



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - MEPISCO

ALINE GOMES FERNANDES SANTOS

**IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE:
O CASO DE UM MUNICÍPIO DA BAHIA**

Salvador
2021

ALINE GOMES FERNANDES SANTOS

**IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE:
O CASO DE UM MUNICÍPIO DA BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (MEPISCO), da
Universidade do Estado da Bahia – UNEB, como
requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde
Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Paula Chancharulo de Morais
Pereira

Salvador
2021

FICHA CATALOGRÁFICA
Sistema de Bibliotecas da UNEB

F363

Santos, Aline Gomes Fernandes

Implementação da Política da Atenção Básica à Saúde: o caso de um município da Bahia / Aline Gomes Fernandes Santos, Ana Paula Chancharulo de Moraes, Pereira. - Salvador, 2021.

88 fls : il.

Orientador(a): Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira.

Inclui Referências

Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Ciências da Vida. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva - MEPISCO, Campus I. 2021.

1.Gestão em Saúde. 2.Atenção Primária à Saúde. 3.Sistema Único de Saúde.

CDD: 571

FOLHA DE APROVAÇÃO

IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: O CASO DE UM MUNICÍPIO DA BAHIA

ALINE GOMES FERNANDES SANTOS

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/Mestrado Profissional, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva. Aprovada em de junho de 2021 pela Banca constituída pelos membros:

Aprovada em __ de _____ de 2021 pela Banca constituída pelos membros:

Prof.^a Dr.^a Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira
Universidade do Estado da Bahia - UNEB

Prof.^a Dr.^a Thaís Régis Aranha Rossi
Universidade do Estado da Bahia - UNEB

Prof.^o Dr.^o Márcio Costa de Souza
Universidade do Estado da Bahia - UNEB

Prof.^o Dr.^o Paulo Henrique dos Santos Mota
Universidade de São Paulo - USP

Salvador, ___ de junho de 2021.

AGRADECIMENTOS

Ao Criador de todas as coisas, a todas as guianças que me acompanham, pelo dom da vida, a certeza de que tudo passa e a todas as bênçãos e vitórias permitidas em minha trajetória;

Aos meus pais, **Antônio Fernandes dos Santos (in memoriam)** que do outro lado da vida está a sorrir por mais uma etapa de vitória na minha vida, aquele que me deixou para sempre marcado o valor do compromisso, responsabilidade e do profissionalismo, e **Mailde Gomes Fernandes**, além de grande mãe, minha grande amiga e parceira, pelo cuidado, pelo amor incondicional, por me ensinarem que na simplicidade da vida reside os melhores aprendizados, por me fazerem acreditar que podemos mover montanhas quando queremos conquistar e que o conhecimento nos liberta;

Aos meus irmãos **Fernanda e Fábio** que sempre torceram e me incentivaram com palavras de carinho e de motivação. As minhas primas **Juliana e Marisa** pela nossa retomada, dos momentos de acolhimento e de conversas que alimentam a alma dos finais de semana;

Às minhas amigas irmãs sempre presentes e que neste momento da minha vida foram muito importantes, **Edjaney Cristina, Juliana, Maria Ester, Mariana Bertol, Bianca** pela amizade sincera e pelo incentivo;

À professora **Ana Paula Chancharulo**, a princípio como minha co-orientadora por me acolher como sua orientanda, pelo cuidado e tempo dedicados a mim, pelas orientações e conversas enriquecedoras. E de modo particular agradeço, pela firmeza de me fazer ressignificar o objeto do meu estudo, me fortalecendo a encarar os obstáculos postos da vida, e recomeçar a partir de um novo desafio, um novo caminho. Obrigada pela compreensão e pelo carinho. Gratidão por tudo!!

Agradeço a todo o **Corpo Docente** do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (MEPISCO) da Universidade Estadual da Bahia - UNEB; que juntos possibilitaram uma formação, que contribuirá para a contínua construção científica e social pautada na integralidade, na defesa do Sistema Único de Saúde (SUS). Em especial a **Thaís Aranha** pela competência e doçura na direção deste Programa.

À equipe do administrativo vinculada ao Mestrado Profissional da UNEB/MEPISCO, por orientar os fluxos necessários para o fechamento deste ciclo.

À Diretoria de Atenção Básica do Estado da Bahia (DAB), pela liberação e apoio nesta caminhada de aprendizado e qualificação profissional, representadas pelo diretor Cristiano Soster e representantes da coordenação COAD;

A todos os **colegas da DAB**, pelo convívio, pela amizade e compartilhamento dos saberes no “fazer” do Apoio Institucional e nos diversos amparos que tive ao longo do meu estudo. E, de modo singular, a Patrícia, Rosana, Marina, Carla. Em especial, aos meus colegas e companheiros de turma do mestrado **Françoise e Diego** pelos diversos momentos de diálogo, com vocês com certeza a caminhada se tornou mais leve e nos oportunizou com esse processo compartilhado mais aproximação e vínculo em nossas vidas;

Também em especial à **Nilma**, ex-companheira de equipe Nordeste na DAB, que desde o momento de elucubrações, da concepção do projeto, esteve muito presente no suporte e apoio ao longo da minha jornada. Agora mais recente ao colega de equipe Nordeste João, pela paciência e acolhimento diante da finalização dos processos de mestrado. A **Samantha e Rafaela**, companheiras na vida e na estrada do NRS Alagoinhas, que também me proporcionaram momentos mais leves na condução das ações da equipe. Pelo cuidado, compreensão e estímulo de todos nesta caminhada;

A todos os colegas da turma de mestrado, **Fran, Diego, Marion, Cleide, Tiago, Carolina, Talita, Eduardo, Dandara, Dândara, Milene, Winie, Verônica, Joana, Natasha, Paula, Neemias, Monique**, pela riqueza das trocas em sala de aula, pelas palavras de incentivo nos momentos de desafio, a toda caminhada percorrida nos momentos presenciais e virtuais, apontando e resistindo com o objetivo de construir um SUS mais fortalecido;

Aos gestores e trabalhadores da Atenção Básica entrevistados, pela confiança em prestarem seus depoimentos, a doação dos seus templos, enfim, pela generosidade de socializar a experiência de trabalho de todos vocês;

A todos aqueles sejam gestores, trabalhadores e usuários, que defendem e militam pelo acesso e ofertas de serviços da Atenção Básica e em todos os níveis de atenção à saúde e por um SUS universal, integral, equânime e fortalecido! Muito obrigada por possibilitarem essa experiência enriquecedora e gratificante, da maior importância para meu crescimento como ser humano e profissional.

“Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre.

“O conhecimento emerge apenas através da invenção e da reinvenção, através da inquietante, impaciente, contínua e esperançosa investigação que os seres humanos buscam no mundo, com o mundo e uns com os outros”

Paulo Freire

RESUMO

Na descentralização do Sistema Único de Saúde, proposta pela Constituição Federal de 1988, tornou a gestão do sistema de saúde um compartilhamento de responsabilidades às três esferas administrativas: União, Estado e Municípios. Nesta década, houve avanços do setor saúde no Brasil, mas, também surgiram inúmeros desafios. Neste processo de implantação do Sistema Único de Saúde no país, fez com que os municípios se tornassem elemento central da implementação das políticas de saúde. Apesar do aumento da capacidade gerencial dos municípios, por outro lado também encontramos cenários de dificuldades e muitas mudanças, exigindo novas funções dos entes federativos e organização de novas estruturas administrativas para assegurar o equilíbrio da autonomia e das relações entre as instâncias de governo. É reconhecida a necessidade de contemplar os gestores nas diferentes etapas do processo de regionalização, dada a heterogeneidade de cada local. Este estudo se justifica dada a relevância e aprimoramento do tema, pouco explorado nos estudos acadêmicos, contribuindo com elementos significativos do cotidiano da gestão municipal, em especial no que diz respeito ao processo de implementação da Política de Atenção Básica (PNAB), discussão que servirá de matéria-prima para a capacitação e novas tecnologias de gestão e assistência, assim, como novos formatos de se fazer gestão. Objetivo: Analisar a implementação da Política de Atenção Básica em um município de pequeno porte do estado da Bahia – Brasil. E tem como objetivos específicos: mapear os atores responsáveis pela condução da Política de Atenção Básica no município; caracterizar o perfil da equipe gestora, com destaque para o gestor municipal e coordenação da Atenção Básica; compreender o processo de implementação da Política de Atenção Básica no município identificando facilidades e desafios. Método: Trata-se de estudo exploratório de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, para a coleta de dados, será adotada a técnica de entrevista semiestruturada, junto a informantes-chaves tanto da coordenação municipal de Atenção Básica quanto trabalhadores de saúde de um município do estado da Bahia, a qual contará com um roteiro composto por perguntas norteadoras elaboradas a partir do referencial teórico adotado pela pesquisa. Os dados serão submetidos a análise temática de conteúdo, e por se tratar de um estudo com seres humanos, a pesquisa será apresentada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do estado da Bahia, com seguimento dos trâmites da Resolução 466/2012 e 510/2016. O lócus privilegiado de problematização do objeto deste estudo, evidencia como pergunta de pesquisa: Como se dá a implementação da Política de Atenção Básica em um município de pequeno porte do estado da Bahia? Como questões norteadoras complementares: Quais os atores responsáveis pela condução da Política de Atenção Básica no município? Qual o perfil da do gestor municipal e da coordenação da Atenção Básica? Quais as facilidades e desafios na implementação da Política de Atenção Básica? Espera-se que a pesquisa venha a contribuir com o aprimoramento das práticas da gestão municipal, com o fortalecimento da Atenção Básica do estado da Bahia e, em última instância, com os usuários, foco do sentido de todo investimento em qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-Chaves: Gestão em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Sistema Único de Saúde.



ABSTRACT

In the decentralization of a Unified Health System (SUS), proposed by the Federal Constitution of 1988, the management of the health system became a sharing of responsibilities in the three administrative spheres: Union, State and Municipalities. In this decade, there were advances in the health sector in Brazil, but numerous challenges also emerged. In this process of implementation of SUS in the country, the municipalities became a central element in implementing health policies. Despite the increase in the management capacity of the municipalities, on the other hand, we also find scenarios of difficulties and many changes, requiring new functions from federal entities and organization of new administrative structures to ensure the balance of autonomy and relations between government levels. The need to include managers in the different stages of the regionalization process is recognized, given the heterogeneity of each location. This study is justified given the relevance and improvement of the theme, little explored in academic studies, contributing with significant elements of the daily life of municipal management, especially with regards to the implementation process of the National Primary Care Policy (PNAB), a discussion that will serve raw material for training and new technologies for management and assistance, as well as new formats of management. Objective: To analyze the implementation of the Primary Care Policy in a small town in the state of Bahia – Brazil. And its specific objectives are: to map the actors responsible for conducting the Primary Care Policy in the municipality; characterise the profile of the management team, with emphasis on the municipal manager and coordination of Primary Care; understand the implementation process of the Primary Care Policy in the city, identifying facilities and challenges. Method: This is an exploratory study with a qualitative approach, a case study type, for data collection, the semi-structured interview technique will be adopted, with key informants from both the municipal coordination of Primary Care and health workers of a municipality in the state of Bahia, which will have a script composed of guiding questions elaborated from the theoretical framework adopted by the research. The data will be submitted to thematic content analysis, and as it is a study with human beings, the research will be presented to the Research Ethics Committee of the University of the State of Bahia, following the procedures of Resolution 466/2012 and 510/ 2016. The privileged locus of problematization of the object of this study, highlights as a research the following questions: How is the implementation of the Primary Care Policy in a small town in the state of Bahia? As complementary guiding questions: Who are the actors responsible for conducting the Primary Care Policy in the municipality? What is the profile of the municipal manager and the coordination of Primary Care? What are the facilities and challenges in implementing the Primary Care Policy? It is expected that the research will contribute to the improvement of municipal management practices, with the strengthening of Primary Care in the state of Bahia and, ultimately, with its users, the main focus of every investment on improvement of the Unified Health System (SUS).

Key words: Health Management; Primary Health Care; Unified Health System.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES, QUADROS E GRÁFICOS


- Figura 1** - Linha do tempo APS/AB na Saúde Pública Brasileira
- Figura 2** - Mapa da Bahia com destaque da Macrorregião Nordeste
- Figura 3** - O Postulado de Coerência de Mário Testa
- Figura 4** - O Triângulo de Governo de Carlos Matus
- Figura 5** - Demonstrativo de despesas em saúde segundo fonte e subfunção, ano 2020.
- Quadro 1** - Perfil dos participantes da pesquisa
- Quadro 2** - Descrição dos Documentos Técnicos utilizados/identificados no município investigado
- Quadro 3** - Matriz de Análise da implementação da PNAB no âmbito municipal
- Quadro 4** - Perfil da Gestão Municipal
- Quadro 5** - Implantação e Cobertura das estratégias de ACS, ESF, SB e NASF-ab no município investigado no período entre Dez a Nov de 2020
- Tabela 1** - Recursos transferidos do FNS segundo grupo, janeiro de 2018 a junho 2021.
- Gráfico 1** - Recursos transferidos do FNS, segundo grupo, janeiro de 2018 a junho de 2021.
- Gráfico 2** - Valor percentual (%) mínimo de aplicação em saúde, no período de 2014 a 2020.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACES	Agente Comunitário de Combate às Endemias
APS	Atenção Primária à Saúde
CAMAB	Cadernos de avaliação e Monitoramento de Atenção Básica
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CLS	Conselho Local de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COAM	Coordenação de Avaliação e Monitoramento
COCAB	Colegiado Regional de Coordenadores de Atenção Básica
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
DAB	Diretoria de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
EqSF	Equipe de Saúde da Família
EqSB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NMR	Núcleo Microrregional de Educação Permanente
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Programa Academia da Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PEAB	Política Estadual de Atenção Básica
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PDR	Plano Diretor de Regionalização

PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PMM	Programa Mais Médicos
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SB	Saúde Bucal
SARGUS	Sistema de Apoio à construção do Relatório de Gestão
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SISMOB	Sistema de Monitoramento de Obras
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	18
2.1	OBJETIVO GERAL	18
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3	REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1	ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO BRASIL	19
3.2	A ATENÇÃO BÁSICA NA BAHIA E O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA PEAB	26
3.3	DESAFIOS DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL	29
4	METODOLOGIA	34
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	34
4.2	LOCAL DA PESQUISA	35
4.3	TÉCNICAS DE PRODUÇÃO DE DADOS.....	37
4.4	TÉCNICA  ANÁLISE DOS DADOS	40
4.5	CONSTRUÇÃO DO MODELO DE ANÁLISE.....	44
4.6	ÉTICA EM PESQUISA	46
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
5.1	PROJETO E PROPÓSITO DE GOVERNO	48
5.2	CAPACIDADE DE GOVERNO	56
5.3	GOVERNABILIDADE.....	62
5.4	ORGANIZAÇÃO	63
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
	APÊNDICES	73
	APÊNDICE A – FORMULÁRIO ENTREVISTA CARACTERIZAÇÃO PESSOAL	74
	APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista Gestor Municipal	75
	APÊNDICE C - Roteiro de Entrevista Coordenação Municipal AB	77
	APÊNDICE D - Roteiro de Entrevista Profissional de Saúde (ESF)	79
	APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	82

ANEXOS	84
ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA DA SMS	85
ANEXO B – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DOS DOCUMENTOS REFERENTES A GESTÃO MUNICIPAL	86
ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	87

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Básica, cuja temática contempla esta proposta de trabalho, tem como algumas de suas características principais: ser porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS) e ser espaço privilegiado da gestão do cuidado dos usuários. Desta forma, tem um papel importante no ordenamento e funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) para a efetivação da integralidade no SUS. Para que isso possa se efetivar, é necessário que diversos elementos sejam articulados, como o planejamento dos recursos financeiros, a formação dos profissionais e que os serviços que compõem a RAS sejam organizados entre si (BRASIL, 2017).

A Saúde da Família, por sua vez, é compreendida enquanto uma estratégia para expansão da Atenção Básica, bem como consolidação do SUS. Tais compromissos da Atenção Básica (AB) e Estratégia de Saúde da Família (ESF) são abordados e formalizados na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017), e, para o estado da Bahia, na Política Estadual da Atenção Básica do Estado da Bahia (PEAB) (BAHIA, 2013).

Diversos têm sido os desafios práticos para a gestão do SUS desde a sua implementação. Segundo NQUEIRA *et al.*, (2010), existem quatro questões principais: a descentralização, o financiamento, o controle social e a política de recursos humanos.

Ressalta-se aqui a descentralização político-administrativa dos serviços de saúde, iniciada em 1991 com as Normas Operacionais Básicas (NOB) (BRASIL, 1991a, 1992b, 1993c, 1996d), instituindo o processo político de pactuação intergestores, que define responsabilidades e recursos, antes de domínio Federal, que passaram à esfera estadual e, principalmente, à municipal.

A proposta de descentralização, que implica a transferência de poder e competências do nível central para os níveis locais, aponta alguns desafios, como a implementação de políticas de saúde e organização de novas estruturas administrativas, bem como, a definição de novas competências para os entes federados envolvidos. Desta forma, tudo o que diz respeito a gestão e execução dos sistemas e serviços de saúde às ações da Atenção Básica, por exemplo, passa a ser dever, principalmente, dos gestores municipais, o que pôde trazer avanços para a adequação dos sistemas de saúde às necessidades locais de cada território. Por outro lado, os municípios de médio porte e, principalmente, os de pequeno porte, passam por grandes dificuldades relacionadas a financiamento e gestão local dos sistemas de saúde, comprometendo o cuidado integral (SOUZA *et al.*, 2015).

Em muitos destes municípios, a única oferta de serviços de saúde está na Atenção Básica, trazendo grande responsabilidade para a gestão municipal, no sentido de ampliar a resolutividade destes serviços e na garantia da integralidade da atenção à saúde.

Frente a todo esse cenário de mudanças e da importância da Atenção Básica na universalização do acesso, em 2013, foi instituída a Política Estadual de Atenção Básica (PEAB), construída a partir da realidade e necessidade baiana, em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica e com princípios e diretrizes do SUS. Tem como objetivo o desenvolvimento das ações e implementação das políticas para a expansão e qualificação da Atenção Básica considerando as especificidades locais.

A PEAB apresenta como eixos estruturantes; a Gestão Democrática e Participativa, Comunicação e Informação, Financiamento, Educação Permanente e Apoio Institucional. Este último como estratégia de apoiar gestores municipais na qualificação dos serviços de Atenção Básica, fortalecendo esse nível de atenção no sistema público. Baseado na relação horizontal, promovendo a autonomia de sujeitos e coletivos, reformulando o modo tradicional de se fazer supervisão.

Na realidade dos municípios baianos, existe um agente que contribui para a implementação e gestão da AB no âmbito municipal, o coordenador de Atenção Básica; sua atuação quase sempre é alinhada à do gestor municipal e favorece a interlocução das equipes de saúde e comunidade com os tomadores de decisão.

No entanto, a responsabilidade sobre a implementação da Política de Atenção Básica não se restringe aos coordenadores municipais; ocorre mediante um fazer articulado e coordenado com a equipe gestora e outros atores políticos e sociais locais. Portanto, de forma compartilhada, resguardadas as devidas competências administrativas e legais.

No âmbito da gestão compartilhada, cabe destacar que na PEAB um dos seus eixos estruturantes é o Apoio Institucional, importante ferramenta de qualificação da gestão municipal. Segundo Pereira e Campos (2014), o Apoio Institucional se propõe a um novo modo de fazer gestão, diferente das tradicionais funções gerenciais, pautado em relações construtivas entre os sujeitos com poderes e papéis diferenciados. Tem como um dos seus principais objetivos o de fomentar o protagonismo dos sujeitos e processos de mudança nas organizações, assim, como articular conceitos e tecnologias extraídas da análise institucional e da gestão. Utiliza, portanto, de um método de gestão que aumenta a capacidade dos sujeitos e dos coletivos de refletirem e modificarem a realidade acerca da elaboração, implementação e execução de projetos e políticas públicas.

Na Diretoria de Atenção Básica da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia DAB/SESAB, o Apoio Institucional não se diferencia do conceito acima citado, a função apoio é essência do método Paideia apresentado por Campos (2000a), que opera com o conceito ampliado de gestão, análise e cogestão de coletivos. É nessa perspectiva que o Apoio Institucional opera as suas práticas, elaborando projetos de intervenção, colaborando na implementação de políticas públicas, na construção de espaços coletivos junto às equipes e gestores.

No fazer cotidiano da pesquisadora (apoiadora institucional), no acompanhamento das discussões na Comissão Intergestores Biparte (CIB), na Comissão Intergestores Regional (CIR), nos Colegiados de Coordenadores de Atenção Básica (COCAB) e nas visitas in loco aos municípios observa-se variadas formas de implementação da PNAB, assim como, na gestão da AB que apontam para um conjunto amplo de desafios. Autonomia limitada, acúmulo de funções, sobrecarga de trabalho, ausência de planejamento, rotatividade de profissionais da saúde e escassa qualificação da equipe gestora são alguns exemplos.

Para além destes, a rotatividade de coordenadores, em especial após eleições municipais ou quando da mudança de gestor municipal, é um outro condicionante na implementação da Política de Atenção Básica.

Observa ainda que, muitas vezes, a implementação da política de Atenção Básica a nível local, diverge, em variados graus, das finalidades descritas na PNAB e PEAB. Todavia, responsabilizar apenas a equipe gestora municipal de Atenção Básica seria um reducionismo cego. Há diferentes panos de fundo, fatores e relações que podem influenciar nesse processo de formulação e execução das políticas de saúde.

A partir dessas experiências elaborou-se a seguinte pergunta de investigação: **Como se dá a implementação da Política de Atenção Básica em um município de pequeno porte do estado da Bahia?** Como questões norteadoras complementares: **Quais os atores responsáveis pela condução da Política de Atenção Básica no município? Qual o perfil da do gestor municipal e da coordenação da Atenção Básica? Quais as facilidades e desafios na implementação da Política de Atenção Básica?**

A realização deste estudo justifica-se pela escassa produção científica acerca do objeto de estudo, verificada em um levantamento feito na base de dados – Biblioteca Virtual da Saúde usando os seguintes descritores, Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica e política de saúde; como critérios de inclusão: ano de publicação entre 2010 e 2020; tipo de documento, artigo; acesso ao documento completo; e, idioma, português.

Aplicados tais critérios e combinado os descritores, foram identificados 455 artigos, que após a leitura do título e subtração dos artigos duplicados, resultou em uma amostra de 24 artigos.

Em relação ao ano de publicação, ficou assim distribuído, quatro (04) em 2020, quatro (04) em 2019, seis (06) em 2018, um (01) em 2017, três (03) em 2016, dois (02) em 2015, dois (02) em 2012 e dois (02) em 2010.

Quanto ao objeto, verificou-se uma prevalência de estudos voltados a análise crítica da Política de Atenção Básica no Brasil (09), seguido de pesquisas relacionadas aos desafios da Atenção Básica (03) e APS em Sistemas Universais de Saúde (02). Os demais artigos versavam entre a APS nos estados brasileiros (01), gestão da APS no âmbito municipal (01), percepção dos usuários sobre a Política de Atenção Básica (01), discussão teórica entre APS e Atenção Básica (01), assistência, acessibilidade e equidade na APS (01), financiamento federal da Atenção Básica (01), legislação da Atenção Básica (01), gestão da Atenção Básica em capitais brasileiras (01) e Atenção Básica em assentamento da Reforma Agrária (01).

Assim sendo, espera-se que os resultados da pesquisa adensem o conhecimento sobre a Política de Atenção Básica, em especial na perspectiva de sua implementação no âmbito local; favoreça a realização de novos estudos mediante as conclusões apresentadas e contribua no aprimoramento da Política de AB no âmbito municipal.

Pressupõe-se, também, que o estudo contribua com um melhor entendimento sobre o processo de formulação de políticas de saúde, além de permitir a compreensão da trajetória e condução dos atores partícipes neste processo de implementação, assim como, o efeito da PNAB retratados na forma como o município se organiza/planeja para acompanhar suas equipes, serviços e comunidade.

A partir do referencial teórico e da vivência da autora, construiu-se o seguinte pressuposto: a implementação da Política de Atenção Básica no âmbito municipal está condicionada pelo contexto locorregional (governabilidade, capacidade de governo, formas de organização do processo de trabalho), determinada pela trajetória histórica da AB e convergente com o projeto de governo, práticas de planejamento e com propósito da gestão municipal.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a implementação da Política de Atenção Básica em um município de pequeno porte do estado da Bahia – Brasil.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mapear os atores responsáveis pela condução da Política de Atenção Básica no município;
- Caracterizar o perfil da equipe gestora, com destaque para o gestor municipal e coordenação da Atenção Básica;
- Compreender o processo de implementação da Política de Atenção Básica no município identificando facilidades e desafios.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO BRASIL

A concepção de Atenção Primária à Saúde (APS) que temos hoje surgiu no Reino Unido, em 1920, com o Relatório de Dawson, que recomendava a organização do sistema de atenção à saúde, através de diversos níveis, incorporando desde os serviços domiciliares, até centros de saúde primários, secundários e os hospitais de ensino. Além disso, descreveu as funções de cada nível de atenção e as relações que deveriam existir entre eles, demarcados sobre uma base populacional e regionalizada. Considerado, portanto, como documento fundante da proposta inicial de Redes de Atenção à Saúde (RAS) coordenada pela APS.

Uma década depois surgiu o Relatório Flexner que instituiu a medicina científica, atrela o desenvolvimento da atenção à saúde ao crescimento das especialidades médicas. Tem como elementos ideológicos o mecanicismo, o biologismo, o individualismo e a ênfase no curativismo, vigente até o momento atual (MENDES, 2012).

No final da década de setenta, vários movimentos nos campos cultural e político potencializaram, direta e indiretamente, a discussão da APS. Podemos destacar alguns deles como: a criação do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, em 1948, o movimento feminista e a pílula anticoncepcional, os estudos de Framingham sobre os fatores das doenças cardiovasculares, a proposta Illichiana de desmedicalização dos cuidados de saúde. Toda essa efervescência criou um cenário favorável à institucionalização da APS, debatida na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) cujas deliberações encontram-se consolidadas na Declaração de Alma-Ata. A sua importância está no modo como influenciou as reformas sanitárias ocorridas nos anos 1980 e 1990 (MENDES, 2012).

A Declaração de Alma-Ata, marco histórico na APS, contempla elementos essenciais muito alinhados com a OMS. O acesso universal, o primeiro contato com o sistema de saúde, o conceito ampliado de saúde, o reconhecimento dos determinantes sociais e a participação popular são alguns desses elementos. Essa concepção mais abrangente do termo liderado pelo movimento da medicina social latino-americana também comunga com as diretrizes do SUS no que diz respeito a garantia do direito à saúde. Porém, não foi essa a ideia concebida de atenção primária à saúde integral a que foi implementada no Brasil. Foi difundida a ideia “seletiva” de cestas de serviços, de “medicina pobre para pobres”. E foi na intenção de discordar dessa concepção que o SUS assumiu a denominação Atenção Básica à Saúde, fruto

de uma discussão política do Movimento Sanitário Brasileiro e da Saúde Coletiva, reforçado por entidades fundamentais, como os Conselhos de secretarias municipais e estaduais, e tantos outros atores sociais do país na construção da saúde como direito do cidadão e dever do Estado (GIOVANELLA, 2018).

A adoção dos termos Atenção Básica e Atenção Primária à saúde têm sido utilizadas como sinônimos, muitas vezes pelo desconhecimento do seu contexto conceitual e ideológico a que foram submetidos nos documentos e literatura internacionais. Portanto, o conceito de Atenção Básica construído no nosso país, não pode ser confundido com as formulações hegemônicas e ao reducionismo presente na ideia de atenção primária disseminadas pelas agências internacionais, a exemplo do Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional. Demarcar a diferença dos termos, não aponta somente uma questão semântica, mas, o reconhecimento da disputa de diferentes projetos para o SUS (CECÍLIO; REIS, 2018).

Reiterada a esta ideia, no presente estudo a autora irá utilizar o termo Atenção Básica¹ à Saúde como forma de resistência à concepção seletiva de Atenção Primária, por acreditar numa perspectiva da integralidade do cuidado, em que a Atenção Básica está conectada a outros pontos de atenção com densidades tecnológicas diferentes, mas articulados em rede. Desta forma o termo APS permanecerá somente nos documentos oficiais.

No Brasil, as iniciativas pioneiras na Atenção Básica (AB) remontam a segunda metade do século XX, com a criação dos Centros de Saúde, em São Paulo, pela Paula Souza fortemente influenciada pelo pensamento de Dawson do Reino Unido. No início dos anos 40, a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), hoje, conhecida como Fundação Nacional de Saúde, inspirada no modelo sanitarista americano, propunha serviços de saúde que articulavam ações preventivas e curativas, restritas ao campo das doenças infecciosas.

A Conferência de Alma-Ata também reverberou no país, através de programas de cobertura desenvolvidos em parceria com universidades, a exemplo do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, conhecido por PIASS. As ações do PIASS, foram iniciadas no Nordeste, em 1976, alcançando todo território nacional em 1979.

¹ No presente estudo a autora irá utilizar o termo Atenção Básica¹ à concepção seletiva do termo Atenção Primária, por acreditar numa perspectiva da integralidade do cuidado, em que a Atenção Básica está conectada a outros pontos de atenção com densidades tecnológicas diferentes, mas articulados em rede. Desta forma o termo APS permanecerá somente nos documentos ou figuras oficiais.

No início dos anos de 1980, a crise da Previdência Social, os sérios problemas sanitários e sociais e o movimento de Diretas Já, geraram mudanças importantes no país, culminando com a eleição indireta de um presidente civil, após 20 anos de ditadura militar, a convocação de uma Assembleia Nacional Constituinte e a Promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988 que instituiu a saúde como direito e dever do Estado.

O projeto de Reforma Sanitária Brasileira, também acompanha a instauração do processo de democratização do país, movimento caracterizado pela forte participação de estudantes, profissionais de saúde, professores de departamentos de medicina preventiva e social e técnicos engajados na defesa de um sistema público e universal. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Nos anos de 1990, o Brasil é palco do processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como foco um sistema de saúde de base universal, diante do cenário desafiador do país, com arraigada desigualdade social, econômica e política. A sua criação promoveu importantes mudanças, principalmente, no que diz respeito ao modelo de atenção e de financiamento federal da política de saúde no país. Estas transformações se devem a CF de 1988 e ao processo de descentralização, onde a Atenção Básica ocupou espaço de destaque na agenda setorial da saúde.

O movimento radical de municipalização logrou resultados importantes para diminuição de iniquidades regionais, fortalecendo a capacidade de governo a nível local, a ampliação da cobertura de Atenção Básica por meio das equipes de saúde da família com maior acesso aos serviços (FAUSTO; ALMEIDA; BOUSQUAT, 2018). Por outro lado, a proposta de descentralização, que implica na transferência de poder e competências do nível central para os níveis locais, aponta alguns desafios, como a organização de novas estruturas administrativas, bem como, a definição de novas competências para os entes federados envolvidos.

Desta forma, tudo o que diz respeito a gestão e execução das ações e serviços de saúde da Atenção Básica, passaram a ser, predominantemente, de responsabilidade municipal. Contexto que permitiu inovações importantes, as quais serviram de base para programas nacionais, a exemplo do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); porém, trouxeram desafios quanto a cobertura, a qualidade e ao acesso das ações de saúde, consequência, da dimensão territorial do país, da desigualdade na oferta, das distintas capacidades gestoras dos municípios e o subfinanciamento (SOUZA *et al.*, 2015).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), seguido do Programa de Saúde da Família (PSF), foram intervenções públicas que buscavam fomentar a construção de

um novo modelo assistencial. A implementação do PACS teve caráter emergencial, administrado pela Fundação Nacional de Saúde (FNS), nas regiões norte e nordeste do país, visava atender ações orientadas de combate à seca, controle do cólera, diarreias e vacinação, em locais com dificuldades em interiorização da assistência médica. Essas demandas eram executadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) supervisionados por enfermeiros.

Já o Programa e a posterior Estratégia de Saúde da Família, incorporou o trabalho multiprofissional composto de profissionais médicos, enfermeiros, odontólogos técnicos de enfermagem e saúde bucal e agentes comunitários de saúde. Traz como arcabouço principal o modelo de saúde com foco na família, a ideia de população adscrita, o trabalho em equipe e as ações de saúde pautam-se nas organizações e movimentos sociais do território (MENDES, 2012).

Dado as diversas medidas de estímulo federal a adesão municipal ao Programa de Saúde da Família e as diversas experiências exitosas em sua implementação fez como que este modelo se tornasse o elemento estratégico para a organização da Atenção Básica no Brasil.

De acordo com Melo e colaboradores, (2018) sinalizam que a implantação, inicialmente, restrita a municípios menores e em regiões mais pobres, na década de 2000 alcançou os grandes centros urbanos. A esse respeito, cabe registrar o papel do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF²) no estímulo às gestões locais, em especial dos municípios com população acima de 100 mil habitantes, a ampliarem o quantitativo de equipes de saúde família.

Portanto, ao longo das décadas de 1990 e 2000, houve a edição de um conjunto de normativas ministeriais, que orientaram o processo de descentralização do SUS e serviram de eixo para a instituição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

A Política de Atenção Básica, objeto deste estudo, tem como algumas de suas características principais: ser porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS) e ser espaço privilegiado da gestão do cuidado dos usuários. Assumindo papel relevante no ordenamento e funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e na efetivação da integralidade da atenção. Para que essa premissa ocorra, é necessário que diversos elementos sejam articulados, como o planejamento dos recursos financeiros, a formação dos

² Tratou-se de uma iniciativa do Ministério da Saúde, apoiada pelo Banco Mundial - BIRD, voltada para a organização e o fortalecimento da Atenção Básica à Saúde no País. Os recursos financeiros bem como as ações a serem implementadas pelo PROESF estavam distribuídos em três componentes: apoio à conversão do modelo de Atenção Básica de Saúde; desenvolvimento de recursos humanos; e, monitoramento e avaliação.

profissionais e que os serviços que compõem a RAS sejam organizados entre si (BRASIL, 2017).

Os anos 2000 foram fortemente marcados pelos desafios colocados à implementação da PNAB, as quais destaca-se o subfinanciamento, infraestrutura inadequada, o modelo assistencial e a dificuldade de contratação de profissionais médicos. Mesmo atrelado a este contexto, foi demarcada a expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) nos grandes centros urbanos, a incorporação e ampliação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) e a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Com o advento do Pacto pela Saúde em 2006, foi publicada a primeira edição oficial da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ampliando o escopo e incorporando os atributos da APS mais abrangente. Com a sua segunda edição através da Portaria GM/MS nº 2.488/2011, de 21 de outubro de 2011, a PNAB inicia uma nova fase, marcada por mudanças significativas em sua concepção, que buscavam responder de modo mais qualificado aos desafios da AB no país. Com esta nova roupagem, vieram juntos programas estruturais para fortalecimento da AB, como o Programa Requalifica SUS (ação voltada a melhoria da estrutura física das unidades de saúde), Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), Programa Mais Médicos (ação que buscava melhorar o provimento de médicos em áreas de difícil fixação); e, um incremento no orçamento federal da AB, principalmente no Piso de Atenção Básica (PAB) variável (MELO *et al.*, 2018).

Os anos subsequentes se instaura grave crise econômica e política no país, trazendo grande impacto no SUS. Como destaque temos a aprovação da lei federal que definiu o piso salarial e a obrigatoriedade da contratação, apenas, por vínculo direto dos ACS e Agentes de Combate a Endemias (ACES), recaindo maior responsabilidade para os municípios na contratação desses profissionais (MELO *et al.*, 2018).

Na trajetória de todas essas iniciativas de estruturação e organização da AB, observa-se que estas não foram suficientes para superar o subfinanciamento, a precarização das relações de trabalho, a inadequada formação profissional e a dificuldade de integração com os demais componentes da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (SOUZA, MACHADO, NORONHA, 2015; CECILIO; REIS, 2018).

Em meio a um debate insuficiente e restrita participação da gestão do sistema, em 2017, a PNAB foi novamente editada, sem respeitar o princípio da representatividade na tomada de decisão de entidades como o Conselho Nacional de Saúde, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), que se posicionaram publicamente contrários a esta revisão (MENDONÇA *et al.*, 2018). Dentre as


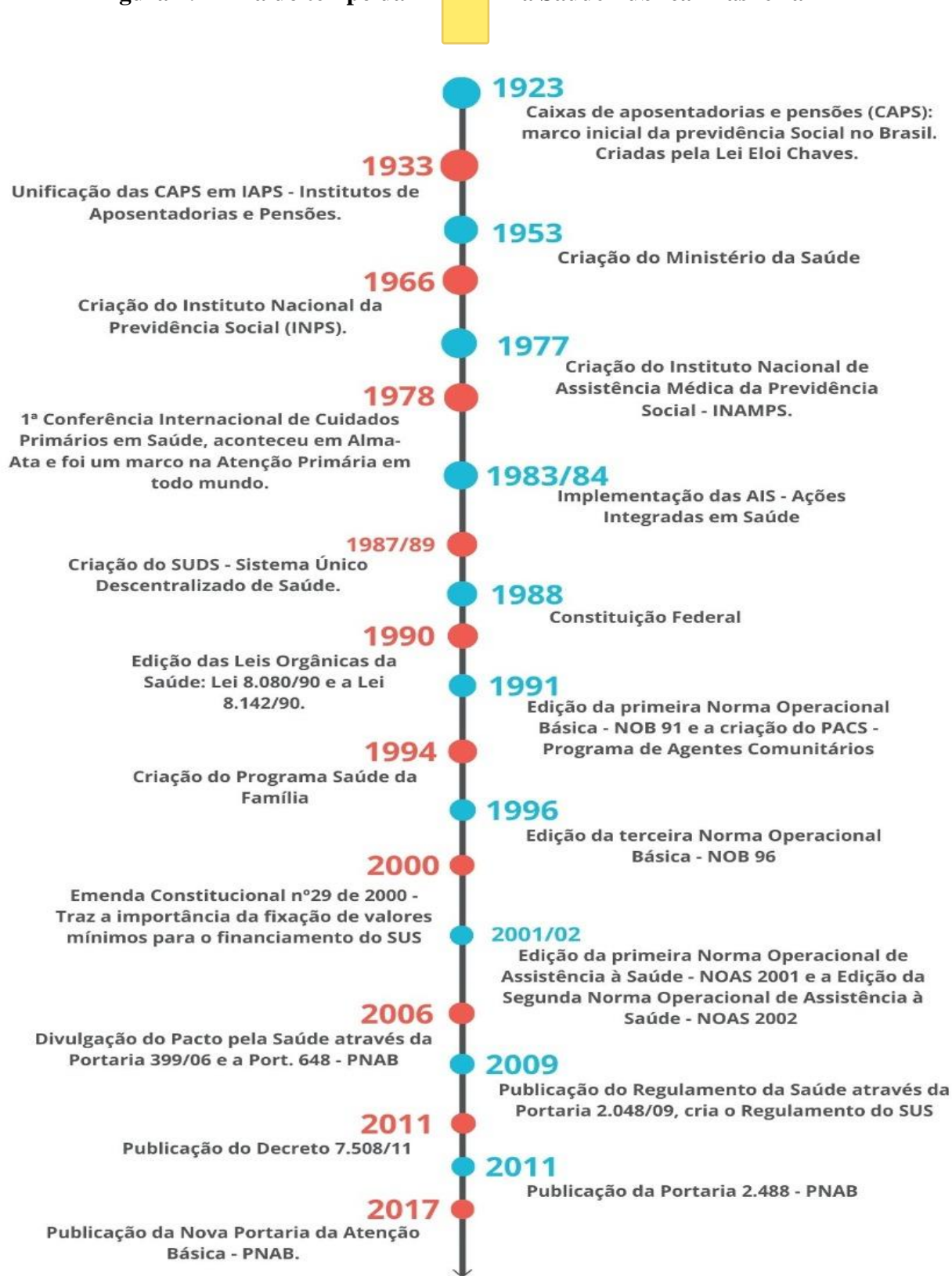
diretrizes revisadas temos: o quantitativo necessário de ACS, a carga horária dos profissionais médicos e a forma  financiamento, esta última em especial, tem sido amplamente discutida diante dos riscos e repercussões dessa medida no atual cenário da Atenção Básica no Brasil.

Figura 1: Linha do tempo da APS/AB na Saúde Pública Brasileira



Fonte: elaboração dos autores

3.2 A ATENÇÃO BÁSICA NA BAHIA E O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA PEAB

No processo de regionalização iniciado em 1991, assim, como os municípios, os estados também tiveram que resgatar o seu papel político frente a descentralização do sistema público de saúde. Desta forma, as secretarias estaduais de saúde redefiniram as suas funções no que diz respeito as ações da Atenção Básica.

O estado da Bahia por sua vez, institui em 2013, a Política Estadual de Atenção Básica (PEAB), pensada com a intenção de reafirmar os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, no fomento à mudança do Modelo de Atenção à Saúde no Estado da Bahia, considerando as especificidades e necessidades municipais e regionais no que diz respeito a expansão e qualificação para o fortalecimento da Atenção Básica do estado (BAHIA, 2013).

Concerne à esfera estadual, garantir o cofinanciamento, instituir estratégias de avaliação e qualificação da Atenção Básica, através da Educação Permanente; monitorar, em articulação com os municípios, os Sistemas de Informação; e, apoiar a utilização dos recursos federais para o bom funcionamento das ações e serviços de saúde (BAHIA, 2016).

Para a execução destas funções, devemos considerar o desafio da relação entre o estado e os municípios de responder à necessidade de implementação de políticas que efetive a expansão e qualificação da Atenção Básica, de forma a garantir como ordenadora da rede de cuidados do Sistema Único de Saúde (SUS). Sobretudo, podemos ressaltar a fragilidade da gestão municipal na organização das práticas dos serviços, dimensão fundamental na reorientação do modelo assistencial, operado através da Atenção Básica e de todo o sistema, especialmente os municípios de pequeno porte, têm dificuldades em efetivar a racionalidade técnica das ações ao que está disposto nas proposições de atenção integral a saúde pelo SUS (ANDRADE; CASTANHEIRA, 2011).

Em busca de alternativas para o enfrentamento deste desafio, e como estratégia de aproximação dos municípios a secretaria de saúde do estado da Bahia elabora/desenvolve a ferramenta de gestão do Apoio Institucional, um dos eixos estruturantes da PEAB, que além de articular a gestão entre estado e municípios, tem uma atuação voltada para qualificação da gestão municipal, orientada para o apoio da integração da gestão do sistema locorregional e o gerenciamento do processo de trabalho na Atenção Básica permeado pelo princípio da Educação Permanente. Tendo como proposta de trabalho um novo modo de fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde (BAHIA, 2013).

A importância da prática da gestão neste processo, e na dinâmica organizacional do sistema e dos serviços de saúde, nos remete pensar o caráter complexo da gestão pública de saúde. Diante deste contexto, acredita-se que, para a efetivação das ações de responsabilidade da gestão estadual, uma das estratégias primordiais é a qualificação da gestão da Atenção Básica no âmbito municipal (SOUZA; MELO, 2009).

Para tal, a PEAB apresenta como responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde em sua estrutura organizativa o reconhecimento e a garantia da coordenação de Atenção Básica, a qual tem como atribuições:

I - Realizar a gestão da rede de Atenção Básica do município de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, de forma integrada com os demais níveis de gestão das Redes de Atenção à Saúde;

II - Integrar as práticas de gestão, as ações de Educação Permanente e de Apoio Institucional às equipes de Atenção Básica;

III - Realizar acompanhamento periódico e sistemático das equipes, promovendo espaços de debate sobre os processos de trabalho das equipes;

IV - Desenvolver junto às equipes, uma rotina de avaliação e monitoramento do processo de trabalho e da assistência prestada à população;

V - Identificar, solicitar e acompanhar a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos e estrutura física das unidades, com base nas demandas apontadas pelas equipes;

VI - Identificar, solicitar e acompanhar o suprimento de recursos materiais para as Unidades Básicas de Saúde da Atenção Básica;

VII - Garantir de forma regular, na agenda das equipes de Atenção Básica, períodos para Educação Permanente;

VIII - Realizar cartografia do município, identificando as especificidades de cada território, facilitando o fluxo dos usuários na rede;

IX - Fomentar discussões sobre a Atenção Básica no Conselho Municipal de Saúde;

X - Articular, junto às equipes de Atenção Básica e ao Núcleo Microrregional de Educação Permanente (NMR³) para a Atenção Básica;

XI - Acompanhar e alimentar as ferramentas de gestão do município relacionadas à Atenção Básica;

³ O Núcleo Microrregional de Educação Permanente foi uma proposta do estado da Bahia para fomento de ações de Educação Permanente através das Portarias de Compensação de Especificidades Regionais (CER), que no ano de 2010 deixaram de ser financiadas pelo Ministério da Saúde.

XII - Acompanhar a atualização do SCNES em relação à Atenção Básica;

XIII - Acompanhar e analisar os dados produzidos pelas equipes de Atenção Básica para alimentação dos sistemas de informação;

XIV - Apoiar as equipes de Atenção Básica na análise das informações geradas a partir dos sistemas de informação com interface na Atenção Básica;

XV - Apoiar na construção de políticas municipais de saúde e na implantação das políticas nacionais e estaduais vinculadas à Atenção Básica;

XVI - Programar, acompanhar e avaliar a execução das atividades previstas nas legislações referentes ao financiamento da Atenção Básica;

XVII - Estimular as ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de saúde, de acordo com as prioridades estabelecidas na gestão;

XVIII - Fomentar a implantação dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) e outras formas de controle social;

XIX - Participar nos espaços microrregionais de discussão sobre Atenção Básica, a exemplo do Colegiado Regional de Coordenadores da Atenção Básica (COCAB⁴);

XX - Realizar ações que promovam a integração da Atenção Básica com a Vigilância em Saúde;

XXI - Contribuir na elaboração e alimentação das ferramentas de gestão do município relacionadas à Atenção Básica;

XXII - Promover a integração dos profissionais e Saúde Bucal com os demais membros da equipe de Atenção Básica, de modo a desenvolverem ações integradas e corresponsabilizadas;

XXIII - Acompanhar ações intersetoriais desenvolvidas em parceria com a Atenção Básica, a exemplo das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família e as ações desenvolvidas pelo Programa Saúde na Escola (PSE).

Por último a PEAB sugere e destaca que este coordenador seja um profissional de nível superior da área de saúde, ou nível superior em outra área, com pós-graduação na área da saúde e que disponha de 40 horas semanais, para dedicação e acompanhamento das ações voltadas à Atenção Básica (AB).

⁴ Conforme Decreto Nº 14.457 de 03 de maio de 2013 - Os Colegiados Regionais de Coordenadores da Atenção Básica são espaços colegiados de qualificação da Atenção Básica, organizados nas regiões de saúde. Reuniões regulares, objetivando a troca de experiências, a Educação Permanente, o fortalecimento regional e a cooperação mútua para solução de problemas da gestão da Atenção Básica.

3.3 DESAFIOS DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL

No Brasil, várias foram as iniciativas para o desenvolvimento da Atenção Básica, concebida como aposta central para estruturação do tão desejado sistema único de saúde universal, capaz de produzir a transformação e regulação do sistema de atenção à saúde, responder às necessidades de proteção social e saúde da população e promover estilos de vida saudáveis. Em 1994, o Ministério da Saúde propõe o Programa Saúde da Família, que logo passou a ser reconhecido como estratégia de reorientação do modelo assistencial. Mais adiante em 2003, já denominada como Estratégia de Saúde da Família (ESF), virou eixo estruturante da consolidação da PNAB e seguiu com uma ampliação da cobertura de forma bastante considerável por todo território brasileiro. A expansão da cobertura de ESF teve como grande impulsionador o Programa Mais Médicos para o Brasil, que num período de dez anos, entre 2007 e 2016, saltou de 46,2% da população para 63,7%, ou seja, um incremento de 40.098 equipes em todo país (CECÍLIO; REIS, 2018).

Assim como em outros países, no Brasil, este modelo de atenção apresentou bons resultados no que diz respeito a ampliação do acesso e redução das internações por condições sensíveis à Atenção Básica à saúde. A maior disponibilidade de serviços de procura regular tivera repercussões positivas na saúde da população, com a redução da taxa de mortalidade infantil, da mortalidade cardio e cerebrovascular. Ampliação da cobertura dos exames preventivos de câncer cervical e de mama no que diz respeito à saúde da mulher e progresso na assistência materno-infantil (MENDONÇA *et al*, 2018).

Contudo, importantes desafios persistem ao longo da consolidação da Atenção Básica no Brasil. Em primeiro lugar deve-se levar em consideração que a sua implementação ocorre de diferentes modos nos municípios do país, diante da grande diversidade de cenários e desigualdades sociais que marcam a realidade brasileira. Desta forma, não é possível falar de um único modelo de atenção básica, mas sim, de diferenciadas redes básicas distribuídas pelo SUS afora, dada a heterogeneidade e das múltiplas características econômicas, sociais e culturais existentes nos municípios. Isso inclui a extensão territorial, o tamanho da população, a estruturação dos sistemas de saúde locorregionais, a presença ou não dos setores privados e a força dos planos de saúde. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Este fato nos mostra que o formato homogeneizado que a política traz as suas diretrizes, repercute numa inadequação entre a formulação e seus postulados com as diferentes realidades. No entanto, os gastos públicos com a saúde e o subfinanciamento do SUS, restringe aos municípios uma condicionada adesão prescritiva das ações do Ministério

da Saúde (MS) para a organização da atenção básica, mesmo que sob recomendação. Em termos práticos, a adesão aos vários programas e/ou estratégias ainda é a única via de recebimento de incentivos federais pelo MS para a consolidação da Atenção Básica.

De acordo com Cecílio e Reis (2018), além da formulação da política para a atenção básica à saúde não parecer considerar a adversidade dos municípios brasileiros, nos últimos tempos não tem contado com o apoio necessário das Secretarias Estaduais de Saúde, geralmente voltados com a gestão de serviços especializados e hospitalares, reduzindo a capacidade de coordenação dos sistemas regionais e do apoio técnico aos municípios. O mesmo pode-se afirmar do apoio dos COSEMS, que não suprem efetivamente as necessidades e dificuldades, particularmente dos municípios de menor porte.

Na Bahia, embora a publicação da PEAB fosse uma tentativa de diálogo da política com as especificidades locorregionais, segue fazendo o uso de indução do financiamento por parte do Ministério da Saúde. Seria possível uma revisão da política sobre o repasse federal/estadual na qual fosse considerado critérios de base populacional e referentes necessidades locais e regionais?

Outro importante desafio à garantia do avanço da Atenção Básica de uma atenção integral que responda as necessidades de saúde dos indivíduos e populações, ou seja, a dificuldade de integração da AB à rede de atenção, de modo a assegurar o acesso e a continuidade às redes especializadas, conforme a necessidade e coordenação do cuidado nas RAS. No entanto, tem um longo caminho a ser percorrido para que esta função de coordenadora e ordenadora da rede possa ser estabelecida, o que precede combinar o reconhecimento entre os gestores, profissionais de saúde e usuários com o fortalecimento dos processos microrregulatórios locais, articulados à construção das redes regionalizadas (CECÍLIO; REIS, 2018).

Outro ponto desafiador para implementação da política, talvez o maior de todos, são os recursos humanos, no que diz respeito a formação, qualificação e adesão na atuação deste modelo assistencial, quanto aos vínculos trabalhistas e a fixação destes profissionais. Com relação a este último ponto, destacamos a rotatividade dos profissionais, principalmente a insuficiência da categoria médica, problema parcialmente respondido pelo Programa Mais Médicos, este entrave atribui-se a outros fatores: fragilidade dos vínculos trabalhistas, condições de trabalho desfavoráveis, exigência de carga horária integral, baixa remuneração, ausência de progressão profissional.

Segundo Medina (2018), existem lógicas distintas e em disputa que operam na regulação do sistema de saúde, uma delas é a lógica profissional, que coloca o profissional no

centro do sistema de cuidados, sobretudo os médicos, detentores de grande capital político, técnico e simbólico diante do sistema. E que nesta posição, regulam as práticas e reforçam modelos de saúde seja no âmbito micropolítico (na relação de vínculo que se estabelece entre o usuário e o profissional na prestação do cuidado/serviço), seja como ator coletivo, influenciando na formulação e implementação de políticas (como exemplo do ato médico e outras disputas judiciais). Ainda em consonância ao pensamento da autora, esta regulação é resultado das relações de poder e das negociações entre os atores que manejam os recursos e operam as estratégias, ou seja, a depender dos interesses temos uma Atenção Básica que pode ou não ser implementada.

No que tange à qualificação de trabalhadores para o SUS, e conseqüentemente na construção de uma política de saúde, temos um duplo desafio. Constata-se a dificuldade de atores com perfil necessários a implantação da política de saúde da forma como foi pensada, tanto com relação aos gestores locais; muitos deles incapacitados em realizar a tarefa de coordenar suas equipes pautadas nas diretrizes da política, quanto com relação aos profissionais; na tentativa de qualificações que levem a mudanças de práticas tradicionais (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Ainda quando falamos em qualificação, nos deparamos com a necessidade de proporcionar aos profissionais de saúde momentos de educação permanente adequados ao desenvolvimento das atribuições requeridas pela Atenção Básica. E assim, facilitar a adesão das equipes ao modelo assistencial proposto.

A própria formação em saúde apresenta também alguns entraves não abordando temáticas que irão fazer parte do cotidiano dos profissionais, cabe lembrar que a ESF se sustenta na atuação de uma equipe multidisciplinar, apostando num diálogo entre os diferentes saberes profissionais. Esse espaço do trabalho em equipe tem sido outro grande desafio, ainda são poucas as iniciativas para promover a formação integrada dos profissionais, como é o caso das residências multiprofissionais.

Outro ponto a considerarmos, é a condição de trabalho adequado ao trabalho das equipes, tem sido motivo de grande insatisfação dos profissionais a infraestrutura precária das unidades e a cultura avaliativa insuficiente no que diz respeito aos recursos materiais, físicos e tecnológicos. Esta limitada avaliação deveria agregar elementos de processo e resultado para a qualificação da assistência prestada, através de acompanhamento e monitoramento (MENDONÇA *et al*, 2018).

Entretanto, como se não bastassem todos os desafios aqui explicitados para a consolidação da Atenção Básica no país, com a publicação de portarias mais recentes como a Política Nacional de Atenção Básica, reformulada em 2017 e o Programa Previner Brasil

instituída em 2019, que trata do novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde, ambas rompem com a prioridade da Estratégia Saúde da Família colocando-a sob ameaças e possíveis retrocessos (GIOVANELLA, 2018).

Sobre a revisão da PNAB em 2017, podemos destacar alguns pontos como:

- A composição de uma equipe de Saúde da Família com um número mínimo de ACS (um) para cobertura de 100% do território, ameaçando o elo de vinculação Usuário- ACS -Equipe;
- Unificação dos territórios de atuação e de competências comuns aos ACS e Agentes de Combate às Endemias (ACE's), não considerando as especificidades desses territórios, de modo a comprometer as ações de prevenção de doenças transmissíveis;
- A criação das carteiras de serviços, sugerindo dois padrões o essencial e o ampliado. O que instiga temos quanto a integralidade da ABS e do SUS, no que se refere a consolidação de uma cesta básica de serviços que restringe o direito universal à saúde;
- Transferência de repasse financeiro para equipes de Atenção Básica tradicional, apesar da recomendação prioritária da ESF. Assim, como outros arranjos organizacionais o que gera competição como porta de entrada do sistema.

Com relação ao Programa Previne Brasil, instituído pela Portaria 2.979, de 12 de novembro de 2019 e em vigor desde janeiro de 2020, tem como principal debate o novo modelo de financiamento que altera as formas de repasse para os municípios e estão baseados em três critérios: capitação ponderada (referentes à população efetivamente cadastrada nas equipes de Saúde da Família), pagamento por desempenho (avaliado com base nos indicadores de saúde) e incentivo para ações estratégicas que são os credenciamentos em programas e ações do MS (BRASIL, 2019).

Quando se adota a captação como critério para financiamento da Atenção Básica, logo, ele deixa de ser um sistema universal, já que restringe a assistência a um quantitativo populacional cadastrado pelos municípios. Esse mesmo ponto, pode trazer a redução de recursos para municípios com áreas muito carentes ou cidades populosas, que podem apresentar maior dificuldade para registro das pessoas, tornando o cadastro uma tarefa bastante complexa. A remuneração por avaliação de desempenho visa atingir a produtividade

e metas pré-estabelecidas a alguns indicadores, o que restringe a atenção das equipes para outras ações que não estão contempladas neste escopo de cuidado (MASSUDA, 2020).

Devido ao contexto vivenciado pela pandemia, o período de transição vem sendo prorrogado para as prefeituras desde o ano passado, para que possam se ajustar ao novo formato. Algumas portarias foram publicadas estabelecendo um novo período de compensação financeira. Segundo o Ministério da Saúde, o objetivo da medida é evitar que os municípios tenham prejuízos financeiros e, conseqüentemente, impactos nos serviços de saúde.

Essas e outras alterações que vêm ocorrendo na condução da Política de Atenção Básica, representam desafios adicionais, situados pela atual conjuntura política e econômica do país. Podendo trazer vários retrocessos para a sustentação do SUS, uma vez que a Atenção Básica é considerada seu pilar de sustentação.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Segundo Minayo (2003), a metodologia, pode ser entendida como o caminho traçado pelo pesquisador na abordagem da realidade/objeto de seu estudo e apresenta o instrumental que será utilizado neste processo. Desta forma, o tipo de pesquisa é definido pelo objeto em estudo e suas características, considerando-se a natureza dos dados que serão necessários para conhecer a realidade. Assim, ao definir como objeto dessa pesquisa o processo de implementação da Política de Atenção Básica municipal, dadas as características subjetivas do mesmo, optou-se por uma abordagem qualitativa, descritiva, segundo os objetivos de caracterizar e compreender a realidade.

Trata-se de estudo exploratório de abordagem qualitativa, usando seu arcabouço teórico-metodológico numa perspectiva crítica e reflexiva. Fez-se a opção pelo estudo de caso único, em virtude das restrições impostas pela Pandemia da COVID-19.

Conforme Gil (2002, p. 54), “estudo de caso é uma modalidade de pesquisa amplamente utilizada nas ciências biomédicas e sociais. Consiste no estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento”.

Esta modalidade, ou modelo interpretativo, segundo Minayo (2014), tem como alguns objetivos possíveis:

Compreender os esquemas de referência e as estruturas de relevância relacionadas a um evento ou fenômeno por parte de um grupo específico; permitir um exame detalhado de processos organizacionais ou relacionais; esclarecer os fatores que interferem em determinados processos (MINAYO, 2014, p.164).

Segundo Yin (1997) apud Minayo, 2014), a preferência por estudo de caso deve ser dada quando é possível fazer observação direta sobre os fenômenos.

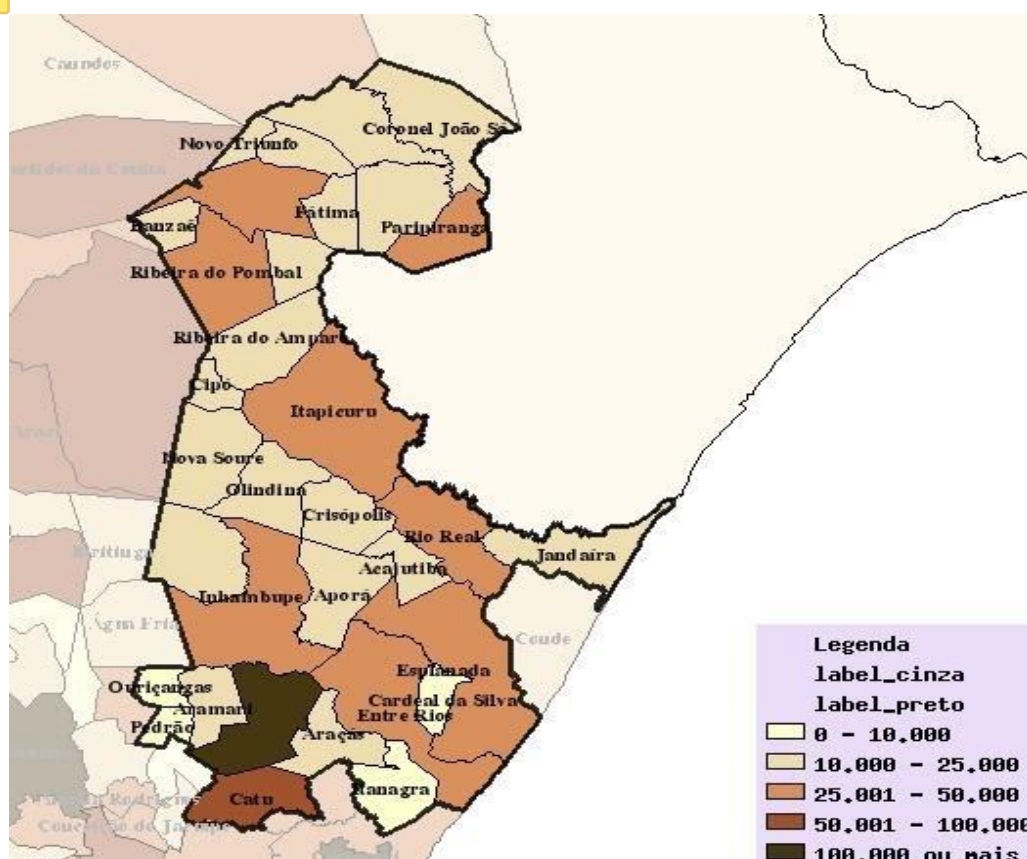
Com o intuito de apresentar o percurso traçado em direção aos objetivos deste estudo, descreveremos a seguir como foi realizada a seleção do município participante; as técnicas de produção dos dados; a análise dos dados e os aspectos éticos.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

O estado da Bahia é formado por 417 municípios, agrupados segundo seu Plano Diretor de Regionalização (PDR) em 28 regiões de saúde que juntas compõem nove (9) Macrorregiões de Saúde; essa divisão territorial é a base para a programação das ações e serviços de saúde.

A Diretoria de Atenção Básica da Secretaria de Saúde do estado da Bahia (DAB/SESAB) organiza o processo de trabalho do Apoio Institucional (AI) seguindo a mesma lógica de divisão territorial do PDR (BAHIA, 2016). Na DAB o AI está vinculado a Coordenação de Apoio e Desenvolvimento da Atenção Básica (COAD), composta por nove equipes, que atuam como referências técnicas para cada Macrorregião de Saúde do estado e em conjunto com os técnicos dos Núcleos Regionais de Saúde (NRS).⁵

Figura 2: Mapa da Bahia com destaque da Macrorregião Nordeste



Fonte: Geoportallink: <http://geolivresaude.ba.gov.br/geoportallink/map.phtml?language=br>

⁵ Conforme à Lei Estadual nº 13.204 de 11 de dezembro de 2014, as DIRES (Diretorias Regionais de Saúde do Estado da Bahia) foram extintas, no seu lugar, foram criados os Núcleos Regionais de Saúde (NRS).

O município escolhido integra a região de saúde de Ribeira do Pombal, a qual, junto com a região de saúde de Alagoinhas constituem a Macrorregião de Saúde Nordeste. A escolha do município, foi por conveniência, uma vez que se localiza na macrorregião de atuação da autora enquanto apoiadora institucional e por isso ter aproximação com o campo da pesquisa. Associado a isto, o referido município tem 100% de cobertura populacional na ESF e é caracterizado como um caso exitoso na gestão da AB desta Região de Saúde.

Escolhido o município foi realizado contato telefônico e por e-mail com os gestores municipais para apresentação da proposta da pesquisa e o convite a participação. Em seguida, foi solicitada a assinatura da Declaração de Anuência (Anexo A), sendo esta condição prioritária para a participação do município na pesquisa.

Esta Macrorregião agrega trinta e três (33) municípios com uma população total de 862.928 habitantes, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2019.

Dos trinta e três municípios que fazem parte da Macrorregião Nordeste, 60,6% tem população inferior a 20.000 habitantes; 30,3% têm população entre 20.000 e 50.000 habitantes, 6% têm população entre 50.000 e 100.000 habitantes e apenas o município sede, Alagoinhas, tem população acima de 100.000 habitantes.

Localiza-se na região do semiárido baiano, com períodos de chuva concentrados em poucos meses do ano, baixa umidade e temperatura elevada em grande parte do ano. A seca é um fenômeno presente, resultando em êxodo rural, pouca dinamicidade econômica e escassez de recursos. No âmbito da saúde, apresenta importantes vazios assistenciais que comprometem o acesso e a integralidade da atenção.

Para caracterização municipal foram utilizadas como base as Notas Técnicas Municipais produzidas e atualizadas no ano de 2020 pelos apoiadores institucionais na DAB/SESAB, que é uma adaptação do modelo de Nota Técnica elaborado pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde em 2017. As principais fontes de informação foram as planilhas de projetos estratégicos DAB/SESAB com atualização referente ao mês de dezembro de 2020; portal de geoinformações/SEI e os cadernos de avaliação e monitoramento da Atenção Básica (CAMAB), fontes produzidas pela equipe da DAB/SESAB, a partir de informações dos Sistemas de Informação do Ministério da Saúde. O município possui uma população de 26.998 mil pessoas, um IDH de 0,55; com relação a dados da Atenção Básica apresenta cobertura populacional estimada de ACS, ESF e SB de 100%; possui ainda uma equipe de NASF-AB, além de outras estratégias da AB como os Programas Academia da

Saúde e Saúde na Escola (PSE), tornando-o referência para região no que concerne à organização da AB.

Outras variáveis demográficas e socioeconômicas foram definidas (População, Densidade Demográfica, PIB Per Capita, Porcentagem da população em extrema pobreza e com plano de saúde) para complementação das informações. Estas foram consultadas em outras fontes, como: sites do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE cidades, do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Fundo Nacional de Saúde, do Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB), aqui descritas para conferência da sua fidedignidade. Além do montante de recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde, para custeio da AB no âmbito local.

4.3 TÉCNICAS DE PRODUÇÃO DE DADOS

Para a pesquisa foram utilizados dados primários e secundários. Além dos dados secundários já descritos no local da pesquisa, foram solicitados através de declaração de anuência (ANEXO B) documentos oriundos da gestão municipal como: o Plano Municipal de Saúde 2018-2021; a Programação Anual de Saúde de 2018, 2019, 2020, o Relatório Anual de Gestão 2018-2019.

Os dados primários foram obtidos mediante a realização de entrevista semiestruturada com informantes-chave. Conforme FLICK (2008, p.143), há um interesse crescente nas entrevistas semiestruturadas relacionado: “à expectativa de que é mais provável que os pontos de vista dos sujeitos entrevistados sejam expressos em uma situação de entrevista com um planejamento aberto do que em uma entrevista padronizada ou um questionário”.

Considera-se que esta modalidade de entrevista favorece o estabelecimento de um diálogo entre pesquisador e interlocutor, a partir do qual os dados podem advir mediante a relação que se estabeleça entre ambos: “Em uma interação em ambiente de confiança e empatia, os entrevistados podem permitir o acesso a informações muito importantes, geralmente interditas aos interlocutores usuais” (MINAYO, 2010). É uma técnica que deve combinar perguntas fechadas e abertas para possibilitar ao entrevistado discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada. (MINAYO, 2014). A autora, ainda, complementa que a técnica da entrevista semi-estruturada se apresenta com fontes de informações que tratam da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia,

constituindo uma representação da realidade com suas crenças, opiniões, sentimentos, sendo essa uma forma privilegiada de interação social.

A fim de subsidiar a condução da entrevista semi-estruturada, elaborou-se três roteiros para cada um dos entrevistados (APÊNDICES B, C, D) compostos por perguntas norteadoras elaboradas a partir do referencial teórico e dos objetivos do estudo.

O roteiro de entrevista semi-estruturada de acordo com Minayo (2014), deve incluir os tópicos com os temas do objeto em investigação, de forma a direcionar uma conversa de acordo com a sua finalidade. Além de permitir aprofundar a comunicação e facilitar a emergência de temas novos, provocados por seu questionamento.

A escolha dos informantes-chave teve como critério o seu papel na condução e na implementação da Política de Atenção Básica no município. Assim, foram realizadas três (03) entrevistas, a saber: secretário municipal de saúde, coordenadora de atenção básica (AB) e um (01) profissional de saúde, integrante de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Conforme o quadro 01 com a apresentação do perfil dos entrevistados, identificamos que dois são do sexo feminino e um do sexo masculino, com variação da idade de 34 a 38 anos, com predomínio da enfermagem como formação profissional. No que se refere ao tempo de formação dois (2) variando de 10 a 12 anos, somente um (1) entrevistado apresenta o tempo de formação alinhado ao tempo de atuação. Todos apresentam vínculo trabalhista com contratação temporária, configurando um quadro de não estabilidade no serviço público.

Quadro 01: Perfil dos participantes da pesquisa

Cargo/função	Sexo	Idade	Formação profissional	Tempo de formado (em anos)	Tempo de atuação no cargo/função (em anos)	Forma de Contrato/Vínculo
Secretário de Saúde	M	38	Enfermagem	12	04	Cargo Comissionado
Coordenação de ABS	F	38	Enfermagem	10	04	Cargo Comissionado
Trabalhador da Saúde	F	34	Enfermagem	04	04	Cooperado

Fonte: elaborada pela autora através do formulário de entrevista.

Em virtude da Pandemia da Covid-19, as entrevistas foram realizadas mediadas por tecnologia, a partir do aplicativo Microsoft Teams; o referido programa além de ser o software adotado pelo Programa de Pós-Graduação para realização das atividades síncronas, permite a gravação. Recurso essencial para transcrição e posterior construção do banco de dados primários.

Ressalta-se que a data e horário das entrevistas foram previamente agendadas com os entrevistados, e só foram realizadas após preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE E) enviado por meio eletrônico via formulário google forms onde foram também incluídos os dados de caracterização pessoais

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas pela pesquisadora proponente, no período entre os dias 07 a 10 de dezembro de 2020, duraram em média 50 minutos, com variação entre 1h e 15 minutos.

Todo o material está arquivado, em lugar seguro, sob responsabilidade da pesquisadora. Será guardado por cinco (05) anos, passado este período será destruído.

Os dados secundários foram coletados a partir de documentos disponíveis no Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARGSUS) desenvolvida pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde em conjunto com o DATASUS e disponibilizados pela gestão municipal, após solicitação formal ver quadro 02.

Quadro 02: Descrição dos documentos técnicos identificados no município investigado

Tipo de documento	Período	Finalidade
Plano Municipal de Saúde (PMS)	PMS (2014 – 2017) PMS (2018 – 2021)	Ferramenta obrigatória de gestão do SUS. Contribui no processo de compreensão dos principais problemas e desafios enfrentados pela saúde municipal. Deve conter: uma análise situacional da saúde do município; Objetivos, diretrizes, metas e indicadores; Monitoramento e avaliação.
Programação Anual da Saúde (PAS)	PAS (2014) PAS (2018)	Descreve anualmente as ações e seus respectivos recursos financeiros planejados. Deve conter: Metas (atreladas a); Ações (atreladas a); Recursos.

Relatório Anual de Gestão (RAG)	RAG (2013) RAG (2014 – 2017) RAG (2018 – 2019)	Instrumento de planejamento do SUS. Refere-se à apresentação de resultados atrelados à PAS. Deve conter: Diretrizes, objetivos e indicadores do PMS; Metas previstas e executadas da PAS; Análise da execução orçamentária.
Plano de Governo Municipal	(2017-2020)	O plano de governo para quatro anos contempla as ações estratégicas a serem executadas ao longo do mandato do prefeito com apoio da equipe de secretários. O plano descreve as propostas nas áreas da saúde, educação, segurança pública, assistência social, emprego e renda.

Fonte: Elaborada pela autora.

4.4 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados adotou-se a técnica de análise temática de conteúdo, que é composta por um conjunto de métodos de análise de comunicação, visando - por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das informações e representações - obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/percepção dos conteúdos (TRIVINOS, 1987). Para tal, foram realizadas as etapas: pré-análise, descrição analítica e interpretação inferencial.

Na fase de pré-análise, a princípio foi realizado o mapeamento dos principais documentos institucionais que estabelecem diretrizes para o planejamento do SUS, como: o Plano Municipal de Saúde (PMS), a Programação Anual da Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG). Em seguida foi realizada uma leitura flutuante e exaustiva do material coletado nos documentos institucionais no período investigado. Os dados foram descritos em três colunas de acordo com o tipo de documento, os períodos vigentes dos instrumentos de gestão, seguidos das propostas e ações realizadas em cada ano, referidos no quadro 02, no qual é apresentada a análise documental.

Em momento posterior, as entrevistas gravadas foram transcritas com manutenção das falas individuais, formando o conjunto de registro de cada entrevistado da pesquisa e, na

sequência, sistematizados por categorias de análise, propostas segundo os significados identificados pela pesquisadora (MINAYO, 2004).

Na fase de descrição analítica, as informações das entrevistas foram agrupadas em categorias pré-definidas, a partir de uma matriz de análise. Para construção da matriz de análise adotou-se como referencial o Postulado de Coerência de Mário Testa e o Triângulo de Governo de Carlos Matus. Importante pontuar que as duas teorias se situam nos primeiros debates acerca da formulação de políticas de saúde inaugurados em 1975, na América Latina, através do documento que ficou conhecido como Formulação de Políticas de Saúde, sob proposta do Centro Panamericano de Planificação da Saúde (CPPS).

Neste documento adota-se a concepção de que para execução do processo de formulação de políticas, a autoridade política é quem estabelece os objetivos gerais que se pretende alcançar, os meios através dos quais se irá alcançar e a declaração desses elementos em termos claros e precisos (Teixeira, 2010). Partindo da matriz de planejamento estratégico em saúde, pensada pela proposta do CPPS, apresentamos os aspectos essenciais de cada uma das teorias.

POSTULADO DE COERÊNCIA

Para compreender o Postulado de Coerência é imperioso entender que a proposta de Testa, fundamenta-se em suas reflexões sobre o processo de planificação, tendo como base o enfoque estratégico como possibilidade de superar o modelo normativo. O autor traz em sua proposta como categoria estruturante, o poder, o qual desencadeia conflitos entre atores sociais, com diferentes interesses e com uma visão particular sobre a situação-problema na qual se planeja.

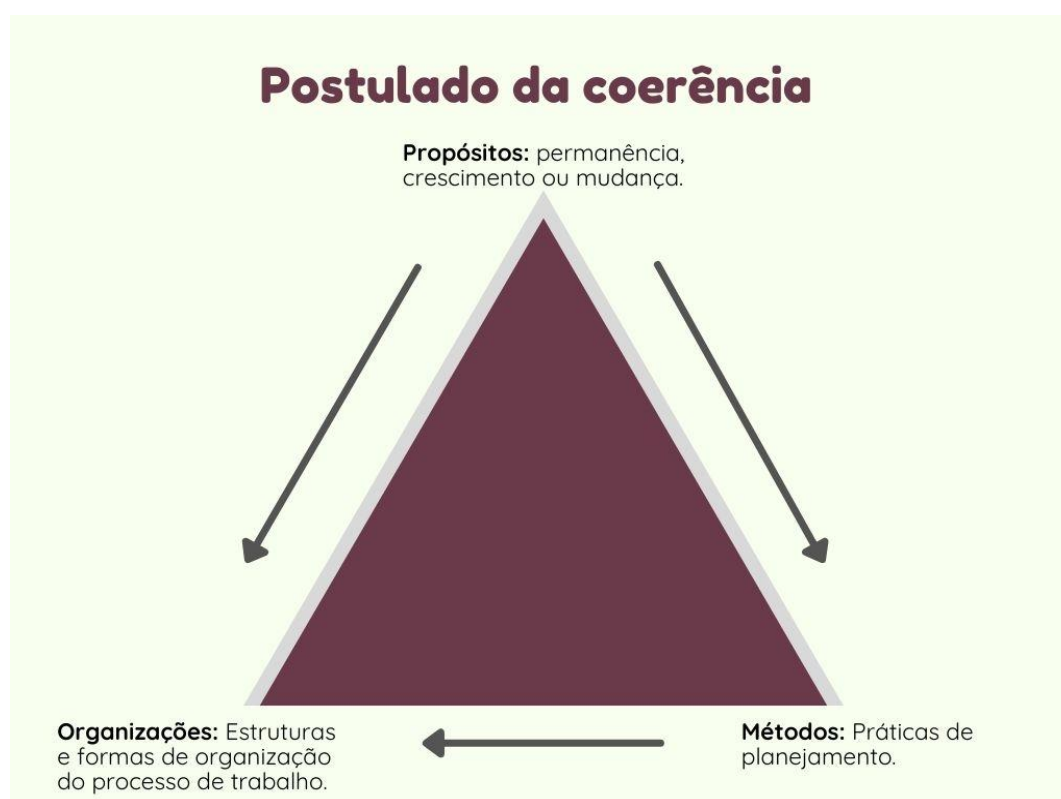
Para Testa o propósito do planejamento é a mudança social, para isso, é necessário a mudança do método o qual tem estreita relação com os objetivos que se pretende alcançar. Desta forma, avança de uma proposta de planejamento estratégico em saúde, para um pensar a ação política em saúde. Sua grande contribuição está na formulação do chamado “Postulado de Coerência”, delineado na relação entre três elementos nucleares: os propósitos de governo, o método de planejamento e a organização. Os propósitos podem ser classificados em três tipos: crescimento, legitimação e mudança. Já o método pode ser considerado normativo ou estratégico e a organização entendida como estruturas onde se realizam as atividades governamentais ou a consolidação institucional de uma associação de sujeitos (RIVEIRA, 1995).

Em sua linha de pensamento, Mário Testa, trabalhou algumas definições como a de “Política” entendida como “proposta de distribuição de poder” e “estratégia” como forma de implementação de uma política, assim como, entender suas determinações, suas relações, seus recursos. Subsequente a esses conceitos, pode-se dizer que criou uma tipologia do poder em saúde: poder político, poder técnico e poder administrativo. Nesta perspectiva, apontou também, os espaços sociais e institucionais que esses atores políticos se inserem, desta forma, identificando os espaços de poder que os diversos atores se colocam a partir do tipo de poder exercido em suas funções nas instituições de saúde (TEIXEIRA, 2010).

Outra proposição de Testa é o diagnóstico de saúde, através deste é feita a análise da realidade de saúde, e que se constitui em administrativo (análise e cálculos tradicionais do planejamento em saúde), estratégico (análise das relações de poder no setor) e ideológico (diagnóstico das ideologias dos grupos sociais com interesses em saúde).

Assim, o postulado serve como marco para o entendimento das relações que podem ser estabelecidas entre propostas políticas, dando corpo a um “projeto” que declara os propósitos de um Governo, os métodos de trabalho que serão utilizados para atingir estes propósitos e a organização das instituições. (RIVEIRA, 1995)

Figura 3: O Postulado de Coerência de Mario Testa



Fonte: Adaptado de Teixeira (2010)

TRIÂNGULO DE GOVERNO DE MATUS

No final dos anos de 1970, Carlos Matus, ao fazer críticas ao modelo normativo de planejamento, apresenta o conceito de situação, como um recorte problemático da realidade, isso porque coexiste da luta/disputa de outros atores sociais, sinalizando que todos os elementos que a compõem são importantes para que o planejador desenvolva a ação. O ponto de partida de sua proposta é a “noção situacional” que é compreendida como um conjunto de problemas identificados, descritos e analisado sob a ótica de diferentes atores sociais (indivíduo, grupo de pessoas e instituição). Propõe a substituição do planejamento de cunho normativo para o planejamento com o enfoque operacional situacional estratégico.

Divergindo em alguns pontos da proposição de Mário Testa, como o processo não ser definido exclusivamente por quem está na “liderança”, permitindo a interação deste com os demais atores sociais e as ações, contexto, que pode gerar conflitos e interesses divergentes; sendo relevante, portanto, no ato de planejar a identificação das partes interessadas e a definição de estratégias de articulação entre as partes para que se alcance os objetivos (RIVEIRA, 1995).

Outra proposição muito conhecida e utilizada no Brasil, é a conformação do planejamento através do entendimento da figura do Triângulo de Governo, que se configura na articulação de três vértices ou variáveis para a viabilização do Plano ou Projeto. O primeiro vértice **plano ou Projeto de governo** expressa a direção que o governante pretende seguir ou propósito do governo. Indicado pela seleção de problemas e maneira de enfrentá-los, sendo estes produtos não apenas das circunstâncias e interesse do ator que governa, mas também da sua capacidade de Governo. O segundo vértice é a **Capacidade de governo** que se refere a capacidade de conduzir o processo social, capacidade de direção, de gerência, relaciona a competência técnica, habilidades e manejos de recursos financeiros de um ator ou equipe de governo para conduzir até os objetivos estabelecidos, dependendo da governabilidade do sistema e do conteúdo das proposições do projeto de governo”. O terceiro vértice está representado pela **Governabilidade** que é o potencial do ator ou sua equipe em controlar ou não o peso das variáveis que influenciam na execução das ações previstas no plano de governo (TEIXEIRA, 2010).

Figura 4: O Triângulo de Governo de Carlos Matus



Fonte: Adaptado de Teixeira (2010)

4.5 CONSTRUÇÃO DO MODELO DE ANÁLISE

A construção da matriz de análise teve como ponto de partida, a matriz utilizada por Rossi e Chaves (2015) que teve como objeto a análise da implementação da Atenção Especializada em Saúde Bucal, embasada no Postulado da Coerência e do Triângulo de Governo e cotejada pela Política Nacional de Atenção Básica e pelo processo de municipalização do SUS.

Considerando o protagonismo municipal na implantação da Política de Atenção Básica, a matriz proposta, tem como lócus o município. Para análise de implementação elegeu-se quatro categorias de análise, projeto e propósito de governo; capacidade de governo, governabilidade e organização. A definição de tais categorias analíticas, foi resultado da integração das duas teorias adotadas – Postulado de Coerência e Triângulo de Governo.

O delineamento dos aspectos a serem observados em cada uma das categorias de análise teve como pauta elementos históricos e estruturantes da AB, por compreender que tais elementos ocupam papel central na implementação da política, podendo favorecer, limitar ou até mesmo inviabilizar a sua realização.

No tocante a produção do dado empírico que servirá de substrato para a construção da análise, estabeleceu-se duas fontes, a documental e a entrevista. O (quadro 3), apresenta de modo detalhado a matriz.

Quadro 3: Matriz de análise da implementação da PNAB no âmbito municipal.

Categorias de análise	Aspectos de análise	Fontes de verificação
Projeto e Propósito de governo	<ul style="list-style-type: none"> • Histórico da AB no município • Projeto municipal da AB • Recursos disponíveis • Convergência do Projeto Municipal da AB com os objetivos e diretrizes da PNAB e Política Estadual da AB • Objetivos dos planos (manutenção, crescimento ou mudança da AB) 	<ul style="list-style-type: none"> • Documental: <ul style="list-style-type: none"> - PNAB - PEAB - PMS - PPA - PAS - RAG - Organograma da SMS - Regimento da SMS - Relatórios das Conferências Municipais de Saúde - Atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde • Entrevista com informantes-chave (Secretário de saúde, Coordenadores de AB/NASF/VISA/VIE P, profissionais de saúde e membros do Conselho Municipal).
Capacidade de governo	<ul style="list-style-type: none"> • Perfil da equipe de gestão • Imagem objetivo da AB • Processo de implementação da AB • Organização da coordenação da AB • Práticas de gestão • Recursos disponíveis • Processo de tomada de decisão 	
Governabilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Autonomia da equipe de gestão da AB no município • Relação da equipe de gestão AB com outros setores 	
Organização	<ul style="list-style-type: none"> • Estrutura Organizacional da SMS • Espaço ocupado pela Coordenação da AB na SMS • Quantitativo dos membros que integram a SMS • Ações desenvolvidas • Capacidade de oferta e cobertura da AB no município 	

Fonte: Adaptado de Rossi e Chaves (2015); elaboração da autora.

Na fase da interpretação inferencial, os dados das entrevistas foram organizados a partir das quatro categorias analíticas citadas anteriormente. Com a finalidade de complementar os dados obtidos através da entrevista, também foram utilizadas algumas fontes documentais, que possibilitasse o cruzamento das informações ou que evidenciasse a sua ausência, a partir da comunicação entre o pesquisador e o pesquisado. Desse modo foram analisados documentos institucionais relacionados ao processo de implementação da Política de APS municipal, correspondente ao período de 2013 até o ano de 2021. Vale salientar que as informações extraídas foram apresentadas como estavam registradas nos documentos, muitas vezes incompletas e parciais, mas não deixa de se colocar como fonte de suma importância para uma análise crítica do contexto investigado

4.6 ÉTICA EM PESQUISA

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, e atendendo a Resolução CNS nº466/2012, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNEB, CAAE nº 35040020.5.0000.0057, sendo aprovado conforme parecer nº 4.340.271 (Anexo 1).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo utilizou como referencial analítico a articulação de diferentes aportes teóricos no campo da política, planejamento e gestão da saúde. No intuito de possibilitar a análise da implementação Política da Atenção Básica municipal relacionou-se teoricamente o triângulo de governo e o postulado de coerência, utilizando contribuições de **ROSSI, CHAVES, 2015; VILASBÔAS, PAIM, 2008).**

O conceito de triângulo de governo refere-se a três elementos que conformam os vértices do triângulo: o projeto de governo, a governabilidade e a capacidade de governo. Aborda que o projeto de governo é um conjunto de propostas ou projetos de ação que a equipe dirigente propõe realizar para alcançar seus objetivos/metapas. A capacidade de governo refere-se a forma de conduzir, gerenciar, administrar e envolve técnicas, métodos, habilidades e experiência que uma equipe dirigente tem para a condução dos processos quanto aos seus propósitos. A governabilidade por sua vez se expressa diante do poder que um ator ou equipe dirigente tem para realizar seu projeto (ROSSI; CHAVES, 2015).

No postulado de coerência, existem relações de condicionamento entre os três elementos que o compõem, são eles: os propósitos de uma instituição, que traz como perspectivas a legitimação, o crescimento ou mudança; os métodos, que podem se configurar em práticas de planejamento ou modo como utiliza para alcançá-los e a organização, como estruturas e formas de organização do processo de trabalho. Vale salientar que os três elementos assumem que devem ser coerentes e que são determinados pela história, papel do Estado e pela teoria (TEXEIRA, 201)

Ao articular as duas teorias, entende-se o projeto de governo como expressão do propósito de governo. Porém, não é simplesmente o interesse do ator que determina os projetos de ação, mas, deve-se levar em conta também a sua capacidade de governo. Em compensação a sua capacidade de governo está também atrelada a governabilidade de um sistema na qual se expressa o poder que este ator tem de realizar seu projeto. Os métodos são os meios, a formalização de uma prática. A categoria organização, quanto a relação do postulado de coerência, está condicionada pelo propósito de governo e pelo método (ROSSI; CHAVES, 2015).

5.1 PROJETO E PROPÓSITO DE GOVERNO

Na trajetória histórica da Atenção Básica local (2013 a 2020), os documentos oficiais analisados apontam para projetos distintos, no período de 2013 a 2016, verificou-se uma Atenção Básica escamoteada, com forte privilégio da Atenção de Média Complexidade, tendo como centro da organização da atenção à saúde a unidade hospitalar, destacado nos discursos dos entrevistados. Dentre as propostas de governo dessa época, contidas nos documentos oficiais (PMS) e (RAG) 2014-2017 eram de priorização as ações estratégicas de ampliação de serviços da AB na lógica da Estratégia de Saúde da Família como modelo orientador, porém, o que se percebe são ações não coerentes a este projeto.

[...] a gente aqui, por exemplo, pegou um município que quando a gente assumiu a gestão não tinha atenção primária atuante, então, tudo era muito mecânico na unidade hospitalar [...] (Coordenadora AB).

O trecho de discurso acima corrobora com os achados empíricos produzidos a partir da análise do Plano Municipal de Saúde (2014-2017), que diante dos dados encontrados observa-se uma baixa cobertura da Atenção Básica, pouco mais de 50% de cobertura ESF e 13% EqSB. Além disso, o secretário de saúde, que a época atuava como coordenador da unidade hospitalar, referiu a inexistência de mecanismos ou atividades que favorecessem a comunicação e a integração entre a AB e o serviço especializado.

Um outro achado que demarca a marginalidade da Atenção Básica no projeto de governo, 2013 a 2016, é evidenciada pelo quantitativo de áreas descobertas no município, favorecendo assim, processos de trabalho destoantes com os princípios e diretrizes da PNAB; situação que reforçava a busca por acesso as ações e serviços de saúde pela população através da unidade hospitalar,

[...] porque tinha muita área descoberta que a pessoa ficava sem assistência, não sabia qual era a sua unidade de referência [...] (Profissional de Saúde ESF)

Starfield (2002), propõe que a Atenção Básica atue como coordenadora e ordenadora da Rede de Atenção em Saúde, considerando a coordenação do cuidado como um dos atributos da APS. Compreende essa coordenação como uma fusão de processos dos atendimentos que precisam ser bem gerenciados pela organização dos serviços de saúde, mas que sendo bem efetivada viabiliza os cuidados continuados, articula os diferentes pontos no

sistema para a integralidade e promove uma desburocratização em função do primeiro contato.

Nessa mesma perspectiva, Mendes (2002) afirma que a coordenação implicaria o reconhecimento e o ordenamento dos problemas pela equipe da AB, os quais necessitam de cuidados compartilhados de diferentes serviços de um ou mais níveis de atenção de forma a garantir a continuidade do cuidado.

Em 2017, uma nova gestão assume a condução da política de saúde local, e junto têm-se um novo projeto de governo. Considerando que a temporalidade do mandato de governo não coincide com a dos instrumentos de gestão, a equipe gestora da secretaria de saúde, apontou que a proposta do PMS 2013-2017, não coadunava, com o projeto da gestão que assumiu à época o governo municipal.

Assim, concernente com o projeto de governo, foi convocada uma Conferência Municipal de Saúde, a qual teve como tema: “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro”, movimento que contou com ampla participação da sociedade. As prioridades definidas durante a Conferência serviram de base a elaboração do PMS 2018 – 2021.

“Porque quem traçou esses objetivos foi a população, o que eles realmente cobraram, nós alcançamos, então, o processo de construção do Plano começou pela Conferência” (Secretário Municipal de Saúde).

Ao final de setembro de 2017, o município habilitou-se a condição de gestão plena do sistema de saúde, paralela à esta mudança, um novo secretário de saúde assumiu a pasta. A equipe gestora responsável pela AB era composta pelo secretário de saúde e uma coordenadora, ambos profissionais da área de saúde e com experiência prévia na gestão pública. O gestor municipal acumulava sete (07) anos de atuação profissional, sendo que os últimos quatro (04) como secretário municipal de saúde; a coordenadora da Atenção Básica, respondia há quatro (04) anos por esta função, porém, com experiência prévia na gestão hospitalar em outro município.

Quadro 4: Perfil da Gestão Municipal

Cargo /Tempo de atuação	Formação profissional	Tempo de formado	Atuação /Tempo anterior na gestão do SUS	Nível de Escolaridade (Especialização)	Forma de Contratação/ Vínculo
Secretário de Saúde Municipal/ (4 anos)	Enfermagem	12 anos	Secretário de Saúde Municipal/ (3 anos)	Urgência e emergência /Auditoria e controladoria em contas públicas municipais	Cargo Comissionado
Coordenação Municipal de Atenção Básica/ (4 anos)	Enfermagem	10 anos	Coordenação Municipal de Unidade Hospitalar/ (3 anos)	Urgência e emergência	Cargo Comissionado

Fonte: elaborado pela autora através do formulário de entrevista.

A análise documental permitiu verificar que a Atenção Básica passou a integrar a agenda de governo, reconhecendo-a como centro ordenador e coordenador da atenção à saúde. Para viabilizar essa mudança de trajetória, elegeu-se a Estratégia de Saúde da Família como modelo de reorientação. Decisão política que convergia com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), diante da possibilidade real de ampliação de recursos financeiros, assegurados pela legislação e pela indução de políticas de saúde do Governo Federal e que respondia a necessidade da população local e conseqüentemente com o projeto de governo.

Por outro lado, a equipe gestora reconhecia que essa transformação não ocorreria num cenário favorável, cuja percepção poder ser explicada numa perspectiva histórica, ou seja, a realidade do sistema de saúde local, é resultado de um conjunto de decisões, normas, valores mediados por um sistema econômico e político que não privilegiou a Atenção Básica. Compreender esse percurso possibilita revelar a existência de outras direções, escolhas, e assim, permitindo vislumbrar outros caminhos. E, foi assim que a AB experimentou um novo caminho.

Um fato que demonstra esse esforço de mudança o grande investimento na melhoria da infraestrutura das unidades básicas de saúde existentes (05), evidenciado pela reforma da

estrutura física, pela aquisição de equipamentos e disponibilização de insumos essenciais a realização de ações de saúde.

[...] teve reforma nas unidades, teve a compra de equipamentos, só o fato de não faltar insumos, isso também já é bom. Um ponto positivo... (Trabalhador de Saúde – AB).

Associado a este movimento, uma outra ação relevante foi a criação de atendimento itinerante em áreas sem cobertura da AB, buscando ampliar o acesso da população as ações e serviços de saúde.

A Estratégia Saúde da Família conforma-se como o principal mecanismo de estruturação da atenção básica no SUS. Na realidade do município em estudo, a gestão local busca integrar a AB a rede assistencial para garantir acesso, potencializar parcerias, fluxos e resolutividade assistencial (BRASIL, 2012; 2017).

O fluxo de atendimento estabelecido segue as diretrizes, e a realidade local e o que está preconizado nas políticas públicas. O serviço é prestado pelos profissionais das equipes de saúde da família (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas e auxiliares de consultório dentário) na unidade de saúde ou nos domicílios. Essa equipe e a população acompanhada criam vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos e famílias na comunidade (BRASIL, 2017).

Quadro 5 - Implantação e cobertura das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família, Saúde Bucal e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica do município investigado no período entre Dez de 2013 e Nov de 2020.

Ano	Mês	População	Agentes Comunitários de Saúde		Equipe de Saúde da Família		Equipe de Saúde Bucal		Núcleo Ampliado de Saúde da Família
			Implantados	Proporção Cobertura Populacional	Implantados	Proporção Cobertura Populacional	Implantados	Proporção Cobertura Populacional	Implantados
2013	12	24.265	41	23.575	04	13.800	01	3.450	00
2014	12	25.725	43	24.725	05	17.250	01	3.450	00
2015	12	25.813	40	23.000	04	13.800	01	3.450	00
2016	12	25.854	47	25.854	05	17.250	00	0.0	00
2017	12	25.931	47	25.931	05	17.250	01	3.450	01
2018	12	25.460	47	24.493	05	17.250	05	17.250	01
2019	12	24.493	47	25.460	08	24.493	06	20.700	01
2020	12	26.947	-	-	10	26.947	08	26.947	01

Fonte: Elaborada pela autora, a partir de dados em MS/SAPS/DESF e relatórios e-Gestor AB.

De acordo com as informações do quadro 5, a ampliação de cobertura não ficou restrita a ESF, se estendeu também para a Saúde Bucal, que até então, contava com apenas uma (01) equipe de saúde bucal (EqSB), alcançando em 2020 o patamar de oito (08) EqSB; e, a fim de possibilitar uma melhora na resposta da Atenção Básica, a gestão implantou uma (01) equipe de Núcleo de Apoio a Saúde da Família, hoje, denominada Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) pela nova Portaria nº 2.979, instituída em 12 de novembro de 2019.

Ainda como medida para fortalecer a AB municipal, a gestão implantou uma Academia da Saúde. Programa subsidiado principalmente pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) – Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 e Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) – Portaria nº 687, de 30 de março de 2006 e tem como finalidade promover práticas corporais e atividade física, alimentação saudável, modos saudáveis de vida, produção do cuidado, entre outros, por meio de ações culturalmente inseridas e adaptadas aos territórios locais. Como componente da Atenção Básica à saúde não é um serviço isolado, desta forma, sua resolubilidade se compromete na articulação intersetorial, buscando a integralidade do cuidado dos usuários do SUS (SA et al., 2016).

Ao confrontar os dados empíricos produzidos a partir de distintas fontes, observa-se que existe convergência entre o projeto de governo e as ações implementadas pela gestão municipal, verificadas nos documentos analisados (PMS e RAG) e nas falas dos informantes-chave. Projeto que objetiva a ampliação e fortalecimento da AB.

A fim de viabilizar tal projeto, houve um investimento a ampliação da equipe gestora da SMS, com a instituição de novos setores. Assim, na atualidade, a estrutura organizacional da secretária é constituída oito coordenadorias – Coordenação de Atenção Básica, Coordenação do NASF-AB, Coordenação de Vigilância em Saúde, Coordenação de Vigilância Sanitária, Coordenação de Regulação, Avaliação, Controle das Ações e Serviços de Saúde, Coordenação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Coordenação de Assistência Farmacêutica, Coordenação da Unidade Hospitalar e Centro de Especialidades.

[...] hoje a gente tem um centro de fisioterapia, laboratório municipal, um centro de especialidades que atende quase tudo aqui no município, não precisa encaminhar paciente para fora, então a gente consegue fazer uma rede na verdade. (Coordenadora AB).

Ao confrontar o discurso dos informantes-chave com os documentos oficiais, e análise do Propósito e Projeto de Governo da administração municipal observa-se coerência entre propostas e ações, assim como as metas relacionadas a AB prioritariamente no Plano Municipal de Saúde (2018-2021).

Ficou evidente na fala do secretário de saúde, que a Atenção Básica ocupa espaço de destaque na agenda do dirigente, tendo como meta a sua transformação,

[...] melhorar a saúde do município era colocar a Atenção Primária como porta de entrada, então, nós partimos com a ideia de reconstrução, literalmente reconstrução é a palavra. (Secretário Municipal de Saúde)

Quanto aos recursos municipais que são destinados à saúde, as informações coletadas da análise documental apontaram para um aumento significativo dos recursos fundo a fundo direcionados a AB, o qual passou de R\$270 mil reais para R\$720 mil reais.

[...] nós temos em média um gasto de recurso da saúde, dos 100% do recurso da saúde, nós aplicamos em média 45% na Atenção Básica.

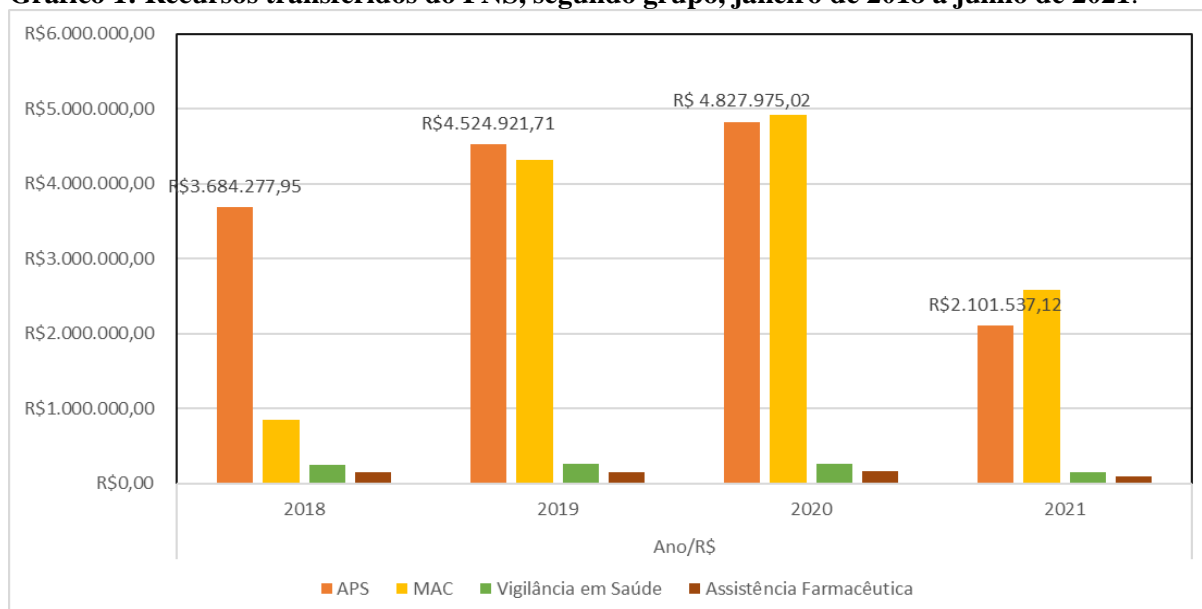
[...] isso vai girar em torno de 350 a 400 mil reais só na Atenção Básica. (Secretário Municipal de Saúde)

Em consulta feita ao site do Fundo Nacional de Saúde (FNS), observa-se aumento de 52% do valor repassado pelo FNS para o Fundo Municipal de Saúde (FMS); ao analisar por grupo, contata-se que os recursos direcionados a média e alta complexidade (MAC) foi o que apresentou o maior aumento (83%) seguida da Atenção Primária à Saúde (24%) (tabela 1). Para o cálculo da variação, excluiu-se o ano de 2021, por ser um ano em curso.

Tabela 01: Recursos transferidos do FNS segundo grupo, janeiro de 2018 a junho 2021.

Grupo	Ano/R\$				Total	Variação
	2018	2019	2020	2021		
APS	3.684.277,95	4.524.921,71	4.827.975,02	2.101.537,12	15.138.711,80	24%
MAC	852.440,64	4.319.115,94	4.924.275,40	2.577.607,05	12.673.439,03	83%
Vigilância em Saúde	242.070,41	257.815,19	259.858,85	147.087,49	906.831,94	7%
Assistência Farmacêutica	151.710,88	150.934,01	161.682,00	94.314,50	558.641,39	6%
Total (R\$)	4.930.499,88	9.252.786,85	10.173.791,27	4.920.546,16	29.277.624,16	52%

Fonte: [FNS - Fundo Nacional de Saúde \(saude.gov.br\)](http://FNS - Fundo Nacional de Saúde (saude.gov.br)); acesso em 03/07/2021; elaboração da autora.

Gráfico 1: Recursos transferidos do FNS, segundo grupo, janeiro de 2018 a junho de 2021.

Fonte: [FNS - Fundo Nacional de Saúde \(saude.gov.br\)](http://FNS - Fundo Nacional de Saúde (saude.gov.br)); acesso em 03/07/2021; elaboração da autora.

Ao buscar dados através do Sistema de Informação de Orçamento Público em Saúde (SIOPS), em 2020, a despesa municipal com saúde foi de R\$19.408.336,61 (dezenove milhões quatrocentos e oito mil e trezentos e trinte e seis reais e sessenta e um centavos), deste, R\$7.480.698,75 (sete milhões quatrocentos e oitenta mil seiscentos e noventa e oito reais e setenta e cinco centavos) vinculados a despesas correntes com a Atenção Básica; o que representa 38,5% do total das despesas, que diverge da informação dada pelo gestor municipal, quando afirma que cerca de 45% dos recursos são destinados a AB.

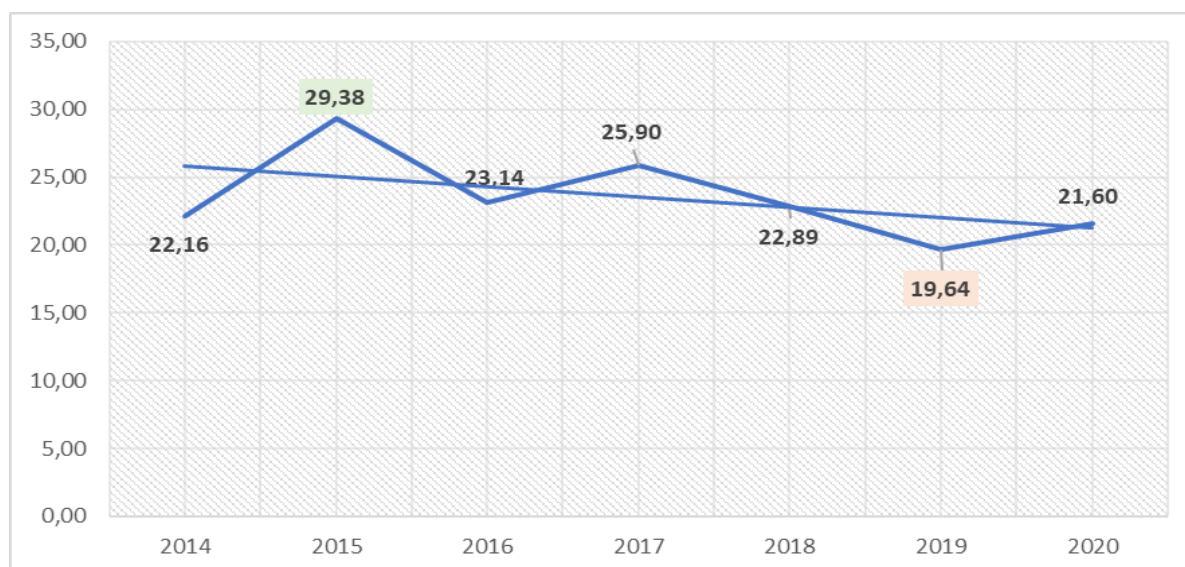
Figura 5: Demonstrativo de despesas em saúde segundo fonte e subfunção, ano 2020.

Despesa Total em Saúde por Fonte e Subfunção										
Subfunções		Recursos Ordinários - Fonte Livre	Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - Saúde	Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal	Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Estadual	Transferências de Convênios destinadas à Saúde	Operações de Crédito vinculadas à Saúde	Royalties do Petróleo destinados à Saúde	Outros Recursos Destinados à Saúde	TOTAL
301 - Atenção Básica	Corrente	0,00	28.195,50	7.433.018,25	0,00	19.485,00	0,00	0,00	0,00	7.480.698,75
	Capital	0,00	0,00	499.445,15	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	499.445,15
302 - Assistência Hospitalar Ambulatorial	Corrente	0,00	141.851,45	4.638.766,61	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4.780.618,06
	Capital	0,00	0,00	47.975,00	0,00	0,00	0,00	90.800,00	195.000,00	333.775,00
303 - Suporte Profilático e Terapêutico	Corrente	0,00	0,00	7.555,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7.555,00
	Capital	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
304 - Vigilância Sanitária	Corrente	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Capital	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
305 - Vigilância Epidemiológica	Corrente	0,00	0,00	533.506,74	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	533.506,74
	Capital	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
306 - Alimentação e Nutrição	Corrente	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Capital	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Subfunções	Corrente	0,00	5.771.225,25	0,00	0,00	1.357,66	0,00	0,00	0,00	5.772.582,91
	Capital	0,00	155,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	155,00
TOTAL		0,00	5.941.427,20	13.160.266,75	0,00	20.842,66	0,00	90.800,00	195.000,00	19.408.336,61

(*) ASPS: Ações e Serviços Públicos em Saúde

Fonte: [SIOPS - Demonstrativo da Lei de Responsabilidade Fiscal. \(datasus.gov.br\)](https://datasus.gov.br); acesso em 03/07/2021.

Em relação ao percentual mínimo de aplicação em saúde (15%), verifica-se que o município ficou acima em todos os anos analisados (Gráfico 2); 2015 foi o ano com maior aplicação, 29,38%, e 2019, o menor para o período pesquisado (19,64%).

Gráfico 2: Valor percentual (%) mínimo de aplicação em saúde, no período de 2014 a 2020.

Fonte: [SIOPS - Módulo de Condicionamento - Transferências Constitucionais \(datasus.gov.br\)](https://datasus.gov.br); acesso em 03/07/2021; elaboração da autora.

Um outro fator visto como positivo na gestão financeira, repousa sobre a assunção do município ao Comando Único, que viabilizou ao gestor assumir-se como ordenador de despesa, responsabilidade ditada pela Lei nº 141/2012), e autonomia do Fundo Municipal de Saúde frente a Secretaria de Finanças.

Considerando a temática do recurso financeiro que é destinado a saúde, percebe-se o desconhecimento sobre o assunto tanto por parte da coordenação AB como pelos profissionais de saúde que atuam na assistência. Este último menciona o novo modelo de financiamento para a Atenção Primária, através do Programa Previne Brasil, instituído pela Portaria 2.979, de 12 de novembro de 2019, que altera as formas de repasse das transferências para os municípios. Atualmente distribuídas com base em três critérios: pagamento por desempenho, incentivo de ações estratégicas e capitação ponderada.

[...] Não sei não, é que agora tem o novo financiamento né? E não sei dizer não, sinceramente. (Trabalhador da saúde – AB).

[...] eu vejo que tem alguns recursos que é através de emenda, eu vejo que tem alguns recursos que ele vai usar o que tá ali dentro da Portaria, mas assim, essa parte, como ele faz essa logística eu não intervenho muito não, não participo não, a parte financeira fica realmente com ele (Coordenadora – AB).

5.2 CAPACIDADE DE GOVERNO

A equipe gestora da Secretaria de Saúde é formada por um elenco diversificado de profissionais, os quais respondem pela Coordenação da Regulação em Saúde - TFD, Coordenação de Saúde Mental, Coordenações de Vigilância Epidemiológica e Sanitária, Coordenação da Assistência Farmacêutica, Diretoria hospitalar, Coordenação de Atenção Básica, Supervisão em Atenção Básica, Coordenação do NASF-AB, sob condução do Secretário de Saúde. Ressalta-se que na entrevista com a Coordenadora da Atenção Básica, foi referida a existência de uma Assessoria Técnica em gestão de saúde e a contratação mais recente de uma profissional da área de saúde para Supervisão da Atenção Básica.

A análise dos documentos oficiais apontou para a ausência de um organograma, instrumento que formaliza a estrutura hierárquica da SMS, os segmentos/setores que compõe essa organização e as suas ligações. Uma outra fragilidade encontrada é a inexistência de um ato legal que regulamente a atual estrutura organizacional da SMS, situação que condiciona a vinculação formal de parte da equipe gestora por meio contratação de cooperativa. Apenas,

para os cargos previstos na Lei que cria a SMS é que se tem a nomeação por meio de Decreto (a exemplo do secretário de saúde) ou Portaria Municipal.

[...] Então, os coordenadores aqui, a maioria, noventa por cento é contratado, só temos o coordenador de farmácia que é concursado, mas os demais todos são contratados... (Coordenadora AB)

A falta de um regramento que estabeleça uma estrutura organizacional da SMS, condizente com as responsabilidades legais, no que tange a implementação da Política Pública de Saúde, assim como, da Atenção Básica, pode em certa medida comprometer a viabilidade política e técnica do projeto de governo.

Uma alternativa encontrada pela gestão atual, para superar essa debilidade, foi a contratação de técnicos por meio de cooperativa; estratégia que ampliou a capacidade de governo, seja pelo aumento do número de técnicos, como também, da contratação de pessoas com expertise na área.

[...] nós vimos que somente aqueles cargos eram insuficientes para gerir toda essa estrutura que nós começamos a construir, então, com a chegada da contratação de uma cooperativa de saúde, nós pudemos colocar outros cargos para ficarem vinculados a essa cooperativa, então, nós temos parte da nossa equipe cooperada e temos parte da nossa equipe por decreto municipal, comissionados como a gente chama aqui (Secretário Municipal de Saúde)

Por outro lado, a solução encontrada, não resolve, e ainda, reforça a precarização de vínculos, e a nomeação de pessoas por critérios políticos e não por competência técnica.

Apesar da ampliação da equipe gestora, a Coordenadora da Atenção Básica apontou que experimenta uma sobrecarga de trabalho, seja, pela insuficiência de sua equipe de trabalho, pela ausência de um regimento interno que defina claramente competências e funções de setores e técnicos e por uma cultura organizacional que desconhece o papel da Coordenação da Atenção Básica,

[...] Porque muitas vezes a gente é almojarifado, a gente faz parte de manutenção e por aí vai, então eu tinha bastante dificuldade por essa questão de não fazer de fato o papel da Atenção Básica...

[...] a questão de transporte que fica muito em cima da gente, ... tipo os carros das unidades, ... porque o carro quebra, aí quem vai resolver isso é a gente, coisa que o chefe de transporte deveria resolver...

[...] medicação de paciente, que poderia ser o farmacêutico, mas o farmacêutico tem carga horária pequena no município, então nem sempre tá. (Coordenadora AB).

Ao ser demandada a responder por assuntos não vinculados a sua Coordenação, a equipe responsável pela implementação da Política de Atenção Básica acaba por negligenciar a execução de funções gestoras essenciais, a exemplo do planejamento, monitoramento e avaliação; atividades que fomentam e retroalimentam o processo de gestão da Atenção Básica. Situação que diverge do proposto pela PEAB no que tange as atribuições da coordenação de Atenção Básica.

Um outro aspecto apontado pela coordenação da AB que contribuiu para sua sobrecarga de trabalho é a necessidade de qualificação das equipes de saúde para atuarem na AB e no SUS, pois, mostra-se como grande desafio na implementação das ações e serviços de saúde; o despreparo, a deficiência da formação dos profissionais de saúde e a questão da nomeação política, são alguns dos motivos apresentados pela coordenação da AB.

Para Medina (2018), apesar da pouca densidade tecnológica na AB, as práticas de atenção à saúde exigem grande complexidade. E como regra geral, o perfil deste profissional tem ficado distante de ser alcançado, diante das necessidades de saúde da população e diversidade de expertise.

Pode-se perceber a importância da criação de um setor/departamento de Educação Permanente para elaboração de plano de ação que respondam as demandas de formação e desenvolvimento dos profissionais da saúde e outros atores envolvidos, como a própria gestão municipal, na implementação de políticas e consolidação do SUS do município.

[...] a contratação eu vejo como política, na verdade, para mim não tem escolha, chega pra mim e eu tenho que lapidar, é uma das dificuldades inclusive que eu tenho. Eu não tenho direito a escolher, é o que chega. (Coordenação AB).

A legitimação da sobrecarga de trabalho sobre o papel da Coordenação da Atenção Básica, levou a ampliação da equipe gestora agregando novos integrantes: o coordenador do NASF-AB e a supervisão AB. A recente contratação de uma profissional de saúde, da área de enfermagem, para assumir a supervisão AB favoreceu a divisão das atribuições. Desta forma, algumas atividades administrativas como: solicitação de pedidos de materiais, envio e recebimento de ofícios, separação e distribuição de materiais; deixaram de fazer parte da agenda da coordenação de Atenção Básica possibilitando o redirecionamento do seu papel.

[...] a gente conseguiu contratar aqui uma supervisão que trabalha junto com a coordenação ... e aí eu consegui direcionar mais o papel da coordenação em acompanhar a equipe, em implementar as ações... (Coordenação AB)

[...] contratamos uma supervisão de Atenção Básica para que ela pudesse ficar nesse processo de ir nas unidades, fazer a supervisão, ... [...] com a parte mais de organização e planejamento. (Secretário Municipal de saúde).

Percebe-se que a equipe gestora foi se constituindo no processo de designação das responsabilidades institucionais e necessidade de descentralização de algumas atividades da coordenação AB. O que contribui para uma aparente horizontalidade nas relações de trabalho e conflitos causados pela indefinição de papéis entre as coordenações técnicas e as áreas administrativas.

Observa-se uma relação de parceria entre a Coordenação de Atenção Básica e o gestor municipal de saúde. Vale ressaltar que o entendimento que estes dois atores têm do processo de tomada de decisão dos temas relacionados a Atenção Básica é de que todos têm participação.

[...] eu sempre ouço o que ela tem a dizer e levo ao gestor o posicionamento dela, cem por cento não, mas, noventa por cento das decisões que ela se posiciona são acatadas. (Secretário Municipal de saúde).

Porém, as decisões partem do levantamento de problemas na qual toda a equipe da Atenção Básica participa, em seguida os elementos e informações discutidos são reportados através do secretário de saúde ao prefeito para que se tome a decisão. O processo se dá na apresentação de informações e necessidades que precisam ser implementadas, a partir de uma base técnica da coordenação de Atenção Básica para o gestor municipal de saúde, o subsidiando de argumentos para os espaços de diálogo e anuência do prefeito nessa tomada de decisão.

[...] Assim, nem sempre eu participo diretamente com o secretário de saúde ou com o prefeito. Algumas situações ele leva, algumas situações mais específicas, mas como o secretário daqui é técnico, ele é da área, ele tem experiência em gestão, [...] a gente discute algumas situações e ele mesmo leva isso até o prefeito ou até o secretário de finanças, enfim. (Coordenadora AB).

Apesar da fala da equipe gestora de Atenção Básica afirmar que o processo de tomada de decisão decorre de um molde participativo, ao questionar elementos como recursos financeiros (critérios e alocação) e recursos humanos, observou-se baixa governabilidade da equipe gestora, tendo em vista que as decisões passam pelo crivo do secretário municipal de saúde e/ou prefeito, medidas condicionadas pelo contexto político.

Financeiro eu não tomo decisão nenhuma sem ele, não tem como, contrato de pessoal, demissão, essa questão pessoal, também não tenho autonomia para essa questão [...] porque existe muita questão política no interior (Coordenadora AB).

[...] Nomeação política, não teve seleção, foi nomeação política mesmo. Não teve nenhuma prova que a gente tenha feito para ser selecionada não (Trabalhador de saúde – AB).

Identificou-se algumas práticas de gestão, a partir das narrativas dos entrevistados, a saber: a utilização de uma ficha funcional, instrumento que foi implementado pela coordenadora de Atenção Básica e as enfermeiras das unidades de saúde para que pudessem dialogar com suas equipes. O objetivo do instrumento é registrar todas as informações relacionadas ao processo de trabalho e comportamento do profissional e que faz parte da supervisão. Além da ficha funcional, assim denominada pela coordenação AB, fazem o uso dos livros de ocorrência e realizam reuniões com as equipes. Outra prática adotada foi a instalação de câmeras em todas as unidades de saúde, segundo o gestor municipal de saúde, o dispositivo visual reduz algumas situações que as pessoas tentem criar.

[...], mas elas têm esse instrumento para poder estar dialogando com suas equipes, então, qualquer conversa que você tenha, seja ela para parabenizar, seja para corrigir alguma falha, ela é descrita e as pessoas elas assinam essa ficha funcional. (Secretário Municipal de Saúde).

[...], a gente aqui criou uma ficha funcional, onde eu relato tudo dos funcionários que é o que me dá subsídio para quando eu tô no sufoco com algum funcionário que não dá mais certo, é aquilo que me cobre em certas situações para chegar até ele e até o prefeito... (Coordenadora AB).

Percebe-se, que apesar da qualificação técnica dos profissionais que compõe a equipe gestora da SMS, constata-se uma insuficiência de conhecimentos sobre a gestão em saúde. Observa-se também, a necessidade de práticas mais estruturadas de planejamento e a implantação de espaços colegiados para pactuações e decisões compartilhadas.

Segundo Teixeira (2003), em uma perspectiva de rede, o trabalho dos gestores e dos gerentes consiste não apenas em tomar decisões e resolver problemas sozinhos, mas, sobretudo, no ato de liderar e manter a rede de conversas em que são trocados os compromissos. No entanto, identificamos dificuldades dos gestores em manter essas “rodas de conversas”, sobretudo se levamos em consideração a rotatividade de gestores.

Nesta estrutura organizacional vale destacar a ausência de uma coordenação ou setor com a competência de estabelecer políticas, pensar o planejamento, seu acompanhamento e avaliação das ações e serviços nas áreas da atenção à saúde do município.

Segundo Vilasboas e Paim (2008) o planejamento como um elemento do trabalho da gestão para a implementação de políticas representaria um dos componentes da capacidade de governo, que diante das práticas apresentadas, observa-se forte debilidade no que diz respeito as técnicas, instrumentos e métodos na capacidade de condução dos gestores diante de suas equipes de saúde na determinação de suas práticas. A noção de método indicada pelo postulado de coerência quando articuladas as duas teorias, também pode ser considerada como um dos componentes da capacidade de governo.

Após caracterizar o perfil da equipe de gestão, apresentar suas práticas e discutir a organização da coordenação AB do município de Nova Soure, pontua-se alguns desafios relacionados aos recursos humanos, enfrentados pela equipe dirigente local no tocante a implementação da PNAB, a dificuldade de fixação da categoria médica. Situação vivenciada em municípios localizados longe dos grandes centros urbanos ou em áreas remotas; contexto experimentado também por este município. E, na tentativa de dirimir os efeitos destes condicionantes, a gestão aderiu ao Programa Mais Médicos (instituído pela Medida Provisória nº621 e sancionado na lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013). O Programa objetiva não somente o provimento emergencial de médicos para atuação na atenção básica dos municípios de extrema pobreza e periferias das regiões metropolitanas sob supervisão presencial e à distância, mas também, qualificação da infraestrutura das redes e ao aprimoramento da formação médica no Brasil.

O ponto relevante deste Programa foi possibilitar a priorização e o provimento de médicos nos municípios com condições de extrema pobreza, baixo índice de desenvolvimento humano e localizações em regiões pobres, pois, em sua grande maioria não havia médicos nas equipes de saúde da família. Outro destaque foi a maior aproximação dos cenários de atuação dos médicos e suas equipes, identificando suas estruturas físicas e condições de trabalho, garantindo um diálogo permanente entre as instituições de supervisão, os gestores municipais e equipes para a qualificação da Atenção Básica dos municípios e no estado (RIBEIRO et al, 2018).

5.3 GOVERNABILIDADE

Observa-se um entrosamento político e técnico entre o gestor municipal de saúde e o prefeito. Essa relação viabilizou ao gestor assumir o papel de ordenador de despesa, e consequentemente a autonomia do fundo municipal de saúde.

[...] gerir com submissão não existe, você não tem como fazer gestão com submissão, aí é melhor você não botar um secretário de saúde melhor botar um fantoche lá, e secretário de finanças ficar manipulando, é o que acontece infelizmente na maioria dos municípios. (Secretário Municipal de Saúde).

Baseado nos achados de pesquisa infere-se que a equipe dirigente da SMS tem certa governabilidade sobre o sistema municipal de saúde, tangenciada pelo apoio do governo federal e estadual, do núcleo dirigente da administração municipal e do Conselho Municipal de Saúde. Por outro lado, gozava de relativa autonomia financeira-administrativa, apesar do secretário ser o ordenador de despesa e gestor do Fundo Municipal de Saúde. Afirmação baseada no fato de que ainda compartilham a gestão de alguns procedimentos administrativos sem haver a separação total da contabilidade do FMS com a da Prefeitura, segundo a fala do gestor municipal.

Quanto aos servidores da SMS, havia um apoio instável, atrelado a garantia das condições de trabalho e remuneração principalmente pela categoria dos agentes comunitários de saúde (ACS). Vale salientar que por algumas iniciativas de mudança do modelo de saúde municipal e organização da AB, existiu resistências por parte do Sindicato dos ACS.

O lugar de destaque que a Atenção Básica ocupa no projeto de governo local ocasiona um tensionamento na relação dessa gestão com os demais setores da Secretaria Municipal de Saúde. Essa relação que deveria ser fluida, pois, toda a organização da rede de saúde perpassa a Atenção Básica, observa-se a centralização das ações na Coordenação AB no que diz respeito a integração destes setores. Neste sentido, segundo o secretário de saúde a equipe de gestão AB tem livre acesso as outras coordenações.

[...] a gente enquanto coordenador de Atenção Básica acaba tendo que se meter em situações que não é nossa, [...] decisões da VIEP implica na AB, NASF vai implicar na AB, Regulação vai implicar na AB, e por aí vai... (Coordenadora AB)

Assim, a coordenação dos cuidados pela APS, de acordo com Silva e Andrade (2014), ocupa uma posição de destaque na agenda política na busca pelo fortalecimento da atenção

primária como uma estratégia de organização do sistema de serviços de saúde, o que eleva sua capacidade de resolver os problemas de saúde por meio da coordenação das RAS, implicando, portanto, num papel central e estratégico de reordenamento do sistema de saúde, orientando o cuidado ao longo de todos os pontos de atenção e de toda a vida de uma comunidade.

No entanto, observou-se baixa governabilidade da gestão dos recursos humanos, no que se refere a contratação de pessoal, por tratar de indicações políticas. Com relação aos recursos administrativos, pode-se afirmar um certo desconhecimento de sua aplicação na Atenção Básica e estão sob o gerenciamento do secretário de saúde. Parte da governabilidade da coordenação AB está atrelada a competência técnica, a um embasamento teórico diante das necessidades que lhes são demandadas a solucionar, mas que apresenta limites diante do pouco poder político deste ator.

[...] óbvio que não é cem por cento, tem coisas que a gente quer de um jeito, tem coisas que as vezes a Portaria traz que é assim e infelizmente por uma questão política [...] a gente não pode implementar. (Coordenadora AB).

5.4 ORGANIZAÇÃO

Apesar de um cenário de ampliação da equipe gestora e de seus trabalhadores da saúde e de uma melhora na infraestrutura dos pontos de atenção, acompanhado de um discurso de transformação do projeto de governo, percebe-se, por outro lado a não implantação de práticas gerenciais capazes de promover espaços de discussão no intuito de fortalecer a integralidade da Atenção Básica com outros setores, o que demonstra uma prática segmentada para cada coordenação e/ou setor da secretaria municipal de saúde.

Pode-se evidenciar a ausência de qualquer mecanismo ou espaço de diálogo que reúna a equipe gestora de saúde do município, como consequência da não implementação dessas práticas gerenciais. Sendo assim, o processo de monitoramento e planejamento das ações da secretaria municipal de saúde fica a cargo do assessor de saúde, prática de planejamento muito comum nas diversas instituições, a pessoa que ocupa o espaço de formulação não é a mesma pessoa que executa, persistindo num distanciamento daquele que planeja ao que executa de fato as ações. Este fato pode ser confirmado na fala da coordenadora AB:

[...] a gente elaborou reuniões trimestrais para discutir os dados, as propostas, o que foi sendo alcançado. E aí no início a gente conseguiu fazer

trimestral, mas depois desandou que a gente não conseguiu fazer mais nada e aí veio embolando. (Coordenadora AB).

Ainda sobre as práticas de gestão ou métodos, para que possamos considerar a Atenção Básica como eixo estruturante de uma rede de saúde, alguns mecanismos de integração vêm favorecer este modelo de organização, são eles: os meios de comunicação, os meios de regulação (protocolos e fluxos) e as estratégias de gestão, que podemos trazer como exemplo os espaços colegiados. Através destes tem-se a garantia da implementação da Atenção Básica municipal e a viabilidade do projeto de governo. Ou seja, quando analisamos sob a perspectiva do Postulado de Coerência o direcionamento das práticas de planejamento utilizados e a forma como se organiza o processo de trabalho irão explicitar os propósitos de um dado Governo.

Observa-se em certa medida uma centralização em um ator na estruturação e regulação dos processos de trabalho, não somente no que diz respeito a gestão da Atenção Básica, mas a um processo mais macro de integração de uma rede municipal. Nesse quesito não podemos deixar de trazer outras considerações que estão relacionadas aos jogos de poder. Esse acúmulo de responsabilidades ou porque não dizer “de poder” causa interferências em um propósito mais coletivo e faz com que haja ou não viabilidade de um projeto de governo dada a fragilidade da organização institucional.

[...] vou citar como a gente realiza essas referências. [...] a gente faz um encaminhamento, um relatório e entrega a coordenadora de atenção básica, ela fica ciente e encaminha para o setor responsável, no caso o serviço social, o CREAS, o CRAS, o conselho tutelar, tendo a resposta, a coordenação envia para a gente, o enfermeiro da unidade. (Trabalhador de Saúde - AB)

Neste sentido, os anúncios determinados através dos Planos e relatórios de gestão municipais (locais onde são explicitados os propósitos de governo) são incoerentes quando comparados aos métodos de trabalho utilizados (entendidos como práticas e tecnologias de gestão) e a organização (como modelo organizacional da instituição). Essa configuração permite constituir um modelo de análise representadas nestas relações e revela elementos substanciais a um cenário favorável ou desfavorável ao desenvolvimento de ações e implementação de uma dada política de saúde (TEXEIRA, 2010). Porém, observamos a ausência de espaços colegiados de planejamento e decisão para a garantia da integração da rede e a centralização de funções no ator da gestão AB.

[...] aqui a gente acaba por obrigatoriedade tendo que participar de muita coisa e aí a gente acaba até levando uma fama de mandona, eu mesmo tenho uma fama de mandona porque eu acabo querendo me meter aqui em tudo, seja na farmácia, seja na vigilância e por aí vai (Coordenadora AB)

Segundo registros do Relatório Anual de Gestão de 2014 e fala do atual gestor municipal, a Estratégia Saúde da Família compõe o principal mecanismo de estruturação da rede de atenção primária no município. É a partir da APS como porta de entrada e ordenadora da rede de saúde que se pretende integrar por meio de rede assistencial para garantir acesso, potencializar parcerias, fluxos e resolutividade assistencial.

Na realidade das cidades de pequeno e médio porte do nordeste do Brasil, a organização da demanda torna-se essencial para que o modelo hegemônico, configurado nos hospitais, não seja a principal porta de acesso da população. Somente desta forma, a operacionalização da proposta da Estratégia de Saúde da Família conjugada a construção de práticas interdisciplinares permite que o usuário transite no campo da intersetorialidade. A articulação dessas ações e serviços se torna elemento primordial da integralidade do SUS (MENDES, 2012).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa caracterizou a implementação da Política de Atenção Básica em um município de pequeno porte a partir do Postulado da Coerência e do Triângulo de Governo de Matus.

Aos achados empíricos, analisados sob a luz do referencial teórico adotado, apontam para a existência de fragilidades no âmbito da gestão em saúde, em certa medida condicionada por projetos de governo anteriores, que tinham como mote o modelo biomédico e a centralidade na atenção hospitalocêntrica. Contexto, que acabam por comprometer a implementação da Política de Atenção básica.

Por outro lado, evidenciou-se também, um esforço da atual gestão municipal em mudar tal contexto. Até então, a organização da atenção à saúde tinha como centro a unidade hospitalar, escamoteando a Atenção Básica, que tinha como característica a incipiência, a ausência de mecanismos robustos de integração com os demais pontos de atenção da rede municipal. Fortalecendo assim, a cultural local de escolher o hospital como a porta de entrada ao sistema de saúde.

No que tange a capacidade instalada, observou-se que ao longo do período estudado, houve um aumento significativo no número de unidades de saúde, impactando significativa na cobertura da AB. Novos equipamentos foram implantados como Núcleo de Apoio a Saúde da Família, novas equipes de Saúde Bucal e Academia da Saúde

Notório o investimento na realização de reformas, ampliação e construção de novas unidades básicas de saúde, proporcionando uma melhor ambiência; atrelado a indução de incentivos federais e adesão ao Programa Requalifica UBS, junto à Política de Humanização, com a ampliação das equipes de ESF, ESB e NASF.

Por outro lado, evidenciou-se lacunas no âmbito organizacional, mais especificamente na integração da AB com os demais pontos de atenção, fragilizando o seu papel de ordenadora e coordenadora do cuidado e, por seguinte, na manutenção de práticas assistenciais fragmentadas. Parte de tal situação pode ser explicada pela ausência de mecanismos robustos de comunicação e integração entre os distintos pontos de atenção e processos de trabalho médico-centrado

Soma-se a isso, a precarização de vínculos de trabalho, determinados por não previsão de concursos públicos, que culminam em sucessivas seleções públicas ou contratos temporários; como consequência, rotatividade de profissionais, com destaque para categoria

médica, vínculos frágeis entre equipe e usuário/família/comunidade e descontinuidade do cuidado.

Constata-se **avanços** importantes, em especial na ampliação da cobertura populacional da atenção básica e tentativas de mudança do modelo de atenção. Porém, a mudança efetiva deste modelo requer dentre outras coisas, que o processo de trabalho seja organizado a partir das diretrizes da PNAB para a resolução dos problemas de saúde: trabalho em equipe multidisciplinar, responsabilidade sanitária sobre o território de referência, abordagem centrada no sujeito, família e seu contexto, criação de vínculo entre equipe e usuários. Além, da qualificação desses profissionais de saúde, através da educação permanente dessas equipes, proporcionando a ampliação da clínica e a reformulação das práticas tradicionais. Iniciativas incipientes ou pouco qualificadas na realidade estudada.

A pesquisa permitiu identificar **desafios** no contexto da implementação da política de atenção básica, como: a dificuldade de fixação dos profissionais médicos, principalmente os que não participam do Programa Mais Médicos, o que interfere também, no cumprimento da carga horária de trabalho; ausência de políticas de valorização e desprecarização do vínculo profissional, quase toda a totalidade dos profissionais do município têm vínculo associado à cooperativas de saúde; a instituição de mecanismos de coordenação e planejamento que permitam maior integração intra e interinstitucional; e, integração da Atenção Básica com os serviços especializados, assegurando a continuidade do cuidado, numa perspectiva mais abrangente e resolutiva do cuidado em saúde.

A pouca qualificação da equipe gestora foi outro aspecto identificado, cenário que prejudica a capacidade de governo, aspecto indutor de mudanças nos processos organizacionais da SMS e conseqüentemente no direcionamento do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica. E, portanto, a efetividade e consolidação da política de Atenção Básica.

Percebe-se na trajetória municipal da implementação da política da Atenção Básica, forte indução federal mediante o incentivo financeiro, demarcado pelo repasse fundo a fundo do componente do Piso de Atenção Básica (PAB) variado, cuja composição tinha maior proporcionalidade de recursos vinculados as equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal.

Ainda quanto ao financiamento observa-se no período analisado que houve aumento de 52% do valor repassado pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) para o Fundo Municipal de Saúde (FMS); ao analisar por grupo, constata-se que os recursos direcionados a média e alta complexidade (MAC) foi o que apresentou o maior aumento (83%) seguida da Atenção Básica à Saúde (24%), uma distribuição de recursos ainda muito desigual na disputa do

modelo de saúde. Em relação ao percentual mínimo de aplicação em saúde (15%), verifica-se que o município ficou acima em todos os anos analisados; 2015 foi o ano com maior aplicação, 29,38% corroborando com as informações dos achados documentais (RAG e PMS).

Mesmo não sendo o objeto central deste estudo, a atual Política Nacional de Atenção Básica e o Programa Previnir Brasil, programa federal que alterou estruturalmente o mecanismo de financiamento da AB, associado a política de austeridade fiscal adotada pelo Governo Federal, são percebidas com ameaças a sustentabilidade não só da AB como do próprio SUS.

E, quando se associa os efeitos deletérios causados pela Pandemia da Covid-19, vislumbra-se um contexto desafiador para os gestores do SUS, em especial os vinculados a municípios que possuem pouca capacidade governativa e forte dependência financeira da União. Assim sendo, novos estudos que busquem responder sobre o efeito de tais condicionantes e determinantes na implementação da política de AB, são recomendados.

Por se tratar de um estudo de caso, os achados aqui não podem ser generalizados, todavia, pode contribuir na compreensão de tal fenômeno. Além disso, um outro aspecto limitante da pesquisa, versa sobre a verificação do impacto da política de atenção na condição de saúde da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, M. C.; CASTANHEIRA, E. R. L. Cooperação e apoio técnico entre estado e municípios: a experiência do programa articuladores da atenção básica em São Paulo. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 980-990, 2011.

BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. **Resolução no 258, de 7 de janeiro de 1991**. Aprova a Norma Operacional Básica/SUS no 01/91, constante do Anexo I da presente Resolução, que trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS para 1991. Brasília, DF, 1991. Disponível em: <<https://goo.gl/VfdMwr>>. Acesso em: 09/11/2019.

BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. **Portaria no 234, de 7 de fevereiro de 1992**. Edita a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB – SUS/92), conforme texto constante no Anexo I da presente Portaria. Brasília, DF, 1992. Disponível em: <<https://goo.gl/NqsQ3g>>. Acesso em: 09/11/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 545, de 20 de maio de 1993**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 96, 24 maio 1993. Seção 1, p. 6961.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 2.203, de 5 de novembro de 1996**. Dispõe sobre a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde NOB-SUS 01/96. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 nov. 1996. p. 22932.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. 26 Mar 2006

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria MS/GM nº. 1654, de 19 de julho de 2011**. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Brasília, 2011a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria MS/GM nº. 2488, 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 de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011b.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Diretoria de Atenção Básica. **Política Estadual de Atenção Básica, 2013**. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wpcontent/uploads/2017/06/Decreto_14457_Maio_2013.pdf. Acesso em 06 de janeiro de 2020.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Plano Estadual de Saúde 2016-2019. V. 40, supl. 3, out./dez. 2016, Salvador, 2016.

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. 21 Set 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019.** Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informação e Gestão da Atenção Básica - e-Gestor.** 2017b. Disponível: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relatoriosPublicos.xhtml> Acesso em: 15 de abril de 2020.

CAMPOS, G.W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos.** São Paulo: Hucitec, 2000.

CECÍLIO, L.C.O.; REIS, A. A. C. dos. Apontamentos sobre os desafios ainda atuais da atenção básica à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.34, n. 8, 2018.

FAUSTO, M. C. R.; ALMEIDA, P. F.; BOUSQUAT, A. Organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil e os desafios para a integração em redes de atenção In. MENDONÇA, M. H. M. (Org.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

FLICK, U. **Introdução à Pesquisa Qualitativa.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed-Bookman, 2009.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** 4. ed., São Paulo: Atlas, 2002.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, 2018.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA L. et al. (Org). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro, Fiocruz, 2012.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Resolução n. 3, de 26 de agosto de 2019. Diário Oficial da União de 28 de agosto de 2019, n 166, Seção 1, p. 374. Brasília, 2019.

JUNQUEIRA, T. S. et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 26, n. 5, p. 918-928, 2010.

MARCO TÚLIO, A. M. R. et al. Implantação das Políticas Públicas de Provimento e Fixação de Médicos no Ceará. **Cadernos ESP - Revista Científica da Escola de Saúde Pública do Ceará**, v. 12, n. 1, p. 92 - 104, 4 out. 2019.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.25, n.4, p. 1181-1188, 2020.

MEDINA, M.G. Dialogando com os autores: concordâncias e controvérsias sobre atenção primária à saúde no Brasil. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.34, n. 8, Espaço Temático, 2018.

MENDES, E. V. **O cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDONÇA, M. H. M. et al. Os desafios urgentes e atuais Atenção Primária à Saúde no Brasil In. MENDONÇA, M. H. M. (Org.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde In. MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 22. ed., Petrópolis: Vozes, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed., São Paulo/Rio de Janeiro: Abrasco/Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. 14. ed., São Paulo: Hucitec, 2014.

PEREIRA JUNIOR, N.; CAMPOS, G. W. S. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da co-gestão. **Interface**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 895-908, 2014.

RIVERA, F.J.U. A teoria do planejamento estratégico no setor social e da saúde à luz do agir comunicativo – o contexto latino-americano. In: RIVEIRA, F.J.U. **Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, Cap. 4. p. 149-210, 1995.

ROSSI, T. R. A.; CHAVES, S. C. L. Implementação da Atenção Especializada em Saúde Bucal em dois municípios na Bahia/Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n.spe, p.196-206, 2015.

SILVA, R. M.; ANDRADE, L. O. M. Coordenação dos cuidados em saúde no Brasil: o desafio federal de fortalecer a atenção primária à saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1207-1228, 2014.

SOUZA, R. O. de A.; MACHADO, C. V.; NORONHA, M. F. Desafios da Gestão Municipal de Atenção Básica em Saúde no Brasil: Um estudo de caso. **Revista APS**, n.18, v.2, p.166-179, 2015.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias.** Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**, Salvador, v. 65, n. 27, p. 257-277, set. 2003.

TEIXEIRA, C. F. (org.). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências.** Salvador: Edufba, 2010.

TRIVINOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas; 1987.

VILASBÔAS, A. L. Q.; PAIM, J. S. **Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal.** Cad. de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 6, n. 24, p.1239-1250, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A – FORMULÁRIO ENTREVISTA CARACTERIZAÇÃO PESSOAL

Pesquisadora: Aline Gomes Fernandes Santos

Entrevista n°:

Data:

Início: Término:

Dados de Identificação:

• Nome (iniciais) e idade:
• Sexo: F () M ()
• Raça/cor:
• Tempo e Formação profissional:
• Instituição de Formação:
• Pós-graduação em gestão do SUS ou Saúde Coletiva? Sim (). Qual: Não ()
• Município de Trabalho:
• Tempo que integra a equipe gestora deste município?
• Atua apenas como coordenador (a) de AB no município? Sim (). Não (). Qual a outra função exercida?
• Forma de Contratação:
• Carga horária semanal: 30 () 40 () Dedicção Exclusiva ()
• Teve alguma experiência anterior a esta na gestão do SUS? Qual a função? Em que local? Quanto tempo permaneceu nesta função?
• Exerce alguma função em outro município? Sim (). Qual? Não ()

APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista Gestor Municipal

<ul style="list-style-type: none">• Faça um breve relato sobre como encontrou a Atenção Básica ao chegar ao município? Você tem conhecimento de como era estruturada? Atualmente como a Atenção Básica está organizada? Destaque as principais mudanças.
<ul style="list-style-type: none">• Como a equipe gestora da secretaria municipal de saúde (SMS) está estruturada? E qual o seu papel enquanto secretário de saúde?
<ul style="list-style-type: none">• Na sua percepção que competências uma equipe gestora do SUS deve possuir? Por quê?
<ul style="list-style-type: none">• Como é feita a seleção, contratação e nomeação da sua equipe técnica?
<ul style="list-style-type: none">• Qual o papel da Atenção Básica no sistema de saúde municipal?
<ul style="list-style-type: none">• Na sua percepção qual o papel da coordenação da Atenção Básica na gestão municipal?
<ul style="list-style-type: none">• Quais os mecanismos/dispositivos institucionais (financeiro, político, administrativo, jurídico) a gestão utiliza para operacionalizar as ações da Atenção Básica?
<ul style="list-style-type: none">• Como ocorre o processo de tomada de decisão de temas relacionados a Atenção Básica? Quem participa? O que é levado em conta nas decisões?
<ul style="list-style-type: none">• Considerando os recursos municipais atribuídos a saúde, qual o percentual destinado a Atenção Básica? Quais os critérios adotados para alocação de recursos na Atenção Básica?
<ul style="list-style-type: none">• Como analisa a articulação da coordenação da Atenção Básica com os demais setores da SMS e da Prefeitura? Essa articulação é suficiente para responder as demandas e necessidades?

<ul style="list-style-type: none">• Quantas unidades básicas de saúde o município possui? Considera a estrutura física dessas unidades adequadas?
<ul style="list-style-type: none">• Existe paridade entre o número de equipe de Saúde Bucal e as equipes da Estratégia de Saúde da Família? Se não, por quê?
<ul style="list-style-type: none">• Qual a estratégia adotada por sua gestão na elaboração do plano municipal de saúde? Você identifica alguma ação diferente nesse processo, quando comparado com gestões anteriores?
<ul style="list-style-type: none">• Na sua percepção, existe convergência do Plano de Saúde Municipal com o Projeto Político de governo? Quais? Se não, por quê? Nessa convergência considera que existe espaço para a Atenção Básica?
<ul style="list-style-type: none">• Existe alguma estratégia de monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pela SMS/Atenção Básica? Se sim, como são desenvolvidas? São elaborados relatórios? Como as informações produzidas têm sido usadas pela gestão municipal?
<ul style="list-style-type: none">• Você poderia destacar algum ator e/ou organização proponente ou opositora que considera impactar as ações da gestão municipal?
<ul style="list-style-type: none">• Como analisa a implementação da Política da Atenção Básica municipal? Pontue avanços, obstáculos e desafios.

APÊNDICE C - Roteiro de Entrevista Coordenação Municipal AB

<ul style="list-style-type: none"> • Faça um breve relato sobre como encontrou a Atenção Básica ao chegar ao município? Você tem conhecimento de como era estruturada? Atualmente como a Atenção Básica está organizada? Você poderia destacar fatos e ações realizadas na organização da Atenção Básica no município?
<ul style="list-style-type: none"> • Qual o papel da Atenção Básica no sistema de saúde municipal?
<ul style="list-style-type: none"> • Na sua percepção qual o papel da coordenação da Atenção Básica na gestão municipal? Que aspectos/competências você considera importantes na sua atuação como coordenadora de Atenção Básica?
<ul style="list-style-type: none"> • Na sua percepção, existem atividades desenvolvidas por você que considera não ser atribuição do coordenador de AB? Qual a repercussão disto no seu processo de trabalho?
<ul style="list-style-type: none"> • Como é feita a seleção, contratação e nomeação das pessoas que vão compor a equipe de gestão municipal?
<ul style="list-style-type: none"> • Quantas unidades básicas de saúde o município possui? Considera a estrutura física dessas unidades adequadas? Como supervisionam a estrutura física e manutenção dos equipamentos nas unidades básicas de saúde?
<ul style="list-style-type: none"> • Existe paridade entre equipe de Saúde Bucal para as equipes da Estratégia de Saúde da Família?
<ul style="list-style-type: none"> • Qual a estrutura da Secretaria Municipal de Saúde? Como analisa a articulação da coordenação da Atenção Básica com os demais setores da SMS e da Prefeitura? Essa articulação é suficiente para responder as demandas e necessidades? Pode me dá um exemplo de robustez ou fragilidade desta articulação? É necessária a interferência do secretário para fazer esta articulação?

<ul style="list-style-type: none">• Como você percebe a articulação intersetorial da Atenção Básica com os outros setores da rede municipal, para o desenvolvimento integral das ações de saúde? Se não existe, por quê? Se existe, poderia nos dar exemplo de algumas ações?
<ul style="list-style-type: none">• Você participa da elaboração do Plano Municipal de Saúde? Descreva o processo de planejamento das ações e serviços da Atenção Básica?
<ul style="list-style-type: none">• Existe alguma estratégia de monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pela SMS/Atenção Básica? Se sim, como são desenvolvidas? São elaborados relatórios? Como as informações produzidas têm sido usadas pela gestão municipal?
<ul style="list-style-type: none">• Considerando os recursos municipais atribuídos a saúde, você tem conhecimento do percentual destinado a Atenção Básica?
<ul style="list-style-type: none">• Quais os mecanismos/dispositivos institucionais (financeiro, político, administrativo, jurídico) a gestão utiliza para operacionalizar as ações da Atenção Básica?
<ul style="list-style-type: none">• Como ocorre o processo de tomada de decisão de temas relacionados a Atenção Básica? Quem participa? O que é levado em conta nas decisões?
<ul style="list-style-type: none">• Como você avalia sua autonomia na condução da Política de Atenção Básica frente à coordenação municipal? Na sua percepção você tem os recursos necessários para o que lhe foi definido executar? No seu cotidiano quais os fatores favorecem e dificultam o cumprimento do seu papel?
<ul style="list-style-type: none">• Você poderia destacar algum ator e/ou organização proponente ou opositora que considera impactar as ações da gestão municipal?
<ul style="list-style-type: none">• Como analisa a implementação da Política da Atenção Básica municipal? Pontue avanços, obstáculos e desafios.

APENDICE D - Roteiro de Entrevista Profissional de Saúde (ESF)

<ul style="list-style-type: none"> • Faça um breve relato sobre como encontrou a Atenção Básica ao chegar ao município? Você tem conhecimento de como a AB era organizada? Atualmente como você percebe a estruturação da equipe gestora na SMS? Houve mudanças? Destacaria alguma?
<ul style="list-style-type: none"> • Qual o seu entendimento sobre o papel que a Atenção Básica tem para o sistema municipal de saúde?
<ul style="list-style-type: none"> • Na sua percepção qual o papel da Coordenadora de Atenção Básica na gestão municipal?
<ul style="list-style-type: none"> • Qual a compreensão do seu papel enquanto profissional da saúde na assistência na gestão municipal com relação a Atenção Básica?
<ul style="list-style-type: none"> • Você tem conhecimento de como é realizada a seleção, contratação e nomeação dos profissionais que vão compor a equipe de gestão municipal? Que aspectos ou competências você considera importantes na atuação em gestão em saúde?
<ul style="list-style-type: none"> • Como analisa a articulação da coordenação da Atenção Básica com as demais coordenações e setores da SMS? Essa articulação é suficiente para responder as demandas e necessidades? Acredita que seja necessária a interferência do secretário para fazer esta articulação?
<p>1) Como você percebe a articulação intersetorial da Atenção Básica com os outros setores da rede municipal para o desenvolvimento integral das ações de saúde? Considera essa articulação suficiente para responder as necessidades dos profissionais de saúde e usuários?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Como ocorre o processo de tomada de decisão de temas relacionados a Atenção Básica? Quem participa? O que é levado em conta nas decisões?

<ul style="list-style-type: none">• Como você avalia a autonomia da coordenação de AB? Você considera por exemplo que ela tem autonomia para tomar algumas decisões?
<ul style="list-style-type: none">• Considerando os recursos municipais atribuídos a saúde, qual o percentual destinado a Atenção Básica? Quais os critérios adotados para alocação de recursos na Atenção Básica?
<ul style="list-style-type: none">• No seu cotidiano você consegue visualizar facilidades e dificuldades no papel da coordenação de Atenção Básica? Identifique duas facilidades e dificuldades para o cumprimento deste papel?
<ul style="list-style-type: none">• Quantas unidades de saúde o município possui? Considera a estrutura física dessas unidades adequadas?
<ul style="list-style-type: none">• Existe paridade entre o número de equipe de Saúde Bucal e as equipes da Estratégia de Saúde da Família? Se não, por quê?
<ul style="list-style-type: none">• Você consegue identificar alguma estratégia de monitoramento e avaliação das ações que são desenvolvidas pela Coordenação da Atenção Básica? Utilizam as informações de saúde produzidas?
<ul style="list-style-type: none">• Qual a estratégia adotada por sua gestão na elaboração do plano municipal de saúde? Você identifica alguma ação diferente nesse processo, quando comparado com a gestão anterior?
<ul style="list-style-type: none">• Você participou do processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde ou Conferência Municipal de Saúde?
<ul style="list-style-type: none">• Você poderia destacar algum ator e/ou organização proponente ou opositora que considera impactar as ações da gestão municipal?
<ul style="list-style-type: none">• Como analisa a implementação da Política da Atenção Básica municipal? Pontue

avanços, obstáculos e desafios.

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a),

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “A atuação da coordenação municipal de Atenção Básica: um estudo de caso”, sob a responsabilidade da pesquisadora Aline Gomes Fernandes Santos, discente do curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (MEPISCO), pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Esta pesquisa tem como objetivo analisar a atuação das coordenações municipais de Atenção Básica na macrorregião de saúde Nordeste, do estado da Bahia. Caso você aceite participar, será submetido (a) a uma entrevista semiestruturada aplicada pela própria pesquisadora, em data e horário a combinar, preferencialmente em seu município de residência. O áudio da entrevista será gravado para posterior transcrição e análise dos dados, preservando-se o sigilo sobre a identidade de cada participante. Vale salientar que os resultados da pesquisa serão publicados, bem como apresentados em congressos e/ou eventos de fins acadêmicos e científicos relacionados ao tema. Em nenhum momento você será identificado. Apesar de não haver benefícios diretos previstos para você, por participar da pesquisa, objetiva-se que os resultados da mesma venham gerar contribuições pertinentes ao aprimoramento da gestão municipal da Atenção Básica. Sua participação é voluntária e não haverá nenhum gasto ou remuneração resultante dela. Sua recusa não trará nenhum prejuízo ou penalização em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição. Durante a realização da entrevista caso sinta algum tipo de constrangimento ou desconforto ao abordar o tema, desta forma, a pesquisadora se compromete a minimizar tais riscos garantindo realizar a entrevista em local e tempo adequados e com privacidade. Caso queira, você poderá, a qualquer momento, desistir de participar e retirar sua autorização. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o contato da pesquisadora, e será assegurado o livre acesso a qualquer informação ou esclarecimento adicionais sobre a pesquisa e sua participação, agora ou a qualquer momento. Quaisquer dúvidas que apresentar poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Aline Gomes Fernandes Santos, localizada na Rua Itororó, nº 204, Condomínio Morada das Mangueiras, Bairro Pitangueiras. Lauro de Freitas – BA, pelo telefone (71) 99284-3218 e/ou através do e-mail agomesfs@gmail.com. Poderá ainda entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade do Estado da Bahia, na Avenida Engenheiro Oscar Pontes, s/n, antigo prédio da Petrobras 2º andar, sala 23 Água de Meninos, Salvador - BA. CEP: 40.460-120, e-mail: cepuneb@uneb.br, tel.: 71 3117-2399.

Declaração de Consentimento

Concordo em participar da pesquisa citada acima, voluntariamente, depois de todos os esclarecimentos

<hr/> Assinatura do participante	Data ____/____/____
-------------------------------------	---------------------


<hr/> Assinatura da pesquisadora responsável	Data ____/____/____
---	---------------------

ANEXOS

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA DA SMS

	<p>ESTADO DA BAHIA PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA SOURE Secretaria Municipal de Saúde</p>	
<p>CARTA DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL</p>		
<p>Autorizo a pesquisadora Aline Gomes Fernandes Santos, pertencente ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade do Estado da Bahia, sob a orientação da pesquisadora Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira, a desenvolver neste município o projeto de pesquisa intitulado "A ATUAÇÃO DA COORDENAÇÃO MUNICIPAL DE ATENÇÃO BÁSICA: UM ESTUDO DE CASO".</p>		
<p>Ter ciência que o projeto só será desenvolvido após a autorização da SMS e quando for o caso aprovação em Comitê de Ética em Pesquisas. Respeitar as normas e rotinas dos serviços envolvidos e a disponibilidades dos participantes.</p>		
<p>As informações fornecidas pela instituição possuem um caráter confidencial, assim como os dados gerais das organizações em que trabalham, conforme determina as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos - Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Informamos que em respeito às determinações emanadas da Resolução 466/2012 CONEP que após a conclusão do resultado da pesquisa apresentar e disponibilizar cópias do produto ao serviço e a Secretaria Municipal da Saúde.</p>		
<p>Nova Soure, 27 de abril de 2020.</p>		
		
<p>Ernesto da Costa Lima Júnior Secretário Municipal de Saúde</p>		

ANEXO B – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DOS DOCUMENTOS REFERENTES A GESTÃO MUNICIPAL

	<p style="text-align: center;">UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA</p> <p>E-mail das responsáveis pela pesquisa: apmoraes@uneb.br / agomesfs@gmail.com</p> <p>Coordenação da pesquisa: Prof. Dra. Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira</p> <p>Pesquisadora Mestranda: Aline Gomes Fernandes Santos</p>
---	--

À Secretária Municipal de Saúde de Nova Soure


Att: Sr. Ernesto da Costa Lima Junior

Secretário Municipal de Saúde

Eu, Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira, Professora Permanente do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Departamento de Ciências da Vida, da Universidade do Estado da Bahia, Matrícula: 74.416.918-6, orientadora do projeto de dissertação da mestranda Aline Gomes Fernandes Santos, intitulado "**A atuação da coordenação municipal de Atenção Básica: um estudo de caso**", solicito desta Secretaria de Saúde o acesso aos seguintes documentos: Plano Municipal de Saúde 2018-2021; Programação Anual de Saúde de 2018, 2019, 2020, Relatório Anual de Gestão 2018 e 2019.

Ratificamos que o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNEB, sendo aprovado, Parecer nº 4.340.271, atendendo o que determina as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos - Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Informamos ainda que, após concluída a pesquisa um exemplar digital da Dissertação será disponibilizado a esta Secretaria.

Atenciosamente,


Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A ATUAÇÃO DA COORDENAÇÃO MUNICIPAL DE ATENÇÃO BÁSICA: UM ESTUDO DE CASO

Pesquisador: ALINE GOMES FERNANDES SANTOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 35040020.5.0000.0057

Instituição Proponente: Departamento de Ciências da Vida

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.340.271

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa a ser submetido à banca de qualificação do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (MEPISCO), da Universidade do Estado da Bahia - UNEB. Área de concentração Saúde, Políticas e Práticas. Linha de Pesquisa: Gestão do Trabalho, políticas e formação na saúde. Orientadora: Prof.^a Dr^a Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira

Caracterização do Estudo: Trata-se de estudo exploratório de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, que busca analisar a atuação da coordenação municipal da Atenção Básica em um município da região de saúde Nordeste do estado da Bahia, diante do disposto na Política Estadual de Atenção Básica (PEAB). O estado da Bahia é formado por 417 municípios, a sua divisão territorial de saúde, segundo o Plano Diretor de Regionalização (BAHIA, 2016), compõe-se por nove (9) Macrorregiões de Saúde que, para efeitos de programação das ações e serviços de saúde, são divididas em vinte e oito (28) Regiões de Saúde, sendo estas, reconhecidas com a aprovação da Resolução CIB-BA nº 275, 15 de agosto de 2012 (BAHIA, 2012). A Diretoria de Atenção Básica da Secretaria de Saúde do estado da Bahia (DAB/SESAB) direciona as ações do Apoio Institucional seguindo a mesma lógica de divisão

territorial do Plano Diretor de Regionalização (BAHIA, 2016). Organiza-se através da Coordenação de Apoio e Desenvolvimento da Atenção Básica (COAD), composta por nove equipes, que funcionam como referências técnicas para cada Macrorregião de Saúde do estado, no trabalho conjunto com os técnicos dos Núcleos e Bases Regionais de Saúde.