



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

CAROLINA MILENA DOMINGOS

**ESTRATÉGIAS FORTALECEDORAS DA ATENÇÃO BÁSICA
NO SUS EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DA
MACRORREGIÃO NORTE DO PARANÁ**

Londrina
2017

CAROLINA MILENA DOMINGOS

**ESTRATÉGIAS FORTALECEDORAS DA ATENÇÃO BÁSICA
NO SUS EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DA
MACRORREGIÃO NORTE DO PARANÁ**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
Stricto Sensu em Saúde Coletiva da Universidade
Estadual de Londrina para obtenção do título de
Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Elisabete de Fátima Polo de
Almeida Nunes.

Londrina
2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Domingos, Carolina Milena .

ESTRATÉGIAS FORTALECEDORAS DA ATENÇÃO BÁSICA NO SUS EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DA MACRORREGIÃO NORTE DO PARANÁ / Carolina Milena Domingos. - Londrina, 2017.
215 f.

Orientador: Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes.

Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2017.
Inclui bibliografia.

1. Poder Executivo - Tese. 2. Política de Saúde - Tese. 3. Atenção Básica - Tese. I. Nunes, Elisabete de Fátima Polo de Almeida . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CAROLINA MILENA DOMINGOS

**ESTRATÉGIAS FORTALECEDORAS DA ATENÇÃO BÁSICA NO SUS
EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DA MACRORREGIÃO
NORTE DO PARANÁ**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
Stricto Sensu em Saúde Coletiva da Universidade
Estadual de Londrina para obtenção do título de
Doutora em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Elisabete de Fátima Polo de
Almeida Nunes.

Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof^a. Dr^a. Célia Regina Rodrigues Gil
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof^a. Dr^a. Brígida Gimenez Carvalho
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof^a. Dr^a. Cristiani Vieira Machado
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca –
ENSP

Prof^a. Dr^a. Maria Lucia Frizon Rizzotto
Universidade Estadual do Oeste do Paraná –
UNIOESTE

Londrina, 16 de março de 2017.

Dedicatória

À minha mãe Célia Domingos, que esteve ao meu lado nos momentos felizes ou tristes, fáceis ou difíceis, minha grande amiga que sempre me deu suporte. Este apoio continuou durante o meu ingresso no mestrado, que para ela, era uma conquista. Infelizmente a minha querida mãe teve que ir embora muito cedo, não pôde presenciar o momento de ver a sua filha se tornar Mestre e agora Doutora em Saúde Coletiva. Dediquei a ela minha dissertação de mestrado e não poderia ser diferente na tese de doutorado. Mães não poderiam ir embora tão cedo, deveria ser proibido, mas Deus precisava de uma alma alegre com sorriso fácil e escolheu, dentre seus filhos, esta filha tão amada e adorada por aqueles que a conheceram. Sinto-me privilegiada e honrada por ter feito parte de sua breve passagem por este mundo. Amorosa esposa, mãe e avó, uma verdadeira guerreira que acreditou na vida até o último momento. A minha mãe querida e suas sábias palavras de incentivo me impulsionaram a continuar o mestrado e, mesmo não estando mais aqui, a ingressar no Doutorado, a seguir em frente. A saudade é imensa. Mãe eu te amo para sempre, você será eterna em meu coração. Meu consolo é a certeza de que um dia nos encontraremos novamente.

Agradecimentos

À Deus, Pai eterno, pela vida, pela saúde e por conceder, a cada dia, uma nova oportunidade de recomeçar.

À Nossa Senhora Aparecida, por abençoar e iluminar meu caminho para alcançar a graça de obter o título de Doutora em Saúde Coletiva.

Ao meu querido marido Rafael pela paciência e amor incondicionais, e por compreender meus momentos de ausência para execução deste trabalho. Obrigada por ser meu ombro amigo nos dias de escuridão. Sem você não teria forças para a finalização desse sonho. Te amo!

Ao meu pai João pelo amor, apoio e conversas nos momentos em que mais precisei. Vocês é um exemplo de vida que levo sempre comigo.

Às minhas irmãs Thais e Daiane por fazerem dos momentos que estamos juntas sempre uma alegria e descontração.

À minha querida orientadora Fátima por ser uma inspiração para o meu trabalho, por sua condução, dedicação, segurança, carinho, amizade, simpatia, afeto e orientação. Sempre soube compreender os momentos difíceis como ninguém. Agradeço a Deus por ter colocado esta pessoa tão especial no meu caminho.

À minha querida amiga e parceira de trabalho Brígida, que sempre me apoiou, incentivou e contribuiu para a construção desse estudo. Coordenou com excelência o projeto “A gestão do trabalho no SUS em Municípios de Pequeno Porte do Paraná a partir do olhar da equipe gestora”, do qual essa pesquisa fez parte.

À minha amada amiga Flávia pela união sincera e amizade fraterna, juntas estudamos, sorrimos, choramos e enfrentamos muitos desafios, com você tudo fica mais fácil, agradeço a Deus por tê-la encontrado.

Aos integrantes do grupo de pesquisa do projeto “A gestão do trabalho no SUS em Municípios de Pequeno Porte do Paraná a partir do olhar da equipe gestora”. Esse grupo se mostrou sempre muito unido e disposto a contribuir com esta pesquisa em todo o momento.

Aos trabalhadores integrantes da equipe gestora dos Municípios de Pequeno Porte participantes do estudo, sem vocês essa pesquisa não seria possível.

À banca examinadora pelas contribuições marcantes na construção do trabalho.

Aos amigos e professores do Departamento de Saúde Coletiva pelo auxílio e compreensão nos períodos de ausência.

Aos professores do doutorado por tornarem o aprendizado um processo dinâmico, acessível, participativo, intrigante e possível.

À Secretaria de Pós-Graduação e ao Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESCO) pelo apoio técnico e amizade durante esses anos.

À Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de estudo.

Resumo

DOMINGOS, Carolina Milena. **Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica no SUS em Municípios de Pequeno Porte da macrorregião norte do Paraná.** 2017. 215 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2017.

RESUMO

No Brasil, a Política de Atenção Básica possui um conjunto de estratégias indutoras de mudanças para o fortalecimento da Atenção Básica, que devem ser implementadas pelos municípios. Dentre esses, os Municípios de Pequeno Porte, muitas vezes, possuem fragilidades já instaladas que dificultam o desenvolvimento dessas estratégias. Para a organização da prática de saúde na Atenção Básica por meio de tais ações fortalecedoras, ressalta-se a equipe gestora dos serviços de saúde municipais como detentoras de papel decisivo. Diante deste contexto, esse estudo buscou analisar a implementação das estratégias federais para o fortalecimento da Atenção Básica em Municípios de Pequeno Porte da macrorregião norte do Paraná. Os dados foram coletados entre 2014 e 2015 durante três movimentos: no primeiro foi realizada a análise documental que visou identificar e analisar as Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde; o segundo movimento utilizou a abordagem quantitativa para levantar as Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica desenvolvidas nos Municípios de Pequeno Porte e o terceiro movimento utilizou a abordagem qualitativa para analisar como as Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica entram na agenda decisória desses municípios, as atividades desenvolvidas para a operacionalização das mesmas e o significado de sua implementação. O segundo e terceiro movimentos do estudo foram realizados em 82 municípios da macrorregião norte do Paraná. A população de estudo foi constituída pelos trabalhadores de saúde que integravam as equipes gestoras dos mesmos. Foram encontradas 224 normas jurídicas, relacionadas a 22 estratégias priorizadas pelo Ministério da Saúde para o fortalecimento da Atenção Básica. O levantamento sobre as estratégias federais em desenvolvimento nos municípios mostrou que das 22 ações, nove tiveram repasse de recursos nacionais para os mesmos, três foram relatadas por toda a equipe gestora (744 entrevistados) e 13 foram referidas pela equipe de gestores chave (55 trabalhadores). Os profissionais da equipe de gestores chave revelaram que as Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica são formuladas pelo Poder Executivo Federal e chegam até os municípios “prontas”, principalmente por meio de portarias. Depois de tomar conhecimento sobre uma nova estratégia, os municípios podem decidir por implantar ou não determinada ação, ou seja, entra (ou não) na sua agenda. Um conjunto de condições, criadoras de uma janela de oportunidade influenciam os Municípios de Pequeno Porte a aderir uma determinada estratégia: os recursos financeiros atrelados à estratégia; a fragilidade do município em relação ao provimento da força de trabalho e os empreendedores governamentais do processo decisório dessas ações. Feita a adesão, são desenvolvidas um conjunto de atividades relacionadas com a implementação das estratégias, dentre essas: a viabilização e capacitação da força de trabalho; o cumprimento de atividades para avaliação de resultados e recebimento de recursos; a ação do prefeito no desenvolvimento das estratégias; o enfrentamento dos impasses relacionados ao profissional médico e a construção de redes de saúde informais. Para a equipe de gestores chave, as Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica significaram uma melhoria do cuidado prestado ao longo dos anos, no entanto, também expressam o domínio do Poder Executivo Federal na formulação dessas ações.

Palavras-chave: Poder Executivo. Política de Saúde. Atenção Básica.

Abstract

DOMINGOS, Carolina Milena. **Strengthening strategies for basic health care in SUS in small municipalities of the northern macroregion of Paraná.** 2017. 215 p. Thesis (Doctoral degree in Public Health) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2017.

ABSTRACT

In Brazil, the Basic Attention Policy has a set of strategies that will lead to changes in the strengthening of Primary Care, which must be implemented by the municipalities. Among these, the Municipalities of Small Porte, often, have already installed fragilities that hinder the development of these strategies. For the organization of health practice in Primary Care through such strengthening strategies, the management team of municipal health services is highlighted as having a decisive role. In this context, this study sought to analyze the implementation of federal strategies for the strengthening of Basic Care in Small Porte Municipalities of the northern macroregion of Paraná. The data were collected between 2014 and 2015 during three movements: the first one was the documentary analysis that aimed to identify and analyze the Strategies for Strengthening Basic Care in the Unified Health System; The second movement used the quantitative approach to raise the Strategies for Strengthening Basic Attention developed in the Small Porte Municipalities and the third movement used the qualitative approach to analyze how the Strategies for Strengthening Basic Attention enter the decision-making agenda of these municipalities, the activities developed and the meaning of their implementation. The second and third movements of the study were carried out in 82 municipalities in the northern macroregion of Paraná. The study population consisted of health workers who were part of the management teams. A total of 224 legal standards were found, related to 22 Strategies Strengthening Primary Care considered strategic by the Department of Basic Attention for the strengthening of Primary Care. The survey of the federal strategies under development in the municipalities showed that of the 22 actions focused on Primary Care, nine had passed on national resources to them, three were reported by the entire management team (744 respondents) and 13 were referred by the Key managers (55 employees). The professionals of the key management team revealed that the Strategies for Strengthening Basic Attention are formulated by the federal executive power and reach "ready" in the municipalities, mainly through ordinances. Once they become aware of a new strategy, municipalities can decide whether or not to implement a certain action, if it will enter (or not) in their agenda. A set of conditions, creating a window of opportunity, influence the Municipalities of Small Porte to adhere to a certain strategy: the financial resources linked to the strategy; the fragility of the municipality in relation to the provision of the workforce and the governmental entrepreneurs of the decision-making process of these actions. Following the adherence, a set of activities related to the implementation of the strategies are developed, among them: the feasibility and capacity of the workforce; the accomplishment of activities for evaluation of results and receipt of resources; the action of the mayor in the development of strategies; the confrontation of deadlocks related to the medical professional and the construction of informal health networks. For the team of key managers, the Strategies for Strengthening Primary Care have meant an improvement in the care provided over the years, however, they also express the domain of the federal executive power in the formulation of these policies.

Keywords: Executive. Health Policy. Primary Health.

Lista de Figuras

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Políticas setoriais e transversais que compõem a política social brasileira, Brasil, 2010.....	40
Figura 2 - O ciclo da política pública.....	44
Figura 3 - Fluxos do processo decisório e a entrada de temas na agenda de governo.....	46
Figura 4 - Mapa político do Estado do Paraná: divisão por macrorregionais, Paraná, 2016.....	79
Figura 5 - Gráfico de distribuição das normas jurídicas instituidoras e das normas complementares segundo ano de publicação, Brasil, período de 2001 a 2014.....	88
Figura 6 - Gráfico de Distribuição das normas jurídicas instituidoras segundo o assunto financiamento, infraestrutura, ampliação das ações, avaliação e monitoramento e capacitação do trabalhador de saúde, Brasil, período de 2001 a 2014.....	95
Figura 7 - Gráfico de distribuição das normas jurídicas complementares segundo o assunto financiamento, infraestrutura, ampliação das ações, avaliação e monitoramento e capacitação do trabalhador de saúde, Brasil, período de 2001 a 2014.....	97
Figura 8 - Proporção de integrantes da equipe gestora dos MPP das RS A, B, C, D e E da macrorregião norte do Estado do Paraná segundo tempo de atuação na área da saúde, Paraná, 2014.....	107
Figura 9 - Gráfico de distribuição das EFAB segundo o ano de instituição pelo MS, Brasil, 2014.....	120
Figura 10 - Representação do conjunto de condições favoráveis, criadoras de uma janela de oportunidade, que influenciam os MPP da macrorregião norte do Paraná a aderir uma determinada EFAB, Paraná, 2016.....	138

Lista de Tabelas

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição das normas jurídicas segundo as EFAB priorizadas pelo MS, Brasil, 2014.....	87
Tabela 2- Distribuição das normas jurídicas instituidoras e das normas complementares segundo as EFAB, Brasil, 2014.	91
Tabela 3- Distribuição dos integrantes da equipe gestora dos MPP das RS A, B, C, D e E da macrorregião norte do Estado do Paraná segundo sexo, faixa etária e escolaridade, Paraná, 2014.	100
Tabela 4- Distribuição dos integrantes da equipe gestora dos MPP das RS A, B, C, D e E da macrorregião norte do Estado do Paraná segundo cursos de graduação, especialização Lato e Stricto Sensu dos profissionais, Paraná, 2014.	102
Tabela 5- Distribuição dos integrantes da equipe gestora dos MPP das RS A, B, C, D e E da macrorregião norte do Estado do Paraná segundo função/atividade exercida pelos profissionais, Paraná, 2014.....	104
Tabela 6- Distribuição dos integrantes da equipe gestora dos MPP das RS A, B, C, D e E da macrorregião norte do Estado do Paraná segundo tempo de atuação nas funções de gestão, Paraná, 2014.	106
Tabela 7- Distribuição dos integrantes da equipe gestora dos MPP das RS A, B, C, D e E da macrorregião norte do Estado do Paraná segundo experiência, cargo e tempo de atuação anterior na gestão, Paraná, 2014.	108
Tabela 8- Distribuição dos MPP que receberam recurso financeiro segundo as EFAB priorizadas pelo MS, Paraná, 2014.....	111
Tabela 9- Distribuição das estratégias de saúde desenvolvidas na Atenção Básica referidas pela equipe gestora segundo as RS, Paraná, 2014.....	122

Lista de Quadros

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição federativa de competências, Brasil, 1990.	61
Quadro 2 - Normas e disposições sobre o planejamento governamental no estado brasileiro e no SUS, Brasil, 2016.	67
Quadro 3 - Matriz sobre a entrada das EFAB na agenda decisória dos MPP, Paraná, Brasil, 2016.....	150
Quadro 4 - Matriz sobre os processos desenvolvidos pelos MPP após a tomada de decisão pela implementação das EFAB priorizadas pelo MS, Paraná, Brasil, 2016.....	173

Lista de Abreviaturas

LISTA DE ABREVIATURAS

AAB	Amamenta e Alimenta Brasil
AB	Atenção Básica
APSUS	Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CIR	Comissões Intergestoras Bipartite Regionais
CIB	Comissões Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
COMSUS	Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
EC 29	Emenda Constitucional 29
ESF	Estratégia Saúde da Família
EFAB	Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica
FNS	Fundo Nacional de Saúde
HOSPSUS	Programa de Qualificação dos Hospitais Públicos e Filantrópicos do SUS do Paraná
INAMPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MPP	Municípios de Pequeno Porte
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
PAB	Piso de Atenção Básica
PCAN	Prevenção e Controle de Agravos Nutricionais
PIC	Práticas Integrativas e Complementares

PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMM	Programa Mais Médicos
PMMB	Projeto Mais Médicos para o Brasil
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNSVA	Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A
PPA	Plano Plurianual
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSAAS	Promoção da Saúde e da Alimentação Adequada e Saudável
PSE	Programa Saúde na Escola
RAS	Redes de Atenção a Saúde
RMSF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
RS	Regional de Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
RUBS	Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde
SAD	Serviços de Atenção Domiciliar
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UBSF	Unidades Básicas de Saúde Fluviais
VAN	Vigilância Alimentar e Nutricional
VigiaSUS	Programa de Qualificação da Vigilância em Saúde no Paraná

Sumária

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	24
Despertando para o tema	24
1 INTRODUÇÃO	28
1.1 A política de saúde voltada para a Atenção Básica	28
2 OBJETIVOS	33
2.1 Objetivo geral	33
2.2 Objetivos específicos	33
3 REFERENCIAL TEÓRICO	35
3.1 A política de saúde	36
3.1.1 A política pública de saúde enquanto política social	36
3.1.2 Características relacionadas à construção e gestão de uma política	41
3.1.3 O ciclo da política pública	43
3.1.3.1 Entrada na agenda	45
3.1.3.2 Formulação da política pública e tomada de decisão	49
3.1.3.3 Implementação da política pública	49
3.1.3.4 Avaliação da política pública	50
3.2 O Estado federativo brasileiro	53
3.2.1 A trajetória do Estado federativo brasileiro e a organização do Poder Executivo Federal	55
3.2.2 A Constituição Federal de 1988 e competências dos entes federativos no Sistema Único de Saúde	58
3.2.3 Relações federativas no Sistema Único de Saúde	64
3.2.4 Planejamento no Sistema Único de Saúde: diretrizes normativas do Ministério da Saúde	66
3.3 A análise do poder: abordagem de Mario Testa	69
3.3.1 O poder	70
3.3.1.1 Diferentes tipos, recursos e os tempos do poder	71
3.3.1.1.1 Poder técnico	71
3.3.1.1.2 Poder administrativo	72
3.3.1.1.3 Poder político	73

3.3.1.1.4	Recursos de poder	73
3.3.1.1.5	Os tempos do poder	73
3.3.1.2	As formas organizativas do poder	74
3.3.1.3	O cenário dos atores sociais	75
4	O CAMINHO DO MÉTODO	78
4.1	Primeiro movimento: Descortinando as Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica	78
4.2	Local de estudo	79
4.3	Segundo movimento: Descortinando a equipe gestora	80
4.3.1	População de estudo	80
4.3.2	Coleta de dados	80
4.3.3	Análise dos dados	82
4.4	Terceiro movimento: A escuta da equipe gestora	82
4.4.1	População de estudo	82
4.4.2	Coleta de dados	82
4.4.3	Análise dos dados	84
4.5	Aspectos éticos	85
5	ESTRATÉGIAS FORTALECEDORAS DA ATENÇÃO BÁSICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DAS PRIORIDADES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	86
5.1	Normas jurídicas fortalecedoras da Atenção Básica: características gerais	86
5.2	Normas jurídicas instituidoras das Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica	92
5.3	Normas jurídicas complementares das Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica	96
6	A IMPLEMENTAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS FORTALECEDORAS DA ATENÇÃO BÁSICA EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DA MACRORREGIÃO NORTE DO PARANÁ	99
6.1	Descortinando a equipe gestora	99

6.1.1	Composição da equipe gestora responsável por gerir as Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica na macrorregião norte do Paraná	99
6.2	As Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica desenvolvidas nos Municípios de Pequeno Porte da macrorregião norte do Paraná.....	110
6.2.1	O alcance das ações e programas considerados estratégicos para o fortalecimento da Atenção Básica	110
6.2.2	O conhecimento da equipe gestora sobre as Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica desenvolvidas nos Municípios de Pequeno Porte	121
6.3	A entrada das Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica na agenda dos Municípios de Pequeno Porte	128
6.3.1	A chegada da informação sobre uma nova Estratégia Fortalecedora da Atenção Básica lançada pelo Ministério da Saúde	128
6.3.2	A dificuldade da equipe gestora em se manter atualizada diante do grande quantitativo de normas jurídicas	129
6.3.3	A autonomia do Município de Pequeno Porte para realizar a adesão às Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica: o reinício do ciclo político.....	130
6.3.4	O comando do Ministério da Saúde no planejamento das Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica	132
6.3.5	As instâncias de negociação e pactuação entre os entes governamentais	134
6.3.6	A criação da janela de oportunidade	137
6.3.6.1	O destaque para os recursos financeiros atrelados à uma Estratégia Fortalecedora da Atenção Básica	138
6.3.6.2	A fragilidade do Município de Pequeno Porte em relação ao provimento da força de trabalho.....	142
6.3.6.3	Os empreendedores governamentais do processo decisório das Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica	144
6.4	O que acontece após a tomada de decisão pela adesão às Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica priorizadas pelo governo federal?	152
6.4.1	A oficialização das Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica nos Municípios de Pequeno Porte	152

6.4.2	A viabilização da força de trabalho necessária para o desenvolvimento das Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica	152
6.4.3	A capacitação da equipe de trabalhadores para o desenvolvimento das Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica	153
6.4.4	A disseminação das ações propostas por uma nova Estratégia Fortalecedora da Atenção Básica para a força de trabalho	155
6.4.5	O cumprimento de ações para a avaliação de resultados e o recebimento de recursos.....	157
6.4.6	A ação do prefeito no desenvolvimento das Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica	159
6.4.7	O enfrentamento dos impasses relacionados ao profissional médico para o desenvolvimento das ações na Atenção Básica.....	160
6.4.8	A construção de redes de saúde informais no desenvolvimento das Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica: a dificuldade de acesso aos serviços de média e alta complexidade	166
6.5	As Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica – O que tem representado para a equipe de gestores chave dos Municípios de Pequeno Porte?	174
6.5.1	Contribuições para a melhoria do cuidado em saúde	174
6.5.2	O domínio do Poder Executivo Federal na formulação das Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica e as limitações do Municípios de Pequeno Porte para a garantia do atendimento integral às necessidades de saúde da população	176
7	TECENDO ALGUMAS CONSIDERAÇÕES	181
	REFERÊNCIAS	188
	APÊNDICES	205
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO INSTITUCIONAL.....	206
	APÊNDICE B – Identificação da Equipe Gestora pelo(a) Secretário(a) Municipal de Saúde.....	207
	APÊNDICE C – INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPE GESTORA	208

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	213
ANEXO.....	214
ANEXO A – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS.....	215

APRESENTAÇÃO

Despertando para o tema

Há 10 anos ingressei na Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) da Universidade Estadual de Londrina (UEL), a qual foi a minha primeira experiência de trabalho. Como integrante da primeira turma de residentes, fui enfermeira de uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) e vivenciei ativamente os limites, possibilidades e dilemas enquanto profissional que atua na Atenção Básica (AB). Tal vivência me acompanhou enquanto docente da UEL, pois continuei presente na prática do serviço de Atenção Básica, mesmo na posição de instrutora dos alunos do internato de Enfermagem e das Enfermeiras da RMSF.

Em 2012, atuei como supervisora de campo da avaliação externa, a terceira fase do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) – ciclo I. A terceira fase consiste na aplicação de Instrumentos de Avaliação (Gestão, Unidade básica de Saúde (UBS), Equipe Usuários) durante a visita da equipe de avaliação externa. Fui responsável por supervisionar a equipe que realizou a avaliação das equipes das UBS dos municípios de uma região do Paraná. A experiência foi fantástica, de muito aprendizado, de crescimento pessoal e profissional, que me permitiu conhecer diferentes realidades de trabalho e a organização do serviço de saúde.

No entanto, durante esse processo aconteceram situações que foram chamando minha atenção: em algumas visitas, os avaliadores se depararam com equipes que, apesar de terem realizado a adesão ao programa, demonstravam não saber do que se tratava o PMAQ-AB, não reconheciam os entrevistadores e seu papel na avaliação externa, apenas aqueles que ocupavam cargos de gestão estavam cientes sobre o programa. Também houve alguns cenários que nem mesmo a equipe gestora do município, que tinha feito a adesão, reconhecia a terceira fase do programa e seus propósitos.

Nas situações acima colocadas, surgiu a dúvida sobre como estariam acontecendo as duas primeiras fases desse programa nessas localidades. Em síntese, as fases que antecedem a avaliação externa são a fase de contratualização, na qual a equipe declara a adesão e o município adere e contratualiza, e a fase de desenvolvimento, em que as equipes aplicam um instrumento de auto-avaliação, fazem monitoramento de indicadores, pactuam processos de

educação permanente, ou seja, existe um preparo anterior que a proposta do PMAQ-AB traz permeado por pactuações em arenas formais, constituindo uma trajetória que precede a terceira fase.

Esse programa constitui uma proposta para induzir a qualidade da AB, na direção da melhoria dos resultados das ações de saúde ofertadas à população. O PMAQ-AB tem dentre suas diretrizes: um processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da AB por meio do envolvimento de gestores e trabalhadores. Desse modo, a proposta do PMAQ-AB dificilmente seria alcançada em localidades em que a equipe desconhecia o programa.

Também foi possível perceber, durante as visitas, maior fragilidade dos municípios menores quanto à disponibilidade de recursos (físicos, humanos e materiais) para os serviços de saúde, predominantemente de AB. E ainda, estávamos em um momento em que se percebia grande quantitativo de estratégias federais que compõem a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) sendo lançadas.

Logo após essa experiência enriquecedora como supervisora de campo, passei a atuar como pesquisadora do projeto “A gestão do trabalho no SUS em Municípios de Pequeno Porte do Paraná a partir do olhar da equipe gestora”, o que me possibilitou ampliar o olhar sobre a gestão dessas localidades e refletir sobre as situações encontradas durante a minha experiência profissional com o PMAQ-AB.

Assim, a minha grande inquietação foi sobre o desenvolvimento das estratégias federais que expressam a política de saúde voltada para a melhoria da AB nos Municípios de Pequeno Porte (MPP) e como as equipes gestoras percebem essas estratégias.

Com o intuito de responder as questões levantadas e preencher as temáticas tratadas nessa investigação, essa tese foi organizada em sete capítulos. No **capítulo 1**, se introduz o assunto a ser investigado na tese. O **capítulo 2** mostra os objetivos de estudo. No **capítulo 3**, é apresentado o referencial teórico abrangendo: o conceito de política de saúde, enquanto política social; as características relacionadas à construção de uma política; o ciclo da política pública; o estado federativo brasileiro; as relações federativas no Sistema Único de Saúde (SUS) e a análise do poder de acordo com a abordagem de Mario Testa. O **capítulo 4** retrata o desenho metodológico dessa investigação.

O **capítulo 5** apresenta as estratégias priorizadas pelo Ministério da Saúde (MS) para a melhoria da AB no SUS. O **capítulo 6** trata da implementação das estratégias federais voltadas para a AB em MPP da macrorregião norte do Paraná. Em um primeiro momento,

esse capítulo apresenta a caracterização da equipe gestora dos MPP responsável por gerir o desenvolvimento dessas ações. Então, discute-se sobre as estratégias federais voltadas para a AB que estão sendo operacionalizadas nos MPP participantes do estudo. Em seguida, a equipe de gestores chave revelam como acontece a entrada de tais estratégias na agenda dos MPP, as atividades desenvolvidas para a sua implementação e o significado das mesmas para a equipe gestora. Por último, no **capítulo 7**, são feitas algumas considerações sobre a implementação das estratégias federais voltadas para a AB nos MPP.

Ao revelar sobre as atividades desenvolvidas pelos MPP para implementar as estratégias federais voltadas para a melhoria da AB, bem como o que pensa a equipe gestora sobre essas, busca-se contribuir para o conhecimento sobre a capacidade do MS em promover a construção de um projeto político para a melhoria da AB que articule gestores e trabalhadores de saúde na atenção às necessidades de saúde da população desses municípios. A socialização das experiências evidenciadas no contexto desse trabalho pode contribuir para a reflexão dos atores de outros MPP, alocadas em outros cenários, ou mesmo em outros estados.

1 Introdução

Nas últimas décadas, encontra-se uma série de medidas governamentais orientadas para o fortalecimento do SUS, ressaltando a AB como ponto primordial para o enfrentamento do modelo de assistência predominante no país, marcado pela concepção hospitalocêntrica, individualizante e de baixa resolutividade (FRANCO; MERHY, 2003).

No âmbito nacional, a ampliação da responsabilidade da AB vem sendo debatida a partir da concepção das chamadas Redes de Atenção a Saúde (RAS). Segundo Mendes (2011), as RAS são organizações sistêmicas do conjunto de serviços de saúde de diferentes níveis de complexidade, que se integram por meio de apoio técnico, logístico e de gestão para romper com o modelo hierárquico de atenção fragmentado com enfoque nas condições agudas.

A portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, que aprova a PNAB, revê as diretrizes de organização dessa política e ressalta a AB como ordenadora das RAS, devendo contribuir com a qualidade do funcionamento das redes (BRASIL, 2011a). Desse modo, a AB é caracterizada como coordenadora ou gestora do cuidado de saúde, a partir não mais da diretriz da hierarquização dos serviços de saúde, mas pela posição de centralidade que lhe é conferida na constituição de redes de cuidado (MENDES, 2011; BRASIL, 2011b; BRASIL, 2010a).

Assim, se desenhou um momento de mudanças e inovações deflagrado por um conjunto de medidas disparadas por estratégias voltadas para a reorganização da AB, as quais devem ser incorporadas e implementadas no nível local, ou seja, nos serviços de saúde dos municípios.

1.1 A política de saúde voltada para a Atenção Básica.

A partir da década de 1990, o SUS passa a ser um sistema nacional com foco municipal pelo avanço do processo de descentralização, em um movimento conhecido como a ‘municipalização’ da saúde. Desde então, a esfera municipal, em particular, ainda que de modo gradual, torna-se a principal responsável pela gestão da rede de serviços de saúde no país, e consequentemente pela prestação direta da maioria das ações e programas de saúde (CASTRO, MACHADO, 2010; BODSTEIN, 2002).

A responsabilização crescente dos municípios pela organização da oferta e qualidade dos serviços de saúde é uma realidade inquestionável, entretanto, a autonomia da gestão ainda continua sendo um objeto de disputa entre os entes federados. A utilização intensiva de

mecanismos financeiros para induzir a adoção e implementação das políticas propostas pelos gestores federais restringe a autonomia dos municípios pela definição de estratégias próprias e prioridades de ação (FEUERWERKER, 2005a).

No Brasil existe um predomínio importante da esfera federal, ou seja, de estratégias componentes da PNAB que tendem a prescrever uma uniformização da organização da atenção à saúde em todo o território nacional, o qual é composto por municípios com grande diversidade de realidades, com desigualdades sociais, regionais e intra-regionais, que favorecem ou não tal prescrição, pois contextos e processos locais específicos influenciam no resultado de uma intervenção (FEUERWERKER, 2005a; BODSTEIN, 2002).

Pesquisa que analisou a produção legislativa em saúde no período de 1990 a 2002 demonstrou a característica indutora e concentradora do Poder Executivo Federal (MS) na relação com as demais esferas de governo e com o Poder Legislativo (Congresso Nacional) (BAPTISTA, 2003). O MS tem sido responsável por uma quantidade expressiva de portarias (número superior a mil por ano), a partir do final da década de 1990, que induzem à adoção de políticas públicas, refletindo o modo de atuação do Estado brasileiro, característica também presente em outros setores (AMORIM, 2004; PESSANHA, 2003).

Diversas ações, programas e estratégias que expressam a política de AB têm sido priorizadas pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), constituindo-se enquanto propostas do MS para o fortalecimento da AB, instituídas por meio de normas jurídicas. O DAB integra a Secretaria de Atenção à Saúde e tem como funções: estabelecimento de diretrizes nacionais facilitadoras do processo de gestão; formação e educação permanente de gestores e profissionais de saúde; cooperação técnica com estados e municípios para a organização e a qualificação da AB; normatização e coordenação de ações e programas considerados estratégicos para o fortalecimento da AB e que compõem o “Saúde mais perto de você”, um conjunto de iniciativas deste departamento para a prestação de cuidado à população (BRASIL, 2014a).

A estruturação da rede de AB vem sendo pontuada como um desafio para a maioria dos municípios. Estes têm a tarefa de coordenar o incremento da AB cumprindo os princípios da integralidade, muitas vezes com fragilidades no corpo técnico-burocrático, dependência financeira frente ao governo federal, persistência de arranjos políticos clientelistas, descontinuidade administrativa e dificuldade de contratação e fixação de profissionais qualificados nos pequenos municípios (BODSTEIN, 2002).

Para a organização da prática de saúde na AB por meio das estratégias que compõem a política de saúde voltada para a AB, ressalta-se os gestores dos serviços de saúde como detentores de papel decisivo. O gestor é muito mais que um administrador, é a autoridade sanitária em cada esfera de governo com duas indissociáveis dimensões de atuação: política e técnica (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2011).

O cargo de ministro e o de secretário de saúde têm significado político relevante, uma vez que é designado pelo chefe do executivo e têm a responsabilidade de desenvolver o projeto de governo, conduzindo políticas de saúde pautadas pela legalidade, princípios do SUS, que caracterizam um modelo de política de Estado para a saúde que não se encerra no período de um governo. O desempenho técnico do gestor demanda conhecimentos, habilidades e experiências no campo da gestão pública e da gestão em saúde exigindo um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessárias à condução de políticas na área da saúde (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2011).

Cabe a estes atores governar, porém há de considerar que existem os trabalhadores das unidades de saúde e usuários que operam em todo o processo relacionado às políticas enquanto transformadoras da prática (HELMAN, 2009; MERHY, 2002). Para Matus (1996), todos são agentes da organização, pois a verdadeira organização é definida pelo conjunto de ações governamentais que todos fazem diariamente.

Diante dos desafios evidentes para a implementação das estratégias que expressam a política de AB federal nos municípios, percebe-se acentuada fragilidade dos MPP. No Brasil, dos 5.570 municípios, 3.865 são de pequeno porte, ou seja, possuem uma população menor de 20 mil habitantes, que significa 73,1% de sua totalidade (IBGE, 2016). Por serem de pequeno porte, muitos deles não têm sequer uma base técnica no âmbito municipal, ou mesmo capacidade de assumir a gestão da rede de serviços de saúde instalada (CASTRO; MACHADO, 2010). Na macrorregião norte do Paraná, os MPP representam 84,5% da totalidade dos municípios e possuem, em sua maioria, uma rede de serviços no âmbito da AB com cobertura populacional próximo a 100% (NUNES; CARVALHO; SANTINI, 2012).

Portanto, as recentes formulações e reformulações das estratégias federais indutoras de mudanças, que objetivam o avanço na concretização do SUS e organização da AB como ordenadora da atenção em saúde, têm desencadeado diversos projetos dirigidos à AB. As mudanças decorrentes das novas propostas políticas devem acontecer no trabalho cotidiano da atenção em saúde dos municípios.

Diante deste contexto, considerando os gestores como elementos fundamentais, sendo a AB de responsabilidade dos MPP do norte do Paraná, as questões que emergem são: Quais são as estratégias prioritárias para o fortalecimento da AB segundo a agenda federal para a política de AB? Quais dessas estratégias estão sendo desenvolvidas nos MPP? Como ocorre o processo de inserção e implementação de tais estratégias a partir da percepção da equipe gestora dos MPP? Qual o significado da implementação dessas estratégias para estes sujeitos?

Para responder a essas perguntas, o trabalho apóia-se em pesquisa empírica desenvolvida nos MPP da macrorregião norte do Paraná. Ressalta-se que, uma vez que ações, programas ou estratégias conformam as políticas de saúde, o modo político e decisório empregado pelo Estado e a identificação dos determinantes implicados no desenvolvimento de uma política podem ser refletidos durante o processo de análise das estratégias, possibilitando realizar a comparação com outras realidades, aprendizado e troca de experiências (VIANA; BAPTISTA, 2012).

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Analisar a implementação das estratégias federais para o fortalecimento da Atenção Básica em Municípios de Pequeno Porte da macrorregião norte do Paraná.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar as Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica priorizadas pelo Ministério da Saúde.
- Levantar as Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica desenvolvidas nos Municípios de Pequeno Porte.
- Analisar a entrada das Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica na agenda dos Municípios de Pequeno Porte.
- Compreender as atividades desenvolvidas pela equipe gestora dos Municípios de Pequeno Porte para a operacionalização das Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica.
- Analisar o significado da implementação das Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica para a equipe gestora municipal.

3 Referencial Teórico

A política de AB, como uma política de saúde, abrange Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica (EFAB). Na análise dessas estratégias, mostra-se relevante pensar no processo político utilizando-se um método que permite a visualização de diferentes momentos na construção de uma política (e de suas estratégias), estabelecendo um conjunto de fases como um ciclo político. Esses diversos momentos são influenciados pela maneira como se processam as decisões no SUS e estabelecem relação como o modo de organização do Estado.

O Estado destaca-se na análise de uma política (e de suas estratégias), pois revela as várias questões envolvidas na complexidade da construção de uma política pública, como o papel exercido pelas instituições públicas, as práticas de governo, a relação estabelecida com grupos demandantes, princípios políticos e ideológicos que norteiam as ações, dentre tantos outros (BAPTISTA, 2003).

A trajetória histórica do Estado federativo brasileiro permeou a organização do Poder Executivo Federal/MS bem como a conformação dos papéis da União, dos estados e municípios na Federação e no SUS. O modelo federativo delineado pela Constituição Federal de 1988 para o Brasil, juntamente com as Leis Orgânicas da Saúde (Leis nº8.080 e 8.142), estabelecem disposições para a descentralização das políticas públicas de saúde no SUS para os estados e municípios (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Conforma-se um modelo previsto legalmente para a organização da relação federativa no SUS, que evidencia as diretrizes organizativas desse sistema para a formulação, planejamento e decisões sobre as políticas de saúde, envolvendo compartilhamento de poder por meio de instâncias e mecanismos oficiais.

Como a política abrange recursos, atores, idéias, negociação, no âmbito da construção de uma ação governamental para um setor, deve-se considerar as relações de poder presentes entre os atores (VIANA; BAPTISTA, 2012). Mario Testa, ao considerar a inserção do setor saúde na totalidade social, ressalta a análise das relações de poder e considera as práticas de saúde como ideológicas. As categorias que se destacam como fundamentos de sua proposta são ideologia e poder (TESTA, 1995; GIOVANELLA,1989).

Em síntese, entendendo que as EFAB priorizadas pelo MS expressam a política de saúde voltada para a AB no SUS, julga-se como relevante abordar a análise das EFAB nos MPP considerando as características da política de saúde e os diversos momentos do ciclo político; a forma como se processam e executam as decisões sobre as políticas de saúde no SUS (relações federativas e o planejamento no SUS); e as relações de poder presentes no

processo de implementação das políticas de saúde, de acordo com os elementos propostos por Mario Testa. A seguir, o capítulo 3 propõe realizar maior detalhamento sobre cada um destes aspectos, considerados pontos de referência para a análise pretendida nesta pesquisa.

3.1 A política de saúde

3.1.1 A política pública de saúde enquanto política social

Em relação às políticas públicas, H. Laswell, H. Simon, C. Lindblom e D. Easton são considerados como “pais” fundadores da área. Em suma, destacam-se dentre as principais contribuições desses autores: em 1936, H. Laswell introduz a expressão *policy analysis* (análise de uma política) na tentativa de conciliar o conhecimento científico com a produção empírica dos governos; no ano de 1957, H. Simon aborda a questão da racionalidade limitada dos decisores públicos (*policy makers*); C. Lindblom (1959; 1979) propõe a incorporação de outros aspectos para a formulação e análise das políticas públicas, como as relações de poder e a integração de diferentes fases do processo decisório dessas e D. Easton (1965) colabora para a construção de conhecimento da área ao estabelecer uma relação entre a formulação, resultados e o ambiente, visualizando a política pública como um sistema (SOUZA, 2006).

Segundo Chrispino (2016), pode-se considerar que os estudos de políticas públicas, enquanto disciplina, têm seu início nos EUA no ano de 1951 com as publicações de duas obras: *The governmental process*, de D. Truman e *The policy sciences*, de D. Lerner e H. Laswell. No Brasil, surge como objeto de estudo em direito há cerca de 20 anos, originando-se no universo da ciência política.

Na década de 1970 houve um incremento no campo da análise das políticas públicas, ou seja, das relações entre governo, governantes e cidadãos como parte da caracterização do funcionamento do Estado (o que o governo faz). O enfoque era a análise das agências públicas fazedoras de políticas, dos atores desse processo e da relação entre as agências e atores (VIANA, 1996).

Para entender o campo de análise das estratégias das políticas públicas, deve-se compreender o que vem a ser política pública. Existem várias definições sobre políticas públicas, constituindo-se uma locução polissêmica, a qual dá a possibilidade de mais de um significado (CHRISPINO, 2016). Para Souza (2006), não se pode atribuir uma definição que

seja tão completa que predomine sobre as demais. Existe uma junção de vários elementos e uma complexidade características das **políticas públicas** que dificultam o seu conceito, no entanto, uma possibilidade é tentar defini-la a partir das palavras que compõem a expressão:

[...] Como política, vamos entender a arte de governar ou de decidir os conflitos que caracterizam os agrupamentos sociais. Como pública, vamos entender aquilo que pertence a um povo, algo relativo às coletividades. Logo, poderemos deduzir que política pública - em um metaconceito - seria a ação intencional de governo que vise atender à necessidade da coletividade. A este metaconceito simplificante iremos agregar variáveis, instituir valores, perceber arranjos de forças, identificar processos e metas, propor avaliações (CHRISPINO, 2016, p. 19).

Este conceito corrobora o de outros autores que definem políticas públicas como Viana (1996), Cunha e Cunha (2002), Bucci (2002), Couto (2005), Secchi (2010) dentre outros. Este estudo, adota como referência o conceito de política pública do Dicionário de Política organizado por Bobbio *et al.* (1995), que define a política pública como um arranjo de medidas, procedimentos e disposições que regem as atividades governamentais relacionadas ao interesse público, atuando sobre as realidades econômicas, social e ambiental. Para estes autores, a política se refere à cidade e ao cidadão, sendo inerente aos Estados, pessoas e às instituições, constituindo a maneira como as pessoas organizam as regras sobre as quais vivem, sendo mediadas por valores, opiniões e interesses divergentes.

De acordo com esta definição, a política pública reflete a orientação política do Estado e o interesse da sociedade, sendo a expressão do que esta almeja. A política pública abrange os recursos, atores, idéias, negociação, no âmbito da construção de uma ação governamental para um setor. Assim, a análise de uma política deve considerar as relações de poder entre os atores identificando a orientação do Estado e as intervenções adotadas por este (VIANA; BAPTISTA, 2012).

É importante pensar no conceito de política como ação do Estado, pois ressalta a face formal desta, caracterizada pelo lado legal (Constituição Federal, as leis), o institucional (ministérios, as secretarias), o enunciado oficial (política nacional de saúde) e os atores da sociedade responsáveis por elaborar as leis e executar as políticas. Mas, a política vai além de sua formalidade, pois se relaciona também com a interferência do cidadão nas questões relativas ao Estado, ao governo. A ênfase na formalidade da política tem-se caracterizado, em vários momentos, na prática corrente do distanciamento das vontades e necessidades de uma comunidade. No entanto, a política formal também resulta de debates entre grupos e sujeitos, de interesses em disputa, do contexto social e histórico de cada sociedade. Deve-se considerar

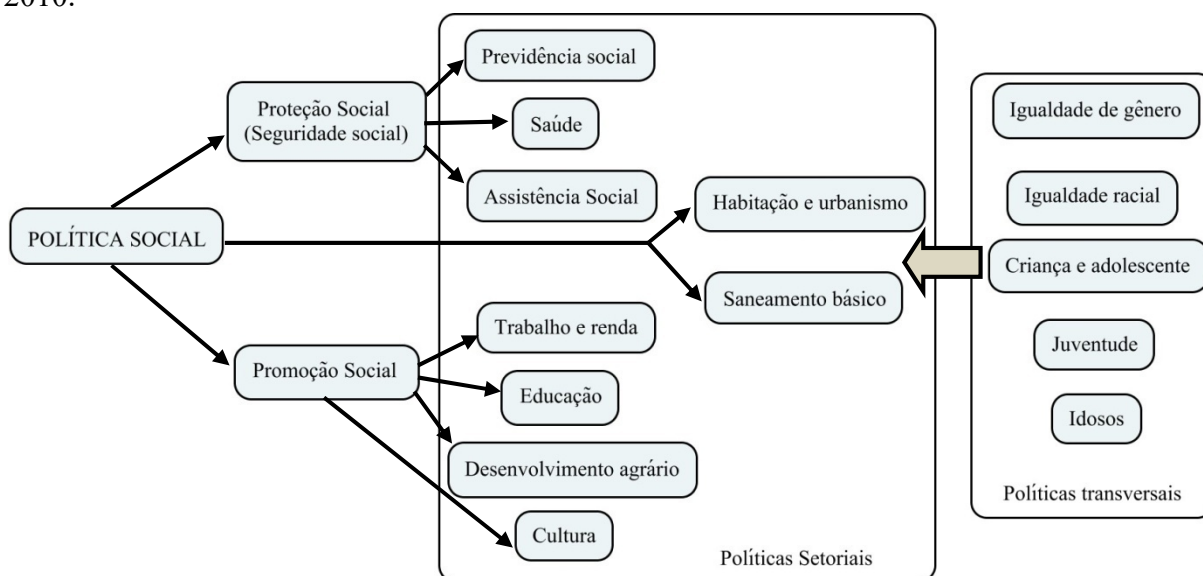
que as constantes interferências dos vários e diferentes sujeitos vão transformando a política na prática, a qual se processa de forma diferente nos múltiplos espaços da sociedade (MATTOS; BAPTISTA, 2015).

Percebe-se então, a existência de processos de transformação social em curso, interesses e disputas que podem ou não refletir o que foi definido legalmente, pois uma política formal não consegue contemplar todos os acordos e práticas sociais estabelecidos, estando sempre sujeita a revisões e reformulações mediante tais transformações sociais. De qualquer maneira, pode-se dizer que uma política formal será sempre por definição momentânea, porque está sujeita a revisões e reinvenções no cotidiano das práticas. Se faz importante identificar os atores do processo político e a interferência dos diferentes sujeitos neste processo, buscando entender as particularidades de cada realidade. Assim, analisar uma política é analisar as disputas de interesses dos vários sujeitos envolvendo, por consequência, a análise do poder (MATTOS; BAPTISTA, 2015).

Dentre as políticas públicas, existe a **política social**, definida tradicionalmente como o conjunto de políticas voltadas para o bem estar e proteção social, e abrangem as áreas da saúde, previdência e assistência social, além de outras áreas como educação, trabalho e cultura (FLEURY; OVERNEY, 2012a). A política social brasileira é composta por dois conjuntos de políticas (figura 1). O primeiro (que abrange as políticas de previdência, saúde e assistência social) integra as políticas de proteção social previstas na Constituição Federal de 1988, no capítulo da Seguridade Social. E o segundo grupo corresponde às políticas de promoção social (como de trabalho, renda, educação etc...), direcionadas para criar oportunidades ao cidadão em sua vida pessoal e profissional (IPEA, 2010).

Ambos os conjuntos são considerados políticas setoriais, pois estão organizados por áreas específicas. Mas ainda existem as políticas transversais que são voltadas para grupos específicos (idosos, crianças e outros) e abrangem tanto as políticas de promoção como as de proteção social (IPEA, 2010).

Figura 1- Políticas setoriais e transversais que compõem a política social brasileira, Brasil, 2010.



Fonte: IPEA, (2010, p.60)

A postura de um país relacionada à proteção social pode refletir em diferentes condições políticas, moldando o acesso à saúde como medida e caridade, como direito mediante pagamento ou como direito de cidadania (FLEURY; OVERNEY, 2012a). O sistema de proteção social brasileiro assumiu, desde a década de 30 e principalmente a partir de 1964, características de um modelo econômico excludente, marcado pela centralização política e financeira ao nível federal, exclusão da participação da população no processo decisório, privatização da prestação de serviços, dentre outros (MACHADO; BAPTISTA; LIMA, 2012).

A trajetória das políticas de saúde no Brasil expressou essas características gerais do sistema de proteção social desde a década de 30, havendo um dualismo formado por ações de saúde pública voltadas para a coletividade e, no outro lado, a assistência médica previdenciária cujo maior peso político e financeiro dentro do sistema capitalista em expansão conformou o modelo médico assistencial privatista (MACHADO, BAPTISTA, LIMA, 2012; FONSECA, 2007).

Tal modelo repercutiu sobre o sistema de saúde brasileiro. Na década de 1980, o SUS criado pela Constituição de 1988 estabelece a saúde como direito de cidadania, inserida no âmbito da seguridade social, entretanto, o SUS também é influenciado pelo contexto referido. O SUS, enquanto política social, vem sendo construído entre os que defendem a saúde como um direito de cidadania e, portanto, dever do Estado, como previsto constitucionalmente, e os

que possuem interesses em que o sistema de saúde seja restritivo e regido por leis de mercado que fortalecem a privatização da assistência médica (ANDRADE; BARRATO; BEZERRA 2012).

Enquanto política de proteção social, no âmbito do setor saúde, de acordo com Paim e Teixeira (2006, p. 73), a **política de saúde** é definida como:

[...] a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente. Política de saúde abrange questões relativas ao *poder* em saúde (*Politics*), bem como as que se referem ao estabelecimento de *diretrizes, planos e programas* de saúde (*Policy*). Assim, a palavra *política* na língua portuguesa expressa tanto as dimensões do poder quanto as diretrizes [...]

A Organização Mundial de Saúde define a política de saúde como um posicionamento das instituições governamentais para dar respostas às necessidades de saúde. Tal política é frequentemente estabelecida por meio de leis e outras normatizações que orientam a provisão de serviços e programas de saúde bem como o acesso a esses (FLEURY; OVERNEY, 2012a).

A saúde como um dos direitos inerentes à condição de cidadania coloca a política de saúde como uma política social e, tratada como tal, está suscetível a múltiplos determinantes, não podendo se delimitar apenas à melhora das condições sanitárias de uma população, pois existem outros interesses envolvidos que também determinam os rumos e formato das políticas de saúde (FLEURY; OVERNEY, 2012a).

Desse modo, percebe-se a complexidade de se estudar políticas públicas de saúde, entendendo-as como políticas sociais, pois exige enfoques multidisciplinares do campo do direito, economia, sociologia, antropologia, história, entre outros, para analisar seus diferentes aspectos e dimensões (jurídico-legal, financeiro, relações entre sociedade e governantes e entre cidadãos). Nesse sentido, se conformam múltiplas abordagens e conceitos que buscam aprofundar as relações entre esses aspectos, com estudos que dão peso maior ou menor à cada um deles, ou mesmo pesquisas que procuram articular diferentes dimensões sem realçar um ou outro aspecto (VIANA; BAPTISTA, 2012).

Nos estudos sobre as estratégias das políticas públicas de saúde, torna-se relevante considerar alguns elementos fundamentais envolvidos na construção e gestão de uma política, abordados a seguir.

3.1.2 Características relacionadas à construção e gestão de uma política

Como parte da proteção social, a política de saúde permeia as diversas relações sociais (entre gestores e atores das unidades governamentais; entre cidadãos e poderes públicos; entre consumidores e provedores de bens e serviços, etc...), e cada relação possui estratégias, planos, instrumentos e processos mediados por instituições e significados culturais e ideológicos. Assim, a política de saúde se apresenta na interface entre Estado, sociedade e mercado. Fleury e Ouverney (2012a) colocam sete aspectos que consideram essenciais para a construção e gestão de uma política, descritos a seguir:

- 1- *Definição das finalidades de uma política*: constitui um dos principais aspectos da construção de uma política, pois direcionará a estratégia adotada e a forma de alocação de recursos.
- 2- *A construção de estratégias, planos, instrumentos e técnicas*: pensando nas ferramentas de ação para o enfrentamento de problemas setoriais, a política de saúde também é definida como as decisões, estratégias, instrumentos e ações (programas e projetos) voltadas para os diferentes campos de atuação da saúde (saúde da criança, saúde da mulher, saúde do trabalhador, dentre tantos outros). Quando percebemos a política com este aspecto mais instrumental, ressalta-se seu caráter de atividade legítima e organizada de acordo com um programa de ações para o alcance de objetivos. Envolve a estratégia institucional, operacional, gerencial e financeira que permite identificar as potencialidades e fragilidades para o desenvolvimento de uma política.
- 3- *Construção de arenas e instrumentos do processo decisório político*: compondo os aspectos político e organizacional das políticas, encontram-se os processos decisórios. Estes envolvem diversos atores e interesses, estabelecendo relações de poder em ambientes institucionais e organizacionais que resultam na definição dos programas, ações, estratégias e na alocação de recursos. Tais relações acontecem por meio de espaços denominados de arenas, com regras e processos previamente estabelecidos, os quais são decisivos para a construção de uma política. O processo decisório das políticas de saúde no Brasil, no âmbito do SUS, é descentralizado com compartilhamento e divisão de competências entre União, estados e municípios, mas ao mesmo tempo unificado nacionalmente. Os seguintes instrumentos e arenas

compõem o processo decisório das políticas de saúde brasileiras: **instâncias de participação e controle social** – representados pelos conselhos de saúde de cada uma das esferas de governo, com 50% de representação do Estado e 50% da sociedade civil, capazes de agir sobre a seleção das demandas em saúde; **instâncias de formação de vontade política** – representadas pelas conferências de saúde (nacionais, estaduais e municipais) periodicamente convocadas, que constituem espaços de formulação de diretrizes para a construção das políticas de saúde e delas participam gestores e atores organizados da sociedade civil; **instâncias de negociação e pactuação entre os entes governamentais** – as principais arenas são os consórcios municipais (entre gestores municipais), Comissões Intergestoras Bipartite Regionais (CIR) (no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais), Comissões Intergestoras Bipartite (CIB) estaduais (entre municípios e gestores estaduais) e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (entre gestor nacional, gestores estaduais e municipais). Assim existem espaços específicos de pactuação em que diferentes atores participam, e que vão caracterizando a ação política na construção de uma política de saúde.

- 4- *Assimilação, contraposição e/ou compatibilização de diferentes projetos sociais*: para além das arenas institucionais, a construção de uma política de saúde envolve os vários projetos de diferentes atores sociais, permeada pelas relações de poder. Assim, a política resulta da confrontação desses diferentes projetos, ou seja, ocorre o enfrentamento de várias forças sociais no processo de constituição, manutenção e contestação de tais projetos de direção hegemônica. Deste modo, a política expressa um modelo de sociedade que se deseja construir interagindo com macroprocessos sociais que irão, a cada momento, reforçar ou restringir determinada política.
- 5- *Formação de referenciais éticos e de valores da vida social*: uma política de saúde tanto incorpora, aplica e redefine significados sociais, como também gera novos significados e percepções socioculturais que produzem efeito sobre a estrutura social, pois são construídas com base nas concepções valorativas sobre a relação do indivíduo com a sociedade, interferindo nos padrões sociais e culturais da sociedade. Pode-se citar a construção de valores cívicos, definição de referenciais culturais, produção de informações sobre a saúde, valorização de ideais de organização social e política,

fixação de critérios valorativos de produção de recursos financeiros, dentre outros, como aspectos da vida social em que são constatadas ações das políticas de saúde.

- 6- *Desenvolvimento, reprodução e transformação de marcos institucionais*: os marcos institucionais constituem os reguladores da política de saúde, pois representam os referenciais que sustentam as políticas de saúde (como os de valores, políticos, organizacionais), orientando a construção das estratégias e programas de saúde (pode-se citar como exemplo a Lei Orgânica da Saúde que dispõe sobre a organização do SUS). Esses marcos fazem a conexão da política de saúde com o sistema de proteção social.
- 7- *O desempenho simultâneo de papéis políticos e econômicos diferentes*: as ações de uma política de saúde podem resultar em efeitos políticos e econômicos que não se limitam ao campo da saúde, produzindo mudanças na estrutura social como a ampliação de ganhos econômicos de setores empresariais, a manutenção de grupos que estão no poder, manutenção do *status* de grupos sociais, dentre outros.

Os aspectos apresentados sobre a construção e gestão de uma política, bem como de suas estratégias, estão imbricados em todo o processo político e devem ser considerados na análise das políticas públicas, no ciclo da política pública.

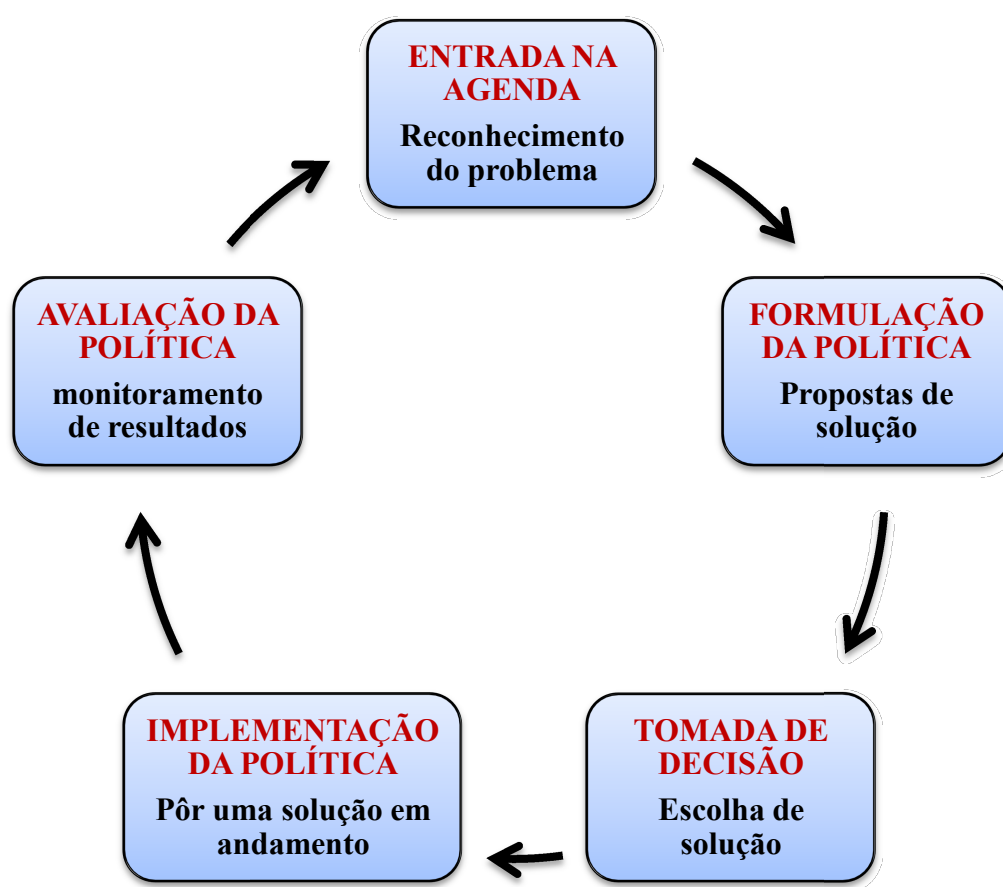
3.1.3 O ciclo da política pública

Para a análise de uma política desenvolveu-se uma proposta construída historicamente, que divide o processo político em etapas. Um dos precursores desse campo de análise foi o cientista social Harold Lasswell, que iniciou seus estudos já na década de 1930/40. Em 1951 Lasswell, juntamente com Daniel Lerner, publicou o livro intitulado “*The Policy Sciences*” que descreve o processo de construção e desenvolvimento da política pública em sete estágios (informação, promoção, prescrição, invocação, aplicação, término e avaliação) (MATTOS; BAPTISTA, 2015). Esta forma de análise foi se aperfeiçoando e sofrendo modificações elaboradas por diversos estudiosos ao longo do tempo, no entanto, nos anos 90, Howlett e Ramesh propuseram um modelo ainda bastante utilizado e divulgado atualmente em estudos sobre as políticas (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

Estes autores atribuíram cinco estágios para o desenvolvimento de uma política, denominados *Improved Model*, que conformam o ciclo político (Figura 2): entrada na agenda;

formulação da política; tomada de decisão; implementação da política e avaliação da política. Cada um destes apresenta diferentes processos e particularidades, pois envolvem diferentes atores, influências, conformando um movimento de frequente negociação e a noção de política pública como um ciclo contínuo (sem início ou fim) (HOWLETT, RAMESH, PERL, 2013; VIANA, BAPTISTA, 2012).

Figura 2 – O ciclo da política pública.



Fonte: Howlet & Hamesh, (1995).

Tais fases que compõem um ciclo da política pública estabelecem relação com as fases do modelo de aplicação de solução de problema: reconhecimento do problema; propostas de solução; escolha de solução; pôr uma solução em andamento e monitoramento de resultados. Desta forma, os estágios da política se transformam em processos de análise para um modelo

de solução de problema (HOWLETT, RAMESH, PERL, 2013; VIANA, BAPTISTA, 2012). A seguir, cada uma dessas fases serão abordadas.

3.1.3.1 Entrada na agenda

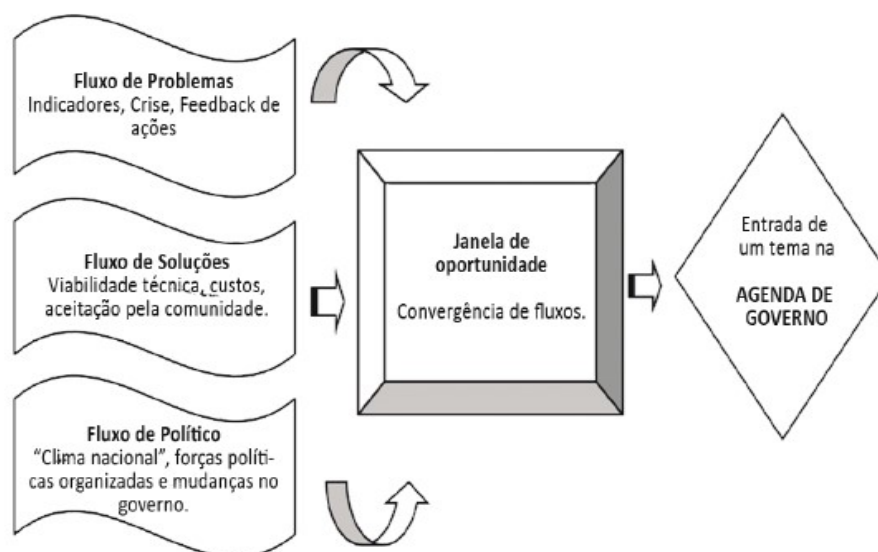
A montagem da agenda condiz com o reconhecimento de um problema de relevância pública e corresponde ao primeiro passo para a análise do desenvolvimento de uma política e suas estratégias, pois é a partir dos problemas que uma política pública é pensada. Kingdon (2003) considera a “agenda” como uma lista de assuntos e problemas que adquirem valor para o governo e a sociedade em determinado tempo e contexto. O momento no qual um problema se destaca e entra na agenda política/decisória do Estado corresponde ao primeiro momento do ciclo político. Assim, a agenda política se refere ao conjunto de problemas reconhecidos, que estão sendo pensados e trabalhados pelas autoridades governamentais e que serão objeto de decisão política (VIANA; BAPTISTA, 2012).

Podem ser citados alguns exemplos de problemas que, por determinadas circunstâncias, são considerados prioritários e se tornam uma política: uma situação de calamidade, catástrofe ou uma crise; uma situação que procura fazer valer os interesses de um grupo dotado de poder; uma situação de oportunidade na qual o problema é priorizado em determinado cenário político, mais específico, independente de já existir anteriormente (VIANA; BAPTISTA, 2012).

Para investigar como um determinado problema ganha a atenção do governo de forma que passe a integrar a sua agenda em um dado momento, destaca-se o modelo de Múltiplos Fluxos (*Multiple Streams Model*) desenvolvido por John Kingdon (KINGDON, 2003). Este modelo, em um primeiro momento, foi desenvolvido com a finalidade de analisar as políticas públicas nas áreas de saúde e transportes do governo federal norte-americano, no entanto configurou-se como referência nos estudos voltados para a análise de políticas públicas (CAPELLA, 2004).

Kingdon (2003) concluiu que os problemas entram na agenda como resultado da convergência de três fluxos que perpassam pelas estruturas de decisão: o fluxo de problemas; o fluxo de soluções e alternativas e o fluxo da política (Figura 3).

Figura 3- Fluxos do processo decisório e a entrada de temas na agenda de governo.



Fonte: Kingdon (2003).

O fluxo de problemas busca analisar como ocorre o reconhecimento dos problemas e de que forma determinados problemas passam a compor a agenda. Para entender o processo de seleção do problema, Kingdon diferencia problemas de condições. O autor caracteriza uma condição como uma situação social que pode ou não gerar a necessidades de uma ação sobre a mesma. Assim, quando despertam a atenção dos atores responsáveis pela conformação da agenda, os quais entendem que devem realizar alguma ação frente a determinada situação, a condição se torna um problema (KINGDON, 2003).

Os problemas aqui podem ser levantados (mostrada a sua existência) por dados quantitativos (exemplo: indicadores/coeficientes de morbimortalidade; custos de um programa; variações na folha de pagamento de servidores); por eventos, crises (exemplo: desastres, acontecimentos); pelo *feedback* de ações governamentais (exemplo: acompanhamento das atividades de implementação, o cumprimento (ou não) de metas, possíveis reclamações de servidores ou dos cidadãos) (CAPELLA, 2004). O levantamento desses problemas contribui na construção de argumentos favoráveis para uma política que tenha por objetivo a resolução dos mesmos (KINGDON, 2003).

Vale ressaltar que os problemas dependem das interpretações construídas socialmente que transformam condições em problemas. A forma como um problema é definido, chamando a atenção dos formuladores de políticas para uma determinada condição entre diversas outras,

pode determinar que essa condição tenha sucesso e entre na agenda, em um processo competitivo (CAPELLA, 2004).

As evidências colocadas (indicadores, crises, *feedbacks*) não têm capacidade suficiente para interferir e orientar a tomada de decisão, sendo necessário fazer a combinação com os demais fluxos. O fluxo de alternativas e soluções envolve as alternativas cotidianamente elaboradas por pesquisadores, assessores parlamentares, acadêmicos, funcionários públicos, analistas pertencentes a grupos de interesses, entre outros. Estes ficam aguardando o surgimento de problemas que oportunizem a proposição das soluções já elaboradas, para que sejam então consideradas no processo decisório (BAPTISTA; REZENDE, 2015).

A partir do momento em que determinadas idéias são defendidas por determinados indivíduos, estes procuram difundi-las em diferentes fóruns para que se construa, de forma gradual, sua aceitação. Esse processo ganha importância ao se considerar que as propostas são consideradas relevantes quando ocorre um processo de sensibilização sobre estas (CAPELLA, 2004).

O fluxo político se refere à dimensão política, que envolve um contexto favorável, uma conjuntura política/econômica/social, forças de grupos organizados ou mesmo mudanças no interior do próprio governo. Nesse fluxo, são moldadas coalizões a partir de barganha e negociação. O primeiro elemento desse fluxo é denominado “clima” ou “humor” nacional, que corresponde a um momento no qual várias pessoas compartilham do mesmo pensamento (um “solo fértil” para algumas idéias) (CAPELLA, 2004).

Um segundo elemento é representado, principalmente, pelos grupos de pressão que constituem forças organizadas que podem ou não defender determinada proposta. Um terceiro elemento do fluxo político que pode influenciar na agenda é a mudança de gestão, de indivíduos que ocupam posições estratégicas, o que pode resultar na introdução de novas questões na agenda ou mesmo restringir a entrada de outras. Outra mudança corresponde à alteração nos limites da jurisdição, na qual muitas questões podem fazer parte da agenda de especialistas, ou seja, reduzidas à jurisdição específica do Poder Executivo, sem integrar uma agenda mais ampla do setor, sem difundir a discussão para outras comunidades (CAPELLA, 2004).

Também vale ressaltar a influência que o contexto político internacional exerce na definição das políticas sociais, impactando na determinação de modelos e práticas de saúde. Como exemplos deste cenário podem ser citadas as agências internacionais de sustentação do

capital financeiro (FMI, Banco Mundial/BIRD) e das políticas de segurança e paz no mundo (ONU, OMS e UNICEF), criadas após a segunda guerra mundial e que foram responsáveis por desencadear uma nova ordem de relações entre os países no cenário mundial. Destaca-se o papel do Banco Mundial na política de AB. Esta surge em um momento em que as discussões do banco mundial (principalmente na década de 90) se voltavam em torno da organização dos serviços básicos, da implantação do pacote mínimo, da cesta básica de saúde e do piso da AB nos países latino-americanos, a AB deixa de ter uma conotação de procedimento da tabela de financiamento e passa a ser vista como um nível de atenção (GIL, 2006; MATTOS, 2000).

Esses fluxos, apesar de independentes, têm momentos de encontro e quando convergem, criam as chamadas “janelas de oportunidade” que possibilitam a formação de novas políticas ou mudança nas políticas existentes mediante a entrada das propostas na agenda (BAPTISTA; REZENDE, 2015). As situações que possibilitam a convergência de fluxos sofrem influência principalmente do fluxo de problemas e do fluxo político.

De acordo com o modelo de Kingdon (2003), as janelas de oportunidade podem ser influenciadas por indivíduos empreendedores, chamados de *policy entrepreneurs*. Estes podem estar situados em altas posições no governo (Poder Executivo, Congresso) ou fora dele (grupos de interesse, na comunidade acadêmica, na mídia) e estão dispostos a investir em uma idéia de forma persistente, especialistas em um assunto, negociador que mantém conexões políticas, com habilidade de representar outros indivíduos. Assim, conseguem amarrar os fluxos e visualizar os momentos de janelas de oportunidade para agir, que fazem com que a formulação de políticas sejam referentes às suas idéias (CAPELLA, 2004).

De acordo com Kingdon (2003), os atores participantes do processo decisório podem ser governamentais (Presidente, Executivo e membros nomeados para exercer cargos públicos comissionados) e não-governamentais (grupos de interesse, acadêmicos, pesquisadores e consultores, mídia, partidos políticos e opinião pública). Estes atores podem ser ainda subdivididos em atores visíveis, que são aqueles que tem poder para interferir e estabelecer a formação da agenda governamental, e os invisíveis, que são os atores que operam indiretamente na agenda política por meio da produção de indicadores e possíveis soluções de políticas. Assim, a definição da agenda envolve uma combinação de fluxos e atores (alguns influentes na formulação da agenda e outros influentes na definição de alternativas) com recursos de poder ou momentos oportunos para realizar uma proposição (BAPTISTA; REZENDE, 2015).

No campo das políticas públicas existem diversos conceitos envolvidos em sua análise, desse modo, vale citar o conceito de *policy makers*, outro termo utilizado para denominar os atores responsáveis pela formulação e decisão das políticas. *Policy makers* foi uma denominação trazida por Herbert Simon, em 1957, que buscou estabelecer uma racionalidade dos decisores públicos pela criação de estruturas (conjunto de regras e incentivos) modeladoras do comportamento dos tomadores de decisões, colaborando para as necessidades e práticas desses (AGUM, RISCADO, MENEZES, 2015; SOUZA, 2006).

3.1.3.2 Formulação da política pública e tomada de decisão

Após a montagem da agenda, ocorre a formulação da política e de suas estratégias. Esta fase corresponde à proposição de soluções para o problema que se dá pela apuração deste e pela procura de alternativas para resolvê-lo. Já a tomada de decisão compreende o processo de seleção de uma ou mais soluções para o problema priorizado. Desta forma, são ilustradas as metas a serem alcançadas, os recursos necessários e o tempo para atingi-las (VIANA; BAPTISTA, 2012). Tais decisões ocorrem nas instâncias hierárquicas governamentais, inseridas no Estado hierarquizado. Na tomada de decisão, juntamente com a formulação da política de um ciclo político, serão definidos os princípios e diretrizes para o desenvolvimento de uma ação, programa ou estratégia.

3.1.3.3 Implementação da política pública

Nesta fase, a solução ou conjunto de soluções escolhidas serão colocadas em prática e envolvem sistemas/atividades de administração pública permeadas por interesses, questões políticas/estratégicas e vários atores: o sistema gerencial e decisório, os sistemas de informação, os agentes implementadores da política, os sistemas logísticos e operacionais, dentre outros (VIANA; BAPTISTA, 2012).

Alguns analistas utilizam um modo de entender a implementação das políticas e de suas estratégias chamado de enfoque *top down*, no qual o controle sobre a política está em uma organização central que tem em seu topo os formuladores. Estes estão no comando de fatores políticos, organizacionais, técnicos e na divisão de responsabilidades (HOGWOOD; GUNN, 1984). Esse enfoque molda a concepção de que os atores do nível central detém o

domínio sobre a elaboração e implantação das políticas, e os atores dos serviços locais são aqueles que devem colocar em prática o que foi pensado e elaborado pelos que estão no controle da política (BAPTISTA; REZENDE, 2015).

Como crítica ao enfoque *top down*, o enfoque *bottom up* foi delineado para a análise da implementação. Este considera que a política é definida no local onde ocorre a sua implementação na prática, pois pressupõe que sempre existe um controle imperfeito sobre o processo de elaboração das políticas. Desse modo, as decisões relacionadas ao momento de formulação seriam tomadas durante a implementação, trazendo para a cena os múltiplos atores envolvidos na operacionalização das políticas no nível local, os quais estão implicados pelos objetivos pessoais durante a implementação (BAPTISTA, REZENDE, 2015; SABATIER, JENKINS, 1999).

Tanto o enfoque *top down* quanto o *bottom up* possuem limitações, sendo importante destacar à questão da multicausalidade (vários interesses, processos e atores envolvidos) a ser considerada na análise de uma política, pois esta, bem como suas estratégias, podem ser definidas e formuladas a todo o momento do processo político, não se restringindo a determinadas fases do ciclo e sujeitos como ambos os enfoques dão a entender.

No momento de implementação é que se descobre a capacidade da política (ou de suas estratégias), pois são desvelados os apoiadores, disputas e interesses, podendo se estabelecer novos pactos entre os atores responsáveis pela implementação (que muitas vezes não participaram do pacto inicial da formulação) e que nessa ocasião, são os principais agentes da transformação de uma política, uma vez que irão prestar os serviços (HOGWOOD; GUNN, 1984). Assim, podem ser processadas novas negociações que podem resultar em novas decisões e formulações, reiniciando o ciclo da política pública. Esta fase do ciclo político também merece destaque pela potencialidade que possui para melhor compreender os casos de maior eficiência do governo para fazer a legislação do que para efetuar mudanças desejadas (VIANA; BAPTISTA, 2012).

3.1.3.4 Avaliação da política pública

A última fase do ciclo da política pública é a avaliação. A literatura tem apontado diversas concepções e caminhos metodológicos atribuídos à avaliação. Embora apresentada como inserida no ciclo da política pública, a avaliação tem sido utilizada para embasar a

tomada de decisões nos vários momentos ao longo das diferentes fases desse ciclo. Assim, esta fase não se restringe ao enfoque nos resultados e/ou a etapa final do processo, mas sim deve permear todo o ciclo (BAPTISTA; REZENDE, 2015).

O momento de avaliação do ciclo político caracteriza seus diferentes tipos e classificações existentes. Uma tipologia relacionada às avaliações classificam-nas em *ex-ante* e *ex-post*. As *ex-ante* consistem no levantamento de situações e necessidades que irão orientar a formulação e tomada de decisão da política, sendo denominadas por Draibe (2001) de “avaliações diagnóstico”. Já as avaliações *ex-post* são as que acontecem paralelamente ou após a implementação e distinguem-se em “avaliação de processo” e “avaliação de resultados” (BAPTISTA; REZENDE, 2015).

As “avaliações de processo” focam no levantamento dos atores estratégicos; das estratégias de implementação e nos subprocessos implicados no seu desenvolvimento. Buscam ainda identificar os fatores que facilitam ou dificultam a implementação. Já as “avaliações de resultados” objetivam identificar se a política alcançou seus objetivos e a qualidade desse alcance (BAPTISTA; REZENDE, 2015).

Arretche (2001) também propõe um modo de classificação para a avaliação das políticas em três modalidades: “avaliação política”, “análise de políticas públicas” e “avaliação de políticas públicas”. A “avaliação política” procura identificar os critérios que levaram à escolha de determinada política em detrimento de outra, explicitando seus fundamentos. A ênfase está tanto no aspecto político do processo decisório quanto nos valores e critérios políticos da política e prescinde da fase de implementação (ponto que concorda com a avaliação *ex-ante*). Já a “avaliação de políticas públicas”, tem ligação com a “avaliação de resultados”, buscando uma relação de causalidade entre o programa e um resultado (BAPTISTA; REZENDE, 2015).

A “análise de políticas públicas” busca elucidar a engenharia institucional e características do programa que podem ser formulados e implementados de várias maneiras. Possui coerência com a fase de processo à medida que busca saber dos fatores facilitadores e os obstáculos que operam ao longo da implementação, sem preocupar-se diretamente com os resultados (BAPTISTA; REZENDE, 2015).

Dentre as classificações apresentadas, a forma de avaliação “análise de políticas públicas” constitui o modelo que a análise pretendida por este estudo mais se aproxima, uma

vez que pretende analisar a implementação das estratégias da política de AB no âmbito municipal, considerando a articulação e sobreposição entre as fases.

É importante ressaltar que existem vantagens e desvantagens na análise das políticas em fases. Dentre as contribuições ressalta-se o benefício do ciclo para a análise das várias dimensões do processo político, pois permite a visualização de diferentes momentos na construção de uma política e suas especificidades (interrelações dos vários atores, idéias e instituições envolvidas na sua determinação). Isso possibilita maior conhecimento, intervenção sobre o processo e que estudos comparativos das diferentes fases sejam elaborados (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

No entanto, deve-se ter cautela, pois a idéia de fases traz o risco de se fragmentar demasiadamente o processo político, como se ocorresse de forma sistemática, sequencial no tempo e fosse previsível. Tal processo é dinâmico e constante, mais que o momento (fase) em que se encontra o processo político, importa considerar a articulação e/ou sobreposição entre eles e as questões que colaboram para que uma política consiga ou não ter sucesso em um determinado momento (BAPTISTA, 2003).

Devido à complexidade e dinâmica desse processo, é necessário que se amplie a visão para os atores, instituições e contexto em que as políticas são construídas. Assim, este estudo pretende contribuir no levantamento das questões envolvidas na análise das EFAB priorizadas pelo MS que expressam a política de AB, utilizando o ciclo político para colaborar na visualização dos vários momentos do processo em que as decisões políticas são feitas.

Para além da limitação das fases, a intenção é enfatizar o que os gestores dos MPP trazem como contribuição para o debate da implementação das estratégias componentes da política de AB, considerando o jogo de poder que perpassa a política, seus arranjos e processos. Isso no contexto de um ente municipal, que na perspectiva da descentralização, deve exercer sua autonomia local na implementação de estratégias das políticas de saúde nacionais.

Ao pensar na configuração da federação brasileira que confere a autonomia para o município no processo de implementação das políticas no país, se faz importante ressaltar o contexto federativo do Brasil e as mudanças que a Constituição Brasileira de 1988 trouxe na ordem normativo-social, tendo repercussões no pacto federativo, nas atribuições dos Poderes de Estado, nas regras da Administração Pública e nos princípios norteadores da proteção social, entre outros (LIMA; MACHADO; GERASSI, 2015). Desse modo, a implementação

da política de saúde e suas estratégias, considerando a concepção da descentralização como diretriz organizativa, caracteriza-se como um desafio à coordenação intergovernamental federativa (ALMEIDA, 2001).

O Brasil desenvolveu mecanismos próprios de organização político-territorial do Estado e das relações entre esferas de governo. Destaca-se aqui que existem atravessamentos entre estruturas/normativas jurídico-organizacionais e o cotidiano das práticas dos atores sociais, imbricados no processo de implementação das políticas. Toda política se desenvolve influenciada pelo modo de operar de cada Estado, o qual é composto por instituições, e estas constituídas por sujeitos que por sua vez processam as políticas e suas estratégias na prática cotidiana. Para isso torna-se necessário conhecê-las tanto em seu contexto local, estadual e nacional e seus respectivos espaços de negociação (as arenas já citadas anteriormente) (LIMA; MACHADO; GERASSI, 2015).

Assim, a seguir, são explanadas algumas questões referentes ao arranjo federativo vigente no Brasil e específicos do setor saúde, que organizam as relações federativas (entre esferas de governo ou níveis de gestão).

3.2 O Estado federativo brasileiro

A maioria de historiadores, filósofos e juristas consideram o século XVII como aquele em que surgiu o Estado moderno. A palavra Estado, que se origina do latim e significa “estar firme”, constitui uma forma de organização política na qual uma sociedade dotada de organização social tem poderes para impor regras de convivência entre seus membros (SANTOS, 2012). O Estado pode ser qualificado como um arranjo político para o domínio de um povo de um território qualquer (ZIMMERMANN, 2005).

Apesar da variedade de teorias e definições para o Estado, pode-se colocar quatro características para a sua formação – território, soberania, povo e finalidade (DALLARI, 2009). Ao conceito de Estado está implícita a idéia de força autorregulada pela ordem jurídica, como uma corporação territorial dotada de poder de mando (JELLINEK, 2000).

As formas de Estado moderno são o Estado unitário e o Estado federal. A distinção entre essas formas diz respeito à distribuição da autoridade política dos Estados nacionais. No Estado unitário existe um poder central sobre todo o território, havendo um único poder legislativo, executivo e judiciário. Apenas o governo central tem autoridade política própria,

derivada do voto popular direto. Existe uma unidade do Estado nacional pela concentração de autoridade política, legislativa, fiscal e militar, acompanhada pela redução da autoridade política dos governos locais quando comparada as unidades federativas (ARRETCHE, 2002).

O Estado federal tem diversos centros de poder autônomos em que permanecem as mesmas características socioculturais. No mundo contemporâneo, a federação que significa aliança, pacto, tem sido a forma preferida e predominante. Os Estados Unidos da América, que em 1787 transformaram seu modelo em federação, foram a primeira experiência de Estado federado. Na forma federativa, existem diversos ordenamentos jurídicos (o central e o regional) assentados em torno da constituição que assegura poderes aos Estados-membros e a União. Além da descentralização do poder administrativo, também há a descentralização do poder político. Esta forma é caracterizada por um só povo com expressiva diversidade (territorial, socioeconômica, lingüística, cultural, política, dentre outros) e um só território (ABRUCIO, 2005; SANTOS, 2012).

No federalismo, os estados-membros possuem competência constitucional para o exercício de poder político/administrativo e rendas próprias para cumprir o disposto na constituição. Existe então o Estado federal soberano e os estados-membros, devendo haver distribuição de competências e poderes entre esses, originados de um pacto federal. Também devem existir órgãos de controle para evitar conflitos, representados pelo órgão judicial. Para caracterizar uma federação tem-se minimamente que constatar a existência de respeito entre as realidades culturais e tratar-se de uma autonomia efetiva, real, e não apenas formal (FIGUEIREDO, 2014).

Destaca-se, como um subprincípio federativo, a existência de ordens jurídicas autônomas em cada parcela de território denominadas. Em suma, existem mecanismos de concentração de poder, para uma integração política e equidade social, que devem estar compatibilizados com a dispersão de poder, para respeitar às autonomias e diversidades regionais e locais (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2011).

As negociações intergovernamentais são necessárias para as competências que lhes são comuns. Assim, as políticas que deveriam ser conduzidas por um governo, muitas vezes são feitas de maneira cooperada. A crítica ao federalismo cooperativo se dá pelo fato de reforçar a dependência diante do poder central, principalmente do poder financeiro e político deste, que sempre subjugara o ente economicamente mais fraco na repartição dos recursos federais (BONAVIDES, 2011).

Deste modo, se configura um compromisso de interdependência e autonomia nas relações intergovernamentais sendo necessário estabelecer um desenho político-institucional que limite o exercício do poder da União e dos entes federados para que não extrapolem as suas prerrogativas. Esse desenho dependerá do regime federativo vigente (WATTS, 1999).

Podem ser identificados aspectos comuns que distinguem a federação das demais formas de organização político territoriais, estando dentre outros: formas oficiais de representação dos interesses dos entes que conformam a federação nas instituições federais de tomada de decisão; ter uma constituição escrita e acordada com o consentimento de todos os entes federados e mecanismos de colaboração intergovernamental (SANTOS, 2012).

Trazendo a discussão para o âmbito do Brasil, os diferentes momentos do federalismo brasileiro se relacionam com os diversos contextos políticos e econômicos do país. Nesse sentido, na discussão das estratégias fortalecedoras da atenção básica priorizadas pelo MS (Poder Executivo Nacional) que fazem parte da política de AB, torna-se importante colocar em questão as heranças da trajetória de formação do Estado brasileiro para a conformação dos papéis da União, estados e municípios na Federação e para a organização Poder Executivo Nacional. Walt (1996) considera importante avaliar os poderes, atores, o papel exercido pelo Estado, entre outros, para buscar entender as políticas de saúde.

3.2.1 A trajetória do Estado federativo brasileiro e a organização do Poder Executivo Federal

O processo de construção do Estado-nação no Brasil concentrou autoridade decisória, assim como poder regulatório e de gasto no governo central. A história de formação do Estado brasileiro se inicia com quase quatro séculos de exploração de mão-de-obra colonial, extrativismo e concentração do poder na Coroa Portuguesa, o único executivo. Essa monarquia patrimonialista consistia em um grupo alocado nas decisões do Estado, em que poucos dominam as condutas de muitos. Em 1808 chega a família real no Brasil, trazendo mudanças no cenário político, econômico e institucional de colônia. Com a Independência em 1822 ocorreu um maior investimento na política nacional, no entanto, o poder ainda permanecia com o imperador, sendo este auxiliado pela elite, característica explícita na Constituição de 1824 (BAPTISTA, 2003).

Em 1889, um Golpe militar derruba o império e a República se inicia com um governo militar e não por uma revolução social como na América do Norte (SKIDMORE, 2003). Em 1891 promulga-se a nova constituição do Brasil que estabelece o sistema presidencialista e a idéia da República Federativa com a existência de três poderes: Executivo, Legislativo e Judiciário. No entanto, a instituição da república não significou a diminuição da concentração do poder, em que as oligarquias regionais, principalmente os cafeicultores detinham o poder (BAPTISTA, 2003).

O poder, então denominado de “coronelismo”, articulava os senhores locais à política regional. Configurava-se um Estado baseado no poder de poucos (oligárquica), na manutenção de seus patrimônios (patrimonialista) e sem a participação da população (excludente) (ABRUCIO, 1998). O período de 1889 a 1930 corresponde à República Velha, caracterizado pela preponderância de significativa autonomia para as unidades federadas (províncias), tendo a União um papel menos ativo (BRASIL, 2016).

A crítica a essa forma de sistema político culminou na Revolução de 30 e em 1934 uma nova Carta constitucional foi elaborada. Neste momento, a soberania nacional, como espaço de decisão no país, predomina em relação aos Estados federados e às instâncias a eles subordinadas. O Estado caminha para uma condição institucional, jurídico e política para a prática do poder unificado (NOGUEIRA, 1998).

No Brasil, o século XX é marcado por regimes autoritários (1930-1934; 1937-1945 e 1964-1985) que repercutem na anulação da autonomia política dos Estados- membros por longos períodos. A partir de 1930 a União assume a centralidade das ações referentes ao planejamento e financiamento da atividade econômica, o que supôs centralização da autoridade política (ARRETCHE, 2010). Com o Golpe de Estado em 1937, se estabelece a ditadura e o Estado Novo, interrompendo a legalidade constitucional, fortalecendo ainda mais a centralização com a concentração do poder político no Presidente da República. O federalismo é esvaziado, reafirmando a concentração do poder ao nível federal (CARVALHO, 2002).

A partir de 1964, para aumentar a concentração do poder no executivo federal vão se caracterizando alguns cenários, podendo-se colocar três principais, consideradas por Abrucio (1998): o cenário financeiro com a centralização das receitas tributárias no executivo federal; o cenário administrativo, com o planejamento central e o cenário político com o controle das eleições pelo governador.

A centralização de recursos da esfera federal resultou no estabelecimento da relação de dependência do município e estado à União, rompendo a relação entre estados e municípios, o que quebrou a lógica do federalismo. As regras estabelecidas pelo executivo federal seriam comuns para toda a federação e realizadas por intermédio de órgãos da Administração Direta e Indireta. Assim, aconteceu o predomínio de formas administrativas nas relações entre as três esferas de governo, em detrimento de formas políticas nessas relações. O princípio que domina aqui é a subordinação e não a cooperação, com esvaziamento do papel do Estado e o centro do poder na União (ABRUCIO, 2005).

No período compreendido entre 1985 e 1990, o Brasil vive um processo de redemocratização brasileiro. A ditadura termina marcada pelo movimento das “Diretas Já” e a eleição indireta de Tancredo Neves. Inicia-se a Nova República. Diversos movimentos sociais são gerados, inclusive na área da saúde. Ocorre uma preparação para o processo Constituinte que culmina na Carta constitucional promulgada em 1988. São 500 anos de história marcados com pouca prática democrática, que resultou em um Estado mantenedor do domínio tanto nos mecanismos legais quanto nos decretos presidenciais que garantem um maior poder para a União.

A Constituição Brasileira de 1988 reafirma a separação dos Poderes (executivo, legislativo e judiciário), ressalta a democracia e a defesa dos direitos dos cidadãos. De acordo com o estabelecido pela Constituição de 1988, tal organização de poderes constitui princípio estruturante da ordem político-institucional e condição para a concretização do Estado democrático (MORAES, 2001). São Poderes da União: o Poder Legislativo, exercido pelo Congresso Nacional, o Poder Executivo, exercido pelo Presidente da República com apoio dos Ministros de Estado e o Poder Judiciário, exercido pelos Tribunais e Juízes Federais, dos Estados e Distrito Federal (BAPTISTA, 2003).

A Constituição de 1988 apresentou um novo estatuto legal ao município, o qual passou a constituir um ente federativo, situação incomum dos sistemas federais da época. A Carta magna permite aos municípios ter autonomia nos âmbitos político, administrativo, legislativo e financeiro e a aquisição de novas competências e atribuições. Desse modo, ampliou-se a capacidade de autogoverno dessas localidades (CARNEIRO; ALMEIDA, 2008).

É nesse contexto que se dá a criação do SUS pela constituição de 1988, com um intenso processo de descentralização que teve efeito sobre a dinâmica do federalismo. Essa foi conformada pela prática da relação direta do ente federal com os municípios, enfraquecendo

as relações entre as esferas estaduais e municipais, trazendo dificuldades tanto para o comando dos serviços de saúde como para o estabelecimento de responsabilidades (DOURADO, 2010).

A Constituição de 1988 estabelece as competências dos entes federativos na perspectiva da descentralização e estas disposições gerais norteiam tais atribuições em relação ao setor saúde. A seguir serão discutidas estas competências no contexto geral e do SUS, buscando colaborar para caracterização do cenário de responsabilidades dos diferentes entes (ressaltando-se o município) que interferem no desenvolvimento das políticas de saúde no território nacional.

3.2.2 A Constituição Federal de 1988 e competências dos entes federativos no Sistema Único de Saúde

A Constituição de 1988 estabelece um desenho de Estado descentralizado, com três esferas de governo autônomas, responsáveis pela gestão de políticas públicas, suscetíveis ao controle da população e com mecanismos de compartilhamento de trabalho e recursos entre União, estados, Distrito Federal e municípios. A Carta Magna brasileira, conferindo aos municípios *status* de entes federativos, impulsionou expressivo quantitativo de emancipações, equivalente a quase um quarto do total de municípios existentes no país. De 1989 a 2001 foram criados 1.119 municípios no Brasil (BRANDT, 2010).

No entanto, grande parcela das competências ficou de domínio exclusivo ou privativo (podendo delegar aos estados) da União (BRASIL, 2016). Assim, a Constituição de 1988 reservou à União competências que demonstram o caráter centralizador da federação brasileira, podendo citar, dentre outras, a de legislar sobre matéria civil, penal, tributária, processual, eleitoral e trabalhista (SILVEIRA, 2007).

O modelo de Estado federativo criado pela Constituição de 1988 garante extensa autoridade jurisdicional à União com limitadas oportunidades institucionais de veto aos demais entes federativos. No mesmo momento em que esse modelo transfere competências sobre a execução de políticas para os estados e municípios, coloca dispositivos constitucionais que dão ampla autoridade à União para legislar sobre essas mesmas políticas e limita a autoridade exclusiva dos demais entes para legislar e executar suas próprias políticas (ARRETCHE, 2009).

O Estado federativo brasileiro autoriza o governo central a ter iniciativas legislativas em praticamente todas as áreas relevantes de políticas públicas. O artigo 21 da constituição apresenta 25 áreas de competência (como elaborar e executar planos nacionais e regionais de ordenação do território e de desenvolvimento econômico e social) que autorizam a União a legislar sobre políticas estratégicas. E o artigo 22 apresenta 29 áreas de competência privativa da União (tais como: águas, energia, telecomunicações, transportes, emprego, polícias militares, seguridade social, diretrizes da educação, assim como normas de licitação e contratação) (ARRETCHE, 2013). Esses artigos somam um total de 54 competências que incluem a esmagadora maioria das políticas que cabe a estados e municípios executar.

Já o artigo 24 lista 16 incisos que correspondem as competências que União, estados e municípios podem legislar (incluem o meio ambiente, a educação, a previdência, bem como a assistência à juventude). Assim, o governo federal conta com autoridade regulatória sobre as políticas que devem ser executadas pelos estados e municípios (ARRETCHE, 2013).

Em relação à saúde, existem também competências comuns e concorrentes entre União e estado-membro. Na competência concorrente, compete à União expedir normas gerais, e ao estado-membro, a norma complementar. Tem sido comum a União, pelo MS, regular a organização do SUS por meio de portarias, muitas vezes adentrando em campo reservado aos estados, pelo fato de essas regulamentações ultrapassarem o conceito do que seja norma geral (de diretrizes gerais, de princípios) (SANTOS, 2012).

Uma vez definida a descentralização das ações e serviços de saúde pela constituição entre os entes federados, o centralismo também permeou o setor saúde no âmbito tributário. A descentralização das competências não ocorreu na mesma proporção dos recursos. A União ficou reservada grande parte dos recursos que financiam a saúde nacional, detendo 45% dos recursos de financiamento do SUS (SANTOS, 2012).

O ente municipal também enfrenta o caráter centralizador da União, este possui sua competência para legislar prevista no artigo 30 da Constituição federal e suas competências comuns estão inseridas no artigo 23. Na saúde, o município deve realizar as ações e serviços de saúde com a cooperação técnica e financeira da União e dos estados de maneira suplementar, buscando atender o interesse local. O município observa as normas gerais da União (WEICHERT, 2004).

No entanto, o movimento descentralizador brasileiro, na tentativa de atribuir responsabilidades do governo central aos municípios, ocorreu sem ser acompanhado por um

processo de fortalecimento econômico, social, administrativo, político, dentre outros, que correspondesse às novas responsabilidades atribuídas a esses municípios (ARAUJO, 2006).

Ressalta-se que a República Federativa do Brasil inova ao romper com a conformação tradicional do federalismo (formada pela União e estados membros) com a introdução do município como ente federativo pela Constituição de 1988, com poderes de regulação político administrativa. Foi uma forte descentralização administrativa, no sentido de transferência de um conjunto de políticas públicas a esses governos. Esta forma de federalismo brasileiro foi inédita, sem comparação com qualquer forma contemporânea de organização do Estado (BONAVIDES, 2011).

É importante ressaltar que o processo de descentralização no Brasil não foi simples, claro ou direto, a federação brasileira constitui um arranjo complexo marcado pela ocorrência simultânea de tendências centralizadoras e descentralizadoras disparadas por diferentes forças, motivações, produzindo resultados variados de acordo com a questão política em pauta. De fato, o Brasil é um estado mais descentralizado do que anteriormente, pois foram trazidas idéias e interesses favoráveis à descentralização (ALMEIDA, 2001).

Sobre a inserção dos entes federados no SUS, vale resgatar que na década de 1980 a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) constituiu uma crítica à característica excludente do sistema de saúde, que clamava pela superação do quadro de desigualdades em saúde no país, e para tal, exigia uma transformação ampla do modelo de desenvolvimento e da sociedade brasileira integrando desenvolvimento econômico, fortalecimento de valores democráticos e avanços sociais (MACHADO; BAPTISTA; LIMA, 2012).

O processo constituinte reforçou e deu objetivos concretos para a mobilização do movimento sanitário nacional, no sentido de sensibilizar os constituintes a aprovarem os princípios da Reforma Sanitária no novo texto Constitucional. As conclusões do relatório final da 8^o Conferência Nacional de Saúde (CNS) de 1986 passou a constituir o Projeto da Reforma Sanitária Brasileira e foi levado à Assembleia Nacional Constituinte, em 1987. Boa parte das conclusões e teses da 8^o CNS compõem o texto final aprovado na Constituição Federal Brasileira (estabelecimento de que a saúde é direito do cidadão e dever do Estado; as ações e serviços de saúde são de relevância pública e criação de um sistema unificado).

Assim, a partir da RSB é criado o SUS pela Constituição de 1988. A saúde é referida como um direito de cidadania dentro de uma concepção ampla de seguridade social a ser assegurada por políticas econômicas e sociais e pela instituição do SUS (MACHADO;

BAPTISTA; LIMA, 2012). A RSB acontece a partir de movimentos sociais que combatem o autoritarismo nos anos 1970 e defendem a democracia, os direitos sociais, não se originando do Estado e nem de governos.

Após a criação do SUS, para a efetiva implantação desse Sistema, seguiu-se um processo de elaboração e aprovação da legislação infraconstitucional, denominadas Leis Orgânicas da Saúde (Leis nº8.080 e 8.142). Essas Leis detalharam os princípios, diretrizes gerais e condições para a organização e funcionamento do SUS, para então ser desenvolvido nos municípios. Tais normativas tornaram-se objeto de muita disputa política e foram concluídas somente em dezembro de 1990.

A inserção dos entes federados no SUS se dá de acordo com as competências que a Lei 8080 de 1990 lhes reserva nos termos dos artigos 15 a 19, sendo que o artigo 15 trata das competências comuns dos entes e, os demais artigos, das específicas de cada um (Quadro 1). O que se observa, de modo geral, é que no âmbito da distribuição das competências têm-se encontrado dificuldades em delimitar a responsabilidade de cada ente em relação ao SUS.

Quadro 1- Distribuição federativa de competências, Brasil, 1990.

Esferas de governo	Distribuição federativa de competências	
	Competências específicas de cada esfera	Competências comuns
União	<ul style="list-style-type: none"> • Formular, apoiar a implementação e avaliar as políticas prioritárias em âmbito nacional; • Elaborar o planejamento estratégico do SUS; • Coordenar sistemas de alta complexidade; • Coordenar sistemas de laboratórios de saúde pública, de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária; • Formular a política nacional de produção de insumos e equipamentos; • Promover a descentralização de ações e serviços de saúde; • Estabelecer e coordenar os sistemas nacionais de auditoria e ouvidoria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhar, avaliar e divulgar o nível de saúde da população; • Administrar recursos orçamentários e financeiros; • Estabelecer padrões e mecanismos de controle e avaliação dos serviços de saúde; • Organizar e coordenar sistemas de informação; • Elaborar e atualizar os planos de saúde; Relatório de Gestão, Relatório
Estados	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a articulação sistêmica, o planejamento e coordenação regional das políticas, ações e serviços de saúde; • Monitor e avaliar as redes 	

	regionalizadas e hierarquizadas no SUS; <ul style="list-style-type: none"> • Elaborar e sistematizar os planos de médio e longo prazo no âmbito estadual; • Fornecer apoio técnico e financeiro aos Municípios nas ações de descentralização; • Coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros 	Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e Programação Anual de Saúde (PAS); <ul style="list-style-type: none"> • Elaborar normas para regular as atividades dos serviços privados de saúde; • Fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos; • Elaborar proposta orçamentária (Inciso X da Lei nº 8.080, de 1990).
Municípios	<ul style="list-style-type: none"> • Planejar, organizar e avaliar a provisão local de serviços de saúde; • Gerenciar as unidades públicas de saúde; • Executar serviços de vigilância epidemiológica e sanitária, de alimentação e nutrição, de saneamento básico e de saúde do trabalhador; • Implementar a política de insumos e equipamentos em saúde; • Controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde. 	

Fonte: BRASIL (1990a).

As unidades federativas se articulam por meio de um poder central, que é a União. Esta, incluindo o papel da direção nacional do MS, se relaciona com a unidade do sistema de saúde conduzido pelo ente central no sentido de promover equidade social, produzindo políticas para erradicar as diferenças regionais. No entanto, essa legitimação do papel constitucional da União não condiz com a prática de se retirar parcela da autonomia política dos demais entes nacionais (WEICHERT, 2004). O SUS deve combinar arranjos políticos administrativos que permitam autonomia e interdependência, sem haver submissão de um ente em relação ao outro.

Vale ressaltar que a Lei não consegue abranger toda a complexidade da definição do papel de cada ente, esse papel deve ser desenvolvido e pensado pelos próprios entes na rede regionalizada de saúde. Para que todos os entes federativos sejam interdependentes, tanto no desenvolvimento das ações e serviços de saúde quanto na distribuição de recursos, deve-se garantir uma unidade conceitual, descentralizando atuações por meio de consensos federativos.

Ao se analisar as atribuições específicas da União, de acordo com a Lei 8.080, de 1990, se pode citar, entre outros, a formulação, participação e avaliação das políticas e seu papel na coordenação dos subsistemas das redes de alta complexidade. Outro papel reservado

à União, essencial para o SUS, é o de promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, atividades essenciais ao sistema de saúde, cabendo assim à direção nacional do SUS formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais.

Caberia ainda, à sua direção nacional elaborar normas gerais para regular as relações entre o SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde. Também existem o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados, o de Transplantes, cabendo sua coordenação à direção nacional. Concluindo, tem-se um total de 19 competências da União dispostas pela Lei 8.080, destacando-se como característica desse elenco a centralidade em normas gerais e definidoras de princípios que devem orientar os serviços.

Em relação ao estado, este tem a competência de coordenar o sistema de saúde estadual e prestar serviços de maior complexidade. Uma de suas atribuições seria promover a descentralização das ações e serviços de saúde que estavam a cargo do estado para os municípios, que deveria ter sido executada já nos primeiros anos após a Lei 8.080. Dentre as 14 competências do Estado dispostas pela Lei 8.080 no artigo 17, pode-se citar: a de acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do SUS, prestar apoio técnico e financeiro aos municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde; participar do controle dos agravos do meio ambiente; em caráter suplementar ao da União, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde; identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional; coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros; estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde.

As competências municipais são 12, dispostas no artigo 18 da Lei 8.080, podendo-se citar: a organização, planejamento, controle e avaliação das ações e serviços de saúde, bem como gerir e executar os serviços de acordo com a possibilidade e desenvolvimento de cada município, estando de acordo com o porte econômico e geográfico de cada um. Deve-se considerar que as responsabilidades dos municípios sobre a saúde devem ser decididas em nível regional, associando-se as possibilidades do município na região com a organização do SUS, de forma que a descentralização seja seguida pela regionalização das ações e serviços de saúde, suprimindo as deficiências de cada ente.

As competências da União, estados e municípios estabelecidas na Constituição de 1988 e Lei 8.080/1990 servem de base para nortear a conformação das relações federativas no desenvolvimento das políticas de saúde. O modo como essas relações devem acontecer são descritos em documentos oficiais do MS e União e estabelecem as arenas de negociação das políticas de saúde no SUS.

3.2.3 Relações federativas no Sistema Único de Saúde

Existem mecanismos promotores das relações federativas no SUS que possibilitam a atuação de estados e municípios na formulação de políticas, na alocação de recursos financeiros, no planejamento e nas decisões que afetam a condução da política de saúde no país, para o compartilhamento de poder por meio de instâncias e mecanismos oficiais. As autoridades responsáveis pelos rumos das políticas de saúde no Brasil são MS, as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, cada uma em sua esfera de governo. Os fóruns de negociação e pactuação entre os gestores são representados pela CIT, CIB e as CIR (BRASIL, 2016).

A CIT constitui um fórum de âmbito nacional entre gestores representantes das três esferas de governo, sendo formada paritariamente por representantes do MS, representante dos secretários estaduais de saúde indicados pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e representantes dos secretários municipais de saúde indicados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2011).

A CIT pactua sobre as questões referentes aos aspectos financeiros e administrativos da gestão da política de saúde, diretrizes sobre a organização de redes de ações e serviços de saúde em âmbito nacional, estadual, regional e local, integração de ações e serviços de saúde entre os entes, entre outros (BRASIL, 2011c). Lucchese *et al.* (2003) acrescenta que a organização da CIT tem contribuído para levantar as demandas, conflitos e problemas comuns aos três níveis de governo, relacionadas à implementação de diretrizes nacionais proporcionando o amadurecimento político dos gestores na gestão pública da saúde.

As CIB também realizam essas atribuições, ressaltando os aspectos relacionados ao processo de descentralização no âmbito estadual, discutindo desdobramentos de políticas nacionais nos estados e agendas e políticas de cada estado. Acontece uma CIB em cada um

dos 26 estados brasileiros, e participam destas, paritariamente, os representantes estaduais indicados pelo secretário de estado de saúde e representantes dos secretários municipais de saúde indicados pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) de cada estado (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2011). E as CIR constituem espaços de tomada de decisão dos gestores municipais e estaduais relativas ao planejamento e à gestão do SUS no âmbito das regiões de saúde, assim, definem as metas regionais e as responsabilidades de cada ente para o alcance das intervenções definidas. As CIR são vinculadas às secretarias estaduais de saúde (BRASIL, 2011c).

A sociedade atua na política de saúde nos três âmbitos de governo por meio dos conselhos e conferências de saúde. Cabe aos conselhos controlar a execução das políticas de saúde bem como formular estratégias. Existem o conselho nacional e os conselhos estaduais e municipais de saúde, mas podem ter os regionais, locais e distritais. (MOREIRA; ESCOREL, 2009). Os conselhos são de natureza permanente e deliberativa e são formados por representantes dos usuários (50% das vagas), dos profissionais de saúde (25% das vagas) e dos gestores e prestadores de serviços (25% das vagas). Já as conferências são realizadas em até quatro anos e avaliam e apontam as diretrizes que devem orientar a formulação das políticas e programas de saúde para a respectiva esfera de governo e são compostas por diferentes segmentos sociais do setor saúde (BRASIL, 2016).

A dinâmica desta relação federativa influencia e é influenciada por diferentes atores sociais ou políticos, como: complexo econômico industrial da saúde; as instituições de ensino e pesquisa; entidades representativas de categorias profissionais; Poderes Legislativo e Judiciário, Tribunais de Contas; Ministério Público, Defensoria Pública; Ministérios/Secretarias da área social; Ministérios/Secretarias da área de Planejamento e Fazenda; Presidente; Governador; Prefeito; usuários; entre outros. Desse modo, as relações federativas do setor envolvem demandas de diversos grupos sociais, adquirindo uma forma ampliada de relações, pois a construção de políticas de saúde envolve a articulação com outras políticas governamentais (BRASIL, 2016).

Nessa relação federativa, o planejamento das ações e serviços de saúde é de responsabilidade conjunta dos três entes federativos, devendo acontecer de maneira integrada, em que cada atividade desenvolvida pela União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios sejam complementares e funcionais. Tal articulação deve acontecer conforme os acordos vigentes. O MS, o CONASS e o CONASEMS, em consonância com o Conselho

Nacional de Saúde, definem as diretrizes gerais de elaboração do planejamento para todas as esferas de gestão (BRASIL, 2016).

Como colocado anteriormente no ciclo político, na implementação das políticas acontece a operacionalização das decisões elencadas para o enfrentamento de problemas e atendimento das necessidades de saúde da população. Esta implementação exige uma conformação de maneiras de desenhar, organizar e acompanhar a execução de proposições, mediadas pelo planejamento como parte da gestão dos sistemas e serviços de saúde (RIVERA; ARTMANN, 2003). Desse modo, o planejamento constitui uma tecnologia de trabalho da gestão e elemento imprescindível para o desenvolvimento das políticas (GIORDANI, 1979; PAIM, 2002; CAMPOS, 2003).

3.2.4 Planejamento no Sistema Único de Saúde: diretrizes normativas do Ministério da Saúde

Para o MS, o processo de gestão do SUS deveria ser permeado por práticas de planejamento e planejar ações, em tese, faz parte do cotidiano dos gestores do setor público em saúde. Os municípios, junto aos Conselhos Municipais de Saúde e considerando as prioridades estaduais e nacionais, deveriam levantar suas necessidades, elaborar e implementar o planejamento municipal. E os estados, junto aos Conselhos Estaduais de Saúde e observadas as prioridades nacionais, em parceria com os COSEMS, deveriam coordenar a elaboração, implementação e avaliação do planejamento em seus territórios (BRASIL, 2016).

Estados e municípios deveriam definir prioridades regionais, tendo como base do planejamento as regiões de saúde, dimensionando a capacidade instalada de produção de serviços, profissionais e equipamentos disponíveis, levantamento de recursos fiscais entre outros, para atender as necessidades de saúde da população, garantindo ações e serviços de saúde de qualidade. O planejamento no SUS deveria impulsionar a regionalização, onde a organização do território transcende o espaço do ente federado municipal e abrange a região de saúde (BRASIL, 2016). Essas são diretrizes para o planejamento preconizadas pelo MS que ainda não reflete o que acontece no cotidiano dos serviços de saúde.

Existe um conjunto de normas observadas no campo da saúde que tem por finalidade orientar os princípios do planejamento no Estado Brasileiro, sendo compostas por legislações gerais referentes ao planejamento governamental e normas específicas do âmbito do SUS

(Quadro 2). Todas as áreas que desenvolvem políticas públicas devem considerar normas que articulem o planejamento setorial com o planejamento governamental da federação.

Quadro 2 – Normas e disposições sobre o planejamento governamental no estado brasileiro e no SUS, Brasil, 2016.

Planejamento governamental no estado brasileiro.	
Normas	Disposições
Art. 165 a 169 da Constituição Federal de 1988	Estabelece o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) como os componentes fundamentais do ciclo de planejamento e orçamento para os três entes da Federação.
Art. 195, § 2º da Constituição Federal de 1988	Define que a proposta de orçamento da seguridade social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social.
Lei Complementar nº 101, de 29 de dezembro de 2000	Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e estatui disposições complementares para a elaboração e execução do PPA, da LDO e da LOA.
Normas e disposições sobre o planejamento governamental no SUS.	
Normas	Disposições
Art. 36 da Lei nº 8.080, de 1990	Estabelece que o processo de planejamento e orçamento no SUS será de natureza ascendente desde a esfera municipal até a federal e deverá observar o equilíbrio financeiro dos entes da Federação, define o Plano de Saúde como instrumento básico do planejamento setorial e confere ao CNS a atribuição de estabelecer as diretrizes gerais para a elaboração dos planos de saúde.
Lei nº 8.142, de 1990	Define as conferências de saúde como instâncias para avaliação da situação de saúde e proposição de diretrizes para a formulação da política de saúde nas três esferas, de maneira ascendente, e estabelece a elaboração dos planos de saúde como condição para o recebimento de transferências do Fundo Nacional de Saúde (FNS).
Emenda Constitucional nº 29, de 2000	Institui a obrigatoriedade da aplicação por parte dos três entes da Federação de patamares mínimos de recursos fiscais para o financiamento das ações e serviços de saúde no SUS, patamares esses que deverão balizar a previsão de receitas e despesas nos processos de planejamento do SUS.
Portaria nº 4.279, de 2010	Estabelece os fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de organização das redes de atenção à saúde e as diretrizes para sua implementação, visando a regionalização das ações e serviços de saúde no SUS e conseqüente garantia da integralidade do cuidado.
Decreto nº 7.508, de 2011	Regulamenta a Lei 8.080/1990 no que se refere à organização do SUS, ao planejamento da saúde, à assistência à saúde e à articulação interfederativa. Estabelece critérios para a instituição das regiões de saúde, define o planejamento como atividade obrigatória dos entes federados, de natureza ascendente

	e integrada e indutora das políticas para a iniciativa privada. Institui o COAP como acordo de colaboração entre os entes da Federação, visando integrar as ações e serviços de saúde no âmbito regional.
Resolução CIT nº 01/2011	Estabelece as diretrizes gerais para a instituição das regiões de saúde no âmbito do SUS, institui a Região de Saúde como base para o planejamento dos entes federados e define as CIR, as CIB e a CIT como fóruns de pactuação de um amplo conjunto de decisões essenciais para o planejamento regional integrado no SUS.
Lei Complementar nº 141, de 2012	Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo.
Portaria nº 2.135, de 2013	Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS, define o Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão como os instrumentos fundamentais para o planejamento no âmbito do SUS. Estabelece ainda que o Plano de Saúde deverá observar os prazos do PPA de cada ente da Federação. Dispõe que o processo de planejamento regional integrado será coordenado pela gestão estadual, envolverá os três entes federados e será elaborado no âmbito das regiões de saúde.

Fonte: (BRASIL, 2016).

De acordo com o MS, o planejamento regional integrado é aquele que deveria acontecer na região de saúde e facilitar os processos de desenvolvimento das políticas de saúde expressos nos instrumentos de planejamento dos entes federados que compõe a região de saúde. Os instrumentos de planejamento em saúde (Plano de Saúde e respectivas Programações Anuais e Relatório de Gestão) devem estar coerentes com os instrumentos de planejamento e orçamento de governo (o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA)) em cada esfera de gestão. Assim os gestores municipais, estaduais ou federais devem ter uma agenda destinada ao planejamento, na qual a execução das ações e serviços de saúde envolvem o uso de instrumentos definidos legalmente com prazos para serem cumpridos (BRASIL, 2016).

A partir dessas normativas, dispostas no quadro 2, que orientam os gestores das três esferas da Federação quanto à organização de suas atividades de planejamento no SUS, o MS elenca sete princípios gerais que orientam essas ações, nos quais o planejamento: consiste em uma atividade obrigatória e contínua; deve ser integrado à Seguridade Social e ao planejamento governamental geral; deve respeitar os resultados das pactuações entre os gestores nas CIT, CIB e CIR; deve estar articulado constantemente ao monitoramento, à

avaliação e à gestão do SUS; deve ser ascendente e integrado (desde os Municípios até a esfera federal); deve contribuir para a transparência e a visibilidade da gestão da saúde; e deve partir das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2016).

A revisão apresentada procurou destacar aspectos considerados importantes na análise proposta nesse estudo. Em síntese colocou-se o contexto da federação, cujas competências dos entes federativos foram estabelecidas na Constituição de 1988 e também norteiam as competências destes em relação ao setor saúde, dispostas na Lei 8080 de 1990. Considerando a interferência das estruturas e normativas jurídico-organizacionais no cotidiano das práticas dos atores sociais, imbricados no processo de implementação das políticas, destacou-se questões normativas referentes ao arranjo federativo vigente na saúde que conforma as relações federativas e o planejamento das ações e serviços de saúde.

Pensando na política de saúde e seu planejamento no SUS como influenciados pelas transformações sociais, arenas de negociações, disputas de interesses dos vários sujeitos e que por conseqüência envolve a análise do poder (como já colocado anteriormente) propõem-se a abordagem de Mario Testa sobre o planejamento em saúde, pois esta permite a análise da estrutura de poder setorial e os desdobramentos de ações planejadas sobre esta estrutura. Um dos aspectos favoráveis do pensamento de Testa é a transparência ao discutir o poder presente nas ações em saúde (GIOVANELLA, 1989).

3.3 A análise do poder: abordagem de Mario Testa

Mario Testa não propõe um método de planejamento em saúde, mas um modo de pensar este planejamento ao entender os problemas de saúde como socialmente determinados. Para discutir a abordagem de Testa nesta pesquisa, utilizou-se o ordenamento dos fundamentos e conteúdos da proposta para o planejamento em saúde realizada por Giovanella (1989) em sua dissertação de mestrado, a qual utilizou a produção teórica do autor no período de 1983 à 1986, e uma produção com direitos autorais de Mario Testa, o livro intitulado “Pensamento estratégico e lógica de programação - o caso da saúde” (1995) (TESTA, 1995; GIOVANELLA, 1989).

Para Testa (1995), o planejamento como uma prática histórica é caracterizado pela prática social, encontrando-se afetado pelas múltiplas determinações sociais presentes no local onde é desenvolvido. Assim, ressalta-se as forças sociais com distintos interesses, gerando

propostas conflitivas, sendo necessário abordar a questão do poder e da política como objetos de trabalho. Para este autor, o planejamento para os países latino-americanos capitalistas e dependentes deve ser voltado para a transformação social na direção de uma sociedade solidária, transparente, democrática, sem classe, sem dominação, sem poder e controles.

Para atingir essa transformação, se faz necessário gerenciar as situações de conflitos, de poder compartilhado, que é realizada pela análise do poder. A maneira de atuar nessas situações é a estratégia. No jogo, guerra ou política, com distribuições distintas de poder entre seus atores, deve-se pensar estrategicamente para o alcance da vitória. Testa define estratégia como o modo de aproximar-se, pensar, agir, colocar-se em situação favorável para alcançar um objetivo. A estratégia constitui uma maneira de se alcançar uma determinada distribuição de poder, ou seja, a forma de implementação de uma política, pois, para Testa, é definida como uma proposta de distribuição de poder. A política é o objetivo da estratégia e a estratégia o instrumento da política, em um movimento contínuo, para que se alcance novas distribuições de poder (GIOVANELLA,1989).

Nessa discussão do pensamento de Testa sobre o poder e transformação, ressalta-se a questão das organizações e da ideologia. As organizações, enquanto instituições e formas organizativas de práticas construtoras da consciência dos sujeitos, fazem parte do conteúdo da ideologia. Esta é compreendida por Testa como um saber (concepção de mundo) e uma prática (que constrói os sujeitos) que consolidam determinada prática e conseqüentemente vão moldando e consolidando uma ética. Deste modo, as práticas são ideologizantes, uma vez que novas práticas constroem novas ideologias de sujeito conscientes, que participam do Estado, constituindo-se atores que disputam poder na sociedade. O consenso de propostas dominantes, conforme determinada ética, consolidam a vontade coletiva pela transformação das relações de poder (GIOVANELLA,1989).

3.3.1 O poder

O poder constitui elemento essencial nas propostas do pensamento estratégico de Mario Testa. Para este autor, o planejamento estratégico tem a intenção de afetar uma das relações que acontecem na sociedade capitalista moderna ligada ao Estado - o poder - e o objetivo de terminar com esta relação para que se tenha uma sociedade em que todas as formas de dominação tenham acabado, tornando-se sociedades transparentes, solidárias. O

poder, complexo e multideterminado, pode ser definido como a capacidade de um indivíduo, um grupo social, uma instituição, ou mesmo uma classe social de realizar seus objetivos. Testa discorre sobre os principais elementos a serem considerados na análise do poder: diferentes tipos; recursos que utiliza; prazos e tempos; as formas organizativas de seu exercício; o impacto que esse exercício do poder produz sobre a sociedade e a análise das relações de força (TESTA, 1995; GIOVANELLA,1989).

3.3.1.1 Diferentes tipos, recursos e os tempos do poder

Em relação aos diferentes tipos de poder, estes podem ser denominados de três tipos: técnico, administrativo e político.

3.3.1.1.1 Poder técnico

O poder técnico se refere à habilidade de produzir, acessar e manejar as informações, ou seja, se refere aos conhecimentos utilizados nos diferentes níveis do setor saúde. Este poder pode ser analisado quanto aos tipos de informações; sua circulação; aos grupos participantes de sua geração e fluxo e quanto ao estilo de linguagem usada. Quanto aos tipos, as informações podem ser classificadas em médicas (manejada principalmente na relação médico-paciente); sanitárias (refere-se à distribuição de doenças na população), administrativas (corresponde a indicadores da utilização de recursos no setor) e às relativas ao marco teórico (se referem ao conhecimento sobre o processo saúde-doença). As informações administrativas e sanitárias são manuseadas pelos administradores dos serviços e fundamentam a tomada de decisão (TESTA, 1995; GIOVANELLA,1989).

Quanto à circulação das informações pode-se considerar alguns âmbitos: da docência nas instituições de ensino em saúde; da investigação formada pelas instituições que realizam pesquisas em saúde; da administração superior; dos serviços e da população. A relação entre os diferentes tipos de informação e seus vários âmbitos, bem como sua distribuição nos diferentes grupos da sociedade permite identificar a concentração de conhecimento em determinados grupos, contribuindo para se moldar estratégias que objetivem uma melhor distribuição deste tipo de poder (TESTA, 1995).

Ao se analisar o poder técnico, verifica-se onde acontece o processamento inicial e final dos dados, transformando-os em informação, e quem maneja e controla os seus meios de transmissão. Maior será a concentração de poder técnico que um grupo irá dispor quanto mais fases do processo de produção de informações este controlar (GIOVANELLA,1989).

Identifica-se também se a informação produzida chega ou não até a população e aos trabalhadores que produzem os dados, pois seu retorno contribui para uma maior eficácia e eficiência dos serviços e utilização desta como um instrumento de poder pela população. Ressalta-se a importância do estilo da linguagem na difusão de informações, que quando acontece de maneira acessível e clara, possibilita o entendimento da população e distribuição de poder, mas se ocorre dificultando a compreensão, retém o poder junto com a informação) (TESTA, 1995; GIOVANELLA,1989).

Em síntese, a análise dos tipos de informação em cada âmbito, os grupos sociais que as conformam/controlam e a linguagem usada, permite identificar a distribuição do poder técnico entre os diferentes grupos e elaborar estratégias para que se desloque a concentração deste poder.

3.3.1.1.2 Poder administrativo

Para Testa (1995), o poder administrativo pode ser definido como a habilidade de um grupo social em apoderar-se dos recursos. Estes são representados pelo dinheiro e tem como função o financiamento, que é o elemento organizador dos vários subsetores (público, privado e previdência social).

A análise deste poder ocorre por meio da identificação dos grupos sociais que interferem nas fases do financiamento (desde a origem até o destino final). Analisa-se os fluxos do financiamento em cada subsetor e entre os subsetores, e quanto maior o controle de um grupo social sobre as diferentes fases dos fluxos, maior o poder administrativo acumulado. O modo de financiamento presente nos sub-setores apresenta determinações complexas (como o papel do Estado, capitalização do setor entre outros), o que dificulta alcançar modificações substanciais em relação ao financiamento (TESTA, 1995; GIOVANELLA,1989).

3.3.1.1.3 Poder político

O poder político constitui a capacidade de desencadear a defesa dos interesses/necessidades dos vários grupos sociais em relação ao setor. Esse poder está associado ao conceito de poder enquanto ideologia, no qual ocorre a combinação de saberes e práticas assumindo uma das diferentes formas de saber empírico (gerado a partir de alguma forma de experiência) ou científico (adquirido de maneira formalizada):

[...] saber empírico com prática de dominação (o machismo, a prepotência); saber empírico com prática hegemônica (as organizações não-classistas e a liderança); saber científico com prática de dominação (a ditadura, a burocracia); saber científico com prática hegemônica (o poder político de classe) (GIOVANELLA, 1989).

3.3.1.1.4 Recursos de poder

Os recursos constituem os instrumentos por meio dos quais se realiza o poder. Cada tipo de poder possui determinados recursos necessários, por exemplo: o poder administrativo tem como recursos as normas, a gestão e organização; os recursos financeiros; o poder técnico usa os conhecimentos formais, informais, científicos, populares e o poder político os votos, mobilizações, filiações partidárias entre outros. Quanto maior a quantidade de recursos de poder se possui, maior a força, o que resulta na importância desta análise no desenho das estratégias (TESTA, 1995; GIOVANELLA, 1989).

3.3.1.1.5 Os tempos do poder

Os tempos do exercício do poder são considerados nas dimensões de prazos (curtos e longos) e tempos (técnicos e políticos). Os prazos referem-se ao tempo que discorre para o resultado do exercício do poder, ao tempo correspondente à aplicação do poder. O curto prazo define o poder cotidiano que se exerce a cada dia (o que se faz e como se faz algo, são geralmente individuais voltados para dentro das instituições) e o longo prazo constitui o período de preparação para a transformação almejada e resulta na produção e reprodução da sociedade ao longo do tempo, voltado para a construção histórica (são geralmente de grupos e

voltados para fora das instituições). Entre esses dois prazos existe um médio prazo, o período que transforma as atividades do curto prazo nas de longo prazo (GIOVANELLA,1989).

Em relação aos tempos, o tempo técnico se refere ao processo de trabalho, à tecnologia, aos procedimentos para alcançar determinado objetivo, ou seja, constitui o tempo que decorre para a execução de uma ação. O tempo político constitui o tempo que demora para que um acontecimento da vida social se insira no âmbito da consciência social e desencadeie ações (TESTA, 1995; GIOVANELLA,1989).

Diferentes problemas resultam em diferentes combinações da dupla dimensão do tempo relacionado ao poder e tais tempos relacionam-se com propósitos de crescimento, mudança ou legitimação. Se os propósitos forem de crescimento, se referem aos curto e médio prazos técnicos; se forem de mudança, com o médio e longo prazos técnicos e; se forem de legitimação, com os tempos políticos de curto e longo prazo. A análise combinada dos tempos com os recursos do poder e objetivos, em cada situação, tem importância para o desenho da estratégia, orientando os tempos necessários para os objetivos pretendidos (TESTA, 1995; GIOVANELLA,1989).

3.3.1.2 As formas organizativas do poder

As organizações podem ser entendidas como um agrupamento de indivíduos com interesses comuns e como uma formalização institucional. No interior das organizações acontecem as decisões que, por consequência, requerem o exercício do poder. Assim, organizações constituem o espaço no qual o poder se encontra na sociedade. O exercício do poder acontece por meio das relações entre os membros que constituem as organizações e se externalizam para o modo como as pessoas se relacionam na sociedade.

Dentre as formas organizativas do poder (necessárias para que as decisões sejam realizadas) pode-se citar: um espaço onde se exerce o poder; uma conexão entre quem decide e quem executa os procedimentos para a transmissão da ordem. O local em que ocorre a decisão pode ser material/físico ou virtual e a relação entre quem toma a decisão e quem executa pode ser uni-direcional (um comanda e o outro executa) ou bi-direcional (através de diálogo entre quem decide e quem executa, como iguais) (TESTA, 1995; GIOVANELLA,1989).

O impacto do exercício do poder ocorre pelo afetamento da consciência individual e coletiva resultando em formas organizativas das práticas. Em síntese, as práticas internas às organizações (dentro do processo produtivo) constroem a consciência do indivíduo que reproduz o processo produtivo e o poder exercido naquela prática. Como colocado anteriormente, práticas que modificam a consciência fazem parte do processo de ideologização (TESTA, 1995; GIOVANELLA,1989).

A prática pode ser caracterizada como o trabalho concreto (modo como acontece o processo de trabalho) e o abstrato (o trabalho enquanto produtor de valor) que conformam o processo de trabalho. Para Testa, o processo de ideologização se realiza por meio do conteúdo abstrato do trabalho. As condições sociais interferem e conformam o trabalho abstrato, como em países da América Latina (capitalistas, subdesenvolvidos com relações de produção e exploração), e dependem da composição do Estado. As práticas ideologizantes vão integrar uma ética, conformando sujeitos sociais que se transformam em atores sociais pela sua inserção no Estado. Tais atores com suas forças sociais e de comportamento, têm potencial para transformar a sociedade (TESTA, 1995; GIOVANELLA,1989).

3.3.1.3 O cenário dos atores sociais

Para Testa (1995), o desenvolvimento de uma ação ocorre em um espaço social que constitui o cenário em que os atores sociais mobilizam um poder (que significa uma capacidade, e a força é essa capacidade em movimento), ou seja, estabelecem-se campos de forças (tensão gerada entre os distintos atores).

Cada problema resulta em uma articulação de campos de forças onde transcorrem decisões, conflitos e ações de saúde. O setor é então este espaço social e não meramente um conjunto de instituições, e assim se caracteriza como um espaço que constantemente se reinventa, conjuntural e historicamente, onde se disputa o poder cotidiano e o poder societal. É nesse espaço em que se implementam as políticas de saúde. Estas são aprovadas nas discussões que acontecem no espaço do Estado, quando constitui uma necessidade deste, e resulta de propostas dos atores de saúde subordinadas aos campos de força, ou seja, expressa a estrutura de poder do setor saúde (TESTA, 1995; GIOVANELLA,1989).

Quando se tem poder político, existe capacidade de inserção no espaço global e de influenciar nas decisões políticas. Quando o poder político é reduzido, pode-se ocupar

espaços setoriais, influenciando nas estratégias de implementação. Para os poderes técnico e administrativo, é necessário o uso de muita força. Portanto, para a correta inserção do ator, deve-se analisar os interesses, o tipo de poder que dispõe e a força que comanda. Tal análise constitui elemento importante no desenho estratégico, pois define a eficácia política possível da ação cotidiana e societal, indicando o sucesso do pensamento estratégico (TESTA, 1995; GIOVANELLA,1989).

4 O Caminho da Método

Esta pesquisa faz parte do projeto maior “A gestão do trabalho no SUS em Municípios de Pequeno Porte do Paraná a partir do olhar da equipe gestora”, no qual a autora atua como pesquisadora. A metodologia utilizada por esta pesquisa buscou considerar a natureza do problema estudado, observando as diversas maneiras de ver, ouvir e valorizar diferentes perspectivas referentes ao objeto de estudo por meio de métodos mistos, utilizando-se a abordagem quanti-qualitativa e análise documental que aconteceram em três movimentos (MINAYO, 2010; MINAYO, DESLANDES, 2002; CRESWEL, CLARK, 2013).

No primeiro foi realizada a análise documental que visou identificar e analisar as EFAB que compõem a política de AB no SUS. O segundo movimento utilizou a abordagem quantitativa para analisar a composição da equipe gestora dos MPP e levantar as EFAB desenvolvidas nos municípios. E o terceiro movimento utilizou a abordagem qualitativa de caráter analítico sobre como ocorre a entrada das EFAB que constituem a política de AB na agenda dos MPP, as atividades desenvolvidas para a operacionalização das mesmas e o significado de sua implementação.

4.1 Primeiro movimento: *Descortinando as Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica*

A análise documental consiste em um método de coleta e análise de dados composta por duas fases: na primeira ocorre a localização da fonte e seleção dos documentos e na segunda fase se realiza o tratamento das informações recolhidas, ou seja, sua análise, de forma que se torne significativa para a investigação da pesquisa (CALADO; FERREIRA, 2005).

Decidiu-se por analisar as normas jurídicas referentes às ações, aos programas e estratégias de fortalecimento da atenção básica priorizadas pelo MS. Para a identificação dos documentos, foi utilizado o portal virtual de acesso aberto do DAB, por sua relevância na explicitação das prioridades do MS para a AB e pelo potencial de abrangência na divulgação de deliberações para os gestores, profissionais de saúde e para a sociedade. Fizeram parte do estudo os documentos disponibilizados pelo DAB no período de março a maio de 2014 (<http://dab.saude.gov.br/portaldab/>, acessado em 12/Abr/2014), na seção de ações, programas e estratégias (BRASIL, 2014a).

Após coleta dos documentos, a interpretação dos mesmos foi feita considerando-se os princípios e diretrizes da PNAB (BRASIL, 2011a) e os seguintes termos: financiamento, infraestrutura, ampliação das ações, avaliação e monitoramento, e capacitação do trabalhador

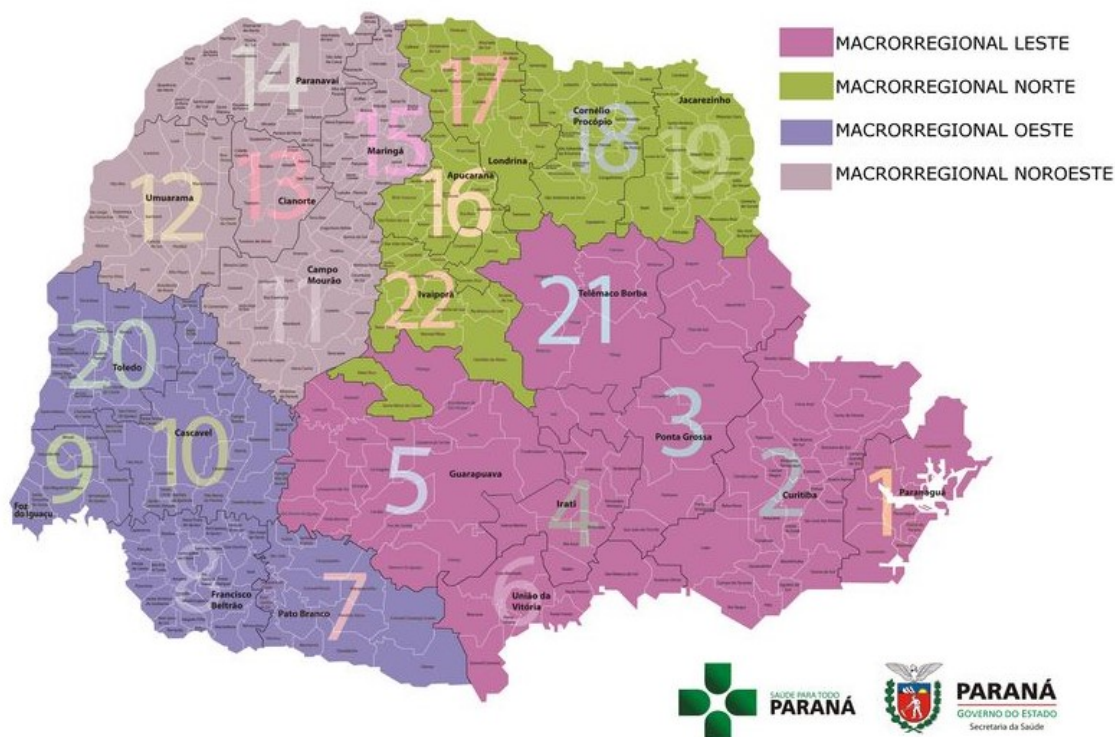
de saúde. Esses termos foram definidos considerando-se as fases (estágios) de formulação de uma política proposta por Howlet e Ramesh (2013).

Posteriormente, as informações foram condensadas segundo a frequência de temas em categorias de análise, utilizando-se o programa Epi Info, versão 3.5.3 para Windows (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos).

4.2 Local de estudo

Durante o segundo e terceiro movimento, o estudo foi realizado em 82 MPP da macrorregião norte do Paraná, que fazem parte das 16^a, 17^a, 18^a, 19^a e 22^a Regionais de Saúde (RS), representando 84,5% do total de 97 municípios que compõe estas cinco Regionais (Figura 4). De acordo com a Política Nacional de Assistência Social, MPP I são aqueles que possuem população com menos de 20.000 habitantes (BRASIL, 2005). Para preservar o sigilo na identificação das RS participantes do estudo, essas foram denominadas aleatoriamente por cinco códigos compostos por uma letra (A, B, C, D e E).

Figura 4 – Mapa político do Estado do Paraná: divisão por macrorregionais, Paraná, 2016.



Fonte: Paraná (2016).

4.3 Segundo movimento: *Descortinando a equipe gestora*

4.3.1 População de estudo

A população de estudo da abordagem quantitativa foi constituída pelos trabalhadores de saúde que integravam a equipe gestora dos MPP, que fazem parte das RS A, B, C, D e E da macrorregião norte do Paraná, durante o período de coleta de dados.

A escolha dos sujeitos que participaram deste movimento se iniciou mediante a busca de informações junto às RS e Secretários Municipais dos municípios em estudo. Este processo ocorreu da seguinte forma:

1º - Participação em reuniões das CIR, das quais fazem parte os secretários de saúde dos municípios. Nessas reuniões foi apresentado o projeto de pesquisa e solicitado aprovação e apoio para o seu desenvolvimento. Após concordância de todos os presentes, foi solicitado aos secretários o preenchimento do Termo de Consentimento Institucional (Apêndice A).

2º – Levantamento, junto aos trabalhadores das RS da macrorregião norte, do nome das pessoas responsáveis pelo desenvolvimento das seguintes atividades: gestão do fundo municipal de saúde, operação dos sistemas de informação, gestão da força de trabalho, vigilância sanitária e epidemiológica, gestão dos serviços de saúde, coordenação de programas e da ESF, regulação e auditoria, planejamento e avaliação de cada município da região. A escolha dessas instâncias de gestão foi definida pelo grupo de pesquisadores após discussão com alguns trabalhadores das RS, considerando que esses são os espaços determinantes para os municípios na operacionalização/implementação da gestão do SUS.

3º - Entrevista junto aos secretários municipais de saúde para identificação e/ou confirmação das pessoas que compõem a Equipe Gestora de cada Secretaria Municipal de Saúde (Apêndice B).

4.3.2 Coleta de dados

A partir do levantamento de dados junto às regionais e das entrevistas com os secretários municipais, foram feitos os preparativos para iniciar os trabalhos de obtenção dos dados do segundo movimento por meio de contato com os municípios e agendamento da visita para a realização das entrevistas.

Como instrumento de coleta de dados, foi utilizado um formulário que faz parte do projeto maior em que este estudo está inserido, o qual foi aplicado por meio de entrevista estruturada a todos os integrantes das equipes de gestão dos MPP (Apêndice C). Essa etapa teve como objetivo caracterizar a equipe gestora quanto ao sexo, idade, escolaridade, função exercida atualmente, tempo de atuação no cargo, tempo de atuação no serviço de saúde, experiência anterior em gestão e conhecimento sobre as EFAB que compõem a política de AB desenvolvidas nos MPP. O formulário foi previamente validado em municípios componentes de uma RS não incluída na pesquisa.

As entrevistas foram realizadas pela equipe de pesquisa do projeto, incluindo a pesquisadora, durante visitas aos municípios que ocorreram entre novembro de 2013 a outubro de 2014. Os dados foram digitados simultaneamente à realização da entrevista, em meio eletrônico, em uma planilha do programa Microsoft Office Excel. Informações complementares foram colhidas por telefone, desde que o termo de consentimento livre e esclarecido estivesse assinado.

Foram realizadas entrevistas por telefone com os profissionais indicados que estavam ausentes no momento da visita ao município, sendo lido o termo de consentimento livre e esclarecido e gravado o aceite do entrevistado bem como toda a entrevista. Foram feitas até três tentativas de contato para cada profissional.

Além das entrevistas feitas com os integrantes da equipe gestora, também foi realizado um levantamento das EFAB que tiveram repasse de recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os municípios no ano de 2014 e que, portanto, confirmariam a realização da adesão às estratégias por esses.

Para a identificação dessa ocorrência do repasse de recursos, foi utilizado o portal virtual de acesso aberto “Portal Saúde com Mais Transparência” (<http://aplicacao.saude.gov.br/portaltransparencia/index.jsf>), acessado no período de agosto a setembro de 2015 (BRASIL, 2015). Este Portal disponibiliza informações aos cidadãos sobre o destino dos recursos federais ao setor saúde transferidos aos estados, municípios e Distrito Federal, distintos por programa e bloco de financiamento. Os dados foram registrados em uma planilha do programa Microsoft Office Excel.

4.3.3 Análise dos dados

Para análise da frequência das ocorrências, utilizou-se o Programa EPI INFO versão 3.5.1 (*Centers for Disease Control and Prevention*, Atlanta, Estados Unidos).

4.4 Terceiro movimento: *A escuta da equipe gestora*

4.4.1 População de estudo

Para a realização da abordagem qualitativa deste terceiro movimento, foram selecionados representantes da equipe gestora que se destacaram no desenvolvimento das atividades de gestão (“pessoas chave na gestão do SUS”) identificados nas entrevistas realizadas no segundo movimento, obtidos a partir de uma amostra de conveniência em cada RS. Nesse estudo, as pessoas chaves na gestão serão chamadas de “equipe de gestores chave”.

4.4.2 Coleta de dados

Nessa etapa atribuiu-se importância em garantir que a coleta de dados pudesse se caracterizar também enquanto um momento pedagógico para a equipe de gestores chave. Desde o início dos trabalhos, havia a preocupação em ouvir os sujeitos da pesquisa, discutir todos os movimentos pensados, quem seriam os entrevistados, quando e como realizar as atividades previstas e como dar devolutiva sobre os resultados produzidos pela pesquisa.

Essa preocupação baseia-se na concepção de que a pesquisa deve servir para a transformação, para fortalecer a integração ensino–serviço e não ser vista, essencialmente, como mais uma fase do trabalho acadêmico. A integração ensino-serviço de saúde é compreendida como um dos mecanismos importantes para o alcance de melhorias no SUS e, conseqüentemente, o cumprimento de seus pressupostos. A aproximação entre profissionais dos serviços e das instituições de ensino pode gerar sinergia na formação de futuros profissionais como também a busca da integralidade da atenção à saúde da população (CODATO, 2015).

Foi então, pensado em realizar encontros de trabalho, no formato de um curso sobre gestão em saúde, em que os pesquisadores dialogariam com os gestores sobre os resultados já

levantados na primeira parte dos trabalhos, sobre os dados das revisões bibliográficas realizadas sobre os temas e que estes seriam os disparadores para as questões que estariam sendo analisadas na segunda parte da coleta de dados do projeto maior. Essas apresentações seriam então, os dispositivos para a discussão e obtenção de dados previstos no terceiro movimento desta pesquisa. Além disso, pretendia-se que os gestores que participassem dessas atividades recebessem um certificado de participação emitido pela instituição de ensino, promotora da pesquisa.

Desta forma, foi elaborado e registrado na Universidade Estadual de Londrina um curso denominado “Gestão do SUS em Municípios de Pequeno Porte do Norte do Paraná”, com o objetivo de possibilitar um espaço pedagógico de reflexão sobre a realidade da gestão em saúde para a equipe gestora e auxiliar na coleta de dados do Projeto de Pesquisa, tendo como clientela integrantes da equipe gestora de MPP.

O curso proposto foi desenvolvido nos municípios sede das RS, durante o período de março a junho de 2015. As atividades foram realizadas em três períodos (um dia e meio) em cada regional. A clientela convidada eram pessoas representantes das equipes gestoras dos municípios estudados e que, preferencialmente, tivessem participado da primeira parte dos trabalhos. As datas de realização dos cursos foram definidas junto aos convidados para que possibilitassem a participação de todos. Participaram 55 pessoas, variando entre 10 a 18 pessoas por RS.

Os temas definidos para os encontros visavam atender aos três grandes objetivos do projeto maior no qual este estudo está inserido, e foram assim organizados: 1- Estratégias de Gestão do SUS em MPP; 2 – Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica no SUS em MPP e 3 - A gestão da força de trabalho no SUS em MPP.

Para o tema deste estudo (“EFAB nos MPP”), foi realizada apresentação dialogada dos resultados do primeiro e segundo movimentos referentes às características da composição da equipe gestora entrevistada; as ações, programas e estratégias de fortalecimento da atenção básica priorizados pelo MS e ao conhecimento da equipe gestora sobre as EFAB desenvolvidas nos municípios.

Durante a apresentação, e também posteriormente a ela, foi aberto debate com o objetivo de compreender a percepção dos profissionais integrantes da equipe gestora sobre as EFAB no âmbito dos MPP da macrorregião norte do Paraná. Para isso, foram utilizadas algumas questões norteadoras:

- Quais dessas estratégias eram conhecidas pelos gestores? Quais estavam em desenvolvimento no município?
- Como acontecia a chegada das EFAB no município?
- Como eram realizadas a gestão dessas estratégias?
- Qual o significado da implementação dessas estratégias na AB?

As discussões ocorridas durante os encontros foram gravadas por meio de um gravador digital e transcritas na íntegra pela pesquisadora. Os dados foram utilizados para a produção de resultados, e as gravações destruídas após a sua transcrição.

4.4.3 Análise dos dados

Do material empírico produzido foi realizada análise compreensiva e interpretativa, sendo adotados os seguintes procedimentos (MINAYO, 2010):

- a) Primeiramente, foi realizada a conferência da fidelidade das transcrições dos encontros dos grupos e em seguida, realizada leitura flutuante desses, de forma a possibilitar a impregnação por seu conteúdo;
- b) A seguir foi realizada leitura repetida e aprofundada de cada registro separadamente e desta análise foi possível a constituição de sínteses, em que se procurou reconhecer as representações, as contradições e antagonismos presentes.
- c) Seguiu-se uma análise transversal das sínteses, realizando-se assim a triangulação, evidenciando convergências e divergências, relações e contradições, sempre considerando o contexto em que os sujeitos estavam inseridos, o que possibilitou a compreensão ampla e aprofundada do fenômeno estudado, ou seja, de como se processa a gestão do SUS no cotidiano dos pequenos municípios.

Buscando assegurar o sigilo da identidade dos participantes, estes foram identificados por códigos compostos por uma letra e um número. A letra corresponde ao código da RS onde se localiza o MPP no qual o integrante da equipe gestora atua. E o número seguiu a ordem (iniciando a contagem da direita para a esquerda) em que os responsáveis pela gestão sentaram nas cadeiras dispostas formando um círculo em cada um dos grupos de cada RS. Portanto, o último a ser contado no grupo de gestores chave do estudo que participaram na oficina da RS “C” (que teve um total de 18 participantes), recebeu o código C18.

4.5 Aspectos éticos

A pesquisa foi norteada pelos princípios éticos relativos as pesquisas que envolvem seres humanos, contemplados na resolução 446/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, em 14/09/2012, sob o parecer nº 146/2012 (Anexo A). Os entrevistados foram devidamente orientados quanto aos objetivos da pesquisa e aos seus direitos, com garantia do anonimato em relação às informações. A autorização dos participantes do estudo foi consubstanciada pelo preenchimento e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice D).

5 ESTRATÉGIAS FORTALECEDORAS DA ATENÇÃO BÁSICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DAS PRIORIDADES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

A análise da produção legislativa sobre as prioridades do MS para o incremento da AB contribui para a compreensão da condução da política de saúde na área, uma vez que a legislação faz parte das ações desenvolvidas pela gestão do sistema de saúde, nas três esferas de governo.

O arcabouço legal brasileiro é composto por normas jurídicas que se distribuem em normas constitucionais, infraconstitucionais e infralegais. As normas infraconstitucionais devem respeitar as constitucionais e não podem prever nada além do que dita o texto constitucional. Estão nesse grupo leis, resoluções, tratados, entre outros. Já as normas infralegais, inferiores às infraconstitucionais, surgem da normatização interna da administração pública e buscam a execução da lei, detalhando-a. Fazem parte desse grupo os decretos, as portarias e as instruções normativas e operacionais (BITTENCOURT; CLEMENTINO, 2013).

5.1 Normas jurídicas fortalecedoras da Atenção Básica: características gerais

Foram encontradas 224 normas jurídicas relacionadas a ações, programas e estratégias que objetivam induzir mudanças na AB. Os documentos referem-se a 22 EFAB que compõem a política de saúde voltada para a atenção básica: Academia da Saúde; Consultório na Rua; Doenças crônicas; ESF; E-SUS; Melhor em Casa; Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); PMAQ-AB; Práticas Integrativas e Complementares (PIC); Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF); Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (RUBS); Rede Cegonha; Programa Saúde na Escola (PSE); Telessaúde; Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF); Amamenta e Alimenta Brasil (AAB); Bolsa Família; Prevenção e Controle de Agravos Nutricionais (PCAN); Promoção da Saúde e da Alimentação Adequada e Saudável (PSAAS); Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNSVA); Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN); e Brasil Sorridente. Fizeram parte do estudo as normas jurídicas de saúde bucal referentes à AB.

As normas foram publicadas predominantemente por meio de portarias (91,5%), resoluções, leis, decretos e instrução normativa e operacional. As EFAB Melhor em Casa (23,2%), Brasil Sorridente (11,6%), PIC (10,3%) e PSE (10,3%) apresentaram maior quantitativo de documentos (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das normas jurídicas segundo as EFAB priorizadas pelo Ministério da Saúde, Brasil, 2014.

Ações, programas e estratégias	Normas Jurídicas						Total
	Lei	Decreto	Resolução	Instrução normativa	Instrução operacional	Portaria	
Academia da Saúde	-	-	-	-	-	1	1
Consultório na Rua	-	-	-	-	-	3	3
Doenças crônicas	2	-	-	-	-	9	11
ESF	-	-	-	-	-	1	1
E-SUS	-	-	-	-	-	4	4
Melhor em casa	-	-	1	-	-	52	53
NASF	-	-	-	-	-	4	4
PMAQ-AB	-	-	-	-	-	10	10
PIC	-	1	7	2	-	13	23
PROESF	-	-	-	-	-	2	2
RUBS	-	-	-	-	-	12	12
Rede Cegonha	-	-	-	-	-	11	11
PSE	-	1	-	-	-	22	23
Telessaúde	-	-	-	-	-	7	7
UBSF	-	-	-	-	-	3	3
AAB	-	-	-	-	-	5	5
Bolsa Família	1	-	-	-	1	1	3
PCAN	1	-	1	-	-	5	7
PSAAS	1	-	-	-	-	2	3
PNSAA	-	-	-	-	-	1	1
VAN	-	-	-	-	-	11	11
Brasil Sorridente (AB)	-	-	-	-	-	26	26
Total	5	2	9	2	1	205	224

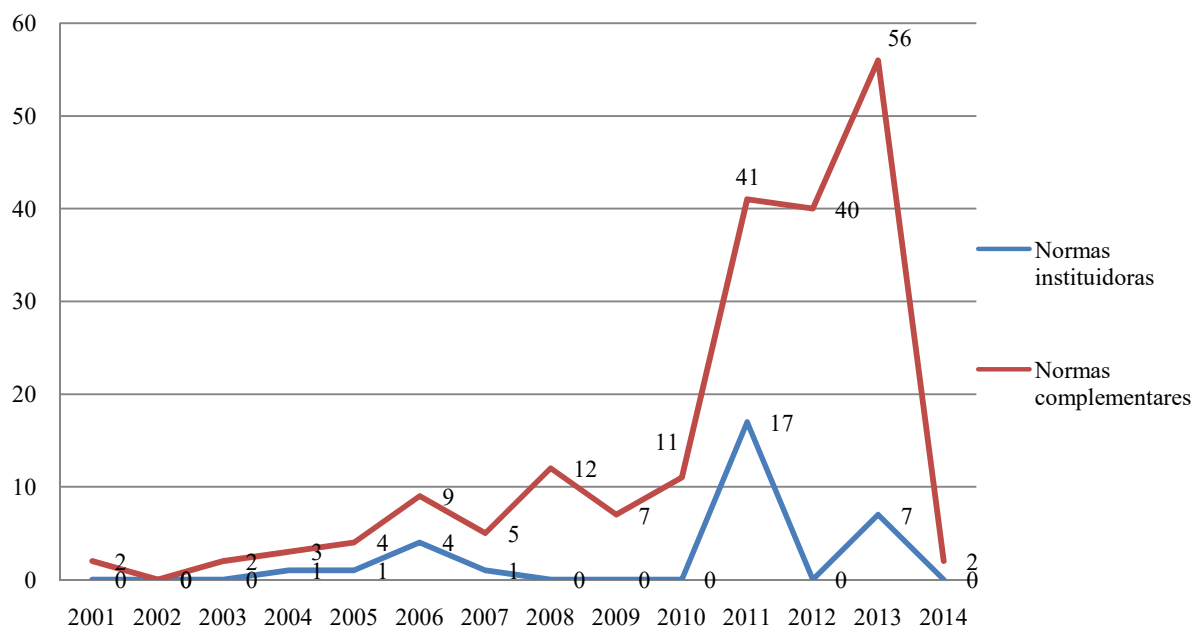
Fonte: BRASIL (2014a).

Da análise dos documentos emergiram duas categorias: normas jurídicas instituidoras e normas jurídicas complementares ao instituído, para as estratégias voltadas para a AB. A primeira refere-se a documentos que apresentam características direcionadoras aos princípios, diretrizes, objetivos e organização das ações, programas e estratégias. A segunda corresponde a documentos que trazem maior detalhamento das estratégias instituídas pelas normas contempladas na primeira categoria. Para efeitos didáticos da apresentação dos resultados, denominaram-se “normas instituidoras” os documentos que se inserem na primeira categoria e “normas complementares” os referentes à segunda.

Verificou-se que as normas jurídicas tiveram expressivo aumento a partir de 2011, tendo sido encontrados 163 documentos (72,7%). Houve predominância de documentos

complementares ao longo dos anos, pois, das 163 normas publicadas, 137 (84,4%) eram complementares (Figura 5).

Figura 5 - Gráfico de distribuição das normas jurídicas instituidoras e das normas complementares segundo ano de publicação, Brasil, período de 2001 a 2014.



Fonte: BRASIL (2014a).

Esse resultado pode estar relacionado aos investimentos para a implementação do SUS desde a sua criação, sobretudo com a republicação da PNAB – portaria nº 2.488 – e do decreto nº 7.508, ambos em 2011. A primeira manteve a essência de sua publicação anterior, em 2006, mas apresentou mudanças: incorporou o NASF, as equipes de Saúde da Família ribeirinhas e as unidades de saúde fluviais, além de regulamentar os Consultórios de Rua e, no âmbito da AB, o PSE, entre outros. A PNAB de 2011 também ressaltou a Educação Permanente em Saúde como instrumento de formação do trabalhador de saúde e reconheceu a AB como ordenadora e coordenadora da rede de atenção à saúde (FONTENELLE, 2012).

O decreto 7.508 regulamentou a Lei nº 8.080/90 e dispôs sobre: organização do SUS, planejamento da saúde, assistência à saúde e articulação interfederativa, entre outros aspectos, colocando a rede de saúde como ponto estratégico para a melhoria da qualidade da assistência. É inegável que tal decreto trouxe impactos relevantes no tocante às normativas referentes à AB, uma vez que esta é assumida como elemento central para o alcance dos princípios e das diretrizes do sistema (BRASIL, 2011c).

Além dessas publicações, outras normativas podem ser destacadas: portaria nº 648/GM, de 2006, que aprovou a PNAB; portaria nº 154, de 2008, que criou os NASF; portaria nº 4.279, de 2010, que estabeleceu diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do SUS; e a Lei complementar nº 141, de 2012, que regulamentou a emenda constitucional nº 29, de 2000.

Apesar de sua relevância, o grande quantitativo de normas não significa a execução de todas as ações previstas. Em 2014, o SUS completou 26 anos e, de fato, tem sido uma das maiores políticas públicas brasileiras de inclusão social, pois estabeleceu o acesso universal e igualitário aos brasileiros e proporcionou melhoria nos indicadores básicos de saúde da população. Mas a construção do SUS tem muitos problemas, sendo sua implementação lenta e, por vezes, apresentando retrocessos (MEDICI, 2014).

A estruturação da rede de AB vem sendo pontuada como desafio para a maioria dos municípios, que têm a tarefa de coordenar seu incremento, cumprindo com os princípios da integralidade, muitas vezes com fragilidades no corpo técnico-burocrático, dependência financeira frente ao governo federal, persistência de arranjos políticos clientelistas, descontinuidade administrativa e dificuldade de contratação e fixação de profissionais qualificados nos pequenos municípios (BODSTEIN, 2002).

Os gestores estaduais e municipais do Conselho Nacional de Saúde ressaltaram a dificuldade de permanecerem informados com o expressivo número de normas instituídas em curtos intervalos de tempo. Isso fragiliza o acompanhamento de mudanças importantes, que ficam sem participação dos atores envolvidos, como a participação social, impedindo a compreensão precisa do direcionamento da Política Nacional de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2006).

O processo de descentralização da gestão do SUS para o ente municipal pode favorecer o respeito aos valores democráticos em situações de acentuada diferenciação política, econômica, cultural, religiosa ou social. Por outro lado, a implementação de políticas sociais de abrangência nacional, em casos de marcantes desigualdades e exclusão social, como ocorre no Brasil, é complexa (SOUZA, 2002). Além disso, a implementação de políticas sociais, especialmente a da saúde, em um sistema federativo, requer a explicitação das funções das diferentes esferas de governo e a adoção de cooperação e articulação entre os entes federados para que se alcance a garantia de acesso e atenção integral a toda população. Esse processo de articulação e cooperação deve fazer parte de um projeto político para a

saúde do país, envolvendo gestores federal, estaduais, municipais e a sociedade civil, e não estratégias de curto prazo, de cada gestão de governo (MARQUES; MENDES, 2002).

No Brasil, o ente federal, representado pelo MS, tenta promover a uniformização da organização da atenção em todo o território nacional por meio de normativas das ações que compõem as políticas de saúde. Apesar de ser necessária a regulamentação dessas ações e programas, nem sempre a prescrição uniforme favorece a implantação de tais estratégias em realidades tão díspares, pois contextos e processos locais específicos influenciam o resultado de uma determinada intervenção (FEUERWERKER, 2005a; BODSTEIN, 2002).

Essa situação ajuda a explicar o porquê do grande quantitativo de publicações de normas complementares. Cabe destacar que as normas instituidoras prescrevem vários aspectos sobre cada estratégia, ação ou programa. No entanto, há uma complexidade e diversidade de fatores locais que influenciam sua implementação, por exemplo: múltiplas determinações sobre o estado de saúde da população e dos indivíduos; diversidade das necessidades de saúde; diferentes tipos de ações e serviços necessários para dar conta dessas necessidades; qualificação de pessoal e recursos tecnológicos requeridos para atendê-las; entre outros (SOUZA, 2002).

Outra questão é que o grande quantitativo de portarias remete à reflexão sobre o exercício de controle e indução do MS. As portarias que deveriam definir instruções para operacionalizar as ações das políticas e efetivar o que foi estabelecido pelas leis, decretos e regulamentos se constituem em instrumento de poder do executivo (MS), que muitas vezes as utiliza para instituir novas normas e pactos não previstos na lei, fato que tem sido criticado por gestores estaduais e municipais (BAPTISTA, 2003).

Com relação à natureza dos documentos, os relacionados às Doenças Crônicas (21,4%) foram os que apresentaram maior quantidade de normas instituidoras (Tabela 2). Essas foram publicadas em 2013, sendo que a primeira publicação trata da instituição da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do SUS. As demais normas instituidoras referem-se à organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e da obesidade como linha prioritária da rede de atenção a esse grupo, atualizam diretrizes de cuidado para pessoas tabagistas, dispõem sobre a aplicação do primeiro tratamento à pessoa com neoplasia maligna e instituem a política nacional para a prevenção e o controle do câncer na rede de atenção à saúde.

No que se refere às normas complementares, o Melhor em Casa (25,9%) apresentou predominância numérica de documentos (Tabela 2). Em 2011, a portaria nº 2.527 redefiniu a Atenção Domiciliar no SUS, estabelecendo normas para cadastro dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), habilitação dos estabelecimentos de saúde onde estarão alocados e valores do incentivo para o seu funcionamento. A partir dessa portaria, em 2012 e 2013, dispara-se grande quantitativo de publicações complementares com finalidade de descrever a relação de estabelecimentos de saúde contemplados com o SAD e os que estão habilitados ou desabilitados para o recebimento de incentivos para seu funcionamento.

Tabela 2 - Distribuição das normas jurídicas instituidoras e das normas complementares segundo as EFAB, Brasil, 2014.

Ações, programas e estratégias	Normas Jurídicas				
	Instituidoras		Complementares		Total
	N	%	N	%	N
Academia da Saúde	1	3,2	-	-	1
Consultório na Rua	2	6,5	1	0,5	3
Doenças crônicas	6	19,4	5	2,6	11
ESF	1	3,2	-	-	1
E-SUS	1	3,2	3	1,5	4
Melhor em casa	2	6,5	51	26,3	53
NASF	1	3,2	3	1,5	4
PMAQ-AB	1	3,2	9	4,6	10
PIC	2	6,5	21	10,8	23
PROESF	-	-	2	1	2
RUBS	1	3,2	11	5,7	12
Rede Cegonha	2	6,5	9	4,6	11
PSE	1	3,2	22	11,3	23
Telessaúde	1	3,2	5	2,6	6
UBSF	-	-	3	1,5	3
AAB	3	9,7	2	1	5
Bolsa Família	1	3,2	2	1,5	3
PCAN	-	-	8	4,1	8
PSAAS	1	3,2	2	1	3
PNSVA	1	3,2	1	0,5	1
VAN	1	3,2	10	5	11
Brasil Sorridente (AB)	2	6,5	24	12,4	26
Total	28	100,0	196	100,0	224

Fonte: BRASIL (2014a).

Outra EFAB que merece destaque pelo quantitativo de documentos, na maioria complementares, é o Brasil Sorridente. Essa estratégia tem como finalidade ampliar e qualificar a atenção em saúde bucal em todos os níveis, preconizando a expansão das equipes de saúde bucal, juntamente com a ESF, que se iniciou em 2001. Em 2002, um movimento de profissionais de odontologia conseguiu colocar a saúde bucal na agenda de prioridades,

propondo ampliação dessa ação. De 2002 a 2008, o número de equipes de saúde bucal implantadas saltou de 4.261 para 17.349 (MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011).

A seguir, a análise e a discussão dos documentos são apresentadas de acordo com as categorias de análise identificadas.

5.2 Normas jurídicas instituidoras das Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica

Do total dos 224 documentos identificados, 28 (12,5%) se referiam às normas que instituem, estabelecem, dispõem, atualizam ou redefinem objetivos, princípios e diretrizes sobre as EFAB encontradas. Esses documentos se apresentavam, predominantemente, por meio de portarias que instituem as ações, os programas e as estratégias voltadas para a AB.

Tais normas estão em consonância com a PNAB instituída pela portaria nº 2.488/2011 (BRASIL, 2011a). Entre os documentos, 16 (57,1%) apontavam os seguintes princípios e diretrizes: universalidade, integralidade, participação popular, equidade, acesso, coordenação e responsabilidade da AB pelo cuidado, continuidade do cuidado, ter os usuários e o território adscritos e vínculo. O acesso e a integralidade apareceram em todos os documentos dessa categoria.

Quando se fala em acesso aos serviços de saúde, deve-se considerar a complexidade desse conceito, muitas vezes empregado de forma imprecisa na sua relação com o cotidiano do trabalho em saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Para categorizar o acesso e analisar as condições de acessibilidade, Giovanella e Fleury (1995) abordam o termo sobre as dimensões política, econômica, técnica e simbólica, dada sua multifatorialidade, as quais têm como objetivo ofertar atenção responsável, integral, resolutiva, equânime e de qualidade. Uma etapa importante é a previsão desse conceito nos documentos que instituem estratégias potencializadoras de avanços do cuidado na AB, no entanto, a legalidade de uma proposta não assegura a sua implementação, pois não se cria o acesso por lei (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Chama atenção a relação do acesso com as condições de vida da população, que vai além da dimensão geográfica. Engloba, também, os aspectos econômico e cultural, envolvendo normas adequadas aos hábitos da população e a funcionalidade da oferta de serviços de acordo com as necessidades da mesma. As múltiplas dimensões de análise do acesso devem nortear a construção de políticas públicas. Teriam de ser alicerçadas no

princípio da equidade, no estabelecimento de caminhos para a universalização da atenção, regionalização, hierarquização e participação popular (JESUS; ASSIS, 2010).

É válido ressaltar que várias das estratégias instituidoras foram direcionadas para populações específicas, como as relacionadas às doenças crônicas já descritas. Tal direcionalidade pode gerar controversas, pois a proposição de ações para grupos pode ser considerada contrária à universalidade defendida na Carta Magna. O acesso à AB não deve se utilizar de método ou processo que eleja populações prioritárias, visto que, no sistema, essa área é considerada porta de entrada prioritária (SAITO; LACERDA; FRACOLLI, 2006).

Por outro lado, esse direcionamento pode contribuir para o princípio da equidade no SUS, pois o campo da saúde é permeado por diferentes necessidades, em que cada população possui características específicas. Para contemplar essa diversidade, a distribuição dos serviços de saúde deve ser desigual para grupos sociais desiguais, como forma de diminuir a desigualdade de acesso a bens, serviços ou oportunidades, sendo imprescindível a proposição de políticas equitativas nesse processo (SCOREL, 2009).

O acesso, bem como os demais princípios e diretrizes que apareceram nas normas jurídicas fazem parte do arcabouço necessário para o alcance da integralidade. Todas as instituidoras dão ênfase a esse conceito. Porém, prever integralidade não significa sua concretização no dia a dia do serviço de saúde. A integralidade consiste em um termo que abrange muitos outros, apesar de sua definição legal colocá-la como a integração de ações curativas, preventivas, individuais e coletivas nos diversos níveis de complexidade (PINHEIRO, 2014). A integralidade é o princípio que expressa a finalidade do SUS, é o eixo potencialmente norteador desse sistema (GONZALEZ; ALMEIDA, 2010).

O princípio menos citado nos documentos foi participação popular, presente na redação de 17 (60,7%) documentos instituidores. Tal resultado contradiz a evolução obtida, quando, após longo período sob Estado ditatorial, o SUS torna-se a primeira política pública no Brasil a propor a adoção constitucional da participação popular como um de seus princípios.

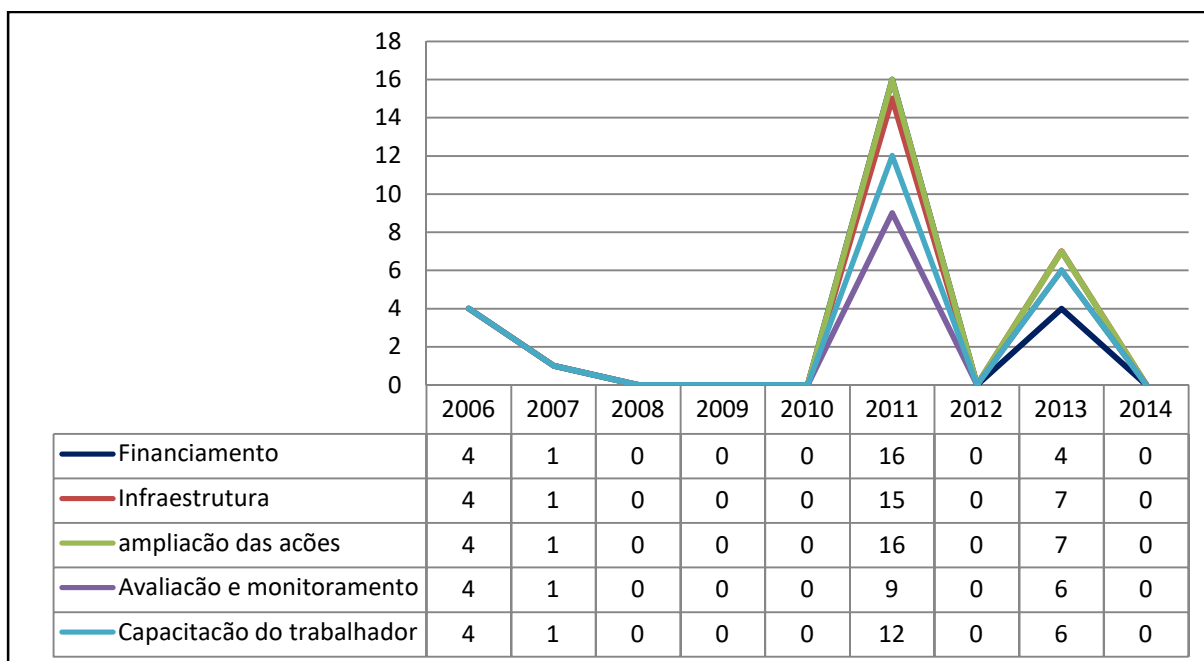
Espera-se que a participação da comunidade aconteça por meio do incentivo e da garantia de sua atuação no planejamento, na execução e na avaliação das ações de saúde (BRASIL, 2006). Ressalta-se que esse princípio também se manifesta na formulação das políticas, orientando a administração pública no sentido de atender aos legítimos interesses públicos (MENEZES, 2010).

Apesar da importância da presença do princípio referente à participação popular nas normas jurídicas que norteiam as ações, os programas e as estratégias, considera-se que a participação não se realiza por si mesma. Antes, depende de ações complementares e complexas que envolvem, entre outras: a erradicação do analfabetismo; a inclusão de conceitos básicos de democracia, cidadania, sistema eleitoral e qualidade democrática nos próprios currículos escolares; a formação de lideranças, de jovens e mulheres e incentivo ao rodízio de lideranças nas organizações civis e nos conselhos; a participação e a ampliação da capacidade de acompanhamento de desempenho das políticas públicas pelos atores sociais (GOULART, 2012).

A complexidade da operacionalização das políticas de saúde, a exemplo do que foi apresentado acerca da concretização da participação popular, demanda a discussão sobre a intersetorialidade, o que constitui uma perspectiva relevante, pois, ao integrar diversos saberes e práticas dos vários setores além da saúde, considera o cidadão na sua totalidade. Isso se faz pela articulação das políticas sociais para resolver os problemas de saúde que afetam a população. A intersetorialidade leva a uma nova forma de realizar a atenção em saúde para garantir a igualdade do acesso aos desiguais e necessita de mudança na cultura das organizações gestoras das políticas sociais (JUNQUEIRA, 2000).

No tocante aos temas selecionados, todas as normas significaram ampliação de ações direcionadas para o fortalecimento da AB, sendo a maioria publicada em 2011 (Figura 6). O resultado decorre da característica implícita nessas normas de instituir ações, programas e estratégias na perspectiva da PNAB. No entanto, ressalta-se, mais uma vez, que apesar de contribuírem para o aumento do escopo de ações voltadas para a AB, as normas não significam, necessariamente, sua implementação na prática dos serviços.

Figura 6 - Gráfico de Distribuição das normas jurídicas instituidoras segundo o assunto financiamento, infraestrutura, ampliação das ações, avaliação e monitoramento e capacitação do trabalhador de saúde, Brasil, período de 2001 a 2014.



Fonte: BRASIL (2014a).

Os aspectos relacionados a infraestrutura (96,4%), financiamento (89,2%) e avaliação e monitoramento das ações (71,4%) estavam presentes em expressiva maioria dos documentos, ressaltando a preponderância do quarto e do quinto estágios do ciclo da política pública. Tratar da implementação de uma estratégia que compõe a política de saúde implica desvelar os caminhos entre a formulação das diretrizes e sua operacionalização nos serviços de saúde, onde o financiamento e a infraestrutura têm importante destaque (SCHRAIBER *et al.*, 1999). Esse processo ocorre mediante negociação entre os entes federativos, sendo os municípios protagonistas da execução das políticas. No entanto, o papel indutor do governo federal condiciona o recebimento de recursos financeiros mediante adesão a determinadas estratégias, o que contribui para a limitação da autonomia dos municípios na execução do planejamento das ações, dos programas e das estratégias (COLLINS; ARAÚJO; BARBOSA, 2000).

A institucionalização de uma política e suas ações devem ser acompanhadas por contínuo monitoramento e avaliação das atividades, com retificações de processo, sendo as constantes reformulações inevitáveis, desejadas e necessárias para que se mantenha a

direcionalidade coerente com o conjunto de princípios (VIANA; BAPTISTA, 2012). O dinamismo desse processo amplia a possibilidade de gerar um aprendizado que sirva à formulação de outras políticas com características semelhantes (FERNANDES; RIBEIRO; MOREIRA, 2011).

Outro tema presente na quarta fase do ciclo da política pública é a capacitação do trabalhador de saúde, presente na maioria (82,1%) das normas instituidoras. Essa fase envolve questões estratégicas e vários sujeitos, pois, no momento de implementação, descobre-se a real potencialidade de uma política, os atores que a apoiam, o que cada grupo disputa e seus interesses. Muitas vezes, atores que não participaram da fase de formulação são aqueles responsáveis pela prestação direta de serviços e os principais agentes de transformação de uma política (VIANA; BAPTISTA, 2012). Todos os trabalhadores devem estar envolvidos e preparados para que haja sucesso na execução das estratégias que conformam uma política.

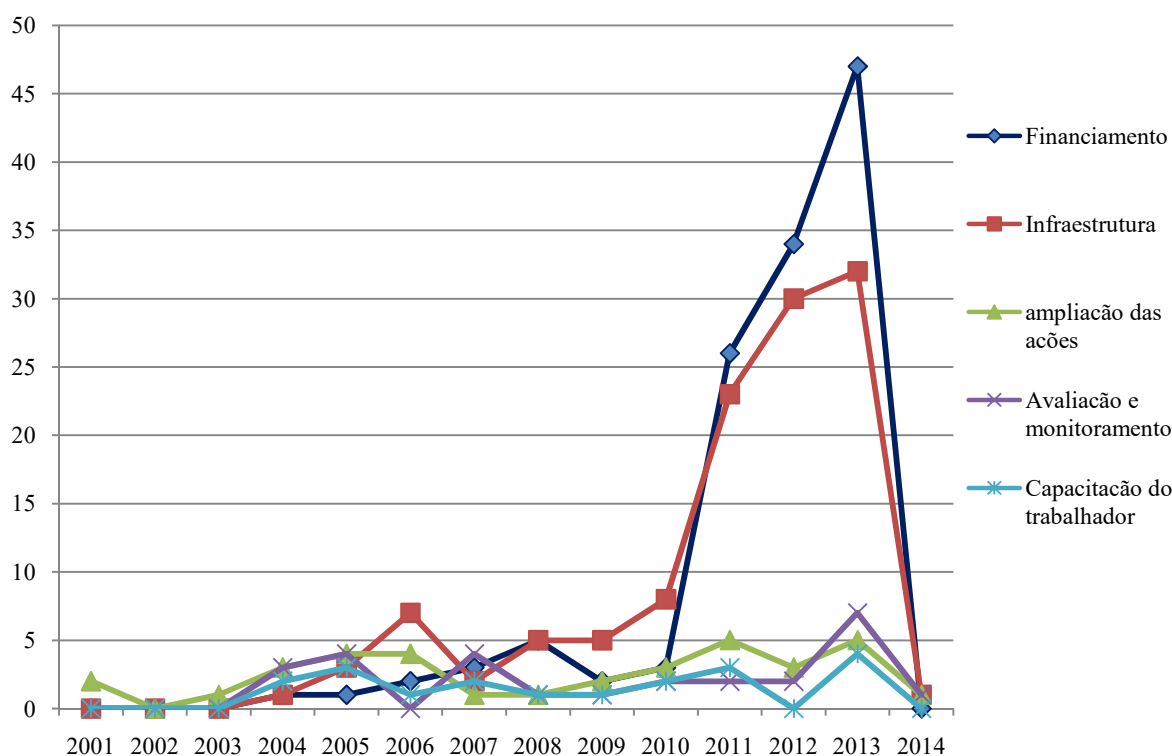
A capacitação do profissional de saúde tem sido percebida como um dos entraves para o aprimoramento do modelo de atenção à saúde (FEUERWERKER, 1998; ALMEIDA *et al.*, 2007). Tal tema requer que se invista na inserção da educação permanente na prática dos serviços de saúde de acordo com os preceitos do SUS, para que ocorram transformações no processo de trabalho das equipes e que sejam significativas para o cotidiano do trabalhador (BRASIL, 2011a).

5.3 Normas jurídicas complementares das Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica

Do total de 196 documentos complementares, a maioria (82,1%) não apresentou referência aos princípios e diretrizes do SUS, citados na categoria anterior. Das normas em que eles aparecem, os princípios integralidade (12,2%) e acessibilidade (12,7%) são os que mais se evidenciam. O vínculo não apareceu nos documentos (Figura 7).

Foi significativo o predomínio de documentos que sinalizavam o financiamento (63,2%) e a infraestrutura (59,6%), principalmente após o ano de 2011, conforme mostra a figura 3. Destes, 26,5% eram normas que tratavam somente de financiamento e 14,2% somente de infraestrutura, e, ainda, 28,5% das normas se referiam ao financiamento e à infraestrutura conjuntamente.

Figura 7 - Gráfico de distribuição das normas jurídicas complementares segundo o assunto financiamento, infraestrutura, ampliação das ações, avaliação e monitoramento e capacitação do trabalhador de saúde, Brasil, período de 2001 a 2014.



Fonte: BRASIL (2014a).

Nos últimos anos, a maioria dos documentos sobre financiamento, provenientes da esfera federal, atrela incentivos de financiamento à adoção de determinadas políticas/estratégias e práticas pelos gestores estaduais e municipais. Assim, essas portarias se destacam no cenário nacional devido à sua capacidade de indução e de, muitas vezes, irem além das discussões das normas instituidoras, quando definem novos critérios, novas prioridades, onde alocar recursos e como fazê-lo. Esse cenário constitui um impasse para os gestores, que passam a reivindicar o cumprimento do que foi previsto na formulação de normas instituidoras (BAPTISTA, 2007).

Verifica-se a dificuldade que o gestor federal apresenta em construir outros modos de exercer o seu papel, que não sejam pelo financiamento como forma indutora e concentradora de poder, pois, por muito tempo, foi influenciado pelo modelo de gerência do Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS) ou do MS Pré-SUS. Assim, sempre prestou mais serviços do que exerceu a atividade de gerência, o que leva a acreditar que seu papel ainda esteja se moldando e necessite de amplas discussões (BAPTISTA, 2007).

A infraestrutura, em menor proporção, também assume característica de condição para inserir determinada ação da política no serviço. Ressalta-se que dispor sobre financiamento e infraestrutura nos documentos legais é importante e necessário para a consolidação do sistema, entretanto, como exposto anteriormente, a forma como isso acontece deve ser revista e mais discutida com todos os atores envolvidos nesse processo.

A EFAB que se destacou quanto ao quantitativo de normas sobre financiamento (40,2%) e infraestrutura (35,8%) foi o programa Melhor em Casa. Apesar de ter um grande quantitativo de publicações complementares, a maioria tinha a finalidade de habilitar ou desabilitar municípios e/ou serviços de saúde para o recebimento de incentivos para seu funcionamento, enquanto o investimento em discussões que trouxessem para cena os princípios e diretrizes do SUS foi menor. Tal fato fragiliza a construção de uma política de saúde com bases mais sólidas, capaz de se concretizar como um projeto político para a saúde do país.

As EFAB priorizadas pelo MS, apresentadas nesse capítulo, têm a gestão do seu desenvolvimento realizada pela equipe gestora dos municípios.

6 A IMPLEMENTAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS FORTALECEDORAS DA ATENÇÃO BÁSICA EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DA MACRORREGIÃO NORTE DO PARANÁ

Como colocado anteriormente, as políticas de saúde são formuladas e implementadas em um espaço social, que constitui o cenário em que os atores sociais mobilizam determinado tipo de poder. Considera-se que diferentes sujeitos vão transformando as ações da política na prática, sendo importante identificá-los. Os gestores (bem como os demais integrantes da equipe gestora) se constituem em atores que tem papel fundamental, pois estes devem articular saberes e práticas de gestão para formular, planejar e implementar as políticas e suas estratégias na área da saúde de acordo com os princípios do sistema público de saúde e da gestão pública (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2011). Assim, se faz importante caracterizar a equipe gestora participante deste estudo, buscando delinear alguns aspectos referentes ao perfil dos atores responsáveis por gerir as EFAB na macrorregião norte do Paraná.

6.1 Descortinando a equipe gestora

Esse capítulo teve como objetivo apresentar o perfil da equipe gestora quanto ao sexo, idade, escolaridade, função exercida atualmente, preparo para exercício do cargo, tempo de atuação no serviço de saúde, tempo de atuação no cargo e experiência anterior em gestão.

A caracterização da equipe gestora neste estudo foi desenvolvida pelo grupo de pesquisadores do projeto maior no qual este trabalho se insere. Portanto, parte dos dados aqui apresentados, referem-se à análises já concluídas e publicadas pelos pesquisadores envolvidos na pesquisa, incluindo esta pesquisadora (BOMFIM, 2016; PINAFO *et al.*, 2016).

6.1.1 Composição da equipe gestora responsável por gerir as Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica na macrorregião norte do Paraná

A população inicial deste estudo foi constituída por 828 profissionais de saúde que integravam a equipe gestora nos 82 MPP do Paraná, dos quais foram entrevistados 744

profissionais (155 da RS “A”; 127 da RS “B”; 175 da RS “C”; 170 da RS “D”, e 117 da RS “E”). Houve uma perda de 10% em relação a população prevista inicialmente.

Dentre os entrevistados, houve o predomínio do sexo feminino (67%) (Tabela 3), o que mostra que a maior parte dos cargos relacionados à gestão é ocupada por mulheres, resultado já apontado em estudos anteriores (MACHADO, OLIVEIRA, MOYSÉS, 2011; MENDONÇA *et al.*, 2010; OHIRA, CORDONI JUNIOR, NUNES, 2014; OTTO, 2012; RIBEIRO, 2012). Machado, Oliveira e Moysés (2011), ao estudarem os movimentos do mercado de trabalho em saúde no Brasil após 20 anos de implantação do SUS evidenciando as principais tendências do mundo do trabalho, verificaram que, no Brasil, as mulheres representavam mais de 70% da força de trabalho em saúde.

Tabela 3 - Distribuição dos integrantes da equipe gestora dos MPP das RS A, B, C, D e E da macrorregião norte do Estado do Paraná segundo sexo, faixa etária e escolaridade, Paraná, 2014.

Regionais Variáveis	RS A		RS B		RS C		RS D		RS E		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo												
F	112	72,3	83	65,4	118	67,4	112	65,9	73	62,4	498	66,9
M	43	27,7	44	34,6	57	32,6	58	34,1	44	37,6	246	33,1
Faixa etária												
< 30	39	25,1	27	21,3	43	24,6	27	15,9	29	24,8	165	22,1
30a44	77	49,7	66	52,0	83	47,4	100	58,8	66	56,4	392	52,7
45 a59	37	23,9	30	23,6	46	26,3	40	23,5	18	15,4	171	23,0
60 a69	2	1,3	4	3,1	3	1,7	3	1,8	4	3,4	16	2,2
Escolaridade												
PG	70	45,2	58	45,7	83	47,4	53	31,2	40	34,2	304	40,9
SC	42	27,1	37	29,1	42	24,0	53	31,2	46	39,3	220	29,6
EMC	41	26,5	32	25,2	47	26,9	63	37,1	31	26,5	214	28,8
EMI	-	-	-	-	3	1,7	1	0,5	-	-	4	0,4
EFC	2	1,3	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,3
Total	155	100,0	127	100,0	175	100,0	170	100,0	117	100,0	744	100,0

Fonte: BONFIM (2016).

PG = Graduação + Pós-Graduação

SC = Superior Completo sem Pós-Graduação

EMC = Ensino Médio Completo + Superior Incompleto

EMI = Ensino Médio Incompleto

EFC = Ensino Fundamental Completo

Em relação à idade, a equipe apresentou uma média de 37,8 anos, sendo a idade mínima de 19 anos e a máxima de 69 anos (Tabela 3). Houve maior proporção de profissionais (52,7%) na faixa de 30 a 44 anos, resultado observado em todas as regionais, sendo que 74,8% dos profissionais tinham menos de 44 anos. Idade semelhante (média de 35

anos) foi encontrada em um estudo realizado com gestores da ESF em municípios de pequeno, médio e grande porte em uma região do Rio Grande do Sul (FIGUEIREDO *et al.*, 2010).

Quanto ao nível de escolaridade, 70,5% dos gestores referiram ter curso superior e, destes, 40,9% possuíam pós-graduação. A RS com maior quantidade de profissionais com ensino superior completo foi a RS “B” (74,8%), e com menor quantidade foi a RS “D” (62,4%). A RS que apresentou maior proporção de integrantes da equipe gestora com pós-graduação foi a RS “C” (47,4%) e com menor número a RS “D” (31,2%). Somente 0,3% dos profissionais possuíam unicamente o ensino fundamental completo.

Esses resultados sugerem uma maior busca por formação de nível superior e especialização pelos profissionais das equipes, bem como a ocupação de funções de gestão/coordenação por profissionais com maior formação. Além disso, o fato de atuarem em MPP no interior do Estado não tem sido impedimento ao acesso a processos de formação e pós-graduação. A elevação do nível de escolaridade na área da saúde já foi sinalizada na pesquisa feita por Machado, Oliveira e Moysés (2011), que identificou um aumento 92,4% (no período de 1992 a 2005) na formação superior entre profissionais no Brasil. Esse estudo também revelou que 80% da força de trabalho em saúde possuía escolaridade adequada/coerente com as atividades desenvolvidas. Resultado similar foi apresentado por estudo feito por Nunes *et al.* (2015), que buscando caracterizar o perfil e as relações laborais dos trabalhadores da AB em MPP localizados no Paraná, verificou níveis de escolaridade compatíveis ou superiores aos exigidos para o cargo dos profissionais que atuavam na AB.

Dá-se ênfase para o impacto que a formação do profissional de saúde tem sobre a qualidade dos serviços prestados, estando dentre esses profissionais, os gestores dos serviços (PINAFO; CARVALHO; NUNES, 2015). Os trabalhadores de saúde necessitam de constante atualização e dispor de uma base de conhecimentos interdisciplinares para lidar com a adversidade e diversidade das situações encontradas área da saúde na realidade atual (MENDONÇA, *et al.*, 2010)

Ainda em relação a escolaridade, 60,3% dos 524 integrantes das equipes gestoras que possuíam curso superior, eram graduados na área da saúde e 34,4% na área de humanas (tabela 4). Chama-se atenção aqui para a considerável proporção de profissionais que gerem os serviços de saúde nos municípios com graduação em outras áreas (38,7%) que não a saúde. A maior proporção de gestores com graduação na área da saúde também foram apresentadas

em outros estudos realizados com gestores municipais (CARVALHO *et al.*, 2014; FIGUEIREDO, 2010; OHIRA, CORDONI JÚNIOR, NUNES, 2014).

Tabela 4 - Distribuição dos integrantes da equipe gestora dos MPP das RS A, B, C, D e E da macrorregião norte do Estado do Paraná segundo cursos de graduação, especialização *Lato e Stricto Sensu* dos profissionais, Paraná, 2014.

Variáveis	RS A		RS B		RS C		RS D		RS E		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Área de Graduação												
Saúde	71	61,7	61	62,2	82	60,7	62	51,7	59	67,0	335	60,3
Humanas	37	32,2	33	33,8	47	34,8	49	40,8	25	28,4	191	34,4
Biológicas	5	4,3	2	2,0	2	1,5	7	5,8	1	1,1	17	3,1
Exatas	2	1,8	2	2,0	4	3,0	2	1,7	3	3,5	13	2,2
Total	115	100,0	98	100,0	135	100,0	120	100,0	88	100,0	556	100,0
Área de Especialização												
Gestão e modelos de atenção na saúde ¹	33	44,6	21	34,4	30	37,0	24	38,7	25	47,2	133	40,2
Técnico assistencial na saúde ²	20	27,0	24	39,3	30	37,0	18	29,0	14	26,4	106	32,0
Outros ³	11	14,9	9	14,8	10	12,3	10	16,1	10	18,9	50	15,1
Gestão não específica da área da saúde ⁴	10	13,5	7	11,5	11	13,6	10	16,1	4	7,5	42	12,7
Total	74	100,0	61	100,0	81	100,0	62	100,0	53	100,0	331	100,0

Fonte: BONFIM (2016).

1-Gestão e modelos de atenção na saúde: pós-graduação em enfermagem do trabalho, na ESF, em saúde coletiva, em gestão em saúde pública; 2-Técnico-assistencial na saúde: hematologia, acupuntura, urgência e emergência, obstetria, farmacologia, psiquiatria, enfermagem em UTI, entre outras; 3-Outros: clínica e reprodução de animais; supervisão e pedagogia; direito público, distúrbios de aprendizagem, etc; 4-Gestão não específica da área de saúde: gestão pública, desenvolvimento gerencial, MBA em gestão de pessoas, perícia e auditoria ambiental, etc.

A adequada formação do profissional constitui característica importante para o desempenho da gestão em saúde, auxiliando no manejo das diversas variáveis que interferem na produção de saúde, colaborando para que os gestores enfrentem a realidade da saúde pública em que se inserem e para melhoria da qualidade dos serviços prestados (STAHLSCHMIDT, 2012).

O curso superior que se destacou dentre os profissionais graduados foi o de enfermagem (23,7%). A maioria das funções de gestão era ocupada majoritariamente por profissionais enfermeiros, exceto para as áreas de recursos humanos e agendamento de

consultas e exames; de vigilância sanitária; de coordenação de saúde bucal e de coordenação da assistência farmacêutica.

A enfermagem encontra-se dentre os poucos cursos da área da saúde que abordam a administração dos serviços de saúde como diretriz curricular, destinando uma carga horária específica para este assunto, o que pode oferecer maior respaldo e segurança ao profissional para assumir cargos de gestão (ALVES; PENNA; BRITO, 2004). Além disso, historicamente, a enfermagem é uma profissão caracterizada por longas e intensas jornadas de trabalho, o que faz com que estes profissionais tenham possibilidade de adquirir maior conhecimento sobre o ambiente de trabalho, sobre os usuários, a realidade dos serviços de saúde, bem como de fatos e situações relevantes que ampliam suas possibilidades de assumir cargos de gestão nos serviços. (MACHADO, 1999).

Quanto aos cursos de pós-graduação referidos pelos gestores, 96,4% eram cursos na modalidade *lato sensu* e na modalidade *stricto sensu*, quatro (1,2%) possuíam mestrado e um (0,3%) doutorado. Em relação a área de especialização, 40,2% eram na área de gestão e modelos de atenção à saúde (enfermagem do trabalho, ESF, saúde coletiva, gestão em saúde pública, etc.) e 32,0% eram na área técnico-assistencial da saúde (hematologia, acupuntura, urgência e emergência, obstetrícia, farmacologia, psiquiatria, enfermagem em Unidade de Tratamento Intensivo, entre outras) e sete referiram possuir residência, distribuídos em todas RS, com exceção da RS “D”.

Esses resultados demonstram que a formação em gestão e modelos de atenção ainda não atingem 50% dos gestores desses municípios e reforçam a necessidade de um investimento maior na formação de gestores qualificados técnica e politicamente para atuarem nos espaços, níveis de gestão e condução política do sistema. Considera-se a criação da carreira de “ser gestor do SUS” e não mera profissionalização da gestão. Tratada como carreira resultaria na valorização e na fixação dos profissionais que se dedicam cotidianamente às atividades/funções de gestão nos diferentes espaços de gestão do sistema (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Quanto às funções/atividades de gestão exercidas pela equipe gestora das cinco regionais, foram entrevistados 72 secretários municipais de saúde, que representavam 87,8% dos municípios e 9,7% do total de entrevistados. Em relação às demais atividades, se identificou que a função mais referida pelos participantes do estudo em todas as regionais foi a relacionada à responsabilidade pelos diferentes sistemas de informação (66,9%). A

responsabilidade pelo agendamento de exames e/ou consultas especializadas (15,1%) foi a segunda função mais referida nas RS e a responsabilidade pelo planejamento e avaliação das ações e serviços de saúde foi a terceira função mais citada (13,9%) (Tabela 5). Quanto às demais funções de gestão, dos 9,8% dos entrevistados que eram responsáveis pela área de recursos humanos, 68,0% eram vinculados às prefeituras e 32,0% atuavam nas próprias secretarias municipais de saúde.

Tabela 5 – Distribuição dos integrantes da equipe gestora dos MPP das RS A, B, C, D e E da macrorregião norte do Estado do Paraná segundo função/atividade exercida pelos profissionais, Paraná, 2014.

Variáveis	RS A		RS B		RS C		RS D		RS E		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Função/atividade exercida no município												
Responsável pelo sistema de Informação	113	72,7	83	65,4	96	54,8	98	57,7	108	92,4	498	66,9
Responsável por agendamentos de exames e/ou consultas especializadas.	19	12,5	20	15,7	26	14,9	26	15,3	21	17,9	112	15,1
Responsável pelo planejamento e avaliação de ações e serviços(plano mun. saúde, RAG, COAP)	20	13,2	19	15,0	25	14,3	18	10,6	21	17,9	103	13,9
Coordenação da ESF/ PSF ou AB	19	12,5	16	12,6	20	11,4	20	11,8	11	9,4	86	11,6
Responsável de Vigilância Epidemiológica	20	12,9	14	11,0	19	10,9	19	11,2	14	12,0	86	11,6
Coordenador de Unidades Básicas de Saúde	18	11,6	16	12,6	16	9,1	13	7,6	21	17,9	84	11,3
Responsável por compras e licitações	19	12,3	10	7,9	19	10,9	16	9,4	17	14,5	81	10,9
Responsável pela área de recursos humanos	19	12,3	13	10,2	15	8,6	14	8,3	12	10,3	73	9,8
Secretário(a) de Saúde	14	9,0	14	11,0	16	9,1	15	8,8	13	11,1	72	9,7
Responsável pela Vigilância Sanitária	16	10,5	12	9,4	14	8,0	21	12,4	9	7,7	72	9,7
Gerência do fundo municipal de saúde	11	7,1	8	6,3	18	10,3	15	8,8	14	12,0	66	8,9
Coordenação da Assistência Farmacêutica	9	5,9	13	10,2	15	8,6	14	8,3	11	9,4	62	8,4
Coordenação da Saúde Bucal	10	6,6	7	5,5	12	6,9	12	7,1	9	7,7	50	6,7
Coordenação da Saúde Mental	13	8,6	9	7,1	7	4,0	5	2,9	9	7,7	43	5,8
Coordenador de hospital	5	3,2	4	3,2	6	3,4	9	5,3	3	2,6	27	3,6
Coordenador de clínica	4	2,6	1	0,8	1	0,6	-	-	1	0,9	7	0,9

Fonte: BONFIM (2016).

A expressiva quantidade de sistemas de informações (como o Sistema de Informação Hospitalar (SIH), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), dentre outros) pode estar relacionada ao grande número de profissionais que ocupam esses cargos, pois muitas vezes a constante inserção de informações nesses sistemas constitui fator condicionante e atrelado ao recebimento de recursos para a saúde nos municípios (BONFIM, 2016).

Quanto a função relacionada ao agendamento de exames e/ou consultas especializadas, percebe-se uma dificuldade presente nos municípios menores para o desempenho dessa atividade, pois dependem da articulação com outros municípios, muitas vezes envolvendo recursos financeiros para a garantia do acesso a esses serviços. Tal acesso tem-se apresentado como um desafio para a gestão do SUS, demandando essa constante articulação e busca por esses serviços pela equipe gestora, principalmente em relação aos indivíduos que ocupam este cargo (BONFIM, 2016). Em relação a função referente ao planejamento e avaliação das ações e serviços de saúde vale destacar sua importância em relação as ações das políticas de saúde, pois possibilita o alcance dos resultados favoráveis e esperados para a garantia do acesso da população aos serviços de saúde (LEITE; LIMA; VASCONCELOS, 2012).

Verificou-se que 65,9% dos integrantes das equipes gestoras relataram exercer apenas uma função de gestão. No entanto 12,2% referiram exercer duas funções, 19,7% de três a sete e um profissional relatou exercer 14 funções, totalizando uma média de duas funções por profissional. Provavelmente as funções de gestão estão sendo exercidas concomitantemente ao cargo de carreira, sendo que esse acúmulo pode acarretar sobrecarga de atividades e responsabilidades, o que pode ter implicações tanto na qualidade do serviço quanto na satisfação do trabalhador no desempenho de suas atividades.

A concentração de funções pode estar relacionada com o fato dos MPP possuírem equipes menores quando comparadas aos municípios maiores para exercer todas as atividades relacionadas à gestão. Estes resultados corroboram os achados de um estudo realizado por Luna (2008), que ao descrever o perfil dos Gestores Municipais de Saúde do Estado de Mato Grosso, verificou um acúmulo de funções, sendo que estes profissionais exerciam mais de três funções de gestão.

Em relação ao tempo de atuação nas funções de gestão no município, 53% dos profissionais tinham até três anos. A média de tempo de atuação nas funções foi de aproximadamente 5,5 anos; a mediana, de três anos; a moda, de um ano (quantidade de tempo mais frequentemente citada); o tempo mínimo de atuação foi de um mês e o máximo de 42 anos. As RS com maior concentração de profissionais com tempo de atuação menor que um ano nas funções de gestão foram a RS “A” (27,1%), a RS “B” (29,1%) e a RS “D” (27,6%). As RS com maior concentração de profissionais com tempo de atuação de um a três anos nas funções de gestão foram a RS “C” (30,9%) e a RS “E” (34,2%) (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição dos integrantes da equipe gestora dos MPP das RS A, B, C, D e E da macrorregião norte do Estado do Paraná segundo tempo de atuação nas funções de gestão, Paraná, 2014.

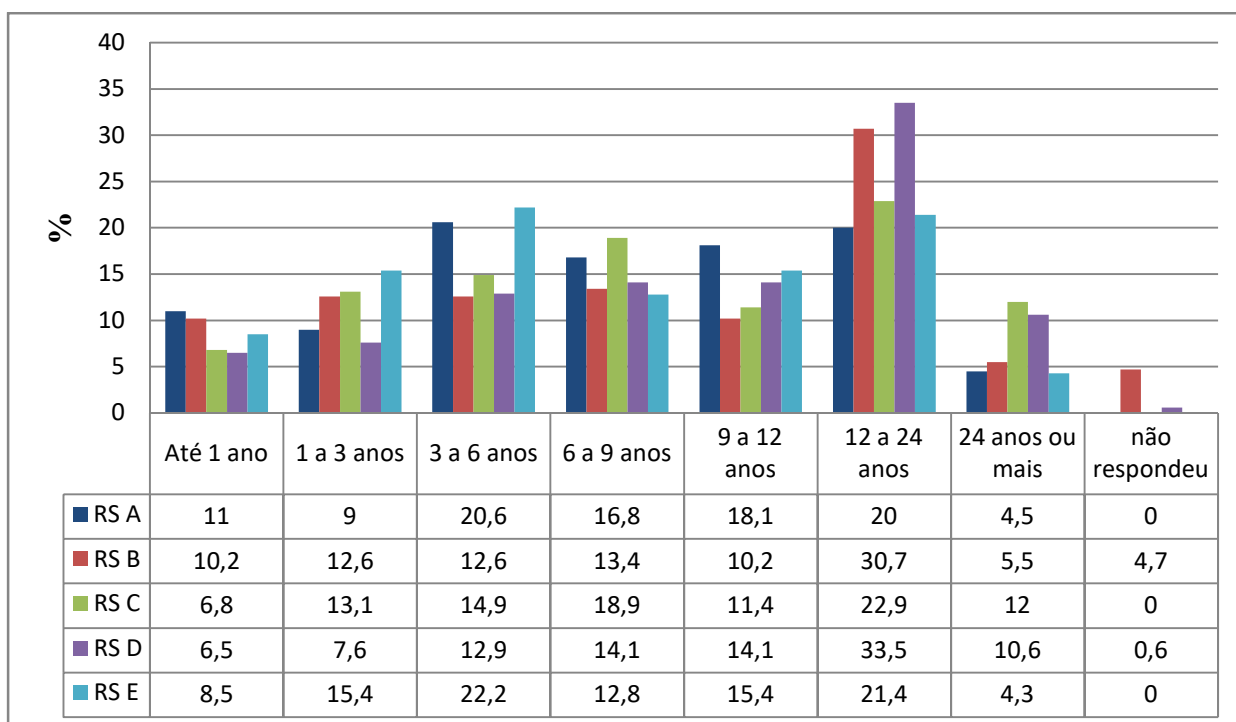
Tempo de atuação	RS A		RS B		RS C		RS D		RS E		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
>1 ano	42	27,1	37	29,1	40	22,9	47	27,6	30	25,6	196	26,3
1 a 3 anos	39	25,2	31	24,4	54	30,9	35	20,6	40	34,2	199	26,7
4 a 6 anos	34	21,9	13	10,2	30	17,1	28	16,5	21	17,9	126	16,9
7 a 9 anos	19	12,3	19	15,0	12	6,9	14	8,2	11	9,4	75	10,1
10 a 12 anos	13	8,4	9	7,1	14	8,0	17	10,0	4	3,4	57	7,7
13 a 23 anos	7	4,5	15	11,8	22	12,6	21	12,4	11	9,4	76	10,2
24 anos ou mais	1	0,6	3	2,4	2	1,1	6	3,5	-	-	12	1,6
Não respondeu	-	-	-	-	1	0,6	2	1,2	-	-	3	0,4
Total	155	100,0	127	100,0	175	100,0	170	100,0	117	100,0	744	100,0

Fonte: BONFIM (2016).

Pesquisa de avaliação de políticas e programas nacionais da gestão do trabalho e da educação em saúde no SUS, realizada em parceria com o MS, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde por meio do Departamento de Gestão de Regulação do Trabalho em Saúde, também encontrou um tempo de atuação de um a três anos no cargo em 30,1% dos gestores do trabalho e da educação na saúde das secretarias, com exceção daquelas localizadas em municípios de grande porte (BRASIL, 2014b).

Quanto ao tempo de atuação na área da saúde, e não especificamente na função de gestão, 25,8% dos profissionais referiram possuir de 12 a 24 anos de atuação, sendo o tempo médio 11 anos, o tempo mínimo de um mês e o máximo de 42 anos. Quando a análise foi feita por RS, foram encontradas variações, destacando-se o tempo de três a seis anos de atuação na área da saúde nas RS “A” (20,6%) e na RS “E” (22,2%) e o tempo de 12 a 24 anos nas RS “B” (30,7%), RS “C” (22,9%) e RS “D” (33,5%) (Figura 8).

Figura 8 – Proporção de integrantes da equipe gestora dos MPP das RS A, B, C, D e E da macrorregião norte do Estado do Paraná segundo tempo de atuação na área da saúde, Paraná, 2014.



Fonte: BONFIM (2016).

O estudo realizado por Luna (2008), já citado anteriormente, encontrou uma média de tempo de atuação de 9,3 anos na saúde. Outro estudo, realizado por Ohira *et al.* (2014), teve por objetivo caracterizar o perfil dos gerentes da AB em 49 MPP da macrorregião norte do Paraná, sinalizou que 53% desses profissionais possuíam até cinco anos de tempo de atuação na área da saúde.

Dos entrevistados que atuavam na função de gestão por até 3 anos, verificou-se que 57% destes tinham o mesmo tempo de atuação na área da saúde, ou seja, mais da metade dos profissionais integrantes da equipe gestora ingressaram na área da saúde já como gestores. Deve-se considerar que o tempo prévio de atuação na área da saúde pode contribuir para a atuação nos cargos de gestão, pois favorece o conhecimento da dinâmica dos serviços de saúde, sua lógica de organização, a população usuária, entre outros. (BONFIM, 2016).

Em relação à experiência anterior na gestão, 74,4% das pessoas integrantes da equipe gestora referiram não possuir tal experiência. Dos gestores que haviam atuado na gestão, 71,7% relataram ter sido na área de saúde pública, sendo que 29,9% atuaram na função de

gestão pelo período de um a três anos (Tabela 7). Resultado semelhante foi encontrado em outras pesquisas realizadas com gestores (CARVALHO *et al.*, 2014; FERNANDES *et al.*, 2010; JUNQUEIRA, *et al.*, 2010) e pode indicar a predominância de aspectos políticos (em detrimento da experiência profissional no cargo) na definição da escolha do profissional para assumir o cargo de gestão nos municípios participantes deste estudo.

Tabela 7 - Distribuição dos integrantes da equipe gestora dos MPP das RS A, B, C, D e E da macrorregião norte do Estado do Paraná segundo experiência, cargo e tempo de atuação anterior na gestão, Paraná, 2014.

Variáveis	RS A		RS B		RS C		RS D		RS E		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
EXPERIÊNCIA												
Não	125	80,6	87	68,5	129	73,7	130	76,5	86	73,5	557	74,9
Sim	30	19,4	40	31,5	46	26,3	40	23,5	31	26,5	187	25,1
Total	155	100,0	127	100,0	175	100,0	170	100,0	117	100,0	744	100,0
CARGO												
Saúde pública	26	86,7	26	65,0	31	67,4	28	70,0	23	74,2	134	71,7
Público fora da área da saúde	3	10,0	14	35,0	11	23,9	9	22,5	6	19,4	43	23,0
Saúde privada	-	-	-	-	1	2,2	3	7,5	2	6,4	6	3,2
Privada fora da área da saúde	1	3,3	-	-	3	6,5	-	-	-	-	4	2,1
Total	30	100,0	40	100,0	46	100,0	40	100,0	31	100,0	187	100,0
TEMPO												
< 1 ano	3	10,0	9	22,5	11	23,9	12	30,0	5	16,1	40	21,4
1 a 3 anos	6	20,0	13	32,5	16	34,8	12	30,0	9	29,0	56	29,9
3 a 6 anos	13	43,3	11	27,5	11	23,9	7	17,5	10	32,3	52	27,8
6 a 9 anos	5	16,7	2	5,0	-	-	5	12,5	3	9,7	15	8,0
9 a 12 anos	1	3,3	2	5,0	5	10,9	1	2,5	1	3,2	10	5,3
12 a 24 anos	1	3,3	2	5,0	1	2,2	3	7,5	2	6,5	9	4,8
24 anos ou mais	1	3,3	-	-	-	-	-	-	1	3,2	2	1,1
Não respondeu	-	-	1	2,5	2	4,3	-	-	-	-	3	1,6
Total	30	100,0	40	100,0	46	100,0	40	100,0	31	100,0	187	100,0

Fonte: BONFIM (2016).

Pode-se destacar dentre as limitações do aspecto político como critério para a escolha do trabalhador, os impasses decorrentes da gestão em serviços de saúde vinculados a interesses partidários e cargos, principalmente os de direção, que são conquistados como objetos de barganha e por pressão de interesses corporativos, assim a ocupação de cargos ocorre por indicação e não por competência profissional, comprometendo a legitimidade do SUS mediante a população, a profissionalização e a continuidade da gestão e a eficácia administrativa (VAISTMAN; MOREIRA; COSTA 2009). Tal ocupação mediante indicação política/partidária torna-se ainda mais evidente em MPP, onde existe a predominância dessa prática, o que garante a reprodução da deplorável falta de preparo para exercer a função, o que

caracteriza a gestão do SUS em várias localidades (JUNQUEIRA *et al.*, 2010; PAIM, TEIXEIRA, 2007).

A seguir serão apresentadas as EFAB que se encontravam em desenvolvimento nos MPP durante o período de coleta de dados.

6.2 As Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica desenvolvidas nos Municípios de Pequeno Porte da macrorregião norte do Paraná

Neste subcapítulo, em um primeiro momento (na subseção 6.2.1), apresenta-se a identificação dessas estratégias por meio do levantamento das EFAB que tiveram repasse de recursos do FNS e da análise da percepção das pessoas chave na gestão desses municípios (55 gestores chave dos MPP). A verificação da existência do repasse de recursos como um potente caminho para a identificação das estratégias aderidas pelos MPP pôde ser reafirmada pelos resultados já apresentados por este estudo, os quais evidenciaram que a expressiva maioria dos documentos que instituem ou complementam essas ações tratam do financiamento, sendo o recurso financeiro um repasse atrelado aos 22 programas. Em um segundo momento (na subseção 6.2.2) apresenta-se o conhecimento de toda a equipe gestora dos MPP sobre o desenvolvimento destas EFAB (744 entrevistas realizadas com toda a equipe gestora).

6.2.1 O alcance das ações e programas considerados estratégicos para o fortalecimento da Atenção Básica

O levantamento sobre as estratégias federais desenvolvidas nos MPP mostrou variações no alcance das ações e programas considerados estratégicos pelo DAB para o fortalecimento da AB nos MPP. Das 22 EFAB, nove (40,9%) tiveram repasse de recursos do FNS para os municípios: ESF; PMAQ-AB; Brasil Sorridente (AB); Academia da Saúde; RUBS; VAN; NASF; Rede Cegonha; PSE (Tabela 8).

Dentre estas, a ESF e o PMAQ-AB se destacaram em relação à quantidade de municípios que receberam recursos federais referente às mesmas, sendo que a ESF foi a única EFAB que teve repasse para todos os MPP em estudo. O PMAQ-AB também teve repasse para todas as RS exceto para apenas um município da RS “B”. Em relação ao referido pelas pessoas chave na gestão dos MPP, a ESF e o PMAQ-AB se confirmaram como as estratégias em desenvolvimento nos MPP de todas as regionais.

Tabela 8 - Distribuição dos MPP que receberam recurso financeiro segundo as EFAB priorizadas pelo MS, Paraná, 2014.

EFAB	Municípios por Regional de Saúde																			
	RS A				RS B				RS C				RS D				RS E			
	Sim		não		sim		não		sim		não		sim		não		sim		não	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Academia da Saúde	4	28,6	10	71,4	4	23,5	13	76,5	2	11,1	16	88,9	6	33,3	12	66,7	5	33,3	10	66,7
Consultório na Rua	-	-	14	100,0	-	-	17	100,0	-	-	18	100,0	-	-	18	100,0	-	-	15	100,0
Doenças crônicas	-	-	14	100,0	-	-	17	100,0	-	-	18	100,0	-	-	18	100,0	-	-	15	100,0
ESF	14	100,0	-	-	17	100,0	-	-	18	100,0	-	-	18	100,0	-	-	15	100,0	-	-
E-SUS	-	-	14	100,0	-	-	17	100,0	-	-	18	100,0	-	-	18	100,0	-	-	15	100,0
Melhor em casa	-	-	14	100,0	-	-	17	100,0	-	-	18	100,0	-	-	18	100,0	-	-	15	100,0
NASF	11	84,6	2	15,4	10	62,5	6	37,5	2	11,1	16	88,9	3	16,7	15	83,3	3	20,0	12	80,0
PMAQ-AB	14	100,0	-	-	16	94,1	1	5,9	18	100,0	-	-	18	100,0	-	-	15	100,0	-	-
PIC	-	-	14	100,0	-	-	17	100,0	-	-	18	100,0	-	-	18	100,0	-	-	15	100,0
PROESF	-	-	14	100,0	-	-	17	100,0	-	-	18	100,0	-	-	18	100,0	-	-	15	100,0
RUBS	9	64,3	5	35,7	6	35,3	11	64,7	4	22,2	14	77,8	9	50,0	9	50,0	6	40,0	9	60,0
Rede Cegonha	1	7,1	13	92,9	1	5,9	16	94,1	-	-	18	100,0	1	5,6	17	94,4	-	-	15	100,0
PSE	4	28,6	10	71,4	-	-	17	100,0	-	-	18	100,0	-	-	18	100,0	-	-	15	100,0
Telessaúde	-	-	14	100,0	-	-	17	100,0	-	-	18	100,0	-	-	18	100,0	-	-	15	100,0
UBSF	-	-	14	100,0	-	-	17	100,0	-	-	18	100,0	-	-	18	100,0	-	-	15	100,0
AAB	-	-	14	100,0	-	-	17	100,0	-	-	18	100,0	-	-	18	100,0	-	-	15	100,0
Bolsa Família	-	-	14	100,0	-	-	17	100,0	-	-	18	100,0	-	-	18	100,0	-	-	15	100,0
PCAN	-	-	14	100,0	-	-	17	100,0	-	-	18	100,0	-	-	18	100,0	-	-	15	100,0
PSAAS	-	-	14	100,0	-	-	17	100,0	-	-	18	100,0	-	-	18	100,0	-	-	15	100,0
PNSVA	-	-	14	100,0	-	-	17	100,0	-	-	18	100,0	-	-	18	100,0	-	-	15	100,0
VAN	7	50,0	7	50,0	2	11,8	15	88,2	7	38,9	11	61,1	13	72,2	5	27,8	7	46,7	8	53,3
Brasil Sorridente (AB)	-	-	14	100,0	16	94,1	1	5,9	18	100,0	-	-	18	100,0	-	-	15	100,0	-	-

Fonte: BRASIL, (2015).

A presença da ESF em todos os MPP relaciona-se com a trajetória de investimentos do governo federal na expansão da quantidade de equipes em todo o território nacional, devido a posição de destaque que esta estratégia tem ocupado dentre os programas voltados para a AB. A implantação do então Programa saúde da família em 1994 surge com o a finalidade de mudança do modelo assistencial para a superação de obstáculos colocados para a efetivação do SUS ao longo da década de 90. Já no início dos anos 2000 a ESF se dissemina consideravelmente no território nacional, apresentando uma base de apoio política, técnica e social (MACHADO, 2006; CONIL, 2008).

Estudo realizado por Machado e Baptista (2012), que procurou identificar as políticas que se destacaram na agenda federal durante o Governo Lula (2003-2010), ressaltou a ESF como uma das ações prioritárias do governo, caracterizando-a como uma política de Estado de alta densidade institucional, ou seja, uma prioridade que persiste na agenda federal em sucessivas gestões ministeriais. Dentre os indícios que coloca esta estratégia na agenda federal, estão a ênfase desta como porta de entrada no SUS pelo plano plurianual setorial (PPA Saúde); a inclusão da AB como um dos seis eixos prioritários do Pacto pela Vida de 2006; o crescimento de aporte de recursos para a área e a publicação (no bojo da serie Pactos pela Saúde) da PNAB por meio da portaria nº648/GM de 28 de março de 2006, que revoga 27 portarias e reúne em um único documento quase toda a regulamentação em vigor (CASTRO; FAUSTO, 2012).

Esta política tem a ESF como estratégia prioritária para a organização da AB de acordo com os preceitos do SUS, compreendendo a conformação de equipes multiprofissionais em um território adstrito, orientada pelo vínculo com o usuário para a coordenação e ordenação do cuidado nas RAS. Em 2008 as equipes já estavam presentes em 94% dos municípios (29 mil equipes e cobertura populacional de 48%) (VIANNA *et al.*, 2008).

O PMAQ-AB, instituído em 2011 pela portaria nº 1.654, também surge para fortalecer a AB por meio da melhoria do acesso e da qualidade dos serviços, objetivando mudanças tanto no modelo de atenção quanto na gestão realizada no cotidiano dos serviços, sendo colocado pelo MS como estratégia fomentadora de mudanças nas condições e modos de funcionamento das UBS (HÊIDER, SOUZA, FERLA, 2014; BRASIL, 2011d; BRASIL, 2011e).

Este programa avalia o desempenho de elementos descritos no programa e certifica a unidade atrelando repasse de recursos aos municípios. Do PMAQ-AB surge uma forma de financiar a AB com base em um processo de adesão voluntária, contratualização de compromissos e repasse de recursos aos municípios em função dos resultados atingidos na certificação do PMAQ-AB. Assim, o município receberia R\$ 2.200,00 a mais ao mês se a mesma fosse certificada como ‘na média ou abaixo da média’; R\$ 6.600,00 se essa certificação fosse ‘acima da média’; e até R\$ 11.000,00 se alcançasse a certificação ‘muito acima da média’ (HÊIDER, SOUZA, FERLA, 2014; BRASIL, 2011d; BRASIL, 2011e).

De 2010 a 2013, o PMAQ-AB respondeu por 67% do aumento do valor médio recebido por equipes de AB com certificação máxima e por 30% do aumento do financiamento geral da AB relacionado ao componente de qualidade do PMAQ-AB (HEIDER; SOUZA; FERLA, 2014). Os gestores chave dos MPP referiram que o incremento de recursos por equipe de AB foi o principal fator que motivou a realização da adesão das equipes do município ao PMAQ-AB.

Da identificação relacionada aos recursos do Brasil Sorridente (AB), não houve repasse apenas para a RS “A” e um município da RS “B”, nas demais regionais, todos os municípios receberam financiamento para o desenvolvimento das ações de saúde bucal. O Brasil Sorridente (AB) foi mencionado pelos gestores chave como um programa desenvolvido por vários MPP da região, exceto na RS “A”, onde o programa não foi citado. No entanto, os participantes do estudo afirmaram que a operacionalização desta estratégia (até o momento) se limitou a chegada de quites de creme dental e ao financiamento do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) regionalizado, o qual, de acordo com os gestores chave, é pouco utilizado pelos municípios.

Esta EFAB já foi destacada anteriormente neste estudo devido ao grande quantitativo de normatizações federais (principalmente complementares), que juntamente com a sua inserção na maioria dos MPP, contribui para reafirmar esta como uma prioridade governamental. Machado e Baptista (2014) identificaram o Brasil Sorridente como uma das políticas de saúde priorizadas pelo Governo Lula para o enfrentamento dos problemas de saúde, sendo decorrente do movimento de profissionais de odontologia que propuseram a ampliação da saúde bucal para a prevenção, promoção, tratamento e reabilitação dentária.

Além da expansão das equipes de saúde bucal atreladas às equipes de saúde da família, esta ação preconiza a implantação dos CEO e laboratório de prótese dentárias. O

Brasil Sorridente avançou mais na ampliação das equipes de saúde bucal no que nos demais componentes (entre 2011 e 2012 aumentou de 4.261 para 20.424, estando presentes em mais de 87% dos municípios do país). Quanto aos CEO e laboratórios de prótese dentárias, existem unidades implantadas em todos os estados (853 e 664 unidades respectivamente até 2010) e vem aumentando a cada ano (MACHADO; BAPTISTA, 2012).

As EFAB Academia da Saúde, RUBS, VAN, NASF e Rede Cegonha, apresentaram uma menor quantidade de municípios que tiveram repasse quando comparado aos programas já citados anteriormente. Em relação ao programa Academia da Saúde, não se identificou repasse de recursos para esta estratégia em 74,4% dos municípios da macrorregião norte, não havendo importantes variações entre as regionais. De acordo com o MS, a implementação da academia da saúde vem sendo desenvolvida por meio da inserção de espaços físicos com estrutura, profissionais e equipamentos para o desenvolvimento de ações no âmbito da promoção de cuidado e modos de vida saudáveis da população (BRASIL, 2014a).

As pessoas chaves na gestão dos MPP sinalizaram que poucos municípios estão desenvolvendo o programa Academia da Saúde e dentre os que estão desenvolvendo, ainda estão em uma fase inicial, focada na construção da estrutura física para o seu funcionamento. Os gestores referiram dificuldades em aderir ao programa devido à necessidade de cumprimento de vários requisitos, como ter um local adequado para o desenvolvimento das ações relacionadas a esta estratégia, bem como uma contrapartida de financiamento do município para seu desenvolvimento.

Quanto ao RUBS, em 58,5% dos municípios da macrorregião norte não foi identificado recebimento de recurso federal, no entanto, a RS “A” teve maior quantidade de municípios com este repasse (64,3%) quando comparada as demais regionais. Os gestores chave de todas as regionais referiram ter municípios que possuem UBS contempladas com esta EFAB, não havendo diversidades entre as falas dos gestores chave das diferentes regionais. O RUBS busca oferecer recurso financeiro para a reforma, ampliação e construção das UBS e também envolve ações que objetivem a informatização dos serviços e qualificação dos profissionais das equipes, na perspectiva de melhorar o acesso e a qualidade da AB (BRASIL, 2014a).

Com relação às ações referentes à alimentação e nutrição, a RS “D” se destacou na quantidade de municípios que tiveram repasse de recursos (72,2%) relacionado ao programa de VAN, sendo que nas demais regionais, mais de 50,0% dos municípios não tiveram este

repassse. Os gestores chave da macrorregião relataram que a maioria das ações relacionadas à alimentação e nutrição desenvolvidas nos municípios é referente ao programa VAN, pois dificilmente conseguem implementar as ações relacionadas aos demais programas de alimentação e nutrição ministeriais. No entanto, mesmo em relação à VAN, os gestores chave referiram conseguir operacionalizar pouco em relação ao escopo de ações previstas por esta EFAB, uma vez que as práticas dos profissionais estão focadas na alimentação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Os gestores chave da RS “D” disseram que esta área não está sendo o enfoque de ação destes no momento.

A VAN objetiva descrever, de forma contínua, as condições de alimentação e nutrição da população e seus fatores determinantes, cujo monitoramento é realizado pelo SISVAN. Entretanto, além do SISVAN a VAN também necessita de outras ações para a sua implementação, como os inquéritos populacionais, as Chamadas Nutricionais, a análise das bases de dados nacionais da saúde, o acesso à produção científica e o financiamento de pesquisas sobre o tema (COUTINHO, 2009).

Ressalta-se que a VAN integra o conjunto de ações compreendidas na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), atualizada pela portaria nº 2.715, de 17 de novembro de 2011. A PNAN busca a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição (BRASIL, 2014a).

Quanto ao NASF, foram identificadas variações entre as regionais quanto à identificação de repasse de recursos para esta estratégia, havendo predominância da quantidade de municípios que tiveram repasse nas RS “A” e “B” (84,6% e 62,5%, respectivamente). Já nas RS “C”, “D” e “E”, expressiva quantidade de municípios (88,9%, 83,3% e 80,0%, respectivamente) não recebeu este financiamento federal. Essa diversidade entre as regionais também foi evidenciada no discurso dos gestores chave. As pessoas responsáveis pela gestão das RS “A” e “B” disseram que a maioria dos municípios dessas regiões aderiu a este programa, enquanto os gestores chave das RS “C”, “D” e “E” relataram que poucos municípios dessas regionais desenvolvem esta estratégia.

O principal motivo sinalizado pelos gestores chave que impede o desenvolvimento desta EFAB nos MPP constitui a dificuldade em realizar o pagamento dos salários dos profissionais que compõem o NASF, contratados mediante concurso público, pois o salário

desse teria que ser proveniente da folha de pagamento do município, o que extrapola o índice permitido para o gasto com pessoal. Assim, grande parte dos municípios não consegue aderir a um programa formulado para aumentar o escopo das equipes de saúde da família no cuidado em saúde, com o propósito de efetivar o matriciamento no âmbito da AB. O NASF deve atuar como um dispositivo de gestão na operacionalização de certos processos organizativos da rede local, de modo que estimule os profissionais a ampliarem sua capacidade de reflexão crítica, tendo um matriciador capaz de instituir esse processo (SAMPAIO *et al.*, 2012).

Em relação à Rede Cegonha, identificou-se o financiamento federal em apenas um município da RS “A”, um da “B” e um da “D”. Os gestores chave referiram estar desenvolvendo ações neste âmbito e que, no Paraná, a Rede Cegonha corresponde a Rede Mãe Paranaense e que recebem o financiamento para realizar estas ações pelo estado. O governo do Paraná tem investido na Rede Mãe Paranaense a partir da implantação dos seus cinco componentes, por meio da organização de um conjunto de ações (como as iniciativas do Estado por meio de programas: Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APSUS); Programa de Qualificação dos Hospitais Públicos e Filantrópicos do SUS do Paraná (HOSPSUS); Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde (COMSUS), entre outros) para a qualificação da atenção materno-infantil (PARANÁ, 2016).

Quanto aos recursos, o PSE foi à EFAB com menor quantidade de municípios que tiveram repasse de recursos, somente na RS “A” 28,6% dos municípios receberam financiamento proveniente do programa. Segundo os gestores chave, poucos municípios da macrorregião norte estão desenvolvendo o PSE. Estes enfrentam dificuldades na sua implementação, destacando a necessidade de realizar ações intersetoriais para a operacionalização do programa, uma vez que envolve não somente a saúde como também a educação. Esta relação entre os setores da educação e da saúde é percebida pelos gestores chave como um desafio, tanto no compartilhamento da organização das ações quanto na gestão dos recursos previstos para este programa.

O PSE foi instituído em 2007 como resultado da parceria entre os Ministérios da Saúde e Educação. Este programa tem como objetivos: promover a saúde e a cultura da paz; realizar prevenção de agravos à saúde; articular ações do setor da saúde e da educação, aproveitando o espaço escolar e seus recursos para fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades desta clientela, entre outros (BRASIL, 2014a). Assim, tal estratégia propõe instigar práticas intersetoriais no SUS e contribuir com a corresponsabilização entre os

setores, pois estes encontram dificuldade em executar essa prática no cotidiano dos serviços, estando habituados a trabalhar isoladamente (SANTIAGO *et al.*, 2012).

Não foi identificado repasse de recursos federais para os programas Melhor em Casa, Consultório na Rua, PROESF e PIC. As pessoas chave na gestão dos MPP da macrorregião norte referiram não desenvolver estas EFAB. Já era esperado que a estratégia Melhor em Casa não fosse desenvolvida nesses municípios, pois os MMP não possuem população igual ou superior a 20.000 habitantes, característica que se apresenta como um dos requisitos para que os municípios possam ter Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) dispostos pela portaria nº 963, de 27 de maio de 2013 que redefine a atenção domiciliar em território nacional (BRASIL, 2013a).

Situação parecida também se apresenta em relação à EFAB Consultório na Rua, pois esta geralmente contempla municípios maiores, com população superior a 100.000 habitantes para se realizar o cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua. Municípios com população inferior a 100.000 habitantes poderão ser contemplados com essas equipes, desde que comprovada a existência de população em situação de rua nos parâmetros populacionais previstos na portaria nº 123, de 25 de janeiro de 2012, que define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua por Município. Os gestores chave da macrorregião referiram não ter número populacional suficiente para contemplar os critérios colocados por esta portaria (BRASIL, 2012).

O PROESF também não teve registro de repasse de recursos federais na fonte utilizada neste estudo, o que correspondeu ao discurso dos gestores chave, pois poucos sequer conheciam o programa, o qual é voltado para municípios com maior concentração populacional. A proposta do PROESF, iniciada em 2002, busca contribuir para a consolidação das ESF em grandes centros urbanos tendo os municípios com mais de 100 mil habitantes como público alvo (BRASIL, 2014a).

Quanto a PIC, para os gestores chave, esta ainda constitui uma estratégia que não entra na agenda do gestor, sendo até mesmo desconhecida pela maioria destes, pois como já apresentam dificuldades para implementar as outras ações que consideram como prioritárias para o serviço, referem não ter condições para desenvolver este programa. A incorporação de Medicinas Alternativas e Complementares/Tradicionais (que constituem as PIC) tem sido um desafio para os gestores públicos, pois as diretrizes legais estabelecidas pela estratégia não tem sido suficiente para suprir as dificuldades encontradas na realidade dos serviços, como o

reduzido número de recursos humanos capacitados, insuficiente financiamento para a maioria das práticas e poucos espaços institucionais para desenvolvimentos de novas práticas e serviços (GONÇALVES *et al.*, 2008; SOUZA, VIEIRA, 2005).

Também não se identificou repasse de recursos referentes à UBSF e Doenças crônicas. A primeira, como referido pelos gestores chave, não faz parte da realidade destes, pois não possuem populações ribeirinhas ou em situações similares. Já as Doenças Crônicas fazem parte das ações programáticas desenvolvidas pela AB, e apesar da não identificação de repasse de recursos específicos, de acordo com os gestores chave, essa EFAB está sendo desenvolvida nos municípios da macrorregião.

Em relação ao telessaúde e o e-SUS (AB) também não foram identificados repasse de recursos federais, no entanto, os gestores chaves referiram que estes estão em processo de desenvolvimento em vários municípios da macrorregião, ainda que incipiente, pois enfrentam dificuldades técnicas, de infraestrutura e de capacitação dos profissionais.

Como estratégia para reestruturar as informações da AB em nível nacional, o e-SUS AB se insere na reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do MS, como parte de um processo de informatização qualificada do SUS. Já o telessaúde é um componente do Programa RUBS e objetiva aumentar o escopo de ações ofertadas pelas equipes de saúde (incluindo a capacidade clínica), a partir de ações de educação permanente das equipes de AB, estruturados na forma de uma rede de serviços que utilize tecnologias de comunicação (por meio da informatização) (BRASIL, 2014a).

Para estes programas, não são visualizados repasses específicos, pois o financiamento referente ao telessaúde tem repasse por meio do programa RUBS, como Componente Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica. Já os recursos para a organização do e-sus (AB) podem vir de várias fontes como o RUBS, ou mesmo serem utilizados recursos provenientes do PMAQ-AB.

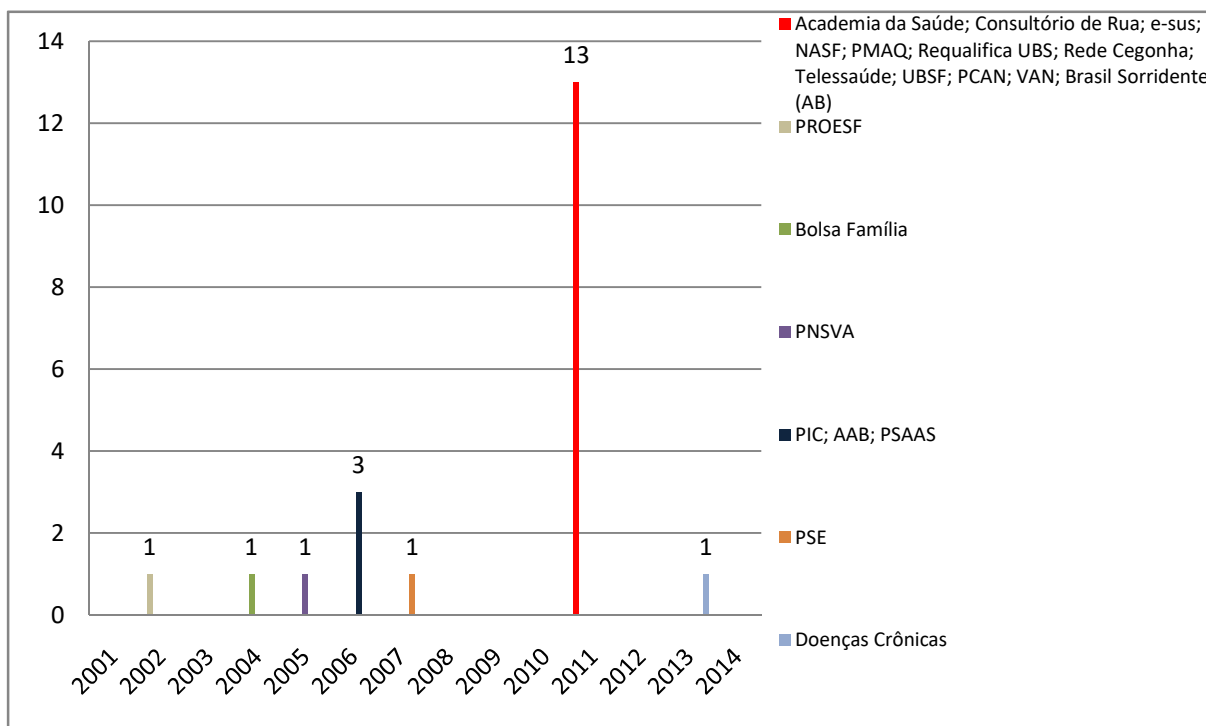
Quanto ao Programa Bolsa Família, também não teve repasse de recurso demonstrado pela fonte de dados utilizada nesta pesquisa, no entanto, de acordo com os gestores chave, famílias de vários municípios recebem este recurso. Resultado que se justifica pela ocorrência da transferência direta de renda à famílias em situação de pobreza (renda entre R\$70,00 a R\$140,00 por pessoa) ou de extrema pobreza (renda de até R\$70,00 por pessoa). O Bolsa Família é um programa que vincula o recebimento desse auxílio ao cumprimento de condicionalidades na Saúde, Educação e Assistência Social para garantir a oferta das ações

básicas e potencializar a melhoria da qualidade de vida das famílias. No SUS abrange as ações em saúde relacionadas ao pré-natal pelas gestantes, ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e a imunização (BRASIL, 2014a).

Em síntese, das 22 ações programas e estratégias voltadas para o fortalecimento da AB, nove (40,9%) tiveram repasse de recursos do FNS para os municípios (ESF; PMAQ-AB; Brasil Sorridente (AB); Academia da Saúde; RUBS; VAN; NASF; Rede Cegonha; PSE). Essas nove EFAB estão dentre as 13 estratégias (54%) referidas pela equipe de gestores chave com algum tipo de inserção nos MPP (ESF; PMAQ-AB; Brasil Sorridente (AB); Academia da Saúde; RUBS; VAN; NASF; Rede Cegonha; PSE; Doenças Crônicas; Telessaúde; e-sus; Bolsa Família). Vale ressaltar que, de acordo com os dados coletados, dentre estas 13 EFAB referidas, menos de 20% são desenvolvidas na maioria dos MPP (ESF; PMAQ-AB; Brasil Sorridente), ou seja, conseguem atingir uma ampla abrangência desses municípios. E ainda, das 22 EFAB, quatro estratégias não apresentam critérios de adesão que contemplem as características populacionais ou regionais dos MPP em estudo (Melhor em casa; Consultório na rua; PROESF; UBSF).

Ao se resgatar a instituição dessas estratégias pelo governo federal ao longo do tempo (Figura 9) e o quanto os MPP em estudo conseguiram desenvolvê-las, percebe-se que o ano de 2011 se confirma como aquele em que um grande quantitativo de propostas chegaram para os municípios, no entanto, três anos depois, poucas dessas EFAB conseguiram ser operacionalizadas pela grande maioria do MPP (PMAQ-AB e Brasil Sorridente). Ações relacionadas à vigilância alimentar e nutricional foram apresentadas ao território nacional há quase 10 anos e ainda são colocados desafios frente a sua operacionalização nos MPP.

Figura 9- Gráfico de distribuição das EFAB segundo o ano de instituição pelo MS, Brasil, 2014.



Fonte: BRASIL, (2014a).

Esses resultados demonstram quanto o grande quantitativo de ações, que expressam a política de AB propostas pelo governo federal (instituídas predominantemente por meio de normas), têm conseguido, de fato, chegar à realidade dos municípios menores. O MS tem predominado como autoridade sanitária, atribuído (em parte) ao histórico do Executivo Federal. Durante os primeiros 20 anos de implantação do SUS o Ministério manteve um poder de regulação importante sobre a política nacional, principalmente por meio de normas federais vinculadas a incentivos financeiros (MACHADO; BAPTISTA, 2012).

Pensando na discussão sobre o poder realizada por Testa (1995), o governo federal tem atuado no cenário nacional pelo domínio do poder administrativo, utilizando tanto as normas como os recursos financeiros para exercer a capacidade de realizar seus objetivos. Entretanto, os municípios também têm poder administrativo na medida que possuem como recurso o seu domínio sobre o processo de gestão da operacionalização das ações das políticas, previsto na Constituição de 1988. Assim, considerando a diversidade de fatores presentes e que interferem na realidade local, os municípios podem optar ou não por desenvolver tais estratégias, o que pode estar associado a baixa adesão da maioria das EFAB

ministeriais nesses municípios (das 18 EFAB com critérios que possibilitam sua adesão pelos MPP, apenas 3 conseguem ter adesão da maioria dos MPP da região em estudo).

O grande quantitativo de estratégias indutoras do fortalecimento da AB, instituídas legalmente, tem tido dificuldades em despertar comportamentos que as legitimem nos MPP por meio de sua inserção nas práticas sociais. As EFAB que já estão em desenvolvimento nos municípios, muitas vezes, deixam de ser incrementadas para se investir em novos programas.

Vale considerar que essas EFAB apresentam diferenças significativas em sua trajetória histórica, base político-institucional, forma de entrada na agenda federal e dos MPP ou mesmo implicações para o SUS, o que demanda estudos aprofundados de análise específica de cada uma, considerando outros elementos além da identificação do seu desenvolvimento nos municípios.

6.2.2 O conhecimento da equipe gestora sobre as Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica desenvolvidas nos Municípios de Pequeno Porte

Os integrantes da equipe gestora dos MPP (os 744 entrevistados) referiram conhecer sete EFAB desenvolvidas nos municípios que consideraram estar relacionadas com a AB (Tabela 9), podendo-se conformar três subgrupos: estratégias federais de fortalecimento da AB que compõem o “saúde mais perto de você” (ESF; PMAQ-AB e NASF); estratégias estaduais (APSUS e Programa de Qualificação da Vigilância em Saúde no Paraná - VigiasUS) e estratégias federais voltadas para a saúde (Programa Mais Médicos - PMM e Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica - PROVAB).

Tabela 9 - Distribuição das estratégias de saúde desenvolvidas na Atenção Básica referidas pela equipe gestora segundo as RS, Paraná, 2014.

RS	ESTRATÉGIAS																											
	ESF				APSUS				VigiaSUS				PMAQ-AB				NASF				PMM				PROVAB			
	sim		não		sim		não		sim		não		sim		não		sim		não		sim		não		sim		não	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
A	153	98,7	2	1,3	130	83,9	25	16,1	117	75,5	38	24,5	112	72,3	43	27,7	93	60,0	62	40,0	27	17,4	128	82,6	21	13,5	134	86,5
B	124	97,6	3	2,4	115	90,6	12	9,4	105	82,7	22	17,3	98	77,2	29	22,8	78	61,4	49	38,6	70	55,1	57	44,9	37	29,1	90	70,9
C	175	100,0	-	-	157	89,7	18	10,3	163	93,1	12	6,9	147	84,0	28	16,0	80	45,7	95	54,3	132	75,4	43	24,6	45	25,7	130	74,3
D	168	98,8	2	1,2	151	88,8	19	11,2	137	80,6	33	19,4	130	76,5	40	23,5	94	55,3	76	44,7	60	35,3	110	64,7	29	17,1	141	82,9
E	115	98,3	2	1,7	110	94,0	7	6,0	95	81,2	22	18,8	101	86,3	16	13,7	51	43,6	66	56,4	33	28,2	84	71,8	24	20,5	93	79,5
Total	735	98,9	9	1,2	663	89,1	81	10,9	617	82,9	127	17,1	588	79,0	156	21,0	396	53,2	348	46,8	322	43,3	422	56,7	156	21,0	588	79,0

Fonte: o próprio autor.

Em relação às 22 EFAB, a equipe gestora (os 744 entrevistados) referiu apenas três - ESF, PMAQ-AB, NASF - em desenvolvimento nos MPP. Este resultado demonstra que os profissionais integrantes da equipe de gestores chave sinalizaram um maior número de EFAB (13 das 22 EFAB, como apresentado na subseção anterior) desenvolvidas nos municípios.

A menor quantidade de EFAB referidas pela equipe gestora entrevistada também pode estar relacionada à menor participação da totalidade dessa equipe na gestão das EFAB. Lembrando que mais da metade da equipe gestora (66,9%) tem como função a responsabilidade pelos diferentes sistemas de informação, sendo a regulação de exames e consultas especializadas a segunda mais citada (15,1%), desse modo, estes profissionais podem estar mais restritos a estas atividades.

A ESF foi citada por expressiva maioria da equipe de gestores entrevistados (98,8%). Este resultado ressalta a continuidade e solidez da ESF que tem se configurado mais como uma política de Estado do que de um governo, ainda que sua qualificação possa variar entre os governos dos três entes federativos (MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011). Já o PMAQ-AB foi citado pela maioria da equipe gestora (79,0%), no entanto, embora desenvolvido em quase todos os MPP das RS, nem todos sabiam sobre esse programa, não havendo importantes variações entre as regionais.

O NASF, apesar de ser uma estratégia federal que apresenta baixa adesão na macrorregião norte, foi reconhecida pela equipe gestora como uma estratégia voltada para a AB desenvolvida nos municípios (53,2%). Nas RS "C", "D", "E", onde poucos municípios desenvolvem este programa, aproximadamente metade da equipe referiu o mesmo. Esse resultado pode estar relacionado ao fato de existirem situações em que o município não fez a adesão ao NASF oficialmente (não havendo credenciamento ou repasse de recursos), mas possui outras categorias profissionais, além das integrantes das equipes de saúde da família, atuando na AB. Esses profissionais podem estar sendo considerados como NASF pela equipe gestora, mesmo sem a realização da adesão oficial.

Dentre as estratégias voltadas para a AB mais citadas pela equipe gestora, além da ESF, estão as iniciativas do governo estadual para a melhoria das ações e serviços de saúde APSUS (89,1%) e VigiaSUS (82,9%).

O APSUS, iniciado em 2011 no Paraná, constitui um programa que inova ao buscar reorganizar a AB por meio do fortalecimento de sua capacidade de assistência na perspectiva das RAS, para o atendimento à saúde com qualidade e resolutivo em todas as regiões do

estado. O programa é desenvolvido por três linhas de ação, a primeira corresponde à educação permanente e qualificação das equipes por meio de “oficinas de planificação da atenção primária à saúde”, envolvendo RS, Municípios e Universidades, para a formação de aproximadamente 30 mil profissionais das equipes de AB e equipes gestoras dos 399 municípios das 22 RS do estado. A segunda linha corresponde a investimentos em infraestrutura com a reforma, ampliação e/ou construção de cerca de 400 UBS. E a terceira linha corresponde aos investimentos em custeio das equipes de AB visando redução de iniquidades regionais (PARANÁ, 2016).

A equipe gestora dos MPP atribuiu um potencial transformador e qualificador das práticas ao APSUS, principalmente pelas oficinas de formação que estimulava o encontro de todos os profissionais de saúde envolvidos com a AB para refletir, aprender e reorganizar as práticas de forma conjunta. E realmente envolveu uma ampla gama de profissionais, tendo sido um dos programas mais conhecidos pela maioria dos responsáveis pela gestão.

Em relação ao VigiaSUS, o programa foi previsto no Plano Estadual de Saúde 2012-2015 e tem por objetivo fortalecer e qualificar as ações de vigilância em saúde (vigilância sanitária; vigilância epidemiológica; vigilância em saúde mental; vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde) nos municípios do Paraná. Esta ação foi estruturada em três componentes estratégicos: incentivos financeiros aos municípios; educação permanente voltada para os municípios e RS e estruturação dos serviços próprios de Vigilância em Saúde da Secretaria Estadual da Saúde. Em 2013 houve um importante investimento do Estado com repasse de mais de R\$ 47 milhões do Tesouro Estadual aos 399 municípios paranaenses (PARANÁ, 2016).

O destaque dado pelos integrantes da equipe gestora a esses programas estaduais chama a atenção sobre a participação do estado na execução da saúde pelos municípios, colaborando com incentivos financeiros e qualificação da força de trabalho. Essa atuação do ente estadual reafirma a competência específica dessa esfera no âmbito da distribuição de competências federativas estabelecidas pela Constituição de 1988, principalmente em relação ao fornecimento de apoio técnico e financeiro aos municípios para o desenvolvimento das ações desses.

O Estado federativo exige a atuação articulada dos entes federados, como a cooperação política, administrativa e financeira entre o governo federal, estados e municípios. A federação pressupõe um pacto, parceria entre os entes federados, em que a autonomia e

interdependência entre cada ente sejam reguladas, ocorrendo o reconhecimento recíproco da integridade da União, estados e municípios (ABRUCIO, 2002). A condição trazida pelo federalismo necessita que a esfera estadual participe na coordenação da política, isto porque, no Brasil, percebeu-se um afastamento da presença da esfera estadual na definição e implementação das políticas sociais, e poucos foram os estudos que sistematizaram esta realidade (CARVALHO, 2006).

Quanto ao subgrupo relacionado às estratégias federais voltadas para a saúde, o PMM e o PROVAB foram ressaltados pela equipe gestora dos MPP como programas que contribuem para o fortalecimento da AB, apesar de não estarem descritas dentre as 22 EFAB consideradas prioritárias para o incremento desse nível de atenção pelo DAB. Desse modo, esses programas não foram inicialmente identificados nessa pesquisa por não fazerem parte do grupo de estratégias que compõem o conjunto de iniciativas do DAB (“Saúde mais perto de você”) para prestação de cuidado à população. O PMM e o PROVAB são iniciativas voltadas para a área da saúde e não específicas para o âmbito da atenção básica.

O destaque destas estratégias na visão da equipe gestora pode estar associada ao cenário nacional que se tem enfrentado, caracterizado por uma situação de escassez associada à má distribuição de médicos no país (SCHEFFER, *et al*, 2015; CARVALHO, SOUZA, 2013). Em geral, estes profissionais encontram-se concentrados em grandes centros urbanos e atuando no meio hospitalar, assim, em MPP esta escassez se agrava devido a frequente localização destes em áreas geográficas mais isoladas, com maior vulnerabilidade social e econômica (SANTOS; COSTA; GIRARDI, 2015).

Tem-se investido em estratégias de fixação do médico no país, iniciadas em 1976 com o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, em 1993 com o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde e em, 2001 o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. O PROVAB surge como uma dessas estratégias mais recentes, com o objetivo fundamental de ampliar o acesso à saúde da população carente, incentivando profissionais da saúde recém-formados a trabalhar em regiões marcadas pela escassez de médicos. (CARVALHO, SOUSA, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2015). O PROVAB oportuniza que os médicos recém formados atuem junto à comunidade de forma supervisionada e que tenham acesso ao curso de especialização em AB.

Em 2013, o PMM é instituído pela Lei nº 12.871/2013. Esse programa busca o provimento de médicos, a implantação de novas diretrizes curriculares no curso de medicina,

o aumento do número de vagas de graduação e residência em medicina nas universidades e por fim, a contratação de médicos brasileiros e estrangeiros para atuar, sobretudo, em municípios cuja densidade médica esteja abaixo do preconizado (BRASIL, 2013b).

O fato de menos da metade da equipe gestora dos MPP (43,3%) terem conhecimento sobre o PMM e ainda menor quantidade (21,0%) sobre o PROVAB, pode estar associado ao período de coleta de dados do estudo, momento em que essas ações estavam chegando aos municípios, o que não diminui sua importância, por terem sido lembradas frente a expressiva quantidade de estratégias existentes. Houve diferenças entre as regionais, a RS “C” se destacou frente às demais na quantidade de integrantes da equipe gestora que tinham conhecimento sobre o programa (75,4%). Já a RS “A” teve uma menor proporção de pessoas que referiram esta estratégia (17,4%).

Os resultados apresentados no presente capítulo também trazem para a cena a reflexão sobre o quanto essas EFAB conseguem envolver os profissionais atuantes nas unidades de saúde que não fazem parte da equipe gestora, pois o fato de nem mesmo toda a equipe responsável pela gestão conhecer todas as propostas desenvolvidas nos MPP, sinaliza sobre o desconhecimento que poderia ser encontrado em relação aos trabalhadores alocados nas unidades de saúde, os quais são responsáveis por colocá-las em prática. Ressalta-se que quanto maior o conhecimento de um integrante da equipe de saúde sobre as EFAB, maior o seu poder técnico em relação aos demais profissionais da equipe.

Percebe-se então uma concentração do poder técnico nos gestores chave quando comparados aos demais integrantes da equipe gestora. Situação que também decorre dos cargos de gestão que estes ocupam dentro da equipe gestora (ex: Secretário Municipal de Saúde; coordenação dos programas e da ESF entre outros) que determinam maior envolvimento desses e domínio da tomada de decisão quando comparado aos demais integrantes da equipe gestora (como já citado anteriormente) que ocupam cargos mais burocráticos (ex: responsável pela gestão do fundo municipal de saúde; operação dos sistemas de informação; regulação e auditoria). Estes, por muitas vezes, chegam até a ter como local de trabalho a Prefeitura Municipal e não a Secretaria Municipal de Saúde, e assim, podem não ter envolvimento no desenvolvimento dessas ações.

Após a identificação e análise das estratégias nacionais de fortalecimento da AB e quais destas estão sendo desenvolvidas nos MPP, apresentadas anteriormente, a seguir serão

abordados aspectos envolvidos na implementação das EFAB nos MPP a partir da percepção da equipe de gestores chave dessas localidades.

6.3 A entrada das Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica na agenda dos Municípios de Pequeno Porte

Diante da fala da equipe de gestores chave, evidenciou-se um processo político dinâmico, com articulação e sobreposição entre os vários momentos (fases do ciclo da política pública) desse processo. Na implementação das EFAB federais nos MPP, percebeu-se que novas decisões e formulações são feitas, reiniciando o ciclo político, pois os problemas e soluções trazidos pelas várias estratégias federais voltadas para a AB podem ser reconhecidos ou não pelos responsáveis pela gestão no momento em que chegam aos municípios, entrando ou não na agenda destes e consequentemente sendo ou não implementadas na prática. Desse modo, importa analisar a montagem da agenda relacionada às EFAB no nível local utilizando-se o modelo de análise de conformação de agenda de Kingdon (2003) para auxiliar na compreensão deste processo.

6.3.1 A chegada da informação sobre uma nova Estratégia Fortalecedora da Atenção Básica lançada pelo Ministério da Saúde

A equipe de gestores chave referiu que as EFAB são formuladas pelo Poder Executivo Federal e chegam até os MPP “prontas”, com as atividades já previstas para serem desenvolvidas na prática de seus serviços de saúde, constituindo uma implementação *que vem de cima para baixo, muitas vezes diferente da realidade que a gente tem, pois nós não participamos do planejamento dessas estratégias* (A1).

De acordo com os participantes do estudo, as equipes técnicas das RS constituem as principais fontes de informação sobre uma nova EFAB que está sendo lançada pelo MS. Os técnicos das RS avisam sobre uma portaria que institui determinada estratégia no âmbito nacional e faz esse contato, na maioria das vezes, por envio de um ofício. Algumas vezes, este chega ao município acompanhado de um material instrutivo que orienta como o município pode realizar a adesão a determinada EFAB (elaborado pela equipe técnica atuante na RS que apóia os municípios). E também, a *regional informa por meio das reuniões, praticamente todo o mês tem a CIB, então cada um da regional que representa o setor passa todos os dados* (A5). Além das RS, outra forma comum da equipe gestora adquirir conhecimento sobre as EFAB ocorre pelos portais virtuais de acesso aberto do MS (frequentemente pelo DAB), o

qual publica determinada norma jurídica (principalmente por meio de portarias) que institui a estratégia.

Também foram citadas outras fontes de informação para os MPP sobre a publicação de uma determinada EFAB lançada pelo governo federal, apesar de menos comuns: os representantes do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná (COSEMS-PR) que apóiam a equipe gestora no desenvolvimento da gestão; a equipe gestora dos municípios vizinhos (às vezes até de outra regional, ou outro estado) ou mesmo contatos políticos que residem em Brasília, denominados pelos entrevistados como assessores ou deputados, que ficam atentos aos programas que estão sendo lançados em nível nacional.

Então, uma vez informados sobre uma nova estratégia, a equipe gestora referiu que o próximo passo é fazer a leitura mais atenta da portaria que a institui. Essas normativas são consideradas pela equipe gestora como a principal fonte de conhecimento que orienta sobre os princípios, diretrizes, metas e atividades para a adesão, organização e desenvolvimento da EFAB para o município (incluindo financiamento e infraestrutura).

6.3.2 A dificuldade da equipe gestora em se manter atualizada diante do grande quantitativo de normas jurídicas

Os responsáveis pela gestão referiram um grande quantitativo de portarias que são publicadas constantemente, muitas vezes revogando uma portaria anterior, e assim torna-se difícil manter-se atualizados, *fica muito confuso* (C10), se sentem como *super-heróis* (B8), pois, nos MPP, os integrantes da equipe gestora acumulam mais de uma função, como apresentado anteriormente, *e tem coisa que não consegue ler, e precisa arrumar um tempo maior para ler, só que você chega no município e a sua agenda, que você se programou, nunca é aquela que você se programa, é muita demanda. Quando vê já chegou uma outra reunião* (A4).

Esta situação reforça o papel importante da regional de saúde enquanto principal fonte de informação sobre o lançamento de uma EFAB e, além disso, muitos MPP disponibilizam um *administrativo que também está por dentro de tudo. Ele recebe os emails, imprime as portarias, olha vamos sentar para ver porque esse tem prazo, e daí o gestor vai junto, a gente junta a equipe e vai fazendo* (E6). Principalmente porque muitos desses documentos trazem prazos pré-determinados para o município aderir a uma determinada EFAB. A equipe gestora

caracteriza a “adesão” como o cumprimento de todos os requisitos propostos na portaria para o município desenvolver determinada estratégia na prática, sendo contemplado com o recurso atrelado à operacionalização da mesma.

A percepção da equipe gestora sobre o número de documentos das EFAB reafirma os resultados encontrados na análise documental desse estudo, apresentada anteriormente, que levantou expressiva quantidade de normas jurídicas (principalmente portarias) relacionadas às estratégias priorizadas pelo governo federal para o fortalecimento da AB. Enfatiza-se a dificuldade dos responsáveis pela gestão se manterem atualizados e a necessidade de ter que disponibilizar um trabalhador somente para realizar essa tarefa.

Quando se pensa em uma política pública como “ação do governo”, de fato, inclui refletir sobre sua concretização por meio de instrumentos legais do campo do direito (CHRISPINO, 2016). No entanto, o grande quantitativo de portarias tem se constituído como instrumento de indução e controle do Poder Executivo, expressa pela forma como as políticas chegam a esses municípios (normas jurídicas) (FEUERWERKER, 2005a). Esses documentos não constituem garantia da operacionalização da política na realidade dos municípios. Barroso (2009) aponta uma deficiência comum das normativas: muitas vezes não serem coerentes com a prática, com o cotidiano das pessoas, tornando-se desse modo, desprovidas de fundamento, vazias.

6.3.3 A autonomia do Município de Pequeno Porte para realizar a adesão às Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica: o reinício do ciclo político

Depois que os responsáveis pela gestão ficam sabendo sobre uma estratégia priorizada pelo MS, estes referiram que *o município tem autonomia para aderir ou não a determinada estratégia voltada para a Atenção Básica (C16)*. Essa fala da equipe gestora chave reafirma os achados já apresentados, em capítulo anterior desse estudo, que demonstraram adesão ainda incipiente à maioria das EFAB ministeriais nos MPP, devido a uma diversidade de fatores presentes e que interferem na realidade local. Esse resultado sinaliza que o expressivo impacto do poder administrativo do governo federal no cenário nacional não impede que os municípios também tenham poder administrativo, pois possuem, dentre seus recursos, o domínio sobre o processo de gestão da operacionalização das estratégias no nível local.

Assim, as EFAB federais são formuladas a partir da lista de problemas trabalhados no processo decisório do governo federal, reconhecidos como relevantes por este em um determinado momento. No entanto, esses problemas podem (ou não) atrair a atenção dos responsáveis pela gestão dos MPP, serem inseridos na agenda decisória desses e resultar na adesão a estas estratégias. Dessa forma, reinicia-se o ciclo político em que tais EFAB podem se apresentar ou não como a solução disponível para os problemas reconhecidos nos MPP. Estudos apontam que na fase da implementação podem ocorrer mudanças na proposta principal da política que foi formulada anteriormente, decorrente de novas negociações, decisões, que resultam em um novo início do ciclo da política pública (BAPTISTA; REZENDE, 2015).

A implementação sofre consequências diretas da fase de formulação, constituindo o instante em que se identifica o potencial de determinada política ser realmente desenvolvida na prática, os atores que a apoiam e as disputas de interesse entre esses atores ou grupos. Nesse momento, novos atores, responsáveis pela operacionalização das estratégias (pois prestam diretamente os serviços), entram no processo político e podem fazer novos pactos, diferentes dos realizados durante a formulação. Inicia-se um novo processo decisório, uma nova formulação da política direcionada para uma pronta aplicação, sem a influência dos grupos que aprovaram a proposta anteriormente (HOGWOOD; GUNN, 1984).

Esses mesmos autores citam algumas justificativas para que ocorram as mudanças na proposta inicial da política na fase de implementação: falta de envolvimento de alguns atores políticos, que entendem apenas o momento da formulação como de sua maior responsabilidade; a separação institucional entre os atores responsáveis pela fase de formulação da política e os que são responsáveis pela implementação (destaca-se que estes conhecem as fragilidades e potencialidades da realidade local do serviço de saúde onde as políticas serão implementadas - conhecimento técnico) ou mesmo a complexidade e diversidade de fatores que podem influenciar no processo político e resultar em situações inesperadas (HOGWOOD; GUNN, 1984).

Torna-se relevante destacar a divisão citada entre aqueles que formulam as EFAB daqueles que as implementam, situação que ficou evidente nas falas da equipe de gestores chave em relação a forma como as ações, programas e estratégias entram na agenda dos MPP. Apesar de ter sido referida a autonomia para decidir se ocorrerá a adesão ou não a uma estratégia e fazer novos pactos, essa autonomia é relativa quando se volta o olhar para todo o

processo político (principalmente quanto ao reconhecimento de um problema local-entrada na agenda; proposta de soluções-formulação da política e proposta de soluções para o problema-tomada de decisão), pois as estratégias chegam com princípios e diretrizes definidos, os atores dos MPP pouco participam de sua formulação inicial, existe uma oferta de problemas já escolhidos dentre os quais o município deve optar.

6.3.4 O comando do Ministério da Saúde no planejamento das Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica

A forma de entrada das EFAB na agenda dos MPP tende ao enfoque *top down* durante a implementação, pois existe um Poder Executivo central (MS) no comando da formulação das políticas que delimita as metas e formas de implementar as estratégias a serem desenvolvidas pelos gestores locais, os quais devem colocar em prática o que foi pensado por aqueles que ocupam posições detentoras de poder.

A forma organizativa de poder entre o Poder Executivo central e os gestores locais expressa a tendência a uma conexão uni-direcional entre quem decide e quem executa (um comanda e o outro executa) em detrimento do contrário desta ou bi-direcional (através de diálogo entre quem decide e quem executa, como iguais) (TESTA, 1995). Assim, para uma EFAB ser desenvolvida de modo que se aproxime da realidade de trabalho dos responsáveis pela gestão nos municípios, onde são executadas, há necessidade de se realizar o planejamento como tecnologia da gestão (GIORDANI, 1979; PAIM, 2002; CAMPOS, 2003).

O planejamento deve assegurar que estados e municípios participem na definição de prioridades regionais que vão orientar a formulação de políticas, tendo como base as regiões de saúde, dimensionando a capacidade instalada de produção de serviços, profissionais e equipamentos disponíveis, levantamento de recursos fiscais entre outros, para atender as necessidades de saúde da população, garantindo ações e serviços de saúde de qualidade (BRASIL, 2016).

O modo como as EFAB chegam aos MPP, dificulta que estes locais participem do momento de formulação das ações, o que vai contra a proposta pensada e explicitada nas normativas nacionais que dispõem sobre o planejamento desse processo. Identifica-se uma contradição entre a forma de organização que o MS propõe para o planejamento (ascendente:

iniciando no ente municipal para depois os estados e União) e a prática realizada (planejamento das EFAB federais sem a participação dos demais entes).

Existe um conjunto de normas que orientam os princípios do planejamento no Brasil, tanto que norteiam o planejamento governamental e normas específicas do âmbito do SUS. Estas normas se relacionam com a gestão de uma estratégia e representam referenciais que orientam a sua construção (marcos institucionais), pois foram propostas para regular o planejamento da mesma.

Destaca-se aqui o “Manual de Planejamento do SUS” do MS, o qual teve como objetivo rever e aprimorar os processos de planejamento a partir de um conjunto de normativas que devem orientar os gestores. Por meio desse, o MS elenca como um dos princípios do planejamento: que este deve ser ascendente e integrado, ou seja, desde os municípios até a esfera federal. O planejamento deve respeitar a autonomia dos entes federados e os Planos Municipais de Saúde são a base para o planejamento na região de saúde e nos âmbitos estadual e o federal. Assim, este manual se faz coerente com o enfoque *bottom up* para a implementação da política. Importa considerar que o planejamento e seus instrumentos já foram previstos por outras normativas anteriores, constituindo essa uma publicação mais recente do MS (BRASIL, 2016).

Tanto o enfoque *top down* (que constitui o enfoque de implementação que acontece nos municípios) como o *botton up* (tendência de enfoque que o MS considera em seus instrumentos normativos) possuem limitações na dinâmica de implementação das EFAB em contextos federativos.

A centralização da formulação das políticas no âmbito federal bem como nos demais entes federativos trazem riscos para a perspectiva da federação. Não existe um arranjo federativo isento de riscos, a concentração excessiva de poder no governo central pode resultar em absolutismo e a concentração de poder aos governos regionais trazem o risco de paralisar as reformas de interesse geral (ARRETCHE, 2013).

Não se pode ignorar duas dimensões centrais para o federalismo brasileiro: as desigualdades regionais e a importância das relações entre os entes federativos. O planejamento puramente ascendente também não garante coerência com um Estado federativo. Existe o papel do governo federal que impacta na redução das desigualdades de acesso dos cidadãos aos serviços públicos de uma nação. Por exemplo, a limitação da autoridade dos governos locais pode se dar para evitar que esses não destinem suas receitas

aos programas sociais, caso tenham autonomia decisória para alocar livremente suas receitas. Na presença simultânea de regulação federal e autonomia local, a desigualdade territorial tende a ser limitada. Desse modo, a regulação federal pode proteger determinadas políticas (ARRETCHE, 2013).

Uma condição federalista é manter a unidade na diversidade, resguardando a autonomia local, mas mantendo a integralidade territorial em um país composto por diversidade de territórios e realidades. Deve acontecer a soberania dos governos e interdependência entre eles (ABRUCIO, 2005). A atuação coordenadora do governo federal não pode ferir os princípios básicos do federalismo, como a autonomia e os direitos originários dos entes federativos. Deve-se favorecer que os processos decisórios sejam realizados com participação de todas as esferas de poder de modo a estabelecer redes federativas e não hierárquicas e centralizadoras. (ABRUCIO; SOARES, 2001)

Cada nível de governo desempenha um papel, a União regula o comprometimento dos governos locais com certas políticas (para que esses não reduzam o gasto com educação, saúde etc), no entanto, esses detêm autoridade para executá-las. Existem espaços para decisões dos governos locais, pois esses tem autonomia política que lhes permitem discordar e autoridade para executar as políticas (ARRETCHE, 2013).

6.3.5 As instâncias de negociação e pactuação entre os entes governamentais

Os espaços previstos para o planejamento federativo das políticas de saúde são instâncias de negociação e pactuação entre os entes governamentais - as Comissões Intergestores -, pois repercutem sobre os processos decisórios relativos às políticas de saúde e divisão de competências ente os entes federativos. As CIR foram referidas pela equipe de gestores chave como espaços utilizados para informar os municípios sobre as novas estratégias voltadas para a AB propostas no âmbito federal, orientar sobre a adesão, ou mesmo para aprovar a intenção de um MPP em aderí-las. Essas Comissões não tem se constituído enquanto momentos de discussão sobre a identificação de problemas que subsidiarão a formulação de uma nova EFAB, e também não tem sido potentes para a articulação federativa que contribua para a sua implementação.

Pesquisa desenvolvida na macrorregião norte do Paraná, em 2015, com o objetivo de compreender as CIR dessas localidades enquanto espaços de gestão federativa, verificou que

as reuniões das CIR acontecem mensalmente em momentos formalmente instituídos. No entanto, os assuntos constantes nas pautas das CIR eram direcionados às demandas das políticas nacionais e estaduais, muitas vezes desconsiderando as particularidades regionais. Os assuntos eram informados e não discutidos e deliberados, sendo constantemente atravessados pelos interesses estaduais e nacionais. As CIR precisam avançar no compartilhamento de problemas de forma solidária e responsável, de modo que ocorra a distribuição do poder e se estabeleça a possibilidade de governança entre todos os atores (representantes dos entes federados), coletiva e individual, na região de saúde (NICOLETTO, 2015).

As Comissões Intergestores constituem espaços onde deve ocorrer o planejamento integrado. Esse, conforme normatizado nacionalmente, deve facilitar o desenvolvimento das políticas de saúde e ser expresso por meio dos instrumentos de planejamento dos entes federados (da saúde e do governo: Plano de Saúde e respectivas programações anuais e Relatório de Gestão, PPA, LDO, LOA) (BRASIL, 2016).

Os instrumentos de planejamento dos entes federados foram referidos pela maioria da equipe de gestores chave dos MPP, de todas as RS, como meros instrumentos normativos elaborados por esses para que recebam recurso, pois são *obrigados a fazer, senão depois não vem o dinheiro, não tem verba* (D6). Desse modo, tais ferramentas não tem se constituído como meios para que se firme o planejamento, não sendo utilizados de acordo com o seu propósito. Parte da equipe dos MPP da RS “C” referiu que *pega da gaveta os instrumentos elaborados anteriormente, copia e cola sabe, não tem atualização dos indicadores, das ações, não acompanha em nada o problema do município* (C16).

Estudo realizado por meio de uma *scoping review*, que buscou analisar as implicações do processo de descentralização da gestão para o ente municipal, constatou a prática do planejamento como um problema para este ente em diferentes regiões do país. Dentre os resultados, este estudo coloca que muitas vezes o município nem sequer tem uma política de planejamento implantada e que quando tem, acontece de forma ainda incipiente, primitiva (PINAFO; CARVALHO; NUNES, 2016).

Outros estudos realizados em municípios brasileiros apontaram os instrumentos de planejamento como limitados, insuficientes, que não costumam ser praticados na realidade dos serviços, e que quando são desenvolvidos, focam-se em objetivos e metas baseados em

exigências de outras normativas em detrimento da realidade local (VIEIRA; GARNELO; HORTALE, 2010).

O cenário identificado nos MPP traz à tona a discussão sobre o processo de descentralização no país e no setor da saúde, pois este interfere na organização do planejamento/gestão das políticas de saúde no ente municipal. Aos municípios foi reservado um papel de destaque na condução das políticas de saúde, gestão e funcionamento dos serviços de saúde pela descentralização com direção única em cada esfera de governo, proposta já presente na 8ª Conferência Nacional de Saúde, recomendada pela comissão Nacional de Reforma Sanitária, desdobrando-se na lei que organiza o SUS (PAIM, 2002).

No entanto, em 2002, Paim já identificava municípios brasileiros com condições de assumir integralmente a atenção a saúde e outros que nem sequer tinham condições de garantir a AB em saúde, o que comprometeria o desenvolvimento das políticas de saúde. Os municípios apresentavam diferenças discrepantes quanto ao perfil epidemiológico; infraestrutura relacionada à saúde presente no território; necessidades da população; mobilização social; capacidade da secretaria de saúde gerenciar, entre outros (PAIM, 2002). Situação que se mantém no cenário atual dos municípios brasileiros.

O processo de descentralização pressupõe a escuta dos municípios, sobre suas necessidades locais e regionais, possibilidades técnicas e organizativas para desempenhar as suas competências, sendo entendida como uma aproximação das decisões no nível local, onde ocorrem as práticas de saúde (PAIM, 2002). Ou seja, no processo de planejamento, o município deve participar da entrada na agenda e formulação das políticas de saúde, destacando-se a política voltada para a AB nos MPP, uma vez que esses têm a AB como serviço predominante em seu território.

Deve-se reconhecer que existem diferentes ritmos e processos que caracterizam a capacidade dos municípios assumirem os serviços de saúde e que, para muitos, a descentralização deve ser um processo a ser conquistado ao longo do tempo. Nos municípios com fragilidades em implementar esse processo, para aquilo que este ente não tiver condições de fazer, deve entrar a atuação dos estados/ Distrito Federal em caráter suplementar e, da mesma forma, no que os estados/Distrito Federal não conseguirem responder, deve-se atuar a União, conforme previsto na Lei orgânica da saúde (PAIM, 2002). As diferentes capacidades dos municípios em assumir os serviços de saúde se refletem em diferentes capacidades de

assumir o desenvolvimento das políticas de saúde, o que também requer parcerias solidárias dos demais entes.

É necessário analisar cada situação para orientar a velocidade da operacionalização da descentralização. Em muitos momentos, para atender a diversidade das localidades, a centralização de certas medidas é necessária, devendo-se analisar concretamente cada situação para estabelecer a velocidade adequada do processo de descentralização coerente com a realidade do município, estabelecendo a descentralização de algumas ações e centralização de outras ao mesmo tempo (PAIM, 2002).

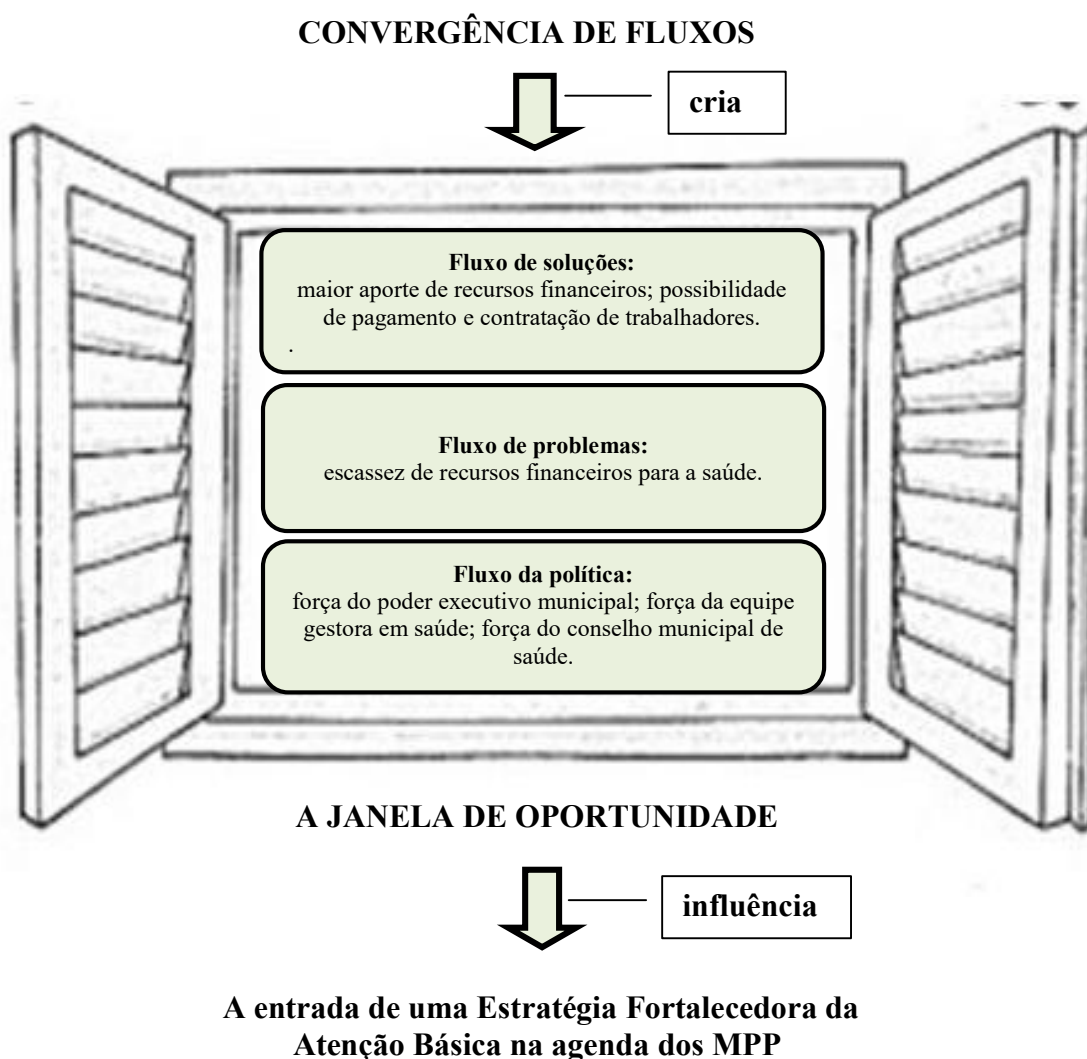
A forma de chegada das EFAB nos MPP demonstrou uma organização da gestão das estratégias por meio de práticas de planejamento que dificulta a participação local no momento de formulação das ações. Essa situação é reiterada quando se verifica a utilização ainda incipiente dos instrumentos de planejamento dos entes federados e dos espaços para que ocorra o planejamento federativo (CIR), sendo percebidos pela equipe gestora como utilizados para o cumprimento de tarefas burocráticas (sem propósito definido), não repercutindo sobre os processos decisórios relativos às políticas de saúde que prevêm divisão de competências entre os entes federativos.

Esses resultados caracterizaram o modo como uma EFAB chega aos municípios, reiniciando seu ciclo político. Após essa chegada, ocorre o reconhecimento dos problemas trazidos pela estratégia, ou seja, despertam a atenção dos atores responsáveis pela conformação da agenda. Esse processo caracteriza a forma como determinados problemas passam a compor a agenda dos MPP criando as chamadas “janelas de oportunidade”, que possibilitam a adesão ou não a essas propostas ou mudança nas políticas existentes mediante a entrada das propostas na agenda.

6.3.6 A criação da janela de oportunidade

Levantou-se, por meio das falas dos participantes, um conjunto de condições favoráveis que influenciam o MPP a aderir a uma determinada EFAB, criadoras de uma janela de oportunidade (Figura 10).

Figura 10 - Representação do conjunto de condições favoráveis, criadoras de uma janela de oportunidade, que influenciam os MPP da macrorregião norte do Paraná a aderir uma determinada EFAB, Paraná, 2016.



Fonte: Elaboração própria a partir da pesquisa e do modelo proposto por Kingdon (2003).

6.3.6.1 O destaque para os recursos financeiros atrelados à uma Estratégia Fortalecedora da Atenção Básica

A equipe gestora chave referiu que, após ter conhecimento sobre a existência de uma nova EFAB, no momento que procuram conhecer melhor a mesma, a primeira questão que chama a atenção e que constitui objeto de maior investigação é o incentivo financeiro que está

atrelado à determinada EFAB, sendo o fator de maior influência para a tomada de decisão em prol de sua adesão e possível implementação.

Os entrevistados relataram que, às vezes, surgem programas que intensificam ainda mais o aspecto da indução financeira como determinante para a tomada de decisão, que faz com que *aqueles que fazem gestão tenham que engolir e fazer. Vamos pegar o PMAQ-AB, por exemplo, você não adere, você é obrigado a aderir, é um programa do governo e você tem que cumprir as metas dele, pelo menos no começo* (D13).

De acordo com a equipe de gestores chave, essa situação acaba acontecendo porque o desenvolvimento de algumas estratégias também é condição para o recebimento de outros incentivos financeiros (provenientes de outras ações e programas) para além dos recursos previstos em suas portarias. Assim, a não adesão a um determinado programa (que o governo federal tem forte intenção que todos os municípios brasileiros desenvolvam) impede/proíbe que o gestor faça a adesão a outras ações, programas e estratégias federais. Isso sinaliza o poder administrativo acumulado pelo executivo federal, verificado pela habilidade desse em deter a maior parcela do financiamento e controle sobre seus fluxos, constituindo elemento de grande impacto na organização do setor (TESTA, 1995).

Para a equipe de gestores chave, o recurso financeiro trazido por determinada EFAB são mais determinantes na tomada de decisão por desenvolvê-la do que a solução do problema de saúde de que trata a estratégia, mesmo que a equipe reconheça que as ações trazidas por uma estratégia possam ser alternativas importantes para a resolução de um determinado problema de saúde presentes no MPP. O financiamento disposto nas EFAB federais também constitui uma alternativa já escolhida pela equipe local, que fica aguardando as estratégias federais que proporcionem recursos, contribuindo para a construção de argumentos a favor das mesmas, como parte dos fluxos de alternativas e soluções.

Reconhece-se a impossibilidade de se desenvolver uma política pública sem considerar custos e fonte de recursos, pois existe um valor financeiro para que se concretize uma vontade política na prática (CHRISPINO, 2016). Contudo, a importância do incremento financeiro para os MPP, como condicionante para a realização da adesão à uma estratégia voltada para a AB, também tem relação com o modo de operacionalização da descentralização da gestão no SUS e seus impactos na implementação das políticas de saúde nesses municípios. Assim se destaca a escassez de recursos financeiros no fluxo de problemas dos MPP como parte da criação da janela de oportunidade.

Estudo já citado sobre as implicações do processo de descentralização da gestão para o ente municipal, apresentou dentre os resultados: o aspecto do financiamento como entrave para descentralização, com sobrecarga do orçamento dos municípios em relação aos demais entes federativos (PINAFO; CARVALHO; NUNES, 2016). O ente municipal despense, em média, mais de 20% do seu orçamento nos cuidados com a saúde (DRESCH, 2014).

E se tratando de MPP, a situação torna-se ainda mais crítica, pois estes são mais vulneráveis financeiramente. Teixeira *et al.* (2011), ao analisar os impactos da descentralização sobre a gestão local do SUS, concluiu que houve avanços e inovações na gestão dos municípios com a descentralização, mesmo em um contexto desfavorável. No entanto, esse aperfeiçoamento gerencial foi característico de municípios de maior porte (mais de 50 mil habitantes) que possuem maior aporte de recursos financeiros, evidenciando o impacto da diversidade do contexto federativo brasileiro sobre disseminação da modernização setorial nos governos locais (TEIXEIRA *et al.*, 2011).

Com o SUS, a participação relativa dos municípios no financiamento da saúde aumentou ao longo dos anos, enquanto a participação relativa da União diminuiu. Na década de 80, o governo federal participava com 77,7% e os municípios com 9,5% dos recursos gastos em saúde pública (MARQUES; MENDES, 2003). Em 2011, esses percentuais já haviam mudado para 44,7% e 29,6%, respectivamente (SIOPS, 2011).

A partir da implementação do Piso de Atenção Básica (PAB), iniciado em 1998, os recursos federais passaram a chegar aos municípios por meio de incentivos financeiros atrelados a estratégias priorizadas pelo governo federal. Criam-se condições para o aparecimento de ações específicas que expressam a política de saúde, decididas e formuladas pelo MS, que acabam por determinar a destinação dos recursos federais, reforçando o domínio do Poder Executivo Federal sob municípios dependentes dos recursos federais (CASTRO, MACHADO, 2010; MARQUES, MENDES, 2003; MARQUES, MENDES, 2002).

Os municípios passam a vivenciar um cenário onde coexiste a escassez de recursos e a abundância de incentivos atrelados às ações específicas, pois são induzidos a adotar programas que prevêm financiamento e impedidos de redirecionar recursos para finalidades locais que não estejam dentro do escopo de ações das estratégias priorizadas pelo governo federal. Esta situação dificulta ou mesmo impossibilita que o município desenvolva suas próprias políticas, voltadas à realidade local, pois leva o município a adotar políticas que não

são definidas em seu âmbito de atenção (CASTRO, MACHADO, 2010; MARQUES, MENDES, 2003; MARQUES, MENDES, 2002).

Estudo realizado no período de 2003 a 2008 sobre a atuação federal na AB destaca que esta foi marcada pela regulação da saúde por meio de grande quantidade de portarias atreladas a mecanismos financeiros, mantendo a lógica de transferência de recursos da União vinculados a estratégias específicas e prioritárias do MS, sem levar em consideração a diversidades dos municípios do território nacional. As autoras também identificaram modesto incremento do orçamento federal voltado para a AB e criação de novos incentivos, no entanto ainda permanece o desafio de se garantir maior aporte de recursos para que se fortaleça esse nível de atenção (CASTRO; MACHADO, 2010).

Ressalta-se que existem espaços para a participação dos municípios na tomada de decisão sobre as EFAB que são as Comissões Intergestores, sendo dotados de autonomia política para interferir sobre a formulação das estratégias nacionais. Entretanto, o planejamento das ações sem contemplar a diversidade desses entes, ou mesmo, a forte indução financeira na adoção das estratégias priorizadas pelo âmbito federal, podem ser indicativos de que a representação dos entes locais nas comissões não tem refletido as necessidades desses âmbitos ou mesmo a garantia da sua autonomia no planejamento das ações.

Como parte importante na discussão sobre a perspectiva de aumento dos recursos para a saúde pública, ressalta-se as expectativas para o incremento de recursos destinados ao SUS depositadas na regulamentação da Emenda Constitucional 29, o que ocorreu em 2012, com a publicação da LC 141. Estudo que buscou analisar os efeitos da EC 29 no financiamento do SUS entre 2000 a 2010, confirma maior estabilidade referente aos recursos do sistema conferida pela emenda, com maior comprometimento financeiro dos entes federativos em seu financiamento. O gasto com ações e serviços públicos em saúde aumentou em 112% no período estudado, sendo compartilhados pela União, Estados e Municípios. Houve um avanço indiscutível com a LC 141, pois definiu critérios de rateio para alocação de recursos, referendou o papel que devem ter os recursos federais no financiamento do SUS. No entanto, apesar desse crescimento, o valor ainda permanece insuficiente para que o SUS cumpra suas responsabilidades constitucionais (PIOLA; FRANCA; NUNES, 2016).

E ainda, os resultados desse estudo revelaram que o crescimento da aplicação de recursos trazidos pela EC 29 não teve diferenças significativas na alocação per capita de

recursos entre as regiões, não impactando nas disparidades inter-regionais. Situação que pode ter contribuído para este cenário foi a falta da regulamentação de dispositivo da EC 29 que determinava um caráter mais redistributivo dos recursos federais. Os autores concluíram que o simples e automático aumento de recursos públicos para o SUS não são garantia de redução das diferenças regionais de alocação destes. A mudança dessa situação necessita que critérios redistributivos dos recursos federais sejam de fato implementados (PIOLA; FRANCA; NUNES, 2016).

6.3.6.2 A fragilidade do Município de Pequeno Porte em relação ao provimento da força de trabalho

De acordo com a equipe de gestores chave, existem atividades que devem ser realizadas para que o município possa usufruir do incentivo financeiro trazido por uma EFAB e muitas vezes o MPP não se encontra apto para realizá-las:

[...] a verdade não é só o financeiro, mas quais são as ações que vão ter que ser desenvolvidas para vim aquele recurso financeiro, porque, às vezes, tem ações que você não tem aquele profissional ali (C12).

[...] para você implantar determinado programa ou política mesmo com o incentivo, você vai precisar de mais profissionais. Enfim o custeio vai aumentar e nem sempre o prefeito está disponível ou não pode por vários motivos. E as vezes no papel é uma coisa e você não consegue colocar na prática exatamente como está no papel por conta disso, porque te falta profissional, te falta os insumos, os meios para se executar aquela estratégia e nesse quesito é um pouco frustrante, na prática as dificuldades te limitam a ação, você não consegue fazer o 100% do que o programa traz (A4).

A fragilidade do MPP em relação ao provimento da força de trabalho foi relatada pelos participantes do estudo como uma situação frequente, que impacta na tomada de decisão sobre a adesão à uma nova EFAB pelo MPP. A possibilidade de solução da falta de recursos para o pagamento e contratação de novos trabalhadores, como uma alternativa previamente notada pelos gestores, influencia na decisão por desenvolver uma EFAB, estando compreendidos como parte do fluxo de soluções da janela de oportunidade.

Para os entrevistados, um dos principais problemas a serem observados é que a maioria desses programas diz muito bem que o servidor tem que ser concursado, que tem que ter um vínculo com o município (D2), mas para realizar um concurso deve-se verificar se a folha de pagamento dos servidores não está extrapolada, pois geralmente ultrapassa o índice

permitido de gasto do município com pagamento de funcionários, de acordo com a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).

Como já explicitado anteriormente, com a descentralização, as secretarias municipais de saúde assumiram a gestão da maior parte dos serviços de saúde no âmbito do SUS, chegando-se a aproximadamente 95% do total de estabelecimentos de saúde públicos constantes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em 2010. Esse grande e complexo incremento da responsabilidade municipal exigiu inovações desse ente em diversas áreas, incluindo a gestão de pessoas (COUTO; ARANTES, 2002; ABRUCIO, 2005).

Nesse cenário, a capacidade de gestão da força de trabalho dos municípios constitui aspecto central, pois apresenta uma grande variedade e quantidade de ocupações envolvidas na área da saúde que são diretamente responsáveis pela prestação de serviços, além de constituir elemento imprescindível para a efetividade da descentralização. Essa capacidade de gestão tem como obstáculos a inflexibilidade das normas legais, que dificultam a adequada seleção/manutenção/avaliação dos funcionários, por meio de limitações para gastos, impedimento da realização de concursos públicos e substituição de trabalhadores, o que motiva outras formas de ingresso no setor, muitas vezes com vínculos precários, resultando em desmotivação, conflitos e rotatividade de profissionais nas funções (BANCO MUNDIAL, 2007; TEIXEIRA *et al.*, 2011).

A distribuição de incentivos financeiros do governo federal induziu a ampliação das equipes municipais, que em muitos casos eram impossibilitadas de serem mantidas sem o repasse federal. E ainda, apesar do incremento do financiamento para a AB, principalmente para a ESF, o município ainda foi responsável pelo provimento de grande parte dos recursos gastos com esse programa (cerca de 70%) (MARQUES; MENDES, 2003).

De acordo com os gestores chaves dos MPP, a maior dificuldade de contratação de novos profissionais foi atribuída ao NASF, o que influenciou muitos dos MPP a não aderirem ao mesmo, como já explicitado em capítulo anterior, pois *para pactuar o NASF tem que fazer a contratação do pessoal e é por concurso, porque diz assim, tem que ter um vínculo com o município, não pode ser contratado e depois vai embora a qualquer hora* (D2).

Tal dificuldade está vinculada, de acordo com os participantes do estudo, principalmente a LRF, que exige que as equipes sejam incluídas no limite da despesa com pessoal, alvo de intensa polêmica entre os municípios e o Tribunal de Contas (MARQUES; MENDES, 2003). Esta lei estabeleceu limite de gasto com pessoal de 60% da receita corrente

líquida, devendo 6% ser destinado ao legislativo, incluindo o tribunal de contas, e 54% para o executivo (LINHARES, 2008). A LRF surgiu no ano 2000 tendo como justificativas de sua implantação: a colaboração na gestão e prevenção quanto ao endividamento do patrimônio público. Entretanto, tem funcionado como um mecanismo regulatório que dificulta a gestão da força de trabalho pelos municípios (MAGALHÃES *et al.*, 2005).

Outra realidade encontrada nos MPP, que dificulta ainda mais a governabilidade da secretaria de saúde sobre a gestão de pessoas, é que o órgão responsável por esta atividade, muitas vezes não faz parte do setor saúde, os quais não conhecem a realidade e as necessidades dos serviços de saúde. De acordo com estudo já citado anteriormente realizado por Teixeira *et al.* (2011), no ano de 2006, na maioria das realidades locais (83%), a gestão da força de trabalho da secretaria de saúde era feita pela secretaria de administração da prefeitura, sendo essa situação mais freqüente quanto menor o porte do município.

6.3.6.3 Os empreendedores governamentais do processo decisório das Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica

Dentre as condições favoráveis para criação da janela de oportunidade referente ao fluxo político, destacam-se os empreendedores governamentais do processo decisório das EFAB nos MPP. Segundo a equipe de gestores chave, o prefeito ocupa posição estratégica na tomada de decisão para o reconhecimento e adesão à uma EFAB. Esse ator pode introduzir ou restringir a entrada de novas questões na agenda decisória, pois *a adesão também tem que levar a assinatura do prefeito em todos os programas (C10), fica claro que ele dá a voz de comando, ele diz que sim ou não (D10).*

Os prefeitos constituem empreendedores governamentais visíveis que participam do processo decisório e, conforme referido pelos participantes do estudo, o incentivo financeiro também constitui elemento importante que chama a atenção desse ator para optar pela adesão ao programa, segundo os relatos *quando é um programa que traz um incentivo financeiro, normalmente é do interesse do prefeito (A4).*

Os integrantes da equipe de gestores chave de alguns MPP (distribuídos em todas as RS estudadas, não sendo característica específica de uma região) referiram que nem sequer participam da decisão do prefeito, pois *geralmente é o prefeito quem decide, eu não sei que cargas d'água ele fica sabendo, às vezes até antes da gente, e é ele quem decide, a gente nem*

participa da adesão (C2). Como a equipe gestora da saúde, muitas vezes, não compartilha da decisão da adesão a uma estratégia, isso pode dificultar a implementação da política, pois o prefeito pode visualizar somente a vantagem em relação ao financiamento mesmo sem ele conhecer o risco/benefício, digamos assim o custo/benefício, normalmente ele decide primeiro implantar, 'ah tem incentivo, vamos aceitar' (A4) e a equipe que tem que dar conta de desenvolver um programa pode não ter estrutura para isto.

Esse resultado conduz ao resgate do conceito de políticas públicas enquanto “intencionalidade do governo”, configurando-se como “ato político” ou “ato de governo”, o qual pode ser significado como um ato de uma autoridade mais elevada do Poder Executivo (Presidente da República, Governador, Prefeito) sobre decisões relevantes para o país, estado ou municípios. Tal ato possui um poder discricionário que consiste na liberdade de escolha da autoridade administrativa diante de várias soluções possíveis para se alcançar um objetivo (MENDAUAR, 2015).

Escolher desenvolver uma determinada EFAB considerando apenas o recurso financeiro que esta traz, pode comprometer o atendimento às necessidades da população ou mesmo o direito à saúde de forma integral, garantido por lei, ou seja, fazer mau uso do poder discricionário, pois a solução dos problemas de saúde e atendimento às necessidades do indivíduo nem sempre são determinantes para esta escolha.

Existem desafios para se produzir políticas públicas, dentre estes o “interesse público” que nem sempre direciona a “intencionalidade de ação do governo”. Vai depender a quem servem seus autores no momento da formulação: “ao interesse público, ao interesse de uma coletividade específica ou ao interesse individual” (que nem sempre objetiva ganhos financeiros, mas sim ganhos políticos ou de poder) (CHRISPINO, 2016, p. 37).

Além das características do corpo político, também existem outras questões conformadoras de obstáculos na formulação das políticas, como o texto constitucional de 1988, o qual apresenta algumas diretrizes com inexatidão de sua redação ou impossibilidade de serem executadas pela ambição ainda utópica de alguns preceitos e direitos como, por exemplo: “É garantido a todos o direito, para si e sua família, de moradia digna e adequada” (BRASIL, 1988). Não teríamos condições materiais para atender a esta diretriz, dificultando a formulação de uma política que a contemple totalmente (CHRISPINO, 2016).

De acordo com os participantes, esta forma de atuação do prefeito, concentradora do poder de decisão sobre as EFAB sem a participação dos profissionais de saúde integrantes da equipe gestora, predominou por muito tempo, mas tem mudado:

[...] muita das vezes era feita adesão a uma estratégia porque o prefeito decidiu, sem comunicar para ninguém, avisou da adesão e a equipe gestora que tinha que se virar, mas hoje não, hoje eu já vejo diferente, hoje eu já vejo assim, o prefeito avisa que tem tal coisa e você pode opinar se acha que vale a pena, ou não vale (C12).

Na maioria dos MPP, a equipe gestora vem adquirindo maior autonomia. É certo que o prefeito tem papel determinante, mas os integrantes da equipe gestora de saúde também têm se constituído empreendedores governamentais visíveis que participam do processo decisório. Nesses MPP, em um primeiro momento, a equipe gestora de saúde se reúne e analisa se determinada EFAB federal voltada para a AB é viável ou não para ser desenvolvida no município, para então, em um segundo momento, sinalizar ao prefeito um posicionamento frente a adesão (se seria vantajosa ou não) e *ele dá a voz de comando, ele diz que sim ou não, pois aparentemente podem ser tentadoras mas se a gente não olhar com bons olhos a gente pode fazer uma implementação errada (D10).*

[...] eu, como secretaria de saúde, entro na portaria, vejo o que tem e eu chamo a equipe gestora, então, a gente dá uma pesquisada e antes de fazer a inscrição, tenho que conversar com o prefeito. Então eu tenho que dar “mastigadinho” para ele e daí a decisão é entre eu e ele (C2).

[...] primeiro eu vou ver se, na realidade do meu município, eu vou dar conta daquela portaria, porque se eu pego 30 mil de recurso, mas eu vejo que a minha despesa vai ser de 40 a 50 mil e as vezes, naquele momento, não é o que a minha realidade precisa (C12).

Para os entrevistados, o prefeito tem consultado mais a equipe gestora antes de simplesmente aprovar uma estratégia (considerando apenas o incentivo financeiro para a tomada de decisão) porque *as leis vêm se aperfeiçoando e até os prefeitos, eles tem que se adequar as leis, não é mais, graças a Deus, igual a 10 anos atrás, hoje tem muitas responsabilidades (E8)*. Assim, mesmo com o forte poder administrativo do prefeito, o poder técnico da equipe gestora tem se sobressaído no processo decisório que resulta na entrada de uma EFAB na agenda do município.

Outro fator que tem contribuído para esta mudança de conduta dos prefeitos consiste em considerar que ultimamente muitos dos *programas federais, eles são pegadinhas (D16) são iscas, eles jogam uma isca para os prefeitos caírem (A5)*. Considera-se “iscas” como um

termo que denomina o material que se coloca no anzol da vara de pescar para atrair e pegar o peixe durante a pescaria, e a “pegadinha” como o termo utilizado para se referir a uma situação enganosa com finalidade inesperada. Os termos “pegadinha” e “iscas” foram referidos pelos participantes do estudo para caracterizar a situação que estes enfrentam quando as EFAB chegam propondo um incentivo financeiro, que em um primeiro momento é muito atrativo, mas depois da adesão e durante o desenvolvimento da estratégia na prática torna-se insuficiente para a adequada implementação das ações. Fica sob a responsabilidade do MPP arcar com os custos gerados durante o desenvolvimento da estratégia, custo estes muito superiores ao incentivo dado.

Para a equipe gestora chave, tal contrapartida de recurso não é clara no documento que a institui, nem mesmo durante a adesão, o gestor fica muito confuso:

[...] porque o prefeito, ele está com um problema na saúde, e vem uma pessoa do ministério e fala: 'porque você não pega um programa maravilhoso ai? senta ai e vamos assinar', assinou, foi o fim dele, porque o que vem atrás é o que é importante, a contrapartida. O recurso da portaria vem para você tocar ele, para você comprar insumo, pagar água, luz e tal. E o funcionário? É teu, e você abraçou, você que já não tinha dinheiro para tocar a sua saúde (D16)

A equipe gestora referiu que os MPP não têm condições de ter na sua agenda decisória uma ação, programa ou estratégia que necessite de uma contrapartida de recursos do município para a sua implementação, pois este não tem como arcar com grande parte desse aporte financeiro. Devido a esta situação, os entrevistados disseram que para realizar a gestão dessas EFAB e ter clareza do que vai entrar na agenda decisória do município, o prefeito e a equipe gestora de saúde precisam ter competência técnica/administrativa para a tomada de decisão e uma visão de administradores.

Muitas vezes a fragilidade do saber técnico tem gerado alta rotatividade das pessoas que ocupam cargos relacionados à gestão (principalmente de secretários de saúde), *pois, atualmente, tem implicações legais que repercutem em determinada conduta, o gestor está sendo responsabilizado e o prefeito pode até ficar inelegível (A4)*. A indicação política para o cargo, considerando influências políticas, não tem sido mais suficiente para determinar a permanência de um indivíduo na função de gestão.

Existem normas jurídicas que podem estar contribuindo para a mudança de conduta do prefeito, as quais atribuem maior responsabilização aos gestores/governantes pelos seus atos. Dentre estas, os participantes do estudo destacaram a Lei Complementar nº 135 de 2010, mais

conhecida como a “Lei da Ficha Limpa” que altera, complementa e dá mais rigidez as questões da Lei Complementar nº 64, de 1990, que dispunha sobre as condições, os motivos e as situações em que uma pessoa não poderia se eleger para um cargo público (BRASIL, 2010b).

A Lei Complementar nº 135 de 2010 prevê alguns motivos (atividades ilícitas) que impedem a eleição de representantes do poder público: que foram condenados por qualquer má prática relativa ao seu serviço no governo, que tenha a ver com a administração pública; que perderam seus cargos por alguma infração cometida durante seus mandatos; que têm processos em andamento (que já foram aprovados) na Justiça Eleitoral; foram condenados por crimes de várias naturezas, variando entre improbidade administrativa, crimes contra o patrimônio público, de lavagem de dinheiro e ocultação de bens, abuso de autoridade, entre vários outros (BRASIL, 2010b).

Pode-se citar novamente a lei complementar nº 141 de 2012, a qual após nove anos de tramitação no Congresso Nacional, além de dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados pelos entes federativos na saúde e estabelecer critérios de rateio e transferências de recursos, também estabelece normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo. Esta norma coloca que a utilização indevida de recursos financeiros pelos entes federativos deverá resultar na reposição desses recursos e sua reaplicação nas ações e serviços de saúde prejudicados pelo ente que cometeu a infração. O ente deverá responder de forma administrativa e penal, nos termos da lei, em caso de malversação cometida por este (SANTOS, 2012).

A equipe gestora chave destacou que o secretário municipal de saúde tem importante papel no processo de esclarecimento ao prefeito sobre uma determinada estratégia voltada para a AB. Entretanto, existem secretários que não têm formação na área, ou mesmo recém inseridos no cargo, que não têm experiência e conhecimento sobre estas estratégias. Neste caso, os demais componentes da equipe gestora assumem essa função de orientar o secretário de saúde e o prefeito, sendo que principalmente a equipe gestora chave participa deste momento.

A fragilidade na formação do secretário e incipiente experiência no cargo puderam ser demonstradas nos resultados dessa pesquisa, pois do total de secretários municipais participantes deste estudo, 60% possuíam nível superior completo e destes, pouco mais da metade (51%) com formação na área da saúde. A maioria desses profissionais (71%) tinha até

três anos na função de secretário e 60% já desempenharam alguma função de gestão anteriormente. Esses resultados sinalizam que ainda é preciso investir na formação desses profissionais, com atribuições tão importantes, complexas e desafiadoras (PINAFO *et al.*, 2016).

Estudo realizado por Teixeira *et al.* (2011), já citado anteriormente nessa pesquisa, identificou que os municípios que se destacaram por ter capacitação ou práticas de educação permanente eram de maior porte, com mais de 200 mil habitantes. As políticas próprias de capacitação conseguem dar ênfase maior aos problemas do dia a dia, permitindo a criação de identidade institucional, entretanto, essa prática é característica de municípios maiores (TEIXEIRA, *et al.*, 2011).

Como existe uma relação hierárquica que institui maior poder de decisão ao secretário e mais ainda em relação ao prefeito, os entrevistados referiram que outro ator importante para a entrada das EFAB na agenda decisória constitui o Conselho Municipal de Saúde porque:

[...] ele vai conseguir fazer uma análise melhor e fazer valer a força do conselho para conseguir tal ação... as vezes se é uma medida que o prefeito quer tomar que vai dificultar as ações ou o usuário vai acabar sendo penalizado e a gente utiliza o conselho para que isso não aconteça... então é uma ferramenta que a gente tem também para ter poder, porque as vezes só pela fala da equipe, o gestor da saúde não consegue se convencer (A4).

Uma fala comum nas regionais foi a importância da atuação do Conselho de Saúde na tomada de decisão. Mas, em alguns locais, referido principalmente por municípios da RS “E”, o conselho atua mais como um respaldo, uma segurança para a implementação de uma estratégia caso venham a ter problemas futuros com órgãos públicos fiscalizadores (Ministério público e Tribunal de Contas). Desse modo, após se decidir por aderir a determinado programa (pela equipe gestora e prefeito), o projeto redigido sobre esta estratégia é levado ao conselho para ser meramente “assinado”, para constar a aprovação por este *órgão e vai anexar uma ata junto (A5)*, sem uma adequada decisão ou participação do mesmo na decisão.

Os Conselhos Municipais de Saúde constituem as instâncias de participação e controle social como parte das arenas que compõem o processo decisório das políticas de saúde. Se na perspectiva da descentralização/municipalização, o processo decisório deve ser realizado também no nível onde acontecem as práticas de saúde, esta não pode se limitar aos executivos municipais, e sim alcançar os cidadãos que utilizam esses serviços. O processo decisório local, em que se participa o poder local, não é necessariamente mais democrático e também

pode ser permeado por características despóticas, não assegurando a participação do cidadão, como pode acontecer em qualquer âmbito (PAIM, 2002).

A existência de canais eficazes de participação popular e ação política, como exercício de cidadania, são potentes para facilitar a democracia e o alcance do direito a saúde. No entanto, o fato de ainda existirem conselhos com atuação meramente burocrática, manifestada por meio da aprovação (assinatura) de estratégias voltadas para a AB, reflete o quanto esses espaços de manifestação social estão destituídos de seu poder técnico (principalmente por meio dos conhecimentos formais sobre a política), o qual fica concentrado nos gestores dos serviços de saúde. Maior será a concentração de poder técnico que um grupo irá dispor, quanto mais fases do processo de produção de informações este controlar. A informação que chega à população pode ser utilizada como instrumento de seu poder para que esta consiga contribuir para uma maior eficácia e eficiência dos serviços (PAIM, 2002; TESTA, 1995).

Além de um poder administrativo instituído pela Constituição Federal brasileira e as Leis Orgânicas da Saúde, que permite que estes deliberem sobre as questões relacionadas à saúde, o Conselho também possui poder político. Esse é conceituado por Testa (1995) como a capacidade de defender os interesses de grupos sociais em relação ao setor. No entanto, tal defesa vai depender do saber e da prática e consolida uma ética a qual um grupo representa, ou seja, da ideologia presente em suas ações, que pode ser marcada por práticas voltadas para a dominação (ex: prepotência, ditadura, a burocracia) ou por práticas que representam uma hegemonia entre os componentes da classe (o poder político de classe).

A seguir, apresenta-se uma síntese didática dos resultados desse capítulo por meio de uma matriz sobre a entrada das EFAB na agenda decisória dos MPP (Quadro 3).

Quadro 3 - Matriz sobre a entrada das EFAB na agenda decisória dos MPP, Paraná, Brasil, 2016.

ASPECTOS ENVOLVIDOS	CARACTERÍSTICAS PRINCIPAIS
A chegada da informação sobre uma nova EFAB lançada pelo MS	As EFAB são formuladas pelo Poder Executivo Federal e chegam até os MPP “prontas”. As equipes técnicas das RS constituem as principais fontes de informação sobre uma nova EFAB que está sendo lançada pelo MS.
A dificuldade da equipe gestora em se manter atualizada sobre as EFAB	Existe um grande quantitativo de portarias que são publicadas constantemente, muitas vezes revogando uma portaria anterior, e assim torna-se difícil manter-se atualizados.
A autonomia do MPP para realizar a	Constata-se EFAB federais sendo formuladas a partir da lista de problemas trabalhados no

adesão às EFAB: o reinício do ciclo político	processo decisório do governo federal, reconhecidos como relevantes por este em um determinado momento, que podem (ou não) atrair a atenção dos responsáveis pela gestão dos MPP, ou seja, constituir a agenda decisória nos MPP e resultar na adesão a estas EFAB.
O comando do MS no planejamento das EFAB	A forma de entrada das EFAB na agenda dos MPP tende ao enfoque <i>top-down</i> durante a implementação, pois existe um Poder Executivo central (MS) no comando da formulação das políticas que delimita as metas e formas de implementar as ações, programas e estratégias a serem desenvolvidas pelos gestores locais, os quais devem colocar em prática o que foi pensado por aqueles que ocupam posições detentoras de poder.
As instâncias de negociação e pactuação entre os entes governamentais	As CIR não se tem se constituído em espaços de discussão sobre a identificação de problemas que subsidiarão a formulação de uma nova EFAB, e também não tem sido potentes para a articulação interfederativa que contribua para a sua implementação.
A criação da janela de oportunidade	
O destaque para os recursos financeiros atrelados à uma EFAB	Após ter conhecimento sobre a existência de uma nova EFAB, no momento que procuram conhecer melhor a mesma, a primeira questão que chama a atenção e que constitui objeto de maior investigação é o incentivo financeiro que está atrelado à determinada EFAB, sendo o fator de maior influência para a tomada de decisão em prol de sua adesão e possível implementação.
A fragilidade do MPP em relação ao provimento da força de trabalho	Existe uma dificuldade do MPP em relação ao provimento da força de trabalho, relatada pelos participantes do estudo como uma situação que impacta na tomada de decisão sobre a adesão à uma nova EFAB pelo MPP. Motivo: geralmente ultrapassa o índice permitido de gasto do município com pagamento de funcionários, de acordo com LRF.
Os empreendedores governamentais do processo decisório das EFAB	Os prefeito, integrantes da equipe gestora, e Conselho Municipal de Saúde são empreendedores que influenciam na tomada de decisão para o reconhecimento e adesão à uma EFAB.

Fonte: o próprio autor.

Após a entrada das estratégias voltadas para a AB na agenda dos MPP e adesão as mesmas, as equipes gestoras passam a desenvolver atividades e enfrentar situações para colocá-las em prática no serviço de saúde local.

6.4 O que acontece após a tomada de decisão pela adesão às Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica priorizadas pelo governo federal?

Existe um conjunto de atividades que são desenvolvidas durante a implementação das EFAB. Essas atividades ocorrem a partir do momento em que se conclui a tomada de decisão pela adesão. Como apresentado na subseção 6.2 dessa pesquisa, de acordo com a equipe de gestores chave, 13 EFAB tiveram a adesão realizada e se encontravam em desenvolvimento nos MPP durante o período de coleta de dados desse estudo.

6.4.1 A oficialização das Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica nos Municípios de Pequeno Porte

Após a entrada da EFAB na agenda do MPP e decisão a favor da adesão à mesma, os integrantes das equipes gestoras chave referiram que segue o momento de oficialização da habilitação, que depende da aprovação da adesão do MPP ao programa pelas demais instâncias de negociação e pactuação entre os entes governamentais, assim:

[...] os programas federais também passam pela regional de saúde, com toda a documentação da adesão mas, em muitos dos programas, também são feitas alimentações direto no site do MS, e então você tem que anexar todas as atas constando a aprovação do conselho municipal de saúde (B8).

Dessa forma, é montado um projeto referente ao processo de adesão a uma EFAB no município, sendo enviado em seguida *para regional, para ser aprovado por todas as instâncias, começando no município e depois na CIB e na CIT (A4)*. Depois de aceito *chega ao MS, e se aprovado por este, então é liberada a habilitação do município para depois vir o recurso (A4)*.

6.4.2 A viabilização da força de trabalho necessária para o desenvolvimento das Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica

Após a confirmação da habilitação, uma das primeiras atividades a ser desenvolvida consiste em viabilizar a inserção de profissionais via realização de concurso público, teste seletivo, ou mesmo remanejamento de cargos dos trabalhadores já atuantes no serviço, para compor a força de trabalho que será responsável por desenvolver determinada estratégia.

Geralmente, o cadastramento desses profissionais no CNES constitui condição para que o município inicie o recebimento dos recursos dispostos pela portaria.

Muitas vezes torna-se necessário realizar concurso público para contratar novos trabalhadores, o que envolve um processo licitatório, pelo qual será contratada a empresa que organizará a realização do concurso. No entanto, esse processo só é possível se estiver de acordo com a LRF, a qual frequentemente têm dificultado a contratação de novos profissionais devido ao extrapolamento do índice permitido. Nesses casos, uma estratégia para conseguir incluir os trabalhadores exigidos para um programa constitui *fazer um rearranjo, vou trabalhar junto com três municípios, vou ver se o município X me cede um profissional, para ir distribuindo. Tem essas estratégias, ou então montar um programa para atender dois municípios ou mais* (A4).

Mesmo diante das dificuldades geradas pelas normas que regulamentam a administração pública (como a LRF) e pela complexidade da organização de concursos públicos, de acordo com Nunes *et al.* (2015), os MPP da região norte do Paraná tem diminuído a precarização da força de trabalho em saúde, avançando na gestão do trabalho nessas localidades.

6.4.3 A capacitação da equipe de trabalhadores para o desenvolvimento das Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica

Feita a habilitação, com a inserção ou não de novos profissionais, a equipe gestora chave referiu realizar reuniões de equipe com todos os trabalhadores de saúde envolvidos com determinada estratégia, tendo como finalidade *informar para a equipe sobre a nova estratégia, suas ações, quem vai fazer parte, quais são as diretrizes e tal* (B4). Muitas vezes, os responsáveis pela gestão nos MPP designam uma pessoa da equipe de trabalhadores das UBS para ficar responsável pelo programa, *ela é quem vai monitorar, quem vai apresentar os dados, quem vai cuidar, aquilo é problema dela, vai coordenar a equipe, com autonomia e executar o programa* (C2). Nesse momento, os profissionais das RS são atores considerados com importante papel na capacitação dos trabalhadores envolvidos.

Vale ressaltar novamente o papel do estado (representado pelas RS) no desenvolvimento das estratégias que conformam as políticas de AB. As RS participam ativamente da chegada das EFAB nos MPP, principalmente como fonte de informação sobre

uma nova ação proposta pelo MS e na qualificação dos trabalhadores de saúde. Arretche (1999) já afirmava que, de acordo com pesquisa realizada em diversos estados brasileiros na primeira década após a instituição do processo de descentralização pela Constituição de 1988, incentivos provenientes da ação dos executivos estaduais influenciam diretamente no sucesso da descentralização para que exista a democratização das políticas sociais de direito do cidadão.

O NASF foi citado pela equipe de gestores chave dos MPP que aderiram a esse programa, como uma estratégia que demandou maior apoio dos profissionais atuantes nas RS, pois envolvia a entrada de um número significativo de novos trabalhadores, com diferentes áreas de atuação, que teriam que atuar com a força de trabalho em saúde já presente nos serviços. O receio era de que o NASF fosse operacionalizado da mesma forma observada nas experiências em outros municípios, que já estavam desenvolvendo a proposta, nos quais os gestores percebiam que os profissionais do NASF acabavam:

[...] indo muito para o atendimento individualizado, baseado em consultas, e na verdade o principal objetivo não é esse. Então para não cair nessa, porque é muito fácil cair nessa, conversamos com a equipe e pedimos na Regional o melhor suporte e tivemos essa orientação, mas ainda estamos em processo de construção, ainda tem falhas porque muitos profissionais ainda não entenderam o que é o NASF (B11).

O NASF foi instituído em 2008 como proposta para concretizar um modelo de gestão pautado na co-gestão do cuidado, tendo o apoio matricial como uma das ferramentas utilizadas na organização e o desenvolvimento do processo de trabalho. Esse dispositivo propõe oferecer a retaguarda assistencial e suporte técnico pedagógico às equipes de saúde, utilizando-se de saberes e práticas especializadas, sem que a equipe de referência deixe de ser a responsável pelo paciente (BRASIL, 2013c). A aposta não é focar nas consultas individuais e sim apoiar as equipes de AB nos desafios enfrentados quanto ao cuidado em saúde, como forma de qualificar a atenção.

No entanto, na prática dos serviços municipais pode ocorrer a flexibilização da proposta, como reflexo de determinado modelo de saúde que é operado. Apesar dos documentos federais enfatizarem a questão matricial, ambas as propostas, tanto assistencial quanto matricial podem ser trabalhadas no âmbito local em busca da garantia do acesso e da qualidade da atenção.

Estudo realizado em Campina Grande (PB), publicado em 2012, objetivando identificar em que medida o NASF opera determinados processos organizativos da rede local

de saúde, encontrou imprecisão dos documentos ministeriais durante a implantação da proposta sobre a organização do NASF e seu papel, o que gerou uma disputa local sobre como operacionalizá-lo, permitindo a existência de outros modelos. Desse modo, havia grupos que defendiam o assistencialismo (focado nos atendimentos individuais/consultas), grupos voltados para a proposta do matriciamento e outros que achavam possível conciliar ambas as propostas (SAMPAIO, 2012).

De acordo com os entrevistados, nem sempre o material instrutivo e as orientações do agente público oferecidos pela RS consegue contemplar toda a informação necessária para realizar a implantação, *mesmo assim a gente continua com a dificuldade de entender para implantar e começa a buscar* (E4). Então, ocorre a busca pelas demais fontes de informação como as próprias portarias, experiência de outros municípios ou de regionais de saúde de outros estados que já estejam desenvolvendo a mesma estratégia. Como colocado anteriormente, as portarias, ou mesmo os materiais instrutivos da RS, não são suficientes para garantir a implementação das EFAB em municípios com contextos tão diversos e específicos.

No Brasil, a oferta de cursos e treinamentos realizados pelo governo estadual e federal frente às políticas de saúde tem acontecido em municípios de todas as regiões do país e portes populacionais. No entanto, a dificuldade está na execução de políticas de capacitação e educação permanente para os municípios menores, voltadas para o dia a dia da equipe de trabalho e para os problemas locais. A abrangência de políticas de capacitação e educação permanente se relacionam com o tamanho populacional do município, sendo mais constante em locais com mais de 200 mil habitantes e na região sul do Brasil (TEIXEIRA, *et al.*, 2011).

6.4.4 A disseminação das ações propostas por uma nova Estratégia Fortalecedora da Atenção Básica para a força de trabalho

A equipe de gestores chave afirmou que os trabalhadores das diversas profissões atuantes no serviço de AB (os profissionais da “ponta”) constantemente têm resistência em realizar as ações propostas por uma nova estratégia, constituindo potencial desafio para a implementação. Porque *tudo que vem de novo, de mudança, incomoda. Então tem aquela dificuldade, tem certo obstáculo* (A4). Muitas vezes, os profissionais da “ponta” iniciam as atividades relacionadas a uma determinada estratégia e param, então vem a cobrança para continuarem, continuam novamente e em seguida também interrompem as ações. Desse

modo, alguns trabalhadores se negam a ficar responsáveis por coordenar determinada EFAB para evitar o conflito originado da tarefa de ficar constantemente monitorando e cobrando os colegas de trabalho.

No contexto atual, em que o gestor tem se deparado com recursos financeiros limitados, pode ocorrer a atribuição de uma determinada função relacionada ao desenvolvimento de uma EFAB à um trabalhador que já desenvolve outras ações no município. Esse profissional, que vai acumular mais uma atividade, geralmente não têm motivação para exercê-la e associa esse desânimo à falta de incentivo financeiro,

[...] porque ele fala assim: não!! o que eu vou ganhar a mais? então se ele já é um profissional e não tem um incentivo, ele não tem motivação (B9). [...] por exemplo, um profissional que nem sabe o que é NASF e ele trabalha ali no município acostumado com o atendimento individualizado, como que ele vai implantar o NASF? e ainda sem ter incentivo? (B7). [...] Mas geralmente o gestor impõe, tem que fazer (C12).

Entretanto, alguns integrantes da equipe gestora de MPP que reverteram parte dos recursos trazidos pelo PMAQ-AB para os profissionais de saúde, sinalizaram que a dificuldade em incentivar o compromisso com os programas foi agravada, *pois a gratificação do PMAQ-AB chegou no primeiro e segundo mês bonitinho. E a gratificação vai continuar?* (B7). Os responsáveis pela gestão nesses MPP referiram que a equipe passou a cobrar o município, *todo mundo passou a querer receber, mas na verdade ninguém se motivou a trabalhar* (B7).

Assim, os participantes desse estudo concluíram que o desempenho do trabalhador no cotidiano de trabalho depende *muito mais do compromisso e responsabilidade com o seu trabalho* (B9) do que de incentivos financeiros extras para estimular o trabalho. A equipe gestora *pode tentar retribuir de alguma maneira, com um incentivo financeiro, ou um estímulo profissional, mas eles sempre procuram algo mais, depende de cada profissional, pois ele é um profissional como um todo* (B9).

O trabalhadores da “ponta” também detém o poder técnico e político para realizar mobilizações que são favoráveis ou contra o desenvolvimento das EFAB (TESTA, 1995). Esses possuem autopoder e autogestão na micropolítica do trabalho, podendo ou não aderir às propostas do sistema. Para Franco (2007), a micropolítica é entendida como o agir cotidiano dos sujeitos, na produção do cuidado em saúde no dia-a-dia, nas relações entre os trabalhadores e entre estes e os usuários.

As EFAB chegam com novas propostas, mudanças, e o novo pode desencadear no indivíduo a atitude de valorização, por suscitar nos profissionais a curiosidade de trilhar caminhos diferentes, ou a atitude de rejeição, pelo medo do desconhecido (FEUERWERKER, 2005b). A mudança é um processo complexo, pois representa uma ameaça ao que já está estabelecido e acomodado, ou seja, uma nova proposta abala uma organização já estruturada (ROSA, 2003).

Assim, enfatiza-se a importância da existência de espaços coletivos para a co-produção de sujeitos, caracterizados pelo encontro entre sujeitos, destinado à comunicação, escuta, expressão de desejos, interesses, discussão de aspectos da realidade e análise e elaboração de estratégias para a solução de necessidades (CAMPOS, 2000). Como já verificado anteriormente, os espaços coletivos de escuta que fortaleçam a atuação do trabalhador local nas estratégias são incipientes, os profissionais da “ponta” pouco participam das decisões referente às EFAB, ficando com o papel restrito a execução dessas estratégias.

Cecilio (2007), buscando fazer uma compreensão sobre a micropolítica de saúde e suas repercussões sobre a gestão, chama a atenção para o risco dos que ocupam cargos de gestão terem uma visão objetiva e funcional dos trabalhadores de saúde, de modo que subestime o protagonismo desses nas ações que, nem sempre, constitui a vontade dos dirigentes.

6.4.5 O cumprimento de ações para a avaliação de resultados e o recebimento de recursos

Outra questão, apontada pelos participantes do estudo, foi que várias atividades previstas para o desenvolvimento de um programa acontecem principalmente no momento que surge a necessidade de se demonstrar o cumprimento de metas para o recebimento dos recursos federais. O PMAQ-AB foi citado para exemplificar essa situação: *pois muitas vezes o município não incorpora que aquilo tinha que fazer parte da rotina, e quando chegava perto da avaliação externa, todo mundo corria ‘ai tem que organizar isso, tem que organizar aquilo’* (C12).

A “avaliação de resultados” é a forma de avaliação que predomina nos MPP (ex-post), enfocando se os objetivos de uma estratégia foram alcançados. A digitação dos dados nos sistemas para possibilitar a avaliação pelo MS é feita nos MPP com a finalidade de

recebimento de recursos financeiros atrelados às estratégias, desse modo, dificulta o desenvolvimento de uma cultura de avaliação inserida dentro do ciclo da política pública, utilizada para embasar a tomada de decisões nos vários momentos ao longo das diferentes fases do ciclo das políticas públicas (BAPTISTA; REZENDE, 2005).

Essa cultura hegemônica de avaliar para receber recursos gera um tensionamento nos trabalhadores. A equipe de gestores chave referiram que a maioria das portarias determinam um prazo máximo de 90 dias para alimentar o sistema de informação sobre uma estratégia, sendo que a não inserção de dados por um período maior que esse prazo resulta no bloqueamento de todo o recurso federal (PAB variável). Essa situação dificulta o trabalho da equipe local dos MPP, pois:

[...] pode acontecer um contratempo, pegar fogo na unidade, perder tudo, até você organizar pode demorar 90 dias, por isso nós temos que alimentar todos os meses. No caso da ESF não ser alimentada por 90 dias, se você por acaso deixou a equipe sem um médico ou um enfermeiro, vai ser bloqueada a sua equipe até você regularizar, isso é complicado, regulariza, mas você fica sem receber do ministério até vir o retroativo (C12).

E ainda, nessa situação o município depende do funcionamento adequado da internet, *então a gente fala pro prefeito se o senhor não consertar, não vai ter internet, nós vamos parar de alimentar o sistema e o senhor vai ficar sem dinheiro (C2)*. E tem muitos MPP que tiveram acesso a internet dentro das UBS a partir de 2013, sendo que anteriormente a digitação de dados era centralizada em apenas um local do serviço de saúde do município (geralmente uma sala, muitas vezes localizada em um hospital) ou no domicílio de algum profissional de saúde com internet. A equipe gestora referiu melhora dessa situação com a avaliação externa realizada por meio do PMAQ-AB, pois cobrou do gestor telefone e internet em todas as UBS.

A preocupação do gestor quanto aos prazos, dificuldades e imprevistos que comprometem a alimentação dos sistemas de informação para receber recursos pode ser confirmada quando se verifica o grande contingente de trabalhadores de saúde que fazem parte da equipe gestora da macrorregião norte, e que tem como função a responsabilidade pelos diferentes sistemas de informação (66,9%).

6.4.6 A ação do prefeito no desenvolvimento das Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica

No cenário da implementação das políticas públicas, o prefeito é percebido pelos responsáveis pela gestão em saúde como um ator com poder que impacta tanto no momento da tomada de decisão para a adesão as EFAB como no momento do desenvolvimento dos programas nesses municípios. Um dos participantes do estudo ressaltou o destaque desse empreendedor para a implementação das estratégias tomando como exemplo uma situação que vivenciou há pouco tempo sobre a atuação de um prefeito, referindo que

[...] foi uma gestão fantástica, então assim, o município cresceu, a atenção básica se fortaleceu, as unidades foram construídas, porque a gente trabalhava em unidades precárias. Essas foram equipadas, todos os profissionais foram concursados. Então por isso que a gente tem uma equipe hoje concursada (D10).

Esse profissional atribuiu esses avanços principalmente à visão administrativa do prefeito do município (que tinha formação em administração e direito), cujo interesse maior era a necessidade de saúde da população e investir na qualificação da saúde em busca desse objetivo.

Entretanto, a atuação desse ator também pode limitar a ação da equipe gestora da saúde que *muitas vezes quer fazer que algo aconteça de forma correta, dentro da lei, mas se o prefeito não entender que aquilo tem que ser daquele jeito, as coisas não acontecem daquele jeito (C12)*. Como já indicado nesse estudo, cabe ao prefeito determinar quais serão as pessoas que assumirão cargos fundamentais na gestão em saúde. A equipe de gestores chave de alguns municípios relataram a entrada de um prefeito com perfil mais voltado para “politicagem” que resultou *na inserção de algumas pessoas que o prefeito entendia como importantes para ele politicamente, sendo protegidas, e na retirada de profissionais técnicos bons da ponta, gente com experiência (D10)* que acabou por influenciar na implementação das políticas de saúde nos municípios.

Assim, profissionais com pouca qualificação e falta de perfil (desinteresse pelo fortalecimento da AB) para conduzir as estratégias foram dotados de poder administrativo e político para intervir inadequadamente na condução das estratégias, causando prejuízos para a AB, *nesse sentido as estratégias federais pouco influenciam no fortalecimento da Atenção*

Básica, porque não tem o contexto [profissionais despreparados dotados de poder] para elas acontecerem (D10).

A ocupação do cargo mediante indicação político/partidária predominou ou predomina em alguns MPP, o que garante a reprodução do insuficiente preparo para exercer a função e que caracteriza a gestão do SUS em várias localidades (JUNQUEIRA *et al.*, 2010; PAIM, TEIXEIRA, 2007).

Quando avaliado o perfil da equipe gestora em estudo, verificou-se que expressiva maioria dos gestores não possuía experiência anterior na gestão e tinham uma média de cinco anos de atuação no cargo (sendo a maioria com até três anos), o que pode estar associado ao predomínio de aspectos políticos para a escolha do cargo. No entanto, vale lembrar que os participantes do estudo referiram que têm ocorrido uma mudança da postura do prefeito em relação à escolha de profissionais na maioria dos MPP. Como essa modificação de cenário é recente, pode ainda não ter tido reflexo na manutenção de pessoas na gestão por longos períodos e que tenham experiência no cargo.

Esse modo de atuação do prefeito foi referido principalmente pela equipe de gestores chave de alguns municípios da RS “D”, que associando a esse fator a saída da pessoa de referência atuante na RS que prestava apoio aos MPP na gestão da saúde, disseram estar vivenciando um momento de fragilização das políticas de saúde:

[...] pois os profissionais de carreira, responsáveis pela adequada condução das coisas, hoje já não são mais. Então algumas coisas que vinham caminhando não estão caminhando mais. Assim, na verdade, os nossos programas, eles estão parados, a equipe de saúde da família hoje não trabalha como uma equipe, ela esta desmembrada. Existem os profissionais, mas cada um no seu quadrado, não existe organização. Até o território, a gente tem que rever o território, faz dois anos que não revê, quantas casas já se mudaram, tem bairros novos (D10).

6.4.7 O enfrentamento dos impasses relacionados ao profissional médico para o desenvolvimento das ações na Atenção Básica

Uma das principais dificuldades na implementação dos programas referidas pelos integrantes da equipe gestora chave de todas as RS foi relacionada à atuação do profissional médico na ESF. Este profissional é percebido como um ator essencial para que a equipe funcione, *sem o profissional médico a equipe não existe, acabou, o modelo estabelecido pelo Ministério da Saúde é esse (D12).* As equipes de saúde da família que não contam com o

médico apresentam limites de atuação, visto que este profissional possui um núcleo de atuação que é próprio e que, assim como os núcleos das demais categorias profissionais da área da saúde, o núcleo de atuação médica é fundamental para ofertar uma assistência pautada no princípio da integralidade (SANTOS; COSTA; GIRDARDI, 2015).

Os MPP tem enfrentado a escassez de médicos para atuar na ESF, o que tem levado a necessidade de garantir altos salários para estimular a fixação desse profissional nas equipes, pois o recurso que vem do MS para financiar a ESF é R\$ 8.000,00... e dá para pagar um médico com R\$ 8.000,00? Qual é a média de salário do médico na nossa região? R\$ 15.000,00, então por ai já começa o gargalo (D8). Estudo que buscou analisar o perfil e as relações laborais dos trabalhadores que atuam em MPP da macrorregião norte do Paraná, encontrou uma média salarial três vezes maior para o profissional médico quando comparada a dos demais profissionais com nível superior, chegando a 11 salários mínimos (NUNES, 2015).

O desprovimento de médicos em MPP é uma realidade do território nacional, já verificada em um estudo de 2010, que demonstrou que dos 1304 municípios brasileiros com algum grau de falta do profissional médico, 875 (67,1%) eram MPP 1 (GIRARDI, 2010). A quantificação do problema da distribuição médica no Brasil também foi evidenciada na pesquisa “Demografia Médica do Brasil”, que revelou que quanto menor o porte do município, maior é a escassez desse profissional: municípios de até 5 mil habitantes apresentaram razão de 0,23 médicos por 1.000 habitantes; de 5 a 10 mil habitantes apresentaram razão de 0,28 médicos por mil habitantes e entre 10 mil e 20 mil habitantes, apresentaram razão de 0,36 médicos por mil habitantes (SCHEFFER, 2015).

Os aspectos que resultam no problema da concentração desses trabalhadores em algumas localidades são complexos, dependem do comportamento e escolhas profissionais, do mercado e interesses econômicos, de resistências corporativas e da regulação estatal sobre a formação médica e a profissão (SCHEFFER, 2015). Póvoa e Andrade (2006) analisaram e apresentaram um conjunto de fatores significativos na decisão locacional do médico, destacando-se dentre esses: as localidades com oferta de vagas em programas de residência médica constituem um atrativo para a fixação dos médicos em busca de aperfeiçoamento; a atração exercida pelo fator econômico, ou seja, estados com maior PIB *per capita* e locais que tenham oportunidades de mercado de trabalho disponíveis para o cônjuge. O complexo hospitalar pode ser outro fator atrativo para a carreira médica. Fleury e Ouverney (2012b)

percebem esta relação quando referem que tanto os hospitais como os profissionais de saúde estão concentrados nas regiões ricas do país.

Além dos aspectos citados, algumas hipóteses podem contribuir para a dificuldade de fixação e alta rotatividade dos médicos na ESF, que são: a forma de contratação muitas vezes precária, com inexistência de Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS); o perfil de recém formados desses profissionais, que deixam as equipes de saúde da família para cursar a residência médica; e as condições de trabalho, que na avaliação dos médicos, tem carga e ritmo de trabalho diário muito intensos com pressão por produtividade de consultas, e falta de capacitação e de retaguarda dos demais níveis de atenção (NEY, RODRIGUES, 2012; CAMPOS, MALIK, 2008). A dificuldade na atração e fixação desse profissional para trabalhar na AB não é exclusividade do Brasil, também esta presente na maioria dos países americanos e europeus (HERNÁNDEZ, GÓMEZ, 2011; GERVAS, BONIS, 2008).

A equipe de gestores chave referiu que vários MPP chegam a destinar 50% do orçamento da saúde para conseguir custear o salário dos médicos e *não tem recurso para tudo isso. Então fantasia 22 ações e estratégias que na verdade vão funcionar de uma maneira, não como deveria, a intenção é boa, mas não dá conta* (E5). Mesmo os altos salários não têm garantido que o médico cumpra as 40 horas semanais e os gestores têm encontrado dificuldade para fiscalizar e principalmente cobrar a carga horária prevista em contrato pois *sabe o que acontece, ele pede a conta do seu município e vai direto para outro município do lado, porque o outro do lado não cobra isso, pois ele quer saber de completar a equipe para receber o recurso* (D12).

Levantamento realizado em MPP da macrorregião norte do Paraná, em 2015, apresentou que a maioria dos trabalhadores atuantes na AB cumpria a sua carga horária de trabalho (80,4%), sendo que apenas o profissional médico (28,2%) e dentista (44,3%) se diferenciaram desse resultado, referindo cumprimento inferior aos demais profissionais (NUNES, 2015).

A falta de compromisso com o horário de trabalho estabelecido, juntamente com os altos salários, sugerem o expressivo poder atribuído à esse profissional, principalmente poder técnico e político para agir. A concentração de poder pelo profissional médico pode estar sendo resultado da situação de escassez desse profissional nos MPP, associada à importância que lhe é atribuída para o desenvolvimento das EFAB. Pois além de ocupar posição central

para a prestação da assistência na ESF, a ausência do médico gera implicações no recebimento de recursos atrelados às ações voltadas para a AB no município.

De acordo com os entrevistados, a ESF possibilita que se contratem dois médicos de 20 horas para equivaler a um de 40h, no entanto, essa modalidade de contrato resulta em diminuição do recebimento de recurso federal previsto para esse programa (que passam a receber 85% do incentivo financeiro referente a uma equipe de saúde da família) e vai despende muito mais dinheiro por parte do município para contratar dois profissionais para substituir um de 40h. E acrescenta-se a esse prejuízo a diminuição do financiamento proveniente da avaliação PMAQ-AB, a qual tem a presença do médico (com 40h) na equipe como condição para o recebimento de um maior aporte de recursos vindos desse programa para o MPP. *Para manter o seu incentivo integral você contrata dois de 30h, se a gente não consegue, contrata dois de 20. O município está sendo onerado para manter a estratégia (C10).*

De acordo com as falas dos participantes do estudo, o contrato de dois médicos de 20h é uma situação que geralmente acontece, pois os médicos não querem ficar em um contrato de 40h, uma vez que lhes é oferecida a possibilidade de ter dois vínculos de trabalho de 20h em locais diferentes e não cumprir nem mesmo essa carga horária nos dois. E assim, os vínculos não sendo feitos, a equipe de gestores chave relataram ter encontrado *médicos na base do CNES com seis vínculos, sete vínculos, e o sistema aceita, mas a gente não tem outra condição aqui também, tem poucos profissionais (B9)*. Quanto ao número de vínculos, situação semelhante à carga horária foi identificada em estudo feito em MPP da macrorregião norte, na qual a maioria dos trabalhadores referiram possuir um vínculo (78,9%) com exceção dos médicos, que relataram possuir de dois a mais de quatro posto de trabalho (75,3%), e dentistas, que afirmaram ter de dois a três vínculos (61,7%) (NUNES, 2015).

Esse cenário é percebido pelos responsáveis pela gestão como uma distorção da proposta inicial da ESF, caracterizada pela dificuldade em cumprir os princípios e diretrizes da AB, na perspectiva do atendimento integral focado na família (além das competências profissionais relacionadas à estratégia, como a visita domiciliar) *por dois médicos que atuam 20h, então eu vou ter dois médicos conhecendo o meu território. Impossível com essa carga horária, não, não é esse o foco do programa, o foco é o laço com a comunidade (D13).*

O salário do profissional médico frequentemente chega a ser maior que o do prefeito do município, fato que dificulta a realização do concurso público (juridicamente nenhum

funcionário público da prefeitura pode ter salário maior que o do prefeito). Como forma de resolver essa questão, as equipes gestoras chave de três municípios da RS “B” disseram estar terceirizando a contratação desses profissionais por meio de um processo licitatório. No entanto, essa licitação tem que ocorrer anualmente (pois é válida por um ano) e nem sempre a mesma empresa que prestou esse serviço no ano anterior vence o processo licitatório do ano seguinte.

Desse modo, quando muda a empresa, muda também os médicos que atuam na ESF, dificultando a continuidade do cuidado, o estabelecimento de vínculo com a população e tantos outros elementos relacionados com a integralidade do cuidado. Apesar dessa fragilidade, foi relatado que essa forma de contratação faz com que o médico cumpra adequadamente a carga horária de trabalho.

A ESF constitui uma das respostas do MS para o enfrentamento do modelo de assistência predominante no país, marcado pela concepção hospitalocêntrica, individualizante e de baixa resolutividade (FRANCO; MERHY, 2003). As equipes de Saúde da Família trabalham em um determinado território com toda a complexidade das relações sociais e econômicas estabelecidas nas suas áreas adscritas. Tem a epidemiologia como principal instrumento de planejamento local e identificação de problemas. A ESF é inovadora por trazer o trabalho centrado nas famílias e não na unidade. Também inova pela capacidade de ampliar o diálogo com a população, fortalecendo o vínculo e a responsabilização (SOUZA, 2001).

Para isso é necessário que se reorganize as práticas de trabalho tendo como atividade o diagnóstico de saúde da comunidade, o planejamento local, a abordagem interprofissional, a referência e contra-referência, a educação continuada, a ação intersetorial, o acompanhamento/avaliação e o controle social. Trabalhar com a ESF é colocar em discussão conceitos como o vínculo, acolhimento para a construção de práticas de saúde solidárias, acolhedoras e conseqüentemente mais efetivas e resolutivas (COSTA *et al.*, 2009). Tais conceitos sugerem a inversão do modelo de cuidado, que dificilmente será alcançada com a presença com diversos vínculos de trabalho, carga horária reduzida e salário do profissional médico que fragilizam a proposta da ESF.

Um dos enfrentamentos para a execução das diretrizes da ESF consiste em um processo de reorientação do trabalho em saúde que considere as especificidades da formação dos profissionais e a maneira como esses são inseridos no serviço, sem deixar de lembrar sobre a interferência do mercado nesse processo que supervaloriza o especialista e o

desenvolvimento das especialidades médicas e facilita a penetração tecnológica interessado na capacidade lucrativa no setor saúde (COSTA *et al.*, 2009).

Dentre os médicos atuantes nos MPP, os profissionais provenientes do PMM foram referidos pelos participantes do estudo como aqueles que exercem corretamente o horário de trabalho estabelecido para a atuação do médico (40h) na ESF. Os trabalhadores dos MPP também revelaram potencialidades da inserção dos profissionais do PMM para o incremento da atenção na perspectiva da integralidade: a realização da consulta médica de qualidade permeada pela escuta do usuário com o olhar voltado não somente para os aspectos individuais, mas para a inserção do indivíduo no contexto da família.

Estudo realizado em 2016, que objetivou analisar a percepção de trabalhadores não médicos das equipes de saúde da família sobre a integralidade das práticas a partir da atuação dos médicos do programa, em 32 municípios pobres nas cinco regiões do país, também encontrou traços de integralidade nas seguintes dimensões: aumento da acessibilidade; melhor acolhimento, vínculo e respeito aos usuários; disponibilidade para resolver os problemas e continuidade dos cuidados; garantia de visitas domiciliares, entre outros (COMES *et al.*, 2016).

O PMM surge dentre as medidas adotadas pelo governo federal para suprir a escassez do profissional médico no país, estando dentre essas: a contratação de médicos estrangeiros para atuar em regiões onde as vagas ofertadas não fossem preenchidas por brasileiros e/ou a contratação temporária para regiões com quantidade insuficiente destes profissionais, combatendo a dificuldade de atração e fixação de profissionais em regiões com necessidade (SILVA, 2013).

Tal programa representou uma maior interferência do MS no recrutamento, remuneração, distribuição do médico, competência quase que exclusiva do ente municipal. Também possibilitou planejar a distribuição do profissional médico de acordo com critérios relacionados à equidade, vulnerabilidade social e de populações específicas (CAMPOS; PEREIRA JUNIOR, 2016). Estudo realizado na macrorregião norte do Paraná, identificou que os MPP que mais realizaram a adesão ao PMM foram os que possuíam índices de desenvolvimento humano municipais menores, que tinham população de mais de cinco mil habitantes (pois tinham mais equipes de saúde da família que os municípios com menor população) e que estavam mais afastados seja da sede do município da região, seja do município de médio/grande porte mais próximo (MENDONÇA, *et al.*, 2016).

Estudo que buscou analisar o impacto do PMM na redução da escassez de médicos no Brasil, verificou que entre março de 2013 a setembro de 2015 (antes e após a implantação do programa) houve uma diminuição de 1.200 para 777 municípios que apresentavam a falta desse profissional, sugerindo ampliação significativa em municípios da região norte e nordeste e de MPP. No entanto, apesar da melhora na provisão desses profissionais, ainda pôde ser identificada a permanência da má distribuição desses no território (GIRARDI *et al.*, 2016).

Apesar dos benefícios trazidos pelo PMM para a expansão e qualificação da AB, este também apresenta limites, pois tem característica provisória, sendo renovado a cada três anos, o que resulta em uma insegurança assistencial pela dependência do município ao provimento federal. Essa característica diminui a oferta regular de médicos pelos municípios e sugere que muitos dos profissionais já atuantes no serviço foram sendo substituídos por profissionais do programa. E ainda, o PMM não consegue intervir na falta de infraestrutura (tanto para regular como para coordenar o sistema de saúde) que depende da capacidade de gestão de cada município (CAMPOS; PEREIRA JUNIOR, 2016).

6.4.8 A construção de redes de saúde informais no desenvolvimento das Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica: a dificuldade de acesso aos serviços de média e alta complexidade

As estratégias voltadas para a AB (destacando-se os atendimentos realizados pelas equipes de saúde da família) necessitam ter apoio dos serviços com maiores densidades tecnológicas para garantir a continuidade da atenção, como parte da resolutividade de suas ações. Esta foi outra fragilidade referida pelos integrantes da equipe gestora, que consiste na falta de referência para média e alta complexidade, pois *os municípios têm o mínimo ou quase nada* (B5). A dificuldade se relaciona principalmente quanto às consultas com especialistas, realização de exames de maior densidade tecnológica, internamentos em hospitais para realização de cirurgias e atenção de urgência e emergência.

Apesar de existirem avanços quanto as iniciativas de comunicação entre a AB e os serviços de média e alta complexidade (VIEGAS, PENNA, 2013; CUNHA, SILVA, 2010; ALMEIDA *et al.*, 2010) existem dificuldades que a ESF encontra na garantia de referência para esses serviços. Estudos já têm apontado que, por diversas vezes, o acesso à média e alta

complexidade pactuado não acontece na prática do serviço, pois não está claramente delimitado nos instrumentos de planejamento, sendo baseado em cotas e limites de consultas. Na média complexidade, verifica-se dificuldade para a garantia do acesso tanto para a consulta com especialista quanto para a realização de procedimentos especializados, e quando acontecem, não são acompanhados por uma contra-referência para a ESF (CORIOLANO *et al.*, 2010).

Existe nos MPP consórcios usados *para prover as consultas especializadas, a gente tem as pactuações firmadas, redes estabelecidas, porém no papel, pois não funciona* (E6). O problema maior, relacionado ao encaminhamento para as consultas, é a falta do profissional médico no serviço, *tem uma demanda de neurologia, mas não tem esse profissional, então o consórcio não tem muito o que fazer. Tem mês que saem duas vagas para neurologista, para 16 mil habitantes e as filas são enormes* (E2). As especialidades com maior dificuldade para realizar encaminhamento, referidas pelos responsáveis pela gestão, foram: ortopedia, neurologia, endocrinologia e reumatologia.

Para a equipe de gestores chave, parte da demanda por especialista é gerada pelo atendimento médico realizado na AB, pois tem predominado uma cultura de encaminhar para as referências, mas muito poderia ser resolvido na AB:

[...] porque o médico, o paciente entra no consultório eu não estou generalizando, mas é a maioria, eles mal examinam e já passa uma tomografia, uma ressonância, é um exame muito caro. Então eu acho que o atendimento deles tinha que ser mais resolutivo, é muito médico encaminhando ao cardiologista, ao neurologista (A1) [...] e é simplesmente assim mesmo, porque não tem nenhuma história, justificativa, nada, coloca só o nome da especialidade (B11).

Na AB, o preparo dos trabalhadores para atuar na ESF deve se contrapor ao modelo assistencial hegemônico, médico centrado, com foco na produção de procedimentos (consultas médicas especializadas, curativos, vacinas e outros), que organiza o trabalho para agir sobre problemas por meio do atendimento médico, subordinando as ações dos demais profissionais à lógica médica, diminuindo a dimensão cuidadora da equipe, a qual amplia a ação clínica na resolução dos problemas. A lógica do cuidado orientada na centralização das necessidades do usuário e sua qualidade de vida, para além dos procedimentos, envolvem relações humanas, produção de vínculo e acolhimento (COSTA *et al.*, 2009).

Para os participantes do estudo, a falta da possibilidade de encaminhamento para a média e alta complexidade dificulta as ações da AB e, conseqüentemente, fragiliza o desenvolvimento das estratégias que as fortaleçam:

[...] por exemplo, o outubro rosa, vamos colocar uma campanha, vamos fazer orientação para essas mulheres, depois vem uma demanda por ultrassonografia de mama importante que não sai do lugar. Então o que o município faz? nós vamos dar conta dessa demanda? não, nós não tivemos resposta, olha o quanto isso é sério (D10).

Os MPP têm a responsabilidade maior de garantir a cobertura em AB, *média e alta complexidade não compete a nós, no entanto, grande parte dos recursos do município vão para contratar um ortopedista, um cardiologista, um neurologista, que são profissionais caros pro município, e que eram de responsabilidade do estado (D13)*. O recurso que o estado e a União repassam para os MPP garantir esse serviço é percebido pelos gestores como insuficiente.

Dessa forma, os responsáveis pela gestão dos MPP vão construindo as suas redes informais para tentar dar conta dessa demanda por meio de diversas estratégias de gestão, estando dentre essas: a contratação de médicos que já possuem vínculo de trabalho com o serviço de média e alta complexidade para atuar no MPP, em busca de garantir uma porta de entrada para os encaminhamentos do município, pois esse profissional passa a facilitar esse acesso; tentar garantir essa atenção por meio de contato direto com o secretário de saúde ou prefeito dos municípios que possuem esse serviço; mudar o endereço de residência do usuário, colocando o endereço de um parente que resida em localidades que tem esses serviços; e ainda, situação que frequentemente acontece, é realizar o pagamento do especialista ou do exame.

Quanto à alguns MPP que possuem hospitais, os responsáveis pela gestão disseram que esses quase não realizam procedimentos e não tem estrutura para determinados atendimentos (Unidade de Terapia Intensiva, dentre outros). No entanto, por ter esse serviço, encontra maior dificuldade de justificar a necessidade do encaminhamento dos usuários para outras localidades.

O fato de ter que transferir esse paciente para a consulta com o especialista também gera gastos, *o município grande já não tem que estar transportando, a despesa dele é menor, um levantamento que eu fiz, vi que os municípios pequenos estavam gastando em torno de três vezes mais per capita por paciente do que os municípios maiores (A5)*.

Os trabalhadores afirmaram que os MPP têm o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para a regulação e transporte das urgências e emergências, mas vêm encontrando dificuldade de ter acesso adequado: *pois não consigo internar a pessoa via SAMU, porque o SAMU não quer regular vaga, o hospital de nenhum lugar quer aceitar* (A7). [...] Então a *gente fica ligando, ligando, ligando até vim buscar, pedindo pelo amor de Deus, tenha misericórdia dessa vida* (D10). Os profissionais de vários MPP alegaram que já desistiram de tentar utilizar o SAMU devido a falta de resolutividade desse, preferindo fazer convênio com alguns hospitais de municípios maiores para ter referência garantida de encaminhamento.

Esse rizoma de problemas parecem compartilhar da indefinição de um modelo de atenção coerente com a gestão do cuidado integral, que precisa do envolvimento de todos os níveis de atenção. Tais dificuldades relacionadas à referência e contra-referência para média e alta complexidade traz a tona a reflexão sobre as redes de atenção e a importância do processo de regionalização para que essas sejam organizadas, pois não podem ser estabelecidas por um só município e nem mesmo por apenas um ente federativo. A constituição de regiões de saúde é imprescindível para reduzir as desigualdades entre os municípios com contextos tão diferentes, melhorando a qualidade da atenção, continuidade do cuidado e redução da fragmentação assistencial, ainda mais em um cenário em que 70% dos municípios brasileiros são MPP (GIOVANELLA, 2015).

Todavia, para que se conformem as redes regionalizadas de atenção à saúde é importante que se invista na infraestrutura que garanta a oferta adequada e suficiente de serviços à população. O escopo de serviços de saúde encontra-se muito privatizado, o qual se intensifica no setor de diagnósticos, terapia, mais que no setor hospitalar. Por exemplo, do total de tomógrafos no Brasil, 87% são privados e somente 38% são disponíveis para o SUS, 65% dos leitos são privatizados. Existe um predomínio de interesses do mercado, o que traz a necessidade de regular os serviços ofertados pelo setor privado e da relação público privado dentro de um planejamento mais geral. Além disso, também se ressalta que as amplas determinações sociais do sofrer e adoecer necessitam de intervenções intersetoriais sobre as condições de vida das pessoas, que não se faz apenas no âmbito dos serviços de saúde (GIOVANELLA, 2015).

Lima (2015) relaciona quatro dimensões da regionalização que são potentes para contribuir com o avanço do SUS: o fortalecimento do enfoque territorial em busca da

identificação dos determinantes do processo saúde e doença para o planejamento e formulação das políticas de saúde; integração das políticas setoriais e intersetoriais voltadas para o bem estar; a conformação da rede regionalizada de ações e serviços de saúde, considerando serviços de diferentes funções e densidades tecnológicas articulados em um território de forma integrada para desbloquear fluxos e garantir integralidade e resolutividade da atenção; e o fortalecimento de espaços democráticos de negociação e decisão política na lógica de interesses coletivos. Esses espaços devem ser locais de planejamento dinâmico que envolvam a intersetorialidade e a articulação intergovernamental, a primeira devido as medidas para solução de problemas que extravasam o setor saúde e a segunda, pela interdependência entre os entes federados na saúde (LIMA, 2015).

A organização dos serviços de saúde de forma regionalizada por meio das redes de atenção em saúde está avançando no Brasil, porém de forma lenta. Existem obstáculos importantes a serem superados, como o encontro de uma maneira efetiva de co-gestão entre os entes federados e o estímulo dos gestores municipais para pensarem juntos na organização dos serviços, pautada pela cooperação. Seria um SUS estadual de base regional com cooperação dos municípios (GIOVANELLA, 2015).

No entanto, a regionalização será útil para o avanço do cuidado em saúde no futuro do SUS, se este for pautado em uma concepção que preze pela implementação radical do processo de Reforma Sanitária para uma atenção integral, universal e de caráter público, com o planejamento que parta dos municípios, de forma ascendente e participativa, bem como a profissionalização da gestão. Entretanto, se o que estiver na pauta for o SUS pobre para pobre, somente seriam necessárias algumas ações de vigilância em saúde, algumas campanhas sanitárias e programas especiais (PAIM, 2015).

No processo de regionalização dessas regiões verifica-se então a falta do fomento da coordenação do cuidado, pautada por uma AB que consiga estabelecer o fluxo do usuário pela rede de atenção baseada na avaliação qualificada das equipes de saúde da família, com mecanismos de articulação entre os níveis instituídos. O que se percebe é o profissional da AB tentando estabelecer fluxo próprios, com mecanismos de comunicação precários. Estudo realizado na Bahia, com 19 municípios, encontrou situação similar a dessa pesquisa, com fragilização da coordenação do cuidado devido a insuficiência de médicos na ESF e nos serviços especializados, limitando o garantia de acesso; fragmentação entre os diferentes

pontos e desarticulação comunicacional na redes e ainda interesses privados e interferências clientelistas criavam circuitos paralelos (SANTOS; GIOVANELLA, 2016).

No Paraná, o APSUS foi uma iniciativa do governo estadual para o fortalecimento da capacidade de assistência da AB. Essa estratégia buscou contribuir para a coordenação e continuidade do cuidado pela organização das RAS, o que reforça a importância da esfera estadual no desenvolvimento das ações que conformam as políticas de saúde.

O APSUS iniciou seu processo dando enfoque à discussão de uma rede temática por vez nas regiões, sendo as redes que tiveram maior investimentos até o momento: a Rede Materno Infantil (baseada na nacionalmente denominada Rede Cegonha) e Rede de Urgência e Emergência. Os gestores afirmaram que houve avanços e contribuições desse processo, mas pelos resultados já apresentados, outras ações ainda são necessárias, mesmo nessas redes por onde se iniciaram as tentativas de reorganização do cuidado.

De acordo com a fala da equipe de gestores chave, a rede materno infantil ainda se encontra incipiente na maior parte da macrorregião norte, principalmente em relação a referência de consultas com especialistas para gestação de alto risco. A rede Mãe Paranaense foi pactuada *na região e funciona bonitinho na RS “B”, mas na nossa realidade é um caos (A8)*. Foi pactuado um *fluxograma de encaminhamento e referências da mãe paranaense que não funciona e continuou tudo como estava (A5)* como se não existissem os acordos feitos na região para a conformação dessa rede temática. Mesmo os MPP que possuem hospital precisam realizar encaminhamento das gestantes para realizar o parto em outras localidades, porque não tem estrutura adequada ou mesmo profissionais para realizar esse procedimento, no entanto, encontra maior dificuldade de ter referência para a gestante realizar o parto, *tipo olha você tem hospital, então tem que se virar (A9)*.

Os responsáveis pela gestão afirmaram que os MPP da RS “A” encontravam-se sem médico para atender as gestantes de alto risco, sendo todo o pré-natal realizado exclusivamente pelo médico da equipe de AB do município. Esse serviço ambulatorial era prestado por meio de consórcio entre municípios menores na região e *de repente, o consórcio passou que não teria mais esse atendimento, que o município que tinha que se virar (A1)*. Então, quando o pré-natal é realizado pelo profissional do município e *chega a hora de nascer, a gente tem que encaminhar, só que o médico da central de regulação não quer aceitar que encaminhe, mas dificilmente acaba nascendo no município, mas ainda assim isso é uma dificuldade (A1)*.

Um cenário diferente foi referido pelos integrantes da equipes de gestores chave da RS “B”. Nessa região, entende-se que *a rede materno infantil e de urgência e emergência estão funcionando bem nos MPP (B5)*. Os trabalhadores relacionam a melhora da organização da rede materno infantil aos investimentos, tanto financeiro como de capacitação do trabalhador, realizados pelo estado, *porque o investimento foi grande, então assim, deu certo? esta dando certo, então eu acho que o segredo é isso aí, estruturou a rede mãe paranaense, beleza, ótimo, está funcionando (B5) [...] está bem tranquilo, com referência hospitalar para risco médio, habitual e alto (B12)*. A única dificuldade referida foi a existência de uma pequena demora para iniciar a primeira consulta de pré-natal para gestantes de alto risco, que é visto como pouco relevante comparado ao avanço que se teve na organização dessa rede.

Quanto à rede de urgência e emergência, depois que foi estendido o SAMU para toda a região, *nossa melhorou muito, porque antes para o município de pequeno porte era uma dificuldade, aquela pressão, vagas zero, correrias e tudo mais (B8)*. A regulação de vagas para hospitais foi percebida como a melhora mais significativa trazida pelo SAMU, ocorrendo diferentes formas de prestar esse serviço: o SAMU transporta os casos de urgência e emergência e garante a porta de entrada e/ou internação nos hospitais dos municípios maiores; as vezes, somente o transporte do usuário é necessário, o qual é feito pelo SAMU, mas também acontece o contrário, o SAMU regula a vaga e solicita que a ambulância do município realize o transporte.

Essa particularidade, relacionada à melhor organização das redes na RS “B” pode estar associada as suas características. A RS “B” conta com um alto desenvolvimento socioeconômico e de oferta de serviços, pois das cinco RS apresenta o maior PIB, e possui o maior número de estabelecimentos de saúde, com a maior concentração de serviços de média e alta densidades tecnológicas (REGIÃO e REDES, 2013). Se tomarmos como parâmetros que os médicos tendem a se fixar em locais cuja possibilidade de continuidade dos estudos é maior, onde o PIB é mais elevado e que ofereça melhores condições de trabalho e infraestrutura, essa região tende a atrair maior número de profissionais. Também é a região que possui menor número de pessoas residindo em municípios pequenos (18,6%) (GIRARDI, *et al.*, 2016; PÓVOA, ANDRADE, 2006).

A seguir, apresenta-se a síntese dos resultados desse capítulo por meio de uma matriz sobre os processos desenvolvidos pelo município após a tomada de decisão pela implementação das EFAB priorizadas pelo MS (Quadro 4).

Quadro 4- Matriz sobre os processos desenvolvidos pelos MPP após a tomada de decisão pela implementação das EFAB priorizadas pelo MS, Paraná, Brasil, 2016.

PROCESSOS DESENVOLVIDOS	CARACTERÍSTICAS PRINCIPAIS
Oficialização das EFAB nos MPP	-Aprovação da adesão do MPP à EFAB pelas demais instâncias de negociação e pactuação entre os entes governamentais.
Viabilização da força de trabalho necessária para o desenvolvimento das EFAB	-Realização de concurso público, teste seletivo, ou mesmo remanejamento de cargos dos profissionais já atuantes no serviço, para compor a força de trabalho que será responsável por desenvolver determinada EFAB.
Capacitação da equipe de trabalhadores para o desenvolvimento das EFAB.	-Realização de reuniões de equipe com todos os trabalhadores de saúde envolvidos com determinada estratégia.
Disseminação das ações propostas por uma nova EFAB para a força de trabalho	-Enfrentamento e resistência dos trabalhadores atuantes na AB em desenvolver as ações propostas por uma nova EFAB.
Cumprimento de ações para a avaliação de resultados e o recebimento de recursos	-Muitas das atividades previstas para o desenvolvimento de uma estratégia acontecem próximas ao momento da avaliação, para demonstrar o cumprimento de metas e receber o recurso.
Ação do prefeito no desenvolvimento das EFAB	-O prefeito é um ator cujas ações impactam tanto na tomada de decisão sobre a adesão às EFAB como para que aconteça o desenvolvimento dessas nos município.
Enfrentamento dos impasses relacionados ao profissional médico para o desenvolvimento das ações na AB	-Impasses referentes ao profissional médico na ESF que prejudicam o desenvolvimento das EFAB: escassez desse trabalhador; altos salários; constituição de vários vínculos; falta de cumprimento da adequada carga horária de trabalho; dificuldade na realização de práticas que atendam a perspectiva da integralidade.
Construção de redes de saúde informais no desenvolvimento de EFAB: a dificuldade de acesso aos serviços de alta e média complexidade	-Falta de referência para média e alta complexidade para a resolutividade das EFAB desenvolvidas nos MPP.

Fonte: o próprio autor.

Os resultados apresentados permitiram levantar aspectos envolvidos no processo de implementação das EFAB, com identificação de dilemas, limites e possibilidades que gestores e trabalhadores enfrentam no seu cotidiano. Esses já estão permeados de significados das EFAB para os responsáveis pela gestão, imbricados nas falas, entretanto, torna-se importante voltar ainda mais o olhar para a percepção da equipe de gestores chave sobre o significado dessas estratégias nos MPP.

6.5 As Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica – O que tem representado para a equipe de gestores chave dos Municípios de Pequeno Porte?

Para a equipe de gestores chave, as EFAB significaram uma melhoria do cuidado prestado ao longo dos anos, no entanto, também expressam o domínio do Poder Executivo Federal na formulação dessas estratégias.

6.5.1 Contribuições para a melhoria do cuidado em saúde

Os integrantes da equipe gestora chave afirmaram que nos últimos 10 anos, as estratégias voltadas para a AB têm significado contribuições importantes para a melhora do acesso e da qualidade dos serviços de saúde prestados à população, houve avanços:

[...] os indicadores melhoraram muito, a gente tem a expectativa de vida sempre aumentando, o hipertenso tem a atenção, a gestante tem a atenção com hora marcada, fazendo o seu ultrasson, tendo o acompanhamento com a nutricionista. Houve uma redução de mortalidade materna, mortalidade infantil, as crianças hoje com os dentes mais perfeitos. Então, tem bastante coisa que melhorou, a gente as vezes somente esta reclamando mas tem o outro lado que houve um empenho bastante grande e isso tudo a gente esta colhendo sim (A5).

Muitas vezes se enfoca demais nas dificuldades da AB, mas também deve-se olhar para o incremento que teve pois:

[...] ninguém fala do excelente trabalho que aconteceu com a atenção primaria, é um trabalho bem de formiguinha e bem escondido. A gente verifica que as nossas doenças de base mudaram muito, que hoje os internamentos que nós temos são por conta de um AVC, de um infarto, nós não temos mais criança internada, raramente a gente vê uma criança hospitalizada (E3).

Além das contribuições das EFAB para a melhora aos indicadores de saúde, da oferta do serviço, os participantes do estudo também referiram o financiamento recebido para construções e reformas das unidades como fundamentais para o incremento da atenção.

Foi unânime entre os participantes do estudo a concepção de que, apesar de ainda se ter muito que avançar, a ESF foi a estratégia que mais teve significado/impacto na AB, considerado por eles um divisor de águas entre as práticas de saúde mais antigas e o incremento do cuidado voltado para a população. Esse constitui um programa que abrange e engloba todas as demais ações programas e estratégias, *ela é a maior de todas, é tudo, é*

primordial, a mãe de todas as estratégias é a ESF (C12). Para a equipe gestora, se não tiver a ESF, as outras estratégias voltadas para a AB terão limitações para se desenvolver, pois as demais chegam para incrementar, apoiar ou para serem operacionalizadas pelas equipes de saúde da família, *todos esse programas, academia da saúde, consultório de rua, melhor em casa vem para complementar a estratégia (D10).*

Esses resultados podem estar associados ao conjunto de ações que tem sido desencadeadas para o fortalecimento da AB ao longo de sua trajetória no sistema de saúde Brasileiro, pois a AB tem sido considerada como prioridade da agenda nacional para reorientação do modelo de acordo com os preceitos do SUS.

Apesar de inegáveis desafios ainda presentes na AB, apresentam-se investimentos e avanços comprovados. Assim, a AB já possui uma cobertura de 72% do território nacional, sendo 62% dessa cobertura feita por 39 mil equipes da ESF chegando a mais de 120 milhões de cidadãos. Entre 2002 a 2014 houve um crescimento de mais de 30% da ESF, e entre 2010 a 2014 um incremento de 105% nos investimentos totais na PNAB (MELO, 2015).

Os investimentos na AB por meio da ESF têm mostrado resultados para a atenção em saúde, como: melhoria de indicadores de saúde (redução da mortalidade infantil); aumento da quantidade de gestantes que chegam bem informadas ao parto; melhora a qualidade de vida dos idosos; melhora no índice de vacinação; hipertensos e diabéticos são melhor diagnosticados e acompanhados; casos de tuberculose e hanseníase são localizados e tratados, dentre outros (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

Pela importância atribuída à estratégia, a equipe de gestores referiu que essa *não pode morrer (E6)*, e deve se estar investindo sempre na mesma, uma vez que ainda necessita de muitas melhoras na AB *para que essa funcione como a gente gostaria que funcionasse (D10)*. Também foram apontados limites e desafios para que a ESF e as demais estratégias ministeriais voltadas para a AB sejam desenvolvidas nos MPP, esses impasses foram notados como parte da construção do significado das EFAB pela equipe de gestores chave, apresentados a seguir.

6.5.2 O domínio do Poder Executivo Federal na formulação das Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica e as limitações dos Municípios de Pequeno Porte para a garantia do atendimento integral às necessidades de saúde da população

De acordo com a equipe de gestores chave, as estratégias priorizadas pelo MS para a melhoria da AB têm significado a execução do domínio do âmbito federal (MS) na sua formulação, muitas vezes resultando em ações difíceis de serem aplicadas à realidade local (que possui características diversas, específicas e complexas). Surgem programas que não consideram as limitações presentes na realidade dos MPP, o que impacta no adequado desenvolvimento da EFAB de modo que atenda as necessidades de saúde da população. Desse modo:

[...] o gestor se sente engessado em um sistema que vem de cima para baixo, sendo que a demanda esta na nossa mão. A gente fica lutando, lutando, lutando no município para resolver demanda e a gente não consegue porque os municípios participam muito pouco dessas estratégias, pois a coisa vem de cima para baixo, muitas vezes diferente da realidade que a gente tem. Acho que é por isso que a gente se decepciona tanto (A1).

Dentre os impasses que fazem parte da realidade dos MPP e interferem no adequado desenvolvimento das EFAB federais, foram citados pelos responsáveis pela gestão: recursos insuficientes para financiar a continuidade do desenvolvimento dos programas federais; dificuldade em dar continuidade às EFAB já existentes devido ao grande quantitativo de novas estratégias que surgem a todo o momento; falta de uma rede regionalizada que garanta referência e contra-referências para a alta e média complexidade e predomínio de um processo de trabalho caracterizado pela fragmentação da assistência e lógica curativa. Tais limites têm sido percebidos, pelos integrantes da equipe gestora, como geradores de sofrimento pessoal.

Para a equipe gestora chave, como já exposto anteriormente, o MPP não tem tido recursos suficientes para financiar a continuidade dos programas federais ao qual aderiu, sendo o incentivo federal atrelado a EFAB insuficiente para garantir o seu desenvolvimento, principalmente quando uma ação implica na contratação de mais profissionais, o que fica sobre a responsabilidade exclusiva do município:

[...] então daí aumenta a angústia, a decepção, porque você aderiu uma coisa você não teve respaldo. Infelizmente a gente já vai implantar um programa ou uma estratégia da qual você sabe que ela não vai vingando, porque os municípios pequenos não têm condição financeira para financiar (D16).

Diante desse cenário os responsáveis pela gestão acreditam que o investimento federal deveria ser focado no fortalecimento das EFAB já existentes, como a ESF, o NASF seria mais interessante do *que ficar inventando, inventando. Isso não funciona, então isso frustra a gente de uma certa maneira, porque você sabe que se você for pegar uma ação para você desenvolver vão ter entraves que não vão deixar você desenvolver* (D16). Os participantes do estudo afirmaram que os MPP *não aguentam mais, estamos a beira da falência. Você conversa com todos os prefeitos e eles não aguentam, daqui uns dias vai ter que pedir para o cara ser candidato a prefeito, é muita despesa em cima dele* (E2).

A equipe referiu que a angústia ou mesmo frustração, quanto os impasses enfrentados em relação à implementação das EFAB, fazem com que esses atores entendam a forma como ocorreu a *descentralização para município pequeno como muito ruim, a gente se vê sozinho, porque a descentralização é importante, mas quando a gente não tem uma rede de serviços para se ancorar, ela é terrível* (D10). Os gestores necessitam dispendir tempo e recursos financeiros para a média e alta complexidade, os quais poderiam estar sendo investidos na AB, *porque a atenção básica vem primeiro, se a gente trabalhar legal ali, a gente vai precisar menos do secundário e terciário* (D10).

A falta de uma rede de serviços organizada, com fluxos definidos e comunicação entre os diferentes pontos de atenção, resulta na dificuldade de se realizar a gestão do cuidado integral. Essa organização está compreendida na gestão de redes de atenção que tenham por finalidade garantir o cuidado integral a população, prezando pelo princípio da integralidade. Assim, para que os gestores consigam atender as necessidades de saúde da população se faz necessário que a descentralização político-administrativa seja associada com a organização regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde (HARTZ, CONTANDRIOPOULOS, 2004; MACHADO *et al.*, 2014).

As ações voltadas para a descentralização conviveram com a inexistência de um planejamento regional que intensificou as desigualdades entre os entes federativos e resultou, já na década de 1990, em sistemas locais isolados, principalmente quando se trata de MPP, com incipiente capacidade de gestão do cuidado integral e de conformação de redes intermunicipais. Existem alguns fatores que podem ser citados como dificuldades para que se concretize a regionalização como ampliadora do acesso, estando dentre esses a insuficiência no financiamento; incipientes políticas de gestão do trabalho e a influências do setor privado no SUS (VIANA, LIMA, FERREIRA, 2010; SANTOS, GIOVANELLA, 2014).

A operacionalização das EFAB é sentida como um processo desanimador para os responsáveis pela gestão quando percebem que o trabalho realizado na AB, associado à falta de referência e contra-referência, não gera resolutividade dos problemas de saúde da comunidade de forma integral. Para a equipe de gestores chave, existe o predomínio de um processo de trabalho caracterizado pela fragmentação da assistência e lógica curativa, medicalizadora, com cultura de realizar encaminhamentos para consultas especializadas, médico centrada, o que aumenta essa demanda.

Muitas vezes, a própria população também é influenciada por tal modelo de atenção hegemônico e não valoriza a *prevenção, o indivíduo quer chegar e passar pelo médico, tomar remédio e sair curado, quer consulta, ele quer exames, ele quer diagnóstico, ressonância* (E6). Vale ressaltar a tensão presente entre a normatividade teórica pretendida pelos gestores e trabalhadores, pautada por um serviço que entende que sua missão é clara e bem estabelecida, e o movimento real das pessoas na busca de satisfação de suas necessidades (CECILIO, 2012).

Existe um usuário a ser “fabricado”, o qual deve seguir os padrões que a medicina preventiva prega, baseada na prática individual de hábitos saudáveis que conseqüentemente diminuam a utilização dos serviços de saúde. Mas a população não pode ser simplesmente adequada e colocada na lógica do sistema formal e estabelecido de saúde, pois esses fogem a regra a todo o momento, constituindo-se em usuários “fabricadores” (CECILIO, 2012). Também importa ressaltar que a população passa e exige do gestor esse modelo de atenção, pois também foi o modelo predominante de saúde apresentado a ela por muitos anos. No MPP, diferente dos municípios maiores:

[...] o vínculo do gestor com o usuário é mais estreito, você sabe da história da família daquela pessoa, e que se você não ajudar ela não vai conseguir, a população chega até você, chega até o secretário, chega até o prefeito, todo mundo conhece todo mundo, as pessoas sabem onde você mora, vão na porta da sua casa bater, ligam, as pessoas param você na rua e questionam quanto ao encaminhamento, se vai ter ou não... é muito sofrido para o trabalhador (A8).

Para a equipe gestora chave, o grande quantitativo de programas voltados para a AB que chegam até os municípios não tem sido garantia do atendimento integral às necessidades de saúde da população, pois o MPP tem aderido cada vez menos aos programas novos, não tem condições de aderir a todos, assim:

[...] a nossa esperança é a questão da fusão de alguns programas, então uma fusão mesmo, para parar de alimentar tanto sistema, que a gente não

vence e se você considerar, por exemplo, a ESF, o e-sus e requalifica UBS já está tudo dentro, em três programas chave você pega todos os outros e joga dentro deles. Para nós, como gestores, vai ficar tudo mais fácil para acompanhar (C12).

Essa é mais uma fala referida pelos responsáveis pela gestão reafirmadora do seguinte entendimento: o grande quantitativo de EFAB federais sem a participação do MPP na sua formulação não são garantia da integralidade do cuidado, principalmente quando se pensa na gestão do cuidado integral. Um caminho que se apresenta para a superação desse dilema se configura na discussão dos aspectos relacionados à organização dos serviços de saúde em uma região, considerando o princípio da regionalização, com participação efetiva dos MPP na tomada de decisão sobre a entrada na agenda dos problemas e formulação das EFAB. O que impactaria na implementação dessas e possibilitaria constantes avaliações e monitoramentos que fossem potentes para reiniciar (ou não) o ciclo de uma determinada política pública.

7 Tecendo Algumas Considerações

A análise das EFAB priorizadas pelo Poder Executivo e sua implementação pelos MPP reafirmou o papel indutor e concentrador de poder do MS. Ressaltou a limitação da participação dos municípios na execução do planejamento das ações e programas direcionados para a AB, o que interfere na capacidade dessas estratégias se confirmarem como fortalecedoras da AB na realidade local dos serviços de saúde.

Já o ente estadual, constituiu um apoiador do MPP desde a entrada na agenda de um programa até a sua implementação, apesar do possível esvaziamento do seu papel quanto à formulação e normatização das EFAB federais. Esse apoio acontece por meio da atuação dos profissionais das RS, que oferecem instruções sobre novas estratégias e capacitação da equipe de trabalhadores de saúde dos MPP. Também colaboram com a política de AB nesses municípios utilizando programas estaduais como o APSUS e VigiaSUS, destacados pela equipe gestora como ações que contribuíram para a AB dos MPP.

As ações estaduais são um requisito fundamental do processo de descentralização das políticas sociais (dentre essas a da saúde) em uma federação como no caso brasileiro, em que cada estado federado possui a grande maioria dos municípios com pequeno porte populacional e densidade econômica pouco expressiva. Arretche (2000) destaca que os estados contribuem decisivamente para compensar os obstáculos de ordem econômica ou fiscal na gestão dessas políticas. Para a autora, a possibilidade de descentralização efetiva das políticas sociais requer necessariamente políticas ativas e continuadas por parte dos governos estaduais, para capacitarem seus municípios.

A busca pelo entendimento sobre a condução das estratégias que conformam a política de AB no Brasil, resultou no encontro de 22 EFAB normatizadas por um grande quantitativo de portarias, permitindo identificar dois grupos de normas: “instituidoras” e “complementares”. As instituidoras, além de trazerem os princípios e diretrizes da PNAB, significaram, principalmente, a ampliação de ações. No entanto, apesar de essas características serem fundamentais para implementação do SUS, os temas e princípios que aparecem nessas normas são complexos e multifatoriais.

A necessidade do grande quantitativo de publicações de normas complementares pode ser indicativa da complexidade que influencia a inserção das EFAB no cotidiano dos serviços de municípios tão díspares, além de demonstrar a fragilidade das normas instituidoras em garantir que se desenvolvam todos os ciclos de uma política pública. Mais que a formulação da política e suas estratégias, parte fundamental e relevante é a implementação, e a publicação

de uma normativa não constitui garantia de que ela seja executada da forma proposta pelos serviços de saúde.

As normas jurídicas como ampliadoras de ações têm de ultrapassar o aspecto legal. A presença da AB na agenda do governo deve se constituir em prioridade que alcance diferentes espaços e promova microprocessos de transformação da política de AB em ações de cuidado aos usuários no cotidiano dos serviços.

O tema financiamento, relacionado a incentivos e transferências de recursos, ocupou lugar central nas normas publicadas, principalmente com relação às complementares. Tal situação leva a uma reflexão sobre o financiamento como instrumento de controle federal sobre os municípios, pois estes têm de cumprir critérios previstos nas normas para receber os recursos necessários ao desenvolvimento das ações de saúde.

Questiona-se em que medida o MS consegue promover a construção de um projeto político que articule gestores e sociedade civil na atenção às necessidades de saúde da população, ou se a utilização desse grande quantitativo de normativas cristaliza uma relação de tutela do ente federal sobre os entes municipais na condução da política de saúde.

No ciclo político das estratégias federais voltadas para a AB, estas são formuladas a partir da lista de problema trabalhados no processo decisório do MS, para então ter a fase da implementação acontecendo nos municípios, operacionalizada por atores que não participam de sua formulação. Assim, quando chegam aos municípios, os problemas a serem enfrentados por determinada estratégia do MS podem ou não serem problemas priorizados pelos municípios, fazendo com que entrem ou não na agenda decisória do município. Nesse momento, novas decisões são feitas, reiniciando o ciclo político.

O enfoque *top down* durante a implementação dificulta que o município participe da formulação inicial das ações da política e que essa seja coerente com as necessidades locais, o que diminui a capacidade dessas estratégias chegarem aos municípios e terem efeito sobre a AB. Ressalta-se que tal enfoque é reproduzido pela equipe gestora em relação à capacitação dos trabalhadores de saúde da “ponta” para operacionalizar determinada EFAB. O cenário encontrado, onde menos de 20% das EFAB propostas conseguem ser desenvolvidas por uma ampla abrangência dos MPP, pode ser um indicativo do baixo potencial das estratégias serem operacionalizadas nesses municípios.

Resultado dessa pesquisa apontam que as CIR não têm se constituído em espaços de afirmação da autoridade política dos municípios para que esses participem da discussão sobre

a identificação de problemas que subsidiarão a formulação de uma nova EFAB, enquanto espaço de cooperação federativa. Os municípios têm entidades representativas da gestão (Conasems) nas comissões intergestores, no entanto, a situação evidenciada pode ser um indicativo de que a representação dos entes locais nas comissões não tem refletido as necessidades dos MPP ou mesmo a garantia da sua autonomia no planejamento das estratégias.

O incremento da participação dos municípios na formulação das estratégias é imprescindível no processo político, mas importa salientar que tanto a centralização da formulação das ações da política de AB no município (planejamento com enfoque ascendente) quanto no governo federal (ou estadual) podem limitar o desenvolvimento das EFAB em um Estado federativo. Existe a condição federalista que necessita combinar arranjos políticos/administrativos sem haver submissão de um ente em relação ao outro, devendo acontecer a soberania dos governos e interdependência entre eles, em um país composto por diversidade de territórios e realidades. Como colocado anteriormente, a concentração excessiva de poder no governo central pode resultar em forte centralização das ações e a concentração de poder nos governos regionais trazem o risco de paralisar as reformas de interesse geral (ARRETCHE, 2013).

Os empreendedores governamentais do processo decisório dão destaque aos recursos financeiros atrelados a uma EFAB como determinantes para a tomada de decisão por desenvolvê-la. O prefeito constitui o ator que impacta tanto na tomada de decisão como para o desenvolvimento das EFAB. A solução dos problemas de que trata uma EFAB deveria predominar na decisão sobre a realização da adesão, para que se alcance a melhora da AB. No entanto, o recurso financeiro constituiu uma das condições essenciais criadoras da janela de oportunidade para a entrada de uma estratégia na agenda do MPP. Mesmo a fragilidade no provimento da força de trabalho, também citada como uma dessas condições, acaba tendo relação com a questão do financiamento, pois, muitas vezes, a indisponibilidade desse recurso é o motivo que impossibilita o pagamento e contratação dos trabalhadores.

Quando se cita o financiamento como questão central, não se remete somente ao recurso trazido por uma estratégia (esse por si só já não tem poder garantido para induzir a adesão), mas o quanto um determinado programa afetará financeiramente o MPP, pois o gestor e a equipe gestora estão atentos não somente para o financiamento oferecido por um

programa, mas para a contrapartida que o MPP terá que investir depois da efetivação da adesão, para o desenvolvimento das ações que a política traz.

Depois que se decide pela implementação de determinada EFAB, diversas atividades a serem desenvolvidas pelos MPP representam novos desafios, tanto do âmbito municipal (como o provimento e capacitação da força de trabalho; a ação do prefeito; o enfrentamento dos impasses relacionados ao profissional médico), como para além do âmbito municipal (como a construção de redes de saúde informais pela falta de referência para a média e alta complexidade). A situação encontrada nos resultados apresentados reflete um cenário desfavorável enfrentado pelos municípios para o desenvolvimento das propostas trazidas pelo ente federal. Reconhece-se que tanto os MPP como o federalismo brasileiro expressam problemas estruturais que extrapolam as políticas de saúde, mas as afetam profundamente.

No Brasil, nossa história é marcada pelo domínio da União em relação aos recursos públicos e sua distribuição, tanto nos mecanismos legais quanto nos decretos presidenciais que garantem maior poder à União. O estado federativo brasileiro propõe a descentralização das ações para os municípios, entretanto existe a necessidade de se estabelecer mecanismos de cooperação intergovernamental.

De fato, se tem encontrado dificuldades em delimitar as responsabilidades de cada ente em relação ao SUS. Existe a necessidade de se estabelecer consensos federativos e relações federativas solidárias, que resultem na organização de saúde em uma região e possibilite a atuação de estados e municípios na formulação das políticas, na alocação dos recursos financeiros, no planejamento e nas decisões que afetam a condução da política de saúde no país.

Propor políticas nacionais em um território extenso como o do Brasil, que contemplem as necessidades de mais de 5.000 municípios com diferentes realidades e contextos, constitui um desafio. Verifica-se a necessidade de se pensar em novos arranjos organizacionais que contribuam para a coordenação federativa, permitindo a autonomia e interdependência entre os entes federativos durante o processo político, ou mesmo que se ampliem os espaços de discussão e disseminação já existentes sobre as EFAB nos municípios.

Apesar de todas as dificuldades enfrentadas no desenvolvimento das EFAB, para a equipe de gestores chave, as estratégias tem significado uma melhoria no cuidado ofertado a população ao longo dos anos. A dificuldade maior não esteve nas propostas/temáticas trazidas por essas EFAB, são ações que tem potencial para contribuir com a AB nos MPP, mas

precisam acontecer com a maior participação desses na formulação das EFAB (sem a concentração do poder em um ente).

Quanto às perspectivas futuras das EFAB, existem ameaças aos avanços trazidos por essas estratégias, que foram reconhecidos pelos participantes desse estudo, pois o contexto político é desfavorável à manutenção das conquistas do SUS e pode repercutir no cenário futuro de implementação das EFAB. Considerando as ameaças como a Proposta de Emenda Constitucional PEC 241/55, que tende a limitar os gastos públicos, os planos de saúde populares e as declarações de membros da base do governo e da equipe ministerial, que demonstram a falta de compromisso em manter o sistema público brasileiro como garantido na Constituição: universal, integral e igualitário.

Outra situação que poderá repercutir nas perspectivas futuras das EFAB, consiste na recente proposta do Ministério da Saúde (anunciada no dia 07 de fevereiro de 2017) para alterar o modelo de repasse de recursos federais para o SUS a estados e municípios. A transferência de recursos até então realizada por seis blocos de financiamento – 1) Atenção Básica; 2) Assistência Farmacêutica; 3) Assistência de Média e Alta Complexidade; 4) Vigilância em saúde; 5) Investimento; 6) Gestão – passa a ser feita em dois blocos: Custeio e Investimento. Os gestores dos estados e municípios adquirem, assim, maior liberdade para definir como aplicar os recursos que recebem do governo federal.

Em relação a essa nova forma de repasse de recursos surgem argumentos favoráveis e desfavoráveis que preocupam especialistas. Dentre os argumentos favoráveis pode-se citar: a desburocratização do orçamento do SUS, entendido como engessado pelos gestores em saúde; a possibilidade dos gestores realizarem gastos de acordo com as necessidades locais e continuar a ter de prestar contas. Como argumentos contrários à proposta destacam-se: áreas como a AB e vigilância em saúde poderiam perder recursos, sendo estes destinados aos serviços de média e alta complexidade; poderia ocorrer uma maior interferência do setor privado, que atende os usuários do SUS, por mais recursos; ao colocar para os gestores municipais a decisão sobre a aplicação dos recursos, pode levar a um modelo de atendimento centrado no município em detrimento da organização regional do SUS (CANCIAN, 2017).

Como limite desse estudo refere-se o contexto singular de cada MPP, pois as ações federais para a política de AB são influenciadas por características peculiares do sistema político do município e do sistema municipal de saúde. Além disso, destaca-se que não foi realizada a análise de cada uma das EFAB, que possibilitasse considerar outros elementos

além da identificação do seu desenvolvimento nos municípios, como suas especificidades e diferenças significativas, trajetória histórica, base político-institucional, ou mesmo implicações para o SUS.

As discussões desta pesquisa dão margem a outros questionamentos. Enfatiza-se a necessidade de realizar outros estudos sobre esta temática, como a percepção que os trabalhadores atuantes na AB que não fazem parte da equipe gestora e a população dos MPP têm sobre a implementação das EFAB, uma vez que também são atores envolvidos no processo político. Outra contribuição para o conhecimento sobre esse processo seria investigar a entrada dos problemas, que levam à formulação das EFAB na agenda decisória do MS.

Estudos que busquem analisar o desenvolvimento dessas estratégias nos municípios maiores, na mesma região onde esta pesquisa foi realizada, poderiam contribuir para identificar similaridades ou diferenças entre os achados apresentados e os discutidos neste trabalho. Também considera-se importante realizar estudos que possibilitem propor arranjos organizacionais para a coordenação federativa que contemple a diversidade dos MPP e oportunize ampliar sua participação na formulação das EFAB.

Referências

ABRUCIO, F. L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 24, p. 41-67, jun. 2005.

ABRUCIO, F.L. **Os barões da federação**: os governadores e a redemocratização brasileira. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 1998. 253 p.

ABRUCIO, F. L. **Os Barões da Federação**: os governadores e a redemocratização brasileira. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. 253 p.

ABRUCIO, F. L.; SOARES, M. M. **Redes federativas no Brasil**: cooperação intermunicipal no Grande ABC. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 2001. 236 p.

AGUM, R.; RISCADO, P.; MENEZES, M. Políticas públicas: conceitos e análises em revisão. **Revista Agenda Política**, São Carlos, v. 3, n. 2, p. 12-42, jul./dez. 2015.

ALMEIDA, M. H. T. Federalismo democracia e governo no Brasil: ideias, hipóteses e evidências. **BIB - Revista Brasileira de Informação Bibliográfica**, Rio de Janeiro, n. 51, p. 13-34, 2001.

ALMEIDA, M. J. et al. Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais na graduação em Medicina no Paraná. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 156-65, 2007.

ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010.

ALVES, M.; PENNA, C. M. D. M.; BRITO, M. J. M. Perfil dos gerentes de unidades básicas de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 441-446, 2004.

AMORIM NETO, O. O poder executivo, centro de gravidade do sistema político brasileiro. In: AVELAR, L.; CINTRA, A. O. (Org.). **Sistema político brasileiro**: uma introdução. São Paulo: Fundação Unesp, 2004. p. 123-134.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária a saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. Cap. 25, p. 783-836.

ARAÚJO, T. B. Desenvolvimento regional: a descentralização valorizaria a diversidade. In: FLEURY, S. (Org.). **Democracia, descentralização e desenvolvimento**: Brasil & Espanha. Rio de Janeiro: FGV, 2006. p. 373-96.

ARRETCHE, M. Tendências no estudo sobre avaliação. In: RICO, E. M. (Org.). **Avaliação de políticas sociais**: uma questão em debate. São Paulo: Cortez, 2001. p. 29-39.

ARRETCHE, M. Relações federativas nas políticas sociais. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 23, n. 80, p. 25-48, set. 2002.

ARRETCHE, M. Federalismo e Igualdade Territorial: Uma Contradição em Termos? **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, vol. 53, n. 3, p. 587- 620, 2010.

ARRETCHE, M. Continuidades e descontinuidades da Federação Brasileira: de como 1988 facilitou 1995. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 2, p. 377-423, jun. 2009.

ARRETCHE, M. Quando instituições federativas fortalecem o governo central? **Novos Estudos - CEBRAP**, São Paulo, n. 95, p. 39-57, mar. 2013.

ARRETCHE, M. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 14, n. 40, p. 111-141, jun. 1999.

ARRETCHE, M. **Estado Federativo e políticas sociais**: determinantes da descentralização. Rio de Janeiro: Renavan; São Paulo: FAPESP, 2000. 302 p.

BANCO MUNDIAL. **Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil**: melhorando a qualidade do gasto público e gestão de recursos. Washington: Banco Mundial, 2007. 91 p.

BAPTISTA, T. W. F. **Políticas de saúde no pós-constituente**: um estudo da política implementada a partir da produção normativa dos Poderes Executivo e Legislativo no Brasil. 2003. 347 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. A idéia de ciclo na análise de políticas públicas. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T.W. (Org.). **Caminho para análise das políticas**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. p. 221-272.

BAPTISTA, T. W. F. Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 615-626, mar. 2007.

BARROSO, L. R. **O direito constitucional e a efetividade de suas normas**: limites e possibilidades da Constituição Brasileira. 9. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2009. 410 p.

BITTENCOURT, P. O. S.; CLEMENTINO, J. C. **Hierarquia das leis**. 2013. Disponível em: <<http://www.trabalhosfeitos.com/ensaios/Hierarquia-Das-Leis/644844.html>>. Acesso em: 10 jul. 2014.

BOBBIO, N.; MATTEUCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de Política**. 11. Ed. Brasília, São Paulo: UNB, 1995. 1358 p.

BODSTEIN, R. A atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.

BONAVIDES, P. **Curso de direito constitucional**. 26 ed. São Paulo: Malheiros Editora, 2011, 835 p.

BONFIM, M.C.B. **Autopercepção da equipe gestora sobre o preparo para o desempenho da função de gestão em saúde em municípios de pequeno porte**. 2016. 72 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

BRANDT, C.T. A criação de municípios após a Constituição de 1988: O impacto sobre a repartição do FPM e a Emenda Constitucional nº 15, de 1996. **Revista de informação legislativa**, Brasília, v. 47, n. 187, p. 59-75, jul./set. 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 24 out. 2011a. Seção 1, p. 48.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 1.473, de 24 de junho de 2011. Institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 27 jun. 2011b. Seção 1, p. 119.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 4. 279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 31 dez. 2010a. Seção 1, p. 88.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014a. Disponível em: < <http://dab.saude.gov.br/portaldab>>. Acesso em: 12 abr. 2014.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1998.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 set.1990a. Seção I. p. 1.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 31 dez.1990b. Seção I. p. 25694.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Planejamento no SUS**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016, 138 p.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde — SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, n. 123, 29 jun. 2011c. Seção I. p. 1.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e Secretaria Nacional De Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social PNAS/ 2004 e Norma Operacional Básica NOB/SUAS**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e Secretaria Nacional De Assistência Social, 2005. 175 p.

BRASIL. **Saúde com mais transparência**. 2015. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/portaltransparencia/index.jsf>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo**, secretaria de gestão estratégica e participativa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 300 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 7ª ed. Brasília, 2009. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf>. Acesso em: 25 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde. **Avaliação de Políticas e Programas Nacionais da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Portaria GM nº 1.654 de 19 de julho 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, n. 138, 20 jul. 2011d. Seção I. p. 79.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mais perto de você: acesso e qualidade**. Brasília: 2011e. Manual Instrutivo.

BRASIL. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, n. 111, 28 mai. 2013a. Seção 1. p. 30.

BRASIL. Portaria nº 123, de 25 de janeiro de 2012. Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, n. 19, 26 jan. 2012. Seção 1. p. 48.

BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o programa mais médicos, altera as leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, n. 12871, 23 out. 2013b. Seção 1. p. 1.

BRASIL. Lei complementar nº 135, de 4 de junho de 2010. Altera a Lei Complementar nº 64, de 18 de maio de 1990, que estabelece, de acordo com o § 9º do art. 14 da Constituição Federal, casos de inelegibilidade, prazos de cessação e determina outras providências, para incluir hipóteses de inelegibilidade que visam a proteger a probidade administrativa e a moralidade no exercício do mandato. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 7 jun. 2010b. Seção I. p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica**. Brasília, 2013c. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, v. 1).

BUCCI, M. P. D. **Direito administrativo e políticas públicas**. São Paulo: Saraiva, 2002. 298p.

CALADO, S. S.; FERREIRA, S. C. R. **Análise de documentos: método de recolha e análise de dados**. 2005. Disponível em: <www.educ.fc.ul.pt/docentes/ichagas/mi1/analisedocumentos.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2014.

CAMPOS, R. O. **O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica**. São Paulo: Editora Hucitec, 2003. 166 p.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000. 236 p.

CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-368, abr. 2008.

CAMPOS, G. W. S.; PEREIRA JUNIOR, N. A Atenção primária e o programa mais médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2655-2663, set. 2016.

CANCIAN, N. Governo federal quer afrouxar regra para uso de verba destinada ao SUS. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 10 abr. 2017. Cotidiano, p.25.

CAPELLA, A. C. N. **O processo de Agenda-Setting na Reforma da Administração Pública (1995-2002)**. 2004. 234 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2004.

CARNEIRO, L. P.; ALMEIDA, M. H. T. Definindo a arena política local: sistemas partidários municipais na federação brasileira. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 2, p. 403-432, 2008.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil. O longo Caminho**. 3 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. p. 236.

CARVALHO, B. G. et al. Gerência de Unidades Básicas de Saúde em municípios de diferentes portes: perfil e instrumentos gerenciais utilizados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 5, p. 907-914, 2014.

CARVALHO, M. S.; SOUSA, M.F. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos?. **Interface**, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 913-926, dez. 2013.

CARVALHO, M. do C. B. de; Assistência Social: reflexões sobre a política e sua regulação. **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº 87, p. 123-131, São Paulo: Cortez, 2006.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 693-705, abr. 2010.

CASTRO, A. L. B.; FAUSTO, M. C. R. A política brasileira de atenção primária à saúde. In: MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; LIMA, L. D. (Org.). **Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 173-196.

CECILIO, L. C. O. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos "mais do mesmo". **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 280-289, jun. 2012.

CECILIO, L. C. O. O "trabalhador moral" na saúde: reflexões sobre um conceito. **Interface**, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 345-351, ago. 2007.

CHRISPINO, A. **Políticas Públicas: uma visão interdisciplinar e contextualizada**. 1 Ed. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2016, 256 p.

CODATO, L. A. B. **Integração ensino-serviço de saúde: uma compreensão por meio da fenomenologia Heideggeriana**. 2015. 142 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2015.

COLLINS, C; ARAÚJO, J; BARBOSA, J. Decentralising the health sector: issues in Brazil. **Health Policy**, Amsterdam, v. 52, n. 2, p. 113-27, 2000.

COMES, Y. et al. A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2729-2738, set. 2016.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família em centros urbanos no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 7-16, 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Moção 005/99**. 2006. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/deliberacoes/mocoos.htm>>. Acesso em: 12 Jul. 2014.

- CORIOLOANO, M. W. L. et al. Vivenciando o processo de municipalização do SUS no município de Juazeiro do Norte (CE). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2447-2454, ago. 2010.
- COSTA, G. D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 113-118, fev. 2009.
- COUTO, C.G. Constituição, Competição e Políticas Públicas. **Lua Nova**, São Paulo, n. 65, p.95-135, ago. 2005.
- COUTINHO, J. G. et al. A organização da vigilância alimentar e nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 688-699, dez. 2009.
- COUTO, C. G.; ARANTES, R. B. Constituição ou políticas públicas? Uma avaliação dos anos FHC. In: LOUREIRO, M. R.; ABRÚCIO F. L. (Org.). **O Estado numa era de reformas: os anos FHC**. Brasília: ENAP, 2002. p. 75-120.
- CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. **Pesquisa de métodos mistos**. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2013. 288 p.
- CUNHA, E. P.; CUNHA, E. S. M. Políticas públicas sociais. In: CARVALHO, A. et al. (Org.). **Políticas públicas**. Belo Horizonte: UFMG, 2002. Cap. 1, p. 11-25.
- CUNHA, A. B. O.; SILVA, L. M. V. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 725-73, abr. 2010.
- DALLARI, D. A. **Elementos de teoria geral do Estado**. 28. ed. São Paulo: Saraiva, 2009, 314 p.
- DOURADO, D.A. **Regionalização e federalismo sanitário no Brasil**. 2010. 182 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- DRESCH, R. L. Federalismo solidário: a responsabilidade dos entes federativos na área da saúde. In: SANTOS, L.; TERRAZAS, F. **Judicialização da Saúde no Brasil**. Campinas: Saberes, 2014, p. 26-57.
- EBERHARDT, L. D; CARVALHO, M.; MUROFUSE, N. T. Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 18-29, Mar. 2015.
- FERNANDES, F. M. B.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1667-1677, set. 2011.
- FERNANDES, M. C. et al. Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, p. 11-15, 2010.

- FEUERWERKER, L. C. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v.9, n.18, p. 489-506, set./dez. 2005a.
- FEUERWERKER, L.C.M. **Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil**. São Paulo: Hucitec/RedeUnida, 1998.
- FEUERWERKER, L. C. M. Educação permanente em saúde: uma mudança de paradigmas. **Olho Mágico**, Londrina, v.12, n.3, p.13-20, 2005b.
- FIGUEIREDO, M. **Teoria geral do Estado**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2014, 192 p.
- FIGUEIREDO, P. P. D. et al. Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família: a concepção de gestão que permeia o agir em saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 235-259, 2010.
- FLEURY, S.; OVERNEY, A. M. Política de saúde: uma política Social. In: GIOVANELLA, L; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C; NORONHA, J.C; CARVALHO, A. I. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012a. p. 59-88.
- FLEURY, S.; OUVENEY, A.M. O sistema único de saúde brasileiro: Desafios da gestão em rede. **Rev. Portuguesa e Brasileira de Gestão**, Lisboa, v. 11, n. 2-3, p. 74-83, 2012b.
- FONSECA, C. M. O. **Saúde no governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007, 298 p.
- FONTENELLE, L. F. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 22, p. 5-9, jan. 2012.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E; MAGALHAES, H.M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T.B.; BUENO, W.S. **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003. p. 11-199.
- FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários no sistema de saúde no Brasil. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v.11, n.23, p.427-438, set./dez, 2007.
- GERVAS, J.; BONIS, J. El debate profesional acerca de la escasez de médicos. **Revista Española de Salud Pública**, Madrid, v. 82, n. 6, p. 627-635, dic. 2008.
- GIL, C. R. R. **Práticas profissionais em saúde da família: expressões de um cotidiano em construção**. 318 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2006.
- GIORDANI, J. A. La planificación como proceso social: um esquema de análisis. **Cuadernos Sociedad Venezolana de Planificación: Teoría y Método de la Planificación**, Venezuela, v. 3, p. 147-177, 1979.

GIOVANELLA, L. **Ideologia e poder no planejamento estratégico em saúde**: uma discussão da abordagem de Mario Testa. 1989. 299 f. Dissertação (Mestrado em saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1989.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). **Política de saúde**: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p. 177-198.

GIOVANELLA, L. **Regionalização deve diminuir desigualdades**. 2015. Disponível em: <<http://www.resbr.net.br/category/comunicacao/entrevistas/page/2/>>. Acesso em: 10 set. 2016.

GIRARDI, S. N. et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2675-2684, set. 2016.

GIRARDI, S.N. et al. O trabalho precário em saúde: tendências e perspectivas na estratégia saúde da FAMÍLIA. **Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n. 45, p. 11-23, maio 2010.

GONÇALVES, R. P. et al. Profissionais da área de saúde pública: atitudes, conhecimentos e experiências em relação a práticas médicas não-convencionais. **Revista de Atenção Primária a Saúde**, v. 11, n. 4, 2008.

GONZALEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 757-762, mai. 2010.

GOULART, F. (Coord.). **Inclusão dos cidadãos na implementação das políticas de saúde**: experiências brasileiras e europeias: resultados: laboratório de inovação sobre inclusão de cidadãos na implementação das políticas de saúde. Brasília, DF: OPAS, 2012.123 p.

HARTZ, Z. M. A; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S331-S336, 2004.

HÊIDER, A. P; SOUZA, A. N. A; FERLA, A.A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v.38, no.spe, p. 358-372, out. 2014.

HELMAN, C. **Cultura, saúde e doença**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 432 p.

HERNÁNDEZ, T; GÓMEZ; Y.O. La migración de médicos en Venezuela. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 30, n. 2, p.177-81, jul. 2011.

HOGWOOD, B. W.; GUNN, L. A. **Policy analysis for the real world**. Oxford: Oxford University Press, 1984. 298 p.

HOWLETT, M.; RAMESH, M.; PERL, A. **Política Pública: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integral**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 328 p.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades: estimativa de população**. 2016. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 24 jan 2017.

IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Perspectivas do desenvolvimento brasileiro**. Brasília: Ipea, 2010.

JELLINEK, G. **Teoría General del Estado**. Tradução de Fernando de Los Ríos Urruti. Granada: Editorial Comares, 2000. 790 p.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, jan. 2010.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 35-45, 2000.

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. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 918-928, maio 2010.

KINGDON, J. **Agendas, alternatives, and public policies**. 3. ed. New York: Harper Collins, 2003. 253 p.

LEITE, V. R.; LIMA, K. C.; VASCONCELOS, C. M. D. Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1849-1856, 2012.

LIMA, L. D.; MACHADO, C. V.; GERASSO, C. D. O neo-institucionalismo e a análise de políticas de saúde: contribuições para uma reflexão crítica. In: MATTOS, R.A; BAPTISTA, T.W, organizadores. **Caminho para análise das políticas**. 1. Ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2015, p. 181-220.

LIMA, L. D. **Os desafios da governança na regionalização da saúde**. 2015. Disponível em:<<http://www.resbr.net.br/category/comunicacao/entrevistas/page/2/>>. Acesso em: 10 set. 2016.

LINHARES, J. **Responsabilidade na gestão pública: os desafios dos municípios**. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2008, 317 p.

LUCCHESI, P. T. R. et al. **A gestão compartilhada do Sistema Único de Saúde: o diálogo na Comissão Intergestores Tripartite**. Projeto Descentralização On-Line 2000-2002. Rio de Janeiro: Escola de Governo, 2003.

- LUNA, S. M. M. **Perfil dos gestores municipais de saúde do estado do Mato Grosso**. 2008. 134f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Gestão de sistemas de saúde) - Universidade do Estado do Mato Grosso, Cáceres, 2008.
- MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS. In: GONDIM, R.; GABROIS, V.; MENDES, W. (Org.). **Qualificação de gestores no SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2011. p. 47-72.
- MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; NOGUEIRA, C. O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 521-532, mar. 2011.
- MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; LIMA, L. D. (Org.). **Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. 324 p.
- MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E. S.; MOYSÉS, N. M. N. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: PIERANTONI, C.; POZ, M. R. D.; FRANÇA, T. (Org.). **O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. Rio de Janeiro: Cepesc, Uerj, 2011. p. 103-116.
- MACHADO, C. V. Prioridades de saúde no Brasil nos anos 1990: três políticas, muitas lições. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 20, n. 1, p. 44-49, jul. 2006.
- MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F. A agenda federal da saúde: dinâmica e prioridades. In: MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; LIMA, L. D. (Org.). **Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 149-171.
- MACHADO, C. V. et al. Federalismo e política de saúde: comissões intergovernamentais no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 642-650, ago. 2014.
- MACHADO, M. H. A profissão de enfermagem no século XXI. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 52, n. 4, p. 589-595, dez. 1999.
- MAGALHÃES, E. A. et al. A influência da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) na tomada de decisão pelos gestores públicos municipais. **Contabilidade Vista & Revista**, Belo Horizonte, v. 16, n. 3, p. 9-26, 2005.
- MARQUES, R. M.; MENDES, Á. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, S163-S171, jan. 2002.
- MARQUES, R. M.; MENDES, Á. Atenção básica e programa de saúde da família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 403-415, 2003.
- MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. (Org.). **Caminho para análise das políticas**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. 509 p.

- MATTOS, R. A. **Desenvolvendo e oferecendo idéias**: um estudo sobre a elaboração de propostas de política de saúde no âmbito do Banco Mundial. Tese (Doutorado em medicina social) - Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.
- MATUS, C. **Política, planificação e governo**. Brasília: IPEA, 1996.
- MEDICI, A. **26 anos de SUS**: avanços e desafios. CEBES, 2014. Disponível em: <<http://cebes.com.br/2014/07/26-anos-de-sus-avancos-e-desafios-andre-medici/>>. Acesso em: 08 ago. 2014.
- MELO, E. A. **Política nacional de atenção básica**: situação e perspectivas. 2015. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/site/wpcontent/uploads/2015/04/Apresenta%C3%A7%C3%A3o-Eduardo-Melo_-PNAB_MS.pdf>. Acesso em: 10 out. 2016.
- MENDAUAR, O. **Direito administrativo moderno**. 19. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2015, 507 p.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana de Saúde. Brasília: All Type, 2011. p. 5-473.
- MENDONÇA, M. H. M. D. et al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2355-2365, 2010.
- MENDONÇA, F. F. et al. Participação dos municípios de pequeno porte no Projeto Mais Médicos para o Brasil na macrorregião norte do Paraná. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2907-2915, set. 2016.
- MENEZES, J.S.B. **Saúde, participação e controle social**: uma reflexão em torno de limites e desafios do Conselho Nacional de Saúde na atualidade. 2003. 194 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.
- MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec, 2002. 183p.
- MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2010, 164 p.
- MINAYO, M.C.S; DESLANDES, S.F. **Caminhos do Pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 17-30.
- MORAES, F. Executivo e Legislativo no Brasil Pós-Constituinte. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.4, n.15, p.45-52, 2001.
- MOREIRA, M. R.; ESCOREL, S. Conselhos municipais de saúde no Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 795-806. 2009.

NEY, M. S; RODRIGUES, P. H. A. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1293-1311, 2012.

NICOLETTO, S. C. S. **As comissões intergestores regionais e a gestão interfederativa no norte do Paraná, 2011 a 2013**. 2015. 180f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Paraná, 2015.

NOGUEIRA, M.A. **As possibilidades da política: idéias para a reforma democrática do Estado**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998. 305 p.

NUNES, E. F. P. A. et al. Força de trabalho em saúde na Atenção Básica em Municípios de Pequeno Porte do Paraná. **Saúde em Debate**, v. 39, n.104, p. 29-41, jan./mar. 2015.

NUNES, E. F. P. A.; CARVALHO, B. G.; SANTINI, S. M. L. (Org.). **Relatório final da pesquisa gestão do processo de trabalho na rede de atenção básica de saúde em municípios de pequeno porte da região norte do Paraná**. Londrina, 2012. 34 p.

OHIRA, R. H. F.; CORDONI JUNIOR, L.; NUNES, E. D. F. P. D. A. Perfil dos gerentes de Atenção Primária à Saúde de Municípios de Pequeno Porte do norte do Paraná, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 393-400, 2014.

OLIVEIRA, F. P. et al. Mais médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 623-634, set. 2015.

OTTO, D. M. **Vínculo dos profissionais da Estratégia Saúde da Família com o trabalho e com a organização em um município de Santa Catarina**. 2012. 104 f. Dissertação (Mestrado profissional em Saúde e Gestão do Trabalho) - Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2012.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, p. 73-78, ago. 2006.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1819-1829, 2007.

PAIM, J. S. Aspectos críticos da institucionalização da planificação em organizações públicas de saúde. In: PAIM, J. S (Org.). **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador: Centro de Estudos e Projetos em Saúde/ Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia, 2002. p. 407-33.

PAIM, J. S. **A saúde não cabe em uma caixa**. 2015. Disponível em:<<http://www.resbr.net.br/category/comunicacao/entrevistas/page/2/>>. Acesso em: 10 set. 2016.

PARANÁ. Secretaria da Saúde. **Regionais de saúde**. 2016. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2752>>. Acesso em: 10 out. 2016.

- PESSANHA, C. O poder executivo e o processo legislativo nas constituições brasileiras. Teoria e prática. In: VIANNA, L. W. (Org.). **A democracia e os três poderes no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro; Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro, 2003. p. 141-93.
- PINAFO, E.; CARVALHO, B. G.; NUNES, E. F. P. A. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1511-1524, mai. 2016.
- PINAFO, E. et al. Gestor do SUS em município de pequeno porte no estado do Paraná: perfil, funções e conhecimento sobre os instrumentos de gestão. **Espaço Saúde**, Londrina, v. 17, n. 1. p. 130-137, jul. 2016.
- PINHEIRO, R. Integralidade e Prática Social. Entrevista ao Boletim Integralidade em saúde do LAPPIS – **Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde**. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=162&sid=25>>. Acesso em: 15 jul. 2014.
- PIOLA, S. F.; FRANCA, J. R. M.; NUNES, A. Os efeitos da Emenda Constitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 411-422, fev. 2016.
- POVOA, L.; ANDRADE, M. V. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1555-1564, ago. 2006.
- REGIÃO E REDES. **Caminhos para a Universalização da Saúde no Brasil**. Banco de Indicadores Regionais e Tipologias. 2013. Disponível em: <<http://www.resbr.net.br>>. Acesso em: 10 jun. 2015.
- RIBEIRO, R. M. C. **Avaliação dos aspectos da gestão em saúde em municípios de pequeno porte da microrregião de Jequié- Bahia**. 2012. 109 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde). Departamento de Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, 2012.
- RIBEIRO, S. F. R.; MARTINS, S. T. F. Sofrimento psíquico do trabalhador da saúde da família na organização do trabalho. **Psicologia e Estudo**, Maringá, v. 16, n. 2, p. 241-250, jun. 2011.
- RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. In: PAIM, J.S. (Org.). **Análise estratégica e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 17-35.
- ROSA, S. S. **Construtivismo e mudança**. 9 ed. São Paulo: Cortez, 2003, 94p.
- SABATIER, P.A.; JENKINS, S.H.C. The Advocacy Coalition Framework. In: SABATIER, P.A. **Theories of the Policy Process**. United States of America: Westview Press, 1999, p. 117 – 166.

- SAITO, R. X. S.; LACERDA, R. A.; FRACOLLI, L. A. Atenção primária: análise de acesso ao primeiro contato em uma Unidade Básica de Saúde do município de São Paulo. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. abr./ju, 2006.
- SAMPAIO, J. et al. O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 16, n. 3, p. 317-324, 2012.
- SANTIAGO, L. M. et al. Implantação do programa saúde na escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 6, p. 1026-1029, dez. 2012.
- SANTOS, L. **SUS: desafios político-administrativos da gestão interfederativa da saúde. Regionalizando a descentralização.** 2012. 266 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Campinas, 2012.
- SANTOS, L. M. P.; COSTA, A. M; GIRARDI, S. N. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3547-3552, nov. 2015.
- SANTOS, L. **Blog direito sanitário: saúde e cidadania. Lei complementar 141/2012: novo marco das transferências interfederativas no SUS.** 2012. Disponível em: <<http://blogs.bvsalud.org/ds/2012/03/12/lei-complementar-1412012-novo-marco-das-transferencias-interfederativas-no-sus/>>. Acesso em: 12 set. 2016.
- SANTOS, A. M; GIOVANELLA, L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, e00172214, 2016.
- SANTOS, A. M; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 622-631, ago. 2014.
- SCHEFFER, M. et al. **Demografia médica no Brasil 2015.** São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2015. (Relatório).
- SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.
- SCOREL, S. **Equidade em Saúde.** Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equsau.html>>. Acesso em: 15 set. 2014.
- SECCHI, L. **Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos.** São Paulo: Congage learning, 2010, 133p.
- SILVA, A. Falta de política de pessoal e distribuição de médicos agravam problemas no SUS. **Jornal da Unicamp**, Campinas, 29 jul. 2013. p. 6.

- SILVEIRA, A. **Cooperação e Compromisso Constitucional nos Estados Compostos. Estudo sobre a teoria do federalismo e a organização jurídica dos sistemas federativos.** Coimbra: Almedina, 2007, 496 p.
- SKIDMORE, T.E. **Uma História do Brasil.** 4. Ed. São Paulo: Paz e Terra, 2003, 358 p.
- SOUSA, I. M. C.; VIEIRA, A. L. S. Serviços públicos de saúde e medicina alternativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 255-266, 2005.
- SOUSA, M. F. **A Cor-Agem do PSF.** São Paulo: Hucitec, 2001, 128 p.
- SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n.16, p. 20-45, jul./dez. 2006.
- SOUZA, R. O Sistema público de saúde brasileiro. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL TENDÊNCIAS E DESAFIOS DOS SISTEMAS DE SAÚDE NAS AMÉRICAS, 2002, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 2002. Disponível em: <[http://www.saude.sc.gov.br/saudetrabalhador/conferencia_estadual/textos_apoio/O%20Sistema%20P%20Fablico%20de%20Sa%20FAd%20Brasileiro\(CEST\).pdf](http://www.saude.sc.gov.br/saudetrabalhador/conferencia_estadual/textos_apoio/O%20Sistema%20P%20Fablico%20de%20Sa%20FAd%20Brasileiro(CEST).pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2014.
- STAHLSCHMIDT, A. P. M. Integralidade, construção e socialização de conhecimentos no contexto da educação permanente e atuação de profissionais da área da saúde. **Interface**, São Paulo, v. 16, n. 42, p. 819-827, 2012.
- TEIXEIRA, S. M. F. et al. Impactos da descentralização do SUS sobre o processo de modernização dos governos locais. **Contabilidade, Gestão e Governança**, Brasília, v. 14, n. 3, p. 100-119, set./dez, 2011.
- TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde.** Rio de Janeiro: Hucitec, 1995, 306 p.
- TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004.
- VAISTMAN, J.; MOREIRA, M. R.; COSTA, N. R. Entrevista com Jairnilson Paim: um balanço dos 20 anos do Sistema Único de Saúde SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.14, n. 3, p. 899-901, 2009.
- VIANA, A. L; BAPTISTA, T. W. F. Análise das políticas de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 59-88.
- VIANA, A. L. Abordagens metodológicas em políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 5-43, mar./abr. 1996.

- VIANA, A. L. A.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2317-2326, ago. 2010.
- VIANNA, A. A.; ROCHA, J. Y.; ELIAS, P. E.; IBANEZ, N.; BOUSQUAT, A. A Atenção Básica e Dinâmica Urbana nos Grandes Municípios Paulistas. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v.24, p. 79-90, 2008.
- VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 181-190, jan. 2013.
- VIEIRA, J. M. R.; GARNELO, L.; HORTALE, V. A. Análise da atenção básica em cinco municípios da amazônia ocidental, com ênfase no Programa Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 852-865, dez. 2010.
- WALT, G. **Health policy: an introduction to process and power**. 2. ed. London: Zed Books, 1996. 240 p.
- WATTS, R. L. **Comparing Federal Systems in the 1990s**. Kingston, Ontario: Queen's University, 1999. 125 p.
- WEICHERT, M.A. **Saúde e Federação na Constituição Brasileira**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004. 260 p.
- ZIMMERMANN, A. **Teoria geral do federalismo democrático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005. 405 p.

Apêndices

APÊNDICE A**TERMO DE CONSENTIMENTO INSTITUCIONAL**

Londrina, 12 de junho de 2013.

Ilmo(a) Sr.(a)

Secretário(a) Municipal de Saúde de _____

Prezado(a) Senhor(a):

Estamos realizando uma pesquisa intitulada: **A gestão do trabalho no SUS em Municípios de Pequeno Porte do Paraná a partir do olhar da Equipe Gestora**. Esta pesquisa conta com a participação de docentes e alunos de graduação e pós-graduação da Universidade Estadual de Londrina e de profissionais de 16^a, 17^a, 18^a, 19^a e 22^a Regionais de Saúde, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEL e aprovada e financiada pela Fundação Araucária.

O objetivo desse estudo é o de analisar o processo de gestão do trabalho no SUS em pequenos municípios, a partir da percepção da equipe gestora. Cabe destacar que a gestão em saúde e da sua força de trabalho em municípios de pequeno porte é complexa e pouco pesquisada empiricamente. Pode-se dizer que o desenvolvimento do SUS passa necessariamente pelo desenvolvimento da gestão. E para este desenvolvimento é fundamental o conhecimento do que ocorre neste campo. Desta forma, esta pesquisa oportunizará compreender este processo, bem como contribuir para o desenvolvimento de tecnologias de gestão em saúde.

Para tanto, solicitamos a autorização de V.S^a, para coletar os dados junto aos profissionais que compõe as equipes de gestão de seu município.

Em caso de dúvidas, estarei a disposição para esclarecê-lo(a) pelos telefones (43) 33712398, (43) 99966597.

Atenciosamente

Brígida Gimenez Carvalho

Coordenadora da Pesquisa

Ciente e de acordo:

Secretario(a) Municipal de Saúde de _____

Data: ____/____/____.

APÊNDICE B**Identificação da Equipe Gestora pelo(a) Secretário(a) Municipal de Saúde**

Nome: _____

Município em que é Secretário Municipal de Saúde: _____

_____ Regional de

Saúde: _____ Data: ____ / ____ / ____.

Informe o nome das pessoas que exercem as atividades abaixo listadas:

Operação do Fundo Municipal de Saúde: _____

Operação dos Sistemas de Informação: _____

Responsável pela área de RH: _____

Responsável pela Vigilância Sanitária: _____

Responsável pela Epidemiológica: _____

Gerencia dos Serviços de Saúde: _____

Coordenação de Programas: _____

Coordenação da Estratégia Saúde da Família: _____

Responsável pela Regulação ou contato com outros serviços (agendamentos de exames e consultas especializadas, etc): _____

Responsável pelo planejamento e Avaliação: _____

APÊNDICE C

INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPE GESTORA

1. Município _____ RS _____ : DATA: ___/___/___

2. Iniciais do entrevistado:

3. Idade: _____ anos

4. Fone:

5. Sexo: (1)F(2)M

6. Formação:

(1)Ensino fundamental (1º grau) incompleto

(5)Superior incompleto

(2)Ensino fundamental (1º grau) completo

(6)Superior completo

(3)Ensino médio (2º grau) incompleto

(7)Pós graduação

(4)Ensino médio (2º grau) completo

7. Tem ou está cursando o ensino superior?

(1) Sim

(2) Não

8. Qual (s) curso(s) de graduação? _____

9. Se tem pós-graduação, qual o curso?

Residência ou Especialização:

1) _____

2) _____

Mestrado: _____

Doutorado: _____

10. Há quanto tempo você trabalha na área da saúde? _____ meses

11. Qual é a modalidade de sua admissão?

(1)Estatuto do Servidor Público

(2)Contrato temporário

(3)Convenio/terceirizado com associação comunitária, ONG, OSCIP (CLT)

(4)Prestação de serviços/Autônomo

(5)Cargo Comissionado

(6)CLT (vinculo municipal)

(7)Outras(especificar): _____

(8) Não Sabe

12. Você ingressou neste emprego através de:

(1) Concurso Público (2) Teste seletivo (3) Indicação (4) Entrevista

(5)Curriculum Vitae (6)Outra forma: (digitar) _____

13. Tem Plano de Carreira no município?

(1) Sim

(2) Não

(3) Não Sabe

14. Qual a sua carga horária semanal contratada: _____ horas/semana

15. Qual a carga horária semanal que você cumpre: _____ horas/semana

16. Qual sua remuneração mensal bruta pelo seu trabalho (que recebeu no último mês)?
R\$ _____

17. Possui outro vínculo de trabalho?

(1) Sim (2) Não

18. Se sim, especifique: (função, instituição, carga horária semanal, há quanto tempo, tipo de vínculo).

19. Função exercida atualmente no município: (Preencher com sim ou não)

Sim ou Não	FUNÇÕES
	Secretário(a) de Saúde
	Responsável pela Vigilância Epidemiológica
	Gerenciado fundo municipal de saúde
	Coordenador de hospital
	Coordenador de clínica
	Coordenador de UBS
	Responsável pelo SIM
	Responsável pelo SAI
	Responsável pelo SIH
	Responsável pelo SINASC
	Responsável pelo SIPNI
	Responsável pelo SIAB
	Responsável pelo SISCAT
	Responsável pelo SISVAN
	Responsável pelo SINAN
	Coordenação da Estratégia Saúde da Família/PSF ou APS
	Responsável pela área de Recursos Humanos
	Responsável pelo planejamento e avaliação de ações e serviços (Plano Mun.Saúde, RAG, COAP);
	Responsável pela Vigilância Sanitária
	Responsável por agendamentos de exames e/ou consultas especializadas, etc;
	Coordenação da Saúde Bucal
	Coordenação da Saúde Mental
	Coordenação pela Assistência Farmacêutica
	Responsável por compras e licitações
	Outra (digitar)

20. Você foi nomeado formalmente para o exercício dessa função?

(1) Sim (2) Não (3) Não sabe

21. Além de seu salário, o município lhe paga algum outro valor como incentivo para o exercício desta função?

(1) Sim (2) Não (3) Não sabe

22. Como foi a indicação para a função que exerce na gestão no município?

(1) Indicado pelo prefeito

(2)Indicado pelo secretário de saúde

(3)Outra forma (especificar) : _____

23. Há quanto tempo exerce esta função no município? _____ meses

24. Se sente preparado para desempenho desta função?

(1) Integralmente (2) Parcialmente (3) Não

25. Se sim, o preparo foi obtido:

() Por curso? Qual _____

() Por experiência anterior, qual? _____

() De outra maneira, qual? _____

26. Já exerceu este ou outra função de gestão neste ou em outro município/serviço?

(1) Sim (2) Não

27. Se sim, qual (is) cargo (s), por quanto tempo e onde?

28. Local de atuação?

(1) Secretaria Municipal de Saúde (2) Prefeitura

29. Observações: _____

30. Conhece os seguintes instrumentos de Gestão?	(1) Sim	(2) Não
a) Plano Municipal de Saúde		
b) Programação Anual de Saúde		
c) Relatório Anual de Gestão		
d) SISPACTO		
e) Relatório quadrimestral de prestação de contas em audiência pública		
f) Contrato Organizativo da Ação Pública		
g) Plano Plurianual		
h) Lei de Diretrizes Orçamentárias		
i) Lei Orçamentária Anual		

31. Participou da elaboração/dicussão desses instrumentos?	(1) Integral	(2) Parcial	(3) Não participou	(4) Não se aplica
a) Plano Municipal de Saúde				
b) Programação Anual de Saúde				
c) Relatório Anual de Gestão				
d) SISPACTO				
e) Relatório quadrimestral de prestação de contas em audiência pública				

f) Contrato Organizativo da Ação Pública				
g) Plano Plurianual				
h) Lei de Diretrizes Orçamentárias				
i) Lei Orçamentária Anual				

32. Qual o objetivo dos instrumentos de gestão? (PMS, RAG, SISPACTO, PAS, RQPC)	(1) Sim	(2) Não	(3) Não se aplica
(1) Definir e planejar ações			
(2) Atingir metas			
(3) Orientar a aplicação de recursos			
(4) Elaboração de diagnósticos			
(5) Territorialização			
(6) Levantamento de necessidades			
(7) Implementação de políticas			

33. Como foi sua participação? (PMS, RAG, SISPACTO, PAS, RQPC)	(1) Sim	(2) Não	(3) Não se aplica
(1) Proposição de ações e metas			
(2) Fornecimentos de dados			
(3) Discussão de conteúdo e forma			
(4) Redação do documento			
(5) Apresentação e divulgação			
(6) Acompanhamento e monitoramento			

34. No seu município estão em desenvolvimento:	(1) Sim	(2) Não	(3) Não sabe
Estratégia Saúde da Família			

Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica			
Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde			
Núcleo de Apoio ao Saúde da Família			
Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – PROVAB			
Mais Médicos			
VIGIASUS			
Redes Atenção Materno Infantil			
Redes de Urgência e Emergência			
Rede de Saúde Mental			
Rede de Doenças Crônicas			
Rede de Atenção ao Deficiente Físico			
Outros (especificar)			

APÊNDICE D

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PESQUISA “A gestão do trabalho no SUS em Municípios de Pequeno Porte do Paraná a partir do olhar da Equipe Gestora”

Você está sendo convidado a participar como voluntário em uma pesquisa sobre a “**A gestão do trabalho no SUS em Municípios de Pequeno Porte do Paraná a partir do olhar da Equipe Gestora**”, que tem como objetivo analisar a gestão em saúde a nível municipal de acordo com a percepção da equipe gestora. Trata-se de um estudo investigativo e é referente a projeto de pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (UEL). No caso de aceitar fazer parte da mesma, você deverá responder a um questionário e/ou entrevista, que não terá sua identificação, e não lhe trará qualquer custo financeiro.

Sua participação será de grande valor para melhor entendimento da gestão em saúde a nível municipal. Gostaríamos de acrescentar que você terá todas as suas dúvidas esclarecidas, bem como o sigilo das informações garantido e que também poderá desistir de participar da pesquisa no momento que ler o questionário e se sentir constrangido com alguma de suas questões. As conclusões que resultarão desta pesquisa serão apresentadas em instancias públicas como congressos, periódicos e afins garantindo o anonimato dos entrevistados. Em caso de dúvidas, você poderá esclarecê-las com o coordenador da pesquisa, docente Brígida Gimenez Carvalho pelo telefone (43) 33712398, ou contatar com o Comitê de Ética em Pesquisa através do telefone (43)3371-2490, às quintas feiras, no período matutino. Você tem a liberdade de aceitar ou não responder ao questionário ou a quaisquer questões que lhe constanjam.

Eu _____ declaro que, após conveniente esclarecimento pelas pesquisadoras responsáveis e de ter compreendido com clareza suas finalidades, procedimentos metodológicos e o destino final das informações recolhidas, consinto em participar livremente do estudo a que se refere este consentimento informado.

_____, _____, _____ de 2013.

Dr. Brígida Gimenez Carvalho

Pesquisado

Anexo

ANEXO A



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
Universidade Estadual de Londrina
Registro CONEP 5231

Parecer CEP/UEL:	146/2012
CAAE:	06099412.3.0000.5231
Processo:	20860/2012
Pesquisador(a):	João José Batista de Campos
Unidade/Órgão:	CCS - Departamento de Saúde Coletiva

Prezado(a) Senhor(a):

O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina" (Registro CONEP 5231) – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:

"A gestão do trabalho no SUS em Municípios de Pequeno Porte do Paraná a partir do olhar da Equipe Gestora"

Situação do Projeto: **Aprovado**

Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá ser encaminhado ao CEP/UEL relatório final da pesquisa, conforme prevê a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares.

Londrina, 14 de setembro de 2012.

Prof. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
Universidade Estadual de Londrina