**. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2011.

ARAÚJO JÚNIOR, J. L. C. **Health Sector Reform in Brazil, 1995-1998**. Projeto de Tese (Doutorado) - University of Leeds, Leeds, 1997.

ARAÚJO JÚNIOR, J. L. C. **Health Sector Reform in Brazil, 1995-1998**. An Health Policy Analysis of a Developing Health System. 2000. Tese (Doutorado) - University of Leeds, Leeds, 2000.

- ARAÚJO JÚNIOR, J. L. C.; MACIEL FILHO, R. Desenvolvendo uma estrutura operacional para a análise de políticas de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 1, n. 3, p. 203-221, set./dez. 2001.
- ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, mar./abr. 2007.
- AZEVEDO, A. L. M. **Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada**. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.
- BAHÉ, M. Derrota festejada como vitória. **Diário de Pernambuco**, Recife, 8 out. 2002. Política. Disponível em: <<http://www.old.pernambuco.com/antiores/2002/10/08/index.html>>. Acesso em: 10 mar.2013.
- BARBOUR, R. **Grupos Focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- BARRETO, M. N. S. C. **Acesso aos medicamentos para tratamento de hipertensos e diabéticos assistidos nas unidades de saúde da família do município de Recife-PE**. 2012. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.
- BERTONCINI, J. H.; PIRES, D. E. P.; SCHERER, M. D. A. Condições de Trabalho e Renormalizações nas Atividades das Enfermeiras na Saúde da Família. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, supl.1, p. 157-173, ago. 2011.
- BERTRAND, J. T.; BROWN, J. E; WARD, V. M. Techniques for analyzing focus group data. **Evaluation Review**, Beverly Hills v. 16, n. 2, p. 198-209, Apr. 1992.
- BESSA, S. João da Costa é Prefeito. João Paulo faz sucessor. **Jornal do Commercio**, Recife, 06 out. 2008. Política. Disponível em: <<http://jconlinedigital.ne10.uol.com.br/web/>>. Acesso em: 11 mar. 2013.
- BORGES, S. PT cresce e consolida liderança na oposição. **Diário de Pernambuco**, Recife, 08 out. 2002. Política. Disponível em: <<http://www.old.pernambuco.com/antiores/2002/10/08/index.html>>. Acesso em 10 mar. 2013
- BORGES, S. Humberto é indiciado e reage acusando complô. **Jornal do Commercio**, Recife, 26 ago. 2006. Política. Disponível em: <http://jconlinedigital.ne10.uol.com.br/web>. Acesso em 11 mar. 2013.
- BRANDÃO, H. P. et al. Gestão de desempenho por competências: integrando a gestão por competências, o balanced scorecard e a avaliação 360 graus. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 5, p. 875-898, set./out. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 692/GM de 25 de março de 1994. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 60, 29 mar. 1994. Seção 1, p. 108.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Pacto de Indicadores da Atenção Básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n. 2, p. 221-224, jun. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1886/GM de 18 de dezembro de 1997. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 247-E, 22 dez. 1997. Seção 1, p. 11.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.925/GM de 13 de novembro de 1998. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 220, 17 nov. 1998. Seção 1, p. 8.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 61, 29 mar. 2006. Seção 1, p. 71.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488/GM de 21 de outubro de 2011. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 204, 24 out. 2011. Seção 1, p. 48.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Atenção Básica. **Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família – PSF**: Relatório Preliminar. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011**: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRITO, R. L. **Análise da política de descentralização das ações de Vigilância Sanitária no Brasil: do debate sobre o repasse de recursos ao compromisso com a responsabilidade sanitária**. 2007. Dissertação (Mestrado) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

BU, L.; FEE, E. John B. Grant International Statesman of Public Health. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 98, n. 4, p. 628–629, Apr. 2008.

CAMPELLI, M. G. R; CALVO, M. C. M. O cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29 no Brasil. **Cadernos de. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1613-1623, jul. 2007.

CAMPOS, G. W. S (Org.). **Saúde Paidéia**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

CAMPOS, G. W. S. et al. Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P (Org.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 132 - 153.

CAMPOS, G. W. S. **A Saúde Pública e a Defesa da Vida**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

CASTRO, A. L. B. de; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 693-705, abr. 2010.

CAPISTRANO FILHO, D. O programa de saúde da família em São Paulo. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 13, n. 35, p. 89-100, jan./abr. 1999.

CECÍLIO, L. C. O. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos "mais do mesmo". **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 280-289, jun. 2012.

CECILIO, L. C. O et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, nov. 2012.

CHAGAS, L.; SECLLEN, J. **Informe Discussão sobre o marco referencial e conceitual da Atenção Básica e Saúde da família no Brasil**. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, Ministério da Saúde, 2003.

COÊLHO, B. P.; COUTO, G. A. O modelo de atenção e gestão em Recife: a dupla tarefa da produção de saúde e da produção de sujeitos no Sistema Único de Saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 44, p. 113-122, mai. 2009.

COÊLHO, B. P. et al. O Modelo Recife em Defesa da Vida e a aposta na Atenção Básica à Saúde como estratégia de organização da rede de saúde: política, subjetividade e invenção de práticas. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 48, p. 42-48, jun. 2012.

COÊLHO, B. P. **A reformulação da Clínica a partir de diretrizes para atenção e gestão na saúde: subjetividade, política e invenção de práticas**. 2012. Tese (Doutorado em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, Alma Ata, 1978. **Relatório...** Brasília: OMS Brasil, 1979.

COHN, A. (Org.). **Saúde da Família e SUS: Convergências e Dissonâncias**. Rio de Janeiro: Beco do Azogue; São Paulo: CEDEC, 2009.

COLLINS, C.; ARAÚJO JÚNIOR, J.L.C; BARBOSA, J. S. Decentralising the health sector: issues in Brazil. **Health Policy**, Amsterdam, n. 52, p. 113–127, 2000. Disponível em <http://www.sti.ch/fileadmin/user_upload/Pdfs/swap/swap231.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2012.

CONIL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Supl. 1, p. S7-S27, jan. 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (Brasil). **Que Atenção Básica Queremos**: Texto de Posicionamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. **Saber preparar uma pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

CONTAS das prefeituras apertadas pela queda de 14,1% do FPM. **Diário de Pernambuco**, Recife, 4 fev. 2010. Política. Disponível em: <<http://www.old.pernambuco.com/anteriores/2010/02/04/index.html>>. Acesso em: 10 mar.2013.

CORDEIRO, H. O Instituto de Medicina Social e a Luta pela Reforma Sanitária: Contribuição à História do SUS. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 343-362, jul./ dez. 2004.

CORDEIRO, J. C. **Promoção da saúde e a estratégia de cidades saudáveis: um estudo de caso no Recife – Pernambuco**. 2008. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

CORREIA, R. A. et al. Características epidemiológicas dos óbitos maternos ocorridos em Recife, PE, Brasil (2000-2006). **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 91-97, jan./fev. 2011.

COSTA, J. M. B. S.; SILVA, M. R. F.; CARVALHO, E. F. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 623-633, fev. 2011.

COSTA quer mais equipes para o saúde da família. **Diário de Pernambuco**, Recife, 3 jan. 2001. Vida Urbana. Disponível em: <<http://www.old.pernambuco.com/anteriores/2001/01/03/index.html>>. Acesso em: 10 mar. 2013.

CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. **American journal of public health**, Boston, v. 94, n. 11, p. 1864-1874, 2004. Disponível em: <<http://www.ajph.org/cgi/reprint/94/11/1864>>. Acesso em: 13 maio 2012.

DAIN, S. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, supl., p. 1851-1864, nov. 2007.

DAL POZ, M. R. Cambios en la contratación de recursos humanos: el caso del Programa de Salud de la Familia en Brasil. **Gaceta Sanitaria**, v. 16, n. 1, p. 82-88, ene./feb.2002.

DENZIN, N. K.; LINCOL, Y. S. **The sage handbook of qualitative research**. 3. ed. London: SAGE Publications, 2005.

ELEITO, João da Costa já fala em 2008. Derrotado, Dilson perde espaço no PT. **Jornal do Commercio**, Recife, 3 out. 2006. Política. Disponível em: <<http://jconlinedigital.ne10.uol.com.br/web/>>. Acesso em: 11 mar. 2013.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 323-364.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 279-322.

FELICIANO, K. V. O.; KOVACS, M. H.; SARINHO, S. W. Burnout entre médicos da Saúde da Família: os desafios da transformação do trabalho. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 8, p. 3373-3382, ago. 2011.

FERNANDES, A. S. **O papel da esfera estadual na gestão descentralizada da atenção básica em Pernambuco**. 2010. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) — Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

FERNANDES, A. S.; SECLÉN, J. A. **Experiências e Desafios da Atenção Básica e Saúde Familiar: Caso Brasil**. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, Ministério da Saúde, 2004.

FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 567-573, ago. 2010.

FERNANDEZ, A. F. T. The National Health System in Cuba. In: NEWELL, K. W. **Health by the People**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 1975. p. 13-29.

FERRI, S. M. N. et al. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 515-529, set./dez. 2007.

FLICK, U. Introdução à Pesquisa Qualitativa. In: BARBOUR, R. **Grupos Focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 11-15.

FONTANA, A.; FREY, J. H. The Interview: From Neutral Stance to Political Involvement. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **The sage handbook of qualitative research**. 3. ed. London: SAGE Publications, 2005. p. 695-728.

FREITAS, M. L. A.; MANDÚ, E. N. T. Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 200-205, abr. 2010.

FREY, K. Análise de políticas públicas: algumas reflexões conceituais e suas implicações para a situação brasileira. **PPGSP/UFSC: Cadernos de Pesquisa**, Florianópolis, n. 18, set. 1999. Disponível em: <<http://www.sociologia.ufsc.br/site/arquivos/Cadernos%20PPGSP%2018.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2012.

FREY, K. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 21, p. 211-259, jun. 2000.

FRIAS, P. G. et al. Avaliação da notificação de óbitos de menores de um ano ao Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB). **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 12, n. 1, p. 15-25, jan./mar. 2012.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Projeto Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PRO-ADESS)**: Relatório final. Rio de Janeiro, 2003.

GALINDO, E. M. V.; BUELONI, P. M. **ACS: Agente de Transformação Social? Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde em Educação Popular no Distrito Sanitário III da Cidade do Recife.** 2006. Monografia (Especialização em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2006.

GALVÃO, A. O neoliberalismo na perspectiva marxista. **Crítica Marxista (São Carlos)**, São Carlos, n. 27, p. 149-156, 2008. Disponível em: <<http://www.ifch.unicamp.br/criticamarxista/numeros.php>>. Acesso em: 12 abr. 2014.

GEREMIA, D. S.; CUNHA F. T. S. Financiamento do sistema de saúde na Região Metropolitana do Rio de Janeiro: um estudo do município de Nilópolis. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 91, p. 522-531, out./dez. 2011.

GERSCHMAN, S. Municipalização e inovação gerencial. Um balanço da década de 1990. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 417-434, 2001.

GIBSON, M. A escolha do PT. **Diário de Pernambuco**, Recife, 8 jan. 2010. Política, Diário Político. Disponível em: <<http://www.old.pernambuco.com/anteriores/2010/01/08/index.html>>. Acesso em: 10 mar.2013.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun. 2006.

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. S21-S23, 2008.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, maio/jun. 2009.

GIOVANELLA, L.; CUNHA, E. M. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, Supl. 1, p. 1029-1042, 2011.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. p. 493-546.

GOFIN, J.; GOFIN, R. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, DF, v. 21, n. 2/3, p. 177-185, 2007.

GONÇALVES, R. J. et al. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 382– 392, jul./set. 2009a.

GONCALVES, R. F. et al. Confiabilidade dos dados relativos ao cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29 declarados ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde pelos municípios de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 2612-2620, dez. 2009b.

GOTTEMS, L. B. D. et.al. O modelo dos múltiplos fluxos de Kingdon na análise de políticas de saúde: aplicabilidades, contribuições e limites. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 511-520, abr./jun. 2013.

GOTTEMS, L. B. D. **Análise da Política de Atenção Primária à Saúde desenvolvida no Distrito Federal**: a articulação entre o contexto político, os problemas, as alternativas e os atores na formação da política de saúde (1979 a 2009). 2010. Tese (Doutorado) – Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

GURGEL, I. G. D. **A pesquisa científica na condução de políticas de controle de doenças transmitidas por vetores**. 2007. Dissertação (Mestrado) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

GUIMARAES, M. J. B. et al. Condição de vida e mortalidade infantil: diferenciais intra-urbanos no Recife, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1413-1424, set./out. 2003.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

HALL, P. A.; TAYLOR, R. C. R. As três versões do neo-institucionalismo. **Lua Nova**, São Paulo, n. 58, p. 193-223, 2003.

HOWLETT, M.; RAMESH, M. Policy Science and Policy Cycles. In: HOWLETT, M.; RAMESH, M. **Studying public policy**: policy cycles and subsystems. Oxford: Oxford University Press, 2003. cap. 1, p. 2-19.

HOWLETT, M.; RAMESH, M.; PERL A. **Política Pública: Seus Ciclos e Subistemas**, Uma abordagem integral. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

IBGE. **Dados das Cidades**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br>>. Acesso em: 21 jan. 2013.

IMMERGUT, E. M. As regras do jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. In: SVEN STEINMO, K. T.; LONGSTRETH, F. **Structuring Politics**: Historical Institutionalism in Comparative Analysis. New York: Cambridge University Press, 1992.

INICIADA corrida para garantir o Cartão SUS. **Diário de Pernambuco**, Recife, 13 jan. 2001. Vida Urbana. Disponível em: <<http://www.old.pernambuco.com/anteriores/2002/10/08/index.html>>. Acesso em: 10 mar.2013.

IPEA. **Brasil em desenvolvimento 2011**: Estado, planejamento e políticas públicas. Brasília, 2012.

KAMBERELIS, G.; DIMITRIADIS, G. Focus groups: strategic articulations of pedagogy, politics and Inquiry. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y.S. **The sage handbook of qualitative research**. 3. ed. London: SAGE Publications, 2005. p. 887-907.

KINGDON, J. W. **Agendas, alternatives, and Public Policies**. Longman: Pearson, 2011.

KORNIS, G. E. M.; MAIA, L. S.; FORTUNA, R. F. P. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 197-215, 2011.

KVALE, S.; BRINKMANN, S. **InterViews: learning the craft of qualitative research interviewing**. 2. ed. California: SAGE Publications, 2009.

LEAL, V. N. **Coronelismo, enxada e voto: o município e o regime representativo no Brasil**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1997.

LEÃO, C. D. A.; CALDEIRA, A. P. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4415-4423, nov. 2011.

LEITE, R. M. B. et al. Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do Nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 1977-1985, out. 2011.

LIMA, M. L. C. et al. Assistência à saúde dos idosos vítimas de acidentes e violência: uma análise da rede de serviços SUS no Recife (PE, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 1677-2686, set. 2010.

LIMA, D. C. et al. A distribuição espacial do programa Academia da Cidade, em Recife/Brasil. **Revista Movimentos Sociais e Dinâmicas Espaciais**, Recife, v. 1, n. 2, p. 153-165, 2012.

LITSIOS, S. The Christian Medical Commission and the Development of the World Health Organization's Primary Health Care Approach. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 94, n. 11, p. 1884-1893, nov. 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448555/pdf/0941884.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2013.

LOPES, W.O; SAUPE, R; MASSAROLI, A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a Pesquisa. **Ciência Cuidado em Saúde**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 241-247, abr./jun. 2008.

LOCH-NECKEL, G. et al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1463-1472, set./out. 2009.

LUPPI, C. G.; ANDRADE, M. C.; SIMÕES, O.; PINHO, V. P. Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica. In: IBÁÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D. (Org.). **Política e Gestão pública em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011.

LYRA, T. M. **A Política de Saúde Ambiental do Recife em 2001 e 2002: uma análise a partir do Programa de Saúde Ambiental.** 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

LUZ no fim do túnel. **Diário de Pernambuco**, Recife, 28 dez. 2009. Política. Disponível em: <<http://www.old.pernambuco.com/antiores/2009/12/28/index.html>>. Acesso em: 5 mar. 2013.

MACIEL, A.; CUNHA, A. Humberto reforça Eduardo. **Jornal do Commercio**, Recife, 2 out. 2006. Política. Disponível em: <<http://jconlinedigital.ne10.uol.com.br/web/>>. Acesso em: 11 mar. 2013.

MACHADO, C. V.; SALVADOR, F. G. F.; O'DWYER, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 519-528, 2011.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; LIMA, L. D. O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2367-2382, ago. 2010.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; NOGUEIRA, C. O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 521-532, mar. 2011.

MAGALHÃES, A. P. R. et al. A mortalidade de idosos no Recife: quando o morrer revela desigualdades. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 20, n. 2, p. 183-192, abr./jun. 2011.

MAGALHÃES ideologiza a campanha. **Diário de Pernambuco**, Recife, 5 out. 2000. Política. Matéria do Dia. Disponível em: <<http://www.old.pernambuco.com/antiores/2000/10/05/index.html>>. Acesso em: 5 mar. 2013.

MAGALHÃES: "Só eu serei crucificado?". **Diário de Pernambuco**, Recife, 1 ago. 2000. Política. Matéria do Dia. Disponível em: <<http://www.old.pernambuco.com/antiores/2000/08/01/index.html>>. Acesso em: 5 mar. 2013.

MARIN, M. J. S.; MARCHIOLI, M.; MORACVICK, M. Y. A. D. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas unidades básicas de saúde tradicionais e da estratégia de Saúde da Família pela ótica dos usuários. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 780-788, jul./set. 2013.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 403-415, 2003.

MARTELLI, P. J. L. **Política Nacional de Saúde Bucal, da teoria à prática: um estudo de caso acerca de sua implantação em Recife-PE no período 2000 a 2007.** 2010. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

MATTOS, R. A. O Incentivo ao Programa de Saúde da Família e seu Impacto Sobre as Grandes Cidades. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 77-108, 2002.

MÉDICOS da Prefeitura iniciam semana de greve. **Diário de Pernambuco**, Recife, 8 jun. 2009. Saúde. Disponível em: <<http://www.old.pernambuco.com/antiores/2009/06/08/index.html>>. Acesso em: 5 mar. 2013.

MEDINA, M. G. et al. Uso de modelos teóricos na Avaliação em Saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L.(Org.) **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 41-64.

MELLO, C. G. A irracionalidade da privatização da medicina previdenciária. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 3, p. 8-15, abr./maio 1977.

MELO, G. A.; VIANA, A. L. Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 19, n.4, p.1219-1239, out./dez. 2012.

MELO, G. K. M.; OLIVEIRA, J. V.; ANDRADE, M. S. Aspectos relacionados à conservação de vacinas nas unidades básicas de saúde da cidade do Recife – Pernambuco. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 19, n. 1, p. 25-32, jan./ mar. 2010.

MENDES, A. C. G. **Avaliação da Qualidade da Assistência de Urgência e Emergência: Uma abordagem por triangulação de métodos**. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

MENDES, A. C. G. et al. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2903-2912, nov. 2012.

MENDES, A. A longa batalha pelo financiamento do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 987-993, out./dez. 2013.

MENICUCCI, T. M. G. A Política de Saúde no Governo Lula. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 522-532, abr./jun. 2011.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: a pesquisa qualitativa em Saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MIRANDA, A. S. A Gestão de equipes da Estratégia de Saúde da Família. In: SOUSA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. (Org.). **Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro**. Campinas: Saberes, 2014. p. 323-354.

NARDI, A. C. F. Saúde 2012: implementação das conquistas legais. **Revista CONASEMS**, Brasília, n. 42, p. 20-23, jan./fev. 2012. Disponível em: <http://164.41.147.224/conasems/portal_teste/GaleriaDeRevistas/revistas/Ed42.pdf>. Acesso em: 12 set. 2012.

NETO, O. C.; MOREIRA, M. R.; SUCENA, L. F. M. Grupos Focais e Pesquisa Social Qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 13., 2002, Ouro Preto. **Anais...** Disponível em: <http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/grupos_focais_e_pesquisa_social_qualitativa_o_debate_orientado_como_tecnica_de_investigacao.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2012.

NEWELL, K. W. **Health by the people**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 1975.

NOGUEIRA, A.; ARAÚJO, E.; BESSA, S. Recife, uma cidade vermelha. **Diário de Pernambuco**, Recife, 30 out. 2000. Política. Matéria do Dia. Disponível em: <<http://www.old.pernambuco.com/anteriores/2000/10/30/index.html>>. Acesso em: 5 mar. 2013.

NOGUEIRA, J. A. Enfoque familiar e orientação para a comunidade no controle da tuberculose. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 207-216, jun. 2011.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. esp., p. 158-164, set. 2013.

OLIVEIRA, H. M.; MORETTI-PIRES, R. O.; PARENTE, R. C. P. As relações de poder em equipe multiprofissional de Saúde da Família segundo um modelo teórico arendtiano. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 539-550, abr./jun. 2011.

OPÇÃO pelo auxiliar gerou briga entre tendências do PT. **Jornal do Commercio**, Recife, 6 mar. 2008. Política. Disponível em: <<http://jconlinedigital.ne10.uol.com.br/web/>>. Acesso em: 11 mar.2013.

OPOSIÇÃO à PCR sai enfraquecida das urnas. **Jornal do Commercio**, Recife, 5 out. 2004. Eleições 2004 IV. Disponível em: <<http://jconlinedigital.ne10.uol.com.br/web/>>. Acesso em: 11 mar. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **The Ljubljana Charter on Reforming Health Care**. Genebra, 1996. (EUR/ICP/CARE 94 01/CN01 Rev.1). Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/113302/E55363.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **The World Health Report 2008: Primary Health Care: Now More Than Ever**. Genebra, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf>. Acesso em: 1 jan. 2013.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos e afines – 1920**. Publicación Científica N.93, febrero de 1964. OPAS, 1964.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária nas Américas**. Genebra, 2008. Disponível em: <<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Sala5575.pdf>>. Acesso em: 3 mar.2013.

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e a municipalização. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 29-47, 1992.

PAIM, J. S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EdUFBA; 2006.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a compreensão e crítica**. 2007. Tese (Doutorado) - Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, 2007.

PAIM, J. S. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis: Revista de Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n. 4, p. 625-644, 2008.

PAIM, J. S. Reforma Sanitária Brasileira: uma promessa não cumprida? In: SOUZA, M. F. et al. (Org.). **A Saúde em Construção: das imagens às palavras, encontro entre gerações**. Campinas, SP: Saberes, 2011. p. 69-79.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. p. 459-492.

PARTIDO ocupa o lugar deixado pelo arraesismo. **Jornal do Commercio**, Recife, 4 out. 2004. Política, Eleições 2004 III. Disponível em: <<http://jconlinedigital.ne10.uol.com.br/web/>>. Acesso em: 11 mar. 2013.

PATTON, M. Q. **Qualitative evaluation and research methods**. 3. ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2002.

PAZ, J. Servidores convocados para campanha. **Diário de Pernambuco**, Recife, 6 out. 2000. Política. Matéria do Dia. Disponível em: <<http://www.old.pernambuco.com/antiores/2000/10/06/index.html>>. Acesso em: 5 mar.2013.

PERNAMBUCO. Governo Estadual. Decreto nº 35.353, de 12 de abril de 2007. **Diário Oficial [do Estado de Pernambuco]**, Poder Executivo, Recife, n. 69, p. 3, 13 abr. 2007a.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria SES nº 720, de 6 de agosto de 2007. **Diário Oficial [do Estado de Pernambuco]**, Poder Executivo, Recife, n. 147, p. 9, 7 ago. 2007b.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria SES nº 640, de 21 de novembro de 2011. **Diário Oficial [do Estado de Pernambuco]**, Poder Executivo, Recife, PE, n. 221, p. 9, 22 nov. 2011.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria SES nº108, de 5 de março de 2012. **Diário Oficial [do Estado de Pernambuco]**, Poder Executivo, Recife, PE, n. 43, p. 11, 6 mar. 2012.

PERNAMBUCO. Governo. **Programas Prioritários de Governo: Pacto pela Vida e a Redução de Homicídios em Pernambuco**. 2013. Disponível em: <<http://www.pactopelavida.pe.gov.br/pacto-pela-vida/>>. Acesso em: 31 jan. 2013.

PERRY, H. **Primary Health Care in Developing Countries: Origins, Principles, and Evolution**. Baltimore: Johns Hopkins University, 2013. Nota: palestra disponível no curso EAD “Health for All Through Primary Care”, do Coursera. Disponível em: <www.coursera.org>. Acesso em: 13 jan. 2013.

PINHEIRO, A. O “cara” de Pernambuco. **Diário de Pernambuco**, Recife, 3 jan. 2010. Política. Diário Político. Disponível em: <<http://www.old.pernambuco.com/antecedentes/2010/01/03/index.html>>. Acesso em: 10 mar. 2013.

PORTELA, G. Z. ; RIBEIRO, J. M. A sustentabilidade econômico-financeira da Estratégia Saúde da Família em municípios de grande porte. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1719-1732, 2011.

PREFEITO sofre transplante. **Diário de Pernambuco**, Recife, 28 dez. 2010. Retrospectiva 2010. Disponível em: <<http://www.old.pernambuco.com/antecedentes/2010/12/28/index.html>>. Acesso em: 5 mar. 2013.

PSB entra na campanha de Carlos Wilson. **Diário de Pernambuco**, Recife, 2 set. 2000. Política, Matéria do Dia. Disponível em: <<http://www.old.pernambuco.com/antecedentes/2000/09/02/index.html>>. Acesso em: 10 mar. 2013.

QUEIRÓS, A. A. L.; LIMA, L. P. A Institucionalização do Trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10 n. 2, p. 257-281, jul./out.2012.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 1998-2001**. Recife, 1999.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **I Seminário da Equipe de Governo: Apresentação Sintética**. Recife, 2001a.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **I Seminário da Equipe de Governo: Relatório**. Recife, 2001b.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Relatório de Gestão 2001**. Recife, 2002a.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2002-2005**. Recife, 2002b.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Relatório de Gestão 2002**. Recife, 2003.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Relatório de Gestão 2003**. Recife, 2004a.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Balço de Gestão 2001-2003**. Recife, 2004b.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Relatório de Gestão 2004**. Recife, 2005.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Relatório de Gestão 2005**. Recife, 2006.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2006-2009**. Recife, 2006b.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Relatório de Gestão 2006**. Recife, 2007.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Relatório de Gestão 2007**. Recife, 2008.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Relatório de Gestão 2008**. Recife, 2009a.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Cartilha AB Recife em Defesa da Vida**, 2009b.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Relatório de Gestão 2009**. Recife, 2010.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Relatório de Gestão 2010**. Recife, 2011.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013: Revisão 2011**. Recife, 2011b.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Relatório de Gestão 2011**. Recife, 2012a.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Balço de Gestão 2009-2011**. Recife, 2012b.

REIS, A. A. C.; BERTUSSI, D. C.; FUENTES, I. C. P. A Gestão do Cuidado na Rede de Saúde em São Bernardo do Campo: Enfrentando Desafios e Tecendo Novos Arranjos. In: SOUSA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. (org.). **Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro**. Campinas, SP: Saberes, 2014.

SAMICO, M. João Paulo fará lobby contra lei fiscal. **Diário de Pernambuco**, Recife, 2 jan. 2001. Política. Matéria do Dia. Disponível em: <<http://www.old.pernambuco.com/anteriores/2001/01/02/index.html>>. Acesso em: 5 mar. 2013.

SAMPAIO, J. et al. Avaliação da capacidade de governo de uma secretaria estadual de saúde para o monitoramento e avaliação da Atenção Básica: lições relevantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 279-290, 2011.

SANTANA, V. G. D. **Política de gestão do trabalho no município do Recife de 2002 a 2009: uma análise a partir dos Planos Municipais de Saúde e Relatórios Anuais de Gestão**. 2011. Monografia (Especialização em Gestão do Trabalho e Educação) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

SANTIAGO, R. F. et al. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção dos usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 35-44, jan.2013.

SANTO, A. C. G. E.; FERNANDO, V. C. N.; BEZERRA, A. F. B. Despesa pública municipal com saúde em Pernambuco, Brasil, de 2000 a 2007. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 861-871, 2012.

SANTOS, N. R. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 429-435, abr. 2007.

SARTI, T. D. et al. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 537-548, 2012.

SAÚDE EM DEBATE. São Paulo: Cebes, n. 6, jan./ mar. 1978.

SAÚDE EM DEBATE. São Paulo: Cebes, n.9, jan./mar. 1980.

SCATENA, J. H. G.; VIANA, A. L. A.; TANAKA, O. Y. Sustentabilidade financeira e econômica do gasto público em saúde no nível municipal: reflexões a partir de dados de municípios mato-grossenses. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2433-2445, nov. 2009.

SEMINÁRIO DO COSEMS SOBRE ATENÇÃO BÁSICA, 2010, Recife. **Relatório Final**. Recife: Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Pernambuco, 2010.

SEMINÁRIO DO COSEMS SOBRE CONTROLE EXTERNO, PGASS E PPI, 2012, Jaboatão dos Guararapes. **Relatório Final**. Recife: Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Pernambuco, 2012.

SIDEL, V. W.; SIDEL, R. The health care delivery system of the People's Republic of China. In: NEWELL, K. W. **Health by the People**. Genebra: OMS, 1975. p. 1-12.

SILVA, G .E. G.; SANTANA, P.R. **O Projeto Vitória**. Recife, 29 jul. 2011. Disponível em: <http://www.ufpe.br/agencia/index.php?option=com_content&view=article&id=40922:o-projeto-vitoria&catid=7&Itemid=80>. Acesso em: 17 fev. 2014.

SILVA, K. S. B. et al. Conhecimento e uso do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) pelos gestores municipais, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 373-382, fev. 2010.

SILVA, M. C. L. S. R.; SILVA, L.; BOUSSO, S. R. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1250-1255, out. 2011. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp>. Acesso em: 3 fev. 2013.

SIMÃO, E.; ALBUQUERQUE, G. L.; ERDMANN, A. L. Atenção Básica no Brasil (1980-2006): Alguns Destaques. **Revista RENE**, Fortaleza, v. 8, n. 2, p. 50-59, maio/ago. 2007.

SOLLA, J. J. S. P. et al. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 7, n. 4. p. 495-502, out./dez. 2007

SOTER, A. P. M. **O papel da esfera estadual na gestão descentralizada do SUS: o caso Pernambuco**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

SOUZA, H. J. **Como se faz análise de conjuntura**. Petrópolis: Vozes, 1984.

SOUSA, M. F. (Org.). **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2002.

SOUSA, M. F. **Agentes Comunitários de Saúde: Choque de Povo**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2003.

SOUSA, M. F. **Programa Saúde da Família: Estratégia de Superação das Desigualdades na Saúde? Análise do Acesso aos Serviços Básicos de Saúde.** 2007. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1325-1335, set./out. 2009.

SOUSA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. (Org.). **Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro.** Campinas, SP: Saberes, 2014.

SOUSA, M. F.; MENDONÇA, A. V. M. Atenção Básica à Saúde no SUS: uma herança com testamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 330-331, fev.2014.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p. 268-283, 2005.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. **Modelo de Atenção à Saúde: promoção, vigilância e saúde da família.** Salvador: EdUFBA, 2006

TORNERO, N. O emprego de auxiliares de saúde em áreas em desenvolvimento: breve histórico. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.13, n.3, p. 254-261, set. 1979.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

UNICEF. **Relatório Situação da Infância Brasileira 2001.** Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10334.htm>. Acesso em: 10 fev. 2014.

UNICEF. **Relatório Situação Mundial da Infância 2008: Caderno Brasil.** Brasília, 2008. Disponível em: <<http://www.unicef.org/lac/cadernobrasil2008.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2014.

VASCONCELOS, F. G. A.; ZANIBONI, M. R. G. Dificuldades do trabalho médico no PSF. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1494-1504, 2011.

VIANA, A. L. A.; BAPTISTA, T. W. F. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, L (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. p. 59-88.

VIANNA, M. L. T. W. As batatas de Pirro. Comentários sobre as regras institucionais, constrangimentos macroeconômicos e inovação do sistema de proteção social brasileiro nas décadas de 1990 e 2000. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 707-710, 2009.

WALT, G.; GILSON, L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 9, n. 4, p. 353-370, dez. 1994.

WALT, G. **Health Policy: An Introduction to Process and Power**. London: Zed Books, 1994.

YIN, R. K. **Estudo de Caso**. Planejamento e Método. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

**APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA**

Prezado(a) Entrevistado (a):

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é analisar a política de atenção básica em âmbito municipal. A pesquisa comporá uma tese de doutoramento em Saúde Coletiva, realizado no Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, e tem aprovação do Comitê de Ética do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães.

Participando, você contribuirá para a compreensão das potencialidades e obstáculos ao desenvolvimento da política de atenção básica, e ainda com a formulação de propostas de aprimoramento do Sistema Único de Saúde, o SUS. Para melhores esclarecimentos segue, em anexo, resumo da pesquisa.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista que debaterá sobre a política de atenção básica no Recife, a estratégia de saúde da família, seu desenvolvimento municipal e relação com as demais esferas de gestão.

É IMPORTANTE SABER QUE:

- Sua participação nessa pesquisa não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento;
- Sua recusa em participar não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição;
- Ao participar desta pesquisa não existe nenhum risco no sentido de prejudicar o seu trabalho, suas opiniões serão expostas apenas ao grupo participante e a individualidade de cada opinião será omitida no texto da pesquisa;
- O debate será gravado com uso de gravadores digitais de voz, contudo, estes registros e as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o contato do Pesquisador Responsável pela Pesquisa, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Recife, _____ de 2014.

Petra Oliveira Duarte

Pesquisadora responsável – Doutoranda

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Recife, ___ / ___ /2014. .

Assinatura do Entrevistado(a)

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Prezado(a) Profissional de Saúde:

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é analisar a política de atenção básica em âmbito municipal. A pesquisa comporá uma tese de doutoramento em Saúde Coletiva, realizado no Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, e tem aprovação do Comitê de Ética do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães.

Participando, você contribuirá para a compreensão das potencialidades e obstáculos ao desenvolvimento da política de atenção básica, e ainda com a formulação de propostas de aprimoramento do Sistema Único de Saúde, o SUS. Para melhores esclarecimentos segue, em anexo, resumo da pesquisa.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de um grupo que debaterá sobre a política de atenção básica em seu município, a estratégia de saúde da família, seu desenvolvimento municipal e relação com as demais esferas de gestão, além de sua percepção quanto ao trabalho em equipe.

É IMPORTANTE SABER QUE:

- Sua participação nessa pesquisa não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento;
- Sua recusa em participar não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição;
- Ao participar desta pesquisa não existe nenhum risco no sentido de prejudicar o seu trabalho, suas opiniões serão expostas apenas ao grupo participante e a individualidade de cada opinião será omitida no texto da pesquisa;
- O debate será gravado com uso de gravadores digitais de voz, contudo, estes registros e as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o contato do Pesquisador Responsável pela Pesquisa, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Recife, 14 de dezembro de 2013.

Petra Oliveira Duarte

Pesquisadora responsável – Doutoranda

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Recife, 14 / 12 /2013.

Assinatura do Profissional Participante

APÊNDICE C - MATRIZ DE LEVANTAMENTO DE DADOS

QUADRO - Definição de Conteúdos/Variáveis do Levantamento de Dados

		PERCEPÇÕES/COMPONENTES		FONTE PRINCIPAL
CONTEXTO	MACRO CONTEXTO	<ul style="list-style-type: none"> • Esfera Política 	<ul style="list-style-type: none"> • Inserção da Atenção Básica nas Políticas Nacional e Estadual; • Debate nacional sobre as possibilidades, limites e perspectivas da Atenção Básica; • Impacto dos debates internacionais sobre a política nacional; 	Análise Documental: Legislação, documentos formais de gestão, positionpapers e bancos de dados.
		<ul style="list-style-type: none"> • Esfera Econômica 	<ul style="list-style-type: none"> • Destinação de recursos federais e estaduais para a Atenção Básica em relação ao orçamento da saúde e às demais políticas; • Financiamento federal e estadual da política municipal (contrapartida) 	
		<ul style="list-style-type: none"> • Esfera Social 	<ul style="list-style-type: none"> • População alvo da política: • Características demográficas; situação de renda e nível de consumo; Desenvolvimento Humano; 	
	MICRO CONTEXTO	<ul style="list-style-type: none"> • Âmbito Político Setorial 	<ul style="list-style-type: none"> • Inserção da Atenção Básica na Política Municipal de Saúde • Debate local sobre as possibilidades, limites e perspectivas da Atenção Básica; • Situação do Sistema de Saúde Municipal; • Reflexo dos debates nacional e estadual sobre a política; 	
		<ul style="list-style-type: none"> • Financiamento Setorial 	<ul style="list-style-type: none"> • Orçamento local da saúde e destinação para a Atenção Básica; • Custo da Atenção Básica e sustentabilidade da política; • Suporte financeiro, técnico-operacional por parte dos governos estaduais e federal; 	
		<ul style="list-style-type: none"> • Panorama de Saúde e da Organização da Atenção Básica 	<ul style="list-style-type: none"> • Características da situação de adoecimento e morte da população; • Características da rede municipal de Atenção Básica; • Suporte especializado à atenção básica e articulação com o restante da rede 	
CONTEUDO	CARACTERÍSTICAS DO MODELO ASSISTENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> • Organização focada na demanda ou na necessidade; • Enfoque territorial; • Ações programáticas; • Ações intersetoriais; • Valorização dos atributos da APS; • Valorização da clínica; • Introdução do Acolhimento; • Uso da epidemiologia. 	Análise documental Entrevista Grupo Focal	

	ATRIBUTOS DA POLÍTICA	<ul style="list-style-type: none"> • Acessibilidade; • Longitudinalidade; • Abrangência ou integralidade; • Coordenação; • Orientação para a comunidade; • Centralidade na família; • Competência cultural; • Formação Profissional. 		Análise Documental Grupo focal
	INDICADORES	PRODUÇÃO AMBULATORIAL	Consultas e principais procedimentos	SIA
		PRODUÇÃO DO PSF	Produção da equipe	SIAB
		PACTUAÇÃO NACIONAL DE INDICADORES	Seleção dos indicadores da Atenção Básica	SISPACTO
ATORES	Atores do Nível Municipal, Federal e Estadual	Características de posicionamento frente à política <ul style="list-style-type: none"> • Envolvimento; • forma de participação; • interesse; • influência/poder; • posição. 		Análise documental Entrevistas Grupo Focal
		Percepção dos profissionais quanto à sua inserção na Política <ul style="list-style-type: none"> • Percepção quanto à própria inserção nas normas da política; • Percepção quanto ao nível de investimento da gestão em seu trabalho; • Compreensão do Modelo de Atenção; 		Análise Documental Grupo Focal
PROCESSO	Caracterização do tipo de política	Quem decide a formulação e implementação	Pluralista ou elitista	Análise Documental/ Entrevistas/ Grupo Focal
		Como implementa	Tradicional ou participativa	
		Extensão da Política	Sistêmica ou setorial	
		Tipo de Política (Resultados)	Distributiva, Redistributiva, Regulatória ou auto regulatória.	
		Relação entre níveis de governo	Bilateral Centralizada (Controle orçamentário, normativo ou regulatório)	

		Estratégia de enfrentamento de obstáculos	Cooperação com outros atores Cooptação de atores Conflito	
		Disponibilidade de Recursos para a implementação	Recursos Políticos; Financeiros; Administrativos; e Técnicos.	
		Concepção de Políticas Públicas (<i>rationale</i>)	Racional; Incrementalista; Modelo Misto; Abordagem Estratégica	

FONTE: Autora

APÊNDICE D - RESUMO DO PROJETO DE PESQUISA

TÍTULO: ANÁLISE DA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE EM ÂMBITO MUNICIPAL: O CASO DE RECIFE, 2001 a 2011.

OBJETIVO GERAL: Analisar a configuração da Política de Atenção Básica em Recife, no período de 2001 a 2011, identificando obstáculos e potencialidades relacionadas à sua consolidação.		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PERGUNTAS	CATEGORIAS DE ANÁLISE
Apresentar e discutir os aspectos relacionados à política de saúde e sua contextualização política, social e econômica, em que ocorre a implementação da Atenção Básica;	O contexto nacional e o estadual são favoráveis à implementação da atenção básica conforme proposto na política municipal?	Macro contexto
	O contexto municipal do setor saúde é favorável a adoção e implementação da política?	Micro contexto
Identificar e discutir o conteúdo da política de Atenção Básica municipal, estadual e federal;	O conteúdo da política de Atenção Básica Municipal é coerente com o conhecimento técnico mais atual, descrito na literatura e nas formulações da política nacional?	Características do Modelo Assistencial
	Quais as características de modelo assistencial influem no desenvolvimento da Atenção Básica no sistema municipal de saúde?	Atributos da Atenção Básica
	Na análise de coerência interna, o conteúdo da Política Municipal é adequado ao que se propõe e aos resultados obtidos?	Indicadores de desempenho
Elucidar o papel desempenhado pelos atores envolvidos na implementação da Política de Atenção Básica;	Quais são os principais atores envolvidos na implementação da política de atenção básica no período?	Identificação dos principais atores envolvidos
	Qual a correlação de forças atual entre os principais atores institucionais envolvidos na implementação da Atenção Básica?	Caracterização do posicionamento dos atores
Caracterizar o processo de formulação e implementação da Política de Atenção Básica em âmbito municipal;	Como ocorreu o processo de formulação e implementação da política de atenção básica no município?	Resgate histórico
	Como se caracteriza o processo de formulação e implementação da política?	Caracterização do tipo de política
Analisar as inter-relações entre o contexto, o conteúdo da política, os atores, e o processo de implementação da política de Atenção Básica em âmbito municipal, buscando evidenciar obstáculos e potencialidades à sua consolidação enquanto política pública.	Que os diferenciais mais significativos podem ser identificados ao longo do período, em relação à análise de contexto, processo, conteúdo e atores?	Desenvolvimento da Política
	Que direcionalidade futura da implementação da política de Atenção Básica é apontada pela análise síntese?	Perspectivas da Política Local

Fonte: Autora

APÊNDICE E - PRODUÇÃO AMBULATORIAL SEGUNDO SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS - SIA

Produção Ambulatorial - Quantidade Apresentada por Ano processamento segundo Categoria de Procedimentos em estabelecimentos municipais, Recife, 2001-2007							
Categoria Proced.	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Atendimento Básico	8.657.468	7.408.493	6.905.950	6.512.775	6.128.255	6.763.558	5.967.507
Atend. não Básico	3.099.743	3.266.751	3.471.416	3.750.120	4.021.383	3.914.192	4.298.326
Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)							
Produção Ambulatorial - Quantidade apresentada por Ano processamento segundo Complexidade do Procedimento em estabelecimentos municipais, Recife, 2008-2011							
Complexidade	2008	2009	2010	2011			
Atenção Básica	4.769.717	4.553.344	4.586.211	3.910.793			
Média complexidade	3.715.925	3.513.386	4.018.806	4.458.652			
Alta complexidade	12.174	11.859	12.222	12.220			
Não se aplica	39.358	37.076	63.588	53.866			
Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)							



APÊNDICE F - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Organização

- Reservar com o entrevistado pelo menos 60 minutos de disponibilidade;
- Programar a entrevista para um local que seja melhor para o entrevistado, mas que também garanta tranquilidade e privacidade durante a entrevista;
- Utilização de 01 gravador digital;
- Garantir acesso a água ou outra bebida, para evitar dispersão durante a entrevista.

Início

- Breve apresentação da pesquisa e da pesquisadora;
- Solicitar de autorização verbal da gravação, além da assinatura do TCLE;
- Solicitar que o entrevistado se apresente e descreva como visualiza sua relação com a Política de Atenção Básica, e com a Política de Atenção Básica do Recife;
- Pactuar o tempo de entrevista (1 a 1:30 horas);

PERGUNTAS ORIENTADORAS INICIAIS

1. O que foi mais favorável e mais desfavorável à expansão e consolidação da Política de Atenção Básica no Brasil, a partir do início dos anos 2000? E no Recife?
2. Como você analisa o desenvolvimento da Política de Atenção Básica no país e no Recife, a partir de 2001?
3. Como você descreveria a importância da Atenção Básica em relação à organização do SUS?
4. Especificamente em relação aos trabalhadores, houve descompasso entre a posição dos trabalhadores e a proposta dos gestores para a PAB?
5. Em relação à população, como avalia a aceitação e legitimação da Política de Atenção Básica neste década (2001-2011)?
6. De forma geral, qual a sua análise da política de Atenção básica no município(ou país)?
7. Há algo que não foi perguntado que gostaria de acrescentar?

PERGUNTAS SECUNDÁRIAS – Tentar abordar como desdobramento das perguntas iniciais

- Como avalia a atual conjuntura nacional para a atenção básica e sua mudança em relação ao início dos anos 2000?
- As características específicas da conjuntura recifense nesse período influenciaram o desenvolvimento da política, de que forma?
- Os recursos nacionais, estaduais e municipais são suficientes para o financiamento da atenção básica?
- Como avalia a situação dos municípios, e em especial do Recife, na implementação da atenção básica e suas mudanças em relação ao início da década de 2010?
- Como avalia a relação dos profissionais com os usuários?
- Como analisaria a atuação dos gestores e trabalhadores na atenção básica?
- Como analisaria a participação da comunidade e da sociedade organizada na Atenção básica?
- Como se deu a formulação e adoção de estratégias e instrumentos de organização da Atenção Básica? De forma centralizada ou participativa?
- Como avalia a relação entre as esferas de governo na implementação da Atenção Básica?

• **APÊNDICE G - PROPOSTA DE ROTEIRO PARA O GRUPO FOCAL**

ORGANIZAÇÃO

- Solicitada uma sala ampla e com ar condicionado (Sala 01 do NESC);
- Organização das cadeiras em círculo, com mesa lateral com lanche (tentar variedade que agrade a todos: doces, salgados, sucos, café e refrigerantes). Os participantes serão convidados a informalmente ao longo do debate ir à mesa de lanche;
- Posicionamento de 2 gravadores digitais em pontos estratégicos da sala, visíveis aos participantes;
- Durante a espera para a chegada de todos os participantes, conferir e completar as planilhas de perfil de cada um, construídas anteriormente.

1. Abertura:

- a. Apresentação sintética dos objetivos da pesquisa;
- b. Ressaltar a busca por aproximar a análise do período de 2001 para cá. Pedir que cada pessoa demarque sobre que período temporal está falando.
- c. Solicitação verbal de autorização para a gravação em áudio de todo o debate;
- d. Distribuição do TCLE e explicação dos princípios éticos;
- e. Convite ao lanche durante o debate;
- f. Apresentação dos participantes: cada um se apresenta

2. Primeira Pergunta ao Grupo: **COMO PERCEBEM A ORGANIZAÇÃO A ATENÇÃO BÁSICA EM RECIFE E SUA EVOLUÇÃO NOS ÚLTIMOS ANOS?**

Estimular que se fale sobre:

- a. Relação da atenção básica com o restante da rede. (integralidade)
- b. Como vê a acessibilidade da AB no período.
- c. Avaliar se a AB se tornou coordenadora do cuidado.
- d. Impacto da organização da AB sobre a situação de saúde da população.
- e. Impacto sobre a atuação profissional.
- f. A existência de autonomia para sustentar estratégias locais independentes do projeto municipal.
- g. Impacto de mudanças no nível central sobre o trabalho dos profissionais.
- h. Como vê o uso da epidemiologia na AB? E das ações intersetoriais?
- i. Como vê a introdução do acolhimento ?
- j. O desenvolvimento de ações programáticas tem sido favorável?

3. Segunda Pergunta ao Grupo: **QUAIS SÃO OS COMPONENTES MAIS IMPORTANTES DO MODELO DE ATENÇÃO BÁSICA ADOTADO NO RECIFE E COMO ELES VÊM EVOLUINDO NOS ÚLTIMOS ANOS?**

Estimular que se fale sobre:

- a. A relação dos componentes avaliados com o sucesso ou fracasso da Atenção Básica no Recife;

- b. A relação do modelo da atenção básica com o modelo assistencial mais amplo do município.
 - c. Como avaliam a orientação da AB para a família e comunidade;
 - d. A AB amadureceu sua capacidade de aproximação das diferentes necessidades dos grupos populacionais, de acordo com suas características étnicas, raciais e culturais? (competência cultural)
 - e. A longitudinalidade, que é a características de acompanhar o paciente em seus momentos de cuidado.
4. Terceira Pergunta ao Grupo: **IDENTIFICA DISTINTOS PROJETOS NA CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA? SE SIM, QUAL O REFLEXO DESTES DISTINTOS PROJETOS NO DESENVOLVIMENTO DA POLÍTICA NOS ANOS RECENTES?**

Estimular que se fale sobre:

- a. Que atores se destacaram no processo de construção da política de AB?
 - b. A formulação da política foi restrita ou participativa?
 - c. Como o nível central lidou com as resistências e conflitos na implantação da política?
 - d. Os profissionais se sentiam integrados e envolvidos na construção da política?
 - e. Identifica mudanças de condução ao longo do período?
 - f. Os recursos disponibilizados para a construção da política foram coerentes com a sua priorização?
 - g. A relação interna da equipe contribuiu ou atrapalhou a relação com as mudanças propostas pelo nível central?
 - h. Sentiam reatividade por parte da população? Negativa ou positiva?
 - i. Como visualizam a relação do contexto político da cidade com as opções do modelo organização da política.
 - j. A formação dos profissionais de saúde tem algum nível de determinação sobre o sucesso ou insucesso da política?
5. Solicitação de comentários finais e pedido de breve avaliação do debate.
6. Agradecimento.

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA DO MUNICÍPIO DE RECIFE



Prefeitura do Recife
Secretaria de Saúde

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Petra Oliveira Duarte**, pesquisadora do **Programa de Doutorado em Saúde Pública** do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM, a desenvolver pesquisa no USF Morro da Conceição / USF Córrego da Bica e USF Djair Brindeiro / USF Djalma de Holanda do Distrito Sanitário III e VI, sob o título: “**Análise da política de Atenção Básica de Saúde em âmbito municipal: o caso de recife 2001 a 2011**”, sendo orientada por Antônio da Cruz Gouveia Mendes.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 11 julho de 2012.

Suely Oliveira

Diretora Geral de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

Suely Oliveira
Diretora Geral de Gestão do Trabalho
e Educação na Saúde - DGGTES/SS
Matric. 95.731-6



ANEXO B – PARECER 22/2012 DO CEP

Título do Projeto: “Análise da política de atenção básica de saúde em âmbito municipal: o caso de Recife, 2001 a 2011”.

Pesquisador responsável: Petra Oliveira Duarte.

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 18/07/2012

Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 20/12

Registro no CAAE: 04456512.7.0000.5190

PARECER Nº 22/2012

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 13 de agosto de 2015. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 13 de agosto de 2012.



Janaina Campos de Miranda
Pesquisadora em Saúde Pública
Coordenadora
Mat. SIAPE 464777
CEP / CPqAM / FIOCRUZ

Observação:

Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 13/08/2013.

Campus da UFPE - Av. Moraes Rego, s/n
CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639
Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639
Recife - PE - Brasil
comitedeetica@cpqam.fiocruz.br

