

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

ARTHUR GRANGEIRO DO NASCIMENTO

ANÁLISE DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE
MACEIÓ – AL NO PERÍODO DE 2013 A 2016

RECIFE

2019

ARTHUR GRANGEIRO DO NASCIMENTO

**Análise da política de atenção primária à saúde de Maceió – AL no período de 2013 a
2016**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de mestre em Ciências.

Orientador: Prof.º Dr.º Pedro Miguel dos Santos Neto

Recife

2019

ARTHUR GRANGEIRO DO NASCIMENTO

**Análise da política de atenção primária à saúde de Maceió – AL no período de 2013 a
2016**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de mestre em Ciências.

Data de aprovação: 19/06/2019

BANCA EXAMINADORA

Prof^o Dr^o Pedro Miguel dos Santos Neto
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Prof^a Dr^a Maria do Socorro Veloso de Albuquerque
Centro de Ciências da Saúde/UFPE

Prof^a Dr^a Tereza Maciel Lyra
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

GRANGEIRO DO NASCIMENTO, Arthur. **Análise da política de atenção primária à saúde de Maceió-AL no período de 2013 a 2016**. Dissertação (Mestrado acadêmico em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

RESUMO

Análises que buscam compreender os processos políticos de implantação e implementação da política de atenção primária nos municípios não são encontradas na literatura científica tendo como local de observação o município de Maceió. O objetivo deste artigo é analisar a política de atenção primária do município de Maceió, identificando e estabelecendo relações entre os atores envolvidos, o conteúdo da política, o processo de construção e implementação e seu contexto de inserção. A matriz teórica e metodológica que sustenta o presente estudo é uma articulação entre modelo compreensivo de análise de políticas e pensamento estratégico. Os elementos do pensamento estratégico adotados foram o conjunto do Postulado da Coerência e o poder como categoria analítica central do objeto de estudo. A incorporação na agenda e implementação da Atenção primária foi influenciada mais por fatores políticos do que pelos problemas epidemiológicos e sociais, variando entre a perspectiva integral e focalizada. Os baixos investimentos são devido à labilidade organizacional e sua conseqüente baixa capacidade funcional. Esses dois fatores, somados à particular estrutura de poder setorial nesse período e, principalmente, ao chamado nó crítico da Atenção primária são o que explica a latente baixa cobertura dos serviços. Solucionar esse problema exige o engajamento de atores capazes de construir um projeto político e ocupar o Estado de modo a alterar a estrutura de poder vigente e aumentar a capacidade funcional das instituições com o objetivo eliminar as iniquidades em saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Políticas Públicas de Saúde; Política de Saúde; Pesquisa Qualitativa

GRANGEIRO DO NASCIMENTO, Arthur. **Primary Health Care Policy Analysis in Maceió-AL in 2013-2016**. Dissertação (Mestrado acadêmico em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

ABSTRACT

Analyses that seek to understand the primary health care policy formulation and implementation process in municipalities has not been found in the scientific literature having as observation unit the municipality Maceió. This study aims analyzing the primary health care policy of the municipality Maceió by identifying and establishing relationship between its content, the actors involved, the formulation and implementation process as well as its context. The theoretical and methodological approach in this study is a linkage between the policy Comprehensive Analysis and Mario Testa's Strategic Approach. The Strategic Approach's elements used were the postulate of coherence and the power as central analytical category. The primary health care policy formulation and implementation process were influenced more by political factors than epidemiological and social problems, varying between integral and focused view. The low investments were owing to organizational liability and its low functional capacity. These two factors as well as the sectorial power structure and mainly the so-called primary health care policy's critical node are what explain the latent services' low coverage. Troubleshoot this issue requires engagement of actors with capacity to build a political project and to occupy the State in order to change the existing power structure and to increase the institutions' functional capacity by aiming to eliminate health inequities.

Keywords: Primary Health Care; Public Health Policy; Health Policy; Qualitative Research

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Matriz de análise do contexto da política de APS de Maceió.....	61
Quadro 2- Matriz de análise do conteúdo da política de atenção primária do município de Maceió.....	64
Quadro 3- Matriz de análise dos atores sociais na construção da agenda e implementação da política de atenção primária.....	67
Quadro 4- Matriz de análise do processo de construção e implementação da política de APS de Maceió.....	68
Quadro 5- Características, propósitos do governo e estrutura de poder por período de atuação dos secretários de saúde.....	92
Gráfico 1- Série histórica da cobertura de AB e ESF de Maceió entre 2007 e 2017.....	95

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Cobertura populacional da AB e ESF nas capitais regionais nordestinas em 2016.....	17
Tabela 2- Quantidade de entrevistas e suas características.....	56
Tabela 3- Proporção da população de Maceió por grupos etários e razão de dependência em 2000 e 2010.....	71
Tabela 4- Renda per capita, índice de gini, % da população pobre e extremamente pobre do Brasil e capitais regionais nordestinas em 2010.....	72
Tabela 5- IVS e IDHM do Brasil e capitais regionais nordestinas em 2010.....	74
Tabela 6- IDHM Renda, Longevidade e Educação do Brasil e capitais regionais nordestinas em 2010.....	74
Tabela 7- IDHM por distrito sanitário de Maceió em 2010.....	75
Tabela 8- Participação da receita de impostos próprios na receita total do município das Capitais Regionais Nordeste de 2013 a 2016.....	76
Tabela 9- Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município.....	77
Tabela 10- Estabelecimentos de saúde públicos e privados conveniados ao SUS da rede municipal de Maceió em 2013.....	86
Tabela 11- Estabelecimentos de saúde públicos e privados conveniados ao SUS da rede municipal de Maceió em 2017.....	86
Tabela 12- Média da participação da despesa total com saúde, do investimento em saúde, da despesa com pessoal, da despesa com terceiros e receita própria aplicada em saúde conforme a LC141/2012 das capitais regionais nordestinas entre 2013 e 2016.....	87
Tabela 13- Média da proporção do orçamento para atenção primária e assistência hospitalar e ambulatorial por capital regional nordestina entre 2013 e 2016.....	89
Tabela 14- Proporção do orçamento por órgão da administração municipal de Maceió entre 2013 e 2016.....	90
Tabela 15- Nº de equipes e cobertura da AB e ESF entre 2013-2017, Maceió-AL.....	96
Tabela 16- Nº de equipes de ESF das capitais regionais nordestinas entre 2013 a 2017.....	96
Tabela 17- Nº de equipes equivalentes a ESF das capitais regionais nordestinas entre 2013 a 2017.....	97
Tabela 18- Cobertura da atenção primária das capitais regionais nordestinas entre 2013 a 2017.....	97

Tabela 19- Proporção de metas de indicadores alcançados nos relatórios de gestão de 2013 a 2017.....	120
Tabela 20- Proporção de ações pactuadas para AB realizadas de acordo com os relatórios de gestão de 2013 a 2017.....	120

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABS	Atenção Básica em Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
AL	Alagoas
APS	Atenção Primária à Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CENDES	Centro de Estudos para o Desenvolvimento da América Latina
CIAP	Classificação Internacional da Atenção Primária
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FNS	Fundo Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP	Interações por Condições Sensíveis a Atenção Primária
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
NOB 96	Norma Operacional Básica de 1996
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISC	Programas de Atenção Integral à Saúde da Criança
PAISM	Programas de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPA	Plano Plurianual
PREVSAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SESP	Serviços Especiais de Saúde Pública
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVO GERAL	20
2.1 Objetivos Específicos	20
3 MARCO TEÓRICO	21
3.1 Atenção primária e a reforma sanitária brasileira	21
3.1.1 Conceitos e concepções: embates entre o simples e o complexo	24
3.1.2 Atenção Primária e o Financiamento da Saúde	29
3.1.3 Atenção primária e o contexto atual: disputas entre modelos de APS	31
3.2 Análise de políticas públicas	35
3.2.1 Política Pública de Saúde: uma política social	37
3.2.2 Abordagens e modelos de análise de políticas	40
3.2.3 A contribuição do pensamento estratégico para a análise de políticas públicas	45
3.2.3.1 <i>Perspectiva epistemológica</i>	46
3.2.3.2 <i>Pensamento estratégico: um pensamento sobre o poder</i>	46
3.2.3.3 <i>Atores sociais e cenários de ação</i>	48
3.2.3.4 <i>Postulado da coerência: uma ferramenta para análise do processo político</i>	51
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	53
4.1 Tipo de estudo	53
4.2 Período e objeto de estudo	54
4.3 Área de estudo e considerações espaciais da contextualização do objeto	54
4.4 Fontes e instrumentos de coleta de dados	56
4.5 Processamento e análise dos dados	58
4.5.1 Contexto.....	59
4.5.2 Conteúdo.....	63
4.5.3 Atores.....	65
4.5.4 Processo	67

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	69
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	70
6.1 Macro contexto	70
6.1.1 Características demográficas de Maceió	70
6.1.2 Distribuição de renda e pobreza	72
6.1.3 Vulnerabilidade Social e Desenvolvimento Humano.....	73
6.1.4 Crise econômica, política e os impactos no município de Maceió.....	76
6.1.5 Eleições municipais de 2012 e 2016.....	79
6.1.6 Heranças da gestão municipal anterior	82
6.2 Microcontexto	83
6.2.1 Características da organização dos serviços municipais de saúde: entre induções federais e relações público-privadas	83
6.2.2 Dependência financeira da União e gasto municipal com saúde no contexto de austeridade fiscal	87
6.2.3 Estrutura de poder setorial e a rotatividade dos secretários de saúde.....	90
6.2.4 Atenção primária: baixa cobertura, estagnação e entraves.....	94
6.3 Atores sociais: concepções, posições e poderes	99
6.3.1 Prefeito e Secretaria de Governo	99
6.3.2 Primeiro secretário de saúde.....	100
6.3.3 Segundo secretário de saúde.....	102
6.3.4 Terceiro secretário de saúde	103
6.3.5 Quarto secretário de saúde.....	104
6.3.6 Secretários Municipais Adjuntos.....	106
6.3.7 Diretores e coordenadores de grandes subsetores	107
6.3.8 Escalões inferiores da burocracia estatal: os atores invisíveis	108
6.3.9 Base aliada do governo no poder legislativo	110
6.3.10 Instâncias de controle social	111
6.3.11 Grupos de pressão.....	112

6.4 Política Municipal de Atenção primária: ações e omissões	113
6.5 Processo	116
6.5.1 Organização	116
6.5.2 Métodos: planejamento e gestão na secretaria municipal de saúde.....	120
6.6 Da análise à síntese: o concreto-pensado sobre a política de atenção primária em Maceió.....	124
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	134
REFERÊNCIAS.....	136
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	150
APÊNDICE B - ROTEIROS DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.....	152

1 INTRODUÇÃO

Há um consenso internacional que um sistema de saúde que tenha a atenção primária à saúde (APS) robusta, resolutiva e acessível seja importante para as sociedades. Ela é, pois, central para um sistema de saúde orientado para a proteção do ser humano, como um verdadeiro marco civilizatório. Esse reconhecimento é devido às inúmeras evidências que são obtidas por meio de estudos ao redor do mundo, e seu ideário foi construído ao longo do século XX em meio a disputas entre diferentes modelos de atenção, envolvendo aspectos políticos, econômicos e ideológicos (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Essas disputas também permearam a sociedade brasileira, intensificando-se com o surgimento do movimento sanitário, ao longo do período do regime civil-militar iniciado em 1964. A proposta da reforma sanitária brasileira, que criticava o regime político vigente, as condições sanitárias do país e o modelo de atenção à saúde da época, defendia, entre outras questões, a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) que tivesse como centralidade da organização do cuidado e dos serviços de saúde a APS (AQUINO et al., 2014; FALEIROS, 2006).

Com a aprovação da Constituição Cidadã de 1988 e, nela, a criação do SUS, avançou-se com a proposta, agora projeto, do movimento sanitário brasileiro e se deu início a um processo dinâmico e contraditório de disputas de modelos de atenção, sob o marco civilizatório de um sistema de proteção social, pautado pela lógica da seguridade social, onde tem a saúde como um direito universal (PAIM, 2013, 2008).

A APS, a partir de então, pendula entre propostas de uma política focalizada e simplificada, e de políticas abrangentes e complexas que a coloca como coordenadora de todo sistema de saúde e nível fundamental para enfrentar as iniquidades sociais. É nesse processo que se constrói o modelo de APS no Brasil, chamado nacionalmente de Atenção primária em Saúde (ABS), com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Programa de Saúde da Família (PSF), posteriormente transformado em Estratégia de Saúde da Família (ESF), considerada uma estratégia fundamental para reorientação do modelo de atenção à saúde no Brasil. Contudo, a evolução da APS no Brasil é marcada tanto por avanços, quanto por retrocessos e desafios que precisam ser compreendidos (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Um dos avanços da APS no Brasil foi a sua expansão, o aumento da cobertura que se intensificou principalmente a partir dos anos 2000. Entretanto, esse processo foi mais acelerado nos municípios de pequeno porte, com baixa ou nenhuma capacidade instalada, em detrimento do lento processo de expansão nos grandes centros urbanos. Essa diferença se deve a fatores sociais, econômicos e políticos de maior complexidade, como a densidade demográfica, o quadro epidemiológico das grandes cidades, o grau de exclusão do acesso aos serviços de saúde, etc (BOUSQUAT; COHN; ELIAS, 2005; ESCOREL et al., 2002).

Com a expansão do modelo da Saúde da Família o território brasileiro apresentava serviços de APS, ou ABS, tanto sob a sua lógica, quanto sob a lógica do chamado modelo tradicional. Em muitos centros urbanos o modelo da saúde da família atuava como um programa focalizado para as populações mais vulneráveis socialmente, enquanto o modelo tradicional atendia demanda espontânea e realizava assistências específicas. Por outro lado, alguns centros urbanos que lograram uma maior cobertura populacional através da Saúde da Família, tiveram expressivas mudanças “na organização do sistema municipal de saúde e no modelo de atenção” (ESCOREL et al., 2002).

As “mudanças expressivas” apontadas por Escorel et al. (2002) estão, certamente, vinculadas ao modelo operacionalizado pela Saúde da Família, que tem como atributos ser a porta de entrada do sistema de saúde, o cuidado integral e longitudinal, a centralidade na família, a orientação comunitária e a competência cultural. Modelos de APS orientados por estes atributos são mais econômicos e resolutivos que modelos de APS que não se pautam por essa organização. Assim demonstram estudos que, comparando países que tem uma estrutura de APS mais robusta que outros, os países com APS mais estruturada exibem melhores indicadores sanitários, como a redução de mortalidade precoce por doenças respiratórias e cardíacas (MACINKO; STARFIELD; SHI, 2003; RICO; SALTMAN; BOERMA, 2003; STARFIELD, 2002; WENDT; THOMPSON, 2004).

Um dos desafios, inclusive, para o Sistema Único de Saúde é a mortalidade precoce por doenças cardíacas, ou melhor, o enfrentamento às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT's). Elas são as principais causas de morbimortalidade no Brasil e esse quadro epidemiológico exige um modelo de atenção que responda adequadamente e, diferentemente das condições agudas, de forma continuada, longitudinal e integrada. Experiências internacionais já demonstram o maior êxito no enfrentamento às DCNT's quando as intervenções de saúde pública são realizadas de maneira integrada e abrangente

(BEAGLEHOLE et al., 2012; BRASIL, 2011; MENDES, 2012; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012).

Do mesmo modo, Malta et al. (2014) destacam que as DCNT's representam o maior problema de saúde no mundo e no Brasil, tanto por ser responsável por mortes prematuras como pela perda de qualidade de vida, com alto grau de limitação por incapacidade, além das consequências econômicas, seja para as famílias e comunidade, seja para a sociedade de maneira geral. Elas atingem toda população, com maior impacto e abrangência nas populações mais vulneráveis socialmente e economicamente (idosos, baixa escolaridade e baixa renda). Contudo, estes mesmos autores evidenciaram o declínio médio de 2,5% ao ano, entre 2000 e 2011, nos óbitos por doenças do aparelho respiratório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas no Brasil e em suas regiões, e atribuem essa queda a fatores como a redução do tabagismo, a melhoria das condições socioeconômicas, mas também a expansão no acesso aos serviços de saúde.

Schimidt et al (2011) também encontraram uma tendência de redução das DCNT's e apontam que para seu enfrentamento são necessárias medidas em que o enfoque seja coletivo e não individual; que haja uma mudança na alocação de recursos, em termos relativos, de tratamentos hospitalares e de alta tecnologia para promoção da saúde e prevenção de doenças; planejamento intersetorial para implementar e intensificar intervenções custo-efetivas que possam ajudar a criar um ambiente propício às escolhas saudáveis de estilo de vida; acesso a medicamentos custo-efetivos; e a expansão e qualificação da Estratégia de Saúde da Família, com maior comunicação entre a atenção primária e outros níveis.

Os apontamentos da necessidade de expansão e qualificação da Estratégia de Saúde da Família para melhoria das condições de saúde da população vão ao encontro de uma gama de pesquisas nacionais e internacionais que demonstram a redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) nos últimos anos, atribuindo fortemente essa tendência à APS, no caso dos estudos internacionais, e à ESF, no caso do Brasil (AQUINO; OLIVEIRA; BARRETO, 2009; BARRETO; NERY; COSTA, 2012; CALDEIRA et al., 2011; ; CARVALHO et al., 2015; NEDEL et al., 2010; PINTO JUNIOR et al., 2018; RASELLA; AQUINO; BARRETO, 2010; ROSANO et al., 2013).

A ESF, pois, é um fator importante para redução das iniquidades em saúde, contudo, desafios políticos e financeiros limitam a continuidade de sua expansão e qualificação, assim

como, do sistema de saúde como um todo. O subfinanciamento da saúde é um dos grandes gargalos do SUS e o recente contingenciamento das despesas primárias através da Emenda Constitucional (EC) 95/2016 agrava a situação do setor, dificultando a expansão e qualificação da ESF. A situação do financiamento da saúde é, também, uma das consequências das relações federalistas e fiscais entre a União, estados e municípios. Enquanto houve uma tendência, nas últimas décadas, de redução das contribuições orçamentárias relativas da União para o setor saúde, para os estados e, principalmente, municípios essa tendência foi de aumento, aproximando-se dos limites de capacidade fiscal de grande parte dos municípios (FUNCIA, 2017; PAIM et al., 2011).

A proximidade do limite de capacidade fiscal dos municípios mais o subfinanciamento crônico do SUS e ABS se choca com a necessidade de expandir este última e, principalmente, a ESF. Essa situação se soma a dificuldade de ampliação da Saúde da Família nos centros urbanos das diferentes regiões do Brasil, como as capitais dos estados. A dificuldade de se fortalecer como estratégia prioritária de reorientação do modelo de atenção faz da expansão e qualificação da ESF, competindo com o modelo tradicional de atenção primária, um desafio a ser enfrentado nos municípios, principalmente nas capitais (ELIAS et al., 2006; PAIM et al., 2011).

Esse desafio se intensifica nas regiões que possuem uma alta vulnerabilidade social, como o Norte e Nordeste, e mais ainda nas capitais dos estados onde as condições sociais e econômicas são precárias. Entre os estado do Nordeste, os que apresentam o maior percentual de municípios com maior vulnerabilidade social é Alagoas e Maranhão (COSTA; MARGUTI, 2015).

A capital alagoana, Maceió, tem uma das mais precárias situações sociais dentre as demais capitais regionais nordestinas. Do ponto de vista macroeconômico é uma capital pobre, detém um estoque de empregos formais relativamente pequeno, possui uma das maiores taxas de desemprego e a maior taxa de informalidade, um dos piores cenários educacionais, uma das maiores taxas de analfabetismo, uma baixa cobertura de abastecimento de água e esgotamento sanitário e um quadro de violência que vem aumentando, em termos de homicídios, desde 1999 (SILVA; SERVO; VIEIRA, 2013).

A situação do setor saúde na capital alagoas segue um ritmo semelhante ao dos indicadores mais gerais citados acima. Em 2011 os gastos por habitante com saúde em

Maceió, em relação às demais capitais regionais nordestinas, foi o menor e tende a seguir no ritmo de subfinanciamento do setor devido às questões fiscais discutidas anteriormente e à sua dependência das transferências orçamentárias de recurso federal. Ademais, nesse mesmo ano, as transferências do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para o município foram relativamente baixas e mais concentradas nos serviços de atenção secundária e terciária, em detrimento da atenção primária. Este último achado é influenciado, também, pela estrutura dos serviços de saúde do município. Uma das condicionalidades do repasse de recursos federais para os municípios é a implantação de programas e estratégias prioritárias no seu território, como a ESF (SILVA; SERVO; VIEIRA, 2013).

Assim como ocorreu no Brasil de maneira geral, no estado de Alagoas, segundo Silva et al. (2014), ocorreu uma significativa expansão da ESF, contudo, concentrada nos municípios de pequeno e médio porte. Seguindo a tendência nacional na passagem dos anos de 1990 para os anos 2000 em diante, a capital alagoana obteve uma tímida expansão, mantendo uma cobertura populacional da ESF estagnada em torno de 30% no período de 2006 a 2013.

Atualmente, a cobertura da ESF em Maceió segue baixa, permanecendo em torno dos 30% mesmo após o período de estagnação entre 2006 e 2013 demonstrado por Silva et al. (2014), como se expõe no quadro 1. Maceió tem a menor cobertura da ESF e da AB dentre as capitais regionais nordestinas. A discrepância entre as capitais, onde Teresina e João Pessoa, por exemplo, têm a cobertura da ESF, respectivamente, de 100% e 84,57%, é tão significativa que alerta sobre a necessidade de compreender melhor esse fenômeno por meio de estudos científicos.

Tabela 5 Cobertura populacional da AB e ESF nas capitais regionais nordestinas em 2016

	Teresina	João Pessoa	Aracaju	Natal	São Luís	Maceió
AB	100%	95,85%	78,83%	54,39%	44,92%	45,6%
ESF	100%	84,57%	70,77%	38,47%	35,02%	29,27%

Fonte: O autor a partir de Brasil (2018).

Como diz Medina (2017) “identificar os obstáculos, as razões do insucesso e propor soluções adequadas é uma tarefa que se coloca para os pesquisadores, na perspectiva do conhecimento científico”. É pelo fato do campo da saúde ser de um complexo entendimento, onde são

diversos os determinantes dos processos de decisão das políticas de saúde como as relações público-privado, os diversos interesses políticos e econômicos que estão em jogo, as relações e disputas de poder internamente no setor e entre os entes federados, que se faz necessária análises que contribuam para compreendê-lo e que permitam construir alternativas para modifica-lo.

Análises que buscam compreender os processos políticos de construção da agenda e implementação da política de atenção primária nos municípios, como a de Duarte (2014) sobre Recife e a de Gottens (2010) sobre Florianópolis, não são encontradas na literatura científica tendo como local de observação o município de Maceió. Dessa forma, a justificativa dessa pesquisa está, principalmente, na importância de realizar um estudo que busque desvendar os determinantes e condicionantes dos referidos processos no singular cenário da capital alagoana no período recente de 2013 a 2016. Este abrange um mandato do governo municipal, coincidindo com o período de debate prévio à aprovação da nova PNAB.

As contribuições almejadas por este estudo são tanto no âmbito científico, de aplicar métodos utilizados para a análise de políticas de saúde, amplamente discutidos na Saúde Coletiva, inclusive por integrar diferentes abordagens frente a problemas cotidianos de complexidade já apontada; quanto no âmbito político, ou seja, de fornecer uma compreensão do fenômeno para que seja possível intervir para sua transformação.

Diante disso, o presente estudo partiu da seguinte pergunta condutora: quais os fatores que condicionaram e determinaram o processo de formulação e implementação a política de atenção primária em saúde no município de Maceió no período de 2013 a 2016?

O pressuposto é que esse processo foi influenciado mais por fatores políticos do que pela formulação de propostas e interpretação de problemas epidemiológicos e sociais. A perspectiva de atenção primária incorporada na agenda segue uma visão restrita, de política focalizada e, por isso, baixos investimentos são destinados para sua estruturação no sistema de saúde municipal. Esses fatores, pois, podem explicar a baixa cobertura de atenção primária no município, particularmente da Estratégia de Saúde da Família, mas também as descontinuidades e baixa implantação de propostas.

2 OBJETIVO GERAL

Analisar o processo de formulação e implementação da política municipal de atenção primária à saúde de Maceió – AL entre 2013 e 2016.

2.1 Objetivos Específicos

- a) Identificar a proposta da política de atenção primária, bem como, os atores envolvidos no período estudado, buscando estabelecer suas posições, concepções de APS, seus interesses, conflitos;
- b) Apresentar e discutir os aspectos do macro e micro contexto que podem ter influenciado na configuração da política de atenção primária no município de Maceió;
- c) Analisar o processo de construção e implementação da Política de Atenção primária, buscando estabelecer as inter-relações entre o contexto, conteúdo, atores e processo de implementação.

3 MARCO TEÓRICO

O marco teórico-conceitual deste estudo cumpre o objetivo de fundamentar as análises e discorre sobre a trajetória da atenção primária à saúde no Brasil e no mundo, as disputas entre modelos de atenção e concepções, além de posicionar a pesquisa frente aos variados tipos de análises de políticas públicas.

3.1 Atenção primária e a reforma sanitária brasileira

A primeira vez que a APS é utilizada como estratégia de organização do sistema de saúde é com a publicação do Relatório Dawson. Ele inaugura a concepção de APS como central e coordenadora do sistema de saúde, fazendo frente a uma situação de altos custos, crescente complexidade e baixa resolutividade da atenção médica da época. Outro marco para APS é a Declaração de Alma-Ata, pacto assinado por 134 países em torno da chamada meta do milênio: atingir o maior nível de saúde até o ano 2000 através da APS. Ambos tornaram-se referência para as reformas sanitárias no mundo durante as décadas de 1980 e 1990, particularmente no Brasil, e fundamentaram a noção de APS na perspectiva de cuidado integral (AQUINO et al, 2014; MATTA; MOROSINI, 2008).

Movimentos ideológicos difundidos por agências internacionais marcam o debate em torno da atenção primária no Brasil desde os anos 1960 frente a crise dos serviços de saúde. A variação desses movimentos vai de uma concepção mais crítica, abrangente, que trata dos problemas que envolvem o processo saúde-doença-cuidado como algo que ultrapassa o setor saúde e envolve questões sociais mais amplas; até uma concepção mais restrita, inclinada para racionalização dos custos com os serviços. É nesse contexto que emerge o movimento da reforma sanitária brasileira (ALMEIDA-FILHO; PAIM, 2014; AQUINO et al., 2014; CUETO, 2015).

Com o movimento sanitário as concepções da APS como defendida em Alma-ata ganham força, as críticas ao modelo de atenção à saúde se tornam mais robustas e suas propostas começam a ganhar concretude e ter sua operacionalização viabilizada. Isto se deve pela ocupação do aparato estatal por parte dos atores da reforma sanitária, tanto na esfera legislativa quanto na técnica-burocrática (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; PAIM, 2008).

A partir da década de 1970, então, uma série de iniciativas que se relacionam com a APS tiveram sequência, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE). Outros como o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), as Ações Integradas de Saúde (AIS), Programas de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e da Criança (PAISC). E modelos alternativos ao INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) como as Ações Programáticas de Saúde na Universidade de São Paulo (USP), os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) e seus distritos sanitários propostos pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; MOTA; SCHRAIBER, 2011).

Desde os anos 1970, a APS foi valorizada dentro da proposta de um sistema de saúde unificado, na medida em que a decadência do modelo médico-privatista, representado institucionalmente pela INAMPS foi abrindo espaço para o ideário que considera a saúde de maneira integral (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; MATTA; MOROSINI, 2008).

Na década de 1980 uma série de iniciativas e experiências de serviços de saúde foi colocada em prática; como os programas de atenção integral a saúde; propostas de organização dos serviços de saúde já pautados pela descentralização, municipalização, atenção integral, participação social; as AIS; a concepção do modelo de “vigilância da saúde” e etc. Todo esse processo construiu o fundamento teórico-prático do modelo de atenção que só seria institucionalizado e posto em prática, com todas as dificuldades, a partir dos anos 1990 (SCOREL, 2008; PAIM, 2002).

Pondo em prática essas alternativas e debatendo as ideias de um novo modelo de atenção à saúde, surgiram as bases de uma nova proposta de organização das práticas de saúde com base nos pressupostos da hierarquização, interiorização, regionalização, redução de custos, e, também, as bases de discussão da APS no Brasil, com forte direcionamento das proposições de Alma-ata. As propostas desse movimento

[...] foram incorporadas na Constituição Federal de 1988 e formaram a base da legislação federal, publicada em 1990, que instituiu o Sistema Único de Saúde. Portanto, afastando-se do receituário neoliberal do Banco Mundial, a nova Constituição Federal estabeleceu a saúde como direito social fundamental e dever do Estado. Assim, o Congresso Nacional aprovou as bases legais da reforma de saúde brasileira, iniciada no decorrer da década de 90 do século XX (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 10).

Com o SUS a APS, ou ABS (atenção básica em saúde) como se chama no Brasil, foi constituída formalmente a partir dos princípios da universalidade, da descentralização, da integralidade e da participação popular. Começa a ganhar contornos com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), considerado antecessor do Programa de Saúde da Família já que conformou os elementos centrais da proposta: a definição de responsabilidade sobre um território e a adscrição de clientela; o enfoque das práticas de saúde na família, e não nos indivíduos; a priorização das ações preventivas diante dos problemas; a integração dos serviços de saúde com a comunidade; e uma abordagem mais ampla e não centrada apenas na intervenção médica. Iniciou no Nordeste para combater a mortalidade infantil e materna, e logo se ampliou para o Norte, diante da epidemia de cólera (AQUINO et al 2014; MATTA; MOROSINI, 2008).

Segundo Giovannella e Mendonça (2012) o programa de agentes comunitários teve grande influência da experiência do final dos anos 80 e início dos anos 90 no estado do Ceará. Para promover um ambiente de geração de renda e desenvolvimento local frente a um cenário de grave seca que atingia grande parte do estado, em torno de 7.000 mulheres foram contratadas pelo estado, com o objetivo de evitar relações clientelistas dentro dos municípios, como agentes comunitárias de saúde que tinham a responsabilidade de realizar o cadastramento da população, o diagnóstico comunitário, a identificação de áreas de risco e o foco em ações de promoção para crianças e mulheres, considerando a alta vulnerabilidade desses grupos. A experiência cearense foi de inovação com as relações entre as esferas de governo, a população atendida e os profissionais contratados, construindo relações de confiança e responsabilidade entre eles (TENDLER, 1998).

Com a expansão da experiência a nível nacional, o programa foi aprimorado, colocando profissionais de nível superior para supervisionar os agentes comunitários de saúde (ACS), mecanismos de avaliação do desempenho foram construídos e a categoria dos ACS's foi cada vez mais institucionalizada, integrado ao sistema de saúde municipal, ampliando seu leque de intervenções e melhorando seu desempenho (HEIMAN; MENDONÇA, 2005).

A criação da Saúde da Família teve todos os processos citados como seus antecedentes, e aconteceu ao longo da década de 1990, caracterizada por um conjunto de esforços para fortalecer a atenção primária no Brasil, apesar de, num primeiro momento, ter sido de caráter restrito e delimitado a poucos municípios. Um marco normativo da saúde da

família é a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96) assumindo a Saúde da Família como primeiro nível de atenção, como um conjunto de ações individuais e coletivas de promoção da saúde, assim como, de prevenção, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2011), ou seja, uma atenção primária de caráter mais abrangente (GIOVANNELLA; MENDONÇA, 2012).

A NOB 96 estabeleceu um novo modelo de alocação de recursos, fortaleceu a função gestora local do Estado, possibilitando a ampliação do acesso e propondo a saúde da família como estratégia, e definiu indicadores de produção e de impacto epidemiológico (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

A Saúde da Família passou a ser elemento estratégico de reorientação do modelo de atenção e consolidação do SUS. Sua implantação foi acelerada nos municípios de pequeno porte em detrimento dos grandes centros urbanos e, devido a isso, em 2003 foi lançado o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família com o objetivo de sua ampliação e qualificação nos grandes centros urbanos (BOUSQUAT; COHN; ELIAS, 2005).

A saúde da família contribuiu positivamente no processo de descentralização dos serviços de saúde, na qualidade desses serviços, na melhoria dos indicadores de saúde, na reorientação do modelo assistencial e na própria condução da APS. Contudo,

sua implementação ocorre de diferentes modos, um olhar sobre as experiências em curso demonstra grande diversidade vis-à-vis às imensas disparidades inter e intrarregionais e às enormes desigualdades sociais que marcam a realidade brasileira (GIOVANNELLA; MENDONÇA, 2012, p. 56).

3.1.2 Conceitos e concepções: embates entre o simples e o complexo

No Brasil há um debate frequente com o objetivo de conceituar o primeiro nível de atenção de um sistema de saúde, que no caso se refere ao Sistema Único de Saúde (SUS). Enquanto que internacionalmente se convencionou nomear esse primeiro nível de atenção em atenção primária, nos documentos oficiais do Estado brasileiro se adota o termo atenção básica, como observado na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017; BRASIL, 2011; BRASIL, 2006a; MENDES, 2005).

A oscilação terminológica desse nível de atenção pendula entre “atenção básica”, como adotada no Brasil, “atenção primária” e “atenção primária à saúde” (APS), este último

cunhado na Declaração de Alma-Ata (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978). Nos próprios documentos oficiais do Estado brasileiro há uma incerteza do termo mais adequado a ser utilizado: enquanto nas “Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão” (BRASIL, 2006b) não há menção ao termo “atenção primária”, mas apenas à “atenção básica”, no documento “Seminário Para entender o Pacto pela Saúde – Legislação e Notas Técnicas do CONASS” (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2006) os termos são utilizados alternadamente e as vezes na forma “atenção básica/atenção primária” (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009).

Essas variações não são meras opções de uso, mas sugerem distintos posicionamentos ideológicos ou, talvez, formas de significar os termos. Ao tratar do tema Paim (2012) afirma que a construção de uma agenda para difusão da chamada “APS seletiva” envolvendo atores como o Banco Mundial e a Fundação Rockefeller indica que “existem questões de fundo que transcendem denominações”. Ademais, a adoção de determinado termo tem consequências práticas, como as diferentes formas de organizar os serviços de saúde nesse nível de atenção. Mendes (2005) afirma que o termo “atenção básica” adotado no Brasil reforça uma ideia de simplicidade, de algo que pode ser banalizado:

Essa visão básica da APS faz com que ela possa ser feita de qualquer jeito: com pouco financiamento, com relações de trabalho extremamente precarizadas, com um arsenal de medicamentos muito estrito, com uma infraestrutura física completamente deteriorada, na ausência de sistemas eficazes de Educação Permanente e etc (MENDES, 2005, p.2).

Mendes (2005) diz, ainda, que em função dessa visão a atenção primária é interpretada como uma forma de atenção primitiva, termo cunhado por Testa (1992, p. 172) quando defende que a diferença entre uma “atenção primária” e uma “atenção primitiva” é a existência de uma rede assistencial organizada e coordenada, onde haja o “direito real do usuário a aceder a toda rede assistencial”.

Testa (1992) defende que não é possível considerar a atenção primária de uma forma totalizante, onde o termo equivalha para todos os países, mas precisa ser entendida dentro de determinado contexto. Ela pode ser compreendida em sua inserção (ou não) num sistema de saúde, ou como uma definição ideológica, abstrata. Para as concepções que desenvolvem proposições mais concretas, pelo menos cinco fatores irão caracterizá-las: o desenho e organização (ou a não existência) do sistema de saúde, levando em conta a sua inserção num

sistema de organização social maior; os interesses e poderes dos grupos sociais envolvidos, tanto os que demandam quanto os que ofertam os serviços; as tecnologias utilizadas; e a vinculação ou não dessa organização com a democracia.

Nesse sentido, Giovanella e Mendonça (2012) identifica pelos menos quatro tipos de caracterização da APS:

A APS como um modelo abrangente ou integral, que foi defendida na Conferência de Alma-Ata no Cazaquistão em 1978. A definição de APS, nessa Conferência, foi publicada na Declaração de Alma-Ata como cuidados primários, que 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 possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. 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 pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (Opas/OMS, 1978, p. 1).

Essa concepção de APS foi formulada a partir da crítica aos modelos verticais de intervenção da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o combate a endemias nos países em desenvolvimento, e do modelo médico-privatista, cada vez mais especializado, intervencionista e de alto custo. A institucionalização de um direcionamento que partiu da primeira crítica iniciou com um médico chamado Halfdan Mahler ao assumir a direção da OMS e propor formas alternativas de intervenção nos problemas de saúde. A segunda crítica se fundamentou, principalmente, na noção de determinantes sociais da saúde para propor uma nova abordagem em atenção à saúde em contraposição ao modelo biomédico. Era uma contestação ao modelo hegemônico estadunidense (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; CUETO, 2004).

Outro tipo de APS muito difundido é o da noção de programa focalizado e seletivo, com cesta restrita de serviços. Por focalização se entende a ação de concentrar os recursos financeiros disponíveis numa população específica, por razões de caráter econômico, pelo custo-benefício, pela limitada disponibilidade destes recursos. Políticas sociais focalizadas geralmente se vinculam à pobreza, diferente das políticas de saúde abrangentes que defendem

o direito universal à saúde, para os cidadãos. As políticas sociais focalizadas tem o objetivo de coesão social, apaziguamento das tensões por meio da atenuação da miséria, garantindo a continuidade e ampliação da concentração capitalista a nível mundial (RIZZOTTO, 2009).

Esse tipo de APS ganha corpo quando agências internacionais criticaram a declaração de Alma-Ata por ser pouco propositiva e se organizaram para propor ações focalizadas de atenção primária para enfrentar as principais doenças nos países em desenvolvimento (CUETO, 2015). Tais ações foram: terapia de reidratação oral, aleitamento materno, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, imunizações e, mais adiante, incorporaram a suplementação oral, alfabetização feminina e planejamento familiar. São ações criticadas por serem excessivamente tecnocratas, primarem apenas o custo-efetividade e por não levar em conta os determinantes sociais da saúde. A terapia de reidratação oral, por exemplo, apesar de ser uma correta forma de tratamento da diarreia não é suficiente para enfrentar o problema social causador que seria através do saneamento básico adequado e tratamento de água (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Essas agências internacionais tiveram forte influência no direcionamento das ações de saúde dentro dos países chamados periféricos. No Brasil, o termo “atenção básica” pode ter sido criado para abarcar as propostas do movimento sanitário brasileiro e se diferenciar da dimensão de APS defendida por essas agências internacionais. Entretanto,

ao optar pela expressão ‘atenção básica’ e chamando de ‘estratégia’ o Programa de Saúde da Família (PSF), terminaram submetendo-se à marca APS e limitando-se a realizar, na maioria das vezes, intervenções pobres para pobres, isto é, uma medicina ‘simplificada’ para gente simples que ficaria satisfeita até mesmo com uma ‘atenção primitiva de saúde’, conforme nomenclatura crítica cunhada por Testa (1992). (PAIM, 2012, p. 343).

As consequências das políticas sociais focalizadas, ou mais especificamente, da APS focalizada ou seletiva estão na introdução da precariedade e descontinuidade das ações propostas, criando uma segmentação no acesso à assistência onde, de um lado existem serviços de alta qualidade e custos, em grande medida sustentados pelo Estado, destinadas às classes sociais de maior renda e, de outro, os serviços básicos, muitas vezes de baixa qualidade destinados às classes sociais de baixa renda (RIZZOTTO, 2009).

Outro tipo de APS apontado por Giovanella e Mendonça (2012) se refere a um nível de atenção, que compõe um sistema de saúde mais amplo, caracterizado por ser o lócus do

primeiro contato da população com este sistema, configurado por ambulatorios não-especializados, incluindo ou não ações de saúde pública ou serviços clínicos direcionados a toda população. É um tipo de APS característico de países europeus onde a organização do sistema de proteção social teve forte influência da social democracia, os sistemas chamados de *Welfare State*.

Por fim, APS também é identificada como uma filosofia que orienta processos de luta pelo direito universal à saúde. O período de interferência das agências internacionais na APS, com seu direcionamento focalizado e seletivo, deu lugar a um crescente movimento que reitera a defesa da saúde como direito. Um marco internacional foi o Movimento para Saúde dos Povos que se posicionava contra uma APS focalizada e seletiva, retomando os preceitos de Alma-Ata, contra a mercantilização da saúde e um sistema econômico que gera iniquidades (GIOVANNELLA; MENDONÇA, 2012; PEOPLE'S HEALTH MOVEMENT, 2000).

Como se percebe, as diferentes concepções de APS envolvem disputas de visões de mundo, interesses e poderes, assim como, o embate de ideias e propostas que circula entre os diferentes graus de complexidade da organização da atenção ou cuidado em saúde. Trata-se de um embate contemporâneo e que repercute na condução das políticas de saúde em todos os municípios do país, por estes serem oficialmente as unidades executoras da política de atenção básica (BRASIL, 2017, 1990).

Enquanto a própria normativa do SUS expressa a visão da APS como um nível de baixa complexidade, quando hierarquiza os três níveis em baixa complexidade (atenção básica), média e alta complexidade, pesquisadores, especialistas na área afirmam que essa “visão simplificada, quase ingênua da APS, expressa, em boa parte, uma incompreensão da natureza complexa da demanda por cuidados primários” (MENDES, 2015, p. 45).

Landsberg et al. (2012) constatou, em seu estudo sobre as demandas da APS em Florianópolis, que as causas mais frequentes de busca por cuidados na atenção primária do SUS se enquadravam como gerais ou inespecíficas de acordo com a Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP). Mendes (2015) analisando estudos com a mesma temática, encontrou resultados semelhantes, mostrando também que, apesar da APS cuidar dos problemas mais frequentes, não significa que cuidam dos problemas mais simples.

A complexidade da demanda da APS está na sua amplitude e diversificação e, por isso, também se considera a atenção primária à saúde como uma estratégia de organização da atenção à saúde para solucionar problemas de saúde da população integrando ações curativas e preventivas, atendendo indivíduos e comunidades de forma regionalizada, contínua e sistematizada (MENDES, 2015; MATTA; MOROSINI, 2008).

Por considerar a complexidade dos problemas nesse nível de atenção, ao contrário do que sugere o termo atenção básica, e por ser uma terminologia adotada internacionalmente, o presente estudo optou pela utilização do termo atenção primária à saúde.

3.1.3 Atenção Primária e o Financiamento da Saúde

Um dos maiores gargalos do funcionamento do SUS é o seu financiamento ou, para ser mais preciso, o seu subfinanciamento, fator que condiciona as necessidades de saúde da população e que não tem como prioridade a atenção primária. Os problemas vão desde a estrutura de organização do financiamento entre os entes federativos, à sua execução (FUNCIA, 2017; PAIM et al. 2011).

A forma de financiamento do SUS e, particularmente, da atenção primária vem se estruturando e modificando desde a Constituição de 1988 (BRASIL, 1988). A lei 8.142/90 (BRASIL, 1990) dispõe sobre as transferências intergovernamentais dos recursos da saúde de maneira geral e, mais adiante, normas operacionais tratavam de modificações nessas relações. A Norma Operacional Básica de 1996 (BRASIL, 1997) estabeleceu um novo modelo de alocação de recursos financeiros entre as esferas de governo, estabelecendo a forma de transferências fundo a fundo, ou seja, do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais através do Piso da Atenção Básica (PAB) fixo e PAB variável. O primeiro se referindo à distribuição de recursos por quantidade de habitantes de cada município, e o segundo se referindo aos incentivos financeiros oferecidos para implantação de programas especiais como: PSF/PACS, saúde bucal, assistência farmacêutica básica, combate às carências nutricionais, combate a endemias e vigilância sanitária (GIOVANNELLA; MENDONÇA, 2012; BRASIL, 1992, 1988).

O conjunto dessas normas operacionais que foram oficializadas na década de 1990 tratou do processo de descentralização do sistema de saúde aos moldes do federalismo brasileiro. Ao mesmo tempo em que tinham o objetivo de organizar o SUS de maneira mais

próxima das necessidades locais, operacionalizando parte da proposta da reforma sanitária brasileira, criaram um problema financeiro. As relações fiscais e orçamentárias que foram se estabelecendo são ineficazes para a redução das desigualdades entre municípios de diferentes regiões e estados do país. As arrecadações vinculadas à saúde dos municípios das regiões Norte e Nordeste, por exemplo, são menores que as dos municípios da região Sul do país (LIMA; ANDRADE, 2009).

Analisando os estudos sobre o financiamento da atenção primária em saúde no Brasil Silva et al. (2017) constatou:

a existência de perfis variados de receitas municipais nas diversas regiões e estados do Brasil, assim como distintos graus de dependência orçamentária dos municípios das principais fontes de recursos vinculados. Essas diferenças precisam ser trabalhadas para que se consiga alcançar uma atenção primária eficiente em todo território brasileiro (SILVA et al, 2017, p. 115).

Somando-se a essa problemática, e a constituindo, existe decrescente participação da União no orçamento da saúde ao longo dos anos, na medida em que os estados e municípios crescem em termos de participação orçamentária, numa situação de sobrecarga da capacidade fiscal desses últimos, principalmente, dos municípios. No período de 1991 a 2014 a participação da União reduziu de 73% para 43%, enquanto que as esferas estadual e municipal aumentaram, de 15% para 26% e de 12% para 31%, respectivamente (FUNCIA, 2017).

No que tange a evolução das transferências federais da atenção primária, média e alta complexidade, houve, de maneira geral, um aumento progressivo, ao longo dos anos 2000 em diante, nos valores *per capita* para todos os níveis, inclusive para atenção primária. Contudo, os valores das transferências para as chamadas média e alta complexidade foram muito superiores às transferências da atenção primária (CASTRO; MACHADO, 2012; FUNCIA, 2017).

Além dos problemas citados, Silva (2017) elenca mais alguns, a partir dos resultados de sua revisão sobre os estudos do financiamento da atenção primária:

insuficiência de verba, necessidade de serem estabelecidos parâmetros mais claros para os repasses intergovernamentais, criação de uma gestão que entenda e dialogue com as dificuldades locais e maior autonomia dos municípios na definição de prioridades em contrapartida aos financiamentos destinados ao custeio de programas específicos (SILVA et al, 2017, p. 115).

Silva (2017) conclui que, na atual conjuntura, o financiamento da APS apresenta inviabilidades, afirmativa corroborada com as recentes emendas constitucionais (EC 86/2015 e 95/2016) que, segundo Funcia (2017, p.3), “introduziram dispositivos com efeitos negativos para o planejamento e execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde, agravando o processo de subfinanciamento do SUS”. A segunda dessas emendas (EC 95/2016) e mais recente, estabeleceu um limite fixo para as despesas primárias para os próximos 20 anos, a partir de 2017, incluindo as despesas da Seguridade Social, que inclui a saúde, a partir de 2018. Situação essa agravará ainda mais o subfinanciamento do SUS em decorrência das mudanças demográficas de aumento da população e do número de pessoas idosas, que necessitaram de uma rede de proteção social maior e mais qualificada.

Compreender o financiamento da APS ou Atenção Básica é fundamental na análise de sua organização e implementação, ou, nas palavras de Testa (1992):

Mais efetivo que a declaração de uma rede regionalizada, com procedimentos de referência é o mecanismo de financiamento que ordena subsetorialmente o setor. Esse ordenamento é realizado a partir da circulação dos fundos, com ponto de partida nos grupos sociais que os originam, nos que os canalizam e naqueles a quem estão destinados (TESTA, 1992, p. 172-173).

3.1.4 Atenção primária e o contexto atual: disputas entre modelos de APS

O contexto atual da atenção primária no Brasil é, mais do que nos últimos anos, de intensas disputas de interesses e concepções. Um fato marcante foi a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica, aprovada em sua nova versão em 31 de Agosto de 2017 na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). A nova política, segundo nota publicada pelo CONASS e CONASEMS, foi discutida durante 2 anos através de fóruns envolvendo diversos gestores e profissionais, sendo necessária para adequar a política às diferentes situações sanitárias existentes entre os mais de 5 mil municípios do país (BRASIL, 2017; CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE; CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2017).

Diversas entidades e especialistas se posicionaram contra a atual reformulação alegando, dentre outras questões, o enfraquecimento da Estratégia de Saúde da Família como modelo prioritário da atenção primária no Brasil. Essas alterações são colocadas em meio a uma conjuntura de muitas mudanças políticas, como o recente impeachment da Ex-presidente Dilma Rousseff, decorrendo alterações na composição de quadros dentro do governo federal,

como a posse de um novo Ministro da Saúde. Este, assim como abriu espaço para o avanço da reformulação da PNAB, articulou a construção do projeto de Planos Populares de Saúde (OBSERVATÓRIO DE ANÁLISE POLÍTICA EM SAÚDE, 2017; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA; CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE; ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA, 2017).

A fragilidade induzida pelas alterações na PNAB se deve às mudanças do financiamento dos modelos de equipes. Na versão de 2011, os repasses de recursos federais eram destinados apenas para as equipes de Saúde da Família, com o objetivo de estimular e fortalecer esse modelo prioritário de reorientação da atenção à saúde no Brasil, mas com a nova versão os repasses do PAB variável também incluem outros modelos de equipe de atenção primária para além da Saúde da Família (BRASIL, 2017, 2011; MELO et al. 2018).

As equipes desses outros modelos de atenção primária podem ser menores e devem custar menos que as equipes mínimas de Saúde da Família, alterando também a carga horária dessas equipes, flexibilizando e possibilitando sua redução de maneira significativa. Na composição dessas equipes o Agente Comunitário de Saúde (ACS), ator necessário para o cumprimento de atributos da Saúde da Família como a “competência cultural”, deixa de ser obrigatório. Além dessas alterações, a PNAB permite o atendimento da população sem necessidade de vínculo territorial (BRASIL, 2017, 2011; MELO et al. 2018).

Essas alterações e as respectivas críticas refletem as disputas entre os modelos de APS, basicamente entre o modelo da Estratégia de Saúde da Família e o modelo chamado “tradicional” de APS, fragilizando, segundo Melo et al. (2018) aquela. Contudo, há necessidade de apresentar as importantes diferenças entre esses dois modelos de equipe de APS ou atenção básica.

O modelo de equipe de APS que apresenta os atributos discutidos anteriormente é reconhecido internacionalmente como o que possui os melhores desempenhos em comparação com modelos tradicionais, onde, no Brasil, a Estratégia de Saúde da Família é o seu representante. Alguns estudos compararam os diferentes modelos de equipe de atenção primária no Brasil que, de maneira geral, corroboram com os achados internacionais, no entanto, com a identificação e reconhecimento de importantes problemas (CASANOVA; COLMER, 1996; ELIAS et al., 2006; FACCHINI et al., 2006; MACINKO; STARFIELD, 2003; STARFIELD, 2002).

O primeiro ponto de diferenciação entre os modelos de atenção primária no Brasil é a localização dos seus serviços. Segundo Facchini et al. (2006), enquanto as equipes de saúde da família cobrem, normalmente, regiões periféricas e de alta vulnerabilidade social, as equipes do modelo tradicional abrangem localidades e população com menor vulnerabilidade social. Isso pode explicar alguns achados como os de Elias et al. (2006), em que as impressões, de maneira geral, dos usuários consideraram a ESF superior ao modelo tradicional, diferentemente das impressões de profissionais e gestores onde se assemelhou a avaliação entre as duas modalidades. Do mesmo modo, enquanto os usuários que se encontravam em situação de maior vulnerabilidade consideraram a ESF mais acessível, os de menor vulnerabilidade consideraram o modelo tradicional.

Outras dimensões de avaliação da atenção primária, como o “vínculo”, resultaram que a diferença significativa entre os usuários só se encontra entre os estratos de maior vulnerabilidade social, fato diferente do esperado já que essa dimensão é uma característica fundamental e diferenciadora da saúde da família e que deveria estar presente independente da situação social. A “orientação familiar” e a “orientação para comunidade” tem melhor avaliação na ESF que no modelo tradicional, entretanto, chama a atenção os baixos valores de avaliação atribuídos a essas dimensões para o ESF, já que são atributos que mais diferenciam o modelo da Saúde da Família do tradicional. Já para os gestores e profissionais de saúde, essas duas últimas dimensões apresentaram altos valores de avaliação, diferentemente da visão dos usuários (ELIAS et al., 2006; STARFIELD, 2002).

Facchini et al. (2006), comparando as duas modalidades, encontrou as seguintes semelhanças e diferenças para a região Nordeste, que, apesar de achados importantes não são generalizáveis para todo território brasileiro:

Quanto às semelhanças, ambas as modalidades apresentaram uma cobertura de pré-natal e puericultura maior que 90%, com aproximadamente 93% de realização de citopatológicos, contudo, enquanto 60% das gestantes receberam vacina de tétano em excesso, em torno de 24% não chegaram a se vacinar. Também tiveram desempenho semelhante para o atendimento de crianças com diarreia e pneumonia, assim como, para o percentual de diagnóstico e tempo de descoberta da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. A estrutura física é um problema de insatisfação relatado pela maioria dos trabalhadores de ambas as modalidades.

Os percentuais do modelo tradicional foram superiores no que tange ao número de profissionais concursados, que têm nível superior completo (enquanto que na ESF foi maior o número de profissionais com ensino médio completo) e, também, que possuem mais de um vínculo empregatício. O número de profissionais em trabalho precário foi menor que os profissionais da ESF. Também foi superior à ESF o número de atendimentos médicos. Quanto à composição das equipes, elas variam entre as duas modalidades, tendo um número maior de médicos, um número similar de enfermeiros e dentistas, um número superior de auxiliares e técnicos de enfermagem e um número muito menor de ACS nas Tradicionais do que no PSF.

Os percentuais e desempenho do modelo da ESF foram superiores ao modelo tradicional em aspectos como o vínculo territorial, o cuidado longitudinal e as práticas de cuidado integral, os cuidados com adultos e idosos e os cuidados domiciliares. Outro diferencial do modelo da ESF é na presença de salas de reuniões em sua estrutura física, característica que “significa mais espaço para atividades que não estão centradas no médico e no cuidado individual, podendo contribuir para o melhor desempenho do modelo em relação às ações programáticas e gestão dos serviços” (FACCHINI et al, 2006, p. 680).

Comparando os dois modelos Facchini et al. (2006) conclui que a delimitação de área significou um avanço nas ações programáticas, assim como a inserção dos ACS e do Enfermeiro como componentes obrigatórios da equipe. Por outro lado, o modelo tradicional, com sua maior produtividade médica não garante um melhor desempenho que a ESF. De maneira geral, a oferta de ações e recursos de saúde foi mais adequada na ESF que no modelo tradicional.

Outros achados que, mesmo não sendo comparativos com o modelo tradicional, são importantes para mostrar os benefícios da ESF se relacionam com a associação positiva entre redução de hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária e implementação da Estratégia Saúde da Família. Pesquisas nacionais e internacionais demonstram a redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) nos últimos anos e atribuem à expansão da APS ou, no caso do Brasil, à ESF a responsabilidade desses efeitos. (AQUINO et al. 2009; CALDEIRA et al., 2012; CARVALHO et al., 2015; MACINKO et al., 2011; MENDONÇA et al., 2011; NEDEL et al., 2010; PINTO-JUNIOR et al., 2017; RASELLA et al., 2010; ROSANO et al., 2013).

Analisando a tendência de internações por condições sensíveis a atenção primária de crianças menores de 5 anos de idade e os gastos referentes a essas internações, na Bahia, de 2000 a 2012, Pinto-Junior et al. (2017) teve como resultado a tendência de redução no quantitativo e nas taxas de internações sensíveis à atenção primária à saúde em crianças menores de cinco anos; e a diminuição nos gastos totais e nos gastos médios correspondentes a essas internações evitáveis. Além reconhecerem a influência de determinantes como o acesso à educação, renda, boas condições de moradia e saneamento básico, sugeriram serem, os resultados, efeitos da expansão de serviços da atenção primária.

Pela superioridade das comparações aqui citadas entre a ESF e o modelo tradicional que, e por seus benefícios, a Saúde da Família foi escolhida como uma estratégia prioritária de reorientação do modelo de atenção como um todo e tem se expandido ao longo da década de 2000 por todo o país sob indução do Ministério da Saúde, por meio dos incentivos financeiros que, com a nova PNAB, será repartido com outras modalidades de equipes de atenção primária. Em números pode se evidenciar o avanço na implementação da Atenção primária no país, entre 2014 e 2016, a partir dos percentuais de cobertura e do número de novas equipes implantadas (GIOVANNELLA; MENDONÇA, 2012; MEDINA et al., 2018; PRADO et al., 2018; RUIZ et al., 2018).

Apesar dos avanços, há um conjunto de problemas a serem enfrentados como o estímulo financeiro, técnico e político. A gestão é um dos grandes problemas, além do financiamento, e “necessita de um forte estímulo para seu desenvolvimento, não apenas em termos materiais, mas particularmente de capacitação de gestores e de estratégias gerenciais focadas nos objetivos prioritários” (FACCHINI et al., 2006, p. 679; PAIM et al., 2011).

3.2 Análise de políticas públicas

A análise de políticas públicas se desenvolve, enquanto disciplina de um campo do saber, com o processo de consolidação do Estado Moderno e se estrutura como parte das ciências políticas, campo dedicado ao estudo do próprio Estado e da Política. Sua expansão pelo mundo ocorre num contexto em que se necessitava cada vez mais de uma postura racional na condução do Estado (BAPTISTA; MATTOS, 2015).

Ela permite explicar o motivo pelo qual certos problemas entram na agenda do Estado e outros não, identificando as partes interessadas a apoiar ou resistir às modificações

propostas, as consequências negativas e não intencionais de decisões políticas, os obstáculos que prejudicam sua implementação e comprometem os objetivos nacionais estabelecidos (BUSE et al., 2007).

Como disciplina acadêmica a política pública nasce nos Estados Unidos da América (EUA) no início do século XX, rompendo com a tradição de estudos nessa área desenvolvidos na Europa:

Na Europa, a área de política pública vai surgir como um desdobramento dos trabalhos baseados em teorias explicativas sobre o papel do Estado e de uma das mais importantes instituições do Estado - o governo -, produtor, por excelência, de políticas públicas. Nos EUA, ao contrário, a área surge no mundo acadêmico sem estabelecer relações com as bases teóricas sobre o papel do Estado, passando direto para a ênfase nos estudos sobre a ação dos governos (SOUZA, 2007, p. 22).

A ideia de “*policy Science*”, ou de “ciência das políticas públicas”, assim como, a expressão “*policy analysis*”, surgem abordando as políticas públicas com uma orientação multidisciplinar, tanto na direção do uso da investigação científica sobre o processo das políticas, como na direção do uso de uma ciência que sirva para tomadas de decisões dos governos. Essa noção de ciência das políticas públicas considera a multidisciplinaridade, na medida em que incorpora diferentes campos do conhecimento para a análise de políticas; o foco na resolução de problemas reais da sociedade; e a normatividade, reconhecendo a importância dos valores no estudo das políticas (AGUM; RISCADO; MENEZES, 2015).

Ao longo do século XX, principalmente no período pós-guerra, diferentes vertentes da análise de políticas foram desenvolvidas num esforço de aprimorar e superar as abordagens anteriores que terminavam por simplificar o processo político. Os estudos foram se desenvolvendo e passam por diferentes focos, desde a ênfase na racionalidade do processo, passando por outros modelos que partiram do questionamento da ênfase na racionalidade e incluíram outros elementos como o papel das eleições, das burocracias, dos partidos e grupos de interesse, mídia, etc. Alguns modelos de análise podem ser elencados, como o incrementalismo, o ciclo da política pública, o modelo *garbage can*, o modelo de coalizão de defesa, o das arenas sociais, o do equilíbrio interrompido e do neoinstitucionalismo (AGUM; RISCADO; MENEZES, 2015).

No Brasil, o desenvolvimento da análise de políticas tem forte influência internacional e se expande, principalmente, nos anos 1990 a partir do processo de redemocratização e,

posteriormente, com a reforma do Estado. Análises das políticas de descentralização administrativa, sob a ótica do federalismo, se desenvolveram e foram se consolidando como análises interdisciplinares ao longo dos anos 2000. O movimento da reforma sanitária e a constituição do campo da saúde coletiva contribuíram de forma significativa para essa área no cenário nacional, desenvolvendo estudos a partir de diferentes abordagens de análise de políticas (BRASIL; CAPELLA, 2016).

Considerando que a pesquisa no campo da Saúde Coletiva, particularmente sua grande área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, segue diferentes enfoques teórico-metodológicos (VAITSMAN; RIBEIRO; LOBATO, 2013), cabe destacar, precedendo toda explanação teórica, que o referencial deste estudo se baseou numa abordagem crítica do processo político de incorporação na agenda do Estado e implementação da política de atenção primária em saúde no município de Maceió – AL. Fundamentou-se num modelo compreensivo de análise de políticas de saúde em diálogo com o pensamento estratégico em saúde.

Analisar uma política pública implica a compreensão dos processos decisórios, dos atores políticos participantes, dos princípios que norteiam a ação política, dos seus condicionantes internos e externos, da participação social e das condições econômicas e estruturais que a envolvem. A abrangência da proposta requer a discussão de alguns conceitos essenciais para a compreensão da análise (VIANA; BAPTISTA, 2012).

3.2.1 Política Pública de Saúde: uma política social

Várias são as definições de políticas públicas e sua difusão ao longo do século XX, de maneira geral, restringe-se ao entendimento de política como vinculado ao aparato do governo. Algumas definições se limitam a uma racionalidade que serve aos decisores públicos, outras, como um processo de formulação e resultados. Há aquelas que se relacionam às tomadas de decisão de atores políticos, na vigência de metas e recursos, para solucionar determinados problemas. A definição também pode considerá-la como aquilo que o governo escolhe ou não fazer, qual o motivo da ação e que consequência essa ação traz. O desenvolvimento do conceito de políticas públicas foi, com isso, ganhando uma noção cada vez mais complexa (BAPTISTA; MATTOS, 2015).

Na concepção de Matus (1996) política é uma proposta de intervenção em um problema particular ou um grupo de problemas. Já Testa (1992) considera a política ou as políticas como uma proposta de distribuição de poder dentro da sociedade, que será implementada através de diferentes estratégias. A importância de considerar política como uma proposta de distribuição de poder é por permitir sua análise a partir de uma categoria central da dinâmica social, o poder. A observação do conteúdo de uma política, analisando sua coerência interna e externa, seus resultados e a perspectiva política e social que a direciona permitirá compreender a distribuição de poder a que ela se propõe realizar numa sociedade.

A colocação de Testa (1992, p. 140) resume bem essa ideia de política:

Portanto, uma política de saúde será uma definição da intenção de obter um certo deslocamento – ou consolidação – do poder para grupos sociais concretos, através de certos conteúdos específicos – o programa ou projeto da política – e de certas ações viabilizadoras – a estratégia – dirigidas para obter alianças, consensos ou para lutas que debilitem o poder dos grupos que se opõem a essa política.

Outros conceitos de políticas são encontrados na literatura, como os reunidos por Souza (2007): políticas públicas ora são consideradas como ações do governo que irão produzir efeitos específicos, ora como o que o governo escolhe ou não fazer, ou ainda, como regra formulada por alguma autoridade do governo com a intenção de influenciar, alterar ou regular o comportamento individual ou coletivo com sanções negativas ou positivas.

E termina por tentar resumir uma

política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real (SOUZA, 2007, p. 69).

No entanto, políticas públicas, pelo seu caráter abrangente, holístico e por repercutirem na sociedade nas suas dimensões econômicas, sociais e culturais é um campo multidisciplinar e comporta diferentes olhares, tanto da ciência política, como da economia, das ciências sociais aplicadas, para ser possível explicar as inter-relações entre Estado, economia, política e sociedade (SOUZA, 2007).

A política social é um tipo de política pública, contudo, voltada para uma lógica de proteção social, vinculada aos direitos sociais, à cidadania. “Envolve o desenvolvimento de estratégias coletivas para reduzir a vulnerabilidade das pessoas aos riscos sociais”, na promoção do bem-estar, e tradicionalmente abrangem as áreas da previdência social, assistência social e saúde (FLEURY; OUVENEY, 2014).

Há, no mundo, diferentes tipos de sistemas de proteção social que são derivações e mesclas de, pelo menos, três tipos ideias: o sistema residual, vinculado à lógica liberal de proteção social, baseado na filantropia e de cobertura focalizada, em que o papel do Estado é mínimo; o modelo bismackiano, vinculado à lógica corporativa, de seguros-sociais, meritocrático e financiado por contribuições dos empregados e empregadores; e o modelo Beveridgiano, vinculado à lógica social-democrata, é a modalidade de seguridade social, onde o direito à proteção social é universal e seu financiamento é via contribuições de impostos, o Estado é o provedor dos serviços. É neste último modelo que o Sistema Único de Saúde do Brasil se inclui, logo, as políticas públicas de saúde, parte de um sistema de proteção social, é uma política social (DRAIBE, 2007; GIOVANNELLA; MENDONÇA, 2012).

Desse modo, no presente estudo, a concepção de política pública de saúde é a de que se trata de uma política social. Essa consideração é importante pelas consequências teóricas e metodológicas que gera. Compreender uma política social exige o entendimento dos conflitos que a permeiam, das relações de poder que a constitui e da necessidade de negociação entre os atores envolvidos, inseridos num determinado contexto econômico, político, social e cultural, ou seja, multideterminado (FLEURY; OUVENEY, 2014; COLLINS, 2005; WALT; GILSON, 1994).

Ademais, em consonância com a noção de multideterminação, as políticas sociais constituem, também, uma rede micropolítica e um aparato político-administrativo prestador de serviços, como uma materialização de correlação de forças (FLEURY; 1994).

É considerando essa realidade complexa e contraditória que serão discutidas as diferentes abordagens de análise de políticas e, em seguida, a abordagem adotada no presente estudo.

3.2.2 Abordagens e modelos de análise de políticas

Sobre os diferentes tipos de análises de políticas, Araújo Júnior (2001) agrupa em dois conjuntos: Análises parciais e Análises compreensivas. As primeiras são de partes específicas do processo de construção e implementação da política e podem ser divididas em: meta-análise, ou seja, a análise de outras análises realizadas; meso-análise, focando em como o problema é escolhido, na construção da agenda e na formulação da política; análise das decisões, que analisa da formulação até a implementação da política; e análise da implementação e resultados.

O segundo tipo aborda a política de maneira mais ampla, global, por isso se chama análise compreensiva. Os esquemas propostos nessa perspectiva enfatizam o aspecto político da análise, abrangendo as condições de construção e implementação da política, os atores envolvidos, o seu contexto, os problemas, princípios, propósitos e propostas, assim como, seu conteúdo e processo (ARAÚJO Jr; MACIEL FILHO, 2001).

O presente estudo considera as abordagens compreensivas mais adequadas para analisar o seu objeto. Araújo e Rodrigues (2017, p. 17) discutem quatro modelos abrangentes, que considera como “logicamente coerentes, baseados em proposições empiricamente verificáveis, claros e abrangentes, replicáveis em áreas de política, situações e contextos distintos”: O modelo do ciclo político, o modelo dos fluxos múltiplos de Kingdon (2011), o modelo do equilíbrio interrompido e o modelo das coligações de causa ou de interesse.

O modelo do ciclo político organiza o processo de construção de políticas em etapas sequenciais e inacabadas que se repetem e se alteram mediante outros fatores envolvidos como o contexto e a relação entre os atores. A redução da complexidade do processo político e a sua desagregação em etapas estanques em que não se articulam foi alvo de críticas de diferentes estudiosos do campo, mas o modelo também é visto como uma forma útil de organização didática e como ponto de partida para discussão das políticas (ARAÚJO; RODRIGUES, 2017).

Howlett e Ramesh (2003) propuseram a divisão do ciclo em cinco etapas: a montagem da agenda, formulação da política, a tomada de decisão, a implementação da política e a avaliação. A montagem da agenda é a etapa de identificação do problema e do processo de sua entrada na agenda política. A etapa de formulação da política envolve a estruturação da

resposta ao problema identificado, definição de objetivos, das soluções alternativas e de estratégias para implementá-las. A implementação da política é a etapa em que se colocam as soluções em prática e que há a mobilização dos recursos e estruturas necessárias (financeiras, logísticas, técnicas, burocráticas, etc.). E a etapa de avaliação é a que se averigua os resultados e efeitos da implementação, se os objetivos foram alcançados, se avalia indicadores de eficácia, eficiência e efetividade, etc (BAPTISTA; REZENDE, 2015).

É importante não tratar do modelo como um processo de etapas rígidas, mas que se alternem e se interconectem. Por ser uma proposta que, apesar de simplificadora, facilita a visualização do processo em termos didáticos, ela pode ser utilizada, com os devidos cuidados teórico-metodológicos, em articulação com outros modelos de análise de políticas, integrando-os (RAEDER, 2014).

Partindo desse enfoque integrador de propostas de análises, na primeira etapa do modelo do ciclo político, a montagem da agenda, Kingdon (2011) levanta questões sobre como atores envolvidos nos processos de decisão política dedicam atenção a determinado assunto em detrimento de outro, sobre o processo de alteração das agendas políticas ao longo do tempo, sobre as escolhas de determinadas alternativas; propondo um enfoque alternativo e inspirado no modelo do ciclo da política, mas avançando nas lacunas deste, para análise da constituição da agenda política.

A proposta para análise da constituição da agenda é chamada de modelo de múltiplos fluxos e os divide em: fluxos de problemas, fluxo da política (*policies*), fluxo político (*politics*). Cada fluxo opera de forma independente, contudo, a mudança na agenda é resultado da convergência dos fluxos criando a chamada janela de oportunidade, onde determinado grupo encontra o momento certo para inserção de suas ideias e interesses na agenda política devido a um conjunto de fatores que compõe cada fluxo, conforme descreveremos a seguir:

Fluxo dos problemas: os problemas são estabelecidos por atores sociais, contidos em comunidades políticas (incluindo políticos, analistas, grupos de interesses, etc), e podem ser apenas um problema percebido sem, no entanto, constituir a agenda, como um problema político de fato, em que os atores com o poder de decisão e inclusão na agenda o considera como um problema que merece solução. Diversos fatores contribuem para que a comunidade

política identifique um problema político: indicadores de determinadas situações, eventos, crises, resultados de uma ação política, etc.

Fluxo da política: é o processo da construção de alternativas ou da identificação de alternativas já existentes através do diálogo entre os componentes da comunidade política, envolvendo a persuasão, eventuais consensos e difusão de ideias. Um conjunto de alternativas estará disponível após esse processo, para escolha a partir de algumas características importantes como a viabilidade técnica, os custos e os valores compartilhados dentro da comunidade.

Fluxo político: esse é um fluxo que segue um curso independente dos problemas e das alternativas e é influenciado por três fatores: o sentimento nacional, que é a situação dos diferentes grupos sociais que constituem um país em termos de valores, ideais, de bandeiras de interesses expressos. É um fator que tem influência no processo de agendamento de um determinado problema a partir dos decisores. As forças políticas organizadas também têm importância crucial, pois, dependendo da mobilização realizada, influenciará na direção das decisões. E, por último, as mudanças governamentais como a troca/substituição de atores ou grupos políticos no interior dos locais de decisão oficial, reconfigurações de governos, de legisladores, burocratas, alterações na hierarquia administrativa, são todos fatores que influenciam o processo de inclusão de temas na agenda do Estado. Enquanto os dois fluxos anteriores são resultado de processos de persuasão, difusão de ideias, o fluxo político há intensos processos de negociação, estabelecimento de coligações e coalizões de força (KINGDON, 2011).

Assim como o modelo dos múltiplos fluxos, o modelo de Equilíbrio Pontuado de Frank Baumgartner e Brian Jones se destaca na explicação de como uma agenda política se constitui e se altera (CAPELLA, 2005).

O objetivo dos autores foi construir uma abordagem que permitisse explicar quer as discontinuidades ou interrupções (punctuations), quer as continuidades (stasis) das políticas, argumentando que o mesmo sistema institucional gera as mudanças pequenas e graduais e as grandes rupturas. Na sua abordagem os autores propõem uma metodologia que combina estudos qualitativos de políticas públicas com estudos quantitativos e longitudinais, seguindo as mudanças de políticas em longos períodos de tempo. Propõem como chave para compreender as mudanças na agenda política, isto é, as interrupções ou discontinuidades dos equilíbrios, dois conceitos: “imagem política” (policy image) e “subsistema político” (ARAÚJO; RODRIGUES, 2017, p. 24).

A imagem política diz como ela é percebida e discutida na sociedade, um relativo consenso em torno de uma determinada imagem política constitui um monopólio político, mantendo uma estabilidade, uma situação de equilíbrio. A desestabilização desse monopólio político pode levar a rupturas, a crises, seja por meio de informações e dados empíricos, seja por apelos emotivos, situação que implicará em alterações na agenda política. Já o subsistema político é uma comunidade de especialistas numa determinada área que compõe o governo realizando tarefas de processamento de questões políticas, como os grandes volumes de informações e dados da sociedade de referido problema, levando a passagem de um problema do subsistema para o macrosistema, assim como, adquirindo o controle sobre a interpretação de problemas afetando significativamente as dinâmicas de agendamento. Contudo, críticos destacam que dentre os limites da proposta está o fato de negligenciar “a capacidade que os decisores políticos têm de formatar as decisões de acordo com as suas preferências” (ARAÚJO; RODRIGUES, 2017, p. 25).

Outro modelo abrangente que surge com o objetivo de superar o modelo do ciclo político é o Modelo de Coalizões de Defesa proposto por Paul A. Sabatier. Este visa explicar tanto o processo de formulação como de implementação das políticas como resultado das disputas entre coalizões de defesa, conjunto de atores que se agrupam seja por concordância em termos de valores individuais ou ideias políticas; e de mudanças externas que afetem o processo político (VICENTE, 2015).

Esse modelo é visto como uma efetiva abordagem de síntese, pois analisa de forma integrada tanto um subsistema constituído por elites políticas que são capazes de incluir um tema na agenda do Estado, de decidirem sobre a constituição de uma agenda e formulação da política, quanto “o papel das burocracias e das estruturas de implementação” no processo político (ARAÚJO; RODRIGUES, 2017, p. 28).

Além das quatro propostas descritas, sumariamente, acima destacamos aqui um modelo de análise compreensiva de políticas proposto por Walt e Gilson. Proposto para analisar processos de reformas sanitárias nos países em desenvolvimento, este modelo é considerado, no presente estudo, como o referencial analítico central do objeto deste estudo. Partindo da crítica a formas de analisar que dão ênfase apenas ao conteúdo da política este modelo leva em conta a análise do contexto da política, do seu processo, dos atores envolvidos e do conteúdo da política, assim como, das relações complexas entre esses componentes (WALT; GILSON, 1994).

A separação desses componentes é apenas metodológica, visto que, na prática, eles estão imbricadamente relacionados: os atores influenciam e são influenciados pelo contexto, que, por sua vez, é afetado pelo processo político; este é influenciado e determinado pelos atores, assim como, o conjunto dos elementos anteriores irão refletir o conteúdo da política (WALT et al 2008).

Essa perspectiva de inter-relação entre os componentes dialoga com a ideia dinâmica do processo político defendido pela vertente do Planejamento Estratégico Situacional na América Latina. O enfoque estratégico-situacional do planejamento em saúde se desenvolveu a partir de uma autocrítica realizada por expoentes criadores do método CENDES-OPS, considerado como um enfoque normativo onde a dinâmica social e o processo histórico foram negligenciados como elementos da construção de um planejamento em saúde. Esse método normativo tinha um enfoque demasiadamente econômico e administrativo, pautados por um “deve ser” e por etapas de planejamento estanques (GIOVANNELLA, 1990; TEIXEIRA et al., 2010; TESTA, 1992).

Em substituição a um processo político constituído de etapas, como no Ciclo Político, Matus (1996) utiliza o conceito de momento, que traz a ideia de um processo dinâmico, onde não há etapas estanques e rigidamente sequenciais, mas há, sim, momentos do processo político que se interpõem, superpõe, se influenciam mutuamente e de maneira diversa.

Com o intuito de avançar com a operacionalização das categorias de análise propostas no modelo de Walt e Gilson (1994), Araújo Jr. e Maciel Filho (2001), dialogando com diferentes referenciais, construíram um modelo, já operacionalizado (ARAÚJO Jr., 2000), de análise compreensiva de políticas públicas de saúde. A operacionalização das categorias contexto, conteúdo, processo e atores são propostas da seguinte maneira:

O contexto da política é dividido em dimensões do macro-contexto (dimensão ampla), que abrange a esfera política, econômica e social; e do micro-contexto, se referindo à dimensão setorial, que abrange a política setorial, as finanças setoriais e os problemas e serviços de saúde. É uma concepção de que a realidade política, econômica e social interage com a realidade setorial.

O conteúdo é o corpo propositivo da política, expresso pelos princípios, objetivos, metas, projetos, atividades, e sua análise permite compreender as possibilidades concretas de

mudanças propostas, as perspectivas políticas envolvidas, as possibilidades de impacto e adequação dos meios, entre outros.

Os atores, como força instituinte, mas também determinados pelo contexto e processo, carregados de interesses e constituindo relações políticas estão envolvidos e dinamizam todo processo, para sua análise é importante que se identifique os principais atores, suas posições em relação à política, como eles são mobilizados e a correlação de forças de possíveis alianças e coalizões.

O processo da política envolve desde a formulação das decisões a implementação política. Para sua análise é preciso observar se são processos democráticos ou centralizados, as relações entre os diferentes níveis de governo, as estratégias utilizadas para a implementação, suas consequências, assim como, qual racionalidade envolve a política: se é compatível com um modelo "racional", incremental, misto ou estratégico.

Após a explanação dos diferentes modelos e abordagens de políticas públicas, seguiremos com uma discussão sobre as contribuições que o pensamento estratégico de Mario Testa pode dar ao campo de Análise de Políticas Públicas, particularmente, de políticas de saúde.

3.2.3 A contribuição do pensamento estratégico para a análise de políticas públicas

Conforme citado brevemente, um dos resultados do processo autocrítico realizado pelos analistas e pesquisadores que faziam parte do CENDES-OPS foi o desenvolvimento do pensamento estratégico pelo sanitarista argentino Mario Testa. O objetivo principal desse pensamento é o desencadeamento de processos transformadores na direção de uma sociedade mais igualitária. Os principais fundamentos do pensamento estratégico estão na consideração do planejamento como uma prática histórica; a visão dos problemas de saúde como problemas sociais; o foco analítico na categoria Poder, tanto na sociedade como no setor (GIOVANNELLA, 1990).

O conjunto de conceitos e postulados que constituem o pensamento estratégico precisa ser bem delimitado tanto para compreendê-los, quanto para estruturar a base teórica do presente estudo. É necessário que se compreenda a perspectiva epistemológica do pensamento estratégico, o uso de categorias como o poder, os conceitos de espaço social e atores sociais.

Aspectos que dialogam e se complementam com o modelo central, aqui adotado, de análise compreensiva de políticas (ARAÚJO Jr.; MACIEL FILHO, 2001; TESTA, 1995, 1992).

3.2.3.1 *Perspectiva epistemológica*

O que fundamenta, enquanto marco referencial, teórico e epistemológico a proposta de Mario Testa é a concepção materialista-dialética da história, um método constituído por categorias analíticas e operacionais, e por níveis de análise. Esses níveis trabalham o objeto partindo de um momento explicativo, mais abstrato, utilizando categorias de análise mais gerais, para passar a um nível concreto, como o espaço setorial (TESTA, 1995) ou micro-contexto (ARAÚJO Jr.; MACIEL FILHO, 2001) operacionalizando as categorias, para avançar a um nível superior de síntese, que implica a interpretação (identificação, explicação e compreensão) do espaço setorial enquanto espaço social (FEDERICO, 2015).

A perspectiva histórica é o fundamento central do pensamento estratégico. Nesse sentido, é imprescindível que as estratégias utilizadas para alcançar esse objetivo se fundamentem numa compreensão dos fatos a partir de sua própria historicidade. Esta significa a utilização, por atores, de saberes/conhecimentos, ou melhor, categorias analíticas, com objetivo de compreender e alterar uma realidade; é um processo dinâmico que deve ser contextualizado (FEDERICO, 2015).

Contextualizar historicamente as categorias de análise de uma realidade exige diferenciar o significado de episódio histórico e história. Enquanto o primeiro é uma abstração, um episódio deslocado de um contexto, o segundo é o “concreto real” síntese de múltiplas determinações. Essa diferenciação evita a naturalização da história, ou seja, a consideração de fatos desconectados do seu complexo contexto e evita, conseqüentemente, a crítica das aparências, ou conforme a expressão hegeliana muito utilizada por Samaja (2004) a “*recaída en la inmediatez*”.

Trata-se, portanto, de desmascarar qualquer possível cristalização da realidade, (...) o que permite perceber que aquilo que em uma formação social aparece como substância, foi anteriormente acidente ou qualidade, acontecimento (FEDERICO, 2015, p. 92).

3.2.3.2 *Pensamento estratégico: um pensamento sobre o poder*

Como diz Testa (1995, p.35): “*o pensamento estratégico é um pensamento sobre o poder*”. É por isso que ele é considerado como uma categoria central para explicar a dinâmica social, por sua abstração e capacidade explicativa. Testa (1995) usa categorias analíticas para compreender uma determinada realidade, categorias que tem o poder em sua centralidade, assim como, o tem como uma própria categoria analítica.

Poder é considerado tanto como uma capacidade, quanto como uma relação, de maneira em que não se concebe a discussão do poder-capacidade sem implicar poder-relação. O poder diz da capacidade que uma pessoa tem de influenciar outra a fazer algo que ela não faria caso aquela pessoa não tivesse aquele poder. Mas também o poder é relação social exercida tanto ao nível macrossocial, quanto ao nível microssocial, são as relações de dominação, submissão, sujeição, mas também de resistência, de enfrentamento (GIOVANNELLA, 1990).

O que interessa ao presente estudo é o uso da tipificação de poder realizado por Testa (1995). Em sua proposta de análise do espaço setorial da saúde há três tipos de poder, que podem ser confundidos também com recursos: poder administrativo, técnico e político, relacionados a determinados espaços de seu exercício.

O poder técnico se refere à geração e uso de conhecimentos de diferentes tipos como a que corresponde à clínica (chamada de informação médica), a informação sanitária ou epidemiológica, a informação administrativa que se refere ao uso de recursos, e um tipo de informação que está implícita e atravessando todas as outras, o marco teórico.

Para exemplificar, marcos teóricos distintos podem ser percebidos nas diferentes abordagens sobre o processo saúde-doença; enquanto o marco teórico ligado ao positivismo considera relações diretas de causa e efeito nas doenças ou, também, analisa coletivos como a mera soma de indivíduos, o marco teórico ligado ao materialismo histórico considera a determinação social da distribuição de doenças e agravos sociais, não se reduzindo a relações diretas de causa e efeito, tampouco, partindo do pressuposto que coletivos são a soma de indivíduos, mas se constituem num complexo objeto de estudo diferente de um agregado de pessoas.

O poder administrativo se refere à capacidade de se apropriar e distribuir recursos, geralmente, financeiros no setor, mas não se resumindo ao manejo financeiro, porém, atrelado

a ele. O poder de manejo pode, por exemplo, se referir aos recursos humanos, entretanto, segue com sua relação ao aspecto financeiro.

O poder político se refere à capacidade de mobilização de grupos sociais, em torno de determinadas demandas, necessidade ou interesses, a partir de algum tipo de conhecimento, seja empírico ou científico. Testa considera o poder político como ideologia por ser, ao mesmo tempo, um saber que carrega uma visão de mundo e uma prática que é construtora de sujeitos. Há uma relação hierárquica entre os três tipos de poder, onde o poder político se posiciona acima do poder técnico e administrativo, situação que se expressa com os dois últimos ficam subsumidos ao primeiro.

3.2.3.3 Atores sociais e cenários de ação

Dois conceitos serão abordados aqui, apresentando seu diálogo com todo o referencial discutido anteriormente. Os conceitos são de “atores sociais” e de “cenários” ou “espaços sociais”.

Os atores sociais são todos aqueles capazes de introduzir temas na agenda do Estado. Podem ser indivíduos ou organizações, um sujeito coletivo, (ARAÚJO Jr.; MACIEL FILHO, 2001) que são transformados em atores sociais através de um processo ideológico nos marcos do Estado (TESTA, 1995).

Garretón (1985) nomeia como “atores sujeitos” aqueles que possuem uma densidade histórica em sua ação, se envolvem em projetos ou contra-projetos com o objetivo de estruturação, conservação ou mudança de uma sociedade. Uma concepção que coaduna com a do pensamento estratégico, tanto de Testa (1995), quanto de Matus (1996) onde este considera que ator é todo aquele capaz de produzir eventos que alterem o foco da política.

Já Thomas e Gilson (2004) utiliza um termo diferente, mas converge com Testa quando diz que a tomada de decisão em saúde é complexa e no seu processo político há envolvimento tanto da população, como de profissionais e líderes, entretanto, só alguns podem influenciar diretamente na tomada de decisão no âmbito do Estado. Estes são os chamados jogadores, e só se constituem como tal numa relação entre interesses e poder que resulta na sua capacidade de tomada de decisão.

Kingdon (2011) faz uma distinção entre atores visíveis e invisíveis. Os primeiros são os que determinam a agenda governamental, políticos, burocratas de altos escalões da estrutura administrativa, parlamentares, grupos de interesse, opinião pública e mídia. Os segundos são os que influenciam no processo de tomada de decisão, que são servidores públicos, assessores parlamentares, pesquisadores, consultores, etc. Entretanto, concordando com Baptista e Mattos (2015)

a ideia desta forma de participação como algo invisível talvez não seja suficiente para colocar em análise as redes de interação entre os sujeitos e a implicação daqueles que se encarregam de discutir as políticas, porque é mais do que invisibilidade, estes participantes que não se apresentam no processo decisório das políticas são de fato os que mobilizam a política. As demandas e questões da política não surgem da percepção técnica ou do olhar sobre a realidade de alguns poucos que participam diretamente do processo político, surge da interação e pressão destes chamados participantes invisíveis. Nesse sentido, tratá-los como invisíveis pode apenas dificultar o reconhecimento de como participam, do como interferem na decisão política (BAPTISTA; MATTOS, 2015, p. 115).

Tão importante quanto a definição de atores, é a de como eles se constituem. Os dois autores, Testa (1995) e Garretón (1985), também convergem sobre a conformação dos atores sociais. Ambos assumem a existência de diferentes níveis ou polos constitutivos. Garretón discute a conformação dos atores sociais a seu modo, pelo que chama de “matriz constitutiva de actores sociales” que diz respeito a uma relação específica entre Estado (na visão restrita de sociedade política) e sociedade civil, que inclui a estrutura de classes, o modo de produção econômico, o sistema de relações de poder e o aspecto cultural de uma sociedade.

Os polos constitutivos dos atores sociais, ou melhor, dos “atores-sujeitos” na denominação de Garretón (1985) são: particular ou corporativista, afirmando que as reivindicações dos atores tem forte influência do seu meio enquanto categoria social; e sócio-político, que refere a uma posição mais ampla, de conservação ou transformação da sociedade por referência estatal e na relação com outros atores. Os atores, então, desempenham um papel histórico conforme sua conformação em uma complexa interação entre os dois polos.

Já Testa (2005) discute o desenvolvimento de sujeitos a atores sociais numa complexa matriz que envolve diferentes níveis de constituição dos atores, relacionados a um estado de organização mais caótico ou mais organizado. Os níveis de constituição são individual, comunitário, institucional, político e estatal. Para cada nível há dois estados de organização: um caótico, que contém os indivíduos, a massa desorganizada, a instituição puramente burocrática, o consumidor, o eleitor, o habitante que não possuem poder de inclusão de temas

na agenda do Estado; e um organizado, que contém os sujeitos, as agrupações, organizações com objetivos claros e pouco dependentes de normas, o militante político e, por fim, o ator social que tem a capacidade de incluir temas na agenda do Estado.

Duas características que se põem essenciais na constituição de um ator social é seu ímpeto para criticar, ou sua atitude crítica, e sua aptidão crítica que é o saber de como realizar a crítica. Então, um ator social, dotado dessas características é decisivo no âmbito do Estado, e incluem temas, em sua agenda, sobre problemas inseridos estruturalmente na vida social, mas também devido a ideologias que direcionam a escolha desses problemas (TESTA, 2007).

As colocações acima têm como consequência a forma de considerar as relações entre os atores sociais (constituídos em determinadas condições), as ações que executam e os cenários em que estão inseridos.

Os cenários são os espaços sociais onde os atores sociais se relacionam, ou melhor, as relações entre os atores sociais emanando ações constituem o próprio espaço social. Este é onde ocorrem as decisões, tensões, conflitos, ações e disputas de poder. Em termos de dimensões, há um espaço social geral (ou macro contexto) que é o terreno dos conflitos, decisões e ações mais amplas de uma sociedade travadas no âmbito do Estado. Há, também, o espaço social setorial (ou micro contexto), no caso, o da saúde, onde se desenrolam os processos deste setor. Dentro do espaço social da saúde, há ainda outros mais delimitados que constituem o setor, formadas a partir de diferentes problemas que irão mobilizar, formar coalizões de diferentes atores disputando interesses e com determinadas/condicionadas relações de poder.

Como afirma Testa (1995, p.: 68):

por ser um espaço social, ele se redefine permanentemente, tanto em termos conjunturais quanto históricos, ou, dizendo-se na dimensão do poder, como espaço onde se disputa o poder cotidiano e como espaço onde se disputa poder societal. Considerando-se o setor desta maneira, sua estrutura de poder é gerada na articulação com o Estado.

Fica claro, pois, que a análise dos cenários ou espaços sociais deve relacionar as duas dimensões, a geral e a setorial, considerando a distribuição de poder e a correlação de forças entre os atores, e levando em conta que a primeira dimensão se trata de uma categoria

analítica, pois permite manejar variáveis interpretativas e identificar determinações; e a segunda, como uma categoria operacional que tem variáveis operativas e não interpretativas.

3.2.3.4 Postulado da coerência: uma ferramenta para análise do processo político

A análise do processo político, além de observar as relações de poder entre os atores e as relações de determinação e condicionamento entre o micro contexto e macro contexto, também devem levar em conta a coerência entre os propósitos de um governo (ou de um programa), os métodos utilizados para implementá-los e a organização das instituições responsáveis pelo processo em questão. Essa relação de coerência é denominado por Testa (1992) de Postulado da Coerência.

Os três elementos do Postulado da Coerência (Propósitos do Governo, Métodos e Organização) possuem relação de determinação e condicionamento. Enquanto a primeira estabelece os limites onde um fenômeno deve acontecer, a segunda estabelece os limites fora dos quais um fenômeno não pode ocorrer. Este Postulado pode ser utilizado para analisar a utilização de determinados métodos para alcançar um objetivo correspondente (TESTA, 1986).

Os propósitos do governo se referem a objetivos mais amplos de uma instituição e o autor pontua que podem ser três: a legitimação da situação atual, um propósito de crescimento, ou de transformação da realidade. Por se dedicar ao debate do pensamento estratégico nos países latino-americanos capitalistas dependentes, ou chamados de países em desenvolvimento, Testa (1992) afirma que os propósitos de um governo determinam o seu método e organização, mas é determinado pelo papel do Estado. O autor defende que este tem o papel de reprodução do sistema capitalista.

Os métodos são os meios pelos quais se alcança os propósitos. Eles são determinados pelas teorias que, no caso da saúde, são as que discutem o processo saúde-doença-cuidado, e que podem ou não ser conflitivos e contraditórios entre si.

A organização, para Testa (1992), é um agrupamento de pessoas ou atores com objetivos comuns, contudo, no caso, se refere às instituições, que se trata de algo formalizado, com um aparato normativo-estrutural. É no âmbito dessas instituições que os propósitos são operacionalizados e que se dão as relações de poder conforme já discutido no tópico de

cenários. A organização é determinada tanto pelos propósitos, quanto pelos métodos, mas também é um nível de determinação da história.

Caracterizar as organizações contribui para analisá-las. Testa (1995) alerta para que a análise seja realizada verificando a funcionalidade da organização, quais os espaços de decisão; as relações estabelecidas, ou seja, as hierarquias, quem decide, quem acata, etc; os procedimentos organizativos, se são formais ou informais; a adequação às necessidades atuais, ou seja, o nível de adaptação; e a labilidade organizacional, que se refere à manutenção ou não da estrutura organizacional durante a formulação e execução do projeto.

Como mostrado, o Postulado da Coerência é uma ferramenta analítica útil para compreender processos políticos como a construção da agenda de uma política e a sua implementação. É devido ao seu potencial analítico e sua coerência com o modelo de análise compreensiva de políticas que adotamos seu referencial para desenvolver a investigação sobre o objeto do presente estudo.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Nesta seção são apresentados o tipo, período, objeto e área do estudo; as fontes, instrumentos de coleta, assim como, técnicas de processamento e análise dos dados coletados.

4.1 Tipo de estudo

O presente estudo se caracteriza como uma investigação social em saúde, que utiliza procedimentos de análise qualitativa. Posiciona-se nessa abordagem já que trata de um fenômeno do processo saúde-doença enquanto práxis (ALMEIDA FILHO, 2011); por envolver a historicidade humana, no sentido de intervenção na realidade a partir de um conjunto de saberes, valores, interesses; por ter como objetivo a compreensão do global e local relacionados; e pela identificação do pesquisador com um objeto de estudo em que se compromete politicamente (MINAYO, 2014).

Denzin e Lincoln (2006) se referem à pesquisa qualitativa como um conjunto de práticas de interpretação do mundo através de reunião de pistas, de fragmentos de um fenômeno ou de uma determinada realidade em termos das representações e significados que as pessoas carregam e expressam sobre essa realidade.

Uchimura e Bosi (2002, p. 1567) relaciona a pesquisa qualitativa à subjetividade, dizendo que

Uma investigação que pretenda desvendar um objeto de natureza qualitativa deve, obrigatoriamente, prever a utilização de uma estratégia que permita a apreensão dos sentidos dos fenômenos, e, ao mesmo tempo, respeite sua complexidade, riqueza e profundidade.

Em síntese, essa modalidade de investigação estaria alicerçada em uma postura de busca do sentido dos fenômenos no espaço da intersubjetividade, ou melhor, no espaço do encontro entre a subjetividade que se inscreve na vivência dos informantes e na vivência do próprio pesquisador, através das compreensões e interpretações compartilhadas.

Dentre as diversas abordagens de pesquisa social em saúde ou de pesquisas qualitativas existentes, a presente pesquisa se enquadra no tipo “estudo de caso”. Caracteriza-se assim por ter como objeto um fenômeno contemporâneo, mas também, por ter questões do tipo “como” e “por que”, e pelo fato de não exigir controle sobre os eventos comportamentais efetivos, como no caso de pesquisas experimentais. Fenômenos da realidade que se enquadram nos estudos de casos são aqueles em que os limites do fenômeno e do seu contexto

não estão claramente definidos, em que há uma grande quantidade de variáveis em relação aos pontos de dados, “beneficia-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir a coleta e a análise de dados”, e requer diferentes fontes de evidências para construir uma descrição e explanação do objeto estudado (YIN, 2001).

É, pois, um estudo intensivo e em profundidade de um fenômeno complexo, no caso, na dimensão sócio-política, utilizando-se de diferentes fontes de dados, como entrevistas, documentos e dados secundários, que permitem realizar inferências, explicações, descrições sobre um dado objeto de estudo contextualizado (YIN, 2001).

4.2 Período e objeto de estudo

O período selecionado para o estudo é de 2013 a 2016, e se justifica por marcar o início de uma nova gestão municipal, onde grupo político diferente do anterior ocupou o comando da esfera municipal com a eleição do Prefeito Rui Palmeira. Ademais, da transição de grupo político, trata-se do período de discussão da nova Política Nacional de Atenção Básica.

O objeto de estudo é o processo de inclusão na agenda governamental e implementação da política de atenção primária do município de Maceió – AL. Trata-se, pois, de um olhar sobre o agendamento, formulação e implementação de uma política social no seio de uma complexa dinâmica que envolve variáveis contextuais, intersubjetivas e políticas. Assim, deixando claro o objeto do presente estudo e concordando com Bosi (2012, p. 578) que o “objeto condena o método”, mais adiante descreveremos quais procedimentos metodológicos foram utilizados para abordar o objeto em questão.

4.3 Área de estudo e considerações espaciais da contextualização do objeto

O local de estudo da presente pesquisa é o município de Maceió, capital do estado de Alagoas. Maceió, de acordo com o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), possui uma população de aproximadamente 932.748 pessoas e, hoje, se estima que a população já tenha atingido 1.029.129 de pessoas. É o município com o maior número de habitantes dentro do estado de Alagoas e, no Brasil, ocupa a 17ª posição em

relação à população dos demais municípios. É uma população majoritariamente feminina, jovem (entre 15 e 30 anos de idade) e católica (IBGE, 2018a).

Dados de 2015 mostram, quanto ao trabalho e rendimento da população, que a média do salário no município é de 2,7 salários mínimos, ocupando a posição de 3ª maior média entre os 102 municípios do estado. Já quanto ao percentual de população ocupada, se posiciona no 1º lugar, com uma taxa de 28% (284.062 pessoas). Quanto a estrutura educacional, Maceió, no último censo do IBGE, possuía uma taxa de 95% de crianças de 6 a 14 anos matriculadas nas escolas, contudo, as notas dos alunos das anos iniciais e finais no IDEB (Índice de desenvolvimento da educação básica), em 2015, foram, respectivamente, 4,3 e 3, ocupando a colocação de 33 e 53 dentre os 102 municípios do estado de Alagoas (IBGE, 2018a).

Quanto à economia, em 2015, Maceió possuía o 4º maior PIB (Produto interno bruto) per capita do estado, que totaliza R\$ 20.400,62, ficando atrás de Santana do Mundaú, Marechal Deodoro e Coruripe. Seu IDH (índice de desenvolvimento humano) era de 0,721, em 2010, ocupando o último lugar entre todas as capitais nacionais. De toda receita municipal, 62,7% são advindas de fontes externas (IBGE, 2018a).

Já quanto à saúde, Maceió, em 2014, possuía uma taxa de mortalidade infantil média de 14,27 para 1.000 nascidos vivos; em 2016, uma taxa de 0,7 internações por diarreia para cada 1.000 habitantes, ocupando, respectivamente, a posição 61 e 67 dentre os 102 municípios do estado de Alagoas (IBGE, 2018a).

Maceió é a capital do estado com a maior vulnerabilidade social do país, e tem uma das mais precárias situações sociais dentre as demais capitais regionais nordestinas. Do ponto de vista macroeconômico é uma capital pobre, detém um estoque de empregos formais relativamente pequeno, possui uma das maiores taxas de desemprego e a maior taxa de informalidade, um dos piores cenários educacionais, uma das maiores taxas de analfabetismo, uma baixa cobertura de abastecimento de água e esgotamento sanitário e um quadro de violência que vem aumentando, em termos de homicídios, desde 1999 (COSTA; MARGUTI, 2015; SILVA; SERVO; VIEIRA, 2013).

Todo esse cenário, pontua alguns dos vários problemas que a capital alagoana sofre, se configurando como um grande desafio a ser enfrentado via políticas públicas.

A organização de sua dinâmica espacial a posiciona na categoria de Capital Regional nível A, estabelecida pelo IBGE. Essa classificação busca

definir a hierarquia dos centros urbanos e delimitar as regiões de influência a eles associadas a partir dos aspectos de gestão federal e empresarial e da dotação de equipamentos e serviços, de modo a identificar os pontos do território a partir dos quais são emitidas decisões e é exercido o comando em uma rede de cidades (IBGE, 2007).

O grupo das capitais regionais está no segundo nível da hierarquia urbana, abaixo das metrópoles, e possui três subníveis (A, B e C). São redes urbanas que têm influência regional e são referência para grande número de municípios. Maceió se encontra no subnível A, junto a outras 11 cidades, como as capitais estaduais, que não são consideradas metrópoles, e Campinas. Na região nordeste, há 6 capitais regionais: Maceió, Aracaju, João Pessoa, Natal, Teresina e São Luís. Ou seja, possuem dinâmicas espaciais semelhantes, fator que permite realizar comparações em nível de análise e que foi utilizada neste estudo como estratégia de contextualização do objeto.

Quanto à sua divisão administrativa na saúde, Maceió é dividida oito distritos sanitários, nos quais estão inseridos seus 50 bairros. Essa divisão também foi utilizada para descrever e analisar o contexto do objeto de estudo.

4.4 Fontes e instrumentos de coleta de dados

As fontes para coleta de dados foram primárias e secundárias. Para as fontes primárias os instrumentos de coleta foram entrevistas semiestruturadas (Apêndice A). Esse tipo de entrevista combina perguntas abertas e fechadas, possibilitando aos entrevistados discorrerem sobre o tema sem ser ater a um questionário fechado e permitindo uma maior interação do entrevistador com os entrevistados (MINAYO, 2014).

A forma de operacionalizar as entrevistas foi através de uma amostra não probabilística, intencional, não heterogênea, construindo uma cadeia de referências a partir de informantes-chave e de critérios intencionalmente escolhidos, alinhados aos objetivos do estudo. Os critérios para escolha dos entrevistados foram: ocupar cargo de chefia ou direção diretamente responsável por decidir sobre a organização da atenção à saúde no município ou, especificamente, à atenção primária em saúde durante o período estudado; ou fazer parte da equipe gestora responsável pela coordenação da elaboração do Plano Municipal de Saúde; ou

ter sido secretário ou secretário adjunto de saúde; ou ter sido citado em três ou mais entrevistas como um ator que contribuiu/influenciou na política de atenção primária do município.

Por se tratar de um objeto que envolve um grupo pequeno de pessoas, e não grandes populações, e que a proposta da investigação é de profundidade esse tipo de condução das entrevistas é coerente. Ademais, o objeto se trata de um processo político que necessita maior exploração e que é pouco acessível, precisando de informações de atores que participam do processo para compreendê-lo (VINUTO, 2014).

A forma utilizada para identificar os informantes-chave foi a partir de informações extraídas de uma prévia pesquisa documental e das informações coletadas a partir das entrevistas realizadas, segundo os critérios citados anteriormente. Foram entrevistados, ao todo, 9 atores, entre os quais estavam:

Um secretário de saúde, um secretário de saúde adjunto, um coordenador da atenção primária em saúde, um coordenador geral dos distritos sanitários, dois diretores de atenção à saúde, um coordenador de planejamento, um coordenador de distrito sanitário e um parlamentar que compôs a comissão de saúde da câmara de vereadores. Dos coordenadores/diretores de área, cinco são técnicos efetivos da secretaria de saúde e passaram por diferentes gestões municipais. As nove entrevistas foram realizadas presencialmente e toda conversa foi gravada com gravador de som. O período das entrevistas foi de 26 de outubro a 18 de dezembro de 2018.

Tabela 6- Quantidade de entrevistas e suas características

Posição	Quantidade	Vínculo efetivo com a SMS
Secretário/Secretário adjunto	2	0
Coordenador/Técnico/Diretor de área	6	5
Poder legislativo municipal (Vereador)	1	Não se aplica
Total	9	5

Fonte: O autor

Para as fontes de dados secundários, foi realizado um levantamento bibliográfico de documentos oficiais e materiais de mídia eletrônica.

Os documentos oficiais analisados foram: Política Nacional de Atenção Básica 2011 2017; Plano Municipal de Saúde 2014-2017 e 2018-2021; Relatórios de Gestão de 2013 a 2016; Documento do Diagnóstico Situacional dos Distritos Sanitários de 2013; Diário Oficial do Município; Lei nº 5.241 de novembro de 2002; Termo de Ajustamento de Conduta nº 471/2011; Plano Plurianual do governo. Alguns documentos foram identificados durante as entrevistas e depois buscados na *internet*, outros foram solicitados diretamente à Secretaria Municipal de Saúde ou encontrados em sítios eletrônicos oficiais. Também foi visitado sítio eletrônico oficial do Portal da Transparência do município no mês de dezembro de 2018.

Os materiais de mídia eletrônica e jornais foram coletados através do site de busca www.google.com.br e do *Youtube*. No *google* a busca foi realizada em cada ano do período estudado, de maneira isolada, com os termos-chave “Maceió”, “Secretaria Municipal de Saúde” e “Atenção básica”. O resultado final no período estudado somou 340 notícias/reportagens encontradas, que foram utilizadas para compreender o microcontexto.

No *Youtube* foram utilizados os termos-chave “candidatos”, “prefeitura”, “Maceió” e “2012” para buscar entrevistas com candidatos à eleição de 2012 em que discutem seus programas de governo. Também foram utilizados os termos-chave “secretário de saúde”, “Maceió” ordenados por relevância e, a partir dos resultados, foram identificados os vídeos referentes a entrevistas de secretários de saúde do período estudado. O período de busca em mídias eletrônicas foi de julho a agosto de 2018.

Além dos documentos, também foram utilizadas as bases de dados do DATASUS e IBGE como fontes secundárias de dados quantitativos. O período de consulta de ambas as bases foi de setembro a novembro de 2018.

4.5 Processamento e análise dos dados

O material qualitativo resultado das entrevistas e dos documentos de domínio público utilizados foi processado através do método de condensação de significados (KVALE, 1996), onde se identificou os pontos em comum do produto discursivo e o conteúdo referente às categorias de análise determinadas. Estas foram delimitadas a priori e serão discutidas adiante.

O material quantitativo foi analisado através da interpretação dos resultados dos indicadores utilizados, comparando Maceió com as demais capitais regionais nordestinas e com a média brasileira.

A análise do objeto de estudo se deu a partir de um conjunto de proposições inter-relacionadas em princípios, definições, teses, conceitos, entre outros, que constitui a teoria aqui exposta no referencial teórico. Os conceitos foram confrontados com os achados empíricos para produzir um concreto-pensado (MINAYO, 2014).

A estrutura de análise construída a partir do referencial teórico discutido se baseou na integração de alguns modelos de análise de políticas com elementos do pensamento estratégico. Assim, a matriz de categorias analíticas que sustenta o presente estudo é o modelo compreensivo de análise de políticas proposto por Araújo Jr. e Maciel Filho (2001), dialogando com as contribuições do pensamento estratégico de Mario Testa (1992; 1995). Por se tratar de um processo político dinâmico e complexo, as categorias de análise, apesar da divisão aqui colocada de forma didática, estão imbricadamente relacionadas de modo que as contribuições dos diferentes referenciais perpassam transversalmente uns aos outros. São elas: contexto, conteúdo, atores e processo.

4.5.1 Contexto

Essa categoria foi subdividida em duas dimensões, o macro-contexto ou espaço social geral, e o micro-contexto ou espaço social setorial (ARAÚJO Jr.; MACIEL FILHO, 2001; TESTA, 1995):

O macro-contexto se referiu ao município de Maceió articulado às determinações e condicionamentos que vieram do contexto estadual e nacional. Para o macro-contexto foram consideradas três esferas de observação, a política, a econômica e a social. Para a esfera política foram consideradas as influências, mudanças políticas no âmbito nacional, estadual e local que influenciaram o processo de agendamento, formulação e implementação da política de atenção primária em Maceió.

Para a esfera econômica foram considerados os aspectos da economia nacional e locoregional (Alagoas-Maceió) como a produção e distribuição de renda, PIB *per capita*, níveis de crescimento, etc. Para a esfera social foram considerados dados demográficos e

epidemiológicos, índice de vulnerabilidade social, investimentos em áreas sociais, etc. Essas duas últimas esferas são discutidas, também, através de comparações pontuais com as capitais regionais nordestinas, citadas no tópico 4.4.

O micro-contexto se refere ao setor saúde, é o espaço setorial, o aparato técnico-burocrático que conduz o processo político, técnico e administrativo dos serviços e políticas de saúde. O micro-contexto é uma dimensão que não pode ser analisada de forma descontextualizada do espaço social geral, ou macro-contexto, e por isso é uma dimensão que recebe fortes interferências do nível macro. Também é dividida em três esferas, a da política, das finanças e a dos serviços e problemas de saúde.

Na esfera política setorial foram observados os interesses dentro do setor, as relações de poder explicitadas, a estrutura política-organizacional, as influências para o desenvolvimento da política de atenção primária no município, o contexto das políticas de saúde locais. Na esfera das finanças foi observado o orçamento e gastos com saúde, as políticas e mecanismos de financiamento, as fontes e volumes de recursos, tanto da saúde no geral como para atenção primária em particular. Na esfera dos serviços e problemas de saúde foi observado o panorama sanitário e epidemiológico, a rede de serviços de saúde e os dados sobre recursos humanos.

Quadro 1- Matriz de análise do contexto da política de APS de Maceió

(Continua)

CATEGORIA DE ANÁLISE	ESFERA	ÂMBITO	DEFINIÇÃO	QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	FONTES DE VERIFICAÇÃO
MACRO CONTEXTO	POLÍTICA	Municipal	Eventos da política municipal e suas possíveis relações com os entes estadual e nacional que podem ter influência favorável ou desfavorável na construção da agenda e implementação da política de AB no município de Maceió.	Quais fatos políticos (mudanças de gestão, eleições, políticas municipais, variáveis advindas dos entes estadual e nacional, etc) podem ter influenciado na construção da agenda e implementação da política de AB em Maceió?	Análise documental: matérias de jornais e revistas, Plano Plurianual Municipal, relatórios de gestão, artigos científicos. Entrevistas
	ECONÔMICA	Municipal	Características da economia de Maceió, dentro do contexto econômico estadual e nacional, que determinam e condicionam a construção da agenda e implementação da política de AB no município de Maceió.	Quais indicadores e mudanças econômicas, que caracterizam Maceió, dentro do contexto estadual e nacional, interferiram na construção e implementação da política de AB no município de Maceió?	Análise documental: Lei orçamentária anual, Lei de diretrizes orçamentárias, Quadro de detalhamento de despesas, Créditos Adicionais, Documentos do IPEA, IBGE, documentos oficiais, estudos publicados sobre o tema. Entrevistas
	SOCIAL	Municipal	Aspectos sociais do município de Maceió, dentro do contexto estadual e nacional, que determinam e condicionam a construção da agenda e implementação da política de AB no município de Maceió.	Quais indicadores e mudanças sociais, que caracterizam Maceió, dentro do contexto estadual e nacional, interferiram na construção e implementação da política de AB no município de Maceió?	Análise documental: Documentos do IPEA, IBGE, documentos oficiais, estudos publicados sobre o tema. Entrevistas

Quadro 1- Matriz de análise do contexto da política de APS de Maceió

(Conclusão)

CATEGORIA DE ANÁLISE	ESFERA	ÂMBITO	DEFINIÇÃO	QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	FONTES DE VERIFICAÇÃO
MICRO CONTEXTO	POLÍTICA	Setorial	Fatores políticos dentro do setor saúde que interferiram na construção da agenda e implementação da política de AB no município de Maceió. (distribuição de poder, tipos de políticas, relações entre público e privado, propostas para saúde, estrutura político-administrativa, etc.)	Quais fatores políticos, no âmbito setorial, influenciaram no processo de construção da agenda e implementação da política de AB no município de Maceió?	Análise documental: jornais, revistas, artigos científicos, Plano Municipal de Saúde, Atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde, Relatórios de Gestão. Entrevistas: vide categorias “atores” e “processo”
	FINANCEIRA	Setorial	Características da organização financeira do setor saúde que influenciaram a construção da agenda e implementação da AB em Maceió.	Quais as características da organização e dinâmica financeira da Secretaria Municipal de Saúde que se relacionam com a construção da agenda e implementação da AB em Maceió?	Análise documental: documentos oficiais, Plano Municipal de Saúde, LOA, LDO. Base de dados: DATASUS Entrevistas: vide categoria “processo”
	SERVIÇOS E PROBLEMAS DE SAÚDE	Setorial	Indicadores epidemiológicos e características da organização dos serviços de saúde municipais que influenciaram a construção da agenda e implementação da AB em Maceió.	Qual o quadro epidemiológico do Município de Maceió? Como está estruturada a rede de serviços de saúde, com foco na AB, para responder aos principais problemas de saúde?	Pesquisa documental: Plano Municipal de Saúde, publicações do IBGE, artigos e publicação científicas. Base de dados: DATASUS

Fonte: O autor

4.5.2 Conteúdo

Esta se refere ao conteúdo, propriamente dito, da política de atenção primária do município de Maceió. Sua análise foi realizada quanto a sua coerência interna e externa, ou seja, se há coerência dos objetivos e metas propostos, com os problemas e as alternativas escolhidas, comparando com a situação real, ou seja, com a análise do contexto.

Quadro 2- Matriz de análise do conteúdo da política de atenção primária do município de Maceió

CATEGORIA DE ANÁLISE	SUBCATEGORIA DE ANÁLISE	DEFINIÇÃO	QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	FONTES DE VERIFICAÇÃO
CONTEÚDO	Tipos de problemas	Classificação dos eventos levantados pelos atores sociais como problemas relacionados à atenção primária.	Quais os problemas considerados na construção da política de atenção primária no município de Maceió?	Entrevistas: técnicos e gestores da SMS; membros do CMS Análise documental: Plano Municipal de Saúde
	Fatores definidores dos problemas	Variedade de informações que deram base para o reconhecimento dos problemas.	Quais as informações deram base para reconhecer tais problemas?	Entrevistas: técnicos e gestores da SMS; membros do CMS Análise documental: Plano Municipal de Saúde
	Tipos de alternativas	Classificação das propostas levantadas pelos atores sociais como alternativas para tratar os problemas elencados.	Quais as alternativas propostas para enfrentar os problemas identificados no âmbito da atenção primária?	Entrevistas: técnicos e gestores da SMS e membros do CMS; Análise documental
	Fatores definidores das alternativas	Aspectos envolvidos na proposição e escolha das alternativas.	Que aspectos sustentam as proposições e a escolha das alternativas durante a construção da política? Essas alternativas caracterizavam respostas para os problemas expostos?	Entrevistas: técnicos e gestores da SMS; membros do CMS Análise de documental
	Adequação da política aos propósitos do governo	Adequação do projeto de promoção da saúde às intenções institucionais mais amplas do governo municipal.	Qual a intencionalidade do projeto de governo do estado através da SMS? A política de atenção primária é coerente com esta intencionalidade?	Análise documental (PPA, PMS, Relatórios de gestão) Entrevistas

Fonte: O autor - adaptado de Fonseca (2016)

4.5.3 Atores

Para esta categoria foram observados os principais atores sociais envolvidos, suas posições em relação à política de atenção primária, a forma de mobilização desses atores, a correlação de forças entre possíveis alianças e coalizões, e suas relações de poder, utilizando da tipologia de poder proposta por Testa (1992). Os atores sociais são aquelas com capacidade de incluir um tema na agenda do Estado, e podem ser tanto atores individuais como uma organização, um grupo, seja governamental ou não.

Quadro 3- Matriz de análise dos atores sociais na construção da agenda e implementação da política de atenção primária

CATEGORIA DE ANÁLISE	DE	SUBCATEGORIAS	DEFINIÇÃO	QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	DE	FONTE DE VERIFICAÇÃO
ATORES SOCIAIS		Atores envolvidos	Identificação dos principais atores envolvidos com o processo de inclusão na agenda e implementação da política de atenção primária em Maceió.	Quais os atores sociais envolvidos com o processo de inclusão na agenda e implementação da política de atenção primária em Maceió?		Entrevistas: Técnicos e gestores da SMS; membros do CMS Análise documental: Plano Municipal de Saúde
		Posição em relação à política	Posicionamento dos atores sociais na construção da agenda e implementação da política de atenção primária em Maceió. Interesses, valores, etc.	Quais os interesses, valores e posições de cada ator social sobre a atenção primária no processo de construção da agenda e implementação dessa política em Maceió?		Entrevistas: Técnicos e gestores da SMS; membro do CMS
		Correlação de forças: alianças, oposições e coalizões	Identificação de formação de coalizões de forças e seus interesses com relação à política de atenção primária.	Quais foram os grupos de interesses envolvidos no processo? Houve grupos de beneficiados ou prejudicados? Quais foram os apoiadores e opositores às determinadas propostas? Quem fez parte das alianças e dos confrontos?		Entrevistas: Técnicos e gestores da SMS; membros do CMS

Fonte: O autor – adaptado de Fonseca (2016).

4.5.4 Processo

Essa categoria envolve todo o processo considerado no modelo do Ciclo Político ou Ciclo das Políticas, desde a construção da agenda, formulação da política, passando pela sua implementação até a avaliação, contudo, não como etapas estanques e rígidas, mas como os momentos propostos por Matus (1996), e por isso, foi uma categoria que articulou as análises que foram realizadas nas demais categorias, de forma dinâmica. Esse processo envolve a implantação de uma política pública, seus mecanismos de controle, gestão e participação, suas características, as concepções que regem esse processo, as estratégias utilizadas, as práticas realizadas, a racionalidade e o caráter das decisões (ARAÚJO Jr.; MACIEL FILHO, 2001).

Para a operacionalização dessa categoria foi utilizado o Postulado da Coerência de Testa (1992). Para operacionalizar essa ferramenta foi necessário caracterizar os propósitos mais amplos do governo em relação à atenção primária em saúde; a estrutura organizacional (organização) responsável pela execução da política identificando sua funcionalidade (capacidade administrativa e técnica) para organizar a condução da política, a adaptabilidade, que corresponde à receptividade a mudanças no processo de trabalho e a labilidade organizacional, que corresponder à manutenção ou não da estrutura organizacional e financeira da Secretaria Municipal de Saúde para execução da política de atenção primária; e verificar a coerência entre os métodos empregados para implementação da política de atenção primária, os propósitos do governo e a estrutura organizacional da secretaria municipal de saúde de Maceió (FONSECA, 2016).

Quadro 4- Matriz de análise do processo de construção e implementação da política de APS de Maceió

CATEGORIA DE ANÁLISE	DIMENSÃO DE ANÁLISE	SUBCATEGORIAS	DEFINIÇÃO	QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	FONTE DE VERIFICAÇÃO
PROCESSO	ORGANIZAÇÃO (TESTA, 1992)	Funcionalidade	Capacidade institucional (técnica e administrativa) para organizar as ações estratégicas, em particular a política de atenção primária e a existência e coerência dos espaços de planejamento, articulação interna e externa decisão.	A SMS apresenta capacidade para organizar as ações estratégicas, em particular aquelas de atenção primária?	Entrevista com gestores
		Adaptabilidade	Receptividade a mudanças no direcionamento dos processos de trabalho	A equipe de trabalho é receptiva a mudanças no direcionamento dos processos de trabalho?	Entrevista com técnicos e gestores
		Labilidade organizacional	Manutenção da estrutura organizacional e financeira da SMS durante a formulação e execução da política de atenção primária	A estrutura organizacional e financeira da SMS relacionada à política de atenção primária se manteve durante a formulação e implementação da política?	Entrevista com gestores e análise documental (LOA, Relatórios de Gestão)
	MÉTODOS (TESTA, 1992)	Tipos de planejamento	Mecanismos de tomada das decisões executadas pela equipe dirigente e coordenações técnicas envolvidas com a política de atenção primária.	Quem participou e como ocorreu o processo de planejamento e gestão das ações de atenção primária previstas na agenda?	Entrevistas com técnicos e gestores da SMS envolvidos com a implantação das ações
PROPÓSITOS DO GOVERNO		Objetivos do governo municipal para o mandato em questão	Quais propósitos gerais do governo municipal para Maceió?	Entrevistas; Documentos oficiais; Reportagens e declarações públicas	

Fonte: O autor - adaptado de Fonseca (2016)

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Todas as fases desta pesquisa atenderam aos critérios éticos preconizados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, incluindo a aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães – Fundação Oswaldo Cruz. O projeto foi submetido à anuência institucional requerida e foi aprovado. Os entrevistados concordaram e assinaram **Termo de Compromisso Livre e Esclarecido** (Apêndice A).

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados encontrados estão ordenados de acordo com o modelo de análise adotado de forma dialogada entre as categorias utilizadas

6.1 Macro contexto

A discussão do macro contexto está dividida nas esferas social, econômica e política. O diálogo entre elas gerou os seguintes temas: Características demográficas de Maceió, distribuição de renda e pobreza, vulnerabilidade social e desenvolvimento humano para a esfera social. Crise econômica, política e os impactos no municípios de Maceió articula as esferas econômica e política. No âmbito político do macro contexto a discussão também se deu a nível municipal com os temas: Eleições municipais de 2012 e 2016; e Heranças da gestão anterior.

6.1.1 Características demográficas de Maceió

As tendências demográficas no Brasil se referem, principalmente, ao aumento da população idosa, redução da taxa de fecundidade e urbanização, que vem ocorrendo desde a primeira metade do século XX. Maceió, assim como as demais capitais regionais nordestinas, segue essa tendência, contudo, com variações entre municípios, classes sociais, gêneros e raça/cor (BRITO, 2008; IBGE, 2010).

As alterações ocorridas ao longo das últimas décadas são resultados de inúmeros fatores sociais, econômicos, culturais, políticos e científicos. A tendência de redução proporcional do número de crianças e jovens em relação aos adultos se deve à diminuição das taxas de fecundidade em todo país e, particularmente, em todas as capitais regionais nordestinas, inclusive Maceió, de 1991 a 2010 (IBGE, 2018a).

Apesar da tendência de envelhecimento populacional representado pelo aumento do índice de envelhecimento do ano 2000 (4,36%) para 2010 (5,54%), a proporção da população dependente (menor que 15 anos e maior que 65 anos) reduziu em relação à potencialmente ativa, observado pelo decréscimo da razão de dependência: em 2000 era de 52,68% e em 2010, 43,98%. Significa que Maceió passa pelo chamado bônus demográfico ou janela demográfica, caracterizada pela população de maioria jovem, em idade ativa, fator de

oportunidade para alavancar a economia e o desenvolvimento social através de políticas públicas.

Tabela 7- Proporção da população de Maceió por grupos etários e razão de dependência em 2000 e 2010

GRUPO ETÁRIO	2000	2010
Menor de 15 anos	30,16%	25,20%
15 a 64 anos	65,48%	69,26%
65 anos ou mais	4,36%	5,54%
Razão de dependência	52,68%	43,98%.

Fonte: O autor a partir de IBGE (2010)

Maceió, de acordo com o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), possui uma população de aproximadamente 932.748 pessoas, representando aproximadamente 30% da população do estado e, hoje, estima-se que a população já tenha atingido 1.029.129 de pessoas. É o município com o maior número de habitantes e densidade demográfica dentro do estado de Alagoas e, no Brasil, ocupa a 17ª posição em relação à população dos demais municípios (IBGE, 2018a).

A distribuição territorial de sua população é em 50 bairros. Esses bairros estão distribuídos entre oito distritos sanitários (DS), que variam quanto à densidade demográfica, distribuição etária, por sexo e por raça/cor (IBGE, 2018b; MACEIO, 2017b, 2013b).

Assim como a média nacional, é maior a proporção de mulheres na capital de Alagoas (53,2% em 2010) em relação à população masculina (46,8% em 2010). No quesito raça/cor, a população de Maceió tem sua maioria parda (54,1%), seguido pelos Brancos (36,6%), Pretos (7,45%), Amarelos (1,3%) e Indígenas (0,25%) (IBGE, 2010).

A urbanização cresceu em todo Brasil e em Maceió a situação não destoou dessa tendência, enquanto a população urbana do município é de quase 100% (99,75% em 2000 e 99,93% em 2010) a rural foi de 0,25% em 2000 e reduziu para 0,07% em 2010.

Maceió, pois, segue a tendência nacional e regional quanto a suas características demográficas e de variações dentro do seu território, fato que deveria ser considerado na formulação da política de atenção primária à saúde do município, mas, como será discutido adiante, não foi colocado como central na justificativa das decisões.

6.1.2 Distribuição de renda e pobreza

O desenvolvimento de um país, estado ou município também é medido por indicadores econômicos. A renda média da população, o PIB per capita; medidas sobre a desigualdade social, como o índice de Gini, proporção da população pobre e extremamente pobre são exemplos de indicadores. De maneira geral, a situação econômica do país e o nível de renda médio da população melhoraram significativamente de 1991 a 2010, quadro também observado nos outros entes da federação (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO; IPEA; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2013).

No Nordeste brasileiro, políticas sociais implementadas a partir do início do século XXI foram as responsáveis por esse avanço. Em todas as capitais regionais do nordeste o número de pessoas pobres e extremamente pobres reduziu mais aceleradamente entre os anos 2000 e 2010. Contudo, os indicadores de desigualdade social pouco se alteraram, evidenciando que, mesmo com a redução dos níveis de pobreza, a concentração de renda segue como uma importante característica do país e, particularmente, do Nordeste (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO; IPEA; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2013).

Tabela 8- Renda per capita, índice de gini, % da população pobre e extremamente pobre do Brasil e capitais regionais nordestinas em 2010

Localidade	Renda per capita	Índice de Gini	% pop. pobre	% da pop. Extr. pobre
Brasil	793,87	0,6	15,2	6,62
Aracaju	1052,03	0,62	11,11	3,43
João Pessoa	964,82	0,62	11,59	3,48
Maceió	792,54	0,63	15,57	5,29
Natal	950,34	0,61	10,5	2,92
São Luís	805,36	0,61	13,81	4,53
Teresina	757,57	0,61	14,6	4,44
Média das capitais regionais nordestinas	887,1	0,61	12,8	4,015

Fonte: O autor a partir de Programa das nações unidas para o desenvolvimento, Ipea, Fundação João Pinheiro (2013).

A capital alagoana segue a média nacional ou muito próxima a ela quanto à renda per capita, índice de gini e o percentual da população pobre e extremamente pobre, contudo, possui os piores, ou um dos piores resultados dentre as capitais regionais nordestinas. A

situação dessas capitais é semelhante quanto ao indicador de desigualdade utilizado (Índice de Gini). Quanto à renda per capita ocupa o penúltimo, à frente de Teresina.

A proporção da população pobre (com renda domiciliar per capita igual ou inferior à R\$ 140,00 mensais, em 2010) e extremamente pobre (com renda domiciliar per capita igual ou inferior à R\$ 70,00 mensais, em 2010) em Maceió é a maior entre as capitais regionais nordestinas. Fatores econômicos e, principalmente, políticos se relacionam com essas tendências, enquanto causa, e, como consequência, configura-se importantes determinantes e condicionantes da saúde da população maceioense.

6.1.3 Vulnerabilidade Social e Desenvolvimento Humano

Para avaliação do desenvolvimento humano e vulnerabilidade social dos territórios foram elaborados índices compostos num trabalho de cooperação entre diferentes instituições de pesquisa que resultaram, respectivamente, no Atlas do Desenvolvimento Humano e Atlas da Vulnerabilidade Social no Brasil. Estes foram construídos a partir dos dados e informações populacionais produzidos por instituições oficiais e reconhecidas no meio científico (IPEA, 2018; PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO; IPEA; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2013).

Os índices compostos agregam dezenas de indicadores relativos à: renda, educação e longevidade, no caso do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM); e infraestrutura urbana, capital humano e renda e trabalho, no caso do Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) (IPEA, 2018; PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO; IPEA; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2013).

Seus valores vão de zero a um, representando, no caso do IDHM muito baixo desenvolvimento humano os valores de 0 a 0,499; baixo desenvolvimento humano, 0,500 a 0,599; médio desenvolvimento humano, 0,600 a 0,699; alto desenvolvimento humano, 0,700 a 0,799; e muito alto desenvolvimento humano, acima de 0,800. No caso do IVS, muito baixa vulnerabilidade social abrange o intervalo de 0 a 0,200; baixa vulnerabilidade social, de 0,200 a 0,300; média vulnerabilidade social, de 0,300 a 0,400; alta vulnerabilidade social, de 0,400 a 0,500; e muito alta vulnerabilidade social de 0,500 a 1 (IPEA, 2018; PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO; IPEA; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2013).

A tabela 5 mostra a situação das capitais regionais nordestinas e do Brasil. Revela, quanto ao desenvolvimento humano, que todas se enquadram no índice alto e, quanto à vulnerabilidade social, que a maioria das capitais, com exceção de Maceió e São Luís, possuem baixa vulnerabilidade social. Já as duas capitais, possuem média vulnerabilidade social e com o valor se aproximando da classificação alta. Cabe destacar que o resultado desses indicadores se refere à totalidade do território das capitais, não revelando as desigualdades existentes dentro dos municípios.

Tabela 5- IVS e IDHM do Brasil e capitais regionais nordestinas em 2010

Localidade	IVS	Classificação IVS	IDHM	Classificação IDHM
Brasil	0,326	Média	0,727	Alto
Aracaju	0,287	Baixa	0,77	Alto
João Pessoa	0,286	Baixa	0,763	Alto
Maceió	0,393	Média	0,721	Alto
Natal	0,292	Baixa	0,763	Alto
São Luís	0,372	Média	0,768	Alto
Teresina	0,288	Baixa	0,751	Alto

Fonte: O autor a partir de Ipea (2018) e Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento, Ipea, Fundação João Pinheiro (2013).

As capitais regionais nordestinas seguiram o mesmo ritmo nacional, mas também possuem diferenças entre elas e entre os próprios valores de IDHM desagregado para renda, educação e longevidade.

Tabela 6- IDHM Renda, Longevidade e Educação do Brasil e capitais regionais nordestinas em 2010

Localidade	IDHM Renda	IDHM Longevidade	IDHM Educação
Brasil	0,739	0,816	0,637
Aracaju	0,784	0,823	0,708
João Pessoa	0,77	0,832	0,693
Maceió	0,739	0,799	0,635
Natal	0,768	0,835	0,694
São Luís	0,741	0,813	0,752
Teresina	0,731	0,82	0,707

Fonte: O autor a partir de Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento, Ipea, Fundação João Pinheiro (2013).

As seis capitais regionais se enquadram no alto IDHM, sendo Maceió a que tem o menor valor, principalmente na dimensão longevidade e educação. Na dimensão renda, se posiciona em penúltimo lugar entre as capitais regionais, apenas acima de Teresina. O resultado mediano do IDHM educação e IDHM longevidade alerta para as condições mais

precárias que a população do município vive, caracterizando um cenário de vulnerabilidade social e necessidade de fortalecimento de políticas públicas para alteração desse quadro.

A variação de IDHM também se encontra nos diferentes espaços do município, como nos bairros e distritos sanitários. A tabela 21 mostra a grande diferença entre o distrito sanitário de maior IDHM, o DS 1, que tem 0,879 (muito alto) e o de menor IDHM, que é o DS 7, com 0,638 (médio). Cabe destacar as limitações dessa comparação, pois nem todos os bairros do respectivo distrito estavam com dados disponíveis para esse indicador.

Ao observar o IDHM de cada dimensão considerada, os pólos com maior e menor índice se mantém, respectivamente, com o DS 1 e DS 7. Contudo, se o IDHM mínimo para longevidade na média dos distritos é classificado como alto, o resultado para renda e, principalmente, educação seguem um desempenho mais baixo. Enquanto o DS 1 tem IDHM muito alto para renda e educação, o DS 7 tem IDHM médio e baixo, respectivamente. Este quadro evidencia as desigualdades sociais dentro do território maceioense.

Tabela 7- IDHM por distrito sanitário de Maceió em 2010

Distritos Sanitários	IDHM	IDHM Renda	IDHM Longevidade	IDHM Educação
DS 1	0,879	0,889	0,9055	0,8455
DS 2	0,7518	0,733	0,8322	0,6994
DS 3	0,825	0,817857	0,873571	0,789286
DS 4	0,7008	0,6862	0,7964	0,6326
DS 5	0,7165	0,69625	0,80525	0,6615
DS 6	0,7895	0,759	0,8465	0,7675
DS 7	0,638	0,611333	0,758667	0,560667
DS 8	0,879	0,876	0,914	0,849
Maceió	0,721	0,739	0,799	0,635

Fonte: O autor a partir de Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento, Ipea, Fundação João Pinheiro (2013) e Maceió (2013b)

Observando a descrição do macrocontexto social de Maceió, percebe-se a situação de vulnerabilidade e iniquidade social que sua população vive. Não se trata de uma singularidade dessa capital frente às demais capitais regionais nordestinas, já que possuem um quadro semelhante, mas possuem os piores indicadores. Essa situação da capital guarda relação na sua formação histórica e organização social estruturada, economicamente, nas rotas de acumulação de açúcar e concentração de latifúndios por pequeno número de grupos sociais e famílias. Estas mesmas são as responsáveis por construir pactos políticos e direcionar os rumos e características do Estado em Maceió (ALMEIDA, 2018; CARVALHO, 2015).

6.1.4 Crise econômica, política e os impactos no município de Maceió

O contexto do período estudado foi marcado por crise econômica e política a nível nacional, que estão intimamente articulados e causaram impactos nos estados e municípios. Na esfera macroeconômica o governo Dilma Rousseff protagonizou um processo de transformação do superávit fiscal em déficit primário, aumento da dívida pública, elevação da inflação e redução da taxa de investimentos (GONÇALVES, 2017; PINTO et al. 2016). Entre 2014 e 2016 a economia brasileira sofreu desaceleração do seu crescimento, permanecendo num estado latente de recessão, que resultou em políticas de ajuste fiscal e na redução das transferências federais para os estados e municípios (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018).

Todo esse contexto econômico e, especificamente, fiscal no Brasil impõe um grande esforço orçamentário para os municípios. Sua capacidade de arrecadação é limitada, na maioria deles, frente ao aumento de responsabilidades financeiras colocadas pelas sucessivas emendas constitucionais que trataram da questão desde o final do século XX (FUNCIA, 2017). Maceió possui uma das menores capacidades de arrecadação entre as capitais regionais nordestinas e, assim como a maioria delas, tem seu orçamento composto por mais de 50% de transferências intergovernamentais, como mostram as tabelas 8 e 9.

Tabela 8- Participação da receita de impostos próprios na receita total do município das Capitais Regionais Nordestinas de 2013 a 2016

Capitais Regionais	2013	2014	2015	2016
Maceió	21%	21%	20%	17%
Aracaju	27%	27%	28%	27%
João Pessoa	24%	23%	21%	19%
Natal	26%	23%	26%	23%
Teresina	15%	16%	16%	15%
São Luís	25%	25%	25%	22%
Brasil	22%	22%	22%	20%
Média das capitais regionais	23,22%	22,49%	22,91%	20,42%

Fonte: O autor a partir do Brasil (2018b).

Carvalho (2015) descreve a formação histórica do estado onde aponta seu atraso econômico relacionado a uma incipiente industrialização e centralidade no modelo agroexportador. A não superação desse atraso resultou, nos tempos atuais, na alta dependência do estado pelas transferências de recursos federais, onde, em 2010, um terço do PIB local decorre de políticas sociais implantadas e dessas transferências em Alagoas. Carvalho (2014) se refere a esse processo como federalização do Estado. Em Maceió a situação constatada por Silva, Servo e Vieira (2013) é semelhante e o que se destaca para o caso da saúde é a necessidade de potencializar a capacidade de angariar recursos da União.

Tabela 9- Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município

Capitais Regionais	2013	2014	2015	2016
Maceió	62%	59%	56%	61%
Aracaju	58%	47%	51%	52%
João Pessoa	68%	66%	62%	66%
Natal	55%	45%	49%	53%
Teresina	67%	66%	68%	61%
São Luís	61%	61%	56%	62%
Brasil	65%	64%	63%	63%
Média das capitais regionais	62%	57%	57%	59%

Fonte: O autor a partir do Brasil (2018b).

No âmbito político os impactos na dinâmica nacional são relevantes. Apesar dos esforços neodesenvolvimentistas, houve aumento do desemprego, contínua desindustrialização, redução dos investimentos e a consolidação da recessão econômica. Ao mesmo tempo, inúmeros escândalos de corrupção, investigados pela Operação Lava-Jato, envolveram membros da cúpula do Partido dos Trabalhadores, de seus aliados políticos e de empresários do ramo da construção civil, fato que teve desdobramentos políticos e econômicos (PINTO et al. 2016).

Ademais, a inabilidade política da presidente Dilma Rousseff resultou na desarticulação de sua base parlamentar no Congresso Nacional. Todos esses fatores, somados à crescente insatisfação popular, de maneira significativa estimulada pela grande mídia, foram responsáveis pela insustentabilidade do governo (PINTO et al. 2016).

Boito Jr. (2016) afirma que o enfraquecimento político do governo Dilma Rousseff foi devido a alguns fatores: a crise econômica atribuída ao governo vigente, o recuo da política

econômica e social neodesenvolvimentista no pós-eleições de 2014, o aumento das contradições entre neoliberalismo e neodesenvolvimentismo - como também afirma Singer (2015) - a conjuntura ideológica favorável ao fortalecimento do campo neoliberal ortodoxo e a sua ofensiva frente ao governo.

Esse enfraquecimento permitiu que a frente neoliberal ortodoxa (composta pela burguesia internacional ou nacional ligadas aos interesses internacionais somados a alta classe média) se consolidasse como uma força política capaz de ocupar o poder e depor a presidente através do *impeachment*, envolvendo o apoio de frações significativas da populações através de manifestações populares (BOITO Jr. 2016).

Um marco da manifestação popular que anunciava a insatisfação não só com os serviços públicos de transporte, educação e saúde, por exemplo, mas, sobretudo, com modelo político e econômico vigente, foram as chamadas jornadas de junho de 2013. Esta gerou uma resposta governamental que, no âmbito da saúde, culminou na criação do Programa Mais Médicos (MAGNO; PAIM, 2015).

Apesar de terem sido manifestações que partiram de reivindicações específicas sobre o transporte público, logo foram capturadas por uma singular e heterogênea composição de classe média, anarquistas *black blocs* e extrema-direita, constituindo-se num prelúdio para futuros protestos contra o governo e a ascensão da Nova Direita. As manifestações de 2015 se posicionaram claramente, de forma coesa e organizada, contra o governo Dilma Rousseff. Elas constituíram a base popular de um bloco formado pela grande mídia nacional, agências internacionais, partidos de oposição ao governo, alta classe média e algumas instituições do Estado que se colocaram contra a Nova Matriz Econômica, a favor de reformas neoliberais e legitimaram na sociedade civil o *impeachment* de Dilma Rousseff em 2016 (SAAD-FILHO; BOITO, 2016).

No período pré-*impeachment*, para tentar reverter a situação, Dilma Rousseff adota a agenda de ajustes fiscais aos moldes neoliberais e altera o padrão de recrutamento de ministros, inclusive os da área social, como a saúde. Enquanto no primeiro mandato de Dilma Rousseff um dos critérios principais para recrutamento de Ministros de áreas sociais era o nível de expertise, no segundo mandato, para conter as pressões políticas, indicou indivíduos com maior carreira e conhecimento sobre o funcionamento dos ministérios, permitindo maior

acesso a essas pastas por determinados grupos políticos. Contudo, esse esforço não foi possível para reverter a instabilidade do governo (GERARDI; ESPINOZA, 2016).

Todo esse contexto permitiu que uma nova força política emergisse e ocupasse o poder, direcionando as políticas públicas rumo a uma nova onda de reformas neoliberais, que contém propostas de privatizações, flexibilização da legislação trabalhista, revisão das políticas sociais e um forte ajuste fiscal defendidas pelo programa do PMDB “Uma Ponte para o Futuro” (SVARTMAN; SILVA, 2016).

Uma das consequências, pós-*impeachment* de Dilma Rousseff, foi, sob o governo do presidente Michel Temer, a aprovação da emenda constitucional nº 95, que congela o orçamento das despesas primárias, que inclui da saúde, atualizadas ano a ano pelo IPCA durante 20 anos. Nesse mesmo período, ganhou força o debate sobre a cobertura universal de saúde, os planos populares e se consumou a aprovação da nova Política Nacional de Atenção Básica.

Esse contexto de austeridade fiscal, crise econômica e enfraquecimento ideológico de determinadas políticas sociais, como a Estratégia de Saúde da Família, abriu espaço para escolhas políticas que privilegiam o modelo de Atenção primária Tradicional e a criação de novas coalizões políticas, fato ocorrido em Maceió, como será discutido posteriormente.

6.1.5 Eleições municipais de 2012 e 2016

Os fatores político-eleitorais têm sido determinantes dos investimentos públicos e das políticas implementadas por cada governo. Como afirma Santos et al. (2015, p. 1088):

No Brasil, convive-se com um modelo eleitoral que impõe eleições bianuais (municipais, intercaladas com estaduais e federais), uma série de coligações e acordos que potencializam a influência político-eleitoral na definição de prioridades, pois o horizonte de tempo é curto, e os cenários políticos, por falta de bases ideológicas sólidas, são mutáveis e permeados por interesses clientelísticos, patrimonialistas e excludentes de boa parte da sociedade, levando-se em consideração a estrutura do aparelho de Estado na saúde.

As eleições de 2012 foram um fator determinante da política de saúde, particularmente de atenção primária, no município de Maceió. Pleitearam ao cargo oito candidatos, a princípio, dos partidos PSDB, PT do B, PSOL, DEM, PPS, PPL, PRTB e PDT.

A disputa foi marcada, inicialmente, pela polarização de duas forças políticas: a coligação representada por Rui Palmeira (PSDB) e o grupo representado por Ronaldo Lessa (PDT). Rui Palmeira encabeçou a coligação chamada “Nova Maceió”, composta por 6 partidos (PSDB, PP, PR, PSL, PPN, PSC) e desde o início foi o favorito a ganhar as eleições. Recebeu apoio do governador do Estado de Alagoas, Teotônio Vilela Filho (PSDB), e no âmbito nacional, do senador Aécio Neves (PSDB de Minas Gerais). Rui Palmeira faz parte de uma linhagem política tradicional no estado, seu pai (Guilherme Palmeira) foi governador do estado e seu avô (também chamado Rui Palmeira), senador. Foi deputado estadual em 2006 e o deputado federal mais votado em Maceió em 2010. (RUI..., 2012)

O debate eleitoral foi marcado, principalmente, por propostas enfatizando a necessidade de escolas em tempo integral e a melhoria da mobilidade urbana, no âmbito geral (AMATO, 2012). Já quanto à discussão setorial, na saúde, os candidatos utilizaram o discurso de que a saúde pública é uma prioridade, com a seguinte posição do candidato vencedor:

Criticou a gestão anterior, afirmou que ela foi responsável pelas atuais condições precárias dos serviços de saúde no Município, citando, por exemplo, as más condições de atendimento no Hospital Geral do Estado e a falta de profissionais. A priorização na saúde, em suas propostas, equivalem a modernizar os postos de saúde, incentivar os servidores, realizar novos concursos e contratações, construir 3 Unidades de Pronto-Atendimento e o Hospital e Maternidade Municipal, e focar na captação de recursos para investir em saneamento básico (PORTAL PRIMEIRA EDIÇÃO, 2012b).

O resultado das eleições foi definido ainda no primeiro turno, Rui Palmeira foi eleito com 57% dos votos válidos, demonstrando sua força política no cenário municipal. As propostas que se destacaram no seu programa e em seus discursos foram: A criação de escolas municipais em tempo integral, melhoria da mobilidade urbana, construção de UPA's e a intensificação de Parcerias Público-Privadas (PPP) para construção de obras de saneamento básico e infraestrutura. Seu pronunciamento após vitória eleitoral enfatiza a cooperação com estado, União, agências internacionais e com o antigo prefeito, além disso, na saúde, posiciona-a como uma prioridade da sua gestão e que irá “colocar para funcionar” a atenção primária no município (QUATRO CANTOS, 2012; PSDB..., 2012).

Quanto às eleições para definir os representantes que ocupariam a Câmara dos Vereadores, o resultado também foi favorável ao prefeito recém-eleito. Da coligação “Nova

Maceió” foram eleitos 4 vereadores, dentre os 21 que vieram a ocupar a Câmara. Ademais, a construção da base aliada do prefeito se deu nos meses que sucederam o resultado do pleito, que levou a firmar pactos de apoio com força suficiente para eleger o presidente da Câmara (do Partido Progressista, o mesmo do vice-prefeito) e uma mesa diretora que incluiu aliados e partidos que apoiaram outras candidaturas a prefeitura. A oposição à presidência, durante a votação interna da Câmara em 2013, materializou-se, apenas, em 2 votos dos vereadores do PSOL contra 19 votos a favor do restante dos vereadores (FRANCISCO..., 2013).

Configura-se, então, um cenário político de apoio tanto da gestão Rui Palmeira aos vereadores, principalmente os da base aliada, quanto na direção inversa. Por um lado, as ações e políticas propostas do poder executivo seriam fortalecidas, contudo, dentro de certas condições políticas em casos específicos, conforme será discutido na análise do microcontexto político. Por outro, o poder legislativo ganharia poder de decisões e influências para manter seu apoio ao prefeito dentro dessa coalizão de forças.

Já para a disputa por reeleição no pleito de 2016 novas forças políticas foram agregadas como o partido Democratas, representado pelo 4º secretário de saúde, que será apresentado mais adiante. Como será discutido, as propostas de campanha mais delineadas se tornaram os propósitos de governo que determinaram a formulação e implementação da política de atenção primária em Maceió. Esse fato é constatado, também, numa região metropolitana do Nordeste onde as propostas apresentadas no processo eleitoral, assim como o processo em si, foi responsável por definir a tomada de decisão para política de saúde e provisão e preenchimento de empregos públicos no setor (SANTOS et al. 2015).

O processo de reeleição envolveu, mais uma vez, a construção de uma coalizão política que também determinou os rumos da política de atenção primária em Maceió, como será discutido em outros tópicos, e o incremento nos gastos com saúde, apesar da crise econômica. Este incremento tem papel fundamental em reeleições no Brasil e foi um padrão identificado por Novaes e Mattos (2010, p. 157), que afirma:

[...] prefeitos que tentam reeleição se esforçam, através de maiores gastos em saúde, para mostrar aos seus eleitores que são administradores competentes, ao contrário de prefeitos em segundo mandato.

6.1.6 Heranças da gestão municipal anterior

Dois fatores condicionantes da política de atenção primária em Maceió implementada no período estudado foram heranças da gestão municipal anterior: Um Termo de Ajustamento de Conduta e o consequente concurso público realizado em 2012.

O Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) foi responsável por direcionar algumas ações da gestão municipal no setor saúde, particularmente, no âmbito dos recursos humanos. O não cumprimento das obrigações presentes no TAC leva a medidas punitivas e ações judiciais. Isso demonstra o papel de atores como o Ministério Público na garantia de direitos transindividuais, como o da saúde, e influenciando na política de saúde municipal.

Em 2011 foi firmado um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) entre o Ministério Público e a Secretaria Municipal de Saúde de Maceió tendo como objetivo regularizar o pessoal desta. O TAC é fruto de denúncias acerca da existência de prestadores de serviços que ingressaram no serviço público sem ser por meio de concurso, e obriga o município a:

- 1) encaminhar projeto de lei à Câmara Municipal de Maceió objetivando a criação de cargos públicos na estrutura da Secretaria Municipal de Saúde
- 2) proceder à contratação de empresa para realização de concurso público para provimento dos cargos públicos
- 3) homologar o concurso público acima mencionado
- 4) proceder à nomeação de pessoal aprovado em concurso público
- 5) realizar procedimento licitatório para seleção de empresa visando à contratação de pessoal para a área meio
- 6) após ultimadas as providências anteriores afastar os prestadores de serviços que atuavam de forma precária na Secretaria Municipal de Saúde. (ALAGOAS, 2013, pg. 08)

A consequência direta desse TAC foi a realização de um concurso para Prefeitura de Maceió oferecendo mais de 800 vagas para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS). O novo governo municipal teve, então, a obrigação de realizar as contratações (COPEVE...,2013).

Desse modo, uma das propostas da gestão de Rui Palmeira, para a saúde, era realizar novas contratações no setor, algo que foi sendo cumprido ao longo de sua gestão. No primeiro ano, lançou-se o cronograma das nomeações a serem efetivadas, distribuídas, principalmente, ao longo do segundo semestre de 2013. Contudo, como será mostrado mais adiante, essas contratações tiveram pouco impacto na atenção primária, de maneira geral, e não resultou na ampliação de equipes da Estratégia de Saúde da Família (PREFEITURA..., 2013).

Em síntese, o cenário político nacional foi de crise, o que condicionou aspectos da política local que serão apontados mais adiante. O cenário político municipal mostra condicionamentos da política de AB a partir do resultado das eleições municipais, das interferências do poder judiciário e da herança da gestão política anterior.

6.2 Microcontexto

A discussão do micro contexto está dividida nas esferas política, financeira e da organização da rede de serviços de saúde. O diálogo entre elas gerou os seguintes temas: Características da organização dos serviços municipais, induções federais, relações público-privadas, dependência financeira, estrutura de poder setorial e os entraves para expansão da ESF e AB em Maceió.

6.2.1 Características da organização dos serviços municipais de saúde: entre induções federais e relações público-privadas

O período estudado tem como características da organização dos serviços municipais a reestruturação da rede de atenção, enfoque nas contratualizações da rede complementar, as induções do governo federal e as relações público-privadas.

No período de 2013 a 2017 Maceió passou de uma rede própria de serviços de saúde de 69 para 75 estabelecimentos. Em 2013, dispunha de 60 unidades básicas de saúde e 9 unidades especializadas de atenção secundária. Em 2017, passou a ter 65 unidades básicas de saúde, com diferentes modelos de atenção, e 10 unidades especializadas, incluindo as Unidades de Pronto Atendimento (UPA's) (MACEIO, 2017b, 2014b).

As alterações na rede própria de serviços foi devido aos esforços emanados, ainda que enfrentando interrupções de projetos, para reestruturação da rede de atenção a saúde, que perpassou gestões de diferentes secretários de saúde, sobretudo, o primeiro e terceiro secretário. Cinco das nove entrevistas realizadas, desde secretário a coordenadores e técnicos do período, destacaram o enfoque dado à reorganização da rede de saúde em Maceió. Isso se deveu ao fato dos problemas no fluxo da hierarquização dos serviços, na centralização da gerência dos Distritos Sanitários e na alta demanda por serviços de atenção terciária, como o Hospital Geral do Estado.

Todas essas propostas partiram de esforços técnicos para realizar o diagnóstico situacional da rede de saúde (MACEIO, 2013b) e identificar os problemas a enfrentar. O trecho a seguir representa o conjunto das entrevistas realizadas que discorreram sobre esse cenário:

Diretor/Coordenador 5: Por isso que a gente começou [...] trabalhando com os distritos sanitários e eles fazendo levantamento junto com os diretores, de tudo que precisava [...]. Então, a reorganização da atenção básica partiria daí, estruturar a unidade básica, de ter uma referência no próprio distrito, pra unidade ser a unidade de referência, e estruturar o PAM Salgadinho, reestruturar, pra que ele voltasse a ser uma unidade de média complexidade. Então, o desenho era esse.

Parte importante da política de saúde de Maceió e as ações concretas realizadas pela gestão dos secretários de saúde responderam às induções e regulamentações da União. Essas induções se estruturaram com as Normas Operacionais Básicas entre os anos 1990 e 2000, que apesar de contribuir para unificação do sistema, limita iniciativas singulares dos municípios (LECOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001) e, de acordo com (MENDES,; CARNUT; GUERRA, 2018) favorece à estruturação de um modelo de atenção primária focalizado.

Ainda assim, os investimentos federais direcionados foram necessários para redução das desigualdades regionais (MACHADO et al., 2014) . Outras regulamentações mais recentes condicionam a organização da rede de saúde no municípios, que é o caso do Decreto 7.508/2011 (BRASIL, 2011a), que regulamentou a lei orgânica da saúde e estabeleceu normas referentes à construção de redes de atenção.

A construção de UPA's fez parte de induções federais para construção da rede de urgência e emergência, além de ter sido uma das prioridades de campanha do prefeito, também fatores condicionantes da política de saúde e que explicam as mudanças na rede de atenção municipal. Os condicionamentos e determinações sobre a política municipal vindos da União são evidenciados pelas relações de transferência de recursos (discutidos mais adiante), pela normatiza dos SUS, pela coerência entre as ações municipais e as políticas nacionais e pelos próprios relatos dos gestores, que são unânimes na questão, representados no trecho abaixo:

Coordenador/Técnico 1: Olhe, eu acho que o governo federal é tudo na política de atenção básica aqui em Maceió. [...] principalmente pelo questão de recursos.

Essa reorganização da rede passou por dificuldades no enfrentamento de problemas de infraestrutura das unidades de saúde e da dependência de prestadores de serviços

contratualizados, devido às características dessa rede de serviços, que era composta por 56% de estabelecimentos da rede conveniada (filantrópicos e privados). Esta é caracterizada pelos serviços de atenção especializada, o que exige capacidade adequada para realizar regulação e auditorias por parte do município. A regulação foi um ponto que obteve evolução na avaliação exposta no Plano Municipal de Saúde 2018-2021 (MACEIO, 2017b, p. 78) e foi destacado como uma ação que demandou muito tempo da gestão de um dos secretários:

Secretário/Secretário adjunto 1: [...] a gente chegou numa situação muito difícil nessa questão de financiamento e a gente foi refazer contratualizações da rede de média e de alta complexidade, então isso demandou muito tempo, muita energia, porque eu tive que me dedicar diretamente a isso [...].

A presença da rede conveniada em Maceió está representada pelos 56% do total de estabelecimentos de saúde conveniados aos SUS em ambos 2013 e 2017. Esse quadro não é uma singularidade de Maceió, mas uma tendência de aprofundamento da entrada do setor privado no setor saúde, principalmente a partir dos 1990, a nível internacional. Países como EUA, Inglaterra e Austrália implantarão formas de organização empresarias para os serviços de saúde desde aquela década, o que representa tendência em diferentes continentes do globo. No Brasil, esse padrão é implantado principalmente com as reformas de Estado sob o fundamento do gerencialismo e valorizando parcerias público-privadas (ESCOVAL, 2003; PEREIRA, 2006).

Passados mais de 30 anos da criação do SUS, o que se observa nacionalmente é a forte presença da administração privada de serviços de atenção secundária e terciária (VIACAVA et al., 2018). Maceió, ademais de seguir essa tendência, possui distribuição não equitativa desses serviços entre os distritos sanitários.

Como mostram as tabelas 10 e 11, há distritos em que a distribuição dos estabelecimentos de saúde em seu território chega à proporção de 80,6% da administração privada conveniada, enquanto tem apenas 19,4% da pública municipal, que é o caso do DS 3 em 2013. Por outro lado, no mesmo ano, a rede de serviços presente no DS 8 é composta por 100% de estabelecimentos públicos, ou seja, não há rede conveniada de estabelecimentos privados em seu território.

Situação semelhante ocorre quando se observa os dados de 2017, contudo, com redistribuições entre os distritos, principalmente, com o aumento de estabelecimentos privados nos territórios do DS 2 e 3, e redução do DS 5. Essa peculiar distribuição coincide

com as diferenças da situação socioeconômica entre os distritos, a maior concentração de estabelecimentos privados estão presentes nos distritos com melhores índices de renda, principalmente. Quadro semelhante ocorre no Polo Metropolitano de Recife, onde há maior concentração dos serviços especializados de saúde na região que abrange os bairros com melhores condições socioeconômicas, o que sugere que há, também, essa tendência de concentração da rede privada de saúde (LAGO; GONÇALVES, 2010).

Esse quadro evidencia uma situação de inequidade no acesso aos serviços de saúde, principalmente, os de atenção especializada, que são de mais alto custo, para a população de piores condições sociais, econômicas, sanitárias e educacionais ao compararmos com os resultados obtidos sobre o macrocontexto. Mais grave é a constatação da tendência de concentração dos serviços especializados nos DS 1, 2 e 3.

Tabela 10- Estabelecimentos de saúde públicos e privados conveniados ao SUS da rede municipal de Maceió em 2013

Distritos Sanitários	Municipais		Privados	
	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo
DS 1	5	25,0%	15	75,0%
DS 2	8	66,7%	4	33,3%
DS 3	6	19,4%	25	80,6%
DS 4	9	60,0%	6	40,0%
DS 5	12	48,0%	13	52,0%
DS 6	10	71,4%	4	28,6%
DS 7	14	77,8%	4	22,2%
DS 8	8	100,0%	0	0,0%

Fonte: O autor a partir de Maceió (2017b)

Tabela 11- Estabelecimentos de saúde públicos e privados conveniados ao SUS da rede municipal de Maceió em 2017

Distritos Sanitários	Municipais		Privados	
	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo
DS 1	5	26,3%	14	73,7%
DS 2	9	29,0%	22	71,0%
DS 3	8	20,0%	32	80,0%
DS 4	9	69,2%	4	30,8%
DS 5	13	76,5%	4	23,5%
DS 6	10	83,3%	2	16,7%
DS 7	14	82,4%	3	17,6%
DS 8	7	100,0%	0	0,0%

Fonte: O autor a partir de Maceió (2017b)

6.2.2 Dependência financeira da União e gasto municipal com saúde no contexto de austeridade fiscal

Um dos maiores gargalos do SUS em âmbito nacional é o seu subfinanciamento crônico. A baixa capacidade de arrecadação dos municípios, em relação à União, e as responsabilidades de investimento que lhe são atribuídas cria um quadro de estrangulamento orçamentário, impedindo de aumentar os investimentos em saúde, dependendo em grande parte das transferências realizadas pelos outros entes da federação (FUNCIA, 2017).

Esse quadro se tornou amplamente agravado no contexto nacional de crise econômica e austeridade fiscal. Esta resulta em consequências para as políticas sociais, de maneira geral, para os serviços de saúde e condições de vida da população (VIEIRA et al., 2018). As consequências são a redução do orçamento da saúde, cortes nos gastos em saúde (BORGES; FERNANDEZ; CAMPOS, 2018; REEVES et al. 2014; SIMOU e KOUTSOGEORGOU, 2014) e a piora do quadro epidemiológico, como o referente às doenças crônicas não-transmissíveis e seus fatores de risco (MALTA et al. 2018).

Segundo os dados obtidos no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) (BRASIL, 2018), há algumas características orçamentárias do município de Maceió que precisam ser discutidas dentro do contexto econômico maior: possui o menor gasto com saúde entre as capitais regionais nordestinas, segue o padrão de baixos investimentos em saúde na região, possui o segundo maior gasto com terceiros e o segundo menor gasto com pessoal e de percentual de receita própria aplicada em saúde.

Tabela 12- Média da participação da despesa total com saúde, do investimento em saúde, da despesa com pessoal, da despesa com terceiros e receita própria aplicada em saúde conforme a LC141/2012 das capitais regionais nordestinas entre 2013 e 2016

Capitais Regionais	Despesa total com saúde	Investimentos em saúde	Despesa com pessoal	Despesa com terceiros	Receita própria aplicada
Maceió	R\$ 810	1%	41%	44%	23%
Aracaju	R\$ 1.143	1%	37%	51%	21%
João Pessoa	R\$ 1.092	2%	53%	19%	24%
Natal	R\$ 920	2%	41%	39%	26%
Teresina	R\$ 1.449	4%	57%	28%	32%
São Luís	R\$ 975	1%	61%	22%	26%
Brasil	R\$ 862	4%	45%	26%	N/A

Fonte: O autor a partir de Brasil (2018b).

Nota: O valor das despesas totais com saúde estão deflacionados pelo IGP-DI/FGV para dezembro de 2017

A menor média de despesas per capita no período estudado foi de Maceió, enquanto a maior, de Teresina, com uma diferença, entre médias, de R\$ 639,00. Teresina é a capital regional que mais gasta em saúde por habitante, apesar de ter a menor proporção de arrecadação direta de impostos, contudo, a segunda maior proporção de receitas providas de transferências intergovernamentais.

Isso demonstra a diferença na capacidade de captar recursos através das transferências intergovernamentais, situação que varia entre os grandes centros urbanos em todo o país (LIMA; ANDRADE, 2009). Essa é a principal diferença observada entre as duas capitais regionais, já que possuem uma situação socioeconômica semelhante. Mesmo com tal semelhança, Teresina possui 100% da cobertura de ESF e AB, enquanto Maceió, menos de 30% para ESF e menos de 50% para AB. Por outro lado, Natal e Aracaju, que tem cobertura de ESF significativamente maior que Maceió, possuem as menores médias de transferências federais para saúde, em compensação, as maiores capacidades de arrecadação de impostos. Contudo, houve uma tendência nacional de queda nas gastos com saúde, principalmente a partir de 2015, após um contínuo crescimento entre 2003 e 2014 (PIOLA; BENEVIDES; VIEIRA, 2018).

No caso das despesas com pessoal, elas indicam o quanto o município despense com empregos ou cargos públicos, diferentemente das despesas com serviços de terceiros, que se referem a contratações de empresas terceirizadas. Maceió gasta mais com a contratação de terceirizados que via emprego público. Isso se deve ao fato da grande dependência do município de Maceió pelos serviços da rede complementar especializada. Os gastos envolvem serviços terceirizados e hospitais contratualizados.

Ratificando o contexto de atraso da capital alagoana, a tabela 12 demonstra que ela possui os menores níveis de investimento e de aplicação de receita própria na saúde. Contudo, para os investimentos, chama atenção os baixos números para todos os municípios, inclusive para as médias nacionais ao longo de todo período analisado. Esse cenário é reflexo da crise econômica nacional agravada no período, pois houve uma queda dos investimentos quando comparados às já baixas proporções no período entre 2002 e 2011 (MACHADO; LIMA; ANDRADE, 2014).

Tabela 13- Média da proporção do orçamento para atenção primária e assistência hospitalar e ambulatorial por capital regional nordestina entre 2013 e 2016

Capitais Regionais	Atenção primária	Assistência hospitalar e ambulatorial
Maceió	9%	45%
Aracaju	7%	52%
João Pessoa	26%	47%
Natal	9%	50%
Teresina	11%	39%
São Luís	7%	53%
Média das capitais regionais	12%	48%

Fonte: O autor a partir de Brasil (2018b).

A tabela 13 organiza a proporção das despesas totais com saúde destinadas para a Atenção primária. Teresina e, principalmente, João Pessoa foram as capitais que mais destinaram, proporcionalmente, recursos para a Atenção primária, São Luís e Aracaju foram as que despenderam o menor percentual, seguida por Maceió e Natal. Os maiores gastos com atenção primária se relacionam com as maiores cobertura de ESF e AB nas capitais regionais nordestinas. Os que mais gastam com esse nível de atenção são as que tem as maiores coberturas desse mesmo serviço.

Das seis capitais, Teresina foi a que obteve menor percentual de gasto com assistência hospitalar e ambulatorial, em todo o período, seguida de Maceió e João Pessoa. Os maiores gastos entre as capitais estão em Aracaju e São Luís. Esse indicador corrobora com a situação de baixos investimentos e gastos no setor saúde por parte do município de Maceió. Na comparação com as demais capitais, os menores gastos são tanto com a atenção primária, como com a atenção secundária e terciária.

As diferenças de proporção para os gastos entre atenção primária e assistência hospitalar e ambulatorial é uma tendência nacional (MACHADO; LIMA; ANDRADE, 2014; CASTRO; MACHADO, 2010). Além disso, o padrão de gastos é maior, em volume, nesta e o aumento de suas despesas foram contínuas em detrimento da redução das despesas empenhadas pelo Ministério da Saúde entre 2014 e 2017. Isso reforça, por um lado, a tendência da lógica empresarial/privatizante no setor saúde e, por outro lado, a influência que a concepção de um modelo de atenção que considera a atenção primária no sentido tradicional e restrito tem na alocação de reduzidos para esse nível de atenção (ÁQUILAS; CARNUT; GUERRA, 2018).

Apesar de todo cenário de subfinanciamento da saúde e de outros problemas financeiros, quando se observa a porcentagem do orçamento distribuída entre os diferentes órgãos municipais de Maceió, a secretaria de saúde é a que mais recebe verbas, seguida da secretaria de educação. Além de outras análises que possam ser realizadas, cabe nesse estudo apontar uma consequência importante dessa maior proporção orçamentária na secretaria de saúde: os interesses políticos pela pasta, que também podem ser a causa da maior proporção orçamentária, e que estão relacionados com interesses econômicos.

Tabela 14- Proporção do orçamento por órgão da administração municipal de Maceió entre 2013 e 2016

Órgão	Média de proporção
Secretaria Municipal de Saúde	33%
Secretaria Municipal de Educação	16%
Secretaria Municipal de Administração, Recursos Humanos e Patrimônio ou Secretaria Municipal de Gestão	15%
Instituto de Previdência dos Servidores Públicos do Município de Maceió	12%
Superintendência de Limpeza Urbana de Maceió	6%
Encargos Gerais do Município	4%
Demais órgãos	13%

Fonte: O autor a partir de Maceió (2019b).

É nesse sentido que também irá se desvendar (ou se aproximar da elucidação) o ponto de singularidade do município de Maceió no contexto de baixos investimentos em saúde quando comparado a outras capitais.

6.2.3 Estrutura de poder setorial e a rotatividade dos secretários de saúde

O microcontexto político do setor saúde, revelado, principalmente, pelas entrevistas realizadas, foi marcado pela rotatividade dos secretários de saúde e pela dinâmica de uma estrutura de poder constituída pela base aliada do governo no poder legislativo e por grupos corporativos.

A escolha dos secretários de saúde é fundamental para o direcionamento da política de saúde do município, estabelece a direção da política, a forma de condução e a concepção de atenção primária que se implementará. A gestão de Rui Palmeira foi marcada pela troca de secretários de saúde, no período de 2013 a 2016 um total de quatro secretários ocupou a pasta.

A forma de escolha foi, segundo o próprio Rui Palmeira, com base em critérios pessoais e composições políticas (GALVÃO; DANTAS, 2012). Esses critérios de escolha são, exatamente, fragilidades da capacidade de governo identificadas em 15 municípios do país, tanto de pequeno, como de grande porte (BRANDAO; SCHERER, 2019).

Apesar disso, segundo alguns entrevistados, entrada do Prefeito Rui Palmeira, em 2013, desenhou um ambiente de expectativa quanto a uma gestão mais direcionada por técnicos do que pelo jogo político, especificamente no setor saúde. Ao mesmo tempo, a imagem da prática da gestão pública era tida como desgastante e de difícil execução devido à falta de autonomia do gestor e das interferências políticas que sabidamente acontece. Este último fato caracteriza a estrutura de poder que envolve a política de atenção primária à saúde em Maceió, evidenciada no estudo, e é conformada por políticos e grupos de pressão (KINGDOM, 2011).

A rotatividade dos secretários de saúde foi determinada pelos propósitos do governo, os métodos utilizados por cada um deles para conduzir a política de saúde e pelas tensões com a estrutura de poder setorial existente (TESTA, 1995). O quadro 5 compila o período de atuação de cada secretário de saúde, as características gerais de sua atuação, os propósitos do governo e as relações com a estrutura de poder setorial.

A não existência de um projeto de governo claro descrito sobre a política de saúde a ser adotada dificulta sua implementação (KERBAUY, 2002). Isso abre espaço para que a rotatividade dos secretários de saúde tenha ainda mais influência de aspectos políticos e permita maior variabilidade de propostas de políticas de atenção primária à saúde. A referida consequência dessa situação foi encontrada por Soares e Paim (2011) na análise da implementação da política de saúde bucal no município de Salvador.

O período do primeiro secretário de saúde se caracterizou pela centralidade da condução da política de saúde voltada para descentralização dos distritos sanitários e na aquisição de equipamentos, materiais e infraestrutura das unidades de saúde, recursos humanos. Destaca-se o Programa Maceió Mais Saúde que funcionou, também, como um *slogan* político-publicitário para afirmar que a saúde seria uma prioridade da gestão municipal frente ao cenário de abandono deixado pela gestão anterior. Essa agenda foi condicionada pelos aspectos já discutidos da herança da gestão anterior e da forte influência que as propostas defendidas durante a eleição tem na tomada de decisão (SANTOS et al., 2015).

Constituiu-se, então, um ambiente de cooperação e compromisso das equipes gestoras da saúde, confirmado por todos entrevistados que participaram desse período, o total de cinco. Todo processo se torna insustentável devido aos conflitos entre os interesses dos vereadores da base aliada do governo e as decisões do secretário de saúde, principalmente em torno do estabelecimento dos critérios técnicos para escolha dos gerentes de unidades básicas de saúde. Esse cenário demonstra a baixa governabilidade do secretário, um dos aspectos do triângulo de governo de Matus (1996) que são essenciais para o sucesso na implementação de políticas (CHAVES; VIEIRA-DA-SILVA. 2007; VILASBÔAS; PAIM, 2008).

Estes são indicações políticas de vereadores que tem determinado distrito sanitário como seu domínio político e são identificados como os atores invisíveis (KINGDOM, 2011) que, apesar de não serem atores sociais (TESTA, 1995), influenciam no sucesso da implementação da política de saúde a depender de sua capacidade técnica.

Quadro 5- Características, propósitos do governo e estrutura de poder por período de atuação dos secretários de saúde

	Período	Características gerais de sua atuação	Propósitos do governo	Relações com a estrutura de poder
1º Secretário	8 meses	Ambiente de cooperação e compromissos; Valorização do saber técnico; Organização da infraestrutura.	Diferenciação da gestão municipal anterior; Organização geral da infraestrutura dos serviços	Tensões com a base aliada do poder legislativo
2º Secretário	8 meses	Reorganização administrativa da secretaria; Relações público-privadas; Lei das Organizações Sociais e o fato “Carreta Saúde da Mulher”.	Acomodar interesses da estrutura de poder setorial; Reorganizar administrativamente a secretaria; Criar transição para secretário com maior poder técnico.	Acomodação dos interesses da estrutura de poder setorial: poder legislativo, corporações e atores privados.
3º Secretário	1 ano e 5 meses	Foco na organização da rede contratualizada; Projeto-piloto para reestruturar a atenção primária à saúde no município; Valorização técnica; Retomada de projetos interrompidos.	Solucionar os problemas da organização dos serviços; Necessidade de secretário com alto poder técnico e administrativo; Interesses eleitorais com a aproximação das eleições de 2016.	Conflitos com a base aliada do poder legislativo; Tensões com grupos corporativos.
4º Secretário	1 ano e 2 meses	Interrupção de projetos; Reorientação da forma de gerir e do conteúdo de políticas; Defesa do modelo tradicional de atenção primária.	Interesses eleitorais frente ao pleito de 2016; Acomodação dos interesses da base aliada do poder legislativo	Acomodação dos interesses da estrutura de poder setorial: poder legislativo

Fonte: O autor

O período do segundo secretário de saúde foi o mesmo do primeiro, contudo, com características muito distintas. Os propósitos do governo para acomodar os interesses da estrutura de poder setorial e construir uma transição para escolha de outro secretário com maior poder técnico determinaram essas características. Nesse período houve a interrupção dos projetos em curso, o foco na reorganização administrativa da secretaria de saúde e a evidentes relações público-privadas. Estas são exemplificadas pelo debate e aprovação da Lei Municipal das Organizações Sociais e a implementação da Carreta Saúde da Mulher, discutidos em tópico anterior.

O período do terceiro secretário é determinado pelos propósitos do governo em solucionar problemas dos serviços de saúde que exigem alto poder técnico, o que resulta na sua nomeação. As características desse período são de valorização da gestão técnica, organização da rede contratualizada de serviços de saúde e implementação de projeto-piloto para reestruturar o modelo de atenção primária à saúde no município.

São marcantes os diferentes flancos de tensionamento com a estrutura de poder setorial que se constituíram nesse período: a negação em dialogar com vereadores da base aliada em torno de temas clientelistas, a eliminação de gratificações irregulares existentes, a implantação de pontos eletrônicos, o estabelecimento de critérios técnicos para escolha dos gerentes de unidades de saúde, o fechamento de uma Maternidade e o ordenamento técnico dado para a oferta de consultas. Esse conjunto de ações conformou um cenário de significativos tensionamentos frente a interesses de vereadores e grupos corporativos, os chamados grupos de pressão (KINGDOM, 2011). Somado a esse conjunto os interesses eleitorais para as eleições de 2016, foram os fatores identificados como responsáveis pela exoneração do terceiro secretário e nomeação do quarto secretário de saúde.

O período do quarto secretário de saúde teve forte determinação dos propósitos de governo frente aos interesses eleitorais no pleito municipal de 2016, principalmente para acomodação da base aliada do poder legislativa que constitui a estrutura de poder setorial e conformação de alianças com forças políticas representadas pelo quarto secretário de saúde. O resultado dessa mudança foi a interrupção dos projetos de reorientação do modelo de atenção primária à saúde do município e fortalecimento da concepção de atenção primária tradicional. O que evidencia que a ausência de projeto de governo claro para a saúde somado aos interesses político-eleitorais foram determinantes para a rotatividade dos secretários e à mudança drástica de concepção de atenção primária à saúde. Isso foi considerado nas falas

dos entrevistados, onde há o destaque para a necessidade de se definir qual modelo de atenção Maceió deve adotar:

Coordenação/Técnico 1: Então, assim, eu acho que essa cobertura ainda vai ficar baixa por muito tempo até que venha alguém e defina. Acho que primeiro se definir o modelo de assistência, pra saber realmente qual o modelo de atenção básica que a gente quer pra Maceió.

6.2.4 Atenção primária: baixa cobertura, estagnação e entraves

A situação específica dos serviços de atenção primária em Maceió foi analisada observando seu histórico de cobertura populacional, realizando comparações com as demais capitais regionais nordestinas e descrevendo os tipos de serviços. Essa situação está inserida em todo contexto já discutido, que envolve as relações público-privadas, a crise política e econômica, os entraves jurídicos e financeiros, as relações federalistas, a indução de políticas pela União, a rotatividade de gestores e as disputas de concepções de modelo de atenção primária.

Maceió é constituído por um conjunto de serviços que compõe a atenção primária. Esse conjunto é formado pelas unidades da Estratégia de Saúde da Família, pelo modelo tradicional de atenção primária, por unidades mistas e por unidades de referência. São quatro tipos de formatos de unidades básicas de saúde (MACEIO, 2017b).

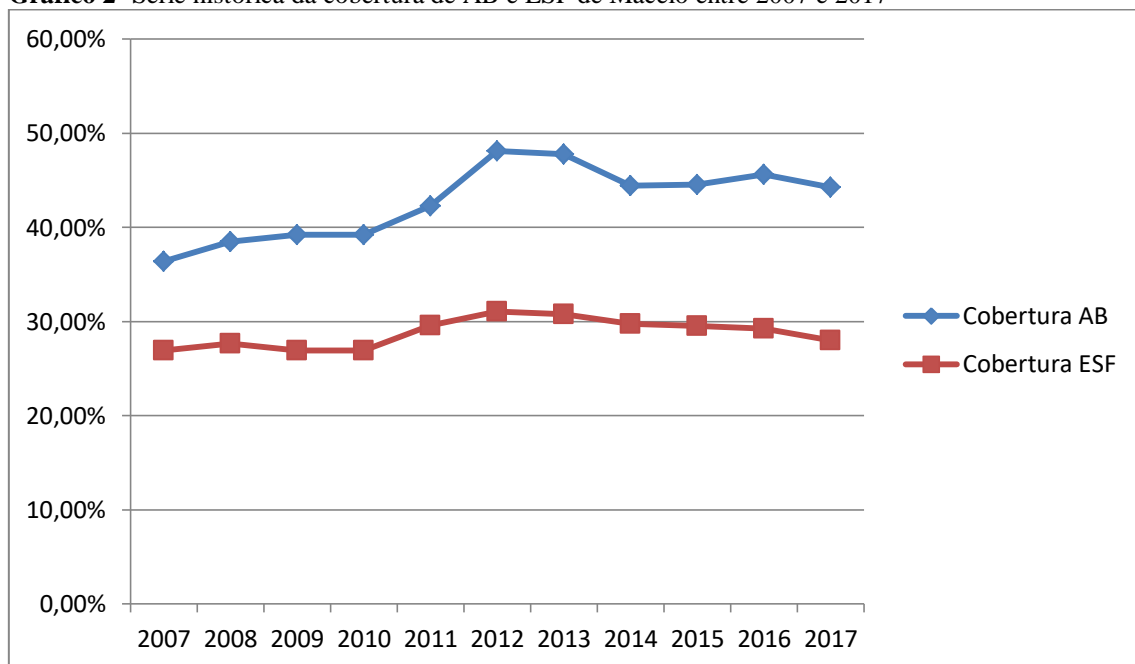
Cabe explicar o que são as unidades mistas e de referência. As primeiras são unidades em que possuem tanto equipes de saúde da família, como do modelo tradicional de atenção primária. As segundas são unidades que possuem, além das equipes de atenção primária, serviços de atenção especializada. Os quatro modelos de unidades básicas convivem na mesma rede de saúde municipal e possuem diferentes distribuições e coberturas no território municipal e distrital. A composição mista de serviços de atenção primária também é encontrada em outros municípios e estados do Brasil, alguns desses territórios foram lócus de pesquisa comparativa, que evidenciou a superioridade qualitativa da Estratégia de Saúde da Família (CASTRO et al., 2012; ELIAS et al, 2006; FACCHINI et al, 2006).

A cobertura da atenção primária em Maceió é uma das características que mais se destacam negativamente no setor. Num intervalo de 10 anos, de 2007 a 2017, a cobertura no município foi de 36,36% a 44,23%, com uma variação de apenas 7,87 pontos percentuais em uma década, inclusive num período em que as transferências governamentais aumentaram,

inclusive as referentes ao PAB Variável (MACHADO; LIMA; ANDRADE, 2014; MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018).

A situação é mais alarmante quando se observa a cobertura da Estratégia de Saúde da Família, que variou, nesse mesmo período, de 26,9% em 2007, passando por 31% em 2012 e reduzindo para 28% em 2017. Variação que permaneceu praticamente estável em termos proporcionais. O que se evidencia é a escolha pela expansão do modelo tradicional de atenção primária em saúde em detrimento da ESF, apesar da superioridade qualitativa deste último.

Gráfico 2- Série histórica da cobertura de AB e ESF de Maceió entre 2007 e 2017



Fonte: O autor a partir de Brasil (2018a).

As variáveis que interferem na cobertura são a população do território e o número de equipes implantadas. Em uma década, o número de equipes da Estratégia de Saúde da Família passou de 72, em 2007, para 83 em 2017, ou seja, um aumento final de 11 equipes para uma população em constante crescimento e envelhecimento. Por outro lado, o número de equipes de saúde da família equivalentes passou de 29 em 2007 para 55 em 2017, ou seja, aumento de 26 equipes equivalentes, que são, na verdade, formatos do modelo tradicional utilizados para calcular sua equivalência com a ESF.

Há, pois, a implantação maior de equipes nos formatos do modelo tradicional de atenção primária do que de Estratégia de Saúde da Família na última década. No período específico do estudo a situação da cobertura de atenção primária foi entre a estagnação e o retrocesso, segundo os dados coletados. Mesmo com o advento do concurso público de 2012 e

as contratações dele decorrentes o número de equipes de ESF não aumentou, mas teve o efeito inverso. Esse fenômeno de estagnação da ESF é observado no gráfico 1, enquanto há pequena expansão da AB tradicional, o que demonstra que é uma situação anterior ao período estudado.

Tabela 15- N° de equipes e cobertura da AB e ESF entre 2013-2017, Maceió-AL

	N° de equipes ESF	Cobertura ESF	N° de equipes equivalentes a ESF	Cobertura de Atenção primária
2013	85	30,76%	54,03	47,76%
2014	86	29,77%	48,65	44,41%
2015	86	29,51%	50,4	44,55%
2016	86	29,27%	55,2	45,60%
2017	83	28,03%	55,2	44,23%

Fonte: O autor a partir de Brasil (2018a)

Há, claramente, um cenário de estagnação do avanço da cobertura da Estratégia de Saúde da Família e da atenção primária de maneira geral em Maceió. Um quadro que se confirma tanto quando se observa os dados particulares da cidade, como quando os compara com as demais capitais regionais nordestinas. Maceió é a capital regional nordestina de menor cobertura de atenção primária e de estratégia de saúde da família, assim como, a que possui menor quantidade de equipes de saúde da família em, praticamente, todos os anos do período estudado.

Contudo, também se evidencia que a estagnação da expansão no número de equipes está presente nas demais capitais, com exceção de João Pessoa e Teresina. E, no caso das equipes de AB equivalentes, há tendência de redução/estagnação em todas as capitais no período estudado, com exceção de Aracaju.

Tabela 16- N° de equipes de ESF das capitais regionais nordestinas entre 2013 a 2017

	Maceió	Aracaju	João Pessoa	Natal	Teresina	São Luís
2013	85	137	175	114	228	103
2014	86	137	186	122	246	110
2015	86	137	188	117	251	110
2016	86	130	194	97	253	109
2017	83	123	192	77	249	110

Fonte: O autor a partir de Brasil (2018a)

Tabela 17- N° de equipes equivalentes a ESF das capitais regionais nordestinas entre 2013 a 2017

	Maceió	Aracaju	João Pessoa	Natal	Teresina	São Luís
2013	54,03	13,75	23,98	50,75	29,56	51,95
2014	48,65	11,25	26,06	58,45	30,5	50,41
2015	50,4	16,75	29,98	44,33	28,16	32,31
2016	55,2	17	29,76	46,16	23,33	35,45
2017	55,2	17,25	24,15	38,5	25,66	37,78

Fonte: O autor a partir de Brasil (2018a).

Tabela 18- Cobertura da atenção primária das capitais regionais nordestinas entre 2013 a 2017

	Maceió	Aracaju	João Pessoa	Natal	Teresina	São Luís
2013	47,76%	87,44%	91%	66,73%	100%	49,11%
2014	44,41%	82,40%	93,54%	69,82%	100%	50,23%
2015	44,55%	83,83%	94,60%	62,25%	100%	44,77%
2016	45,60%	78,83%	95,85%	54,39%	100%	44,92%
2017	44,23%	74%	91,66%	43,37%	100%	45,51%

Fonte: O autor a partir de Brasil (2018a).

Os dados apresentados demonstram o contexto da atenção primária em Maceió. A situação de estagnação não é uma singularidade da capital alagoana, mas uma tendência entre a maior parte das capitais regionais nordestinas. Conforme discutido anteriormente, sugere-se que há alguns condicionantes dessa situação como a crise econômica nacional e todas suas consequências, como a redução de transferências intergovernamentais na medida em que há profunda dependência de recursos por parte dos municípios e baixa capacidade de arrecadação fiscal para gerar receita própria (FUNCIA, 2017).

Também é sugestivo que os propósitos de cada governo sejam determinantes da estagnação ou retrocesso na medida em que a escolha por um modelo de atenção primária tradicional resulte nos baixos investimentos (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018). A preferência pela assistência ambulatorial e hospitalar é um fator que contribui para a estagnação da atenção primária. As mesmas capitais que mais destinam gastos para atenção primária, são as que menos destinam para assistência ambulatorial e hospitalar.

A questão crucial deste estudo é como Maceió, que, apesar de ter as piores condições socioeconômicas entre as capitais regionais nordestinas, possui significativas semelhanças estas quanto às variáveis de influência do cenário macroeconômica, das relações federalistas, da capacidade de arrecadação fiscal, no nível de investimento em saúde na proporção de transferências governamentais recebidas, tem a pior situação de cobertura de serviços de

atenção primária, principalmente quanto à ESF. Parte considerável das variáveis que interferem nas políticas de saúde são semelhantes entre as capitais regionais nordestinas, resta saber o que diferencia a situação da capital alagoana.

Das nove entrevistas realizadas, sete (desde secretário/adjunto aos técnicos efetivos e comissionados que assumiram coordenações em diferentes períodos) se referem ao Plano de Cargos e Salários dos profissionais da ESF como um nó crítico para expansão, referente à lei nº 5.241 de 07 de novembro de 2002 (MACEIO, 2002). As duas entrevistas restantes (representante do poder legislativo e de coordenação técnica) citaram a falta de prioridade por parte da gestão e os recursos escassos transferidos pela União para a capital alagoana.

Esse plano foi responsável por criar um importante entrave para expansão da cobertura da ESF em Maceió no contexto orçamentário em que se encontra e sob a regulação da lei de responsabilidade fiscal. A estruturação da carreira dos profissionais da saúde da família criou uma progressão salarial que inviabilizou a folha de pagamento frente à possibilidade de expandir as equipes.

Secretário/Adjunto 2: “Aconteceu uma coisa interessante [...] do ponto de vista de atrapalhar o processo. Numa determinada época [...] foi criado um Plano de Cargos e Carreiras lá na Municipal e nesse plano de cargos e carreiras fizeram de forma, de uma ascensão grande. [...] Um agente comunitário ganhando 6, 7 mil causou problemas para secretária de saúde. [...] Isso fez com que houvesse um bloqueio para abrir o concurso.”

Coordenação/Técnico 2: Porque Maceió teve uma anomalia muito grande. Foi uma questão política que acabou tendo um impacto financeiro, ela colocou, numa dessas negociações salariais, um patamar de salário muito alto, acima de qualquer lugar do Brasil pra Estratégia de Saúde da Família, pra agentes de saúde, entendeu? [...] Aí ficou mesmo inviabilizado, assim, do ponto de vista financeiro.

Além de ser um entrave para expansão da cobertura de ESF, o Plano de Cargos e Carreiras gerou consequências para a composição das equipes de saúde da família, para o seu processo de trabalho e para tendência em optar pela expansão através do modelo tradicional.

Coordenação/Técnico 2: : Por outro lado, muita gente fez concurso não porque gostaria de ser agente de saúde, mas porque o patamar salarial era bem... Então, são muitas pessoas desviadas de função [...] Aí isso tem muitas anomalias desse jeito.

Coordenação/Técnico 1: E aí, o que eles pensam em aumentar? Dentro do modelo tradicional. Porque ele diz que um médico do modelo tradicional atende mais que um médico do PSF, então eles acham que o PSF também produz menos, né, na concepção deles produz menos.

A lei de responsabilidade fiscal limita a utilização de gastos com pessoal em 60% da receita corrente líquida para os municípios, desse modo, o problema de desenvolvimento econômico e de capacidade de arrecadação fiscal de Maceió não compatibilizou a implementação do Plano de Cargos e Carreiras para os profissionais da ESF.

Ao verificar as informações dadas no relatório resumido de execução orçamentária de Maceió em 2017, encontra-se que 62% da receita corrente líquida é comprometida com as despesas empenhadas até o último bimestre. Isso demonstra que há um impeditivo de expansão de gastos com pessoal no Município (MACEIO, 2019a).

O nó crítico para expansão da Estratégia de Saúde da Família em Maceió decorre, principalmente, das consequências de um ato político-jurídico emanado em 2002 que instituiu um significativo impeditivo para expansão das equipes. Isso propicia formas de resoluções que priorizem o modelo tradicional da atenção primária, consideradas nas entrevistas. Ademais, todas as questões discutidas nos tópicos anteriores interagem para potencializar a estagnação da estratégia de saúde da família e opção pelo modelo tradicional.

6.3 Atores sociais: concepções, posições e poderes

Todos os atores sociais envolvidos estão inseridos na perspectiva multideterminada de construção das políticas sociais (BAPTISTA; MATTOS, 2015). A capacidade de incluir temas na agenda do Estado, de decidir efetivamente os rumos de uma política é o que caracteriza um ator social (TESTA, 1995). Essa capacidade é influenciada, dentre outros fatores, pela posição de um ator na hierarquia burocrática e pelo poder que acumula em relação seu posicionamento social.

Foi possível identificar os atores sociais referentes à política de atenção primária à saúde de Maceió, suas respectivas concepções de APS, posições em outros temas importantes e os poderes que acumulam setorialmente.

6.3.1 Prefeito e Secretaria de Governo

O ator social com maior poder de decisão na estrutura burocrática do Estado, em nível municipal, é o Prefeito, devido a sua legitimidade conquistada com o resultado das eleições.

Ele e sua Secretaria de Governo foram identificados como atores sociais, com grande

poder político. Esse poder decisório foi responsável por escolher os diferentes secretários de saúde no período estudado e conceder significativa autonomia de gestão a eles, ainda que não de forma plena. É o que Kerbauy (2002) afirma quando evidencia que o poder executivo (Prefeito) é o agente de maior peso na implementação de políticas públicas, devido à centralização decisória gerada pelas consequências da Lei de Responsabilidade Fiscal.

A secretaria de governo é a instância estratégica da prefeitura, onde decisões centrais, de orientação do governo são realizadas. Esse grupo se reunia mensalmente com os secretários de saúde. Havia decisões que eram de prioridade do Prefeito, e outras que dava autonomia às secretarias. Uma das prioridades do Prefeito foi a abertura das duas UPAS. Na atenção primária o que se priorizou foi construção de postos, reformas dos postos e sua equipagem.

Não houve posicionamento claro e enfático sobre modelos de atenção, contudo, a autonomia dada aos secretários de saúde e a escolha técnica até o 3º secretário de saúde do período permitiu que ações voltadas para reestruturação do modelo de atenção primária fossem levadas a cabo. Essa reestruturação terminou com o 4º secretário, escolhido sob circunstâncias específicas que acabou determinando os rumos da política de atenção primária. Detém os maiores recursos de poder político e seus propósitos são determinantes da forma como a secretaria de saúde irá funcionar e dos métodos utilizados para alcançar esses propósitos (TESTA, 1995), discutido anteriormente.

6.3.2 Primeiro secretário de saúde

O que se relata com unanimidade nas entrevistas que trouxeram conteúdo sobre o período do primeiro secretário de saúde é que sua concepção sobre a organização do SUS em Maceió não era de grande profundidade para um gestor da saúde pública. Entretanto, o posicionamento de dialogar e permitir que haja significativa autonomia pelos técnicos, coordenadores e diretores de áreas da saúde foi importante para construir um projeto para a saúde alinhado ao preconizado pela legislação e documentos oficiais do SUS.

Isso permitiu a formação de equipes gestoras das coordenações, como a de promoção da saúde e a Coordenação Geral dos Distritos Sanitários, com profissionais efetivos da secretaria de saúde e que defendem a concepção do SUS e da AB, de modo geral, como construído pelo movimento da reforma sanitária brasileira. No entanto, o tempo de

permanência do secretário foi curto para ser suficiente para implantar alterações mais marcantes e duradouras. Percebe-se, então, que os propósitos do secretário para construir o SUS em Maceió determinaram as formas de conduzir a gestão, de maneira participativa e democrática, e, conseqüentemente, determinou as mudanças na organização da secretaria de saúde (TESTA, 1995).

O poder de decisão do secretário estava, em parte, inerente ao cargo ocupado e ao período recente pós eleição que legitima, dar mais força de sustentação às ações realizadas. Apesar disso, há que se analisar os tipos de poderes envolvidos, o poder técnico, administrativo e político do secretário.

O poder técnico do primeiro secretário pode ser observado pela formação que teve e a experiência profissional percorrida até então, assim como, pelos relatos de sua atuação como secretário de saúde. O que se observa é uma formação técnica voltada para uma especialidade clínica e não para o campo da saúde pública/coletiva, o que se sugere baixo poder técnico. Isso se confirma nos relatos proferidos durante as entrevistas em que o secretário se portava com insegurança ao falar de temáticas do setor, como, por exemplo, diante da Câmara Municipal.

Coordenador/Técnico 2: Ele era um cara que não entendia muito da política de saúde (...). Eu não vi ele participar, por exemplo, na câmara quando a gente ia apresentar os relatórios e ele pedia para os técnicos opinarem muito, ele ia lá na frente muito meio que inseguro ainda do que ia dizer na câmara.

Diretor 1: E o doutor João Marcelo não tinha uma visão do SUS, (...), mas (...) ele era muito bom, assim, nisso, de acatar o que o técnico dizia.

Nesse sentido de escuta, valorização do técnico e autonomia das equipes, houve um contrabalanço do baixo poder técnico, permitindo que as decisões da política de saúde ganhassem o respaldo técnico através de sua equipe capacitada. A secretaria adjunta dessa época, por exemplo, foi ocupada por uma profissional de longa experiência na gestão da saúde pública e de construção do SUS no estado, o que contribuiu pra contrabalançar o baixo poder técnico do secretário. Os recursos de poder administrativo permitiram o acúmulo de poder técnico para as decisões na secretaria de saúde através do fortalecimento do poder de decisão da equipe formada.

A capacidade de liderança e gestão democrática da equipe e das decisões tomadas são características que influenciam no poder administrativo do secretário, a sua capacidade de

mobilizar recursos administrativos para alcançar resultados. Por outro lado, também é uma característica de sua atuação gestora a experiência acumulada e o conhecimento na administração privada, que é diferente da dinâmica da administração pública. Fato que, inclusive, gerou consequências judiciais para o secretário, que após sua exoneração foi acusado de improbidade administrativa pelo descumprimento de um TAC que versava sobre contratação de recursos humanos.

A capacidade de mobilizar atores políticos não foi uma característica do primeiro secretário. Além de não ser inserido em nenhum grupo político ou movimento social, a posição do secretário diante da dinâmica política que envolve os vereadores e o setor saúde não levou a sua sustentação no cargo, mas fragilizou. O baixo poder político do primeiro secretário construiu um ambiente de baixa governabilidade, o que levou à exoneração.

6.3.3 Segundo secretário de saúde

O segundo secretário de saúde não é de área de saúde e teve um perfil administrativo, não possuindo conhecimentos do setor saúde, do SUS. O poder técnico, desse modo, é muito baixo e não houve mecanismos para contrabalançar esse ponto negativo. Apesar de ter sido um gestor que escutava as posições e as propostas dos técnicos, para implementá-las, não construía espaços de constantes diálogos e desfez equipes formadas anteriormente, o que gerou as interrupções de projetos que estavam em curso. As equipes formadas não seguiam critérios técnicos para a saúde e cargos de coordenações foram ocupados por pessoas que não demonstravam compromisso com o serviço público, particularmente, com o SUS.

Sua atuação foi considerada normativa e focada na estrutura, construção de postos de saúde, recursos humanos, preocupação com a conexão dos investimentos, despesas e orçamento. Não fazia discussões sobre política de saúde, sobre modelos de atenção.

Coordenador/Técnico 2: Ele teve um perfil ainda mais administrativo do que João Marcelo. É isso que eu digo, João Marcelo ainda procurou entender, dialogar, Jaelson era administração pura, era um olhar muito. [...] O olhar dele era muito burocrático, pronto, administração no sentido normativo.

Esse relato, a formação e a experiência profissional do secretário mostra que seu poder de mobilizar recursos e organizá-los é alto, contudo, sem poder técnico suficiente, tampouco mecanismos de contrabalança-lo para executar ações necessárias para a saúde de Maceió,

especificamente para a atenção primária. O motivo de sua exoneração foi sugerido pela entrevista do representante do poder legislativo:

Vereador: O Jaelson não era do ramo, [...] acho que estava cobrindo um buraco. Na época tinha alguns projetos que ele estava procrastinando. [...] pressionamos para que os projetos saíssem e acho que isso deve ter influenciado sua saída.

Ademais, infere-se que os propósitos do governo municipal em demonstrar avanços nesse setor, primando por atores técnicos no início do mandato, foram determinantes para escolha de um novo gestor da pasta.

6.3.4 Terceiro secretário de saúde

O terceiro secretário de saúde foi um ator social de destaque nas entrevistas, no sentido de possuir poder técnico muito alto para as decisões e organização do SUS conforme preconizado pela legislação. Sua formação é da área da saúde e detém experiência de muitos anos na gestão pública da saúde, ocupando, mais de uma vez, cargos como secretária municipal, superintendente de atenção à saúde, de gestão e participação social, presidente do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Alagoas, por exemplo. O trecho a seguir representa o consenso encontrado nas entrevistas quanto ao poder técnico do terceiro secretário de saúde do período estudado:

Vereador: Aí veio ela, que era uma técnica boa. [...] Pra mim, Sylvana seria a melhor secretária, porque ela é técnica, competente.

Sua indicação pode ser vinculada à vontade política do prefeito em colocar na secretaria de saúde um profissional de *expertise* para realizar as propostas prometidas de reestruturação da saúde em Maceió. É observado nos resultados das entrevistas, que a nomeação da secretária foi pautada pelo respeito, confiança e autonomia para as decisões que a secretária viria a tomar. O poder de decisão da secretária foi significativo, no qual não houve interferência política do Prefeito, mas sim, seu respaldo.

Durante sua passagem na secretaria de saúde do município defendeu um modelo de atenção primária conforme preconizada por Brasil (2011c) e nas concepções oriundas do movimento sanitário brasileiro. Defendeu uma atenção primária coordenadora da rede de atenção, que funcione como a porta de entrada para o SUS e que não funcione aos moldes do atendimento ambulatorial.

Dentre os secretários desse período, foi considerada como uma profunda conhecedora do SUS e defensora de um sistema universal de qualidade. Apesar de que sua atuação não tenha sido relacionada, especificamente, a um recorte da política de saúde, como a atenção primária, foi a única secretária que dedicou esforços para viabilizar a reorientação do modelo de atenção primária vigente no município, com o projeto piloto do oitavo distrito sanitário.

Há, então, um poder técnico e administrativo muito alto da terceira secretária, devido a toda sua formação e experiência profissional, com feitos concretos e verificáveis. Isso permitiu a implantação e desenvolvimento de importantes propostas para a saúde, especificamente para a atenção primária. Além de sua capacidade técnica, a forma da gestão da secretária também teve como característica o diálogo e a autonomia das coordenações de área. A composição de muitas coordenações voltou a se constituir por técnicos efetivos da secretaria, no caso das equipes desfeitas pelo segundo secretário.

A gestão democrática e participativa, aliada à alta capacidade técnica e ao poder político concedido pelo prefeito foram características que alteraram, provisoriamente, os rumos da política de saúde em Maceió. Destaca-se o termo “provisório”, pois com a mudança do contexto político, com os desgastes políticos decorrentes das ações realizadas e da postura inflexível às barganhas políticas que envolviam a secretaria de saúde, a sustentação política da secretária de saúde se fragilizou e seu poder técnico e administrativo não foi suficiente para continuar a ocupar o cargo.

Vereador: Mas talvez, por tá exigindo, solicitando ou tendo sido mais segura na liberação de certas regalias, não tenha continuado.

6.3.5 Quarto secretário de saúde

O quarto secretário de saúde é nomeado num contexto singular, o mesmo que foi responsável pela exoneração da terceira secretária de saúde. Foi um contexto de proximidade do ano eleitoral, onde a articulação de forças políticas é necessária para garantir a vitória nas eleições. Nesse sentido, o secretário em questão detém características e capacidades políticas que o tornou ator chave para a disputa do prefeito nas eleições de 2016.

A secretaria de saúde é uma pasta estratégica tanto pelo volume de recursos que recebe, quanto pelo impacto do setor na vida das pessoas. A capilarização dos serviços de saúde no território e as relações de clientelismo que se constrói em torno das ações permitem

angariar eleitores. Isso é uma das circunstâncias em que a nomeação desse secretário ocorreu, fato que irá determinar os rumos da organização do setor e da política de atenção primária em Maceió.

O secretário não possui formação na área de saúde, é advogado, mas de longa trajetória e experiência dentro da política; foi deputado federal, vice-governador de Alagoas e presidente do partido Democratas (DEM). Também teve uma longa trajetória ocupando cargos da administração pública, o que lhe concedeu conhecimentos e experiência para atuar na secretaria de saúde. Não é um gestor da saúde pública, mas da administração pública de maneira geral, em que se preocupa com a eficiência e o uso racional dos recursos, sem profundos conhecimentos da organização sanitária.

Detém, por isso, poder político e administrativo muito alto, apesar do baixo poder técnico quando se exige conhecimentos específicos da saúde pública/coletiva. Para este último, montou-se uma equipe de gestores com formação na área da saúde, como a secretaria adjunta. A concepção central que marca sua gestão é a de saúde pública, ou de SUS, para atender a população dita “mais carente” de modo simples: acesso ao atendimento médico e a medicamentos. No seu discurso de posse deixa claro essa concepção e enfatiza o financiamento como problema do SUS:

Quarto secretário de saúde: A secretaria precisa intensificar as ações voltadas para os mais carentes, que são os que mais precisam. A grande demanda é a falta de medicamento, a falta de médico. Eu acho que aí é o enfoque, né? Não é nada de outro mundo, não (PREFEITURA DE MACEIÓ, 2015).

A mesma concepção se estende para o modelo de atenção primária. Quer que as unidades de saúde funcionem, dando acesso a médicos e medicamentos, dentro do modelo tradicional. Alinhada a essa concepção e posicionamento quanto à AB, a secretária adjunta também prefere o modelo tradicional ao invés da ESF.

Coordenador/Técnico 1: Porque essa atual gestão, a secretária adjunta, ela disse que desde que ela já foi diretora, no passado, (...) ela não gosta desse PSF, ela não gosta da metodologia, ela acha melhor o outro, entende? A forma mais curativa.

Sua forma de trabalhar é mais centralizadora que os secretários anteriores. Construiu uma organização que permitisse melhor composição política da equipe gestora de confiança. O diálogo maior se dava com a secretaria adjunta, os *staffs*, diretorias e assessores, sendo mais

fechado com os técnicos de maneira geral. Prezava pela eficiência e pelos mecanismos de controle, sejam financeiros, sejam de desempenho ou realização de ações dos profissionais ou prestadores de serviços.

Uma importante característica é seu alto poder e influência política, tem entrada nos espaços políticos do âmbito local ao federal. Muitos recursos foram conseguidos para as ações de saúde do município devido a esse fator, mesmo num contexto de contingenciamento de gastos.

Coordenador/Técnico 2: [...] é um dos secretários mais influentes do Brasil, ele consegue recurso que ninguém no Brasil consegue, pela influência que ele já teve, porque ele é um político muito antigo, né, passou pela câmara e conhece muita gente. Então, ele tem trazido recurso pra Alagoas, pra Maceió particularmente, pra Maceió, pra essa área de UPA, pra essa área de construção, inclusive, que ninguém consegue.

6.3.6 Secretários Municipais Adjuntos

Os secretários adjuntos, já discutidos anteriormente, também cumprem papel importante nas decisões. Ao longo do período do estudo, as posições, concepções e capacidades dos secretários adjuntos alteraram. A secretária adjunta do primeiro secretário de saúde detinha poder técnico e administrativo alto devido a sua formação e experiência na administração pública no setor saúde. A concepção sobre SUS é alinhada ao movimento da reforma sanitária, logo, de defesa do que é preconizado na legislação, nos modelos de atenção integral como ESF. Por ser uma posição de confiança do secretário e pelo mesmo atuar sob a luz da gestão democrática e participativa, a secretária adjunta possuía significativo poder de decisão.

Não foram encontrados dados suficientes sobre a atuação da secretaria adjunta do segundo secretário de saúde. A terceira secretária de saúde e seu respectivo secretário adjunto possuíam todo perfil, posicionamento e concepção alinhados, o que fortaleceu o projeto que estava sendo desenhado. Da mesma forma, o quarto secretário de saúde e sua respectiva secretária adjunta estavam alinhados na concepção e posicionamentos sobre atenção primária, potencializando as decisões e as propostas para saúde.

6.3.7 Diretores e coordenadores de grandes subsetores

O terceiro escalão da burocracia setorial, composto pelas grandes diretorias, como a Diretoria de Atenção à Saúde e algumas que tiveram status semelhante em determinados períodos, como a Coordenação Geral dos Distritos Sanitários, detém relativo poder de decisão. Na hierarquia político administrativa, tem poder político menor que a alta cúpula da gestão municipal e dos secretários de saúde, mas maior que outras coordenações de área e técnicos de maneira geral.

Ao longo do período estudado, essas posições foram ocupadas por atores com extensa formação e experiência na área da saúde pública, seja no âmbito da gestão, atenção, ensino, controle social ou todos eles. Detinham, pois, capacidade de decisões técnicas, de manejo e produção de conhecimentos que servissem para a intervenção.

Ao longo do período estudado, a capacidade de inclusão de temas na agenda da política de saúde, por esses atores, variou com as concepções, posições e a distribuição de poderes dos secretários de saúde, dentro de todo contexto discutido.

O grupo coeso, de técnicos efetivos, que compunham a coordenação de planejamento da secretaria de saúde de 2013 a 2015 foi responsável por garantir determinadas ações no Plano Municipal de Saúde. Esse grupo tem a concepção de que a questão de AB e ESF é complexa em Maceió, mas que a ESF é o melhor modelo desse nível de atenção. Para além da ESF, defendiam o fortalecimento da Atenção primária, o que garantiu esse enfoque, na perspectiva da integralidade, no PMS 2014-2017, quando a estrutura administrativa ainda estava se reestruturando e com menos influência política do que posteriormente, em 2016.

Coordenador/Técnico 2: Olhe, na época, porque é assim, quem trabalha no planejamento tem uma concepção, porque é um grupo muito homogêneo, assim, de pensar a política de saúde, né, tem um grupo comprometido com o SUS mesmo. Então, assim, quem conduziu mesmo pra que já fosse essa prioridade, já saiu definindo as diretrizes quando foi discutir com as equipes gestoras, então, a gente teve uma participação muito efetiva da equipe técnica na época, né, de quem tava conduzindo a atenção básica.

Outro exemplo de decisão sobre os rumos da política foi a construção e execução do Projeto Piloto do 8º Distrito Sanitário, conduzindo o início da reestruturação do modelo de atenção primária no município, que ganhou espaço dentro da gestão da terceira secretária de

saúde. Contudo, esse poder de decisão é relativo a depender das concepções e posições do secretário de saúde e da proposta de governo.

A primeira condição é exemplificada pela interrupção do projeto piloto do 8º distrito sanitário com a chegada do quarto secretário de saúde, pelo fato de não considerar necessário, conforme já discutido. A segunda condição é exemplificada pelo caso da Carreta Saúde Cidadã, Saúde da Mulher, onde, apesar dos pareceres técnicos contrários das Diretorias, houve contratação desse equipamento.

Desse modo, as possibilidades de inclusão de temas na agenda do estado pelo 3º escalão da burocracia setorial variam com o contexto e com as características dos atores sociais de maior poder de decisão, quanto à distribuição de poderes no setor.

6.3.8 Escalões inferiores da burocracia estatal: os atores invisíveis

O quarto escalão da burocracia setorial é constituído pelas demais coordenações de área. Elas têm as características mais técnicas que os escalões anteriores, ou melhor, com menos peso nas decisões políticas. Desse modo, enquanto atores sociais, sua atuação é mais limitada que o terceiro escalão da burocracia, sendo observado maior poder de decisão nos períodos em que havia uma postura de liderança mais democrática e dialógica por parte dos secretários de saúde. Também se observou maior possibilidade de decisões sobre a política de atenção primária quando a estrutura político-administrativa ainda estava desorganizada, o que coincidiu com posturas de maior diálogo vindas do segundo escalão da burocracia.

O quinto escalão não é composto por atores sociais, pois não tem poder suficiente para incluir temas na agenda do Estado. Fazem parte dele as gerências de unidades básicas de saúde. No contexto analisado, os sujeitos que ocupam esses cargos são indicações políticas de vereadores da base aliado do poder executivo municipal. Esse fator acaba influenciando a condução e funcionamento da atenção primária a depender de sua formação, capacidade técnica e administrativa.

Há gerentes que tem formação na área da saúde, mas há outros que não. As entrevistas revelam que não há oposições aos projetos e ações propostos para organização da AB, geralmente há interesse, por parte deles, de que as unidades de saúde funcionassem bem e fossem estruturadas adequadamente. Contudo, é fato que gestores com adequada capacidade

técnica, administrativa e concepção de fortalecimento do SUS contribuiriam para o sucesso da política de AB em Maceió. A contribuição dada por esses sujeitos seriam necessárias para organizar o processo de trabalho das equipes de ESF e AB das unidades, mas a rotatividade determinada por interesses políticos de vereadores impede que isso seja levado a cabo.

Desse modo, apesar desse escalão ser composto por sujeitos que não tem poder suficiente para decisões sobre a política de atenção primária, posiciona-se como ator estratégico na implementação dessa política e os fatores que os envolve contribui para explicar problemas micropolíticos nas unidades básicas de saúde.

O sexto escalão da burocracia da secretaria de saúde é composta pelos técnicos de maneira geral, aqueles que não tem ocupado posições de coordenação, chefia, direção ou qualquer liderança além de suas atribuições técnicas. Sua capacidade de incluir temas na agenda do Estado é muito pequena, devido ao baixo poder político e administrativo, contando, em grau variável no quadro técnico geral, com seu poder técnico para convencimento dos que tem a capacidade de decidir sobre as políticas.

A situação que potencializa o poder de decisão dos técnicos é o processo em que a política é formulada e implementada. Por isso, as características que envolvem o processo de decisão nos escalões superiores, os que têm mais poder de decisão, são fundamentais para incluir os técnicos. Isso foi observado entre os anos de 2013 e 2015, quando a estrutura político-administrativa da secretaria ainda estava flexível e em construção, ademais, pelas características de gestão participativa que caracterizou o primeiro e a terceira secretária de saúde. A partir do quarto secretário de saúde, esse potencial foi reduzido.

A maior ou menor participação dos técnicos na decisão das políticas, particularmente, da atenção primária, influencia nos direcionamentos a serem dados. O grupo de técnicos efetivos da secretaria municipal de saúde, de maneira geral e segundo as entrevistas, é formado por sujeitos que concebem a atenção primária como o nível de atenção prioritário e que sua expansão deve ser realizada através de contratações públicas. O posicionamento sobre o modelo de atenção a ser optado, idealmente, desemboca na escolha da ESF e não no modelo tradicional de AB. Contudo, há críticas desse grupo sobre a atual situação da ESF em Maceió, que será melhor discutida posteriormente.

6.3.9 Base aliada do governo no poder legislativo

Um ator social de destaque se refere ao poder legislativo, materializado na Câmara dos Vereadores, sobretudo, na base aliada do grupo político que estava ocupando o poder executivo de Maceió. Como representa um dos três poderes que constituem o Estado e pelas suas atribuições de fiscalizar, legislar e aprovar o orçamento vindo do poder executivo esse ator social possui poder de decisão e influência muito alto.

A avaliação das concepções sobre saúde que compunham a totalidade da Câmara dos Vereadores pode ser objeto de outro estudo, mas este se limitou a verificar algumas ações práticas através dos documentos e entrevistas. Uma delas foi a aprovação da lei da Organizações Sociais, já discutida anteriormente, na qual não foi unânime e houve parlamentares que se opuseram. Essa lei foi uma necessidade vinda do poder executivo e que encontrou suficiente apoio no poder legislativo para ser aprovada.

Na atenção primária, a maior influência sobre a implementação da política foi na indicação dos gerentes de unidades básicas de saúde. Cada vereador da base aliada tem loteado um distrito sanitário que serve de sua influência política. Este mesmo grupo foi responsável por se opor a secretários que propuseram estabelecer critérios técnicos para ocupação do cargo de gerência de UBS, dificultando o controle político das UBS dos diferentes distritos. As entrevistas indicam que esse ator social teve influência na fragilização política dos secretários de saúde, no qual a rotatividade determinou os rumos da política de atenção primária em Maceió

Diretor 1: Na realidade, ele não tem poder de decisão lá dentro. O que é que ele tem? A indicação da direção da unidade de saúde, então, é meio que loteada, vamos dizer, é a área daquele vereador, e aí as diretorias daquele posto é dele, ele indica pessoa.

Coordenador/Técnico 1: (...) Porque a maioria desses vereadores que fazem a indicação, são os vereadores de base de sustentação, né? Loteamento é o seguinte, por exemplo, unidade de tal bairro é de vereador X, Y; programa tal é pra vereador X, entendeu? E aí, dentro disso daí ele indica tanto os cargos comissionados, quanto eles colocam as pessoas sem concurso público.

Coordenador/Técnico 2: Cada um aqui em Maceió, cada unidade dessas tem o controle de um vereador, cada vereador manda numa unidade de saúde ou manda naquele território em mais de uma unidade de saúde. Então, você tem, de fato, gerentes que são todos indicados pelos políticos.

Secretário/adjunto 2: Uma unidade com uma ingerência política muito grande de um vereador. [...] Esses mandam e são uma influência difícil.

Os relatos acima mostram o poder de interferência dos vereadores na organização e escolha de recursos humanos para atuar na gestão da saúde, tanto com cargos comissionados dentro das coordenações de área, como gerências das unidades básicas de saúde. Isso repercute na implementação da política de atenção primária, devido a alguns aspectos: formação técnica inadequada para o cargo, baixa autonomia e poder de reivindicação para mudanças, condições precárias de trabalho e deficiências no processo de trabalho que deixam de ser sanadas.

6.3.10 Instâncias de controle social

O Conselho Municipal de Saúde é um ator social, enquanto instituição, complexo, devido a sua composição diversa em pessoas, interesses, representações e concepções, que também pode ser objeto de um estudo a parte. No presente estudo, houve uma importante limitação na análise desse ator social pelo fato de não ter logrado realizar entrevistas com seus representantes. As informações aqui consideradas foram de concepções e experiências de outros atores sociais sobre o Conselho Municipal de Saúde.

Durante a construção do PMS 2014-2017 a postura do Conselho Municipal de Saúde foi de ter a atenção primária como prioridade na política de saúde.

Coordenador/Técnico 2: Então, teve uma grande mobilização mesmo do pessoal da equipe técnica, teve também, uma coisa que acho muito positiva assim, uma definição do Conselho Municipal. O Conselho Municipal teve uma fala, em todas as oficinas, quando eram as oficinas com a população, que a prioridade devia ser a atenção básica.

Por outro lado, percebe-se que a dinâmica política peculiar, no sentido de alinhamentos políticos a determinados secretários de saúde ou à gestão municipal, de maneira geral. A complexidade da composição dessa instituição reverberou nas suas ações e posturas diante do processo de decisão dentro da política de saúde, principalmente referentes à destinação de verbas.

Coordenador/Técnico 2: E a gente tem um agravante aqui, que é a relação do conselho com as gestões. O conselho sempre foi muito alinhando às gestões da secretaria (...). A única gestão que ele se colocou como oposição foi a de Sylvana. Não é emblemático? Oposição mesmo. Os únicos relatórios de gestão reprovados foram os da gestão da Sylvana. E por que? Porque ela não cedia às pressões, ela não cedia, porque era um conselho assim que, tipo, as pessoas precisam das coisas e eles

recebem recursos, eles recebem recursos para além do que está padronizado na lei, entendeu?

A postura política do Conselho Municipal de Saúde é percebida em todas as entrevistas com atores que compreendem a atuação dessa instituição e que acompanharam sua atuação. É o exemplo do seguinte trecho de mais uma entrevista, quando perguntado se o conselho municipal participa das decisões da secretaria de saúde:

Coordenador/Técnico 3: Sim. Agora é muito política. (...) Ele acompanha a questão do PMAQ, toda essa área da atenção básica, os recursos, (...) toda essa parte. Mas, assim, de uma forma ainda não muito integrada. Então, assim, acompanhar só por acompanhar, mas a gente tem que acompanhar e conduzir isso integrado.

O lócus das reuniões do Conselho Municipal de Saúde e da Conferência Municipal de Saúde também foi importante nas decisões a serem tomadas pelos secretários de saúde e nos debates levantados. Outros entrevistados relatam que decisões sobre a contratação das UPA's através de Organizações Sociais, sobre o cancelamento da folha de pagamento paralela na época da terceira secretária de saúde e o debate sobre a expansão da cobertura da atenção primária foram levados para esses espaços.

Apesar de citada no parágrafo anterior, a Conferência Municipal de Saúde não foi citada nas entrevistas como espaço decisivo para a política de saúde em Maceió. O motivo também pode estar no fato de que a fala sobre esse espaço não tenha sido estimulada no questionário semiestruturado aplicado. Contudo, não foi algo que surgiu espontaneamente como outros temas aqui presentes.

6.3.11 Grupos de pressão

Os atores sociais que compõe organizações da sociedade civil são de identificação e detalhamento mais complexo, o que exigiria um estudo a parte. No entanto, foi possível observar as interferências proferidas por diferentes organizações nas ações e decisões dos secretários municipais de saúde. Também foi possível observar quais não podem ser consideradas como atores sociais.

Movimentos sociais, como o Fórum em Defesa do SUS e contra a privatização da saúde, atuaram nesse período, porém, não foi constatado nenhum poder de decisão por parte deles. O episódio que surgiu como exemplo tanto nas reportagens e documentos, como nas

entrevistas, foi o ato de mobilização contra a aprovação da lei municipal das organizações sociais. Apesar da mobilização e do posicionamento contrário, houve pouca repercussão no processo de decisão na Câmara dos Vereadores.

Já organizações como sindicatos e outros grupos corporativos de categorias específicas possuíam poder de interferência política maior, no sentido de conseguir desgastar o trabalho de secretários de saúde e sua equipe gestora. O exemplo disso foram os episódios de eliminação da gratificação irregular que era direcionada aos trabalhadores da atenção primária e a implantação de pontos eletrônicos.

O que pode ser considerado como ator social nesse tópico são as empresas prestadoras de serviço. Segunda as entrevistas, elas têm influência política muito forte no sistema de saúde. No período estudado, elas passaram a ser cada vez mais controladas e auditadas pelo poder público, situações de avanço observadas desde o primeiro secretário de saúde, contudo, foram evidenciadas situações e observados relatos do poder de decisão exercido por elas, que será discutido no tópico das relações entre público e privado.

6.4 Política Municipal de Atenção primária: ações e omissões

A análise do conteúdo da política de atenção primária foi realizada tanto a partir dos documentos formais, quanto das ações realizadas contidas nos relatórios de gestão, citadas nos jornais e nas entrevistas com os atores sociais. Para essa análise é fundamental observar os problemas que foram considerados no âmbito da atenção primária, as alternativas utilizadas e a coerência entre ambos.

A política de atenção primária em Maceió esteve inserida no projeto maior para o setor saúde. De início foi lançado o Programa Maceió Mais Saúde com o objetivo de estruturar a rede de atenção a partir da infraestrutura adequada das unidades de saúde, do fornecimento de medicamentos e outros insumos necessários, da redistribuição e contratação de recursos humanos. Ao mesmo tempo, foi necessário reorganizar os serviços para efetivar o processo de referência e contra referência, realizar contratos com os prestadores de serviços especializados, estabelecer medidas de controle dos contratos e implantar a descentralização dos distritos sanitários.

Diretor 2: Basicamente seria isso, (...) estruturar a unidade básica, de ter uma referência no próprio distrito, pra unidade ser a unidade de referência, e estruturar o PAM Salgadinho, reestruturar, pra que ele voltasse a ser uma unidade de média complexidade. Então, o desenho era esse.

Secretário/Adjunto 1: E lá, esse período que a gente passou, não foi um período que pode dizer assim “nós nos dedicamos a uma política específica, tipo a atenção básica”, porque a gente chegou num momento de Maceió, que era um momento meio que conflitante na questão de levantar situações muito mais organizacionais. (...) Só pra você entender a questão, (...) a gente chegou numa situação muito difícil nessa questão de financiamento e a gente foi refazer contratualizações da rede de média e de alta complexidade, então isso demandou muito tempo, muita energia.

Apesar do contexto turbulento, a forma que a secretaria de saúde foi conduzida nas primeiras gestões, especificamente a do primeiro e da terceira secretária de saúde, permitiu que as equipes formadas desenhassem e implementassem uma política de atenção primária com vistas a reestruturar o modelo de atenção. Um dos primeiros passos foi a reorganização do organograma, com o intuito de criar a coordenação de atenção primária e unificar a gestão de todos os modelos de equipes de AB no município.

Coordenador/Técnico 1: Ela queria estruturar a atenção básica em Maceió. Porque, na verdade, dentro dessa perspectiva do organograma, não tinha coordenação de atenção básica em Maceió. (...) A gente tinha uma coordenação do programa saúde da família, que era a coordenação do PSF. (...) Qual era a dificuldade por não ter uma coordenação de atenção básica? Tudo era voltado pra Estratégia de Saúde da Família, e as outras unidades meio que, dependendo do caso, era resolvido ou pelo coordenador do distrito ou pela diretoria de atenção à saúde, que era o DAS. Então, eles ficavam meio que perdidos. E aí, com a coordenação de atenção básica, a gente chamou pra roda também outras unidades.

Outra ação que caracteriza o primeiro momento da política de atenção primária em Maceió é a construção e implementação do Projeto Piloto do Oitavo Distrito Sanitário. Foi um projeto construído por uma equipe de profissionais efetivos da secretaria de saúde e que foi possibilitado, tanto a construção, como a execução pela forma de gestão dos secretários de saúde que estavam responsáveis no momento, com exceção do segundo secretário de saúde. Partiu-se do diagnóstico dos DS e foi proposto um projeto piloto que servisse de exemplo para reestruturar o modelo de atenção primária no município, que se tornou prioritário num dado momento.

Diretor 1: E aí, a gente montou um projeto piloto de um distrito sanitário, então a gente pegou o oitavo distrito, era o distrito que a gente tinha a maior cobertura de estratégia de saúde da família. A gente já tinha iniciado a implantação do projeto do oitavo distrito, com as oficinas, realizado várias oficinas, aí tinha oficina de organograma, de organograma, de reconhecimento de território... como se a gente tivesse começando do zero, que tinha se perdido isso tudo.

Testa (1995) denomina de programas de abertura aqueles que tem o objetivo de mobilizar outros atores, ainda que sem modificar sua ideologia, para viabilizar programas de avanço. O projeto piloto do oitavo distrito foi um programa de abertura, com o objetivo de utilizar o poder técnico para, ao longo do tempo, acumular poder político para ter mais força de decisão sobre as mudanças necessárias de acordo com a concepção de atenção primária que é defendida nesse projeto. Em torno desse projeto piloto do oitavo distrito, preparava-se toda estruturação da atenção primária tendo como referência o território, considerando como central o atributo da competência cultural na APS (STARFIELD, 2002).

Houve um propósito claro do terceiro secretário de saúde em conduzir sua gestão através de informações epidemiológicas, estruturação de sistemas de informações e planejamento estratégico, em detrimento das motivações políticas.

Com a mudança de gestão da secretaria de saúde, da terceira para o quarto secretário de saúde de Maceió, houve significativas mudanças nos rumos da política de atenção primária. Algumas ações nucleares permaneceram por ser de maior visibilidade e abarcar os propósitos mais gerais do governo municipal, como a construção e reformas de unidades de saúde, o fornecimento de medicamentos e insumos básicos e a contratação de recursos humanos, incluindo a implantação de novas equipes NASF.

Contudo, dois eixos de ações que caracterizavam a política de AB do primeiro momento da gestão municipal foram interrompidos e substituídos para concepções opostas. O primeiro eixo é mais geral, mas repercute na AB, que é a descentralização dos distritos sanitários. Este processo, que era defendido tanto pelo projeto do primeiro, como da terceira secretária de saúde não teve continuidade a partir do quarto secretário de saúde, permanecendo e aprofundando a centralização dos DS em Maceió.

O segundo eixo de mudança se concretizou com a interrupção do Projeto Piloto do Oitavo Distrito Sanitário. Houve um posicionamento claro do quarto secretário de saúde em que esse projeto não seria necessário e que o foco da política seria garantir o fornecimento de medicamentos e de acesso ao atendimento médico à população mais pobre. A reestruturação do modelo de atenção primária que estava sendo levada a cabo na gestão anterior não apenas foi considerada como não prioritária, mas como desnecessária. Somado a isso, as declarações, já citadas e discutidas anteriormente, do quarto secretário de saúde e sua secretária adjunta

demonstram a adoção do modelo tradicional de atenção primária e a noção de atenção primitiva (TESTA, 1992) para a política de atenção primária em Maceió.

Em síntese, a política de atenção primária em Maceió passou por duas configurações gerais no período estudado. A primeira considerou a necessidade de reorientar o modelo de atenção a partir das necessidades do território, da competência cultural da equipe e tendo como base a organização através do planejamento estratégico situacional. A segunda marca uma posição de distanciamento do modelo de atenção da ESF e se aproxima do modelo tradicional de saúde, enquanto concepção a se implementada, voltada mais para a população mais pobre, segundo a declaração do quarto secretário, discutido anteriormente. Perpassando as duas configurações, esteve presente o foco em adequar a infraestrutura das unidades básicas e garantir o fornecimento dos insumos necessários.

As variações do conteúdo revelam as disputas de modelos de atenção primária, intensificadas no período estudado. O processo de reformulação da PNAB (BRASIL, 2017) fragilizou o modelo da Estratégia de Saúde da Família e, dentro do contexto nacional de ascensão de Nova Direita e das políticas de austeridade fiscal, fortaleceu a opção pelo modelo tradicional de AB em Maceió. O contexto financeiro, a falta de projeto claro do governo para o modelo de atenção à saúde, os interesses da estrutura de poder setorial, a necessidade de formar uma coalizão eleitoral e o entrave jurídico-político-financeiro da expansão da ESF completaram o ambiente fértil para que o modelo de atenção primária tradicional fosse priorizado na capital alagoana.

6.5 Processo

A categoria processo foi analisada levando em consideração, por um lado, a organização da secretaria municipal de saúde nos aspectos de sua funcionalidade, adaptabilidade e labilidade organizacional. Por outro lado, foi discutido os mecanismos de gestão e planejamento na secretaria de saúde.

6.5.1 Organização

A estrutura administrativa da SMS no período estudado foi herdada de gestões anteriores e teve como características principais a centralização da gestão dos distritos sanitários e a falta de coordenações institucionalizadas. As informações dadas pelos técnicos

efetivos, que passaram por diferentes gestões municipais, indicam que do início da década de 1990 até o início de 2000 a gestão dos distritos sanitários era descentralizada em Maceió. Esta forma de organização foi considerada positiva por conseguir resolver a maioria dos problemas *in loco* e deixando para a secretaria apenas os problemas de maior gravidade. Contudo, durante o mandato do ex-prefeito Cícero Almeida houve um processo de centralização.

Coordenador/Técnico 3: Já existia o gerente de distrito sanitário com uma equipe na época. A gente tinha reunião mensal onde a gente discutia os problemas e tentava resolver entre aquele território mesmo. Eu só trazia pra sede o que fosse de grande extremidade e nós tínhamos a resolutividade dentro do território, o distrito era descentralizado nesse período. Aí depois ele voltou a ser centralizado na sede, hoje ainda está centralizado.

Outra característica da estrutura organizativa herdada está relacionada às coordenações de áreas. Muitas delas não existiam, assim como, a coordenação de atenção primária. Em 2012, a estrutura administrativa da atenção primária só contava com a Coordenação da Estratégia de Saúde da Família, que não incluía a coordenação das equipes do modelo tradicional, mas apenas as equipes de saúde da família. As situações e processos referentes aos outros serviços de atenção primária, como as unidades de referência ou unidades do modelo tradicional, a depender do caso, eram resolvidos ou pela coordenação de distritos sanitários ou pela Diretoria de Atenção à Saúde ou outra coordenação. Isso gerava confusões sobre as formas de proceder na gestão.

Coordenador/Técnico 1: Então, qual era a dificuldade por não ter uma coordenação de atenção básica? Tudo era voltado pra Estratégia de Saúde da Família, e as outras unidades meio que, dependendo do caso, era resolvido ou pelo coordenador do distrito ou pela diretoria de atenção à saúde, que era o DAS. Então, eles ficavam meio que perdidos.

Essas coordenações que não existiam oficialmente no organograma eram lideradas por técnicos que se dispusessem a coordená-las, recebendo uma gratificação por isso. Esta fazia parte de uma folha de pagamento paralela, algo que desordena o controle dos recursos humanos.

Diretor 1: A gente não tinha coordenação de Nasf, de Atenção Básica, de criança e do adolescente, enfim, ninguém. Agora o que era que tinha na época de Cícero Almeida: essa folha suplementar que era a folha SUS, ele dava tipo uma gratificação pra o técnico assumir a coordenação sem o título, entendeu? E aí, com a mudança de gestão, foi cortada essa folha.

A folha foi eliminada após a chegada de Rui Palmeira na prefeitura, fato que causou uma resistência dos técnicos em assumirem as coordenações. Algumas coordenações ficaram sem pessoas responsáveis por conduzi-las, só sendo normalizado com a chegada da 3ª secretária de saúde, que iniciou a institucionalização das coordenações.

No período estudado, principalmente entre 2013 e 2014, houve intensa rotatividade de cargos políticos e técnicos dentro da gestão. Primeiro, a mudança de secretários de saúde, que causava desgaste entre os técnicos efetivos e certa apreensão quanto à orientação de trabalho que teria em relação ao SUS. Segundo, e como consequência do primeiro, alterações dos quadros técnicos não efetivos nas diferentes coordenações, ou seja, mudança de equipes de acordo com interesses do secretário em vigência.

Isso demonstra a alta labilidade organizacional na SMS, sua estrutura era flexível e não havia um organograma estruturado. As constantes mudanças de secretário de saúde impactaram toda dinâmica da gestão do setor, pois a cada novo gestor novas composições das equipes das coordenações eram feitas, processos eram interrompidos, novos projetos e ações eram postos em curso. A criação do organograma estabilizou mais essa labilidade, contudo, seu resultado final foi visto como centralizador das decisões.

Outra característica da organização da SMS se refere a sua receptividade a mudanças no direcionamento dos processos de trabalho, ou seja, a sua adaptabilidade. As constantes mudanças geravam frustração nos técnicos da secretária, pois vários projetos em curso eram interrompidos, devido às diferentes visões sobre atenção primária que cada secretário novo tinha.

A mudança entre os secretários de saúde causaram impacto distintos a depender do seu perfil. No caso do primeiro e terceiro secretário de saúde, grande parte dos técnicos recebeu de forma positiva, pois ambos trabalhavam em equipe e construíram um canal de diálogo com dentro da organização. A terceira secretária de saúde, por exemplo, não foi recebida com tanta resistência devido ao conhecimento que se tinha de que era uma profissional experiente na administração pública e conhecedora do SUS. Já no caso do quarto secretário de saúde, o impacto foi negativo devido à postura adotada, a concepção de saúde pública e à interrupção de projetos importantes que estavam em curso.

As alterações no organograma tiveram impacto muito negativo entre os profissionais devido a coordenações específicas terem perdido seu *status* e passarem a constituir parte de outra coordenação maior como as antigas coordenações de saúde da mulher, do idoso e da criança. Em substituição, foram definidos, apenas, os responsáveis técnicos por determinada área. Estes, não são remunerados, tampouco recebem uma nomeação oficial, mas são escolhidos para serem responsáveis dentro da equipe de técnicos já existente. O número de coordenações autônomas foi reduzido e colocaram como chefia as diretorias, que abarcam as coordenações.

No caso da atenção primária, a criação da coordenação de atenção primária extinguiu a antiga coordenação da ESF e passou a abarcar todos os modelos da AB. Apesar de ter sido uma mudança necessária, houve incômodo por parte dos profissionais da ESF, pois acharam que era uma decisão que implicaria no desmonte da Estratégia em detrimento do modelo tradicional de atenção primária.

A flexibilidade da estrutura organizacional e a adaptabilidade do quadro técnico da SMS impactou sua capacidade administrativa. Na atenção primária, o início do período estudado apresentou grande desordenamento, pois só existia a coordenação da ESF e não da AB como um todo. Contudo, a conduta dos primeiro e terceiro secretários de saúde permitiu que equipes de técnicos efetivos e não efetivos, mas de alto poder técnico construíssem estratégias que conduzissem à resolução dos problemas identificados.

A capacidade funcional da secretaria de saúde foi afetada por todas as condições acima e pode ser considerada baixa, devido ao seu desempenho insuficiente, de acordo com os resultados dos relatórios de gestão e os relatos das entrevistas:

Coordenador/Técnico 1: Uma outra coisa, eles vinham muito pra cobrar, eles cobravam essa coisa da produção, teve uma determinada fala de uma gestor do Ministério da Saúde, até quando ele participou da Conferência de Saúde, ele falou “olhe, Maceió não pode pedir mais nenhum recurso pro governo federal”, porque como é que você vai pedir algo que você não consome? Ou seja, como a nossa produção, os nossos indicadores eram muito baixos, eles diziam “se a gente repassa pra vocês X mensal, vocês não provam que produz, os indicadores lá embaixo, como é que você vai pedir mais recurso? Pra fazer o que? (...) Ele quis dizer que a gente não podia pedir se a gente não usava aquilo ali, porque, pelo que a gente produzia, a gente não usou aquilo ali, né, aquele recurso.

O trecho acima é ratificado nas tabelas 19 e 20, onde mostram que apenas 36% das metas para saúde foram alcançadas e que apenas 43% das ações pactuadas para atenção primária foram cumpridas, segundo os relatórios de gestão analisados.

Tabela 19- Proporção de metas de indicadores alcançados nos relatórios de gestão de 2013 a 2017

	Total de indicadores	% Alcançada	% não alcançada
2013	63	40%	60%
2014	51	47%	53%
2015	60	23%	77%
2016	29	34%	66%
2017	23	35%	65%
Total	226	36%	64%

Fonte: O autor a partir de Maceió (2013a), Maceió (2014a), Maceió (2015), Maceió (2016), Maceió (2017a)

Tabela 20- Proporção de ações pactuadas para AB realizadas de acordo com os relatórios de gestão de 2013 a 2017

	Cumprida		Parcialmente realizadas		Não realizadas		Total de ações
	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo	Absoluto
2013	69	40%	44	25%	60	35%	173
2014	6	27%	8	36%	8	36%	22
2015	42	42%	34	34%	24	24%	100
2016	45	44%	32	31%	25	24%	103
2017	38	56%	24	35%	6	9%	68
Total no período	200	43%	142	30%	123	26%	466

Fonte: O autor a partir de Maceió (2013a), Maceió (2014a), Maceió (2015), Maceió (2016), Maceió (2017a)

Essas características demonstram que a organização da SMS durante o período estudado foi de alta labilidade e média adaptabilidade às mudanças, pois houve tanto adaptações suficientes para construir projetos e implementar ações de organização da AB, quanto tensões geradas a partir daquelas. Isso interferiu na capacidade funcional da administração, fato que reverberou nos baixos desempenhos do setor.

6.5.2 Métodos: planejamento e gestão na secretaria municipal de saúde

Os métodos compõe um dos vértices do postulado da coerência, são determinados pelos propósitos do governo e condicionados pela organização, na medida em que determina esta. Esses métodos são identificados nas formas de planejamento e gestão adotadas na secretaria de saúde no período estudado.

A concepção de planejamento utilizada na construção do Plano Municipal de Saúde de Maceió dos anos 2014 a 2017 se baseou nos pressupostos éticos, metodológicos, teóricos, políticos, técnicos e operacionais do PlanejaSUS, do livro de Carmen Texeira “Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências” e da proposta de planejamento estratégico situacional de Carlos Matus. Fundamentou-se legalmente, também, pelas normatizações do sistema único de saúde (MACEIÓ, 2014b, 2017b).

Além disso, houve a compatibilização do plano com os demais instrumentos de planejamento da administração pública, o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), a Lei Orçamentária Anual (LOA) e a Programação Anual de Saúde (PAS), com a finalidade de estabelecer a coerência da programação física e financeira durante a execução do PMS. Essa integração de instrumentos foi pioneira na gestão da saúde em Maceió, o que demonstra o seu aprimoramento administrativo.

A fundamentação no planejamento estratégico-situacional levou, conseqüentemente, a uma condução democrática e ascendente da construção do PMS 2014-2017. Foram realizadas oficinas/reuniões organizadas em diferentes etapas e com a participação de diversos atores, como gestores, técnicos da secretaria, membros do conselho municipal de saúde e outros representantes da sociedade civil.

Observa-se a forma participativa e democrática que é conduzida a construção do Plano Municipal de Saúde, o que demonstra sua institucionalização, independente das mudanças de gestões municipais. As entrevistas revelam que as coordenações de áreas e as diretorias tem poder de decisão para incluir suas pautas. Contudo, há críticas relevantes sobre esse processo, que são autoexplicativas no seguinte trecho:

Diretor 1: O plano ele é construído de forma participativa. Sempre foi assim na secretaria, independente de gestão. A gente faz, pra construção do plano, oficinas distritais. Só o que é que eu acho, na minha visão: há um despreparo, ou um despreparo ou uma acomodação, porque, (...) na minha época do plano municipal, a gente (...) mandava pras coordenações, pra cada uma rever o que tinha sido pactuado no plano anterior e ver o que é que tinha de novo na política, pra modificar o que foi que deu certo e o que não foi. Quando voltava, voltava “copiou e colou”, entendeu? E as oficinas, o que é que eu acho? A gente fazia oficinas com usuário, distrital, com a participação, mas sem o entendimento da política. Não há um preparo da comunidade, do profissional que tá lá na ponta, pra ler mesmo o que tá lá na política de saúde. Aí o que é que eles botam? “Ah, precisa mais remédio, precisa mais esparadrapo”. Mas ações que vão ter impacto, (...) que seja biopsicossocial, como a gente trabalha hoje, a gente não vê esse entendimento, entendeu? É meio que frustrante.

Apesar do conteúdo dessa crítica, é importante ressaltar que o processo ascendente e coletivo que conduz o PMS respalda suas decisões frente aos gestores. A atenção primária, por exemplo, é tratada como prioridade nas oficinas realizadas e, por isso, o resultado delas não são contestados. Contudo, apesar da definição de prioridade da atenção primária no plano formal, as decisões pelo financiamento apontam para outra direção:

Coordenador/Técnico 2: No final, quando o documento tava formulado, não houve muito questionamento não, houve, assim, uma aceitação porque viu que o processo foi ascendente, né, não foi uma coisa de cima pra baixo, não houve muitos questionamentos. O que a gente sentiu de problemas foi na hora de definir o financiamento, que é sempre um problema. Você define que é prioridade, mas na hora de aportar o recurso você acaba sempre dando muito pouco dinheiro pra atenção básica funcionar. (...) A população também colocou muito a atenção básica como prioridade e aí a gente também garantiu na hora de definir, por exemplo, a construção das unidades que eles queriam diminuir, quando chegou na secretaria de saúde o gestor “a gente não vai ter dinheiro pra construir tudo isso, vamos diminuir”, aí a gente segurou porque “não, isso aqui veio lá da oficina do PPA”.

O trecho acima, assim como os achados discutidos anteriormente, reforçar a teoria dos múltiplos fluxos (KINGDON, 2011), onde o fluxo político é independente dos fluxos dos problemas e das alternativas. A priorização da atenção primária à saúde dentro do plano municipal não é reforçada na alocação de recursos, mas a preferência é dada ao gastos com o nível ambulatorial, hospitalar e nos insumos e medicamentos de maneira geral, o que corrobora com outros achados da literatura (CASTRO; MACHADO, 2010; MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018).

Além da fragilidade técnica observada na construção coletiva do PMS e dos descompassos entre objetivos e decisões de aporte financeiro, há uma descontinuidade entre o Plano e o planejamento efetuado durante a Programação Anual de Saúde. As características de construção ascendente e democrática observados no PMS se restringem pontualmente nele, não se repetindo como prática constante ao longo de todo ano no período estudado.

Isso se deve ao fato do poder político maior estar nas coalizões que configuram a estrutura de poder setorial, que detém maior poder societal, demonstrando que o fluxo político é mais determinante que os processos de persuasão e difusão de ideias dos fluxos dos problemas e alternativas (KINGDON, 2011). Confirma-se, também, a labilidade organizacional da secretaria de saúde, característico das instituições dos países capitalistas dependentes, pois, apesar da institucionalização do planejamento, os métodos que

efetivamente vão conduzir a gestão dos processos é determinado pelos propósitos do governo, reforçando o postulado da coerência (TESTA, 1992).

Coordenador/Técnico 2: Na hora de construir o plano, as diretrizes, as metas, foi construído sim com a população, mas quando o documento formalizou, aí como é que vai detalhar em programação anual de saúde? Quem já faz a programação é a área técnica. Mas a unidade que participou do plano, ela já não participa da programação, entendeu? O relatório de gestão é elaborado muito na sede ainda, que os técnicos, de certa forma, tem o olhar da unidade, porque tão lá, tão vivenciando, mas muitas vezes tá levando coisa da sua cabeça, sem conhecer muito da realidade.

O que se observa até aqui é o descompasso entre a construção formal do PMS, incluída a política de atenção primária, e a sua implementação. Alguns fatores estão envolvidos nessa situação, uma delas é o conjunto de características que a organização da SMS contém, discutidas no tópico anterior. Outra é a cultura organizacional relatada nas entrevistas, que tinha como característica o distanciamento entre a gestão e os profissionais dos serviços de saúde. O diálogo não era cultivado e os problemas vivenciados no cotidiano dos serviços de saúde não eram devidamente trabalhados. Isso é algo comum, a depender do setor dentro da gestão.

Havia um histórico de desgaste, conflito e cisão entre essas duas institucionalidades. Os profissionais da atenção à saúde, principalmente da atenção primária, sentiam-se excessivamente cobrados pela secretaria de saúde sem, no entanto, terem as condições de trabalho adequadas fornecidas pela gestão. Devido à labilidade organizacional, diferentes formas de gestão foram implementadas no setor. As três primeiras gestões da saúde, principalmente a do primeiro e terceiro secretário, tiveram perfil de escuta, diálogo e decisão coletiva.

A equipe que se constituiu com a gestão do primeiro secretário de saúde teve um trabalho constante de diálogo e sensibilização que obteve, em muitos casos, sucesso junto aos profissionais da atenção primária. O sucesso desses esforços se materializou na cooperação entre a Direção de Atenção à Saúde, coordenações da secretaria de saúde, diretores das unidades de saúde e das equipes de atenção primária em torno da execução de ações que viabilizassem melhorias na infraestrutura das unidades de saúde, por exemplo.

Coordenador/Técnico 1: Foi uma coisa que eu tentei quebrar durante o tempo que eu tava lá, quando eu tive a oportunidade de conversar com eles e tudo. [...] Porque, assim, realmente eles estavam numa situação muito precarizada, a gente não tinha recurso, em meio a todo um contexto. Então, tinha que conquistar, fazer com que

“não vocês tão aí na ponta, mas a gente tá aqui enquanto coordenação, mas a gente faz parte do mesmo sistema único de saúde”, entende? É como se existisse um descolamento.

Os métodos democráticos e participativos contribuíram para acumular poder político que foi potencializado pelo poder técnico e administrativo durante a gestão do primeiro e, sobretudo, do terceiro secretário de saúde. Esses métodos só tiveram a oportunidade de serem utilizados devido aos propósitos de legitimação do governo municipal, que queria se diferenciar da gestão anterior e se consolidar como uma administração compromissada com a saúde. Abriu-se uma janela de oportunidade para a utilização desses métodos devido à confluência dos múltiplos fluxos.

Ao longo do processo, com a mudança de propósitos do governo visando o período eleitoral e o desvio do fluxo político de encontro à sustentação da terceira secretária de saúde, houve a mudança no posicionamento dos atores sociais e novos métodos foram adotados para gestão. Estes se tornaram mais centralizados, estando mais coerente com os novos propósitos do governo e com as concepções do 4º secretário de saúde, que determinaram as transformações na organização da secretaria municipal de saúde, tanto pela rotatividade nos cargos de coordenação e diretoria, quanto pela mudança no organograma.

6.6 Da análise à síntese: o concreto-pensado sobre a política de atenção primária em Maceió

Seguindo a perspectiva epistemológica do pensamento estratégico, parte-se de um momento descritivo do objeto de estudo – onde se analisa uma situação concreta a luz de conceitos e categorias operacionais – para um momento explicativo de articulação das categorias analíticas, do marco teórico adotado e do objeto construído no momento descritivo, formando, assim, um concreto-pensado. “Esta reconstrução não é um simples rearranjo no qual se rearticulam as peças separadas [...], mas se trata de repensar todo o problema que temos nas mãos a partir dessa rearticulação” (TESTA, 1992, pg: 245).

A síntese é resultado de um processo dialético da construção do conhecimento, portanto, já iniciado ao longo das discussões anteriores, onde se tentará finalizá-la nesta seção. O objetivo é estabelecer as inter-relações entre o contexto, conteúdo, atores e processo de implementação da política de atenção primária em Maceió.

As discussões anteriores expuseram características cruciais para a compreensão do contexto da política de atenção primária em Maceió. A capital alagoana detém indicadores sociais e econômicos que a posiciona como possuidora de uma das piores condições de vida para a população quando comparada com outras capitais regionais nordestinas. A dimensão dessas más condições se amplia quando se leva em conta que a região Nordeste detém altos índices de vulnerabilidade social, comparado com as outras regiões do país. Ademais, o estado de Alagoas é, junto com o Maranhão, o que possui o pior índice de vulnerabilidade social, cenário que se insere a cidade de Maceió com toda sua singularidade já discutida (COSTA; MARGUTI, 2015).

A política, no pensamento estratégico, é formulada com o objetivo de distribuir poder na sociedade, que pode levar à concentração ou democratização do poder. Portanto, o setorial não está isolado da dimensão social mais ampla e, por isso, as determinações e condicionamentos do funcionamento da sociedade se articulam dialeticamente com a dinâmica do setor saúde (TESTA, 1995).

Nesse sentido, o problema central e estrutura de todo contexto em que o processo de implantação e implementação da política de atenção primária à saúde de Maceió está inserido é a desigualdade social. O Brasil é um dos países mais desiguais do mundo, seja quanto à renda, riqueza ou distribuição de serviços essenciais. As iniquidades estão entre regiões, e a Norte e Nordeste são as que abrigam a maior parte da população de baixa renda (GEORGES; MAIA, 2017). Situação semelhante é encontrada na capital alagoana, demonstrado pelo IDHM e outros indicadores utilizados neste estudo.

A desigualdade social, pois, é fator estruturante da sociedade brasileira e, por consequência e particularidade, de Maceió. As explicações desse fenômeno são históricos, conjunturais e, sobretudo, estruturais, que remetem à construção do país sob o modelo escravocrata, que perduraram três séculos, e naturalizou a desigualdade no país. O passado colonial determinou a distribuição de terras, por meio dos latifúndios, principalmente, na região Nordeste e, particularmente, em Alagoas. Esses são alguns fatores da complexa construção do território brasileiro que criou iniquidades entre classes sociais, mulheres e homens, negros e brancos das quais perduram até os dias atuais (SOUZA, 2017; ALMEIDA, 2018; SCHWARZ; STARLING, 2015).

O Georges e Maia (2017) destaca que isso

marcou a forma com a qual organizamos nossa sociedade, nossa economia e nosso Estado, diminuindo sua capacidade redistributiva. Em outras palavras, não só nossa economia beneficia poucos, mas também nosso Estado e nossa organização social contribuem para perpetuar desigualdades (GEORGES; MAIA, 2017, pag: 43).

A estruturação do Estado a partir disso criou um sistema tributário que aprofunda as desigualdades sociais, onerando os mais pobres em detrimento dos mais ricos. No âmbito da política, estão as incongruências entre o perfil dos representantes políticos escolhidos e o da sociedade brasileira. Ademais, é comum a prática do *lobby*, financiamento empresarial de campanhas e da indicação de pessoas de setores empresariais a cargos de órgãos públicos influenciando os rumos das políticas públicas. Toda essa estrutura determina uma específica distribuição de poder na sociedade, concentrando em grupos sociais mais privilegiados (GEORGES; MAIA, 2017).

É essa característica estruturante da organização social e do Estado brasileiro que marca, na perspectiva da totalidade social, o contexto na qual se insere a política de atenção primária de Maceió. Ela determinará a situação de saúde das diferentes classes sociais territorialmente distribuídas no município. Por isso, há diferenças no acesso aos serviços públicos de saúde, que são determinados por uma estrutura de poder setorial configurada por diferentes atores sociais que ocupam o Estado e disputam projetos de saúde de acordo com seus interesses. As históricas disputas de modelo de atenção primária à saúde observadas desde a primeira metade do século XX, perduram até hoje e marcaram o processo político na capital alagoana no período estudado, assim como, o cenário nacional (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Os projetos para atenção primária em Maceió podem ser diferenciados a partir das ideologias sanitárias que os regeram frente ao contexto observado no período do estudo. Essas ideologias são representadas por uma teoria que determinou os métodos utilizados para o alcance dos propósitos do governo e, em segundo plano, do projeto de saúde do secretário de saúde que esteve atuando. A clareza dessa distinção é alcançada na comparação entre a terceira secretária de saúde, onde o modelo integral de APS ganhou espaço, e o quarto secretário de saúde, que estrutura a APS enquanto política focalizada, com raízes no ideário defendido pelas antigas agências internacionais (CUETO, 2015; RIZZOTTO, 2009).

O fato de não haver projeto de saúde claramente delineado por parte do prefeito e sua secretaria de governo permitiu que surgissem propostas de condução e conteúdo da atenção primária à saúde tão opostas. Numa analogia com o triângulo de governo (MATUS, 1996) essa situação se configura como o vértice do projeto de governo que, quando não há esse vértice articulado aos demais e bem consolidado, há dificuldades para implementar determinada política (SOARES; PAIM, 2011).

Também permitiu que houvesse intensa rotatividade dos secretários de saúde e forte determinação pelo fluxo político, ou seja, pelas coalizões clientelistas que conformam a estrutura de poder setorial identificada (KINGDON, 2011). No entanto, tanto a rotatividade de secretários quanto as relações com essa estrutura de poder guardou coerência com os propósitos de governo e suas mudanças, num primeiro momento de legitimação e diferenciação da gestão anterior, e num segundo, de vitória no pleito eleitoral de 2016.

O quarto secretário de saúde foi o que consolidou o vértice da governabilidade do triângulo de governo, por possuir os recursos de poder suficientes e por estar alinhado aos propósitos do governo municipal, e, por isso, teve papel central na afirmação da política focalizada como modelo de APS escolhido em Maceió (MATUS, 1996; TESTA, 1995).

A primeira proposta foi guiada pela concepção integral da atenção primária, percebida através da construção e implementação do projeto piloto do oitavo distrito sanitário. Este pretendia ser expandido para os demais distritos e reorientar o processo de trabalho das equipes da AB. Devido ao nó crítico da atenção primária ter dificultado as aspirações de expansão da cobertura da ESF, o foco dessa política, nas características que a diferenciam, foi a de qualificar as equipes de AB pautada pela competência cultural, planejamento estratégico, controle social, construção de linhas de cuidado e clínica ampliada.

A política de saúde, particularmente a de atenção primária, do período da terceira secretaria de saúde visava, evidentemente, maior distribuição de poder na sociedade, tratava-se de uma concepção mais democrática da saúde, alinhada ao ideário da RSB. Essa distribuição se concretizaria com o fortalecimento do controle social nas UBS's, mas também, com a ampliação das possibilidades do cuidado resolutivo da população, salvaguardando sua capacidade vital.

Um conjunto de fatores permitiu que essa política fosse formulada e tivesse sua implementação iniciada. O fator determinante para o início desse processo foram as eleições municipais de 2012, onde um grupo político diferente da gestão anterior ocupou o poder executivo da capital. Esse grupo tem raízes na história da política no estado e ligações diretas e indiretas com uma classe social ligada ao setor da agroindústria da canavieira. É, pois, um grupo social privilegiado na sociedade alagoana (RODRIGUES; GUSTAVO, 2016).

Contudo, houve o interesse de se diferenciar do grupo político antecessor e, por isso, os propósitos do governo eleito eram de mudanças na qualidade da infraestrutura das unidades de saúde e na ampliação do acesso aos serviços de saúde. Também compôs os propósitos a organização da administração pública, de modo a se tornar mais transparente, eficiente e cooperativa, tanto com a iniciativa privada, quanto com os outros entes federativos. Desse modo, houve marcante presença de parcerias público-privadas e de forte indução das ações pela União através das condicionalidades de transferências de recursos para projetos estratégicos, como as reformas e construção das unidades de saúde.

Esses propósitos do governo eleito em 2012 determinaram os métodos a serem utilizados na construção da política de saúde em Maceió, pela particular escolha do primeiro secretário de saúde. Apesar da sua concepção de administração estar alinhada à perspectiva empresarial e a de saúde pública ser limitada, havia claros interesses de contribuir para a melhor organização do setor saúde em Maceió.

O poder de decisão outorgado pelo prefeito ao secretário, aliado ao seu perfil de gerir de forma participativa e com preocupações técnicas, permitiu que uma equipe qualificada fosse formada com relativo nível de autonomia. Houve, então, a constituição de uma equipe técnica da saúde, nas coordenações e diretorias, alinhadas à concepção de AB integral e da saúde na perspectiva da promoção. Isso reforça as relações de condicionamento e determinação do postulado da coerência (TESTA, 1992).

A partir daí, deu-se início a uma proposta de reorganização administrativa da secretaria de saúde, tanto para organização do organograma, quanto para descentralização dos distritos sanitários. Um campo de forças, sustentado sobre a estrutura de poder setorial, mas ainda assim modificável diante de conjunturas (TESTA, 1995), começa a ser desenhado e percebido a partir dos embates em torno de temas específicos como o uso de critérios técnicos para escolha dos gerentes das unidades básicas de saúde. Esse embate revelou grupos

interessados e de forte poder de influência sobre o governo municipal e suas escolhas, que foram os vereadores da base aliada.

Apesar de não impor uma concepção específica de funcionamento da AB, esse grupo interfere na implementação da política a partir das escolhas dos gerentes das unidades de saúde e desgastando politicamente os secretários que se opuseram a esse estabelecido. Na leitura feita sob a tipologia de poder e do postulado da coerência, essa situação evidencia a necessidade do poder político, além do técnico e administrativo, para superar a determinação de coalizões de ocasião, que representam objetivos da estrutura estatal, sobre os propósitos do governo e, conseqüentemente, os métodos e a organização da secretaria de saúde, que no caso foram de encontro a estabelecer critérios técnicos na contratação de atores invisíveis que sirvam o jogo político.

Os propósitos de mudanças e a necessidade de modificar cenário caótico da organização dos serviços de saúde em Maceió entraram em choque com a estrutura de poder setorial, o que levou à rotatividade dos secretários de saúde e à escolha da terceira secretária. Esta, de alto poder técnico e administrativo, recebeu forte apoio político do prefeito, devido às circunstâncias citadas, o que permitiu uma série de ações que foram implementadas na saúde e, particularmente, na AB.

Mais uma vez, os propósitos confluíram para determinar o método em que foi formulada e implementada a política de AB em Maceió. Os interesses da terceira secretária de saúde, alinhados com a concepção integral de AB e o ideário democrático da RSB, levou a constituição de equipes gestoras e técnicas que construíram o projeto piloto do oitavo distrito sanitário, além da reorganização administrativa interna da SMS.

Desse modo, a concepção integral de AB e da gestão participativa, presente em importante fração dos técnicos efetivos da SMS, foi fortalecida com a escolha da terceira secretária. Essa concepção determinou a forma como a política de AB foi formulada e implementada. Conseqüentemente, o método e os propósitos do governo determinaram a organização da secretaria de saúde naquele momento. O organograma começou a ser reestruturado de modo que foi criada uma coordenação de atenção primária que unificou a gestão dos modelos existentes em Maceió, fortalecendo a capacidade funcional da organização, apesar de sua histórica labilidade.

Ao longo desse período do primeiro à terceira secretária de saúde outros embates revelaram ainda mais a estrutura de poder setorial. Além da forte influência dos vereadores da base aliada, houve desgastes importantes com grupos corporativos que tensionaram que ações não fossem implantadas como o ponto eletrônico e a anulação de folhas de pagamentos irregulares. Apesar dos interesses e pressões contrárias, as ações citadas foram implantadas, demonstrando o poder de decisão da terceira secretária e os propósitos confluentes do governo.

Por outro lado, quanto às relações público-privadas, os prestadores de serviços detêm significativa influência nas decisões do governo, onde propostas negadas pela equipe técnica e gestora foram, à sua revelia, implementadas. Essas relações envolvem tanto um importante ator do controle social, como o Conselho Municipal de Saúde, quanto o alto escalão do governo municipal, no caso, o prefeito e sua secretaria de governo.

A primeira proposta para AB de Maceió foi substituída pela segunda com a entrada de um novo ator social, o quarto e atual secretário de saúde. A saúde, de maneira geral, e a política de AB passaram a ter um direcionamento inclinado à concepção biomédica, o oposto da primeira proposta. O modelo tradicional de AB ganhou centralidade e passou a ser valorizada como uma política focalizada e seletiva pelo alto escalão da secretaria de saúde. O foco passou a ser a garantia de atendimentos médicos, fornecimento de medicamentos e, de maneira geral, redução de gastos, valorizando a eficiência.

A partir daí, a política de saúde se configurou de maneira centralizadora de poder. A proposta para descentralização dos distritos sanitários não encontrou espaço e foi conduzida para o lado oposto, o da sua centralização na SMS. A construção do organograma também recebeu impactos centralizadores, na medida em que foi reduzida a autonomia de coordenações e criado um grupo de maior poder decisório, não fundamentado na gestão participativa, no alto escalão da secretaria. O estímulo à autonomia cedeu lugar ao controle mais centralizado.

Outro conjunto de fatores, agora num contexto diferente, foi responsável por essa mudança política e, conseqüentemente, de concepção de atenção primária no alto escalão da secretaria de saúde de Maceió. O desgaste político da terceira secretária de saúde, principalmente, frente aos interesses conflituosos com o grupo de vereadores da base aliada do prefeito foi um dos pontos centrais.

Somado a isso, configurou-se um contexto favorável à exoneração da terceira secretária diante das pressões políticas e corporativas ocorridas. Infere-se que um vetor desse contexto foi a quantidade de problemas resolvidos, como a organização das contratualizações com prestadores de serviços, que era um dos que mais exigia poder administrativo e técnico, ambos detidos pela secretária. Com a minimização de algumas problemáticas, houve espaço para mudança de gestor diante dos novos propósitos do governo.

Esses propósitos surgiram com os preparativos para as eleições municipais de 2016. Alianças políticas estavam sendo gestadas e definidas com o objetivo de angariar apoios para reeleger o prefeito em vigência. Isso determinou a escolha de um ator com forte poder político no estado de Alagoas para ocupar a secretaria mais estratégica, em termos orçamentários e de capilaridade territorial, do governo municipal, a saúde. Esse novo ator social, com suficiente apoio do prefeito, alterou os rumos da política de atenção primária em Maceió a partir de outra ideologia sanitária e de gestão pública.

Os métodos de formulação e implementação da política de AB modificaram, de forma centralizadora e concentradora de poder, a partir dos novos interesses, propósitos e concepções de saúde que tomaram lugar na SMS. Esses métodos e propósitos alteraram, mais uma vez, a organização interna da secretaria e direcionaram a política de AB priorizando um modelo focalizado e seletivo.

Esse modelo encontrou uma conjuntura fértil no cenário nacional e local. A crise econômica e política, que teve seu ápice institucional com o *impeachment* de Dilma Rousseff, favoreceu o crescimento e legitimação de ideologias que fundamentam a defesa do Estado Mínimo, a redução de investimentos em políticas sociais e a decisões políticas centralizadoras. Foi nessa tendência que houve aprovação da emenda constitucional nº 95/2016 e a aprovação da nova Política Nacional de Atenção primária, ambos atos políticos que favorecem a redução dos investimentos com saúde e conduzem à formulação e implementação de políticas sociais focalizadas e seletivas (RIZZOTTO, 2009; SCHRAMM; PAES-SOUZA; MENDES, 2018).

O alinhamento entre a tendência nacional para a política de AB e as concepções, interesses e propósitos do governo municipal e do alto escalão da SMS desenhou a política de

AB de Maceió sob o modelo tradicional, que foi a segunda proposta dentre as duas claramente delineadas no período estudado.

Há, pois, o conflito entre propostas que se opõem em suas concepções nucleares. O resultado dessa disputa interrompeu a proposta de orientação da AB para um modelo integral e favoreceu a proposta de modelo tradicional, que perdura até o presente momento desta escrita.

A política de atenção primária em Maceió pode ser explicada a partir desse processo conflituoso no interior do Estado. O papel desse Estado é visto aqui como reprodutor do atual sistema econômico e político, determinando, em última instância, os propósitos do governo. Estes determinaram o resultado final da política de AB e condicionaram os processos intermediários que permitiram o surgimento da primeira proposta da política. Contudo, a estrutura de poder setorial, configurada sob a desigual distribuição de poder na sociedade, não permitiu que a primeira proposta da política de AB se efetivasse.

Essa estrutura de poder condicionou a implementação da política de AB, de modo que nada fora dos interesses e concepções ali envolvidos tivesse sucesso. Esse é um dos fatores para que a formulação da PMS ocorra de maneira participativa, mas muitas metas e ações não logrem se concretizar. A formalidade do documento acaba não encontrando prioridades para o financiamento da AB, em detrimento da atenção especializada e de ações que priorizem o uso de exames laboratoriais, medicamentos e demais insumos para atenção à saúde.

Outro fator é a labilidade da organização da SMS, variando com a mudança de propósitos dos governos, com as diferentes gestões da saúde no mesmo governo e com os diferentes métodos de condução da gestão da política de AB. Essa labilidade, somado às resistências em adaptações às mudanças do quadro técnico, reduz a capacidade funcional da SMS e resulta nos sucessivos baixos desempenhos do setor evidenciados nos relatórios de gestão analisados.

Um conjunto complexo de fatores estruturais e conjunturais contribuiu para a situação de inércia da atenção primária em Maceió, no que tange à expansão da cobertura, e de fortalecimento do modelo tradicional. Por um lado, o nó crítico que envolve a lei de responsabilidade fiscal, o plano de cargos e salários, a capacidade de arrecadar impostos e angariar recursos da União, a EC 95 e a nova PNAB impede o avanço do modelo integral de

AB materializado pela ESF. Por outro, a estrutura de poder setorial, a labilidade organizacional e a conjuntura política e econômica nacional favorecem a priorização de uma política de AB focalizada e seletiva.

Não há, pois, coerência entre a política de AB atual e o contexto social, econômico e sanitário de Maceió, marcado pelas iniquidades sociais e epidemiológicas. O enfrentamento das DCNT's, das ICSAP's e das desigualdades em saúde de maneira geral exige um modelo de atenção primária na perspectiva integral, como a ESF ou arranjo de práticas semelhante.

A desigualdade e a pobreza não são inevitáveis. São, antes de mais nada, produtos de escolhas políticas injustas que refletem a desigual distribuição de poder nas sociedades. Mudar essa realidade requer novas escolhas políticas, reiteradas ao longo do tempo, e sustentadas por uma sociedade com igual acesso à democracia. (GEORGES; MAIA, 2017, pag: 11)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo se debruçou sobre um complexo objeto, que envolve diferentes variáveis, sobretudo, qualitativas. A utilização do modelo abrangente de análise de políticas operacionalizado pelas contribuições do pensamento estratégico obteve sucesso para responder a pergunta condutora desta pesquisa. Com esta metodologia foi possível identificar os atores sociais, assim como, seus interesses, recursos de poder e concepções de APS; descrever o macro e microcontexto na qual se inseriu a política de atenção primária em Maceió; e articular as quatro categorias do modelo de análise adotado para produzir uma síntese diagnóstica do objeto.

Desse modo, o momento descritivo permitiu uma explanação sobre a situação de saúde em Maceió, tanto na perspectiva comparativa com capitais de características sociais, demográficas e econômicas semelhantes, quanto na singularidade do próprio território. Seu resultado serve, também, de matéria-prima para novos problemas científicos no campo da saúde coletiva.

O momento analítico foi responsável pela resposta à pergunta condutora, com a explicação do fenômeno estudado. Contudo, ao menos duas consequências importantes surgiram: novas demandas de pesquisa e o contraste com a hipótese lançada. Quanto às demandas surgidas, destaca-se a necessidade de aprofundamento, a partir de um método quantitativo, do aqui chamado nó crítico da atenção primária em Maceió. É necessário analisar e demonstrar, para além dos relatos, o entrave de expansão da AB, particularmente da ESF, composto pelo plano de cargos e salários e lei de responsabilidade fiscal, comparando com outras capitais. Também se destaca a necessidade de aprofundamento na análise da estrutura de poder setorial composta, principalmente, por prestadores de serviços, conselho municipal de saúde e poder legislativo municipal.

No caso do contraste entre o resultado e a hipótese do estudo, houve um importante avanço de compreensão no sentido de confirmar algumas afirmativas e corrigir outras, ultrapassando o senso comum que a formulou. Confirma-se que a incorporação na agenda e implementação da AB foi influenciado mais por fatores políticos do que pelos problemas epidemiológicos e sociais. Contudo, a perspectiva de AB incorporada na agenda foi tanto de política focalizada, quanto do modelo integral, o que configurou um espaço de conflitos, por fim, prevalecendo aquela.

Os baixos investimentos para AB não são apenas fruto de uma visão restrita sobre a mesma, mas também devido à labilidade organizacional e sua consequente baixa capacidade funcional, dificultando o aumento de transferências governamentais, maior fonte de financiamento da saúde dos municípios. Esses dois fatores, somados à particular estrutura de poder setorial nesse período e, principalmente, ao chamado nó crítico da AB são o que explica a latente baixa cobertura da AB e ESF.

A situação da atenção primária em saúde em Maceió é complexa tanto do ponto de vista de compreensão, quanto de soluções políticas. Além do saber técnico e científico para solucionar esse problema, é necessário, sobretudo, o engajamento de atores capazes de construir um projeto político e ocupar o Estado de modo a alterar a estrutura de poder vigente e aumentar a capacidade funcional das instituições com o objetivo eliminar as iniquidades em saúde.

REFERÊNCIAS

- AGUM, R.; RISCADO, P.; MENEZES, M. Políticas públicas: conceitos e análise em revisão. **Revista Agenda Política**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 12-42, jul./dez. 2015.
- ALAGOAS. Tribunal de Contas do Estado de Alagoas. Termo de ajustamento de conduta. Termo de ajustamento de conduta que fazem entre si o Ministério Público Estadual, através da 15ª e 26ª Promotoria de Justiça, Ministério Público de Contas, através da 2ª procuradoria de contas e o município de Maceió, relativamente à regularização de pessoal no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde. **Diário Oficial Eletrônico do Tribunal de Contas do Estado de Alagoas**, Maceió, ano 101, n. 182, 2013.
- ALBUQUERQUE, M. S. V. et al. Regulação assistencial no recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. **Saude soc.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 223-236, Mar. 2013.
- ALBUQUERQUE, M. S. V.; MORAIS, H. M. M.; LIMA, L. P. Contratualização em saúde: arena de disputa entre interesses públicos e privados. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1825-1834, June 2015.
- ALMEIDA FILHO, N. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. 160p.
- ALMEIDA, L. S. **A formação histórica de Alagoas (I): rotas de acumulação do açúcar.** Maceió: EDUFAL. Imprensa Oficial Graciliano Ramos. 2018. 149p.
- ALMEIDA-FILHO, N.; PAIM, J. S. Conceitos de saúde: atualização do debate teórico-metodológico. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). **Saúde Coletiva: teoria e prática.** Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 13-27.
- AMATO, F. Rui Palmeira pode ser eleito em primeiro turno em Maceió. **G1 Distrito Federal**, Brasília, 7 out. 2012. Disponível em: <<http://g1.globo.com/politica/eleicoes/2012/noticia/2012/10/rui-palmeira-pode-ser-eleito-em-primeiro-turno-em-maceio.html>>. Acesso em: 11 out. 2018.
- AQUINO, R. et al. Estratégia de Saúde da Família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: Paim, J.S., Almeida-Filho, N. (orgs.). **Saúde Coletiva: teoria e prática.** Rio de Janeiro: MedBook, 2014, p. 353- 71
- AQUINO, R.; OLIVEIRA, N. F.; BARRETO, M. L. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. **Am. J. Public Health**, Washington, v. 99, n. 1, p. 87-93, 2009.
- ARAÚJO Jr., J. L. C. A. **Health Sector Reform in Brazil, 1995-1998.** An Health Policy Analysis of a Developing Health System. 2000. Tese (PhD – Public Health) - Nuffield Institute for Health, Leeds, 2000.
- ARAÚJO Jr., J. L. C.; MACIEL FILHO, R. Developing an operational framework for health policy analysis. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. [Online]**, Recife, v. 1, n. 3, p. 203- 221, 2001.
- ARAÚJO, L.; RODRIGUES, M. L. Modelos de análise das políticas públicas. **Sociologia, Problemas e Práticas [Online]**, [S. l.], n. 83, p. 11-35, jan./abr. 2017. Disponível em: <<http://journals.openedition.org/spp/2662?lang=es#text>>. Acesso: 25 fev 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA; CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE; ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA. **Contra a reformulação da PNAB:** nota sobre a revisão da Política Nacional de Atenção Básica. Rio de Janeiro, 27 jul. 2017. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais/contra-reformulacao-da-pnab-nota-sobre-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/29798/>>. Acesso em: 20 jan. 2018.

BAHIA, L. Padrões e mudanças no financiamento e regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e privado. **Saude soc.**, São Paulo , v. 14, n. 2, p. 9-30, Ago. 2005.

BAPTISTA, T. W. F.; MATTOS, R. A. Sobre política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas). In: BAPTISTA, T. W. F.; MATTOS, R. A. (Org.) **Caminhos para análise das políticas de saúde**. 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. p. 83-129

BARRETO, J.O.M.; NERY, I.S.; COSTA, M.S.C. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 515-526, 2012.

BEAGLEHOLE R. et al. Measuring progress on NCDs: one goal and five targets. **Lancet**, Londres, v. 380, n. 9850, p. 1283-1285, out. 2012.

BOITO Jr., A. A crise política do neodesenvolvimentismo e a instabilidade da democracia. **Crítica Marxista**, [S.1], n. 42, p. 155-162. 2016.

BORGES, F. T.; FERNANDEZ, L. A. L.; CAMPOS, G. W. S. Políticas de austeridade fiscal: tentativa de desmantelamento do Sistema Nacional de Salud da Espanha e resistência cidadã. **Saude soc.**, São Paulo , v. 27, n. 3, p. 715-728, Set. 2018 .

BOSI, M. L. M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 3, p. 575-586, Mar. 2012

BOUSQUAT, A.; COHN, A.; ELIAS, P. O PSF e a dinâmica urbana das grandes cidades. In: VIANA, A. L. D'a.; ELIAS, P.; IBÁÑEZ, N. (Org.). **Proteção Social: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec; 2005.

BRANDAO, C. C.; SCHERER, M. D. A. Capacidade de governo em Secretarias Municipais de Saúde. **Saúde debate (online)**, Rio de Janeiro , v. 43, n. 120, p. 69-83, Mar. 2019 .

BRASIL, F. G.; CAPELLA, A. C. N. Os Estudos das Políticas Públicas no Brasil: passado, presente e caminhos futuros da pesquisa sobre análise de políticas. **Revista Política Hoje**, Recife, v. 25, n. 1, p. 71-90, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde. NOB – SUS 01/96**. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, 2011b. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_dcnt_pequena_portugues_espanhol.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 68, 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 22 Out. 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Consulta. In: _____. **Informação e gestão da atenção básica**. e-Gestor Atenção Básica. Cobertura da Atenção Básica. Brasil. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 20 out. 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistemas de informações sobre orçamentos públicos em saúde (SIOPS). Indicadores**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops/indicadores>. Acesso em: 15 out 2018b.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990a.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 mai 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Diário Oficial da União, 5 de outubro de 1988.

BRITO, F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **R. bras. Est. Pop.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2008.

BUSE, K.; DICKINSON, C.; GILSON, L.; MURRAY, S. F. How can the analysis of process and power improve health outcomes? Moving the agenda forward. **ODI Briefing Paper 26**. London: Overseas Development Institute, 2007

CALDEIRA, A.P. et al. Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** [Online]. Recife, v. 11, n. 1, p. 61-71, 2011.

- CAPELLA, A.C.N. **Formação da Agenda Governamental: perspectivas teóricas.** XXIX Encontro Anual da ANPOCS. Ago 2005
- CARVALHO, C. P. **Economia popular: uma via de modernização para Alagoas.** Maceió: EDUFAL, 2014.
- CARVALHO, C. P. **Formação histórica de Alagoas.** Maceió: EDUFAL. 2015.
- CARVALHO, S.C. et al. Hospitalizations of children due to primary health care sensitive conditions in Pernambuco State, Northeast Brazil. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 744-754, 2015.
- CASANOVA, C.; COLMER, C. Pediatric hospitalization due to ambulatory care-sensitive conditions en Valencia (Spain). **Int J Qual Health Care.** Oxford, v. 8, n. 1, p. 51-59, 1996.
- CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V.. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro , v. 26, n. 4, p. 693-705, Abr. 2010.
- CASTRO, A.L.B.; MACHADO, C.V. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. **Physis [online].** Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 477-506, 2012.
- CASTRO, R. C. L.et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro , v. 28, n. 9, p. 1772-1784, Set. 2012.
- CHAVES S.C.L., VIEIRA-DA-SILVA L. M. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. **Cad Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 23, p. 1119-1131, 2007.
- COLLINS, T. Health policy analysis: a simple tool for policy makers. **Public Health,** Londres, v. 119, p. 192-196, 2005
- CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, Alma-Ata. **Declaração de Alma-Ata.** Genebra: OMS, 1978.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Seminário para entender o pacto pela saúde:** Legislação e Notas Técnicas do CONASS. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_pela_saude_e_legislacao.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2018.
- CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE; CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Nota conjunta Conasems e CONASS sobre a reformulação PNAB.** 03 ago 2017. Disponível em: <http://www.conass.org.br/nota-conjunta-conasems-e-conass-sobre-reformulacao-pnab/>. Acesso: 12 ago 2017.
- COPEVE divulga resultado do concurso da Prefeitura de Maceió. **G1 Alagoas,** Maceió, 2013. Disponível em: <http://g1.globo.com/al/alagoas/noticia/2013/01/copeve-divulga-resultado-do-concurso-da-prefeitura-de-maceio.html> Acesso: 11 out 2018
- CORREIA, M.V.C. **Que Controle Social?** Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/qycmp/epub/correia-9788575415221.epub>>. Acesso em: 10 jul 2019

COSTA, M. A.; MARGUTI, B. O. **Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros**. Brasília : Ipea, 2015.

CUETO, M. **Saúde global**: uma breve história. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O Planejamento da Pesquisa Qualitativa**. Teorias e Abordagens. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DRAIBE, S. M. Estado de Bem-Estar, Desenvolvimento Econômico e Cidadania: algumas lições da literatura contemporânea. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M; MARQUES, E. (Org.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro, 2007, p. 27-64

DUARTE, P. O. **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.

ELIAS, P. E. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva [Online]**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.633-641, jul./set. 2006.

ESCOREL, S. et al. **Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos**: síntese dos principais resultados. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

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 Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 385-434.

ESCOVAL, A.M.S. **Evolução da administração pública de saúde**: o papel da contratualização. Fatores críticos do contexto português. 2003. Tese (Doutorado em Organização e Gestão de Empresas). Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa, 2003.

FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 669-681, Set. 2006

FALEIROS, V.P. et al. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FEDERICO, L. **Análise política em saúde**: a contribuição do pensamento estratégico. Salvador: EDUFBA, 2015.

FLEURY, S.; OUVÉNEY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA et al (org.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2 ed., rev., amp; 2014. p.25-57.

FONSECA, A. C. F. **Promoção da saúde na agenda governamental do estado da Bahia no período 2007-2014**: política ou retórica?. 2016. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, 2016.

FRANCISCO Holanda Filho é eleito presidente da Câmara de Vereadores. **Gazeta Web**, Maceió, 2013. Disponível em: <http://gazetaweb.globo.com/portal/noticia-old.php?c=330880&e=> Acesso em: 11 out 2018

FUNCIA, F. R. Subfinanciamento e Orçamento Federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. Rio de Janeiro. **Futuros do Brasil: ideias para ação**. CEE - Fiocruz, 2017. Disponível em:

http://www.cee.fiocruz.br/sites/default/files/Artigo_Funcia_0.pdf . Acesso em 23 fev 2018

GALVÃO, C.; DANTAS, A. Rui Palmeira anuncia 11 secretários do seu governo. **Alagoas 24 horas, 2012**. Disponível em: <http://www.alagoas24horas.com.br/572934/rui-palmeira-anuncia-11-secretarios-do-seu-governo/> Acesso em: 11 out 2018

GARRETÓN, M. A. Actores sociopolíticos y democratización. **Revista mexicana de sociología**, Cidade do México, v. 47, n. p. 5-16, Out-Dez, 1985.

GEORGES, R.; MAIA, K. **A Distância que nos Une**: um retrato das desigualdades brasileiras. São Paulo: Brief Comunicação; São Paulo: Oxfam Brasil, 2017. Editoração Brief Comunicação. 2017. Disponível em: (<https://www.oxfam.org.br/a-distancia-que-nos-une>>. Acesso em: 24 jan. 2019.

GERARD, D. A., ESPINOZA, F.. O recrutamento dos ministros da área social em tempos de impeachment. In: Newsletter. **Observatório de elites políticas e sociais do brasil**. v. 3, n. 9. 2016.

GIOVANELLA, L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 6, n. 2, p. 129-153, Jun 1990

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção primária à saúde**: seletiva ou coordenadora dos cuidados?. Rio de Janeiro: CEBES, 2012

GONÇALVES, R. **Conjuntura internacional, falhas nacionais e crescimento econômico**: Falhas de governo, mercado e modelo explicam a queda da renda per capita no Brasil (2011-16). Textos para Discussão, nº 1, Instituto de Economia da UFRJ, 2017.

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). Tese (Doutorado em Administração). Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciências da Informação e Documentação. Brasília. 2010

HEIMAN, L.; MENDONÇA, M. H. M. A trajetória da atenção básica em saúde e o Programa de Saúde na Família no SUS. In: LIMA, N.T. et al. (Org.) **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

HOWLETT, M.; RAMESH, M. **Studying public policy**: policy cycles and policy subsystems. 2. ed. Toronto: Oxford University Press, 2003.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2010

IBGE. **Portal Brasil em Síntese**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>>. Acesso em: 10 out. 2018a

IBGE. **Regiões de influência das cidades. Brasil, 2007**. Disponível em: <<https://ww2.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/regic.shtm?c=7>>. Acesso em: 13 out 2018.

IBGE. SIDRA: **Banco de Tabelas Estatísticas**. Disponível em: <www.sidra.ibge.gov.br> . Acesso em: 10 out. 2018b

IPEA. Mapa. In: _____. **Atlas da vulnerabilidade social**. Mapa. Brasil. Disponível em: <<http://ivs.ipea.gov.br/index.php/pt/mapa>> Acesso em: 22 out. 2018.

KERBAUY, M. T. M. Descentralização, formulação e implementação de políticas públicas. In: **Anais do 3o Encontro da Associação Brasileira de Ciência Política**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Ciência Política; 2002. p. 17

KINGDON, J.W. **Agendas, Alternatives and Public Policies**. Boston: Longman. 2011

KVALE, S. **Interviews: an introduction to qualitative research interviewing**. Thousand Oaks: Sage; 1996.

LAGO, W. L. S.; GONÇALVES, N. L. **O Polo Médico-Hospitalar do Recife e a espacialização dos seus Equipamentos de saúde: polo de crescimento ou de desenvolvimento?**. 2010. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Urbano). Universidade de Pernambuco, Recife, 2010.

LANDSBERG, G. A. P. et al. Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 11, p. 3025-3036, Nov. 2012 .

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, jul./dez. 2001.

LIMA, L.; ANDRADE, C.L.T. Condições de financiamento em saúde nos grandes municípios do Brasil. **Cad Saúde Pública [online]**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2237-2248, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n2/05.pdf>>. Acesso: 10 jul 2019.

MACEIÓ. Câmara Municipal de Maceió. Demonstrações Contábeis. **Relatório Resumido de Execução Orçamentária**. Maceió. Disponível em: <<https://www.maceio.al.leg.br/transparencia/portal/rreox>>. Acesso em: 03 jan 2019a

MACEIÓ. **Portal da Transparência**. Despesas por órgãos. Disponível em: <http://ssmfwebsvr.smf.maceio.al.gov.br/transparencia/web/#/despesas>. Acesso em: 20 jan 2019b.

MACEIO. Prefeitura Municipal de Maceió. **Lei nº 5.241 de novembro de 2002**. Institui o plano de cargos e carreiras dos profissionais de saúde do município de Maceió. Maceió, 2002.

MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Planejamento. **Relatório de gestão - período de janeiro a dezembro de 2013**. Maceió. 2013a.

MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Planejamento. **Relatório de gestão - período de janeiro a dezembro de 2014**. Maceió. 2014a.

MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Planejamento. **Relatório de gestão - período de janeiro a dezembro de 2015**. Maceió. 2015.

MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Planejamento. **Relatório de gestão - período de janeiro a dezembro de 2016**. Maceió. 2016.

MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Planejamento. **Relatório de gestão - período de janeiro a dezembro de 2017**. Maceió. 2017a.

MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação Geral de Distritos Sanitários. **Diagnóstico Situacional dos Distritos Sanitários de Maceió**. Maceió, 2013b.

MACEIO. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação Geral de Planejamento, Controle e Avaliação. **Plano Municipal de Saúde – PMS: 2014-2017**. Maceió. 2014b.

MACEIO. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Gestão e Planejamento em Saúde/Coordenação Geral de Planejamento. **Plano Municipal de Saúde (PMS) 2018-2021**. Maceió. 2017b.

MACHADO C. V. et al. Federalismo e política de saúde: comissões intergovernamentais no Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 642-650, 2014.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. ; ANDRADE, C. L. T. Federal funding of health policy in Brazil: trends and challenges. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, n. 1, p. 187-200, Jan. 2014 .

MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L. The contribution of primary care systems to health outcomes within organization for economic cooperation and development (OECD) countries, 1970-1998. **Health Serv Res**, Chicago, v. 38, n. 4, p. 819-854, 2003.

MAGNO, L. D.; PAIM, J. S. Dos clamores das ruas aos rumores no Congresso: uma análise da conjuntura recente da saúde no Brasil. Rio de Janeiro, **RECIIS [Online]**. Rio de Janeiro, v.9, n.4, out-dez 2015.

MALTA, D. C. et al . Medidas de austeridade fiscal comprometem metas de controle de doenças não transmissíveis no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 10, p. 3115-3122, Out. 2018 .

MALTA, D. C. et al . Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 23, n. 4, p. 599-608, Dez. 2014 .

MATTA, G.C; MOROSINI, M.V.G. Atenção Primária à saúde. In: Pereira, I.B; Lima, J.C.F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. v.1. p.44-50.

MATUS, C. **Política Planejamento e Governo**. 1. ed. Brasília: IPEA, 1996. 2 tomos.

MEDINA et al. **Implantação da Política de Atenção Básica no Brasil no Ano de 2014**. Relatório de Acompanhamento de Políticas: Estudos e pesquisas em atenção primária em saúde. Observatório de Análise Política em Saúde. Acesso em: 03 fev 2018. Disponível em: <http://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/matriz/>

MEDINA, M. G. **Entrevista com integrante do comitê Maria Guadalupe Medina - Regiões e Redes**. [11 de abril, 2017]. Rio de Janeiro: ABRASCO. Entrevista concedida ao site Regiões e Redes.

MELLO, G. A. FONTANELLA, B. J. B. DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde - origens e diferenças conceituais. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009

MELO, E. A. et al . Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 42, n. spe1, p. 38-51, Set. 2018 .

MENDES, A.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 42, n. spe1, p. 224-243, Set. 2018.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MENDES, E. V. Entrevista - O SUS e a Atenção Primária à Saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 8, n. 2, jul./dez. 2005.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MORAIS, H. M. M. et al . Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 34, n. 1, 2018 .

MOTA, A; SCHRAIBER, L.B. Atenção Primária no Sistema de Saúde: debates paulistas numa perspectiva histórica. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 20, n. 4, p. 837-852, 2011.

NEDEL, F.B. et al. Características da atenção básica associada ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática de literatura. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v. 19, n. 1, p. 61-75, 2010.

NOVAES, L.; MATTOS, E. O efeito da intenção de reeleição sobre gastos em saúde: uma análise com base no modelo de reputação política. **Revista de Economia Política**, São Paulo, v. 30, n. 117, p. 140-158, 2010.

OBSERVATÓRIO DE ANÁLISE POLÍTICA EM SAÚDE. **A quem interessa a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)?**. Boletim informativo do Observatório de Análise Política em Saúde e do Centro de Documentação Virtual. Ano 3. Edição nº13. Setembro/Octubre 2017. Disponível em:
<http://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/boletim/edicao/13> Acesso em: 03 mar 2018

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Monitoring framework and targets for the prevention and control of NCDs: a comprehensive global monitoring framework, including indicators, and a set of voluntary global targets for the prevention and control of noncommunicable diseases**. Genebra, 2012. Disponível em:
http://www.who.int/nmh/events/2012/consultation_april_2012/en/. Acesso: 05 mar 2018

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. In: VICTORA, C. G. et al. **Saúde no Brasil: a série The Lancet**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 11-31

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1936, Out. 2013.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM, J.S. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 343-347, jul./set. 2012

PAIM, J.S. Descentralização das ações de saúde no Brasil e a renovação da proposta “Saúde para Todos”. In: PAIM, J.S. **Saúde, Política e Reforma Sanitária**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002

PEOPLE’S HEALTH MOVEMENT (PHM). **Carta dos Povos pela Saúde**. 2000. Disponível em: http://www.phmovement.org/sites/www.phmovement.org/files/phm-pch-portuguese_0.pdf. Acesso em: 22 fev. 2018.

PEREIRA, B. L. C. Da administração Pública burocrática à gerencial. In: PEREIRA, L. C. B., SPINK, .P (Org.). **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. Rio de Janeiro: Ed. FGV: 2006. p. 237-270.

PINTO JUNIOR, E. P. et al. Efeito da Estratégia Saúde da Família nas internações por condições sensíveis à atenção primária em menores de um ano na Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, 2018.

PINTO, E. C. et al. **A economia política dos governos Dilma**: acumulação, bloco de poder e crise. Textos para Discussão, nº 4, Instituto de Economia da UFRJ, 2016.

PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. S.; VIEIRA, F. S. **Consolidação do Gasto com Ações e Serviços Públicos de Saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017**. Texto para discussão 2439. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Dez. 2018.

PORTAL PRIMEIRA EDIÇÃO. "Vamos calçar todos os bairros de Maceió", garante Rui Palmeira.mpg. **Youtube**, 2012b. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=VxBXvSXm3gI> Acesso em: 11 out 2018

PRADO et al. **Implantação da Política de Atenção Básica no Brasil no ano de 2015**. Relatório de Acompanhamento de Políticas: Estudos e pesquisas em atenção primária em saúde. Observatório de Análise Política em Saúde. Acesso em: 03 fev 2018. Disponível em: <http://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/matriz/>

PREFEITURA de Maceió divulga agenda de nomeação do concurso da Saúde. **G1 Alagoas**, Maceió, 2013. Disponível em: <http://g1.globo.com/al/alagoas/noticia/2013/05/prefeitura-de-maceio-divulga-agenda-de-nomeacao-do-concurso-da-saude.html>. Acesso: 11 out 2018

PREFEITURA DE MACEIÓ. Posse de José Thomaz Nonô, novo secretário de Saúde de Maceió. **Youtube**, 2015. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=orfnOIhjs>. Acesso em: 11 out 2018

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO; IPEA; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. Consulta. In: _____. **Atlas do desenvolvimento humano. Consulta**. Brasil. 2013. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/consulta/>. Acesso em: 23 out. 2018.

PSDB vence em Maceió (AL) e disputará o segundo turno em oito capitais. **PSDB Social Democracia**, 2012. Disponível em: <http://www.psdb.org.br/acompanhe/psdb-vence-em-maceio-al-e-disputara-o-segundo-turno-em-oito-capitais/> Acesso em: 11 out 2018

QUATRO CANTOS. "Saúde será minha prioridade" diz Rui Palmeira. **Youtube**, 2012. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=cEMxVZY0VcI> Acesso em: 11 out 2018

RAEDER, S. Ciclo de políticas: uma abordagem integradora dos modelos para análise de políticas públicas. Belo Horizonte. **Perspectivas em Políticas Públicas**, Belo Horizonte, v. 8, n. 13, p. 121-146, jan-jun 2014.

RASELLA, D.; AQUINO, R.; BARRETO, M.L. Impact of the Family Health Program on the quality of vital information and reduction of child unattended deaths in Brazil: an ecological longitudinal study. **BMC Public Health**, Londres, v. 10, n. 380, 2010.

REEVES, A. et al. The political economy of austerity and healthcare: cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995-2011. **Health policy**, v. 115, n. 1, p. 1-8, mar. 2014.

RICO, A.; SALTMAN, R.; BOERMA, W. Organizational restructuring in European Health System: the role of primary care. **Social Policy & Administration**, Malden, v. 37, n. 6, p. 592-608, dez. 2003.

RIZZOTTO, M. L. F. Focalização em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.) **Dicionário da Educação Profissional em Saúde [Online]**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario>>. Acesso em: 28 nov. 2018

RODRIGUES, C.; GUSTAVO, D. Patrimônio de candidatos à prefeitura de Maceió vai de zero a R\$ 2 milhões. **G1 Alagoas**, Maceió, 2016. Disponível em: <http://g1.globo.com/al/alagoas/eleicoes/2016/noticia/2016/08/patrimonio-de-candidatos-prefeitura-de-maceio-vai-de-zero-r-2-milhoes.html>. Acesso em: 20 out 2018.

ROSANO A. et al. The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. **Eur. j. public health**, Estocolmo, v. 23, n. 3, p. 356-360, 2013.

RUI Palmeira (PSDB) é eleito no primeiro turno em Maceió. **UOL Eleições 2012**, São Paulo, 2012. Disponível em: <<https://eleicoes.uol.com.br/2012/noticias/2012/10/07/rui-palmeira-psdb-e-eleito-no-primeiro-turno-em-maceio.htm>>. Acesso em: 11 de Outubro de 2018

RUIZ, D. et al. **Implantação da Política Nacional de Atenção Básica e da Política Nacional de Promoção da Saúde no ano de 2016**. Relatório de Acompanhamento de Políticas: Estudos e pesquisas em atenção primária em saúde. Observatório de Análise Política em Saúde. Acesso em: 03 fev 2018. Disponível em: <http://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/matriz/>

SAAD-FILHO, A.; BOITO, A. Brazil: The failure of the PT and the rise of the 'New right'. **Socialist Register**, Toronto, v. 52, p. 213-230. Disponível em: <<http://socialistregister.com/index.php/srv/article/view/25598#.VjPA7erQdU>>. Acesso em: 03 nov. 2018.

SAMAJA, J. **Epistemología de la salud**: Reproducción social, subjetividad y transdisciplina. 1º ed. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A. 2004.

- SANTOS, F. A. et al. A definição de prioridade de investimento em saúde: uma análise a partir da participação dos atores na tomada de decisão. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1079-1094, Dez. 2015.
- SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. In: VICTORA, C. G. et al. **Saúde no Brasil: a série The Lancet**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 61-74.
- SCHRAMM, J. M. A.; PAES-SOUZA, R.; MENDES, L. V. P.. **Políticas de Austeridade e seus Impactos na Saúde**. Futuros do Brasil: Textos para debate, Rio de Janeiro, n. 1, p. 1-38, maio 2018.
- SCHWARZ, L.; STARLING, H. **Brasil: uma biografia**. São Paulo: Companhia de Letras, 2015.
- SILVA, A. M. A; SERVO, L. M. S; VIEIRA, R. S. A Saúde em Maceió: Uma Análise Descritiva das Necessidades, da Estrutura de Oferta e do Financiamento. In: SILVA, A. M. A (Org.). **Economia de Maceió** : diagnóstico e proposta para construção de uma nova realidade. Brasília : Ipea : Ed. UFAL, 2013.
- SILVA, I. B. Desafios do financiamento da atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 30, n. 1, p. 110-117, jan-mar 2017.
- SILVA, M. A. P. et al . Atenção Básica em Alagoas: expansão da Estratégia Saúde da Família, do Nasf e do componente alimentação/nutrição. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 38, n. 103, p. 720-732, Dez. 2014.
- SIMOU, E.; KOUTSOGEORGOU, E. Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: a systematic review. **Health Policy**, Amsterdã, v. 115, n. 2-3, p. 111–119, abr. 2014.
- SINGER, A. Cutucando onças com varas curtas: O ensaio desenvolvimentista no primeiro mandato de Dilma Rousseff (2011-2014). **Novos estud. - CEBRAP**, São Paulo, n. 102, p. 39-67, jul. 2015.
- SOARES, C. L. M.; PAIM, J. S.. Aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no Município de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 5, p. 966-974, Mai 2011
- SOUZA, C. Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Públicas. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M; MARQUES, E. (Org.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro, 2007, p. 65-86.
- SOUZA, J. **A elite do atraso**: da escravidão à Lava Jato. Rio de Janeiro: Leya, 2017
- STARFIELD, B. **Atenção primária de saúde**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília, UNESCO, Ministério da saúde, 2002.
- STOTZ, E.. Trajetória, limites e desafios do controle social do SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 73/74, maio-dez, 2006.
- SVARTMAN, E. M.; SILVA, A. L. Castigo sem crime? Raízes domésticas e implicações internacionais da crise brasileira. **Conjuntura Austral**, Porto Alegre, v. 7, n. 35, p. 4-14, abr.-mai, 2016.

TEIXEIRA, C. F. **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010.

TENDLER, J. **Bom governo nos trópicos: uma visão crítica**. Brasília, DF: ENAP; Rio de Janeiro: Revan, 1998.

TESTA, M. Decidir en Salud: ¿Quién?, ¿Cómo? y ¿Por qué?. **Salud colectiva**, Lanús, v. 3, n. 3, p. 247-257, dez. 2007.

TESTA, M. Estrategia, coherencia y poder en las propuestas de salud (primera parte). **Cuadernos Médico Sociales**, Rosario, n. 38, 1986.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

TESTA, M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TESTA, M. Vida. Señas de identidad (miradas al espejo). **Salud Colectiva**, Lanús, v.1, n. 1, p. 33-58, 2005.

THOMAS, S.; GILSON, L. Actor management in the development of health financing reform: health insurance in South Africa, 1994–1999. **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 19, n. 5, p. 279–291, 2004.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, Dez. 2002.

VAITSMAN, J.; RIBEIRO, J. M.; LOBATO, L. V. C. Análise de políticas, políticas de saúde e a Saúde Coletiva. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23 n. 2, p. 589-611, 2013.

VIACAVA, F. et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, Jun 2018.

VIANA, A.L.D; BAPTISTA, T.W.F. Análise de Políticas de Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato, L.V.C., Noronha J.C., Carvalho A.I. (Orgs.) **Políticas e sistemas de saúde no brasil**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012. p. 59-88.

VICENTE, V. M. B. A análise de políticas públicas na perspectiva do modelo de coalizões de defesa. **R. Pol. Públ.**, São Luís, v. 19, n. 1, p. 77-90, jan./jun. 2015

VIEIRA, F. S. et al. **Políticas sociais e austeridade fiscal: como as políticas sociais são afetadas pelo austericídio da agenda neoliberal no Brasil e no mundo**. Rio de Janeiro: CEBES, 2018.

VILASBÔAS, A. L. Q.; PAIM, J. S. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 1239-1250, 2008.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v. 22, n.44, p. 203-220, ago-dez 2014.

WALT, G. et al. ‘Doing’ health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 23, n. 5, p. 308-317, 2008.

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, 1994.

WENDT, C.; THOMPSON, T. Social austerity versus structural reform in European health systems: a four-country comparison of health reforms. **Int. j. health serv.**, Londres, v. 34, n.3, p.415-433, 2004.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: Planejamento e métodos. Porto Alegre, RS: Bookman, 2001.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Elaborado de acordo com a Resolução 466/2012-CNS/CONEP)

Convidamos V.Sa. a participar do **“Análise da Política de Atenção Básica em Saúde do Município de Maceió – AL no período de 2013 a 2017”**, sob responsabilidade do pesquisador Pedro Miguel dos Santos Neto e o mestrando Arthur Grangeiro do Nascimento, do Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz (IAM – FIOCRUZ), orientado pelo mesmo, que tem por objetivo geral: Analisar a política municipal de atenção básica em saúde, do seu processo de inclusão na agenda à sua implementação no município de Maceió – AL entre 2013 e 2017; e por objetivos específicos: Identificar os atores envolvidos no processo e seus recursos de poder; Descrever o processo de construção e implementação da política de atenção básica no período; Analisar a coerência entre os propósitos do governo, a organização institucional responsável pela execução da política e os métodos utilizados por ela. Para realização deste trabalho usaremos os métodos de análise de documentos e entrevistas semiestruturadas. Esclarecemos que manteremos em anonimato, sob sigilo absoluto, durante e após o término do estudo, todos os dados que identifiquem o sujeito da pesquisa usando apenas, para divulgação, os dados inerentes ao desenvolvimento do estudo. Informamos também que após o término da pesquisa, serão destruídos de todo e qualquer tipo de mídia que possa vir a identificá-lo tais como filmagens, fotos, gravações, etc., não restando nada que venha a comprometer o anonimato de sua participação agora ou futuramente. Quanto aos riscos e desconfortos, informamos que a condução da entrevista semiestruturada poderá acarretar algum tipo de desconforto (cansaço físico e/ou emocional). Caso você venha a sentir algo dentro desses padrões, comunique ao pesquisador para que sejam tomadas as devidas providências: paralisação da condução da entrevista semiestruturada e remarcação em outro dia/horário de sua conveniência. Os benefícios esperados com o resultado desta pesquisa são tanto no âmbito científico, de aplicar métodos utilizados para a análise políticos em saúde, amplamente discutidos na Saúde Coletiva, inclusive por integrar diferentes abordagens frente a problemas cotidianos de complexidade já apontada; quanto no âmbito político, ou seja, de fornecer uma compreensão do fenômeno para que seja possível intervir para sua transformação. O (A) senhor (a) terá os seguintes direitos: a garantia de esclarecimento e resposta a qualquer pergunta; a liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento sem prejuízo para si ou para seu tratamento (se for o caso); a garantia de que em caso haja algum

dano a sua pessoa (ou o dependente), os prejuízos serão assumidos pelos pesquisadores ou pela instituição responsável. Inclusive, acompanhamento médico e hospitalar (se for o caso). Caso haja gastos adicionais, os mesmos serão absorvidos pelo pesquisador.

Em caso de dúvidas, o (a) senhor (a) poderá procurar o Comitê de Ética do CPqAMFIOCRUZ- PE pessoalmente ou pelo telefone (81) 21012639. Endereço: Av. Profº Moraes Rego, S/N. Campus da UFPE. Recife/PE. Fone: 21012629.

Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, após ter recebido todos os esclarecimentos e ciente dos meus direitos, concordo em participar desta pesquisa, bem como autorizo a divulgação e a publicação de toda informação por mim transmitida, exceto dados pessoais, em publicações e eventos de caráter científico. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do(s) pesquisador (es).

Local:

Data: ___/___/___

Assinatura do sujeito (ou responsável)

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE B - ROTEIROS DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

ENTREVISTA PARA SECRETÁRIOS DE SAÚDE E SECRETÁRIOS ADJUNTOS

1. Inicialmente, gostaria que comentasse sobre sua trajetória para chegar a ocupar o cargo de secretário municipal de saúde em Maceió.

- Perguntas acessórias:
 - Qual sua formação?
 - Onde já atuou previamente, em relação à administração pública?
 - Faz parte de algum grupo político ou movimento social?
 - Qual foi sua trajetória dentro da secretaria de saúde?

2. Como foi o processo de construção da política de atenção básica em Maceió?

- Perguntas acessórias:
 - Na sua opinião, o que motivou incluir o tema da atenção básica no Plano Municipal de Saúde de 2014-2017?
 - De que forma ocorreu o debate? O que deu base para as propostas? Em que espaços foi debatido?
 - Além das propostas de presentes no plano, outras alternativas de enfrentamento dos problemas foram discutidas? Quais? Como se desenvolveu esse debate?
 - Quais foram os principais envolvidos na inserção da atenção básica no Plano Municipal de Saúde? Quais pessoas/grupos estiveram a frente deste processo? De que forma elas atuaram? Houve divergências? Houve algum prejudicado ou beneficiado?
 - Quais foram as posições dos envolvidos em relação à organização da atenção básica? Houve oposições às propostas pautadas? Quais?
 - De que forma o Sr(a) participou destas definições? Qual a sua participação neste processo? (O que defendia? Por quais razões?)

3. Como ocorreu o processo de execução da política de atenção básica?

- Perguntas acessórias:
 - Quem são os responsáveis pela execução?
 - Como são tomadas as decisões mais amplas de definição e condução das ações sob a responsabilidade da SMS (quais as formas e espaços de negociação; quem participa? Pessoas ou grupos externos à instituição participam destas decisões? De que forma? Existem órgãos colegiados internos? Quais são, quem participa e de que forma atuam?)
 - Como os técnicos da secretaria receberam as mudanças nos direcionamentos de projetos da nova gestão municipal em 2013, em particular no que se refere às ações de atenção básica? Houve resistências? Quais? De quais grupos?
 - Como se desenvolveu o processo de trabalho para a execução da política de atenção básica? Quais as estruturas organizativas da SMS participaram deste processo? Quais as responsabilidades de cada grupo? Que facilidades e dificuldades você identifica no desenvolvimento deste processo?

4. Na sua visão, quais os fatos políticos, seja no âmbito municipal, estadual, nacional ou até internacional, influenciaram na construção e execução da política de atenção básica em Maceió?

- Perguntas acessórias:
 - A crise política no Brasil interferiu?
 - Houve mudanças nos cargos do alto escalão da SMS no período de 2013 a 2017? Quais?
 - Pessoas importantes na formulação e condução da política de atenção básica saíram da SMS ou mudaram de função entre 2013 e 2016?

5. Houve entraves ou facilitadores econômicos/financeiros para política de AB durante esse período?

- Perguntas acessórias:
 - A crise econômica do país interferiu?
 - Como ocorre o planejamento orçamentário das ações da SMS (quem participa, com base em quais informações se define as dotações)? Quem é o gestor do Fundo municipal de saúde? A SMS participa de órgãos colegiados externos? Quais? Quem participa?

6. Há mais alguma informação, que o Sr.(a) considere importante, sobre a construção e implementação da política de atenção básica em Maceió, que não foi abordada?

ENTREVISTA PARA PRINCIPAIS DIRIGENTES DA SMS

1. Inicialmente, gostaria que comentasse sobre sua trajetória para chegar a ocupar esse cargo na secretaria municipal de saúde em Maceió.

- Perguntas acessórias:
 - Qual sua formação?
 - Onde já atuou previamente, em relação à administração pública?
 - Faz parte de algum grupo político ou movimento social?
 - Qual a sua forma de contratação junto à SMS?
 - Suas decisões de trabalho são negociadas diretamente com quais instâncias/pessoas?
 - Qual a sua trajetória política? Como chegou à posição atual?
 - Desde quando atua na SMS?
 - Que cargos você ocupou na instituição?

2. Como foi o processo de construção da política de atenção básica em Maceió?

- Perguntas acessórias:
 - Na sua opinião, o que motivou incluir o tema da atenção básica no Plano Municipal de Saúde de 2014-2017?
 - De que forma ocorreu o debate? O que deu base para as propostas? Em que espaços foi debatido?
 - Além das propostas de presentes no plano, outras alternativas de enfrentamento dos problemas foram discutidas? Quais? Como se desenvolveu esse debate?

- Quais foram os principais envolvidos na inserção da atenção básica no Plano Municipal de Saúde? Quais pessoas/grupos estiveram a frente deste processo? De que forma elas atuaram? Houve divergências? Houve algum prejudicado ou beneficiado?
- Quais foram as posições dos envolvidos em relação à organização da atenção básica? Houve oposições às propostas pautadas? Quais?
- De que forma o Sr(a) participou destas definições? Qual a sua participação neste processo? (O que defendia? Por quais razões?)

3. Como ocorreu o processo de execução da política de atenção básica?

- Perguntas acessórias:
 - Quem são os responsáveis pela execução?
 - Como são tomadas as decisões mais amplas de definição e condução das ações sob a responsabilidade da SMS (quais as formas e espaços de negociação; quem participa? Pessoas ou grupos externos à instituição participam destas decisões? De que forma? Existem órgãos colegiados internos? Quais são, quem participa e de que forma atuam?)
 - Como os técnicos da secretaria receberam as mudanças nos direcionamentos de projetos da nova gestão municipal em 2013, em particular no que se refere às ações de atenção básica? Houve resistências? Quais? De quais grupos?
 - Como se desenvolveu o processo de trabalho para a execução da política de atenção básica? Quais as estruturas organizativas da SMS participaram deste processo? Quais as responsabilidades de cada grupo? Que facilidades e dificuldades você identifica no desenvolvimento deste processo?

4. Na sua visão, quais os fatos políticos, seja no âmbito municipal, estadual, nacional ou até internacional, influenciaram na construção e execução da política de atenção básica em Maceió?

- Perguntas acessórias:
 - A crise política no Brasil interferiu?
 - Houve mudanças nos cargos do alto escalão da SMS no período de 2013 a 2016? Quais?
 - Pessoas importantes na formulação e condução da política de atenção básica saíram da SMS ou mudaram de função entre 2013 e 2016?

5. Houve entraves ou facilitadores econômicos/financeiros para política de AB durante esse período?

- Perguntas acessórias:
 - A crise econômica do país interferiu?
 - Como ocorre o planejamento orçamentário das ações da SMS (quem participa, com base em quais informações se define as dotações)? Quem é o gestor do Fundo municipal de saúde? A SMS participa de órgãos colegiados externos? Quais? Quem participa?

6. Há mais algumas informações, que o Sr.(a) considere importante, sobre a construção e implementação da política de atenção básica em Maceió, que não foi abordada?

ENTREVISTA PARA TÉCNICOS DA SMS

1. Inicialmente, gostaria que comentasse sobre sua trajetória para chegar a ocupar esse cargo na secretaria municipal de saúde em Maceió.

- Perguntas acessórias:
 - Qual sua formação?
 - Onde já atuou previamente, em relação à administração pública?
 - Faz parte de algum grupo político ou movimento social?
 - Qual a sua forma de contratação junto à SMS?
 - Suas decisões de trabalho são negociadas diretamente com quais instâncias/pessoas?
 - Qual a sua trajetória política? Como chegou à posição atual?
 - Desde quando atua na SMS?
 - Que cargos você ocupou na instituição?
 - Atualmente, qual a sua função e principais responsabilidades na SMS?

2. Como foi o processo de construção da política de atenção básica em Maceió?

- Perguntas acessórias:
 - Na sua opinião, o que motivou incluir o tema da atenção básica no Plano Municipal de Saúde de 2014-2017?
 - De que forma ocorreu o debate? O que deu base para as propostas? Em que espaços foi debatido?
 - Além das propostas de presentes no plano, outras alternativas de enfrentamento dos problemas foram discutidas? Quais? Como se desenvolveu esse debate?
 - Quais foram os principais envolvidos na inserção da atenção básica no Plano Municipal de Saúde? Quais pessoas/grupos estiveram a frente deste processo? De que forma elas atuaram? Houve divergências? Houve algum prejudicado ou beneficiado?
 - Quais foram as posições dos envolvidos em relação à organização da atenção básica? Houve oposições às propostas pautadas? Quais?
 - De que forma o Sr(a) participou destas definições? Qual a sua participação neste processo? (O que defendia? Por quais razões?)

3. Como ocorreu o processo de execução da política de atenção básica?

- Perguntas acessórias:
 - Quem são os responsáveis pela execução?
 - Como são tomadas as decisões mais amplas de definição e condução das ações sob a responsabilidade da SMS (quais as formas e espaços de negociação; quem participa? Pessoas ou grupos externos à instituição participam destas decisões? De que forma? Existem órgãos colegiados internos? Quais são, quem participa e de que forma atuam?)
 - Como os técnicos da secretaria receberam as mudanças nos direcionamentos de projetos da nova gestão municipal em 2013, em

particular no que se refere às ações de atenção básica? Houve resistências? Quais? De quais grupos?

- Como se desenvolveu o processo de trabalho para a execução da política de atenção básica? Quais as estruturas organizativas da SMS participaram deste processo? Quais as responsabilidades de cada grupo? Que facilidades e dificuldades você identifica no desenvolvimento deste processo?
- 4. Na sua visão, quais os fatos políticos, seja no âmbito municipal, estadual, nacional ou até internacional, influenciaram na construção e execução da política de atenção básica em Maceió?**
- Perguntas acessórias:
 - A crise política no Brasil interferiu?
 - Houve mudanças nos cargos do alto escalão da SMS no período de 2013 a 2016? Quais?
 - Pessoas importantes na formulação e condução da política de atenção básica saíram da SMS ou mudaram de função entre 2013 e 2016?
- 5. Houve entraves ou facilitadores econômicos/financeiros para política de AB durante esse período?**
- Perguntas acessórias:
 - A crise econômica do país interferiu?
 - Como ocorre o planejamento orçamentário das ações da SMS (quem participa, com base em quais informações se define as dotações)? Quem é o gestor do Fundo municipal de saúde? A SMS participa de órgãos colegiados externos? Quais? Quem participa?
- 6. Há mais alguma informação, que o Sr.(a) considere importante, sobre a construção e implementação da política de atenção básica em Maceió, que não foi abordada?**

ENTREVISTA PARA MEMBRO DA COMISSÃO DE SAÚDE DA CÂMARA DOS VEREADORES DE MACEIÓ

- 1. Inicialmente, gostaria que comentasse, de forma explanatória, sobre a atuação da Câmara dos Vereadores sobre a política de saúde municipal. Qual o papel da Comissão de Saúde da Câmara dos Vereadores?**
- 2. A Câmara dos Vereadores e a sua Comissão de Saúde tiveram participação na construção do Plano Municipal de Saúde de 2014-2017, especificamente na sobre a Atenção Básica? Quais os atores e interesses envolvidos nessa instância?**
- 3. E na execução das ações referentes à Atenção Básica?**
- 4. Quais foram as principais e mais significativas ações da Câmara dos Vereadores e de sua Comissão de Saúde sobre a atenção básica no período de 2013 a 2017?**
- 5. Quais são os principais desafios para a efetivação da atenção básica em Maceió? Quais os entraves e os facilitadores desse cenário?**

6. **Há mais algumas informação, que o Sr.(a) considere importante, sobre a construção e implementação da política de atenção básica em Maceió, que não foi abordada? Há algum ator importante, para o bem ou para o mal, que devemos entrevistar para conhecer melhor todo processo?**