



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIA POLÍTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA

Marcelle S. Vaz

**FEDERALISMO, INSTITUIÇÕES POLÍTICAS E SINERGIA ESTADO-
SOCIEDADE: ENTENDENDO PROCESSOS E RESULTADOS DO
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)**

Brasília - DF
Março de 2013

Marcelle S. Vaz

**FEDERALISMO, INSTITUIÇÕES POLÍTICAS E SINERGIA ESTADO-
SOCIEDADE: ENTENDENDO PROCESSOS E RESULTADOS DO
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)**

Dissertação submetida ao Instituto de
Ciência Política da Universidade de Brasília
em cumprimento às exigências parciais para
a obtenção do título de Mestre em Ciência
Política.

Área de Concentração: Democracia e
Democratização.

Orientador: Professor Dr. André Borges

Brasília – DF
2013

Marcelle S. Vaz

**FEDERALISMO, INSTITUIÇÕES POLÍTICAS E SINERGIA ESTADO-
SOCIEDADE: ENTENDENDO PROCESSOS E RESULTADOS DO
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)**

Dissertação submetida ao Instituto de
Ciência Política da Universidade de Brasília
em cumprimento às exigências parciais para
a obtenção do título de Mestre em Ciência
Política.

Área de Concentração: Democracia e
Democratização

Aprovada em 28 de março de 2013.

Banca examinadora:

Professor Dr. André Borges
IPol/UnB
Presidente

Professor Dr. Denilson Bandeira Coêlho
IPol/UnB
Membro Interno

Professor Dr. Roberto Pires
Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)
Membro Externo

Professora Dra. Rebecca Neaera Abbers
IPol/UnB
Suplente

Aos meus maravilhosos pais,
Aos meus amigos fantásticos,

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Iamar Regina e Benildo, por seu amor incondicional e por terem me proporcionado sempre as melhores oportunidades custeando todo um aparato educacional que me trouxe até aqui.

Aos meus grandes amigos, Maria Cláudia Reis e Eduardo Lopes, que dividem apartamento comigo nessa empreitada em Brasília por sempre me auxiliarem com as revisões, me aguentarem nos momentos mais estressantes e por proporcionarem um ambiente mais que agradável deixando que a tranquilidade reinasse nesses momentos finais da fabricação desse trabalho. Não tenho palavras para expressar o tanto que eles tornaram a minha vida mais fácil nos últimos meses.

Um agradecimento mais que especial ao meu orientador, Professor André Borges, por ter me acompanhado nessa jornada de erros e acertos com a mudança do objeto de estudo.

À banca, nas pessoas do meu orientador, Professor André, Professor Denilson, Professora Rebecca, professores do Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, e, Professor Roberto Pires do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), por terem se disponibilizado a avaliar este trabalho. Sendo que, as valiosas contribuições do Professor Denilson e da Professora Rebecca, na banca de qualificação, fizeram com que eu pensasse numa redefinição do objeto de estudo.

Aos meus colegas de Mestrado que se tornaram grandes amigos, Igor Ribas Brandão, Danilo Bijos e Eduardo Reis, por terem sido responsáveis pelos *insights* descontraídos acerca do tema deste trabalho.

A Tattiane, servidora pública da Universidade de Brasília (UnB), lotada na Secretaria da Pós-graduação do IPol, por sempre me receber com um sorriso e me auxiliar da melhor maneira possível em tudo que precisei, principalmente em relação aos procedimentos administrativos, me deixando alerta aos prazos, facilitando em muito a minha vida acadêmica.

“Performing complex jobs requires a high degree of coordination the ability to link related tasks efficiently and effectively into concerted action. In the silent film era, the ‘Keystone Cops’ popularized a vision of what coordination does not look like uniformed officers dizzily scurrying in all directions, getting in each other’s way and providing more comedy than action. On the other hand, the work of firefighters when they arrive on the scene of a blaze is a carefully choreographed ballet, with each firefighter assigned a specific task, from searching for possible victims to coupling hoses.”

Donald F. Kettl, 2006

RESUMO

O presente trabalho interpreta processos que têm implicação para os resultados do Programa Saúde da Família (PSF). Para tanto, propõe uma análise de caráter multianalítico que preconiza os desdobramentos do federalismo, das instituições políticas e da sinergia Estado-sociedade que determinam e corroboram com os indícios do sucesso em relação à melhoria dos indicadores de saúde. Em sentido mais estrito, a questão é compreender como o governo federal conseguiu centralizar a coordenação da política de saúde, induzindo os entes subnacionais a cooperarem com as diretrizes estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS) a partir do estudo de caso do PSF. O Movimento Sanitarista aparece como um importante *player* na construção do paradigma da atenção básica em saúde representando a simbiose Estado e sociedade civil, assim como os Conselhos Municipais de Saúde que aparecem como mecanismos de controle. O ponto central é o que mudou nas relações intergovernamentais da saúde, em que o foco é dado aos incentivos que o MS cria para promover a adesão ao PSF, bem como os mecanismos de controle que garantem a implementação do programa.

Palavras-chave: PSF; Federalismo; Instituições; Sinergia; Atenção básica;

ABSTRACT

The thesis' focus is in the processes that have implications for the results of the Programa Saúde da Família (PSF). A multi analytic framework is proposed that advocates federalism, political institutions and state-society synergy determine and corroborate with the evidence of success related to improvement of health indicators. In the strictest sense, the question is to understand how the federal government could centralize the coordination of health policy, inducing subnational entities to cooperate with the guidelines established by the Ministry of Health. The Sanitary Movement appears as a major player in the construction of the paradigm of primary health care represents the symbiosis state and civil society. The Municipal Health Councils, representatives of state-society synergy, appear as control mechanisms. The central point is what has changed in intergovernmental relations of health, where the focus is given to the MS creates incentives to promote adherence to the PSF, as well as the control mechanisms that ensure the implementation of the program.

Keywords: PSF; Federalism; Institutions; Synergy; Primary Health Care;

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária Saúde
CLS	Conselho Local de Saúde
COAB/MS	Coordenação de Atenção Básica
COSAC	Coordenação de Saúde da Comunidade
DAB	Departamento de Atenção Básica
ESF	Equipe Saúde da Família
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GAB	Gerência de Atenção Básica
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	Ministério da Saúde
NOAS/SUS	Norma Operacional da Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde
NOB/SUS	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SES	Secretarias Estaduais de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretarias Municipais de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Estrutura Institucional do PSF.....	31
Gráfico 1 - Número de Famílias Acompanhadas pelo PSF no período de 1998 a 2012.....	57
Gráfico 2- Qualidade do Atendimento na USF comparado com a do posto de saúde tradicional nos locais onde foi mantida a mesma estrutura física.....	57
Gráfico 3 - Evolução de Nascidos Vivos de 1998 a 2012.....	59
Gráfico 4 – Evolução das Gestantes Acompanhadas de 1998 a 2012.....	60
Mapa 1- Cobertura populacional do PSF nos municípios brasileiros de 1998 a 2001.....	61
Figura 2 - Engenharia Institucional do SUS.....	83

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição das respostas fornecidas pelas coordenações estaduais do PSF quando perguntado se o PSF é uma estratégia de reorganização da Atenção Básica.....	55
Tabela 2 - Famílias pesquisadas que consideraram boa a qualidade de atividades selecionadas realizadas nas USF (%) em oito grandes centros urbanos no ano de 2002.....	58
Tabela 3 – Nascidos Vivos por Região do Brasil dentro da cobertura do PSF nos períodos de 1998 a 2012.....	58
Tabela 4 – Número de Gestantes Acompanhadas pelo PSF de 1998 a 2012.....	59
Tabela 5 - Posicionamentos dos diversos atores no momento de implantação do PSF segundo os gestores municipais do programa em dez grandes centros urbanos do Brasil.....	78
Tabela 6 - Aprendizado institucional segundo os indicadores selecionados em dez grandes centros urbanos.....	79

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
FEDERALISMO, DESCENTRALIZAÇÃO E SINERGIA ESTADO-SOCIEDADE CIVIL.....	25
1.1- Instituições Políticas.....	27
1.1.1- Instituições que Importam.....	30
1.2 - Federalismo e Políticas de Saúde.....	31
1.3 - Capacidade do Estado e Mudança Institucional.....	39
1.4 - Sinergia entre Estado e Sociedade Civil.....	46
2- EVOLUÇÃO DO PSF.....	52
2.1 – Caracterização do Programa, Atores e o Novo Conceito de Atenção à Saúde	52
2.2 – Alguns Resultados do PSF	55
2.3 – O Embrião do PSF: o PACS	62
2.4 – <i>Background</i> do PSF	65
3- O CASO DA SAÚDE E OS DETERMINANTES DO SUCESSO DO PSF.....	71
3.1- Estrutura Institucional do Sistema Único de Saúde (SUS).....	80
3.2 - Mudanças no Arranjo Federativo Brasileiro e Suas Implicações para as Políticas Sociais.....	84
3.3- Movimento Sanitarista	89
3.4- Conselhos Municipais de Saúde.....	94
(In) CONCLUSÕES.....	98
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	103

INTRODUÇÃO

A motivação central deste trabalho está na necessidade de compreender os processos que ocasionaram o sucesso das políticas sociais, mais especificamente de uma política pública de saúde brasileira, o Programa Saúde da Família (PSF), a despeito de toda uma literatura pessimista que as condenariam ao fracasso que marca uma forte corrente acadêmica dos anos de 1990.

Esta pesquisa contribui para a análise das políticas sociais no país, por evidenciar o caráter multianalítico necessário para a compreensão de políticas complexas, que permeiam vários governos e épocas. As molduras teóricas de análise contribuem, cada uma a seu modo, para a elucidação do processo de formação do Programa. A perspectiva adotada, portanto, contribuiu para o diálogo entre as diversas teorias, evidenciando as complementaridades e limitações de cada uma. O PSF, como política complexa, passa por mudanças incrementais e, certamente, a sua implementação requer várias formas de análise, assim como as implicações para o seu sucesso.

Grande parte das análises de políticas públicas considera apenas uma das categorias de análise utilizadas, em que é bastante comum se ter trabalhos voltados para o institucionalismo e as suas vertentes; ou, os desdobramentos do federalismo; ou, as nuances da relação sociedade civil e Estado. A presente pesquisa procurou oferecer elementos que combinassem todas essas categorias de análise para o entendimento dos processos e resultados do PSF.

Programas que criaram novos *stakeholders* ou procuraram atingir objetivos em relação à equidade, assim como aqueles que não promoveram uma mudança radical nas instituições e nos interesses obtiveram maior sucesso do que aqueles que promoviam alterações nas burocracias e nos hospitais. Nesse sentido, programas que buscam a extensão e a disseminação da atenção primária em saúde se espalharam mais rapidamente. (KAUFMAN & NELSON, 2004)

Weyland (1996) reconhecido expoente da literatura pessimista, em um dos seus trabalhos, considerando as abordagens da escolha racional e socioeconômica num quadro neo-estatal/institucionalista de análise, afirma que a fragmentação organizacional impõe obstáculos cruciais para a reforma redistributiva em democracias como o Brasil. Caminhos fragmentados e estabelecidos de organização

como o clientelismo impede a emergência de associações de interesse, movimentos sociais, bem como a orientação do programa impondo constrangimentos aos partidos que não conseguem pressionar efetivamente a reforma da equidade. Esses fatores também minam a unidade do Estado que, como resultado, não pode impor a redistribuição. A fragmentação da sociedade e do Estado enfraquece sistematicamente os proponentes e beneficiários das medidas rumo à equidade e fortalece os seus opositores.

Os argumentos de sucesso das políticas sociais não foram previstos com base em dois elementos desenvolvidos na literatura, são eles: (1) as Reformas de Segunda Geração que, para serem efetivas, necessitavam de uma mudança institucional significativa e a cooperação de uma gama de atores situados nos diferentes níveis de governo; (2) a fragmentação política induziria à disfunções institucionais provocando a impossibilidade da reforma no caso brasileiro. (MELO, 2008)

O foco nos incentivos políticos intrínsecos e nos desencorajamentos para os diferentes tipos de Reforma da Saúde são úteis para explicar em que medida as reformas foram subestimadas e quais questões não foram previstas. (KAUFMAN & NELSON, 2004)

No quadro analítico geral, este trabalho tem como cerne estudos centrados na relação entre os processos de formulação de políticas de saúde e os resultados dessas políticas. Para tanto, uma abordagem neoinstitucionalista com ênfase nas práticas políticas é utilizada baseada numa perspectiva *polity-centered* (ROCHA, 2005).

Os indícios de sucesso dos indicadores do PSF são tomados como variável dependente e os desdobramentos institucionais do federalismo como variáveis independentes. Em sentido mais estrito, a variável dependente está relacionada aos determinantes do sucesso do programa com base na melhoria dos indicadores sociais que serão expostos ao longo do trabalho. Sendo que, a capacidade do Ministério da Saúde (MS) de induzir a cooperação dos entes subnacionais é fator chave para o argumento explicativo deste trabalho. Como quadro analítico auxiliar, esse trabalho recorre ao modelo de Equilíbrio Pontuado na seção que está preocupada em mostrar o “*background*” desta política de saúde. É importante dizer que a utilização desse modelo é apenas para ajudar a entender o agendamento do PSF.

O MS têm voz considerável em relação à utilização dos fundos de saúde, isto é, quando se trata das transferências para estados e municípios em que normas e condições são anexadas para a provisão dos recursos advindos dos vários fundos exercendo grande influência sobre os programas descentralizados de saúde. (KAUFMAN & NELSON, 2004)

Dessa maneira, procura-se interpretar como o governo federal conseguiu centralizar a coordenação da política de saúde, induzindo os entes subnacionais a cooperarem com as diretrizes estabelecidos pelo MS a partir do estudo de caso do PSF.

O ponto central é o que mudou nas relações intergovernamentais da saúde, em que o foco é dado aos incentivos que o MS cria para promover a adesão ao PSF e os mecanismos de controle usados pelo governo federal para garantir a implementação do programa.

A estratégia de Saúde da Família é um projeto dinamizador do SUS, condicionada pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. A hierarquização do SUS em que se tem a atuação dos diferentes níveis de governo na provisão dos serviços, com a obrigatoriedade constitucional para a aplicação mínima de recursos orçamentários no setor, leva o governo central a fazer uso de um intrincado sistema de incentivos que envolve transferência de recursos e controle para organizar o sistema e garantir que os governos subnacionais atuem de acordo com as regras do Ministério da Saúde.

Nesse sentido, estados e municípios não possuem condições de ofertar serviços de maior complexidade, uma vez que possuem problemas de escala e custos elevados e abrem mão de autonomia decisória por ser a contrapartida para participar do sistema.

O PSF foi concebido pelo Ministério da Saúde em 1994, embora se tenha notícia de que já nesta data, guardadas suas particularidades, havia sido implantado em alguns municípios, entre eles: Niterói (RJ) em 1991; Itacarambi (MG) em 1993, entre outros. Tem sido uma das prioridades do governo federal, de alguns governos estaduais e municipais para reorganização dos serviços de saúde. De acordo com o Ministério da Saúde, o PSF nasce, com o propósito de superação de um modelo de

assistência à saúde, responsável pela ineficiência do setor; insatisfação da população; desqualificação profissional; e, iniquidades. (FRANCO & MERHY, 2003)

Anna Peliano, Secretária Executiva do Comunidade Solidária¹, no I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família (BRASIL, 1999, p. 9), afirmou que:

Começamos em 1995 com 28 mil agentes comunitários, já no final de 96, eram 44 mil agentes comunitários. Hoje já estamos com mais de 60 mil agentes comunitários de saúde no Brasil. O Programa da Saúde da Família já tem mais de 2 mil equipes, em mais de 600 municípios, ou seja, vem tomando dimensões cada vez maiores, e como já disse o doutor Renilson, é um programa que a princípio sofria restrições, e hoje é uma proposta, uma estratégia irreversível, com impactos concretos na redução da mortalidade infantil, que todos sabemos é um indicador importante da qualidade de vida da população. Entre 1994 e 1997, quer dizer, em quatro anos, nas áreas cobertas pelos Agentes Comunitários de Saúde, a redução da mortalidade infantil já foi de 43%. Dados do Programa da Saúde da Criança mostram que, no biênio 95/97, em mais de 900 municípios de risco, já houve uma queda de 25% nas internações hospitalares, 30% no número absoluto de crianças menores de 5 anos.

A estratégia de atenção à saúde via PSF representa esforços de sucessivos governos brasileiros, desde meados da década de 1990. Trata-se de uma política que visa a concretização dos princípios constitucionais, como a equidade, a integralidade e a universalidade.

É a tentativa do MS de oferecer uma atenção básica mais resolutiva e humanizada no país. A Atenção Básica é um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É a porta de entrada do sistema de saúde e se articula com os outros níveis de atenção.

As equipes do PSF são compostas por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS), baseados em uma unidade básica de saúde (UBS). Cada equipe é responsável pelo

¹ Foi um programa do governo federal brasileiro criado em 1995 durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002).

acompanhamento de cerca de 1000 famílias num território definido dentro da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde a que pertence.

Em nível nacional, o gerenciamento e a organização da estratégia do PSF compete à Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC), a qual está subordinada à Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). Compete às Secretarias Estaduais de Saúde definir, em sua estrutura organizacional, qual setor terá a responsabilidade de articular a estratégia de Saúde da Família, cabendo-lhe o papel de interlocutor com o Ministério da Saúde e municípios. O nível municipal é tido como espaço de execução da estratégia de Saúde da Família definindo a melhor adequação dos meios e condições operacionais. (BRASIL, 1997)

Com o funcionamento adequado, as equipes de PSF são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população. (ROSA & LABATE, 2005)

Os dados são provenientes de fontes secundárias, como artigos científicos e de fontes primárias, como relatórios de governo². A metodologia da pesquisa consiste em uma análise descritivo-exploratória, a partir da literatura disponível e dos dados oficiais. O esforço do presente trabalho é o de promover a análise dos processos que tiveram implicação para o sucesso dessa política pública em saúde já consolidada nos dias atuais e as instituições que possibilitaram esse resultado.

Pela própria lógica do programa em que a prevenção de doenças mostra-se como um dos pilares sustentadores, os principais dados de sucesso apresentados nesta pesquisa estão relacionados à evolução do PSF considerando: o número de famílias atendidas; a redução da taxa de mortalidade infantil; o aumento dos nascidos vivos; e, o número de gestantes acompanhadas. Dessa forma, acredita-se que o programa tem grande influência sobre a melhoria geral dos indicadores sociais no Brasil. É importante enfatizar que o PSF não é um programa exclusivo para mulheres e crianças embora os indicadores selecionados tenham contemplado gestantes e mortalidade infantil.

² Embora utilize o SIAB para a fabricação de tabelas e gráficos, o escopo central desse trabalho não se dedicou à confecção exaustiva de resultados do programa via esse banco de dados. O escopo central do trabalho está muito mais preocupado com interpretar os processos que propiciaram os resultados, visto que toda uma literatura nacional já tratou repetidamente dos sucessos do PSF e estes são mais do que reconhecidos na atualidade.

O recorte temporal empírico é feito de 1998 até 2012³, uma vez que a partir do ano de 1998 é que o Sistema de Informação Básica (SIAB) começa a ser alimentado. A Coordenação de Atenção Básica (COAB/MS) e o DATASUS/MS desenvolveram o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). Atualmente o SIAB está implantado em 100% dos estados com o PSF. (BRASIL, 1999)

Os dados disponíveis no SIAB são gerados a partir do trabalho das equipes de Saúde da Família (ESF) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Sendo que, os Agentes Comunitários de Saúde por meio das visitas domiciliares fazem o cadastramento das famílias, identificam a situação de saneamento e moradia, assim como fazem o acompanhamento mensal da situação de saúde das famílias. De posse dessas informações e dos procedimentos realizados pelas Equipes de Saúde da Família na Unidade Básica de Saúde ou no domicílio, as Coordenações Municipais de Atenção Básica fazem mensalmente a consolidação de seus dados e os enviam para as Regionais de Saúde, seguindo para as Secretarias Estaduais, onde são feitas as respectivas consolidações.

Medina *et al* (2002) consideram a expansão do programa pela análise dos dados do SIAB. Segundo os autores, o PSF, especialmente a partir de 1998, promoveu sua grande expansão numérica com ampliação quantitativa e geográfica da cobertura, pelo progressivo aumento do número de municípios, estados e regiões no país. Segundo dados fornecidos pelo Departamento da Atenção Básica/MS, em janeiro de 2002, existiam no país 155.847 agentes comunitários de saúde em 4.820 municípios, 13.661 equipes de saúde da família em 3.740 municípios e 2.467 equipes de saúde bucal em 1.396 municípios.

O recorte temporal teórico desta pesquisa tem como principal marco a Constituição de 1988, que vem dar força para o governo central nas questões de saúde. No entanto, vários recuos no tempo são disponibilizados, seja até meados de 1970 com o advento das políticas de saúde, seja antes disso com o surgimento do

³ Um dos motivos que moveu a pesquisa a considerar o ano de 2012 que não demonstraria sucesso *a priori* e sim um queda um tanto drástica das famílias acompanhadas pelo programa é para suscitar o debate futuro acerca dos elementos que propiciaram essa queda no segundo ano de mandato da Presidente Dilma (2011- 2014) com base na discussão feita neste trabalho. No entanto, os dados empíricos de 2012 podem sugerir uma queda pelo fato de que os municípios atrasam naturalmente para repassar os dados. Essa demora pode ser ainda maior devido às eleições e a troca de prefeitos no ano de 2012.

Movimento Sanitarista. A pesquisa passeia por todo o cenário de criação e gestão do PSF no intuito de oferecer um panorama geral desta política pública que assume posição de uma das mais importantes políticas públicas do cenário latino-americano. Os dados de fontes secundárias fornecem contribuições também acerca desses anos.

As instituições são mecanismos fundamentais para o desenho, o aprimoramento e a avaliação das políticas públicas, fornecendo incentivos e, conseqüentemente, guiando o comportamento dos atores nas diversas arenas em que atuam.

Melo (1998, p. 11) esclarece que a distinção de uma “boa” política para uma “má” política é carregada de um conjunto de valores e noções acerca de uma realidade social por atores relevantes para uma maioria de governo, sejam eles parte da elite política ou burocrática, o que implica a avaliação do sucesso de uma determinada política como fruto de um exercício não “desinteressado”. Arretche (1998), por sua vez, estabelece que a avaliação de políticas públicas requer julgamento, a atribuição de um valor, de uma medida de desaprovação ou aprovação diante de uma determinada política ou programa público em que a análise se faz sobre uma concepção explícita ou implícita de justiça.

O autor argumenta que ao longo do estudo da história da agenda pública brasileira sete “vidas” das políticas públicas foram identificadas, a saber: (1) políticas públicas como *nation-building*; (2) políticas públicas como moeda de troca política; (3) políticas públicas como instrumento de modernização conservadora; (4) políticas públicas e o redistributivismo conservador; (5) políticas públicas com enfoque na descentralização, eficiência e transparência; (6) políticas públicas e o diagnóstico da crise de governabilidade no período pós-Constituinte; (7) da ingovernabilidade à *governance*. (MELO, 1998)

Nessa trajetória acerca da agenda pública brasileira descrita por Melo (1998, p.21) o que é importante trazer para a esta discussão é a questão do realinhamento dos atores coletivos no período pós-Constituinte:

No quadro de crise fiscal e de fragmentação da coalizão que viabilizou a Nova República emerge um realinhamento dos atores coletivos, visando uma redefinição das esferas pública e privada, das relações Estado-sociedade. Observa-se, portanto, que o eixo analítico da problematização das políticas públicas se desloca, mais uma vez, no sentido da

redefinição do papel do Estado e da legitimidade desse papel, e não mais no sentido da forma e conteúdo da intervenção pública.

A formação da agenda em saúde é uma importante área de estudos, seja pela variedade de atores envolvidos, seja em virtude do apelo social que esta área de pesquisa suscita. Nas últimas duas décadas, tem-se uma reestruturação das políticas sociais na América Latina, sobretudo após a estabilização macroeconômica. No Brasil, com os governos Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) e a guinada das políticas sociais nos governos Lula (2003-2010).

O processo de se fazer política (*policy making process*) é bastante complexo, ou seja, é resultado da multiplicidade de atores com poderes diversificados, horizontes de tempo diferenciados e incentivos que influenciam diretamente, assim como a variedade de arenas em que os atores jogam o jogo e a diversidade de regras de coalizão que têm impacto na maneira como as cartas são distribuídas. Ainda que a literatura teórica e empírica sobre os efeitos das instituições na política e nos resultados de políticas seja uma ferramenta de análise, é preciso atentar-se para a questão de que o processo de fazer política de cada país é resultado da configuração de suas regras e práticas políticas. Há ainda que se considerar as instituições como sistemas e não a partir de algumas poucas características das instituições. (SPILLER & TOMMASI, 2007)

O intuito do trabalho é identificar e entender os vários aspectos institucionais cruciais para os processos de formulação de políticas públicas e as implicações destes processos para o resultado das políticas. Os méritos das potenciais mudanças políticas e das regras institucionais deve ser considerado cuidadosamente, com a compreensão de como estas regras encaixam-se numa configuração mais ampla das instituições. Entender o panorama geral do processo de se fazer política em cada país especificamente, com a sua trajetória específica é um pré-requisito para desenvolver apropriadamente propostas para reformas políticas e reformas institucionais. (SPILLER & TOMMASI, 2007)

Os processos de Reforma da Saúde variam de conteúdo e escopo, mas compartilham características gerais no que se refere às mudanças na configuração institucional do sistema de saúde, no papel do setor público e do setor privado e,

finalmente, na forma e na quantidade de serviços acessíveis aos diferentes grupos da população. (BOSSERT & ROSSETTI, 1999)

Nos países em desenvolvimento, os esforços da Reforma da Saúde nos anos de 1980 e 1990 centraram-se em quatro principais orientações: (1) a separação do financiamento e provisão dos serviços de saúde; (2) a introdução da análise de custo-benefício para estabelecer as prioridades políticas e a alocação de recursos; (3) a introdução de taxas aos usuários e a expansão do seguro compulsório; (4) o aumento do papel do setor privado em áreas que eram de jurisdição do Estado. (BOSSERT & ROSSETTI, 1999)

Por meio da Constituição de 1988 se tem uma reestruturação que visou a adequação do Estado de bem-estar brasileiro para garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. (VIANA & ELIAS, 2007). Uma reflexão sobre o sistema de saúde no Brasil que, embora formalmente universal, ainda apresenta várias iniquidades de oferta foi acompanhada durante os últimos anos.

A Constituição de 1988 no terreno das políticas sociais aponta para o “federalismo cooperativo”, uma nova modalidade que é caracterizada pelas funções compartilhadas entre as diferentes esferas do governo. (ACIR *apud* ALMEIDA, 2005, p. 36) Nesse sentido, são as regras institucionais de uma política pública que determinam os incentivos ao comportamento dos governos locais. As regras institucionais são entendidas aqui como: as regras do processo decisório; os mecanismos de controle e punição; as arenas institucionalizadas de representação de interesses; dentre outros. (ARRETCHE, 2003)

A saúde é um eixo estruturante das políticas de proteção social (VIANA *et al*, 2011) razão pela qual se torna importante uma agenda de pesquisa que aponte a natureza, os mecanismos e as restrições que as políticas de saúde enfrentam em seu desenho e formação iniciais. Políticas públicas são instituições (PIERSON, 2006) regendo o comportamento dos atores e influenciam suas ações passadas e futuras. Essas instituições também são distribuidoras de poder (MAHONEY & THELEN, 2009), gerando implicações para as coalizões de atores que circundam a política de saúde e para os padrões de mudança institucional.

O processo de construção do desenho institucional de uma política se perpetua, uma vez que este desenho é resultado do conflito entre grupos de interesse e

grupos burocráticos distintos. Aqueles que perdem estão sempre em busca de oportunidades políticas para introduzir mecanismos institucionais que lhe interessam mais. (MOE *apud* ARRETCHE, 2003)

As grandes reformas ou pequenas múltiplas mudanças alteram a fisionomia dos sistemas latino-americanos de proteção social, os programas sociais fazem parte de um campo de especial interesse das reformas institucionais porque foram pouco reformados, no sentido forte da palavra. Alguns países exibem sistemas parecidos com os do estágio pré-reforma. (DRAIBE, 1997)

Arretche (1998) enfatiza que a análise de uma política nacional de saúde envolve as mais diversas formas de relação entre o setor público e o setor privado, as formas de financiamento, da prestação dos serviços e etc, ao se pensar nas possibilidades do desenho institucional de uma política específica. Assim, a análise das políticas públicas busca reconstituir as diversas características intrínsecas ao processo de se fazer política para dar sentido e entendimento ao caráter errático da ação pública para examinar a engenharia institucional e os traços constitutivos dos programas.⁴

Dessa maneira, mesmo que a análise de uma política específica possa atribuir a determinado desenho institucional alguns dos resultados prováveis, apenas a avaliação da política fornece uma relação de causalidade entre um programa X e um resultado Y. Sendo que o exame da relação entre a implementação de um programa e seus impactos e/ou resultados em termos de sucesso ou fracasso de uma mudança das condições prévias sociais de determinada população atingida pela política pública é a denominada “avaliação de efetividade” . (ARRETCHE, 1998, p. 32)

Com a Conferência de Alma-Ata, em 1978, tem-se uma reorientação do modelo de saúde no que diz respeito à aproximação do modelo de atenção primária. A partir daí, organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) passaram a divulgar a Atenção Primária Saúde (APS) como estratégia de atenção a ser adotada pelos países da América Latina. A APS foi definida em Alma-Ata como:

⁴ A autora se refere ao caráter errático da ação pública, uma vez que esta é marcada por incoerências, ambiguidades e incertezas nos seus diversos estágios.

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologias e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio do seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível dos locais onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS, 1978 *apud* STARFIELD, 2002).

Nesse sentido, alguns critérios que envolvem uma série de mudanças provocaram redirecionamentos nos enfoques, nos conteúdos, na organização e na responsabilidade. Várias dessas mudanças estão diretamente ligadas ao objeto desta pesquisa, para citar algumas: de enfoque, da cura para a prevenção, atenção e cura; dos conteúdos, da atenção por episódio para atenção continuada; da organização: de especialistas para médicos de família/generalistas; e, da responsabilidade, do domínio do profissional para a participação da comunidade. (STARFIELD, 2002, DA ROS et al., 2008)

O esforço em se fazer tal análise é no sentido de explorar a partir da realidade empírica, aspectos relevantes dos processos gerais de formulação e as implicações para o sucesso dessas políticas sociais da área da saúde que vem chamando a atenção a nível internacional.⁵

A reorientação dos modelos de atenção primária em saúde, a partir dos anos de 1990, nos países latino-americanos tiveram um papel fundamental na melhoria dos indicadores sociais. Nesse contexto é que o presente trabalho busca investigar quais os mecanismos que propiciaram os sucessos do programa no tocante ao desenvolvimento humano.

⁵ O esforço é no sentido de promover o encontro da empiria com a teoria, assim como o autor André Borges estabelece: “No contexto brasileiro, onde os estudos de caso e as comparações de pequeno N são os desenhos de pesquisa utilizados pela esmagadora maioria dos alunos de mestrado e doutorado em ciência política, um movimento mais forte no sentido de apropriação deste debate seria mais do que bem-vindo. Entre outras vantagens, uma maior exposição dos pós-graduandos a esta literatura metodológica permitiria combater problemas bastante comuns nas teses e dissertações da área, a exemplo da falta de articulação entre teoria e dados empíricos, ausência de critérios para seleção de casos e incapacidade de se trabalhar a partir uma perspectiva genuinamente comparativa. Seria possível, desta forma, ir além do “ensaísmo” que iguala estudos de caso a “story-telling”, e caminhar na direção de pesquisas dotadas de maior rigor metodológico e relevância teórica e empírica.” (Borges, 2007, p. 23)

É relevante registrar que um impacto importante sobre a qualidade das políticas públicas advém de uma análise alicerçada em estudos que levem em conta o processo de formulação e as suas políticas resultantes, ou seja, que oferecem um *link* entre a formulação e a avaliação da implementação. Assim, a dinâmica de funcionamento desses processos e o efeito que eles têm sobre as próprias políticas públicas oferecem elementos importantes. O escopo de análise deste trabalho não é focalizar aspectos específicos do processo de formulação das políticas e sim oferecer uma visão geral de como os processos funcionam utilizando o caso do PSF.

Nesse escopo, a Constituição Federal de 1988 insere, no debate sobre políticas sociais de saúde, o princípio de que a saúde é direito de todos e dever do Estado. As noções, portanto, de equidade, universalidade e integralidade ganham relevância e passam a nortear a formulação de políticas públicas de saúde no país. O Saúde na Família é uma política que, em certa medida, responde a estes ditames constitucionais e amplia os princípios norteadores da atenção básica à saúde no país.

Nesse sentido, a inovação programática⁶ e de concepção mais forte foi a do PSF no cenário do segundo ciclo de reformas do Sistema Único de Saúde (SUS) que foi desencadeado em 1995 e 1996 (DRAIBE, 2000).

Além desta introdução, o trabalho está dividido em três (03) capítulos e as considerações finais. No capítulo 1, o federalismo, a descentralização e a sinergia Estado-sociedade são apresentados. Em primeiro lugar, o papel das instituições políticas e o viés da abordagem neointitucionalista é definido brevemente onde o quadro institucional do PSF é delimitado. Em segundo lugar, a discussão é aprofundada acerca do federalismo e as políticas de saúde. Em terceiro lugar, o debate sobre a capacidade do Estado e a mudança institucional é trazido para corroborar com os determinantes da seção anterior. Por último, neste capítulo, forneço a discussão teórica acerca da simbiose Estado-sociedade no âmbito das políticas públicas.

No capítulo 2, tem-se a apresentação de dados que corroboram com o resultado de sucesso do programa devido os seus processos interpretados até aqui. Dessa maneira, na parte inicial do capítulo, ofereço uma seção dedicada à

⁶ Este trabalho não tem o intuito de analisar os mecanismos de inovação ocasionados pelo Programa, talvez num estudo futuro, a autora se dedique aos aspectos ancorados na literatura de difusão de políticas e de competição política com ênfase na estrutura de incentivos com que os atores se deparam para criar e copiar idéias inovadoras que é uma abordagem teórica em construção no Brasil e uma opção de pesquisa que difere da literatura nacional tradicional aplicada nesse estudo.

caracterização do programa, dos atores e do novo conceito de atenção à saúde. Em seguida, alguns resultados são apresentados. Em terceiro lugar, discuto o PACS como a origem que auxilia o sucesso do PSF para entrar na discussão dos determinantes do sucesso desenvolvida no próximo capítulo. Por último, faço uma breve descrição do background do PSF utilizando como método auxiliar o modelo de Equilíbrio Pontuado.

No capítulo 3, o debate sobre a peculiaridade do caso da saúde no âmbito da democracia e da equidade, assim como os determinantes do sucesso do Programa a despeito da literatura pessimista são oferecidos. O sucesso estaria relacionado à própria estrutura do SUS e sua tendência municipalizante em vez de uma tendência estadualista predominante no SUDS; e, às mudanças no arranjo federativo.

A última seção deste trabalho é dedicada às considerações finais onde um balanço geral é oferecido acerca do PSF e alguns elementos que levantaram implicações para um estudo comparativo são oferecidos.

1- FEDERALISMO, DESCENTRALIZAÇÃO E SINERGIA ESTADO-SOCIEDADE CIVIL

Neste capítulo, o meu enfoque é no debate acerca das instituições no âmbito da organização federativa, no efeito do federalismo sobre as políticas públicas, nas instituições que importam para o caso do PSF e com a moldura teórica do momento de simbiose Estado e sociedade civil, bem como os seus desdobramentos. A descentralização é abordada à luz dos elementos que propiciaram as condições para o sucesso desta política política descentralizada, assim como as capacidades estatais e a mudança institucional assumem um importante papel nessa discussão.

Os arranjos institucionais afetam a implementação. Assim, em áreas que a descentralização é um componente importante da reforma, as regras e os canais do federalismo fiscal são cruciais para a natureza e o grau de controle que as agências centrais têm sob os atores-chave no setor de saúde. (KAUFMAN & NELSON, 2004)

Ugá *et al* (2003) consideram que uns dos contenciosos da descentralização reside no fato de o Brasil ser um país com elevado grau de desigualdades entre regiões e estados, até mesmo, dentro de um mesmo estado, entre municípios, que impossibilita o andamento do processo descentralizador na mesma velocidade em todo o espaço geográfico nacional e que possa ser tratado de maneira uniforme.

Ainda, os critérios utilizados para a distribuição dos recursos federais aos estados e aos municípios podem ser insuficientes para diminuir as iniquidades na alocação dos recursos públicos dependendo da maneira como são conduzidos. No entanto, os autores concluem que na política alocativa do Ministério da Saúde a equidade na distribuição dos recursos foi pouco valorizada e admitem que as políticas de atenção básica favoreceram indubitavelmente, as regiões e os segmentos populacionais com maiores necessidades de saúde. (UGÁ *et al.*, 2003)

O federalismo é uma das instituições que foi reconstruída no Brasil redemocratizado e descentralizado. No entanto, as mudanças recentes não devem ser vistas como um movimento radical de um sistema centralizado para um regime político descentralizado. O caso brasileiro não apresenta uma dicotomia entre centralização e descentralização. Em vez disso, o federalismo brasileiro e as transformações que sofreu desde a redemocratização devem ser vistos como o último

conjunto de alterações na dinâmica do longo *continuum* das relações de poder “centro-estado-local”. (SOUZA, 2002, p. 24)

A capacidade dos governos subnacionais para desempenhar um papel crescente na prestação de serviços sociais não é igual, no entanto, centenas de municípios e alguns estados não podem sobreviver sem a ajuda do governo central. Assim, o desequilíbrio regional do Brasil, tanto economicamente e socialmente, não está melhorando. Embora, os dilemas sociais do Brasil, especialmente a desigualdade entre as classes sociais e regiões, continuem a ser uma questão nacional. Mesmo os governos subnacionais tornando-se mais envolvidos na aderência dos problemas sociais, não há garantias de que essa tendência vai continuar, dado o tamanho de suas dívidas herdadas e seu peso no *déficit* público e as tentativas de recentralizar recursos nas mãos do governo central da política de controle fiscal. (SOUZA, 2002)

Além disso, a trajetória do federalismo no Brasil confirma a visão de que o federalismo, como um mecanismo de partilha de poder territorial, é uma forma de acomodar profundos conflitos regionais, em vez de promover a harmonia. Confirma também que é mais uma ideologia baseada em valores e interesses, em vez de um compromisso baseado em arranjos jurídicos e territorial ou em fins democráticos. A experiência mostra que as relações no âmbito do federalismo são mais propensas a ser baseadas em interesses conflitantes, sendo uma própria expressão de outros conflitos políticos na sociedade. (SOUZA, 2002)

O primeiro momento do processo descentralizador do sistema de saúde brasileiro (NOB/93 e NOB/96) é marcado por um forte viés municipalizante, em que o papel das secretarias estaduais de Saúde foi apenas residual. Houve ainda intensificação do conflito horizontal entre as municipalidades com o cerceamento de demandas de assistência advindas de municípios vizinhos, instaurando uma tendência de fragmentação do sistema, com comprometimento da solidariedade e do compartilhamento das responsabilidades de gestão (MS/SAS, 2002 *apud* Ugá *et al*, 2003).

Nesse contexto, durante a NOB/96 até o início de 2000, mais de 4.950 municípios se habilitaram à Gestão Plena da Atenção Básica e 564 municípios a Gestão Plena de seus sistemas. Em relação às secretarias estaduais de Saúde, os números são menos significativos: apenas cinco estavam habilitadas à Gestão Plena

do sistema estadual (Alagoas, Distrito Federal, Santa Catarina, Pará e Ceará) e cinco à Gestão Avançada do sistema estadual (São Paulo, Bahia, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Paraíba). (UGÁ *et al*, 2003)

O ordenamento das relações no âmbito das instituições da organização federativa é algo de fundamental importância para o entendimento dos processos e resultados do PSF. A seguir, promovo um breve debate sobre a abordagem neointitucionalista e as instituições políticas que importam para este estudo de caso é oferecido. O intuito é o de explicitar a estrutura institucional no qual o PSF está inserido desde a sua gestação.

1.1- Instituições Políticas

Coêlho (2009) ressalta que no caso brasileiro, as análises no campo da implementação e de avaliação das políticas públicas priorizam comparativamente a implementação de programas de saúde e educação, em que alguns autores apontam para as limitações das explicações institucionais sobre o comportamento político e ilustram de forma comparada como a trajetória de programas é afetada pelas relações assimétricas entre instituições e atores individuais.

A abordagem institucionalista⁷ analisa o efeito de conjunturas críticas para explicar a mudança de trajetória (*path dependency*) das políticas sociais. Os estudos apontam que a transição democrática e o desenho do novo federalismo resultaram em um novo tipo de relações intergovernamentais em que o foco prioritário são as análises sobre o grau de adesão dos municípios às políticas federais. (COÊLHO, 2009)

⁷ Segundo uma abordagem diversa, uma análise mais criteriosa deve considerar que os municípios assumiram um papel estratégico no que se refere à oferta de políticas de bem-estar à população. Na visão institucionalista mais rígida caberia aos municípios apenas escolherem aderir ou não às políticas do governo federal. Nesse sentido, a literatura negligencia as inovações locais como um fenômeno típico da descentralização. Em meio à oferta de políticas federais, um conjunto de municípios brasileiros lançou e competiu por políticas e isto é um tipo de descentralização que não foi objeto de análise. O autor considera que as análises institucionalistas contribuem para questões concernentes ao federalismo brasileiro, principalmente no que se refere aos processos de implementação de políticas públicas coordenados pelo governo central. Sendo que, embora o novo federalismo nacional tenha reconfigurado as relações intergovernamentais, o papel do governo central é ainda fulcral para induzir o comportamento de atores institucionais em políticas de natureza redistributivas. (COÊLHO, 2009)

A ênfase nas regras do jogo entendidas como estrutura de incentivos com que os atores se deparam é reveladora da influência do paradigma neo-institucionalista nos debates sobre desenvolvimento. (Bresser-Pereira, 1996; Nain, 1994 *apud* MELO, 1998). Nessa medida, decorre a ênfase em reformas constitucionais e na arquitetura legal dos programas e políticas com a maior eficiência obtida na criação de regras do jogo que incentivem a competição, a equidade, o universalismo e a concomitante diminuição de comportamentos predatórios e *rent seeking*. (MELO, 1998)

Tal mudança, de certa maneira, tem implicado uma diluição da ação estatal que se limita agora aos aspectos regulatórios e de estabelecimento de regras do jogo estáveis. Assim, um duplo imperativo parece se configurar: a crise fiscal e a difusão de um certo paradigma quanto ao papel do Estado. (MELO & COSTA, 1995 *apud* MELO, 1998)

A abordagem considerada é a neoinstitucional, em que se tenta olhar para o papel do Estado não como uma variável macro em que o processo de formulação da política e do sistema político o tomam como o centro (*state center*), mas em suas diferentes ramificações institucionais e considerar os *inputs e outputs* do processo. O Estado como um arranjo institucional complexo que transaciona com outros atores da sociedade civil, estabelecendo tipicamente a relação do Estado, da sociedade e do mercado na perspectiva doméstica e internacional.

O neoinstitucionalismo oferece elementos para o estudo de caso. Principalmente, a sua perspectiva de análise *polity-centered*, em que se busca o equilíbrio do papel do Estado e da sociedade nos estudos de caso, admitindo que o Estado é parte da sociedade e pode portanto ser influenciado por ela em maior grau do que a influencia a partir dos exemplos concretos. (ROCHA, 2005)

O mesmo autor chama a atenção para a dependência da trajetória, ao ressaltar que “a força do Estado e dos agentes sociais são contingentes a situações históricas concretas” ou até mesmo a relação delicada entre o Estado e a sociedade civil é admitida ao conceituar que “a relação Estado/sociedade não compõe um jogo de soma zero, implicando a possibilidade de que compartilhem os mesmos objetivos”. (ROCHA, p. 16, 2005)

Em última instância, políticas públicas podem ser entendidas como instituições, conceito advindo de Paul Pierson (2006). A política pública é

considerada como uma regra formal. Normalmente, a política pública é diferenciada das instituições por ter um atributo muito mais flexível, o programa da política pública pode mudar ou se adequar com muito mais facilidade do que instituições formais que estabelecem os parâmetros de atuação dentro do sistema político (sistema de governo, sistema partidário, regras eleitorais, dentre outras). (PIERSON, 2006)

De maneira geral, fatores como a ineficácia do gasto, a baixa efetividade social juntamente com a má focalização dos objetivos estavam aliados às características institucionais. Draibe (1997, p. 5) atribui o problema da pouca transparência das políticas e a consequente, baixa *accountability* dos programas, que provocavam a inibição dos mecanismos de inovação institucional ao “binômio forte centralização, fragmentação institucional e corporativismo *versus* fracas capacidades estatais e participativas”.

No final dos anos de 1980, os programas sociais de um grupo latino-americano de países examinados projetavam um imperfeito Estado de Bem-Estar Social que admitia, inegavelmente, amplas margens de melhorias. A dinâmica da sua expansão parecia projetá-los em direção a um padrão mais redistributivista e institucional, principalmente em função do reforço e expansão dos programas universais de educação fundamental e de saúde, da tendência à redução da heterogeneidade das prestações securitárias e da maior integração entre os programas previdenciários, de saúde e de assistência social, estes últimos adquirindo especial densidade no Brasil e no México. (DRAIBE, 1997)

Draibe (2000), ao analisar a experiência brasileira de reforma dos programas sociais a partir dos ciclos de reformas de políticas públicas em um ambiente de consolidação democrática, afirma que há dois ciclos: o que se dá nos anos 80 com o quadro de instabilidade econômica e da democratização; e o da segunda metade dos anos 90, influenciado pela complexa agenda da estabilização, reformas institucionais e consolidação democrática.

Durante a década de 1980, a descentralização, a ampliação da participação social e a transparência dos processos decisórios foram lançadas como metas da democratização no âmbito institucional, uma vez que a transição democrática impulsionava rumo à a democracia social fundada na maior equidade (DRAIBE, 1997)

Ofereço uma breve explicação no próximo item que demonstra as instituições que importam para o estudo de caso do PSF, assim como aquelas que proporcionaram o sucesso do programa.

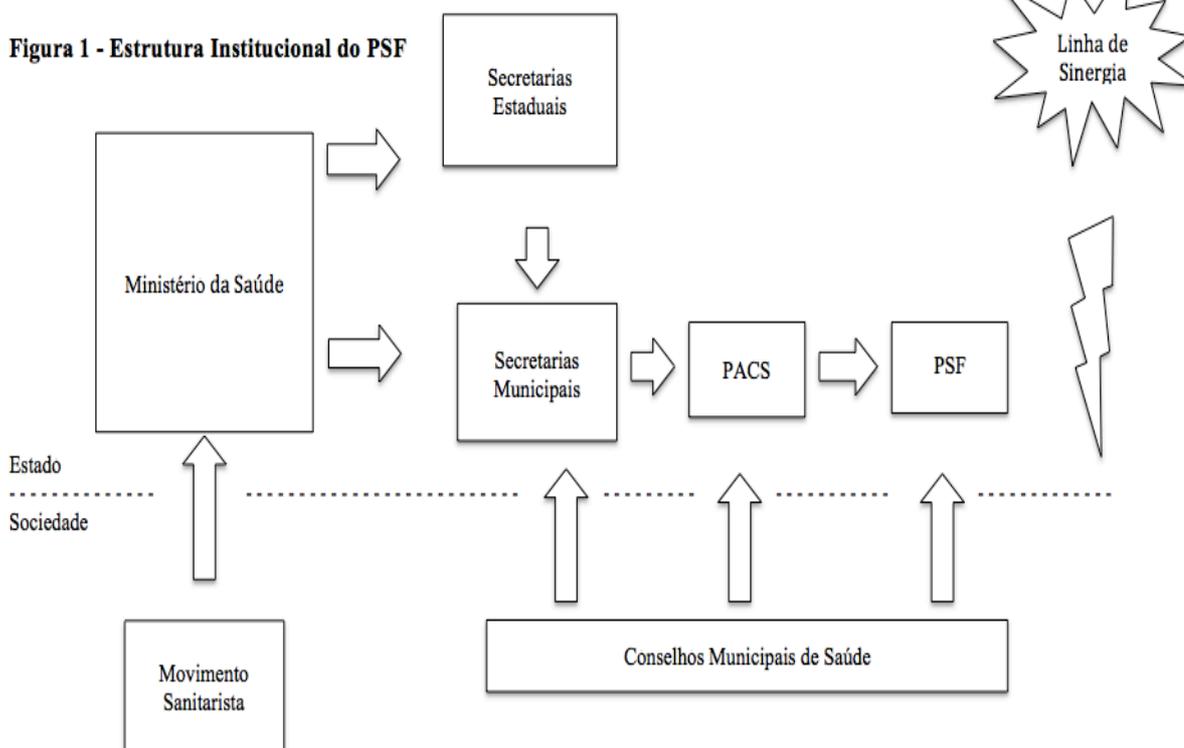
1.1.2 – Instituições que importam

O conceito de organizações institucionalizadas se refere àquelas delimitadas claramente, estáveis no tempo e especializadas. Dessa forma, a definição das instituições que importam para a compreensão do sucesso do PSF serão abordadas no fluxograma a seguir. Desde as instituições pertencentes à sociedade civil que foram importantes na definição da agenda, como o Movimento Sanitarista, as que se mostram importantes como fonte de controle e participação social, os Conselhos Comunitários de Saúde, até aquelas que têm influência direta nas regras do setor de saúde como o Ministério da Saúde e a organização federativa.

Por meio da visualização da Figura (1), em que se tem um fluxograma com a estrutura institucional do PSF, a dinâmica dos processos entre estas instituições pode ser refletida aqui de maneira sucinta, mas será detalhada ao longo do texto. O argumento é no sentido de que o MS por meio de incentivos consegue centralizar as decisões fazendo com que as secretarias municipais implementem o programa nos moldes do governo central, ocasionando um “esvaziamento” das secretarias estaduais⁸. O fluxograma traz uma moldura explicativa da sinergia Estado-sociedade, em que o Movimento Sanitarista teve forte influência sobre a agenda da mudança no modelo assistencial em saúde ao galgar posições na burocracia do governo central, os Conselhos Municipais de Saúde e a sua importância como mecanismo de controle social e de participação. O Programa Agentes Comunitários (PACS), o embrião do PSF é considerado também como uma instituição. A descrição detalhada de cada uma dessas instituições será feita ao longo do texto. O intuito dessa seção é o de apenas apresentar o quadro institucional no qual o PSF está inserido.

⁸ “As instituições políticas brasileiras conspiram contra a sobrevivência da chefia política no nível estadual o que indica a necessidade de reavaliar as visões já estabelecidas sobre a política estadual” (BORGES, 2010, p. 167)

Figura 1 - Estrutura Institucional do PSF



Fonte: Elaboração da autora.

1.2- Federalismo e Políticas de Saúde

A estrutura federativa é uma das linhas mestras mais importantes do processo político brasileiro que tem afetado a dinâmica partidário-eleitoral, o desenho das políticas sociais e o processo de reforma do Estado. Desde a redemocratização do país, além de sua influência destacada, a federação vem passando por modificações intensas. Experiências comparadas recentes mostram que o federalismo no Brasil é um dos casos mais ricos e complexos entre os existentes sistemas federais. (ABRUCIO, 2005)

Em linhas gerais, as características do federalismo estariam relacionadas às instituições que protegem a autonomia dos governos subnacionais limitando a autoridade do centro. Abrucio (2005) defende que a descentralização, quando financiada por transferências intergovernamentais pode prejudicar a disciplina fiscal e

criar pressão inflacionária. Sendo que, os fortes partidos políticos nacionais e outras variáveis têm um efeito dentro e entre os países.

O federalismo brasileiro é caracterizado pela existência de múltiplos centros de poder, por um sistema complexo de dependência política e financeira entre as unidades governamentais, em que os caminhos para influenciar e executar as políticas variam, assim como existem grandes disparidades entre as regiões da federação. Desde 1988, vários centros de poder concorrentes e desiguais têm tido acesso à tomada de decisão e à implementação de políticas, especialmente na prestação de serviços sociais. (SOUZA, 2002)

Um aspecto pouco reconhecido na literatura é o de que federalismo representou o “núcleo duro” do movimento esforço de reforma constitucional desde sua promulgação em 1988. (MELO, 2005, p. 847)

A ampliação da porção das receitas fiscais da União, compartilhadas com os governos subnacionais ocasionada pela Constituição de 1988, permitiu a expansão dos recursos do governo federal por meio das contribuições sociais, em que o objetivo era o financiamento das políticas sociais. A partir de 1990, os recursos não partilhados, à disposição da União, foram aumentados com a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF), posteriormente tornada permanente. O denominado “regime fiscal dual” (REZENDE & AFONSO, 2002, p. 11), que compatibilizava a descentralização fiscal com a manutenção do gasto público federal em níveis elevados. As contribuições sociais foram o mecanismo de compensação do governo federal pela perda de receitas resultante da descentralização. As contribuições sociais, que em 1980 compreendiam 4,9% das receitas do governo federal, atingiram 20% em 2000. (ALMEIDA, 2005)

Quando se trata de Estados federativos, há uma variação de concentração entre políticas particulares e a capacidade de coordenação governamental de políticas. Essa variação ocorre de acordo com as relações intergovernamentais em cada área específica de intervenção governamental. (ARRETICHE, 2004)

No caso brasileiro, o argumento de Arretche (2004) é o de que as instituições políticas nacionais teriam uma tendência para dotar o governo federal de capacidade de coordenação das políticas sociais, em detrimento das tendências centrífugas decorrentes da descentralização fiscal e da fragmentação do sistema partidário.

Os casos estudados⁹ por Judith Tendler (1998) sugerem um caminho diferente e mais complexo para o governo local do que o corrente pensamento sobre a descentralização e a sociedade civil. Tais casos ainda não confirmaram o cenário da dinâmica bidirecional e um governo central reduzido e sim uma dinâmica tridimensional envolvendo um governo central atuante e ativista, o governo estadual, governos locais e a sociedade civil.

A capacidade de coordenar ações entre as esferas de governo, no que tange o exame de mecanismos e processos, é influenciada pela maneira como as relações federativas são estruturadas nas políticas. A União na distribuição intergovernamental de funções é encarregada do financiamento e formulação da política nacional de saúde, assim como da coordenação das ações intergovernamentais. (ARRETCHE, 2004)

Quando os incentivos para a adesão são privilegiados, a principal crítica aos programas no âmbito do SUS repousa no envolvimento insatisfatório dos níveis de governo subnacionais com as questões relacionadas à gestão eficaz e responsável dos serviços de saúde. Nesse sentido, os processos gerais de formulação e as suas implicações para o sucesso dessa política social da área da saúde que vem chamando a atenção a nível internacional se mostra bastante pertinente para se pensar na tríade: incentivos; *constraints*; e, adesão; impostas pelas relações intergovernamentais do federalismo brasileiro.

Recentes trabalhos sobre o federalismo exaltam as virtudes da decisão fiscal e da política descentralizada. Teoricamente, onde os políticos locais têm incentivos para responder aos diversos interesses dos vários círculos eleitorais, descentralizados, o setor público vai ser menor e mais eficiente, os mercados vão se expandir, e as economias vão crescer mais rapidamente. No entanto, quando comparado com sistemas unitários, sistemas federais parecem capacitar políticos regionais que atuam como agentes de veto e agravar problemas de ação coletiva relativa às políticas públicas de escopo nacional. (RODDEN & WIBBELS, 2002)

Embora a interdependência entre a política nacional e a política estadual seja um fenômeno inerente ao federalismo não pode ser transplantada para o “caráter

⁹ A autora se voltou para o estudo de caso sobre programas governamentais na Região Nordeste do Brasil no começo da década de 1980.

idiossincrático das instituições políticas brasileiras”. Isto é, de certa maneira, o avanço da municipalização das políticas sociais desde o primeiro mandato do governo FHC gerou um aumento das transferências federais para os municípios e o esvaziamento relativo das secretarias de saúde e educação que antes eram responsáveis pela intermediação de alocação de fundos federais às prefeituras. (BORGES, 2010, p. 186)

Nesse sentido, as políticas sociais vem passando por um processo de institucionalização crescente na medida que os ministérios da área social passam a adotar medidas mais universalistas na alocação de recursos (CASTRO, BARRETO & CORBUCCI, 2000; UGÁ et al, 2003 *apud* BORGES, 2010) ao mesmo tempo em que políticas focalizadas compensatórias são expandidas, em que o Bolsa Família é um caso exemplar. (BORGES, 2010)

A tendência é ter mais pontos de veto no processo decisório nos sistemas federalistas do que os sistemas unitários (Tsebelis, 1997; Weaver e Rockman, 1993 *apud* ARRETCHE, 2004), ocasionando um aumento na influência de grupos contrários às iniciativas de reforma (IMMERGUT, 1996 *apud* ARRETCHE, 2004).

Pesquisas recentes integram ideias da ciência política, economia e história econômica ao enfatizar a importância dos incentivos para a operação do governo descentralizado. O trabalho de Wibbels (2006) dá atenção especial aos aspectos fiscais, representativos e partidários das instituições ao analisar a literatura da década de 1990 em base em dois argumentos.

Dessa maneira, a pesquisa comparativa sobre a descentralização e federalismo fornece um modelo de como a política comparada pode resolver algumas das questões mais profundas presentes no pensamento social, concentrando-se em um aspecto teórico e empiricamente tratável de governança. Embora a pesquisa aborde muitas das questões-chave em política comparada, ele também luta com alguns dos mesmos problemas e desafios como a consideração da política comparada em sentido amplo, particularmente a questão da endogeneidade das instituições. (WIBBELS, 2006)

A atenção voltada para a endogeneidade institucional é central para melhorar a compreensão do funcionamento dos governos descentralizados e fornecer recomendações de política menos fáceis para a reforma de lugares tão diversos como os Estados Unidos e o Iraque que foram objetos da análise de Wibbels (2006).

A estrutura tributária do governo está no coração da pesquisa comparativa desde política redistributivas até as bases fiscais do Estado moderno. No contexto da pesquisa sobre descentralização e federalismo em perspectiva comparada, estes temas mais amplos são abordados com foco na organização intergovernamental do sistema fiscal. Isto é, qual o nível de governo recolhe os impostos, quanto recolhe, qual a autonomia dos governos descentralizados na definição da política fiscal e como as receitas são compartilhadas entre os níveis de governo têm sérias implicações. A estrutura tributária afeta o tamanho do governo, sua responsabilidade perante os eleitores locais e regionais, assim como o desempenho econômico da nação. (WIBBELS, 2006)

Riker (1964) sugeriu que a sobrevivência de uma federação era problemática na ausência de um sistema partidário centralizado para ajudar a coordenar o comportamento entre os níveis de governo e minimizar o conflito intergovernamental. Pesquisas recentes identificaram outros benefícios da centralização do sistema partidário, articulando o argumento sustentado por Riker. A ideia subjacente é a de que se os líderes nacionais do partido têm capacidade substancial para a disciplina copartidária a outros níveis de governo, pode ser mais fácil para o governo central desempenhar uma ação coerente com uma agenda política unificada que transcende as divisões jurisdicionais. (WIBBELS, 2006)

Como resultado, surge um problema típico de federações como o Brasil reside nas pressões centrípetas em nível regional e local que podem paralisar políticas públicas. Nesses casos, os partidos políticos nacionais que competem em todas as regiões podem ser uma solução para mascarar o problema da ação coletiva. Os líderes nacionais podem usar sua influência sobre nomeações ou indicações em forma de incentivos para que funcionários subnacionais para internalizem os custos de suas escolhas políticas. Alternativamente, onde os líderes nacionais têm poucos copartidários a nível subnacional, ou seja, um governo dividido "verticalmente" pode complicar o processo de fazer política, assim como um governo dividido "horizontalmente" (Cox & McCubbins 1992 *apud* WIBBELS, 2006).

O entendimento acerca de algumas diferenças se mostra crucial onde as políticas descentralizadas desempenham um papel fundamental no processo de fazer política em nível nacional. Nesses casos, a política nacional consiste na construção de

coalizões locais. Dessa forma, a compreensão da dinâmica de tais coalizões requer um olhar sobre os fatores que moldam a diversidade dos incentivos para os políticos subnacionais. O autor enfatiza questionamentos que foram esquecidos nessa literatura dos anos de 1990, como: (1) Por que os mecanismos para assegurar que os governos estaduais sejam mais transparentes de acordo com as suas políticas públicas variam tão substancialmente? (2) Por que algumas regiões clamam por escapes (*bailouts*) fiscais e outras não? (3) Sob que condições uma coalizão pode demandar controle sobre a agenda nacional? (4) Em que medida explicações acerca do tipo de regime, da performance econômica, etc, desenvolvidas para governos nacionais pode ser transposta para a realidade da variação subnacional? (WIBBELS, 2006)

A possibilidade de criação de instituições específicas para proteger as unidades constituintes de futuras tentativas de expropriação por parte do centro ou de outras unidades, transforma os governos subnacionais em *veto players* decisivos no que diz respeito às matérias que diretamente afetem os seus interesses (RODDEN, 2006 *apud* ARRETCHE, 2004).

A descentralização é entendida como a transferência de autoridade e responsabilidade das funções públicas, do governo central para os governos locais ou intermediários, ou para organizações governamentais semi-independentes e/ou para o setor privado. (WORLD BANK, 2002 *apud* ALMEIDA, 2005)

Um desenho de Estado federativo em que os governos subnacionais têm responsabilidade pela execução de políticas públicas, mas autorizaram a União a legislar sobre suas ações foi o que os formuladores da Constituição de 1988 promoveram ao combinarem ampla autoridade jurisdicional à União com limitadas oportunidades institucionais de veto aos governos subnacionais. Dessa maneira, a CF 88 não produziu instituições políticas que tornariam o governo central fraco em face dos governos subnacionais. (ARRETCHE, 2009)

Da mesma maneira, não criaram instituições federativas que tenham colocado as gerações futuras em *joint-decision traps*¹⁰. Diferentemente, as instituições que regem as interações entre as elites do governo central e as elites regionais permitem que uma preferência majoritária nas duas casas centrais não encontre obstáculos

¹⁰ Desenho institucional em que o centro está autorizado a legislar simultaneamente sobre as políticas dos governos subnacionais, mas paralisado por seus poderes de veto. (ARRETCHE, 2009)

institucionais para converter-se em política. São limitadas as oportunidades de veto das minorias com o preenchimento dessas condições. (ARRETCHE, 2009)

A centralização federativa de 1995 ocorreu porque as regras que regem as interações entre as elites do governo federal e dos governos subnacionais favorecem as elites políticas instaladas no centro e limitam as oportunidades de veto das elites instaladas nos governos subnacionais. As mudanças na estrutura federativa da segunda metade da década de 1990 e o contrato original de 1988 se relacionam muito mais ao aspecto de continuidade do que a noção de uma ampla reestruturação das relações intergovernamentais. (ARRETCHE, 2009)

Em 1995, iniciou-se o “big bang constitucional” quando FHC propôs dezessete (17) emendas à Constituição de 1988, em que as políticas sociais e o federalismo foram as áreas que tiveram maior destaque. Cerca de 42% de todas as emendas constitucionais se referiam diretamente aos aspectos do federalismo, sendo que durante o governo FHC este percentual aumentou para 48,5%. Do total de emendas que perpassam pelo federalismo, mais de 53% estão relacionadas às políticas sociais e aos direitos sociais. (MELO, 2008)

A temática da descentralização adquiriu força desde a década de 1980 no cenário internacional (ABRUCIO, 2005). Sendo que, no cenário latino-americano, a descentralização é um componente central para o estudo de políticas públicas do sistema de saúde. Tanto países grandes como o Brasil ou o México, assim como os pequenos, como Bolívia e Guatemala, experimentaram esforços rumo à descentralização. Enquanto a descentralização foi aclamada por alguns analistas, há ainda a preocupação que a descentralização não atinja alguns objetivos da própria reforma da saúde, a saber: o aumento na equidade de acesso e de cobertura, ganhos de eficiência no uso dos recursos, melhora da qualidade e a solidez financeira. Alguns elementos cruciais da descentralização são ainda entendidos de maneira restrita. (BOSSERT, LARRAÑAGA & MEIR, 2000)

Arretche (2003, p. 332) apontam alguns dos resultados virtuosos ocasionados pelas descentralização: “democratização do processo decisório; eficiência na gestão das políticas públicas; controle social; qualidade da informação entre decisores, provedores e beneficiários”.

A abordagem usual da descentralização dá ênfase às arenas institucionais, em que as novas responsabilidades e autoridades foram concedidas. Tal abordagem faz a distinção entre conceitos como "devolução" (*devolution*) e "desconcentração" (*desconcentration*). A devolução estaria relacionada às transferências de autoridade para níveis estaduais ou municipais, de maneira mais geral, diz respeito aos níveis de governo. A desconcentração estaria ligada às transferências de autoridade para escritórios regionais e distritais no âmbito do Ministério da Saúde. (BOSSERT, LARRAÑAGA & MEIR, 2000)

A abordagem proposta Bossert, Larrañaga & Meir (2000) diz respeito em quanto a escolha é deslocada para as diferentes organizações. Esse estudo tende a transitar entre as duas ressaltadas, a usual e a menos usual utilizada pelos autores citados anteriormente, ou seja, pretende fazer o diálogo entre as duas, já que a descentralização é um processo de reforma do Estado que envolve um conjunto de políticas públicas que transfere responsabilidades, recursos ou autoridade de níveis mais elevados do governo para níveis inferiores, no contexto de um tipo específico de Estado.

Grande parte da América Latina passou por um processo de descentralização fiscal e política nas últimas décadas. Argentina, Brasil, México e Venezuela são os quatro países federativos da região. Nesse sentido, funções governamentais importantes e recursos fiscais foram descentralizados para autoridades subnacionais. Em vários desses países, o processo de descentralização conduziu a dinâmica de democratização e as transformações decorrentes no provimento de bens públicos em nível local.

As tendências da descentralização política e fiscal apenas aumentaram a importância das autoridades subnacionais que sempre exerceram um relevante papel no que diz respeito à execução de determinadas políticas, no que tange a sua função na implementação de políticas, por sua função política no âmbito dos partidos e do sistema partidário.

Os atores subnacionais podem influenciar o processo de formulação de políticas nacionais através de diferentes canais, em que o papel exato desempenhado por eles é dependente dos incentivos e das regras formais e informais de seu envolvimento. (STEIN *et al*, 2006)

Durante as duas décadas do autoritarismo burocrático, em reação à concentração de decisões, dos recursos financeiros e da capacidade de gestão no plano federal, a descentralização foi um tema central da agenda da democratização. Assim, a descentralização foi defendida sob a bandeira da ampliação democrática e do aumento da eficiência do governo e da eficácia de suas políticas, a suposição era a de que “o fortalecimento das instâncias subnacionais, em especial dos municípios, permitiria aos cidadãos influenciar as decisões e exercer controle sobre os governos locais, reduzindo a burocracia excessiva, o clientelismo e a corrupção”. (ALMEIDA, 2005, p. 29)

1.3 – Capacidade do Estado e Mudança Institucional

Um Estado precisa ter determinadas capacidades para desempenhar certas funções essenciais. A capacidade de manter a estabilidade macroeconômica e de assegurar o crescimento econômico, de conferir credibilidade a promessas de longo prazo e de implementar e aplicar políticas ao longo do tempo, bem como de assegurar que as políticas públicas não se tornem vítima de interesses especiais. (STEIN *et al*, 2006)

De acordo com Stein et al. (2006), Kent Weaver e Bert Rockman construíram uma lista que compunha dez tarefas no que diz respeito às boas capacidades do Estado que compreendia: (1) Definir e manter prioridades entre as muitas demandas conflitantes; (2) Direcionar recursos para onde eles sejam mais eficazes (3) Inovar quando as políticas existentes tiverem falhado; (4) Coordenar objetivos conflitantes num todo coerente; (5) Ser capaz de impor perdas a grupos poderosos; (6) Representar interesses difusos e desorganizados além daqueles que são concentrados e bem organizados; (7) Assegurar a implementação efetiva das políticas governamentais uma vez que elas tenham sido decididas; (8) Assegurar a estabilidade das políticas para que elas tenham tempo para surtir efeito; (9) Assumir e manter compromissos internacionais nas áreas de comércio e defesa nacional para assegurar o bem-estar duradouro do Estado; e, (10) Administrar cisões políticas para que a sociedade não degenere em guerra civil.

Tais capacidades do Estado associam-se estreitamente às características-chave das políticas públicas discutidas na obra de Stein *et al* (2006) que estão relacionadas à qualidade dessas políticas públicas. A pesquisa de Stein *et al* (2006) ainda acrescenta alguns itens nesta lista, a saber: (11) Assegurar a adaptabilidade das políticas quando as mudanças das circunstâncias o exigirem; (12) Assegurar coerência entre diferentes âmbitos de políticas, para que as novas políticas sejam compatíveis com as já existentes; (13) Assegurar uma coordenação eficiente das políticas entre os diferentes atores que operam num mesmo âmbito de políticas.

Judith Tandler (1998) em seu estudo acerca do bom governo em países em desenvolvimento destaca que se sabe muito mais sobre os maus governos e que a literatura sobre os possíveis maus desempenhos é vasta, apesar das evidências empíricas de programas sociais apontarem o contrário. Sobre isso, a autora enfatiza que boa parte das recomendações surgidas de organismos internacionais sugere uma limitação do dano que o setor público pode causar aos países em desenvolvimento de acordo com três (03) categorias: (1) redução do tamanho do governo através da demissão do excedente de funcionários buscando a terceirização, a privatização e a descentralização; (2) erradicação de programas e políticas que oferecem aos burocratas meios para influenciar indevidamente e serem corrompidos pelos cidadãos; e, (3) submissão de órgãos públicos e seus administradores e funcionários a pressões e incentivos do mercado que afetam o seu desempenho. (TENDLER, 1998)

A importância dos incentivos, das pressões e de uma voz ativa do consumidor para a melhora do desempenho do governo é defendida tanto pelos entusiastas quanto pelos que criticam a intervenção estatal. A autora argumenta que as explicações para o mau desempenho foram exatas em muitos aspectos, mas geraram uma série de equívocos em recomendações de como melhorar os governos. Os erros, por sua vez, compõem um quadro com sete (07) seguintes categorias. (TENDLER, 1998)

Inicialmente, embora a literatura pessimista tenha feito avanços na compreensão de porquê os governos se saem mal com frequência, ela não trouxe elementos que suscitem uma percepção ou estudos de caso acerca do bom desempenho dos governos. Posteriormente, mesmo com o aumento do interesse em análises que busquem compreender o bom desempenho e as melhores práticas governamentais, grande parte da preocupação se voltou para a recomendação de que

os países importem ideias e métodos dos países industrializados ou de alguns recentemente industrializados. (TENDLER, 1998)

Além disso, a literatura sobre desenvolvimento rotula grupo de países ou países inteiros como exemplos de bons ou maus governos, tradição herdada desde os anos de 1980 a partir da preocupação com os problemas macroeconômicos, bem como da literatura de política comparada baseada em modelos nacionais e da economia política internacional. Outro ponto diz respeito à questão da crença na superioridade dos mecanismos de mercado para a resolução da maioria dos problemas do governo o que leva a uma interpretação equivocada do bom desempenho provocada pela desatenção com as evidências ao interpretar o sucesso. (TENDLER, 1998)

Assim, a maioria dos pontos de vista em relação às raízes do mau desempenho dos países periféricos ignora e contradiz um conjunto de evidências acerca das causas do melhor desempenho dos países industrializados. Em suma, o fato é que os enfoques depositam uma “fé excessiva” nas ações dos usuários ou “clientes” dos serviços públicos. (TENDLER, 1998, p. 19)

Por último, está a questão de que as abordagens são voltadas para a necessidade de mudar as relações estabelecidas de trabalho-gerência prevalecente desde a década de 1930, o que não é compatível com as exigências de mercado atuais globalizados e altamente competitivos. (TENDLER, 1998)

Tendler (1998), em sua explicação para o bom desempenho, apresenta cinco temas centrais: (1) os trabalhadores do governo demonstraram uma dedicação incomum ao seu trabalho; (2) o governo estadual contribuiu de modo inusitado para o novo senso de reconhecimento criando uma noção de missão e de vocação entre os programas específicos e seus trabalhadores; (3) os trabalhadores realizaram uma variedade de trabalho maior que o normal, na maioria das vezes voluntariamente; (4) maior poder de decisão e maior número de responsabilidades aos empregos que supostamente levariam a condutas condenáveis fizeram com que os funcionários públicos atuassem com um comportamento responsável graças às pressões impostas pelas comunidades, assim como pela confiança depositada neles pelos cidadãos; e, (5) um conjunto de descobertas relacionadas aos papéis da descentralização, governo

local, participação das associações civis e Organizações Não-Governamentais (ONGs).

Para Pierson (1993), um governo ativo é uma característica central da vida moderna. De 30 a 60% do PIB é filtrado em programas governamentais, em democracias industriais avançadas. Os governos exercem uma grande influência sobre as relações sociais através de um conjunto incalculável, mas penetrante de proibições e obrigações.

De acordo com Pierson (1993), o enfoque da maioria das análises centrava-se nas instituições governamentais e e nas organizações políticas. No entanto, as principais políticas públicas também constituem importantes regras do jogo, que influenciam a alocação de recursos econômicos e políticos, modificando os custos e benefícios associados a estratégias alternativas de políticas, e, conseqüentemente, alterando o próprio desenvolvimento político.

A dinâmica da mudança institucional inclui elementos do desenho, da seleção competitiva e dos acidentes ocasionados por choques externos (Goodin 1996, *apud* HOLDEN Jr, 2006). Regras, rotinas, normas e identidades são os instrumentos de estabilidade e arenas de mudança. A mudança é uma característica constante das instituições que possuem impacto sobre os acordos existentes de como as instituições surgem e como elas são reproduzidas e alteradas. Arranjos institucionais podem prescrever e proscriver, acelerar e retardar a mudança, e, uma chave para a compreensão da dinâmica da mudança é uma clarificação do papel das instituições nos processos normais de mudança. (HOLDEN Jr., 2006)

A partir da perspectiva teórica de mudança institucional gradual e significativa, extraídos de Streeck & Thelen (2005) e de Mahoney & Thelen (2010), podemos considerar o contexto do período de tempo entre a criação do PIASS e o decreto da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde de 1996 (NOB-SUS/96), como a última mudança importante no processo de formação do PSF antes de sua significativa expansão pelo território nacional.

Streeck & Thelen (2005) criticam as perspectivas teóricas que enfatizam os aspectos de continuidade das instituições, associando-os a processos incrementais e adaptativos, que produzem pequenas mudanças; e as abordagens de mudança radical, associadas a fatores exógenos e que provocam ruptura.

Argumentam que essas perspectivas impedem a concepção de um processo de transformação contínua e significativa, que possa surgir de variáveis endógenas, sem que haja ruptura. Nesse sentido, distinguem entre processos de mudança (incrementais ou abruptos) e resultados de mudança (continuidade e descontinuidade), baseada na ideia de que pequenas mudanças ao longo do tempo podem gerar impactos maiores à medida que se acumulam (STREECK & THELEN, 2005, p. 4-9). Definem instituições¹¹ como:

“... blocos construtores da ordem social: elas representam expectativas socialmente sancionadas, isto é, aplicadas coletivamente, acerca do comportamento de categorias específicas de atores ou da performance de certas atividades. Tipicamente, elas envolvem direitos e obrigações mutuamente relacionados, distinguindo entre ações apropriadas e inapropriadas, ‘certo’ e ‘errado’, ‘possível’ e ‘impossível’ e, dessa maneira, organizando o comportamento em padrões previsíveis e confiáveis” (Ibidem, p. 9).

Para Mahoney & Thelen (2010) o próprio conceito de instituições¹² embute uma ideia de continuidade, equilíbrio e estabilidade que dificultam a explicação da mudança. Nas diferentes vertentes do institucionalismo (sociológico, histórico e racional), identificam um padrão semelhante, com foco na estabilidade das instituições e em choques exógenos como *drivers* de mudança.

A afirmação de que as políticas produzem políticas tem sido bastante importante. Ao saber que as escolhas políticas têm consequências políticas, no entanto, o que precisa ser determinado é exatamente como, quando e onde os efeitos são passíveis de ocorrer. Dessa maneira, há a necessidade de se voltar para questões

¹¹ No caso, estão mais interessados em instituições formalizadas em regras, que podem ser aplicadas por meio da intervenção de uma terceira parte - aspecto que consideram central no conceito de instituições. Para os autores, deve-se dar ênfase aos critérios de autoridade, obrigação e aplicação, em oposição ao voluntarismo, que definiria apenas convenções sociais dependentes do comportamento auto-interessado e não uma questão de interesse público.

¹² O conceito de instituições que perpassa o trabalho dos autores as interpreta como instrumentos distribucionais com implicações de poder, o que embutiria constante tensão devido às diferentes distribuições de poder econômico e político e às diferentes composições em disputa pela repartição desses recursos. Dessa maneira, argumentam que não haveria razões para se considerar instituições como arranjos automáticos, que se auto-perpetuam, mas sim dinâmicos, onde representariam compromissos e acordos baseados em dinâmicas de coalizões específicas, ou seja, vulneráveis a mudanças (MAHONEY & THELEN, 2010, p. 8).

mais complexas sobre a extensão e operação de *feedback*, bem como o seu alcance e impacto. (PIERSON, 1993)

Para compreender as consequências políticas das políticas públicas, Pierson (1993) considera os argumentos sobre as formas pelas quais as políticas fornecem recursos e incentivos para os atores políticos. Nesse sentido, o autor admite que talvez a linha mais bem sucedida de pesquisa sobre o *feedback* das políticas públicas está associada aos efeitos dos recursos/incentivos de políticas de grupos sociais, uma vez que os grupos de interesse moldam as políticas, assim como as políticas também moldam os grupos de interesse. A estrutura organizacional e os objetivos políticos de grupos podem mudar em resposta diante da natureza dos programas que esperam manter ou modificar.

Theda Skocpol está no centro dos esforços para usar a análise institucionalista histórica para entender a dinâmica de *feedback*. A autora destaca que mesmo antes da chegada do “grande governo”, escolhas políticas poderiam ter grandes consequências políticas. Mudanças nos grupos sociais e em seus objetivos políticos e capacidades são identificados como um dos dois principais mecanismos de *feedback*. (PIERSON, 1993)

O segundo mecanismo apontado por Skocpol seria a transformação das capacidades do Estado. Os esforços oficiais feitos para implementar novas políticas utilizam novos ou já existentes arranjos administrativos que procuram transformar ou ampliar as capacidades do Estado. Eles, portanto, podem mudar as possibilidades administrativas para iniciativas oficiais no futuro, bem como afetar as perspectivas posteriores para a implementação da política. (PIERSON, 1993)

A maioria das teorias contemporâneas supõem que a combinação de regras, rotinas, normas e identidades que descrevem as instituições mudam ao longo do tempo, em resposta à experiência histórica. As mudanças não são nem instantânea nem confiáveis no sentido de mover o sistema mais perto de *optimum* (ideal). Como resultado, os pressupostos da eficiência histórica não podem ser sustentados (March e Olsen, 1989 apud HOLDEN JR., 2006).

Por eficiência histórica entende-se a idéia de que as instituições tornam-se, em certo sentido melhor adaptadas aos seus ambientes e alcançam rapidamente uma solução única ótima para o problema de sobreviver e prosperar. A correspondência

das instituições, comportamentos e contextos leva tempo e tem um equilíbrio “*path-dependent*”. A adaptação é menos automática, menos contínua e menos precisa do que o previsto por modelos de equilíbrio padrão e não necessariamente melhora a eficiência e a sobrevivência. (HOLDEN JR, 2006)

Os processos de mudança que têm sido considerados na literatura são principalmente através dos desenhos que consideram um único ator (no qual são únicos atores individuais ou coletividades que atuam como atores individuais em projetos específicos para alcançar objetivos específicos), os desenhos que pressupõem conflito (em que vários atores tentam prosseguir com objetivos conflitantes e criar projetos que reflitam os resultados da negociação política e poder), os de aprendizagem (em que os atores se adaptam aos projetos, como resultado do *feedback* da experiência ou por meio de empréstimos de outros), ou os seleção competitiva (em que as regras invariáveis e os outros elementos das instituições competem para a sobrevivência e reprodução de modo a que a mistura de regras de alterações ao longo do tempo). (HOLDEN Jr, 2006)

Holden Jr (2006) enfatiza que cada um desses elementos é melhor entendido teoricamente do que empiricamente. Instituições têm demonstrado considerável robustez, mesmo diante da radical mudança social, econômica, técnica e cultural. Tem sido frequentemente assumido que o ambiente tem uma capacidade limitada para selecionar e eliminar as instituições políticas e que tem, por exemplo, se perguntado se as instituições governamentais são imortais (Kaufman 1976 *apud* HOLDEN Jr., 2006).

Nas democracias, o debate político e a competição têm sido atribuídos como importantes fontes de mudança. No entanto, as instituições parecem, por vezes, encorajar e, por vezes, para obstruir a reflexão, a crítica e a oposição. Mesmo estruturas partidárias em sistemas concorrentes podem se tornar "congeladas" (Lipset e Rokkan 1967 *apud* HOLDEN Jr, 2006).

Os comportamentos de atores institucionais, pró ou contra reformas, operaram como fatores decisivos nos episódios de mudanças, em países como Argentina, Brasil e México, seja pela força das resistências corporativas, seja pelas capacidades de liderarem processos reformistas. (DRAIBE, 1997)

Holden Jr. (2006) admite que talvez o tema mais comum de obras recentes sobre o desenvolvimento político da política social é que os debates contemporâneos têm suas raízes no passado, mas porquê o passado é tão importante e seus efeitos tão duradouros é muito menos clara. Em alguns casos, o argumento parece ser meramente no sentido que conflitos passados criam as políticas atuais.

Em outros casos, o questionamento não é sobre a resistência, mas a fragilidade. Por exemplo, a relativa fraqueza política dos programas de combate à pobreza em muitos países desde a década de 1970. A questão central no estudo do Estado de Bem-Estar para este autor é o seu lugar no tempo, o motivo de algumas políticas serem mais resistentes do que outras, assim como a continuidade e a mudança nas políticas específicas. (HOLDEN Jr, 2006)

Cientistas políticos como Paul Pierson (1993, 1994, 1997, 2004) e Theda Skocpol (PIERSON & SKOCPOL 2000; SKOCPOL 1992) consideram um conjunto relativamente poderoso de generalizações sobre o efeito das políticas públicas, que uma vez implementadas possuem uma dinâmica política dali para frente. Estes autores também são responsáveis pela noção de *feedback* que tem sido alvo da exploração de processos de dependência de trajetória (*path dependence*) em que os desenvolvimentos iniciais estruturais dão origem às instituições e dinâmicas que são inerentemente difíceis de reverter.

1.4 – Sinergia entre o Estado e a Sociedade Civil

Uma forma de se considerar políticas públicas como participação da sociedade civil, é como as preferências, vontades e valores se organizam, criam espaço de diálogo com o Estado e influenciam políticas públicas.

Autores como Putnam (1994) se esforçam para contemplar as diferentes dimensões da causalidade, tentando achar referência empírica em diversas variáveis, e se remetem à história. É o processo denominado de triangulação, a utilização de técnicas e métodos diferentes. A explicação é a utilização de estratégias diferentes de pesquisa para testar melhor as hipóteses.

O conceito de Putnam (1994) sobre cultura política para explicar o sucesso do Sul e fracasso do Norte da Itália e a ideia de comunidade cívica envolve

comportamentos (redes sociais, cooperação e reciprocidade) e valores (confiança, solidariedade, entre outros). São quatro (04) elementos que compõem as comunidades cívicas que o autor denomina de “índice de comunidade cívica”: vibração da vida associativa; número de leitores de jornais; comparecimento às urnas em referendos; e, voto preferencial.

Putnam (1994) apresenta elementos para a discussão de cultura política no sentido que considera que há predisposições valorativas que estimulam certos comportamentos, como interação e formação de redes sociais que geram comunidades cívicas. Padrões de associativismo e relações de poder com o Estado.

Em certos locais, tem-se um círculo virtuoso, ou seja, as predisposições geram esses comportamentos cooperativos de fortalecimento do tecido social que produzem uma sociedade civil forte através dessa ideia de comunidade cívica (associativismo) que resulta em dois ganhos: *accountability* (controle sobre o funcionamento dessas instituições) e desempenho econômico. (PUTNAM, 1994)

Côelho & Lubambo (2005, p. 258) ao analisarem a participação, bem como a importância da cultura política e do modelo institucional destacam o trabalho de Putnam:

O autor associa positiva e diretamente o desempenho dos governos (e da democracia) à construção de uma cultura cívica, que se baseia na concepção de “um estoque de confiança recíproca existente na sociedade” (Putnam, 1993:8). Segundo esta proposição, a cultura cívica seria um *input* decisivo para o estímulo à participação da sociedade e explicaria as diferenças na qualidade da ação dos governos.

A partir desses conceitos, pode-se enumerar alguns fatores relacionados aos valores individuais que se transportam para o nível coletivo, como: confiança e reciprocidade. Confiança é um catalisador da ação coletiva, fator que ajuda as pessoas a interagir, a questão da lógica da confiança generalizada.

Confiança e reciprocidade são valores presentes nas normas sociais que propiciam o funcionamento das redes de forma mais eficiente e estão relacionadas com as características do capital social. Dessa forma, tais valores são atributos do capital social de uma sociedade.

A definição de capital social de Putnam (1994) leva em consideração elementos como: confiança, normas, regras de reciprocidade, cooperação, dentre

outros. Capital social se refere à um bem público, coletivo, intangível, articulado com as questões de cooperação e reciprocidade. Nas palavras do autor: “ A cooperação voluntária é mais fácil numa comunidade que tenha herdado um bom estoque de capital social sob a forma de regras de reciprocidade e sistema de participação cívica” (PUTNAM, 1994, p. 177)

Para Putnam (1994), o Estado é um efeito, em que o desempenho das instituições é uma consequência. A lógica é a de que padrões ou estoque de capital social gerem uma sociedade civil mais forte que exerce maior controle sobre o Estado que gera um Estado mais responsivo.

O conceito de “familismo amoral” do Banfield (1958) é a oposição ao conceito de “comunidade cívica” do Putnam (1994). O familismo amoral refere-se à sociedade que não tem cooperação, não tem confiança, não tem expectativa de reciprocidade ou tem uma expectativa negativa, não têm redes sociais para além da esfera privada e não tem solidariedade.

Putnam (1994) vai além ao dizer que a consequência disso é o desenvolvimento institucional ruim e o baixo desenvolvimento econômico. As raízes para a explicação estão no estoque de capital social de uma sociedade. Enquanto a “comunidade cívica” gera externalidades positivas, o “familismo amoral” gera externalidades negativas.

Num ambiente de familismo amoral, o Estado é hierárquico e clientelista, ele é o Estado que controla a sociedade, que é mais forte e externo à sociedade e que usa dos seus poderes para comprar apoio na sociedade através da distribuição de recursos de maneira particularizada.

A base moral de uma sociedade atrasada é o que Banfield recorre para explicar o subdesenvolvimento a partir de valores e posturas (comportamento). É um conceito ligado à esfera privada para solução de problemas coletivos em que se tem uma solução extra-institucional (esfera privada) para resolver os problemas. (BANFIELD, 1958)

É possível retomar a ideia de comunidade cívica de Putnam (1994) para se tratar de uma sociedade civil organizada que gera instituições mais eficientes. A lógica é a da *accountability* (controle, fiscalização e transparência). Por essa ótica, o

desempenho das instituições está relacionado com a eficiência (produzir resultados com baixo custo).

A discussão de Putnam (1994) e o capital social trazida aqui na discussão fornece elementos para se pensar em argumentos clientelistas, isto é, no caso brasileiro, capital social ruim favorece uma sociedade tal qual Banfield (1958) estabelece.

Keefer & Khemani (2004) ao tratarem da realidade indiana estabelecem que serviços sociais inadequados e transferências de renda excessivas podem ser explicados como consequência da informação incompleta que os eleitores possuem, assim como a falta de credibilidade das promessas políticas e a polarização social. Segundo os autores, a disseminação da informação acerca da qualidade do serviço público recai sobre as intervenções políticas simples no melhoramento da qualidade que podem ser atingidas através da construção da credibilidade política e a mobilização dos eleitores para os serviços básicos.

A lógica do pensamento de Keefer & Khemani (2004) está ligada ao papel de conversão do governo. Dessa forma, o governo vai oferecer os resultados de acordo com o ganho da competição eleitoral. De maneira simplificada, se um governo consegue uma determinada porcentagem no pleito eleitoral, ele tem a decisão de assistir aquele determinado público, embora não se trata de uma conta exata. Assim sendo, o governo vai indicar a agenda de acordo com a sua votação e se preocuparia em oferecer o bem estar a partir da demanda que lhe foi passada.

Peter Evans (1996) sugere uma reinterpretação da relação entre a sociedade civil e o Estado. O Estado gera capital social e passa a ser um dos fatores que condicionam o funcionamento das redes, esse é o ponto de sinergia que o autor sugere. De forma mais profunda, o Estado gera as próprias redes. O ponto máximo de sinergia é o Estado criando a sociedade civil, já que pode-se pensar em capital social como sendo a própria sociedade civil organizada.

A abordagem de Evans (1996) difere de Putnam (1994) no sentido que reconhece que o Estado cria redes, relaciona-se com as que já existem e promove a interação entre grupos sociais diferentes absorvendo atores diferentes da sociedade civil no seu corpo, e, assim, passa a ter uma nova interação com a própria sociedade civil. Essa ideia de sinergia está relacionada com a questão de projetos políticos

democráticos participativos. A ideia de sinergia traz a dimensão da participação para o debate, já que o Estado aparece como promotor da sociedade civil.

A trajetória conceitual oferecida considera as interfaces entre sociedade civil e Estado que sugere o delineamento do quadro de formação de políticas públicas. Nesse sentido, o Estado condiciona a sociedade civil (a atuação dos indivíduos) e como as preferências, vontades e valores dos indivíduos se organizam e criam espaço de diálogo com o Estado para influenciar as políticas públicas.

Pierson (2006) inova ao trazer a ideia de política pública apesar de ser mais pontual e específica, ela cria esses parâmetros de atuação. O que pressupõe um mecanismo de *feedback*. A sociedade civil pode definir preferências e valores.

O autor considera que a sociedade civil se organiza em certa medida para se contrapor ao *status quo* das políticas públicas existentes (PIERSON, 2006). Pode se pensar isso para vários setores onde a visibilidade e a saliência desse conjunto de regras é que regulamenta, isto é, estabelece padrões de distribuição e redistribuição. (LOWI, 1985) A relação entre Estado e sociedade civil ocorre de maneira específica em cada um dos países, uma vez que os processos históricos são distintos. (ROCHA, 2005)

A partir dos anos de 1970 em que se começa a experimentar experiências comunitárias mais densas, isto é, a ausência sistemática de tradição participativa na operação na maioria dos países latino-americanos até esta data era o predominante, ainda que as diferenças nacionais sejam aqui também muito fortes, a participação de associações voluntárias no desenho e implementação não constituiu traço marcante da dinâmica das políticas sociais da região, com exceção do tradicional envolvimento sindical nos sistemas de seguridade (em períodos de regimes políticos democráticos), ou das “juntas de padres” no sistema de ensino fundamental em alguns países neste período. (DRAIBE, 1997)

A Ciência Política se preocupa em analisar a feição das políticas adotadas pelo Estado e os seus efeitos no dia-a-dia dos seus cidadãos que estão circunscritos a jurisdição daquela determinada política. O caminho deste estudo é explorar as nuances dessa relação.

No caso latino-americano, há uma relação entre o populismo e a representação de interesses através de corporações. O que leva à questão da junção da sociedade

civil organizada que tem influência sobre os seus membros e estes atuam como intermediários (*brokers*) entre governo e eleitores. Assim, tem-se uma troca de interesses, ou seja, essas organizações da sociedade civil recebem incentivos seletivos, não só de participação na política pública, mas ganhos de troca como recursos, como monopólio de representação, e passam a ser articulados internamente dentro do Estado. A confluência de interesses e preferências está presente nessa questão e a negociação entre sociedade civil e Estado, as trocas advindas desta, influem nas características das políticas públicas.

A pesquisa de Judith Tandler (1998) se interessa pelo bom desempenho ao invés da abordagem do mau desempenho predominante na literatura. A própria autora explicita que ao focar no bom desempenho, a sua pesquisa não estaria fadada à crítica da literatura predominante sobre o fracasso e suas correspondentes recomendações, uma vez que a experiência da autora assim como a abundância da literatura das dinâmicas do fracasso proporcionaram o ponto de partida para as perguntas sobre o sucesso.

A autora começa a sua análise com um programa de saúde que expressa um sucesso evidente a partir da simples longevidade e extensão do programa em comparação com outras realizações. Na opinião de Judith Tandler (1998) o caso da saúde tornou mais fácil a identificação das variações sobre os temas nos outros casos.¹³

¹³ Além do caso da saúde pública preventiva, autora analisa outros três casos, são eles: apoio ao desenvolvimento de pequenas empresas; extensão rural para pequenos produtores; e, criação de empregos.

2- EVOLUÇÃO DO PSF

Este capítulo é reservado à apresentação de dados que corroboram com o resultado de sucesso do programa devido os seus processos interpretados até aqui. Dessa maneira, na parte inicial do capítulo, ofereço uma seção dedicada à caracterização do programa, dos atores e do novo conceito de atenção à saúde. Em seguida, alguns resultados são apresentados. Em terceiro lugar, discuto o PACS como a origem que auxilia o sucesso do PSF para entrar na discussão dos determinantes do sucesso desenvolvida no próximo capítulo. Por último, faço uma breve descrição do background do PSF utilizando como método auxiliar o modelo de Equilíbrio Pontuado.

2.1 – Caracterização do Programa, Atores e o Novo Conceito de Atenção à Saúde

Concebido como uma estratégia para reorientar o modelo assistencial de saúde brasileiro, o Programa Saúde da Família¹⁴ (PSF) tem como aspecto central “o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de coresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população”, materializados em uma proposta centrada em práticas de promoção e prevenção da saúde, não mais entendida em uma perspectiva curativa de doenças em um modelo organizacional hospitalar (BRASIL, 1997, p. 7, ROSA & LABATE, 2005).

Baseada nessa premissa, o Saúde da Família representa uma importante mudança no objeto de atenção, forma de atuação e organização geral do serviços, trazendo a família, entendida a partir do ambiente onde vive, para o centro da prática assistencial:

“Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constróem as relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida –

¹⁴ “Embora rotulado como programa, o PSF, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos no Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados” (BRASIL, 1997, p. 8).

permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social” (Ibidem, p. 8).

Como se propõe a trabalhar com o princípio de vigilância à saúde, o PSF não pode ser compreendido como uma estratégia desenvolvida exclusivamente para o atendimento de grupos específicos da sociedade, destacando-se a atuação multidisciplinar e a responsabilidade integral sobre a população inserida em uma dada comunidade. Devido ao seu caráter de atenção contínua em especialidades básicas, o PSF representa “o primeiro contato da população com o serviço de saúde do município assegurando a referência e contra-referência para os diferentes níveis do sistema”, nos casos de necessidade de atendimento de maior complexidade (Ibidem, p. 11). Dessa maneira, se configuraria a complementariedade entre os serviços de saúde prestados pelo poder público e a integralidade da atenção à saúde a partir do PSF.

As Unidades do Saúde da Família (USF) são instaladas em postos de saúde, centros de saúde ou unidades básicas de saúde do município. Suas equipes são compostas por, no mínimo, um médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), que são responsáveis por um território de abrangência, responsabilizando-se por entre 600 e 1.000 famílias, até o máximo de 4.500 habitantes. O número de equipes variará em decorrência da abrangência geográfica de cada unidade, também havendo flexibilização da quantidade de famílias pelas quais uma equipe é responsável a depender de características sociais, econômicas e demográficas mais específicas de cada localidade.

As equipes também são responsáveis por realizar o cadastramento das famílias em sua área de abrangência, identificando os componentes familiares e aferindo sua “morbidade referida, as condições de moradia, saneamento e condições ambientais das áreas onde essas famílias estão inseridas” (Ibidem, p. 12). Por meio do cadastramento é que tem início o relacionamento entre as equipes de saúde e a comunidade. Ademais, essa etapa também representa a obtenção de insumos para planejamento das ações que serão desenvolvidas no âmbito do programa.

Depreende-se do Saúde da Família sua vocação para atendimento local, baseada no envolvimento comunitário. Nesse sentido, identifica-se um dos

pressupostos mais importantes do PSF: “de que quem planeja deve estar imerso na realidade sobre a qual se planeja” (Ibidem, p. 19), concebendo-se o processo de planejamento de maneira holística e orientado à resolução de problemas locais e ao aperfeiçoamento progressivo dos indicadores de saúde e da qualidade de vida na área de abrangência de cada equipe.

Essas especificidades, consideradas centrais na caracterização da abordagem do programa, depositam maior responsabilidade operacional sobre municípios, cujas atribuições são a de elaborar o projeto de implantação do PSF; eleger áreas prioritárias para a implantação do projeto; selecionar e contratar os profissionais que comporão a equipe do Saúde da Família; promover a capacitação dessas equipes; garantir a infraestrutura e funcionamento da rede básica necessária ao pleno desenvolvimento das estratégias; inserir o financiamento das ações das unidades de Saúde da Família na programação ambulatorial do município; e implantar um sistema de avaliação, acompanhar e avaliar o desempenho das unidades de Saúde da Família (Ibidem, p. 27-28).

A formação do Programa Saúde da Família e o que ele representa em termos de reorientação da estratégia de atenção básica de saúde, não mais focada na doença, na pessoa como indivíduo e no atendimento curativo em hospitais, mas sim na família inserida em uma comunidade e com uma proposta integral, privilegiando a prevenção, não ocorreu de maneira súbita, como será demonstrado nos próximos parágrafos.

Muito embora se possa resgatar a origem do PSF no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e nas mudanças ocorridas na Constituição Federal de 1988, acredita-se que suas raízes vão mais além na história, podendo ser identificadas de maneira mais genérica na origem do Movimento Sanitarista, nos anos 60, e, de maneira mais específica, em políticas públicas de saúde adotadas a partir dos anos 70, que priorizavam elementos descentralizadores e a atenção básica à saúde, aspectos fundamentais do sanitarismo que vieram a influenciar a Constituição e o próprio PSF: o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976 e as Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1982 (CORDEIRO, 2001; FALLETI, 2010; ROSA & LABATE, 2005; SANTANA & CARMAGNANI, 2001; SANTOS, 2005; VIANA & DAL POZ, 1998).

2.2 – Alguns Resultados do PSF

A implantação da estratégia de Saúde da Família é operacionalizada no município, com a co-participação do nível estadual. O processo possui várias etapas, não necessariamente seqüenciais, ou seja, podem ser realizadas de forma simultânea, de acordo com as diferentes realidades dos sistemas municipais de saúde. (BRASIL, 1997)

Na opinião da maioria dos coordenadores estaduais o Programa de Saúde da Família vem se constituindo efetivamente em uma estratégia de reorganização da atenção básica em seus estados. Os coordenadores estaduais das regiões Centro-Oeste, Nordeste e Norte são os que, proporcionalmente, mais consideram que esta estratégia tem sido um meio eficaz para processar mudanças na atenção básica em seus estados. (BRASIL, 1999) A seguir, o quadro (3) mostrou a distribuição das respostas fornecidas pelas coordenações estaduais, em 1999:

Tabela 1- Distribuição das respostas fornecidas pelas coordenações estaduais do PSF quando perguntado se o PSF é uma estratégia de reorganização da Atenção Básica

O PSF é uma estratégia de reorganização da atenção básica no estado?	n°	%
SIM	17	71
Sim, já se traduz em mudanças na organização da atenção à saúde	5	
Sim, decisão política clara	6	
Sim, nos municípios implantados, que tem compromisso com a mudança	4	
Sim, em função da resolutividade elevada das equipes	2	
AINDA NÃO	7	29
Acho que vai ser (possibilidade)	2	
Ainda não, está no discurso mas não é prioridade de fato	2	
Ainda não, pelo pequeno número de equipes, baixa cobertura	2	
Ainda não, mas é uma prioridade no estado	1	

Fonte: Ministério da Saúde, 1999.

Ao serem questionados se o Programa de Saúde da Família vem se constituindo efetivamente em uma estratégia de reorganização da atenção básica à saúde no município, 95,4% dos secretários municipais de saúde afirmaram positivamente, o que evidencia, no mínimo, a incorporação deste ponto de vista no discurso destes secretários. Em apenas 3 estados a proporção de resposta positiva a

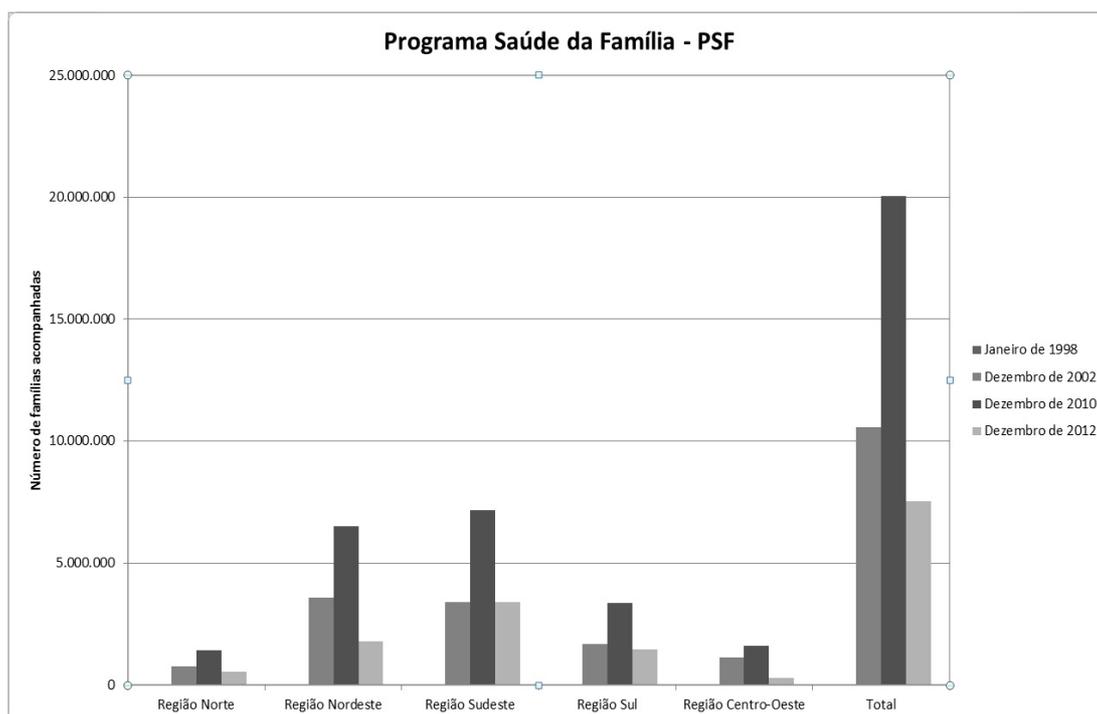
esta questão foi inferior a 90% - Pará (87,5%), Rio de Janeiro (84,6%) e Mato Grosso do Sul (83,3%). (BRASIL, 1999)

O Ex-Ministro da Saúde, Adib Jatene em conferência no I Seminário de Experiências Internacionais de Saúde em Família ressalta a participação da sociedade civil, das entidades subnacionais, dos Conselhos e dos casos locais de sucesso:

A participação da comunidade, os conselhos, as conferências, o Conselho de Secretários Estaduais, o Conselho Nacional de Secretários Municipais, experiências como a de Niterói, que vem desde 1991, uma experiência extraordinariamente exitosa. Todos esses fatos, estão se somando, na montagem do que eu chamo de uma grande estrutura. Eventos como este, buscam a experiência internacional, não para copiar, a experiência de cada país é de cada país, cada país tem que adaptar para a sua realidade. (...) Nós vamos lutar para oferecer condições capazes de melhorar a qualidade de vida das pessoas. E este resultado já se consegue. Recentemente, em uma reunião em São Paulo, estive o prefeito de Camaragibe, que mostrou que na sua cidade com 103 mil habitantes, tinha 1,5% de esgoto, mas ele conseguiu baixar a mortalidade infantil de 140 por mil para menos de 30, sem que a situação sócio econômica se modificasse, apenas oferecendo o atendimento às pessoas. (BRASIL, 1999, p. 9)

Nesse sentido, um dos sucessos maiores do programa está no número de famílias atendidas e na construção de um modelo assistencial voltado à atenção básica em saúde, sendo a prevenção de doenças um dos maiores êxitos pelo seu caráter profilático. Dessa maneira, o gráfico (1) apresenta a evolução do número de famílias atendidas desde 1998 a 2012.

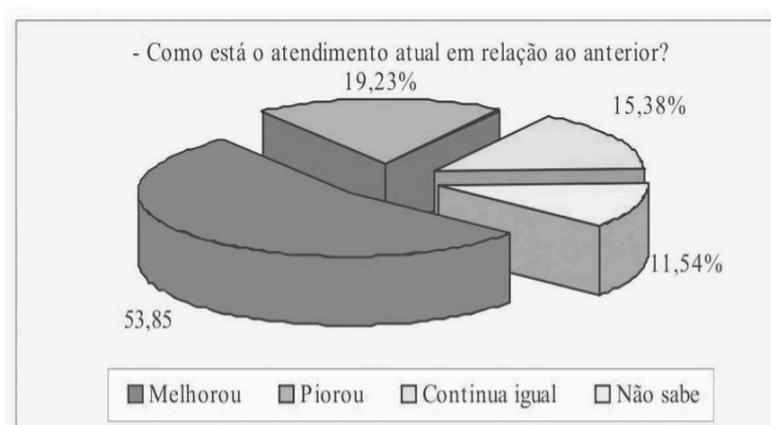
Gráfico 1 – Número de Famílias Acompanhadas pelo PSF no período de 1998 a 2012



Fonte: Elaboração da autora a partir de dados do Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB

A própria evolução da qualidade de atendimento foi atestada pelos beneficiários de acordo com o gráfico (2):

Gráfico 2 - Qualidade do Atendimento na USF comparado com a do posto de saúde tradicional nos locais onde foi mantida a mesma estrutura física



Fonte: Ministério da Saúde a partir de entrevistas com beneficiários, 2004

Dessa maneira, não foi apenas uma aumento de cobertura do PSF, houve mudança qualitativa na percepção do beneficiário do serviço como mostra a tabela (2):

Tabela 2 - Famílias pesquisadas que consideraram boa a qualidade de atividades selecionadas realizadas nas USF (%) em oito grandes centros urbanos no ano de 2002

Município	Triagem	Agendar Consulta Médica	Consulta Médica	Consulta Enfermagem
Camaragibe	72,9	30,9	92,2	85,1
Palmas	80,7	50	80,1	85
Vitória da Conquista	56,7	53,2	89,9	81,5
Vitória	66,5	46,5	87	79
Aracaju	70,3	55,7	92,5	87,3
Goiânia	56,1	50,6	89,3	80,3
Manaus	87,7	64	91,3	90
Brasília	85,6	60,5	85	88,2

Fonte: Ministério da Saúde, 2005 elaborados por Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.

A tabela (2) demonstra que sem a influência das famílias que não sabiam avaliar e as que informavam a inexistência da atividade, em geral, a grande maioria das famílias pesquisadas avaliou como boa a qualidade das ações realizadas nas USF. Mais de 84% em Manaus, até 95% em Goiânia, e 89% em Camaragibe consideraram bom o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças. Mais de 93%(Palmas e Aracaju) e até 100%(Vitória da Conquista e Goiânia) ou 98% (Vitória) informaram ser boa a qualidade da atividade de vacinação. (BRASIL, 2005)

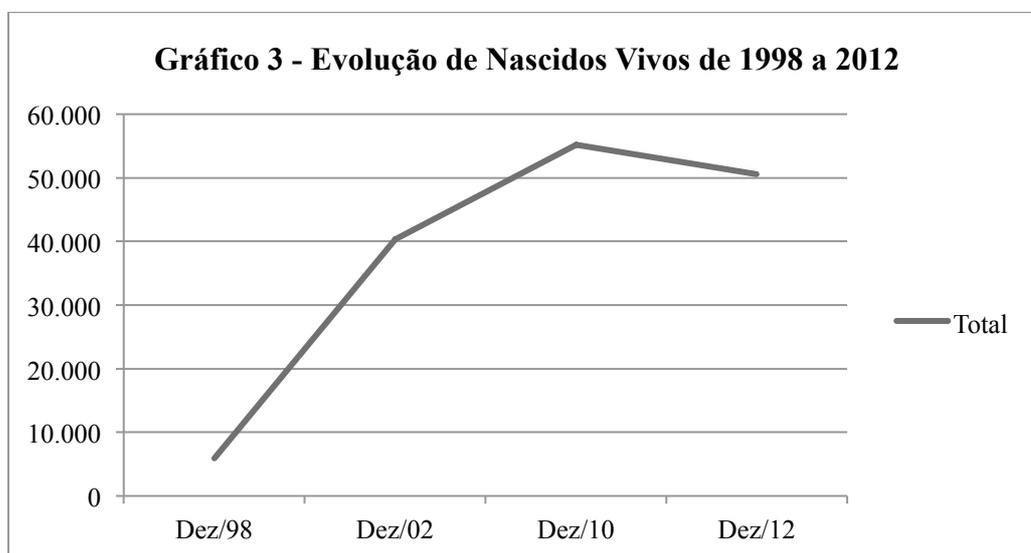
O número de nascidos vivos e a evolução destes dentro da cobertura do PSF é apresentado por região do Brasil de acordo com a Tabela (3) e o Gráfico (2):

Tabela 3 – Nascidos Vivos por Região do Brasil dentro da cobertura do PSF nos períodos de 1998 a 2012

Região	dez/98	dez/02	dez/10	dez/12
Região Norte	316	4.145	4.800	4.588
Região Nordeste	2.711	16.188	21.125	17.078
Região Sudeste	2.052	10.944	18.015	19.051
Região Sul	724	5.224	7.098	6.538
Região Centro-Oeste	102	3.841	4.195	3.363

Total	5.905	40.342	55.233	50.618
--------------	--------------	---------------	---------------	---------------

Fonte: Elaboração da autora a partir de dados do Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB



Fonte: Elaboração da autora a partir de dados do Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB

A Tabela (3) e o gráfico (3) chamam a atenção para o aumento significativo dos nascidos vivos dentro da cobertura do PSF de 1998 a 2010, em que se tem um total de 5.905 para 55.233.

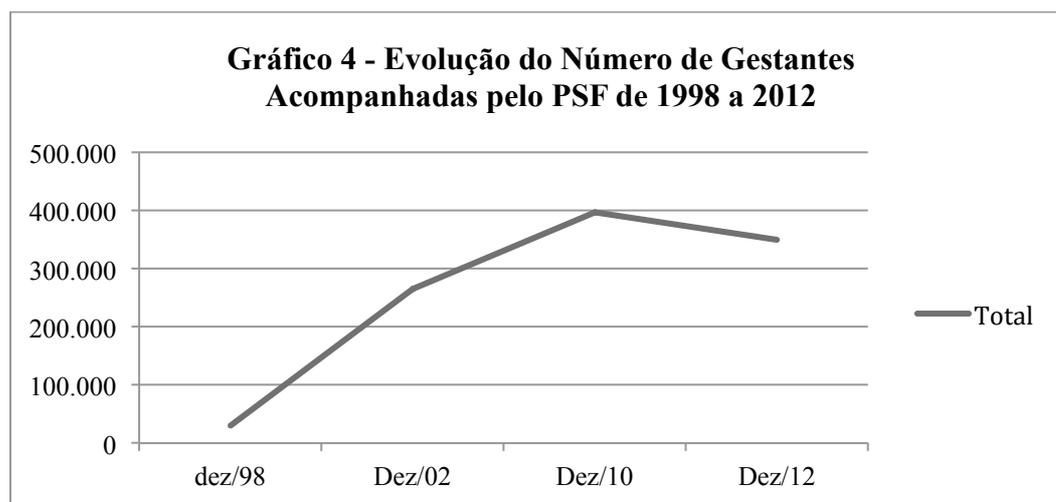
No entanto, a tabela (4) e o gráfico (4) exibem um panorama curioso, isto é, o número de gestantes atendidas pelo programa nos mesmos anos é bem maior do que o número de nascidos vivos. Os números são apresentados a seguir:

Tabela 4 – Número de Gestantes Acompanhadas pelo PSF de 1998 a 2012

Região	dez/98	dez/02	dez/10	dez/12
Região Norte	1790	23.617	34.557	31.668
Região Nordeste	15.354	106.075	148.979	118.199
Região Sudeste	9.000	75.730	130.370	126.379

Região Sul	3550	33.336	49.881	46.486
Região Centro-Oeste	450	26.654	32.886	26.860
Total	30.144	265.412	396.673	349.592

Fonte: Elaboração da autora a partir de dados do Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB



Fonte: Elaboração da autora a partir de dados do Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB

Essa discrepância não necessariamente sugere um erro na manipulação dos dados nem compromete a análise desse trabalho que sugere que o PSF é um programa de sucesso, ou seja, como já estabelecido anteriormente, os dados disponíveis são oriundos do SIAB, em que os municípios que não informaram todos os meses do período selecionado são excluídos, razão esta pela qual se poderá ter indicadores diferentes no cruzamento das variáveis disponibilizadas.

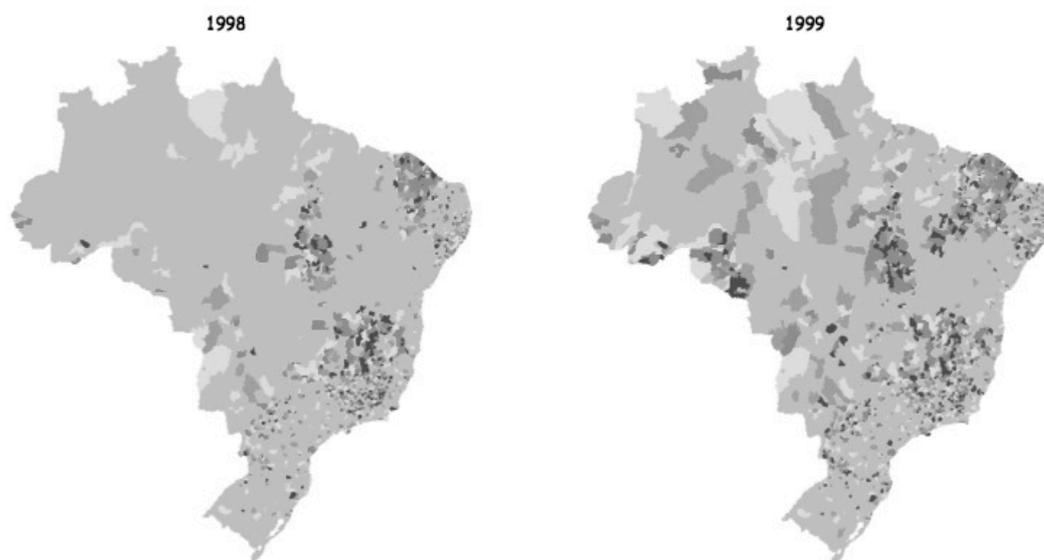
Nesse sentido, para este trabalho que não tem a pretensão de se dedicar a análise detalhada e aprofundada dos indicadores de saúde de fontes primárias e sim está preocupado em apresentar os indícios de sucesso, e estes estão amplamente divulgados pela literatura, pode-se dizer que mesmo com as devidas discrepâncias entre os dois indicadores, a evolução dos mesmos nos anos de 1998 a 2010 é mais do que notável, se olharmos para os indicadores separadamente, assim como a queda em 2012 como mostra os gráficos (3) e (4).

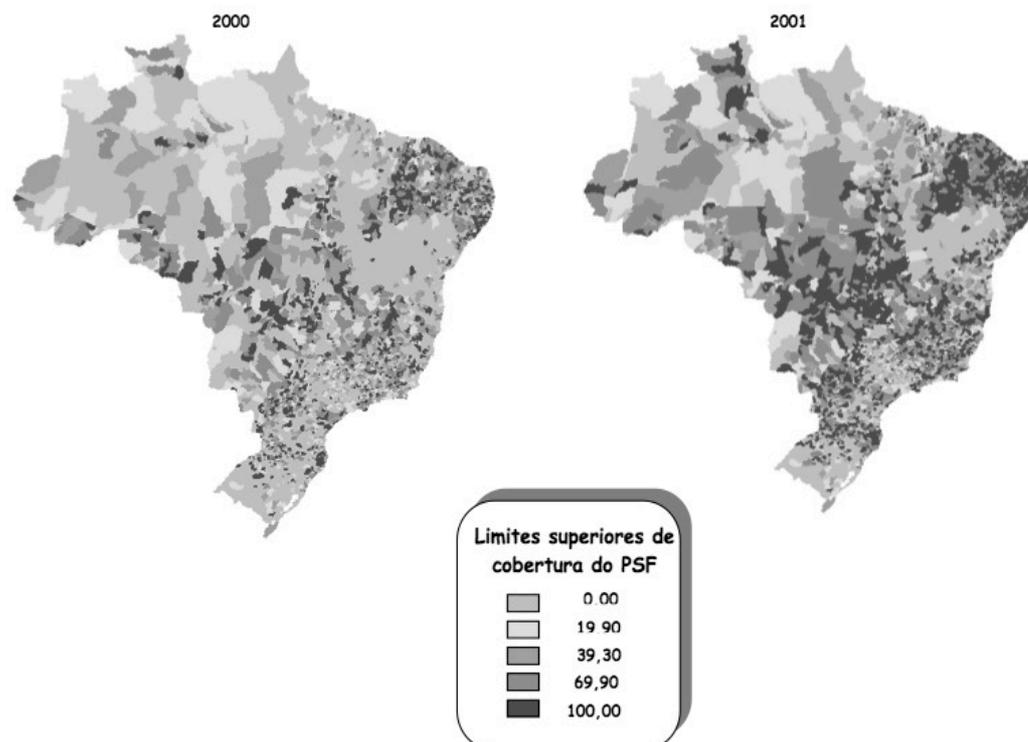
É preciso ainda citar que o PSF não é uma estratégia desenvolvida para atenção exclusiva ao grupo mulher e criança, haja vista que se propõe a trabalhar com o princípio da vigilância à saúde, apresentando uma característica de atuação inter e multidisciplinar e responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde. (BRASIL, 1997)

Num estudo realizado pelo Ministério da Saúde, em 2006, identificou-se para o conjunto de indicadores de saúde analisados, significativa tendência de evolução favorável para o Brasil entre 1998 e 2004. Os indicadores relacionados à morbimortalidade declinaram e os que refletem a cobertura dos serviços cresceram significativamente. A magnitude dessa variação mostrou-se, em geral, mais intensa nos estratos de cobertura mais elevada do PSF. Na análise, por faixa de IDH, esse comportamento foi evidenciado com mais frequência no agrupamento de municípios com IDH baixo. Os resultados sugerem que a ampliação da cobertura de serviços na atenção básica, nas regiões mais desfavoráveis, a partir da expansão do programa, está contribuindo positivamente para reduzir os diferenciais no acesso e na prestação dos serviços de saúde no Brasil.

O mapa (1) que apresenta a cobertura populacional nos municípios brasileiros de 1998 a 2001 atesta a rápida expansão do programa:

Mapa 1 - Cobertura populacional do PSF nos municípios brasileiros de 1998 a 2001





Fonte: MEDINA *et al*, 2000

3.3 – O Embrião do PSF: o PACS

A partir de 1990, passam a ser regulamentados os princípios constitucionalmente previstos, por meio da Lei Orgânica da Saúde e das Normas Operacionais Básicas (NOB) do Ministério da Saúde, além das ações mais específicas como o PACS e, em seguida, o PSF. No entanto, também se colocam novas questões que demandam solução:

“... o financiamento das ações de saúde; a definição clara de funções para os três entes governamentais (federal, estadual e municipal); as formas de articulação público / privado no novo modelo de organização dos serviços; e a resistência do antigo modelo assistencial - baseado na doença e em ações curativas individuais - a uma mudança mais substantiva das práticas assistenciais” (VIANA & DAL POZ, 1998, p. 13-14).

No contexto da Nova República, a Saúde da Família é tributária direta do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)¹⁵, criado em 1991, quando se passou efetivamente a ter foco na família como “unidade de ação programática de saúde”, se deu início à noção de área de cobertura, foi modificada a maneira de intervenção em saúde, com foco na prevenção, ou seja, em uma abordagem mais ativa e menos reativa e, finalmente, se implementou maior integração com a comunidade, com importante papel a ser cumprido pela figura do agente comunitário de saúde (ROSA & LABATE, 2005; VIANA & DAL POZ, 1998, p. 17-18).

O modelo de Saúde da Família vem se colocando como a principal estratégia de reorganização da atenção básica de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, sendo desenvolvido através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que representa uma etapa transitória para o Programa de Saúde da Família (PSF). Em julho de 1998, o PACS e o PSF encontravam-se implantados, respectivamente, em 2.484 e 649 municípios do país, em vários estados de todas as cinco regiões. (BRASIL, 1999)

Embora focado na redução da mortalidade infantil e materna nas regiões Norte e Nordeste, o PACS resgatou uma importante contribuição originalmente feita pelo PIASS, nos anos 70: de organização dos sistemas locais de saúde e de articulação entre os diferentes níveis do sistema de saúde, já que a adesão de municípios ao programa exigia o cumprimento de requisitos como o funcionamento dos conselhos municipais de saúde, a existência de uma unidade básica de referência do programa, a disponibilidade de um profissional de nível superior na supervisão e auxílio às ações de saúde e a existência do fundo municipal de saúde para o recebimento de recursos do programa (VIANA & DAL POZ, p. 18-19).

A demanda oriunda de secretários estaduais de saúde para a expansão do PACS para outros tipos de profissionais e a demanda por maior apoio financeiro às mudanças na operação da rede básica de saúde levaram à concepção da estratégia de Saúde da Família, no fim de 1993, e à sua implementação no início de 1994, priorizadas, inicialmente, as regiões de maior risco identificadas no Mapa da Fome do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). A princípio, o programa foi

¹⁵ A criação do PACS foi inspirada a partir de experiências locais, desenvolvidas isoladamente, em algumas regiões do país como Paraná, Mato Grosso do Sul e Ceará (VIANA & DAL POZ, 1998, p. 17).

enquadrado institucionalmente na Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e financiado por meio de convênios, modelo considerado excessivamente burocrático e pouco flexível, que impunha limites à proposta de descentralização das práticas de atendimento de saúde.

Em 1995, com o início da administração FHC, o PSF foi transferido para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) e passou a ser financiado por procedimentos realizados, remunerados pela tabela de referência do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS). No entanto, as intervenções do Saúde da Família foram enquadradas com melhor remuneração de seus procedimentos, de modo a fornecer incentivos institucionais à adoção dessa abordagem de saúde em âmbito local.

No entanto, a remuneração por procedimentos também é considerada limitada devido às discrepâncias entre os critérios de remuneração de intervenções e, em alguns casos, a ausência de cobertura para determinados procedimentos. Nesse sentido, com a Norma Operacional Básica do SUS, de 1996 (NOB/SUS-1996), se impõe um novo modelo de financiamento do programa: é criado o Piso de Atenção Básica (PAB), que passou a remunerar os municípios pela cobertura da população atendida em ações básicas de saúde, implicando incentivos para a adoção e expansão do modelo que buscava reorientar as práticas de saúde em âmbito municipal, com prioridade para a Saúde da Família (SANTOS, 2005; VIANA & DAL POZ, 1998).

O período compreendido entre a criação do PACS e a edição da NOB/SUS-96 pode ser considerado como tempo de formação do PSF, por um lado, dadas as características do programa original que foram contempladas pela Saúde da Família, que passou a englobar os agentes comunitários de saúde e, por outro lado, dada a consolidação do mecanismo de financiamento das ações de saúde estabelecida na NOB/SUS-96. É a partir desse momento que a política em questão passa por um processo de franca expansão e implementação em todas as regiões do Brasil.

De acordo com Viana & Dal Poz (1998), a concepção da Saúde da Família representou a construção de novas alianças na saúde, estabelecendo laços entre gestores locais, técnicos externos à área da saúde e com associações das comunidades onde foram implementadas a política, superando as alianças tradicionais na política de

saúde¹⁶, entre políticos, médicos e construtores de obras públicas, possibilitando a priorização da abordagem local e o aprofundamento da descentralização.

Uma análise histórica mais detalhada do processo de transformações na política de saúde no Brasil implicará, então, a identificação de alterações não apenas nas instituições e atores, mas também no próprio comportamento dos agentes de mudança. Se, nas fases anteriores à Constituição, a mudança se dava por sobreposição por meio de atores subversivos, não mais se pode considerar essa mesma classificação para o contexto pós-1988, marcado mais pela necessidade de garantir a efetiva reorientação do sistema de saúde constitucionalmente¹⁷ previsto, com foco na universalidade, integralidade e descentralização das ações.

2.3 – *Background* do PSF

Esta seção compreende esforços no sentido de mostrar os elementos importantes da formulação do PSF para a nossa análise cujo enfoque é na avaliação da implementação dessa política. Sendo que, nos próximos parágrafos a tentativa de reconstrução do processo de criação do Programa é oferecida. O objetivo dessa seção é apenas de familiarizar o leitor com o objeto de estudo, para tanto, recorri à utilização de um modelo¹⁸ de análise de políticas públicas, o de Equilíbrio Pontuado,

¹⁶ Nesse sentido, a organização de base e as pressões exercidas pelas comunidades foram centrais para neutralizar a coalizão opositora ao programa, centrada nos Conselhos Federais de Medicina e de Enfermagem, na Associação Brasileira de Enfermagem, preocupados com a garantia de mercado para seus profissionais, e na Pastoral da Saúde, que desenvolviam seus próprios programas de agentes comunitários (VIANA & DAL POZ, 1998, p. 26-27).

¹⁷ No entanto, também caberiam maiores considerações a respeito do processo de transformação constitucional. Muito embora haja componentes de mudança institucional gradual embutidos no processo constituinte, não se considera que a proposta teórica dessa tipo de abordagem seja suficiente para dar conta, exaustivamente, das mudanças que operaram a substituição e reorientação de todo o ordenamento normativo brasileiro, não restrito apenas à área da saúde.

¹⁸ Poderia ter recorrido à vários outros modelos, por exemplo, o modelo de redes de políticas públicas que promove a categorização das relações existentes entre os grupos de interesse e o governo. Dessa maneira, seria possível se pensar em redes que são voltadas para temas específicos visando influenciar o processo decisório dentro do Estado na formulação de políticas públicas. A configuração do desenho institucional e como isso influencia a capacidade da sociedade civil de se organizar coletivamente é o que se pretende considerar quando o enfoque é dado nas redes de políticas públicas e no comportamento individual dos atores. As redes são vistas como a solução adequada para administrar políticas e projetos em que os recursos são escassos e os problemas complexos, bem como onde existe uma multiplicidade de atores envolvidos, uma interação de agentes públicos e privados, locais e centrais, e, uma demanda crescente por participação cidadã e benefícios (FLEURY & OUVÉRY, 2007).

amplamente conhecido na literatura e que facilitam o entendimento das diferentes etapas do processo de se fazer política.

As instituições embutem ideia de estabilidade e continuidade, com prováveis mudanças adaptativas, ou de mudanças radicais e abruptas, ocasionadas por eventos exógenos – privilegia a constituição de uma *policy image* e de eventos externos que dão sentido e *feedbacks* para a construção da política. Entender, nesse sentido, a formação do Programa Saúde da Família, na década de 1990, passa pela (1) construção das imagens políticas, (2) do fortalecimento dos grupos de *experts* devotos aos conceitos e práticas integrativas e (3) dos eventos-chave que produziram mudanças ou pontuações.

Equilíbrio Pontuado é um conceito que surge na biologia, na década de 1970, e que foi tomado por empréstimo para a Ciência Política. Seria, na visão de alguns autores, uma maneira de atualizar e transcender o incrementalismo (PRINDLE, 2012). Precisa-se, assim, compreender o modelo do Equilíbrio Pontuado (BAUMGARTNER, JONES, & TRUE, 2007) para aplicá-lo ao caso concreto.

Nesse modelo, a interação entre as instituições políticas, os interesses mobilizados e tomadores de decisão, com racionalidade limitada, é a matriz explicativa para a mudança nas políticas públicas. As mudanças ocorrem em dois níveis. No nível dos subsistemas, o equilíbrio, por meio de mudanças incrementais, é mais comum. As informações técnicas assumem bastante relevância. Os subsistemas são formados por especialistas, que digladiam por espaço na feitura de alternativas. No nível macro político, eventos são capazes de produzir modificações substanciais nas alternativas de políticas, ocasionando mudanças estruturais.

O Programa Saúde da Família – desde sua gênese mais remota no Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976, nas Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1982, e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991 – pode ser compreendido como uma formulação incremental dentro de um subsistema de especialistas, como se viu anteriormente. Nesse nível, as contribuições do Movimento Sanitarista tornaram-se monopolistas e conseguiram infiltrar-se nas entranhas das políticas de saúde do país, o que certamente se consolidou após a promulgação da Constituição em 1988 (FALLETI, 2010).

No nível macro político, entretanto, as mudanças estruturais são condicionadas pelos contextos e por eventos-foco, os quais, sem dúvida, fortaleceram os conceitos e visões do Movimento Sanitarista, sobretudo a partir da NOB-SUS/1996.

Nesse modelo, há uma suposição ainda de que os tomadores de decisão também atuam sob condições de ambigüidade e que, dessa forma, as suas decisões são influenciadas tanto pela limitação cognitiva quanto pelas instituições e pelas “*policy images*” (BAUMGARTNER ET AL., 2007, p. 161), que são as formas pelas quais as políticas são caracterizadas ou compreendidas e são uma mistura entre apelos emocionais e informações técnicas. As *policy images* são, em certo sentido, reflexos da ambigüidade (MARCH, 2009) e se assemelham às consequências da manipulação política (ZAHARIADIS, 2007). As informações técnicas, no modelo de Equilíbrio Pontuado, portanto, atuam no nível dos subsistemas e, na verdade, são capazes de produzir mudanças incrementais. A maneira como as grandes mudanças ocorrem está condicionado pelas imagem conflitivas e que, também, são fundadas em informações técnicas, embora possam ser interpretadas de diversas formas.

Diante da existência de subsistemas, do nível macro político, das *policy images* e das informações técnicas, a teoria do equilíbrio pontuado procura explicar de que forma uma questão se torna importante em um determinado momento. Como esse tema chama a atenção dos decisores e passa a compor a agenda de decisão? Para isso acontecer, o monopólio da política (*policy monopoly*) precisa ser rompido. Esse monopólio é caracterizado quando um problema é tratado somente dentro das comunidades técnicas, grupos de poder e subsistemas políticos, impedindo o surgimento e a circulação de novas ideias. A constitucionalização dos princípios da equidade, universalidade, integralidade e descentralização permitiu que o monopólio da política fosse rompido, trazendo o tema para a agenda de políticas públicas do país.

Os processos decisórios das políticas públicas, por esse modelo, são vistos como eminentemente incrementais, sendo, de tempos em tempos, pontuados por períodos de crise que podem gerar mudanças. As pontuações, entretanto, não são simples de ocorrer, uma vez que, além dos monopólios da política, os tomadores de decisão possuem racionalidade limitada, processam informação de forma serial e possuem um processo de alocação de atenção (*attention allocation*).

Nessa perspectiva, acredita-se que duas pontuações são essenciais para a compreensão da formulação e implementação do Programa Saúde da Família. A Constituição Federal de 1988, como já citado, é, sem dúvida, o maior momento de pontuação, dado que os princípios defendidos desde a década de 1970 pelo Movimento Sanitarista passam a ser obrigação do Estado e direito dos cidadãos. A NOB-SUS/96, que aperfeiçoou a prestação dos serviços de saúde e reordenou o modelo de gestão da atenção à saúde, redistribuindo as competências entre os entes da federação, sobretudo descentralizando ações para os municípios, foi a segunda grande pontuação na formação e consolidação do Programa Saúde da Família, como atesta a importância dada por vários atores a este fato (VIANA & DAL POZ, 1998; VIANA & FAUSTO, 2003).

No Equilíbrio pontuado, portanto, é importante a maneira como o problema e as soluções são construídos, para que chamem a atenção dos decisores e, até mesmo, formem uma nova *policy image*. Há, assim, uma disputa política para a apresentação e definição do problema. Informações empíricas e apelos emotivos podem ser estratégias para a formação de uma nova *policy image*. Ao cabo do processo de formação dessa nova imagem, cria-se cenário propício para a difusão (*policy venue*) dessas novas ideias, e novos grupos de interesse e atores emergem, rompendo o equilíbrio e pontuando o período. Pode-se dizer, nesse sentido, que é um processo de retroalimentação que tenderá ao equilíbrio novamente, até que novas pontuações sejam feitas.

Como já foi mostrado, é importante (1) buscar a disputa política pela definição do problema e das soluções, (2) o momento em que se rompeu o monopólio da política, (3) como foram criadas as novas *policy images*, (4) quais os atores e grupos de interesse que surgiram e se solidificaram no processo, e (5) qual o novo equilíbrio. A partir dessas considerações, pode-se compreender de o processo de formação do PSF pode ser explicado também por equilíbrio pontuado.

Ao analisar, portanto, o PSF com o olhar da teoria do Equilíbrio Pontuado, nota-se que o Programa surgiu como uma proposta de mudança do modelo assistencial vigente no país, seguindo pilares básicos como o território, a intersetorialidade e a visão ampla sobre problemas de saúde. A constituição de 1988 e a NOB-SUS/96 são pontuações importantes, das quais a atenção básica em saúde

pode concretizar as aspirações de grupos específicos, que romperam o monopólio da política e conseguiram notabilizar uma nova *policy image*, difundindo seus princípios por meio da constitucionalização (*policy venue*).

A mudança da concepção do processo saúde/doença, no qual há oferta de serviços voltados para a doença, para uma concepção de saúde/condições de vida, dando ênfase à vigilância fez parte dessa mudança de imagem política, que, paulatinamente, ganhou espaço e, pode-se dizer, conseguiu estabilizar a concepção de atenção básica da saúde, tema que hoje, mais de 15 anos depois, passando por governos distintos, ainda é discutido com base nas estratégias de Saúde da Família. Essa mudança implicou a readequação da prática assistencial, antes centrada no atendimento hospitalar para cura de doenças e colocou em novo patamar a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), dando ênfase à família, ao território e à descentralização da política de saúde.

O Movimento Sanitarista é um dos atores envolvidos no aprofundamento da Reforma da Saúde, como já foi estabelecido anteriormente, bem como é um importante *player* em temas de saúde pública. A influência desse ator é conhecida desde a década de 1960, no entanto é somente a partir do final dos anos de 1970 e início dos 80 que se pode perceber, com o processo de abertura política em nível municipal e depois no estadual, a infiltração na burocracia de baixo para cima com a ocupação de posições em governos locais pelos membros do movimento (FALLETI, 2010).

O PSF inaugura um novo tipo de aliança na política de saúde que reúne os gestores locais (secretários municipais e técnicos do sistema local), com técnicos externos à área da saúde (como os técnicos do “Comunidade Solidária”), de organismos internacionais e com as associações da comunidade. Esta tríade de gestores locais, técnicos externos e comunidade superou as antigas alianças que se estabeleceram usualmente na política de saúde formada por políticos, médicos e construtores de obras públicas no nível local quando o programa foi implementado nos municípios. Assim, houve uma mobilização maior das associações privadas da comunidade do que da corporação médica, até mesmo pelo fato do programa não focar a figura do médico, o que também acaba favorecendo a operacionalização do

mesmo através do auxílio de consultores e técnicos internacionais (VIANA & DAL POZ, 1998).

3- O CASO DA SAÚDE E OS DETERMINANTES DO SUCESSO DO PSF

Neste capítulo, promovo inicialmente o debate sobre a peculiaridade do caso da saúde no âmbito da democracia e da equidade, assim como os determinantes do sucesso do Programa a despeito da literatura pessimista. O sucesso estaria relacionado à própria estrutura do SUS e sua tendência municipalizante em vez de uma tendência estadualista predominante no SUDS; às mudanças no arranjo federativo; ao Movimento Sanitarista na construção do paradigma da atenção básica; e, aos Conselhos Municipais de Saúde.

Os estudos sobre as tendências e características das reformas recentes dos programas sociais não têm mostrado o esperado desmantelamento ao menos no caso brasileiro. Tampouco mostram a simples permanência do antigo sistema nacional de políticas sociais. As evidências revelam um movimento de “inflexão gradual do padrão pretérito de proteção social, verificado sobretudo no plano das instituições das políticas e programas” a partir da introdução/reforço de no mínimo três características, a saber: “a descentralização, os novos parâmetros para a alocação de recursos e a redefinição das relações público-privado no financiamento e na provisão de bens e serviços sociais”. A emergência dessa institucionalidade das políticas sociais vem associada à expansão e multiplicação dos mecanismos participativos, bem como na maioria dos programas, pelo reforço do poder regulatório estatal. (DRAIBE, 2004, p.)

Os custos políticos em atrasar as melhorias em relação à qualidade da saúde e da educação são bem menores do que se postergar medidas em relação ao sistema inflacionário. Sendo que, frequentemente, pressões fiscais induzidas por crises macroeconômicas descarrilham os esforços rumo à Reforma do setor social. (KAUFMAN & NELSON, 2004)

As políticas de saúde são constitucionalmente dirigidas, o que é especialmente importante para a conformação de qualquer política pública, uma vez que permite a obrigatoriedade do Estado de praticar determinada política. Ainda que os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade sejam constitucionais, diversos fatores contribuem para o desenho de uma política que, de fato, torne a saúde universal e garanta acesso com equidade de forma integral.

A questão da democracia e da equidade é particularmente relevante na América Latina, sobretudo, em países como Brasil. As reformas que buscam a equidade têm implicações decisivas para a inclusão e estabilidade a longo prazo da democracia na região. Em países com desigualdades extremas, a mudança na redistribuição é indispensável para estender a cidadania. Como princípio básico da democracia, a cidadania universal demanda que todos os membros de uma comunidade política tenham chances iguais de serem considerados quando as decisões públicas são tomadas (Dahl, 1971, Schmitter, 1983, *apud* WEYLAND, 1996)

Para analisar o impacto da democratização sobre a redistribuição é necessário estudar um país cujos cidadãos possuem um anseio¹⁹ pela mudança acerca da equidade. O Brasil se mostra um caso bastante promissor nesta análise, uma vez que possui uma das distribuições de renda mais heterogêneas. No final da ditadura militar, em 1983, a parcela de 10% mais rica da população, concentrava 46,2% da riqueza da nação (WORLD BANK 1992 *apud* WEYLAND, 1996) Esta proporção é bastante alta em comparação com os índices internacionais, até mesmo no contexto latino-americano. O correspondente no Estados Unidos é de 25% (1985), 33,2% na Venezuela (1989), 39,5% no México (1984). (WEYLAND, 1996)

A desigual distribuição de renda impõe para a maioria dos brasileiros uma vida de pobreza e para muitos, condições subumanas de existência. Em 1988, 29,1% da população trabalhadora conquistaram o direito ao salário mínimo que naquele momento valia cerca de 40 dólares por mês. (IBGE, 1990, *apud* Weyland, 1996) Pessoas forçadas a viver com tão pouca renda não eram capazes de garantir o básico em relação às suas necessidades. Má nutrição, condições sanitárias deficientes e a negligência da maioria da população eram difundidas no país que oferece todas as amenidades de uma vida confortável para uma privilegiada minoria. (WEYLAND, 1996)

Misoczky (2003) chama a atenção para a convergência entre os formatos de políticas para a área de saúde e o desenho das políticas de organismos internacionais,

¹⁹ O anseio é grande quando a desigualdade é grande e a pobreza é extensiva, bem como a estagnação econômica traz pouca esperança de mudança aos pobres na melhora dos padrões de vida sem a redistribuição. Se nesse país, os anseios redistributivos são expressados por meio de demandas e propostas de reformas, o interesse acerca da reforma da equidade pode ser entendido como considerável. (WEYLAND, 1996)

como o Banco Mundial. Ademais, as políticas de saúde formuladas nos últimos anos simultaneamente contemplam discursos históricos do Movimento Sanitário e vão ao encontro de interesses do empresariado nacional da saúde, propiciando a expansão do mercado privado, e de elites políticas subnacionais, que vislumbraram no SUS formas de garantir financiamento setorial na saúde, ainda que parcial, para seus colégios eleitorais. (SANTOS & GERSHMAN, 2004)

A partir de um novo desenho de modelo público de oferta de serviços e ações, manifestados através de instrumentos gerenciais, técnicos e de democratização da gestão, o setor de saúde, no campo das políticas públicas, tem se destacado pela efetiva proposta de mudança, sendo um dos que mais avançou em termos de reformas administrativas, políticas e organizativas.

Os diversos desafios enfrentados pelos governos locais com a possibilidade de intensificação da democracia abriram os caminhos possíveis para a instauração de novas institucionalidades que vêm redefinido as ações entre Estado e sociedade. Estas novas institucionalidades emergem principalmente a partir da inventividade dos governos locais, que têm demonstrado enorme capacidade de abordar velhos e novos problemas buscando soluções criativas e inovadoras. Tais soluções tomam a forma de políticas públicas e formam novos padrões de gestão governamental. (ROCHA, 2004)

A avaliação do progresso obtido nas políticas sociais sob os governos de Cardoso e Lula requerem uma consideração cuidadosa acerca de três pontos centrais: (1) a melhoria dos indicadores sociais na última década com os programas Bolsa Família e Fundef e o reconhecimento internacional dos mesmos; (2) um grau notável de continuidade entre os dois governos; e, (3) aumento do caráter universalista das políticas públicas. (MELO, 2008)

A expansão das transferências sociais sugere uma redefinição dos papéis dos três níveis de governo na federação brasileira. Este fenômeno afastou os investimentos na melhora dos serviços básicos como saneamento e saúde, que passaram por um processo de estagnação (Afonso, 2006, *apud* MELO, 2008)

À luz das tendências internacionais de grau mais geral, a discussão sobre o sentido e os conteúdos das reformas e programas sociais pode ser retomada considerando-se como ponto de partida a instauração de novas capacidades das políticas sociais para se enfrentar de maneira adequada os níveis hoje prevalentes

de desigualdade e pobreza no sentido de produzir igualdades que compreendem a heterogeneidade, ou impedem a sua acentuação, ao avançarem rumo as forças diferenciadoras da dinâmica do mercado. (DRAIBE, 1997)

Mesmo que muitos autores tenham exaurido a análise do processo reformador ao fundamentar que é impossível estabelecer os conteúdos das Reformas Sociais, bem como delimitar o seu escopo ou até mesmo quando elas ocorreram, a seguir é discutido brevemente elementos acerca das Reformas do setor social, denominadas por muitos autores como “Reformas de Segunda Geração”. As reformas da segunda geração são um repertório de prescrições de políticas, formuladas em resposta às falhas da primeira geração de reformas (RODRIK, 2004 *apud* MELO, 2005).

As políticas que têm por objetivo reformar o Estado, possuem conteúdo e sua interação com os sistemas políticos e econômicos mais amplos, se tornando altamente dependentes do tipo de Estado que buscam reformar. Falleti (2005) para os propósitos de sua análise focaliza o processo de descentralização que se inicia com a transição de um tipo de Estado “desenvolvimentista” para um Estado do tipo “bem público” (BLOCK, 1994 *apud* FALLETI, 2006).

O argumento de Melo (2005) está relacionado aos obstáculos identificados na literatura que estão associados às Reformas de Segunda Geração que se referem aos aspectos institucionais e fiscais e as transformações nas políticas sociais. O autor discute o contexto político no qual Fernando Henrique Cardoso implementou as reformas, no jogo constitucional em torno da reforma do federalismo fiscal e sua relação com as políticas públicas sociais. Melo (2005) ainda lança um olhar sobre as iniciativas de reforma em três áreas: canalização de recursos à saúde e combate à pobreza, e o Fundef.

A despeito dessa definição de “gerações”, as reformas da segunda geração se desenham em termos dos resultados almejados. Dessa maneira, a eficiência administrativa, ambientes regulatórios adequados e estáveis, bem como a eliminação da pobreza são alguns dos resultados apontados por Navia e Velasco (2003). Uma série de fatores que contribuiriam para a dificuldade de realização das reformas institucionais e sociais dessas reformas já foram exaustivamente discutidos (Graham e Naín, 1999; Pastor e Wise, 1999; Nelson, 2000; 2004; Grindle, 2000; Kaufman e

Nelson, 2004; Schneider e Heredia, 2003; Tulchin e Garland, 2000; Nelson e Tommasi, 2002 *apud* MELO, 2005).

Ao apontarem as dificuldades na literatura, autores como Kaufman & Nelson (2004) e Nelson (2000) ofereceram elementos como: os custos baixos de não se reformar que levaria a uma inércia decisória; a inexistência do senso de urgência; os incentivos fracos; e, a existência apenas de princípios norteadores (descentralização, arranjos competitivos e etc) e não modelos definidos a serem seguidos. (MELO, 2005)

Na visão de Grindle (2004) sobre as reformas da educação bem-sucedidas na América Latina e os fatores que explicam o seu êxito a despeito das expectativas, o papel da liderança e das janelas de oportunidade são enfatizados. O argumento é o de que muitos obstáculos apontados na literatura são relacionados ao contexto e podem ser superados a partir de negociações em torno das reformas. (MELO, 2005)

Os setores reformistas poderiam superar resistências a partir da ação estratégica na definição da distribuição de custos e benefícios de determinada iniciativa de política pública. Grindle (2004) ao dar ênfase no desenho das políticas, não destaca o papel independente das instituições políticas, principalmente as relações Executivo-Legislativo, mesmo que as janelas de oportunidade sejam exploradas, os reformadores operam dentro de um conjunto institucionalmente constrangido por regras que definem as capacidades e os incentivos que têm para realizar a reforma. (MELO, 2005)

O foco nas “gerações” das Reformas tem sido comum na discussão da dinâmica das reformas de políticas, no entanto, no caso brasileiro tal abordagem apresenta alguns problemas, já que dois tipos de reformas, a de “primeira” e a de “segunda” geração, se confundiram com o passar do tempo. As de “primeira” estariam relacionadas à aspectos como: privatização, estabilização monetária e liberalização do mercado. Estas tiveram a implementação simultânea às reformas regulatórias, administrativas e dos setores sociais, reconhecidas como de “segunda” geração. (MELO, 2005)

Arretche (2003) afirma que questionar quando a reforma da saúde no caso brasileiro se completou não passa de um mero exercício acadêmico, já que também não há consenso sobre seu início. O argumento poderia partir tanto do final dos anos

70, com os primeiros encontros do movimento sanitarista; quanto de 1988, com a definição constitucional dos objetivos da reforma; ou até mesmo, do início dos anos 90, quando a NOB/93 promoveu a descentralização do sistema de saúde efetivamente.

As diretrizes dessa nova institucionalidade regulatória e participativa através das quais vêm se redesenhando as políticas sociais tem a ver com o resgate das lições do passado recente e a definição de linhas-mestras da reorganização dos programas sociais ancoradas no reconhecimento de que: “o reordenamento das políticas e programas de investimento social não pode nem deve se atrasar em relação às reformas estruturais das economias, tanto pelo alto custo social quanto pelas exigências mesmas do novo padrão de crescimento econômico”. (FALLETI, 2006, p. 52)

No final da década de 80, em termos de administração dos serviços de saúde, alguns avanços ocorreram no que se refere à descentralização. Em 1981, apenas 22% do número total de estabelecimentos de saúde estavam sob responsabilidade municipal, 50% sob responsabilidade estadual, e 28% nas mãos do Governo Federal (Arretche, 2004 *apud* FALLETI, 2006) Em 1989, esses mesmos números eram 45%, 46% e 9%, respectivamente (Arretche, 2004 *apud* FALLETI, 2006).

As fontes de financiamento da saúde pública continuaram em poder do Governo Federal. Em 1989, 80% do financiamento dos serviços de saúde pública era federal, 9% dos estados e 11% dos municípios (Arretche, 2004 *apud* FALLETI, 2006). Na década de 1990, ocorreu a descentralização do financiamento dos serviços de saúde pública. O Governo Federal financiava 53%, os estados 18% e os municípios 28% das despesas dos serviços de saúde pública, em 1996 (Arretche, 2004 *apud* FALLETI, 2006).

Os determinantes institucionais e a estrutura do jogo político durante a gestão do presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) que propiciaram as mudanças no padrão das políticas sociais foram discutidas por Melo (2005). Neste estudo, o contexto é o conjunto das políticas implementadas e a expressividade dos indicadores sociais, bem como as transformações ocasionadas pelas políticas sociais.

Esses aspectos das mudanças no padrão das políticas sociais provocaram uma “melhoria inequívoca de alguns indicadores sociais”, no entanto, a própria mudança estrutural subjacente tem sido pouco discutida na literatura. (MELO, 2005, p. 846)

Este breve debate acerca de uma institucionalidade das políticas de saúde é apenas para preparar o leitor para a seção seguinte onde o papel da estrutura institucional do SUS e a posição do PSF nesse aparato institucional é discutida. A discussão de uma institucionalidade de políticas públicas no setor de saúde veio para reforçar o que permeia todo este trabalho que é o fato de que o PSF, assim como outras políticas públicas sociais, é uma política de Estado consolidada que hoje já está presente em praticamente todo o território nacional.

O poder público nacional tem papel central na definição do ambiente normativo do programa, definindo a alocação de recursos federais, além de avaliar a implementação do PSF e promover assessorias orientadas aos processos de capacitação de equipes, estabelecimento de parcerias e formação de redes de intercâmbio de conhecimento. Ao poder público estadual, compete, essencialmente, um papel de intermediação entre o governo federal e municípios, prestando apoio mais diretamente aos últimos em questões relacionadas a demandas técnicas de implementação do programa e integração da rede de assistência básica e formação de equipes.

Em geral, as secretarias estaduais de Saúde (SES), com suas coordenações estaduais do PSF, apoiaram parcialmente a implantação do programa, nos municípios estudados, por meio de capacitação e treinamentos de ESF pelos Pólos de Capacitação, apoio à implantação do Siab e operacionalização de mecanismos de seleção para ACS. (BRASIL, 2005)

Os treinamentos não eram de responsabilidade exclusiva da SES e ocorriam também capacitações executadas pelos níveis locais, seja porque a SES não oferecia esse apoio, seja porque os treinamentos ofertados pela SES não eram planejados de acordo com as necessidades locais, e municípios com necessidade de capacitações não programadas pelo estado realizaram treinamentos com recursos próprios. Em alguns estados (como Bahia), a SES criou incentivo financeiro específico para o PSF, mas, segundo gestores locais, não ocorreu liberação de recursos para qualquer município. (BRASIL, 2005)

Em diversos municípios, o apoio oferecido pelo estado foi considerado insuficiente pelos gestores locais e, em algumas situações, a relação com a SES foi conflituosa. Camaragibe, município pioneiro na implantação do programa em

Pernambuco, enfrentou resistências e atrasos na assinatura do convênio. Em Manaus e Goiânia, ocorreram divergências quanto ao modelo implementado; no primeiro caso, em razão da ausência da enfermeira na equipe e, no segundo, devido à implantação de ESF volantes sem unidades próprias. (BRASIL, 2005)

Em um segundo momento, após a implantação, em geral o PSF conquistou maior visibilidade, em razão da ampliação do acesso à atenção propiciada em diversos municípios, o que atenuou resistências e angariou apoios dos gerentes da SMS e, em especial, da população assistida por meio das associações de moradores, organizações religiosas (Pastoral da Criança, grupos evangélicos) e de portadores de patologias. (BRASIL, 2005)

A redução de resistência dos profissionais da rede municipal foi observada. Todavia, com a ampliação do programa, novas resistências surgiram com mais força por parte de entidades médicas, profissionais de enfermagem e do setor privado. (BRASIL, 2005)

A tabela (5) a seguir delimita os diversos posicionamentos da gama de atores envolvidos no momento da implantação do PSF segundo os gestores municipais do programa, em dez grandes centros urbanos brasileiros:

Tabela 5 - Posicionamentos dos diversos atores no momento de implantação do PSF segundo os gestores municipais do programa em dez grandes centros urbanos do Brasil

Atores	Camaragibe	Palmas	Vitória da Conquista	Vitória	Aracaju	São Gonçalo	Campinas	Goiânia	Manaus	Brasília*
		1994	1998	1998	1998	1998	2001	2001	1998	1999
Implantação		1994	1998	1998	1998	1998	2001	2001	1998	1999
SES	C	...	A	AM	A	A	A	C	N	
Prefeito	A	...	AM	AM	AM	AM	AM	AM	AM	A
Secretário Municipal	AM	...	AM	AM	AM	AM	AM	AM	AM	AM
Gerentes da SMS	C/A	...	A	AM	A	A	C	N	A	A
Profis. Saúde Rede	C/A	...	N	A	C/A	C/A	C	N	C	C
CRM, SinMed	N	...	N	N	AM	N	A	N	C	A
Enfermeiros/Coren	N	...	N	N	A	N	C	A	N	A
CMS	AM	...	AM	A	A	A	A	A	A	A
Setor Privado	N	...	N	N	N	N	N	N
Associação de Moradores	AM	...	AM	A	C/A	A	A	A	A	A
Grupos Religiosos	A	...	A	A	N	N	A	N	A	A
Técnicos Ext.	A	...	AM	A	AM	A	AM	...	AM	A

Legenda: N = não se manifestou; C = manifestou-se contra; A = apoiou; AM = apoiou muito; ... = sem informação e não sabe.

Fonte: Ministério da Saúde, 2005 elaborada por Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.

* Em Brasília, os cargos correspondem à estrutura do DF.

O contexto político institucional caracterizado por meio da análise da composição partidária dos governos municipais, do aprendizado institucional no processo de descentralização, da participação de atores e grupos sociais no processo de implementação e das estratégias de ampliação do apoio empreendidas pelos gestores locais foi considerada num estudo do Ministério da Saúde em 2005.

Dessa maneira, a trajetória dos municípios no processo de descentralização da atenção à saúde, considerando a transferência intergovernamental de unidades de saúde e a habilitação dos municípios, conforme as normas operacionais básicas (NOB) editadas pelo Ministério da Saúde, que instruíram e regularam o processo de descentralização, apontam diferentes aprendizados institucionais e sinalizam distinta capacidade de gestão do SUS municipal conforme demonstra a tabela (6):

Tabela 6 - Aprendizado institucional segundo os indicadores selecionados em dez grandes centros urbanos

Município	Municipalização Unidades de Saúde	1ª Habilitação		Habilitação Atual		Continuidade político - administrativa (nº de mandatos)
		Ano	Condição	Ano	Condição	
Camaragibe	Não havia oferta	1994	G. Parcial	1998	GPSM	3
Palmas	2000	1998	GPSM	1998	GPSM	2
Vitória da Conquista	1999	1998	GPAB	1999	GPSM	2
Vitória	1995	1998	GPAB	1998	GPAB	2
Aracaju	1998	1998	GPAB	2001	GPSM	1
São Gonçalo	1990	1998	GPAB	1998	GPAB	1
Campinas	1987	1996	G. Semi Plena	1998	GPSM	1
Goiânia	1998	1993	G. Parcial	1998	GPSM	1
Manaus	Não Ocorreu	1998	GPAB	1998	GPAB	2
Brasília	...	1998	GASE	1999	GPSE	1

Fonte: Ministério da Saúde, 2005 via Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.

*O Distrito Federal foi habilitado como estado em Gestão Ampliada do Sistema Estadual (Gase) e Gestão Plena do Sistema Estadual (GPSE).

Somente Camaragibe e Campinas apresentaram alto aprendizado institucional, tendo sido habilitados na condição de gestão semiplena na NOB 93 e tornando-se, em 2002, gestores plenos do sistema municipal, dentre os municípios considerados.

Observam-se distintas trajetórias de aprendizado institucional, todavia a descentralização setorial, nos municípios estudados, é em geral recente. Em sete das dez localidades, a primeira habilitação ocorreu somente com a NOB-SUS 96, implementada em 1998, e, em 2002, Manaus, Vitória e São Gonçalo permaneciam habilitados apenas como gestores da Atenção Básica. (BRASIL, 2005)

A tabela (6) contempla a continuidade político-administrativa que teoricamente poderia facilitar a implementação do PSF ao permitir manutenção da prioridade para a Atenção Básica e aprendizado gerencial, contribuindo para a consolidação do programa.

Em seis das localidades estudadas, houve uma continuidade da coalizão governamental por dois mandatos consecutivos. Em Camaragibe, por três legislaturas consecutivas. Sendo que, em alguns dos municípios, a atuação do executivo municipal na área da Saúde foi fator preponderante nos resultados eleitorais, tendo o secretário Municipal de Saúde sido eleito prefeito.

No entanto, para se ter dados consolidados de aprendizado institucional na tentativa de confirmar a hipótese de que o pacto federativo que promoveria em tese uma maior fragmentação institucional trazendo resultados ruins para o Programa, se mostra bom no caso do PSF, pois proporciona o aprendizado institucional, seria necessário recorrer à dados de anos mais recentes e considerar os casos locais de sucesso.

Sendo que, Coêlho, Cavalcante & Turgeon (2012) afirmam o grau de competitividade das eleições municipais para o cargo de prefeito atuaria como ameaça aos políticos locais de modo a estimular a implementação de inovações institucionais como o PSF.

3.1 – Estrutura Institucional do Sistema Único de Saúde (SUS)

O SUS construiu uma estrutura institucional complexa para coordenar as ações dos três níveis de governo e de provedores de serviços de saúde públicos e privados, nos marcos do federalismo e da democracia. A partir da distribuição de funções entre os níveis de governo no modelo SUS e o fato de que a municipalização da atenção básica já se consolidou, os governos locais tornaram-se essenciais na provisão de serviços de saúde. (ARRETCHE, 2003)

Com a Constituição Federal de 1988, o SUS foi criado e a política nacional de saúde passou a ser comandada por um sistema com um comando único em cada esfera de governo. Nesse sentido, o princípio organizacional básico da descentralização foi definido, sendo as ações de saúde co-responsabilidade da União, estados e municípios, cabendo a estas duas últimas esferas a primazia da prestação dos serviços, restando ao nível federal a definição da política nacional de saúde, assim como de seus regulamentos, normas e regras gerais.

A partir dos anos de 1990, com a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), o modelo organizacional do sistema de saúde brasileiro passa de uma tendência "estadualista" desenhada pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), para a "municipalização" a se constituir o eixo condutor do processo de descentralização do sistema (Ugá, 1997, apud Ugá *et al*, 2003). Dessa maneira, os municípios assumem o papel de atores estratégicos do SUS, dada sua competência constitucional para prestar serviços e atendimento à saúde da população, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado. (UGÁ *et al*, 2003)

Já com a NOB/96 as modalidades de gestão de estados e municípios se reduzem a duas: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema, para os municípios; e gestão avançada do sistema e gestão plena do sistema, para os estados. A principal estratégia utilizada no âmbito da formulação da NOB/96 para a indução do novo modelo de atenção refere-se à estrutura de financiamento adotada para o custeio das ações e serviços de atenção básica de saúde sob gestão municipal, através do Piso de Atenção Básica (PAB) que parece “razoavelmente bem-sucedida em sua implementação”. Alguns recursos no âmbito da NOB/SUS 96 se referem ao incentivos à implementação de programas específicos, sendo que PACS e PSF são dois deles, que compõem a parte variável do PAB, parte esta responsável por estímulo financeiro à implementação dos programas. (UGÁ *et al*, 2003, p. 421)

Ao analisar o desenvolvimento histórico das políticas de saúde no Brasil, há uma realidade conflitante, marcada por uma forte tendência de autoritarismo e centralismo do poder estatal no enfrentamento das epidemias coletivas. O Estado caracterizava-se como portador exclusivo da verdade técnica e do poder decisório. Para Carvalho (1995), a participação da população nesse processo, não chegou nem a ser passiva. A partir da implementação do SUS, o princípio da participação constitui-

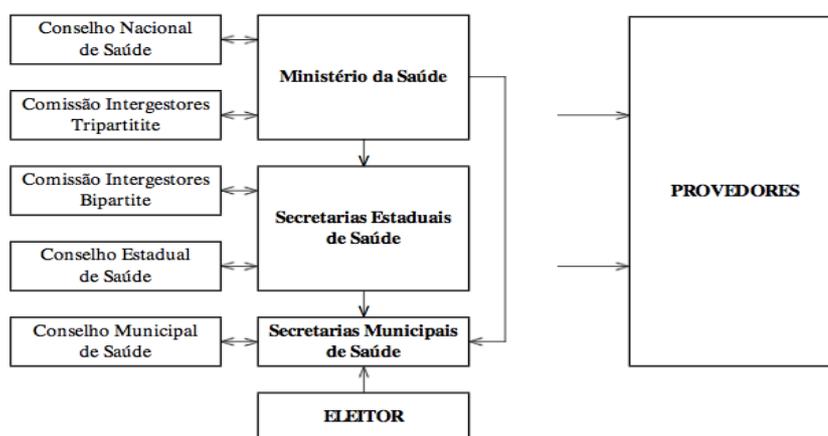
se como direito de cidadania. Representa um dos traços diferenciadores do SUS para a garantia plena de sua consolidação. (LACERDA & SANTIAGO, 2007)

Na estrutura institucional do SUS, eleitores e representantes dos usuários e da sociedade civil dispõem de instrumentos para controlar e fiscalizar a ação dos governos locais. A posição do Ministério da Saúde nessa estrutura também lhe permite ter expressivo poder de indução sobre as decisões e ações dos governos locais, ao passo que estes dispõem de direitos institucionalizados de participação nas decisões do Ministério da Saúde que lhes dizem respeito. Em conjunto, estes instrumentos deveriam produzir incentivos para que os governos locais fossem comprometidos com uma gestão responsável e eficaz dos serviços de saúde, o que compreende a eficiente regulação dos provedores públicos e privados. (ARRETCHE, 2003)

Cerca de 80% da rede de atenção primária e secundária de saúde no Brasil está sob a sua responsabilidade do SUS cobrindo uma população de 156 milhões de habitantes, com uma rede suplementar que atende 41 milhões de pessoas, mostrando que o processo de sua estruturação pode ser considerado como um movimento contra-hegemônico ao ajuste estrutural. Isto é, se tem uma promoção do alargamento do Estado ao invés da tendência de construção do Estado mínimo observada em outros setores. (BOSSERT, LARRAÑAGA & MEIR)

As relações federativas no SUS operam através de uma complexa engenharia institucional de acordo com o Figura (2) pela qual o Ministério da Saúde é responsável pelo financiamento e coordenação intergovernamentais das ações descentralizadas, ao passo que a Comissão Intergestores Tripartite é uma arena de representação federativa que tem poder de deliberação sobre as regras referentes à divisão de responsabilidades, às relações entre gestores e aos critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios. Os governos subnacionais têm ainda a prerrogativa de não aderir aos programas federais, dada sua autonomia como entes federativos. (ARRETCHE, 2003)

Figura 2 – Engenharia Institucional do Sistema Único de Saúde (SUS)



Fonte: Arretche, 2003.

No SUS o governo federal deve regular as decisões dos governos locais porque controla o financiamento e os mecanismos de coordenação intergovernamental, mas estados e municípios, funcionando como contrapeso, têm direitos institucionalizados de participação na formulação das regras das políticas que lhes afetam diretamente e têm a prerrogativa de não aderir à política federal. Ainda, há uma outra dimensão da estrutura institucional do SUS diz respeito às relações entre governos e sociedade civil. (ARRETICHE, 2003)

Segundo dados do MS, cerca de 98% dos municípios brasileiros são gestores plenos da atenção básica ou do sistema de saúde. O fortalecimento da gestão descentralizada é uma estratégia fundamental para assegurar o acesso integral da população às medidas dirigidas à promoção, proteção e recuperação da saúde. (BRASIL, 2004)

Arretche (2003) considera que tal engenharia institucional viabiliza a realização dos objetivos gerais do SUS que são a universalização do direito de acesso a ações e serviços de saúde de todos os níveis de complexidade. Isto implica a necessidade de uma alocação equitativa de recursos federais aos estados e municípios para o financiamento de ações e serviços de saúde, com natureza redistributiva.

Eleitores e representantes dos usuários, bem como da sociedade civil dispõem de instrumentos para controlar e fiscalizar a ação dos governos locais no âmbito da estrutura institucional do SUS por meio de Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde. Segundo Bossert, Larrañaga & Meir (2000), o Conselho Nacional

de Saúde com caráter deliberativo, reunia vinte e sete Conselhos Estaduais de Saúde e mais de cinco mil Conselhos Municipais de Saúde no ano de 2000.

A posição do MS nessa estrutura também lhe permite ter expressivo poder de indução sobre as decisões e ações dos governos locais, ao passo que estes dispõem de direitos institucionalizados de participação nas decisões do MS que lhes dizem respeito. Em conjunto, estes instrumentos produzem incentivos para que os governos locais se comprometam com uma gestão responsável e eficaz dos serviços de saúde. (ARRETCHE, 2003)

Em 2004, o MS qualificou aproximadamente 31 mil conselheiros de saúde em todo o país. Os recursos para fortalecer o controle social no SUS foram superiores a R\$ 4 milhões, provenientes do Programa de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (Reforsus). A meta do projeto priorizou fornecer aos conselheiros de saúde informações para o desenvolvimento de habilidades e competências para o exercício de suas funções. Assim, o ministério reforçou a ação dos conselhos de Saúde, elementos fundamentais na implementação do SUS. (BRASIL, 2004)

Dessa maneira, a despeito dos limites de análises e avaliações, as evidências sugerem que os instrumentos da estrutura institucional ainda não são plenamente explorados pelos atores diretamente interessados em suas ações, Arretche (2003) sugere que se trata mais de aprofundar e amadurecer o uso dos instrumentos existentes e menos de redesenhar esta estrutura. O PSF representa uma tentativa de aprofundamento desses instrumentos existentes na medida que promove uma reorganização da atenção básica no âmbito do SUS.

Em 2003, quando o SUS completou 15 anos, o MS promoveu um amplo debate social para fazer um balanço do sistema e apontar novos rumos para o futuro da saúde pública no Brasil. Em dezembro do mesmo ano, a gestão participativa e o controle social da saúde estiveram entre os temas discutidos durante a 12ª Conferência Nacional de Saúde. (BRASIL, 2004)

3.2 - Mudanças no Arranjo Federativo Brasileiro e Suas Implicações para as Políticas Sociais

Esta seção se preocupa em mostrar como as mudanças no arranjo federativo brasileiro produzem impactos nas políticas sociais. Para tanto, em primeiro lugar, a

discussão é iniciada levantando os elementos das mudanças presentes na abordagem da literatura atual. Em seguida, a discussão caminha para entender como as mudanças favoreceram o caso do PSF.

A Constituição de 1988 e a consolidação da política nacional de saúde, em 1992, estabeleceram que cada estado e município criasse um conselho para poder receber as transferências de fundos federais. (KAUFMAN & NELSON, 2004) Ainda, as mudanças no arranjo federativo brasileiro no âmbito do PSF estão muito mais relacionadas à NOB/SUS de 1996.

A expansão das transferências sociais sugeriu uma redefinição do papel dos três níveis de governo na federação brasileira. Este fenômeno reuniu investimentos no que se refere aos serviços públicos básicos como saneamento e saúde que haviam experimentado a estagnação. Os gastos com saúde caíram de 12,5% para 11,7%, enquanto as transferências sociais foram de 5,7% para 6,9% entre 2001 e 2005 em relação ao montante total das transferências. (MELO, 2008)

No Brasil, a capacidade do governo central de contornar os governadores estaduais determinou o sucesso²⁰ do fornecimento de bens públicos em toda a federação na área da política de proteção social. A administração do Partido dos Trabalhadores do (PT) em seu primeiro mandato (2003-2006) propiciou sucessos em relação à reforma, ampliação e implementação de quatro já existentes programas de transferência de renda destinados a aliviar a pobreza. O principal programa, o Bolsa Família, foi implantado em todos os municípios do Brasil, proporcionando benefícios para mais de 11 milhões de famílias. (FENWICK, 2009)

Um sistema político não majoritário, a autonomia constitucional dos municípios e o endurecimento gradual dos constrangimentos orçamentários subnacionais do pós-1995 facilitaram a capacidade do governo central para captar as aspirações e as expectativas do público brasileiro, combatendo a pobreza, a fome, e miséria através deste programa. Nesse sentido, a autora demonstra os fatores

²⁰ “Interpretar o bom governo como resultado das circunstâncias que estão dentro do controle típico gerente de órgão ou do típico diretor de divisão é um desafio especial. Isso exige que tais experiências sejam desenterradas, examinadas atentamente e interpretadas de volta com exatidão para aqueles que elaboram as recomendações. Com isso, o não-intencional poderá se converter em intencional. Assim, chamar a atenção para as realizações que os governos não estão percebendo ou não estão repetindo não significa rejeitá-los. Pelo contrário. É um modo de mostrar o que os governos já são capazes de fazer. Afinal de contas, é assim que um edifício de boas recomendações deve ser construído.” (TENDLER, 1998, p. 224)

institucionais que forneceram incentivos para a colaboração central-local de sucesso nesta área de política social. (FENWICK, 2009)

A situação atual aponta para uma baixa capacidade de articulação entre as unidades de saúde e acesso restrito a instâncias dirigentes de sistemas locais e nacionais por parte de dirigentes dessas unidades de saúde. Essas condições tendem a ser determinadas por arranjos institucionais e organizacionais cujos impactos se expressam em uma combinação duplamente empobrecedora para a saúde pública: no plano político, pela ausência desses atores na arena política e, no plano administrativo, como falta de articulação administrativa entre as unidades de saúde. (SANTOS & GERSHMAN, 2004)

A despeito da centralidade do federalismo na agenda de pesquisa sobre as instituições políticas brasileiras, o impacto das regras que regem as interações entre os entes federativos – um tema central do federalismo comparado – não foi suficientemente explorado pela literatura, visto que a maior parte das análises sobre o processo decisório se concentra nas relações entre os poderes, assumindo que o presidente e a União podem ser tomados como análogos, o que significaria assumir que “relações entre poderes” seriam analiticamente equivalentes a “relações entre União e Estados”. (ARRETICHE, 2009)

No caso brasileiro, as instituições que regem as interações entre as unidades constituintes permitem que o jogo legislativo “comece e termine” no Congresso. A explicação está no estabelecimento do jogo em vista do postulado de que é próprio das federações criar uma multiplicidade de pontos de veto no processo decisório. Apenas tipos particulares de federações, que centralizam o processo decisório da legislação que afeta os interesses das unidades constituintes, permitem que os principais atores sejam o Executivo federal e o Congresso. (SANTOS & GERSHMAN, 2004)

Arretche (2009) ao examinar em que medida instituições federativas brasileiras, instaladas pela CF 88, *enable* ou *constrain* o centro debruçou-se sobre o impacto das instituições federativas no que se refere ao poder do governo federal legislar sobre as políticas dos governos subnacionais com base em duas teorias: a das jurisdições e a do poder de veto. Na década de 1990, se a ampliação da regulação federal foi realizada nos marcos das instituições políticas que regem as interações

entre as elites do governo central e dos governos subnacionais, estabelecidas pela Constituição de 1988, é possível avaliar sua influência sobre o processo decisório de matérias de estrito interesse federativo.

O argumento central de acordo com esta autora é que os formuladores da CF 88 criaram um modelo de Estado federativo que combina ampla autoridade jurisdicional à União com limitadas oportunidades institucionais de veto aos governos subnacionais. Condições institucionais proporcionaram a expansão da autoridade da União sobre os governos subnacionais, além da preponderância do Executivo sobre o Legislativo, revelando mais continuidade entre as mudanças aprovadas nos anos 1990 e o contrato original de 1988 do que a noção de uma ruptura entre os dois períodos. (ARRETCHE, 2009)

As elites do governo central foram muito bem-sucedidas em aprovar extensa legislação federal que fortaleceu a autoridade da União sobre estados e municípios ao passo que regulou extensivamente o modo como os governos subnacionais arrecadavam seus impostos exclusivos, implementavam as políticas sob sua responsabilidade e gastavam seus próprios recursos. A noção de que essa legislação teria representado uma ruptura radical em relação ao contrato original de 1988 mascara os elementos de continuidade entre 1988 e 1995. (ARRETCHE, 2009)

Se o poder está altamente fragmentado, a nível nacional, o controle que os políticos locais exercem sobre as suas instituições é extraordinário, evitando as instituições do governo central de exercerem o sistema de freios e contrapesos. Portanto, é necessário examinar o papel desempenhado por instituições políticas subnacionais em constranger ou permitir o acesso aos serviços sociais. Isto é, as instituições são moldadas pela história, cultura, incentivos e restrições que variam muito e são transformadas quando se deslocam do nível nacional para a esfera subnacional, especialmente em um país heterogêneo como o Brasil. (SOUZA, 2002)

Esses fatores institucionais têm proporcionado incentivos para o centro-local em áreas específicas de políticas sociais, como saúde, educação primária e assistência social. Além disso, a partir da perspectiva da teoria do federalismo, a capacidade de um governo federal em projetar, implementar e manter um programa da magnitude do Bolsa Família dá credibilidade a uma estrutura altamente descentralizada em três

níveis de governo. Isso mostra que, pelo menos nesta área de política social, o federalismo não escondeu as conquistas desta política. (FENWICK, 2009)

Alguns programas e iniciativas adquiriam grande notoriedade internacional como: Bolsa Escola, Fundo de Desenvolvimento do Ensino Fundamental e Valorização do Magistério (Fundef) e o Fundo de Combate à Pobreza, uma vez que a expressividade dos investimentos realizados é notável. Em 2002, o financiamento contou com mais de R\$ 2 bilhões (US\$ 700 milhões) advindo de um fundo de pobreza. Nesse sentido, a própria criação do Fundef²¹ se deu concomitantemente com a elevação dos gastos em educação, considerando-se todos os níveis de governo no Brasil, houve aumento de 4,2% para 5,6% do Produto Interno Bruto (PIB) entre 1995 e 2000. (MELO, 2005)

No final dos anos de 1990, houve uma aceleração do processo de descentralização. Em 1996, os governos municipais eram responsáveis por 34% das matrículas do ensino primário, já em 2001, a sua participação era de 54%. Sendo que, o número de matrículas no nível primário no período de 1996 a 2001 havia se expandido de 89% para 96%. (WORLD BANK, 2002 *apud* MELO, 2005). Dessa maneira, Coêlho, Cavalcante & Turgeon (2012, p. 12) afirmam que:

Ademais, a implementação do programa também apresenta um excelente desempenho no que tange à estratégia de descentralização. É importante salientar que os governos locais atuam como atores protagonistas desta política pública, entretanto, a execução da prefeitura não pressupõe a simples adesão ao programa, mas também um conjunto de atribuições que tornam a decisão do gestor local em participar ou não da política algo nada trivial. A evolução da participação dos governos municipais no PSF é bastante expressiva, sobretudo, após 1996. A partir de 2009, o programa passa a estar presente em quase a totalidades das municipalidades brasileiras com uma cobertura de aproximadamente 97%.

O PSF é gerenciado pelo Ministério da Saúde, responsável pela operacionalização desta política de saúde no âmbito da gestão federal do SUS. Coêlho, Cavalcante & Turgeon (2012) admitem que a execução é compartilhada pelos governos subnacionais, estados, Distrito Federal e municípios, sendo que, as

²¹ Programa de incentivos à descentralização e melhoria dos salários dos professores e da performance das escolas.

responsabilidades do governo federal fazem com que o MS assuma a posição de normatizador e principal financiador do programa, enquanto os estados atuam na coordenação e assistência aos municípios.

Os municípios, de fato, são os executores do programa por acumularem funções como: 1) implantar o modelo de atenção básica em seu território; 2) manter a rede de unidades básicas de saúde em funcionamento; 3) co-financiar as ações de atenção básica; 4) alimentar os sistemas de informação e avaliar o desempenho das suas equipes. Dessa maneira, o PSF é considerado uma referência internacional de atenção básica de saúde principalmente devido aos impactos sobre a redução da mortalidade infantil. (COÊLHO, CAVALCANTE & TURGEON, 2012)

3.3 - Movimento Sanitarista

Nos próximos parágrafos, será traçada a trajetória histórica que levou à criação do Programa Saúde da Família, resgatada a partir do surgimento do Movimento Sanitarista até a edição da NOB/SUS-96. Tendência esquerdista originada no início dos anos 60, no governo Goulart, o Movimento Sanitarista²² fomentou propostas progressistas para as políticas públicas de saúde no Brasil. Sua agenda consistia, basicamente, na mudança de foco de uma perspectiva curativa para uma preventiva, priorizando o papel do poder público na prestação desses serviços em um modelo descentralizado, operacionalizado pelos municípios, o que possibilitaria a capilarização do atendimento de saúde e, por consequência, o atingimento de populações até então não atendidas pelo estado (FALLETI, 2010, p. 46-47).

Viana & Dal Poz (1998) enxergam a construção do PSF como uma manifestação de mudanças incrementais na política de saúde no Brasil, que pode ser inserida em um contexto mais amplo, onde Falleti (2010) argumenta que o processo de reforma da saúde no Brasil foi baseado em mudança institucional gradual, esposada por atores subversivos, que agiram por dentro de um sistema com fortes

²² Apesar de o regime militar representar um entrave inicial ao desenvolvimento do sanitarismo, ele não inviabilizou por completo seu crescimento. Nesse sentido, foi fundamental a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES - em 1976, focado na divulgação de ideias e pesquisas do grupo sanitarista, servindo também a um propósito política de militância em favor das perspectivas esposadas por seus ativistas. Igualmente importantes foram a Conferência Internacional em Atenção Básica de Saúde, em 1978, em Alma-Ata e a criação, no ano seguinte, da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO - que impulsionaram a agenda do grupo.

pontos de veto, aproveitando a abertura de pequenas oportunidades para promover transformações por meio de *layering*²³, com o crescimento diferencial de mudanças simples nas margens. A avaliação das características das políticas de saúde que foram implementadas (ou que sobre as quais houve esforço de implementação) denotam a convergência de suas propostas com a agenda sanitária e o lento processo desde sua concepção até sua penetração e consolidação no rol de *policies* do setor.

A descentralização administrativa começou no setor da saúde, incentivada no Brasil, pelo movimento sanitário por um “grupo influente de ativistas do setor de saúde”, enquanto na Argentina, Colômbia e México se iniciou no setor da educação, incentivada quase exclusivamente pelo Executivo nacional. (FALLETI, 2006, p. 78)

No caso brasileiro, um grupo influente de ativistas do setor da saúde, o movimento sanitário, defendia a descentralização para o nível municipal. Sendo que, exigiam um sistema de saúde com cobertura universal, totalmente financiado e administrado pelo sistema público e a presença deste movimento foi marcante na Constituinte de 1988. A demanda pela cobertura universal foi contemplada na Constituição, que substituiu o sistema INAMPS pelo sistema SUS (Sistema Único de Saúde). (FALLETI, 2006)

Suas propostas criticavam, então, a prevalência de um modelo tradicional baseado no indivíduo e na doença, em uma perspectiva curativa, com predominância da prestação de serviços por um sistema privado financiado pelo governo. Ao final dos anos 1970, o Movimento Sanitário tinha uma agenda bastante clara: “(1) produzir e disseminar suas propostas de reforma progressista; (2) ocupar posições de poder sempre que possível, isto é, infiltrar-se no estado; e (3) realizar *lobby* no Congresso” (RODRIGUEZ NETO *ET AL.*, *apud* FALLETI, 2003, p. 49).

De um lado, a possibilidade de utilizar da discricionariedade no interior da burocracia, por meio de representantes dos sanitários e, de outro lado, a perspectiva do regime militar de que as soluções propostas representam abordagens de baixo

²³ Streeck & Thelen (2005) apresentam cinco modelos de mudança institucional que, embora graduais, são considerados significativos: (1) deslocamento (*displacement*); (2) sobreposição (*layering*); (3) desvio (*drift*); (4) conversão (*conversion*); e (5) exaustão (*exhaustion*) (STREECK & THELEN, 2005, p. 19-30) A sobreposição (*layering*) está relacionada à mudança de instituições enraizadas. Baseia-se na dinâmica de crescimento diferencial, onde novas instituições são criadas em paralelo à que se busca substituir e se fomenta seu crescimento gradual.

custo para uma crescente demanda por serviços de saúde possibilitaram a realização de políticas públicas baseadas nos princípios de prevenção e de saúde comunitária. Ademais, contribuiu para esse processo a organização federativa do Brasil e a manutenção de pleitos eleitorais em nível municipal e, depois, a permissão para eleições para o executivo estadual, estabelecendo as oportunidades para um movimento de ocupação de espaços de baixo para cima (FALLETI, 2010, p. 50).

Em 1976, é implementado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS²⁴ - que consistia em uma rede de postos e centros de saúde em localidades de baixa densidade demográfica, promovendo cuidado preventivo e saneamento para cidades pequenas e pobres de nove estados nordestinos e em Minas Gerais, ancorada em uma proposta descentralizadora, promotora da participação comunitária, programaticamente horizontal e de cuidado integral, ou seja, de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (SOUZA, 1980).

Falleti (2010) argumenta que os efeitos mais importantes do PIASS estavam (1) em promover um estado de coordenação interministerial até então inexistente nesse tipo de política pública; (2) na coordenação intergovernamental, incluindo em financiamento, que conectou os níveis federal, estadual e municipal; (3) no fortalecimento do posicionamento político de secretários de saúde em relação aos representantes da burocracia nacional de seguridade social e saúde; e (4) pela indução da criação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS - em fevereiro de 1982 (FALLETI, 2010, p. 51-52).

No entanto, à medida que o programa cresceu, passou a enfrentar oposição dos prestadores privados de serviços de saúde e de partes da burocracia federal devido à percepção de ameaça, de um lado, de negócios na área de saúde e, de outro, de poder político associado ao controle da burocracia de seguridade social federal, levando à descontinuidade do programa em 1982²⁵. Apesar desse revés, o posicionamento de Eleutério Rodriguez Neto, importante liderança entre os sanitaristas, como diretor do

²⁴ Até o início dos anos 80, o PIASS chegou a operar em 700 municípios, com pouco mais de 1800 centros de saúde, 172 sistemas de provisão de água e com a construção de 22000 latrinas, além do recrutamento e treinamento de agentes de saúde das regiões beneficiadas (FALLETI, 2010, p. 51)

²⁵ Ainda na década de 80, na esteira da crise da previdência social, foi proposto o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), “que abordava temas como a hierarquização, regionalização, integralidade das ações, participação comunitária, utilização de pessoal auxiliar”, mas que não chegou a ser implementado. Em vez do PREV-SAÚDE, foi criado o Plano de Racionalização Ambulatorial, focado na redução “das filas da assistência médica previdenciária” (SANTOS, 2005, p. 21).

Departamento de Planejamento na burocracia federal possibilitou a criação das Ações Integradas de Saúde (AIS)²⁶ com apoio dos secretários estaduais de saúde, integrando os serviços de saúde do Ministério da Saúde e do então Ministério da Educação e Cultura, coordenando os diferentes níveis de governo em uma administração descentralizada. Mesmo com sua saída do governo, o espaço conquistado pela política era considerado irreversível, garantindo a continuidade de ações que priorizavam a descentralização devido ao amplo espectro de apoio político conquistado com atores relevantes em âmbito local, neutralizando a oposição, principalmente, do setor privado (Ibidem, p. 52-54).

Com a redemocratização, em 1985, o grupo sanitarista passa a ocupar mais espaços na burocracia, fortalecendo sua rede de influência e, por consequência, a aderência de sua agenda, influenciando fortemente a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e a Assembleia Nacional Constituinte, que outorgou a Constituição Federal de 1988, estabelecendo o Sistema Único de Saúde - SUS, baseado no princípio de saúde como um direito a ser garantido pelo estado nacional, pela cobertura pública, grátis, integrada, descentralizada e universal, garantindo a coexistência com o sistema privado e novas formas de gestão, incluindo todas as partes envolvidas nesse tipo de política (Ibidem, p. 54-56).

A institucionalização, por meios constitucionais, da necessidade de o Estado ser um agente de proteção social, trouxe benefícios para a política de saúde, como o provisionamento de recursos do orçamento e o forte compromisso político dos governantes. Em virtude dessa institucionalização e do comprometimento político, algumas tentativas de explicação começam a surgir. O modelo de Fluxos Múltiplos advoga que as políticas públicas são o resultado da junção, por meio das janelas de políticas, de pelo menos três fluxos: problema, *policy* e político (KINGDON, 2002).

O fluxo de problemas se refere a várias condições (ou problemas) que devem ser tratados por gestores públicos. Tais condições são percebidas por meio de indicadores, eventos e *feedback*. O fluxo político consiste em elementos como *national mood*, pressão dos grupos de interesse e mudanças no legislativo. O terceiro fluxo, o das políticas, se refere ao embate entre ideias a fim de ganharem aceitação

²⁶ As Ações Integrais de Saúde (AIS) atingem cerca de 664 municípios, atendendo aproximadamente 70% da população do país no período 1982-1986 (CORDEIRO, 2001, p. 322).

nas redes de políticas. Nesse fluxo, ganham relevo a viabilidade técnica, a congruência das alternativas com os valores conjunturais, a antecipação dos constrangimentos e a aquiescência do público e de grupos especializados. Desse fluxo, origina-se uma curta lista de alternativas.

A agenda das políticas públicas é afetada, assim, tanto pelo fluxo de problemas quanto pelo fluxo político. As alternativas de políticas disponíveis, entretanto, são afetadas pelo fluxo das políticas. Nesse contexto, portanto, é que se insere a centralidade da discussão dos fluxos nas políticas de saúde no Brasil. Essa perspectiva contempla variáveis que condizem com o desenho de boas políticas de saúde no Brasil. Em primeiro lugar, o fluxo de problemas é altamente sensível no país, seja pelo mandamento constitucional seja pela exploração política da saúde. Os problemas se tornam prementes, os gestores têm de lidar com indicadores e informações técnicas diversas.

No fluxo político, observa-se a emergência de clamor popular (*national mood*) por melhoras no Sistema Único de Saúde (SUS), bem como a conformação de grupos de interesse específicos. Surge, por exemplo, uma miríade de grupos sociais com interesses na saúde. Um dos grupos mais importantes, e que mesmo antes da Constituição de 1988, tem agido consistentemente no campo das políticas públicas em saúde é o Movimento Sanitarista (FALLETI & ANGELUCI, 2010), que é importante agente formador de opinião e de pressão no Estado brasileiro no campo da saúde. Esses grupos constituem-se como coalizões de defesa (SABATIER & WEIBLE, 2008), dotadas de fortes convicções e princípios, também se misturam no fluxo das políticas, no qual pautam o debate de ideias entre especialistas. Assim, especialistas e até políticos, por meio das frentes parlamentares, gravitam em torno dessas políticas, influenciando seus caminhos e gerando novas alternativas e desenhando as políticas.

Na convergência desses fluxos, uma janela de oportunidades se abre, podendo florescer determinada política. Nesse sentido, a visão de múltiplos fluxos é um dos mecanismos e modelos que parecem poder explicar a emergência e o desenho de políticas de sucesso na área de saúde. A convergência desses fluxos, por exemplo, ajuda a explicar as razões que fizeram emergir o Saúde na Família, em um momento em que havia forte compromisso político com a diminuição das iniquidades em saúde, acompanhado dos interesses do movimento sanitário, que propugnou a mudança de

um paradigma de saúde hospitalar (de cura de doenças) para um paradigma de vigilância e prevenção. Grupos de interesse, apoio político, debate de ideias e uma agenda com forte apelo social permitiram o desenho de uma política que perdura há quase 20 anos.

3.4 - Conselhos Municipais de Saúde

A tentativa aqui construída é a de ressaltar o papel dos Conselhos Municipais de Saúde, como um importante mecanismo de controle social que promove a participação da sociedade corroborando com o argumento da simbiose Estado-sociedade. No entanto, como o objeto de estudo são os processos que propiciaram os resultados à nível nacional de sucesso do PSF, e entre os municípios brasileiros há inúmeras discrepâncias, não há como mensurar o impacto desses conselhos de maneira unificada.

O fato é que a participação do beneficiário e do cidadão na gestão do sistema é uma tema universal na retórica das Reformas do setor de saúde. (KAUFMAN & NELSON, 2004). O MS descentralizou a definição das políticas públicas para a área, com a criação de 5,5 mil conselhos municipais de Saúde e 27 estaduais. Nesse sentido, uma maneira democrática de gerir os recursos públicos e o atendimento à saúde da população brasileira é organizada. Com a atuação dos conselhos, há a tentativa de se aplicar o dinheiro exatamente onde é necessário, uma vez que seus membros são usuários, gestores e profissionais de saúde moradores do município e conhecedores dos problemas locais. (BRASIL, 2004)

Para uma melhor mensuração deste impacto seria necessário analisar diversas experiências locais para se pensar no sucesso ou fracasso dos conselhos para o nível nacional, o que também não pertence ao escopo deste trabalho. Esta seção se preocupa somente em levantar elementos acerca da importância dos conselhos de saúde, bem como de apontar rumos para a mensuração do impacto destes no âmbito do PSF na atualidade.

Reformas nos sistemas de saúde e educação criam uma série de questões relacionadas ao reordenamento de máquinas administrativas complexas incluindo

novos papéis e escalas de autoridade entre os provedores; mudanças na relação entre o governo central e as entidades subnacionais; e, aumento da participação da comunidade em fiscalizar os serviços. (KAUFMAN & NELSON, 2004)

Nesse sentido, estimulados tanto por políticas nacionais ou por doações estrangeiras que exijam a constituição de conselhos comunitários para os fundos de liberação, especialmente para os cuidados de saúde, educação básica e redução da pobreza, os governos subnacionais têm criado vários conselhos comunitários. (SOUZA, 2002)

A ideia por trás disso é incentivar a participação dos cidadãos para melhorar a prestação de contas e transparência. No entanto, muitos conselhos comunitários são uma reprodução formal do que as regras dizem, minando pressupostos fundamentais de participação. Embora ainda não há corpo de pesquisa para analisar esses conselhos comunitários em profundidade e em termos comparativos, há inúmeros trabalhos no sentido das várias acusações sobre o controle que os líderes subnacionais exercem sobre eles, juntamente com as suspeitas de corrupção agora evidenciadas em larga escala pela mídia. Isto deixa em aberto a questão do que está acontecendo na esfera subnacional política e como as decisões em matéria de prestação de serviços sociais estão sendo tomadas. (SOUZA, 2002)

Correia (2006) afirma que numa realidade como a brasileira, os conselhos não podem ser desprezados, uma vez que os recursos para as políticas sociais são escassos e o controle sobre estes, em sua maioria, ainda está nas mãos dos gestores, tratando-os com sigilo como se fossem privados.

Na década de 1990, Costa (1998) destaca a fragilidade institucional do setor de atendimento público apesar da grande inventividade da inovação política, uma vez que as Normas Operacionais Básicas consagraram uma estrutura institucional que confere um peso elevado para o gestor federal, as comissões intergestores e as associações de secretários municipais e estaduais de saúde, que têm assento privilegiado em estruturas de conselhos e conferências de saúde. (SANTOS & GERSHMAN, 2004)

As fragilidades no tocante à participação comunitária e ao processo organizativo não são exclusivas dos Conselhos Comunitários de Saúde: as transformações societárias em curso têm fomentado a descrença em projetos

coletivos, afetando sobremaneira as organizações populares e movimentos sociais²⁷, refletindo-se na debilidade da participação, na desmobilização e no enfraquecimento de suas lutas (SILVEIRA, SILVA & VASCONCELOS, 2005). Nesse sentido, Judith Tendler (1998, p. 213) argumenta que:

Por sua vez, a sociedade civil não foi inquestionavelmente boa. Parcelas importantes dela perpetuaram o governo ruim, ao passo que outras pressionavam eficientemente por um governo melhor. Se a sociedade civil local desempenhou um papel no surgimento do governo melhor, isto por vezes ocorreu porque o governo central tinha possibilitado a formação de alianças entre o governo e a sociedade civil. Isto viabilizou a união das parcelas reformistas da sociedade civil com as parcelas reformistas do governo, às vezes tanto no âmbito local quanto no central. Assim, se for possível identificar algo como um círculo vicioso entre o governo local e os cidadãos locais, ele foi posto em movimento e mantido por uma dinâmica de três direções entre o governo local, a sociedade civil e o governo central. Esse último estava longe de ser a “terceira onda” daquilo que no máximo era uma dupla bem equilibrada.

Os Conselhos pressupõem longos tempos de maturação política para se tornarem mais atuantes ou, então, a existência de arranjos associativos bem estruturados anteriores (Labra, 2003), que fortaleçam a representatividade. Portanto, é possível que sejam arranjos institucionais de desenho sofisticado ou difuso demais para se contraporem de imediato a sistemas de representações de interesses já muito mais maduros e convergentes e com interfaces privilegiadas no âmbito decisório. (SANTOS & GERSHMAN, 2004)

Para preservar a qualidade da oferta do SUS, é possível que seja necessário tanto tentar acelerar o processo de amadurecimento dos conselhos, reforçando a consciência de seu papel político, quanto fomentar a organização de representações com maior convergência imediata de interesses e de discurso, como profissionais de saúde ativamente envolvidos na prestação de serviços em hospitais públicos, em especial os médicos. (SANTOS & GERSHMAN, 2004)

Num estudo recente, que resultou em um comunicado do IPEA, Roberto Pires & Alexandre Vaz, os responsáveis por sua elaboração, constataram que houve um

²⁷ O presente trabalho fez a escolha de excluir dessa seção o papel do Movimento Popular de Saúde (MOPS) pelo fato de que a simbiose Estado-sociedade mais perceptível para os fins da análise desenvolvida é a do Movimento Sanitarista que claramente galgou espaços na burocracia do governo central e teve forte influência sobre a reorientação do modelo assistencial voltado à atenção básica.

crescimento relevante do número de interfaces socioestatais nos programas e órgãos do governo federal. Mesmo que em 2002 já houvesse um percentual relevante de programas nessa linha, há um incremento consistente ao longo da década na adoção de formas de interlocução que chega a quase 90% dos programas com pelo menos uma forma de interface socioestatal. O aumento ao longo do tempo se refere à adoção de interfaces por órgãos que anteriormente não a praticavam, assim como pelo incremento nos programas de órgãos que desde o início da década já incentivavam formas de interação com a sociedade. (IPEA, 2012)

O caso do Ceará analisado por Tendler (1998) revelou que a sociedade civil pode desempenhar um papel importante na melhoria do desempenho do governo local. Por exemplo, na exigência de discussão formal sobre decisões a respeito do investimento público em âmbito municipal por organismos como os Conselhos Municipais.

Os conselhos de saúde são instâncias colegiadas e deliberativas de participação da sociedade organizada na concepção, aplicação e fiscalização das políticas públicas para a área. Segundo dados do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems), em média, cada entidade têm cerca de dez membros, sendo que 50% deles representam os usuários do sistema de saúde. Em 2004, o país contava com mais de 55 mil conselheiros espalhados pelos 5.545 municípios brasileiros. (BRASIL, 2004)

Uma das inovações trazidas pelo PSF refere-se à institucionalização de mecanismos que permitem a participação popular e o controle social. Esses mecanismos estão presentes tanto na sua co-gestão através da Secretaria Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde e Conselho Local de Saúde, quanto na própria metodologia e seu processo de trabalho. (LACERDA & SANTIAGO, 2007)

(In) CONCLUSÕES

O Programa Saúde da Família (PSF) representa uma importante mudança no objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços de saúde no Brasil, trazendo a família, entendida a partir do ambiente onde vive, para o centro da prática assistencial. Essa mudança conceitual – que modificou o pêndulo de uma concepção hospitalar, de cura de enfermidades, para uma concepção assistencial e preventiva, com foco na família e em seu ambiente – proporcionou o avanço de uma política pública que, com o passar do tempo, tornou-se uma instituição estável e adaptável (PIERSON, 2006).

O processo de formulação dessa política forneceram elementos para se compreender o sucesso da política. A formulação de políticas públicas é inseparável do processo político (STEIN *et al*, 2006), sendo esta assertiva firmemente observada a partir de todos os modelos auxiliares que compuseram este trabalho. O processo político, a despeito das trocas democráticas de governo no Brasil, levou a certa estabilidade na condução e nos conceitos de atenção básica à saúde, notabilizados pelo Programa Saúde da Família (PSF). A integralidade dos serviços, a equidade na atenção a todos os cidadãos e a universalidade da cobertura são características presentes no PSF e que, em certo sentido, demonstram a estabilidade dessa política pública.

Observou-se, o papel singular de atores como o Movimento Sanitarista na formação da política. Em verdade, trata-se de um ator que se caracterizou pela liderança (STEIN *et al*, 2006), com capacidade de difundir suas ideias e colocá-las em prática. Como observado, o Movimento Sanitarista saltou de agentes subversivos para, provavelmente, atores com características mais próximas aos mutualistas (STREECK & THELEN, 2005), já que passaram a compor os quadros da burocracia federal, estando interessados na manutenção das regras. Esses mesmos atores conseguiram ultrapassar o subsistema de especialistas e formaram uma nova imagem política (*policy image*), difundindo (*policy venue*) seus conceitos e ideias (BAUMGARTNER *et al.*, 2007).

Especialistas em saúde pública mais do que líderes políticos iniciaram a maioria dos doze (12) casos estudados por Kaufman & Nelson (2004) na América

Latina. Os autores destacam a importância da rede criada pelo Movimento Sanitarista que exerceu fortes pressões rumo à construção de um sistema de saúde pública universal. (KAUFMAN & NELSON, 2004)

Avaliou-se ainda que o contexto, marcado por pontuações, foi capaz de alterar o quadro conjuntural e favorecer a formação e a implementação do PSF. A Constituição de 1988 e a NOB-SUS/96 são exemplos de pontuações que geraram *feedbacks* e foram responsáveis por mudanças de direção e gestão nessa política pública. Os atores com poder de veto e decisão que faziam parte de subsistemas de especialistas, tornaram-se partícipes da burocracia federal, com capacidade de influenciar legisladores e formadores de opinião. O contexto de constitucionalização da política pública – aliado à formação de redes de interação entre políticos, burocratas, acadêmicos e movimentos sociais – gerou incentivos para a estabilidade e adaptabilidade do Programa.

O PSF é uma exemplo de uma política descentralizada que tem demonstrado indícios de sucesso no âmbito da melhoria dos indicadores gerais de saúde. No cenário atual o programa encontra-se consolidado. Nesse sentido, a organização federativa está intimamente ligada com a dinâmica do programa. A capacidade do governo central de gerar incentivos e mecanismos de controle para a implementação por parte dos municípios fazendo com que os estados sejam meros coadjuvantes no processo de implantação do programa.

Segundo os números fornecidos pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), em 2009, o total de equipes de Saúde da Família implantadas era de 30.328 em 5.251 municípios cobrindo 50,7% da população brasileira correspondente a cerca de 96,1 milhões de pessoas. O total de Agentes Comunitários de Saúde era de 234.767 em 5.349 municípios cobrindo 60,9% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 115,4 milhões de pessoas. Sendo que, o investimento no ano de 2008 na estratégia Saúde da Família foi de R\$ 5.698,00 milhões.

O caráter multianalítico deste trabalho contribui para os estudos de políticas públicas da área de saúde com uma abordagem não convencional, em uma área em que é muito difícil encontrar trabalhos que não sejam o de especialistas da área da saúde que desconsideram várias etapas do processo decisório; do ciclo de políticas (*policy cycle*); das nuances da relação entre Estado e sociedade civil; e, dos

desdobramentos do federalismo em gerar mecanismos de incentivo e controle. A literatura sobre o PSF é vasta e diversos trabalhos já trataram sobre esta política, no entanto, poucos trabalhos apresentam a necessidade de compilar várias categorias de análise.

Nos próximos parágrafos, descreverei algumas considerações acerca de elementos que suscitam uma análise em perspectiva comparada²⁸ com outras políticas de saúde latino-americanas com o PSF, bem como ressalto a importância dos estudos comparativos e sua contribuição para o aperfeiçoamento das políticas públicas.

O estudo de políticas públicas em perspectiva comparada nos permite identificar as condições sob as quais uma nação prospera ou falha com determinada política e produz efeitos práticos. A análise comparativa nos ajuda a entender como instituições e processos políticos similares operam em diferentes sistemas. (THEODOULOU *apud* HARROP, 2002)

As pesquisas comparativas que dizem respeito à performance de diferentes políticas públicas é uma barreira que precisa ser transpassada, bem como paralelamente, é necessário uma compreensão mais abrangente e comparativa sobre as políticas desenvolvidas na esfera dos Estados. Isto é, “muitos países federativos já têm uma longa tradição em pesquisas nessa área, no sentido de entender porque os Estados dão respostas diversas às questões sociais”. (SOUZA, 2003, p. 18)

Dessa maneira, o estudo de reformas sociais em perspectiva comparada na América Latina oferece grandes vantagens para se pensar nas políticas públicas da região, uma vez que é uma abordagem relativamente nova e a aplicação dos modelos teóricos amplamente conhecidos na literatura podem trazer elementos novos para a discussão. Na saúde, as propostas de reforma costumam se referir a custo, acesso e qualidade – ou, reformas no financiamento (receita e gastos), serviços (quem recebe o quê, quando, onde, como) e para garantir a prestação eficiente dos serviços.

O intuito de priorizar um estudo em perspectiva comparada num trabalho futuro é no sentido de explorar a partir da realidade empírica, os processos gerais de

²⁸ A pesquisa futura será desenvolvida no Doutorado de Ciências Sociais (ICS) no Centro de Pesquisas e Pós-Graduação sobre as Américas (CEPPAC) da Universidade de Brasília (UnB) em que fui aprovada com o projeto intitulado “Paradigmas de Reforma Social e Escolha Institucional na América Latina: os casos do Brasil e da Venezuela” e ingresso no programa em sequência à defesa dessa dissertação de Mestrado.

formulação e as implicações para o sucesso dessas políticas sociais da área da saúde que vem chamando a atenção em nível internacional tal qual o PSF. De certa maneira, investigar políticas que são parecidas em muitos aspectos e divergentes em outros e que basicamente, se manifestam em sistemas políticos diferenciados no contexto latino-americano.

Embora o caso venezuelano via *Misión Barrio Adentro* (MBA)²⁹ dê margem para um estudo comparativo futuro que será desenvolvido no Doutorado e esta tenha sido a política de saúde que mais chamou a minha atenção³⁰ na América Latina ao longo do processo de construção da dissertação, alguns outros casos podem levantar elementos rumo a uma futura análise comparativa, são eles: o caso colombiano de Reforma da Saúde; o caso equatoriano de Reforma da Saúde; e, o Programa Médicos Comunitários (PMC) na Argentina. Cito esses casos para plantar a semente rumo aos estudos comparativos das políticas de saúde que nascem no seio das “reformas” voltadas à atenção básica e despertar o interesse do leitor para tais políticas.

Durante a pesquisa, a ideia de colocar o PSF em perspectiva comparada com outros programas de educação como o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb) e o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (Fundef) foi pensada, uma vez que mesmo com as regras rígidas quanto à aplicação de recursos, estados e municípios conservam uma grande autonomia decisória quanto à estruturação e gestão de seus sistemas educacionais.

A participação efetiva das entidades federativas subnacionais nas diferentes dimensões dos programas, seja os de saúde, seja os de educação, interfere na eficiência das políticas sociais de maneira diferenciada. Ao passo que o intuito deste trabalho foi entender os processos e resultados do PSF que estariam ligados à

²⁹ A ideia do MBA surge como alternativa válida para satisfazer as necessidades da população de Caracas que se converte em um Plano Integral de Desenvolvimento Local, isto é, políticas sociais orientadas a melhorar a qualidade de vida, promovendo a organização e participação dos setores populares. O Instituto para o Desenvolvimento Local (IDEL) que surge da iniciativa local, é adscrito à Alcaldía do Município Libertador e nasce com o objetivo de fomentar o desenvolvimento local através do desenho, avaliação, impulso e execução de políticas públicas dirigidas para a qualidade de vida dos seus habitantes. (DA ROS et al., 2008) As *Misiones Barrio Adentro*, iniciadas em 2003, foram se constituindo como um modelo de gestão pública participativa fundamentado nos princípios da atenção primária do Sistema Público Nacional de Saúde da Venezuela. Nesse sentido, os princípios norteadores eram: gratuidade, solidariedade, equidade, acessibilidade, universalidade, corresponsabilidade e justiça social. Isto é, as estratégias eram de promoção à saúde e à qualidade de vida a partir do desenvolvimento humano sustentável contextualizado à realidade local.

³⁰ E por isso o motivo de ter descrito melhor o caso da Venezuela mais do que os outros como uma futura possibilidade de análise em perspectiva comparada.

efetividade desta política pública, o próximo mecanismo de análise seria se voltar para os casos locais de sucesso e o aprendizado institucional nos diversos municípios brasileiros, assim como na difusão de outras políticas públicas latino-americanas cujo desempenho aponta para o sucesso.

Ainda, o foco poderia ser nos municípios que mesmo com os incentivos disponíveis não aderiram ao programa. Ou seja, entender as relações causais inversas das apresentadas até aqui, explorar a incapacidade do governo central de promover a adesão de um grupo específico de municípios, assim como os motivos que levam a desmobilização do Estado e da sociedade civil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRUCIO, Fernando Luiz. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, n. 24, June 2005.
- ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de. Recentralizando a federação?. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, n. 24, June 2005 .
- ALVARADO, Carlos H. et al. Progressive Health Reforms in Latin America: Social Change and Health Policy in Venezuela. **Social Medicine**, v.3, n.2, 2008.
- AMES, Barry. **The Deadlock of Democracy in Brazil**. Michigan: University of Michigan Press, 2001.
- ARRETCHE, Marta. Tendências no estudo sobre avaliação. In: RICO, Elizabeth Melo (org.) **Avaliação de Políticas Sociais: Uma Questão em Debate**. São Paulo: Cortez. 1998.
- ARRETCHE, Marta. Continuidades e discontinuidades da federação brasileira: de como 1988 facilitou 1995. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 52, nº 2. 2009
- ARRETCHE, Marta. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**. São Paulo, v. 18, n. 2, 2004.
- BANFIELD, E. C. **The moral basis of a backward society**. Nova York: The Free Press, 1958.
- BAUMGARTNER, Frank R.; JONES, Bryan. D.; & TRUE, James L. Punctuated-equilibrium Theory. Explaining Stability and Change in Public Policy-making. In: SABATIER, Paul (Ed.) **Theories of the Policy Process**. Boulder: Westview Press, 2007.
- BORGES, André. Desenvolvendo Argumentos Teóricos a partir de Estudos de Caso: O debate recente em torno da pesquisa histórico-comparativa. **Revista BIB**, n. 63, 2007.
- BORGES, André. Já não se fazem mais máquinas políticas como antigamente: competição vertical e mudança eleitoral nos estados brasileiros. **Rev. Soc. Pol.**, Curitiba, v 18, n 35. Fev. de 2010.
- BOSSERT, Thomas J. ROSSETTI, Alejandra G. **Comparative Analysis of Policy Processes: Enhancing the Political Feasibility of Health Reform**. Harvard School of Public Health, 1999.

BOSSERT, Thomas J. LARRAÑAGA, Osvaldo. MEIR, Fernando R. Decentralization on Health Systems in Latin America. **Rev Panam Salud Publica**/Pan Am J Public Health 8(1/2), 2000.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: jan de 2013

BRASIL. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS. Publicada no Diário Oficial da União de 6 de novembro de 1996. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nob96.pdf>

BRASIL. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. **Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa Saúde da Família (PSF)**. Brasília. Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assessoria de Comunicação Social. **Saúde, Brasil**, n. 103. Balanço das ações 2004. Brasília, DF: 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_balanco_acoes.pdf>. Acesso em: fev 2013.

BRASIL. **Saúde da Família**: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; [elaborado por Sarah Escorel (Coord.); Lígia Giovanella; Maria Helena Mendonça; Rosana Magalhães; Mônica de Castro Maia Senna]. – 2. ed. atual. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRIGGS, Charles L. MANTINI-BRIGGS, Clara. Confronting Health Disparities: Latin American Social Medicine in Venezuela. **American Journal of Public Health**., v 99, n 3. Março de 2009.

CHACÍN, Neritza A. Las estrategias de inclusión social en Venezuela: un acercamiento a la experiencia de las misiones. **Convergencia, Revista de Ciencias Sociales**. n. 51, 2009.

COÊLHO, Denilson B. LUBAMBO, Catia W. Governo e sociedade civil: O que revela a experiência recente de participação em Pernambuco? In: COÊLHO, Denilson B. LUBAMBO, Catia W. MELO, Marcus A. (orgs) **Desenho institucional e participação política**: experiências no Brasil contemporâneo. Petropolis, Rj: Vozes, 2005.

COÊLHO, Denilson Bandeira. Teorias de difusão de políticas sociais e a natureza da competição política. **Seminário Desenvolvimento e Desigualdade no Sul Global**, no Summer Brown Institute, Providence-RI, EUA, 2009.

CAPELLA, Ana Cláudia. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

CORDEIRO, Hésio. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v 6. n 2 , 2001, pp. 319-328.

CORREIA, M. V. C. Controle Social na Saúde. In: MOTA, Ana Elisabete et al (orgs) **Serviço Social e Saúde – Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Cortez, 2006.

D'ELIA, Yolanda. **Las Misiones Sociales en Venezuela: una aproximación a su comprensión y análisis**. Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales. Caracas, 2006.

DRAIBE, Sonia M. A reforma dos programas sociais brasileiros: panorama e trajetórias. **Trabalho apresentado no XXIV Encontro Annual da Anpocs**, 2000.

DRAIBE, Sonia M. América Latina: O sistema de proteção social na década da crise e das reformas. In: ALTIMIR, O. **Reformas para aumentar a efetividade do Estado na América Latina**. Santiago, Cepal, 1995.

DRAIBE, Sonia M. Uma nova institucionalidade das políticas sociais? Reflexões a propósito da experiência latino-americana recente de reformas dos programas sociais. **São Paulo em perspectiva**. v 11. n 4. 1997.

DRAIBE, Sonia. M. e HENRIQUES, Wilnês. Welfare State, crise e gestão da crise: Um balanço da literatura internacional. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo, Anpocs, n.6, 1988.

EVANS, Peter. Government Action, Social Capital and Development: Reviewing the Evidence on Synergy. **World Development**. v 24. n 6, 1996.

FALLETI, Tulia G. Infiltrating the State: The Evolution of Health Care Reforms in Brazil, 1964–1988. In: MAHONEY, James; THELEN, Kathleen. **Explaining institutional change: ambiguity, agency and power**. Cambridge University Press, 2010.

FALLETI, Tulia G. Efeitos da Descentralização nas Relações Intergovernamentais: O Brasil em Perspectiva Comparada. In: SOUZA, Celina; NETO, Paulo Fábio Dantas (Org.). **Governo, Políticas Públicas e Elites Políticas nos Estados Brasileiros**. 1. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2006. p. 21-54.

FENWICK, Tracy Beck. Avoiding Governors: The Success of Bolsa Família. **Latin American Research Review**. v 44. n 1, p. 102-131, 2009.

FENWICK, Tracy Beck. The Institutional Feasibility of National-Local Policy Collaboration: Insights from Brazil and Argentina. **Journal of Politics in Latin America**. v 2. n 2, p. 155-183, 2010

FRANCO, Tulio B.; MERHY, Emerson E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, Emerson E. **O trabalho em saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p.55-124.

HOLDEN Jr., Mathew. Exclusion, Inclusion and Political Institutions. In: BINDER & ROCKMAN. **The Oxford handbook of Political Institutions**. Oxford University Press: 2006

IPEA. **Participação social como método de governo: “mapeamentos das interfaces setoriais nos programas federais”**. 2012.

KAUFMAN, Robert R. and SEGURA-UBIERGO, Alex. *Globalização, Política Interna e Gasto Social na América Latina: Uma Análise de Corte Transversal com Série Temporal, 1973-1997*. In: **DADOS — Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, Vol. 44, no 3, 2001, pp. 435-479.

KAUFMAN, Robert R and NELSON, Joan. The Political Challenges of Social Sector Reform. In: **Crucial Needs Weak Incentives: Social Sector Reform, Democratization and Globalization in Latin America**. WW Center Press. Washington, D.C. 2004.

KAUFMAN, Robert R and NELSON, Joan. Conclusions: The Political Dynamics of Reform. In: **Crucial Needs Weak Incentives: Social Sector Reform, Democratization and Globalization in Latin America**. WW Center Press. Washington, D.C. 2004.

KEEFER, Phillip. KHEMANI, Stuti. Why do the poor receive poor services? **Economic and Political Weekly**. 2004. 935-943

KETTL, Donald. Public Bureaucracies In: BINDER & ROCKMAN. **The Oxford handbook of Political Institutions**. Oxford University Press: 2006

KINGDON, John W. **Agendas, alternatives, and public policies**. Boston: Longman, 2011.

LACERDA, William A de. SANTIAGO, Idalina Maria F. A participação popular na gestão local do Programa Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba. **Rev. Katál**. Florianópolis v. 10 n. 2 p. 197-205 jul./dez. 2007

LOWI, Theodore. The State in Politics: The Relation between Policy and Administration. In: NOLL, Roger (Ed.). **Regulatory Politics and the Social Sciences**. Berkeley: University of California Press, 1985.

MAHONEY, James; THELEN, Kathleen. **Explaining institutional change: ambiguity, agency and power**. Cambridge University Press, 2010.

MARCH, James G. **Como as Decisões Realmente Acontecem**: Princípios de Tomada de Decisões. São Paulo: Editora Leopardo, 2010.

MARCH, James G.; OLSEN, Johan. **Rediscovering Institutions**: The Organizational Basis of Politics. New York: Free Press, 1989.

MEDINA, Maria Guadalupe. et al. **O Programa de Saúde da Família**: evolução de sua implantação no Brasil. Relatório Final. Universidade Federal da Bahia (UFBA). Instituto de Saúde Coletiva. 2002.

MELO, Marcus André. Avaliação de Políticas e de Programas Sociais: tendências do debate. In: RICO, Elizabeth Melo (org.) **Avaliação de Políticas Sociais**: Uma Questão em Debate. São Paulo, Cortez. 1998.

MELO, Marcus André. Escolha Institucional e a Difusão dos Paradigmas de Política: O Brasil e a Segunda Onda de Reformas Previdenciárias. **Dados – Revista de Ciências Sociais**. v. 47, n 1. Rio de Janeiro 2004, pp. 169-206

MELO, Marcus André. O sucesso inesperado das reformas de segunda geração: Federalismo, Reformas Constitucionais e Política Social. In: **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, v. 48, n 4. Rio de Janeiro, 2005.

MELO, Marcus André. Unexpected Successes, Unanticipated Failures: Social Policy from Cardoso to Lula. In: KINGSTONE, Peter R. & POWER, Timothy J. **Democratic Brazil Revisited**. University of Pittsburgh Press: Pittsburgh, 2008.

MENDES, Eugenio. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

SILVEIRA, S. A. S.; SILVA, M. J. M. da; VASCONCELOS, K.E.L. **Conselhos Comunitários de Saúde**: espaços de ampliação da democracia participativa? Campina Grande, 2005. Mimeografado.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração de Alma Ata, 1978. Promoção da Saúde**. Ano 1, n. 1, p. 35-36, ago./out. 1999. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde OMS. Organização Mundial da Saúde. Carta de Ottawa, 1986. 5p. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: agosto de 2012.

PIERSON, Paul. Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics. **The American Political Science Review**. v. 94, n. 2, 2000. p. 251-267

PIERSON, Paul. When Effect Becomes Cause: Policy Feedback and Political Change. **World Polit.**; v 45, n 4, 1993. p. 596-628

PIERSON, Paul. Public policies as institutions. In: SHAPIRO, I.; SKOWRONEK, S.; GALVIN, D. (Eds.). **Rethinking political institutions: the art of the state**. New York University Press, 2006.

PUTNAM, Robert. **Comunidade e Democracia: A Experiência da Itália Moderna**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1994.

PUTNAM, Robert. Diplomacy and Domestic Policy: The Logic of Two Level Games. In: P. Evans, H. K. Jacobson e R. Putnam (Eds.). **Double Edged Diplomacy: International Bargaining and Domestic Politics**. Los Angeles, University of California Press, 1993.

ROCHA, Carlos Vasconcelos. Neoinstitucionalismo como modelo de análise para políticas públicas: algumas observações. **Civitas – Revista de Ciências Sociais**, v. 5. n. 1, jan.-jun. 2005.

ROCHA, Roberto Pires. A avaliação da implementação de políticas públicas a partir da perspectiva neo-institucional: avanços e validade. **Cadernos EBAPE.BR**. v 2, n 1. Março 2004.

RODDEN, Jonathan; WIBBELS, Erik. BEYOND THE FICTION OF FEDERALISM Macroeconomic Management in Multitiered Systems. **World Politics**. v 54, n 4 p. Julho 2002. p. 494–531.

ROSA, Walisete de Almeida G., LABATE, Renata C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, dez. 2005.

RUA, Maria das Graças. Análise de Políticas Públicas: conceitos básicos. In: RUA, Maria das Graças; CARVALHO, Marianho Izabel V. (Orgs). **Análise de Políticas Públicas: Conceitos Básicos**. Brasília: Paralelo 15, 1998.

SABATIER, Paula; WEIBLE, Chris. The Advocacy Coalition Framework: Innovations and Clarifications. In: SABATIER, Paul (Ed.). **Theories of the Policy Process**. Boulder: Westview Press, 2007.

SANTANA, Milena Lopes; CARMAGNANI, Maria Isabel. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade**. v 10, n 1. 2001, pp. 33-53.

SANTOS, Naíde Teodósio V. Programa Saúde da Família: uma contribuição à análise de seus princípios e prática. 2005. 180 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães / Fundação Oswaldo Cruz / Ministério da Saúde, Recife, 2005.

SKOCPOL, Theda. Bringing the State Back In: Strategies of Analysis in Current Research, in: EVANS, Peter B., RUESCHEMEYER, Dietrich & SKOCPOL, Theda. *Bringing the State Back in*. Cambridge, Cambridge University, 1985.

SOUZA, José Alberto H. O modelo PIASS, sua programação e sua evolução para o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde. In: **Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília**: Ministério da Saúde, 1980, pp. 77-103.

SOUZA, Celina. The Prospects of a Center-Constraining Federation in a Fragmented Polity. **Publius : The Journal of Federalism**. v 32. n 2. 2002. p. 23-48.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**. Porto Alegre, ano 8, no 16, jul/dez 2006, p. 20-45.

SOUZA, Celina. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In.: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Org.) **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro : Editora FIOCRUZ, 2007. p.65-86.

SPILLER, Pablo T. TOMMASI, Mariano. **The Institutional Foundations of Public Policy in Argentina**. Cambridge University Press. 2007.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

STEIN, Ernesto *et al.* **A política das políticas públicas**: progresso econômico e social na América Latina. Relatório 2006: Campus, 2 ed.

STREECK, Wolfgang e THELEN, Kathleen. **Beyond Continuity**: Institutional Change in Advanced Political Economies. Oxford University Press, 2010.

TENDLER, Judith. **O bom governo nos trópicos**: uma visão crítica. Rio de Janeiro: Revan, 1998.

THEODOULOU, Stella Z. **Policy and Politics in Six Nations**: A Comparative Perspective on Policy Making. Prentice-Hall, 2002.

VIANA, Ana Luiza D. e DAL POZ, Mario Roberto. *A Reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família*. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2.1998. p. 11-48.

VIANA, Ana Luiza D'ávila *et al.* . Saúde, desenvolvimento e inovação tecnológica: nova perspectiva de abordagem e de investigação. **Lua Nova**. São Paulo, n. 83, 2011.

VIANA, Ana Luiza D; ELIAS, Paulo Eduardo. M. Saúde e Desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12, 2007. p.1765-1777.

VIANNA, Solon M.; PIOLA, Sergio F.; REIS, Carlos Octavio O. Gratuidade no SUS: controvérsia em torno do co-pagamento. **Planejamento e Políticas Públicas**. n 17. 2009.

UGÁ, Maria Alicia. *et al.* 2003. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003. p. 417-427.

WEYLAND, Kurt. **Democracy Whithout Equity**: Failures of Reform in Brazil. Pittsbrgh Press: 1996.

WIBBELS, Erick. *MADISON IN BAGHDAD? Decentralization and Federalism in Comparative Politics*. **Rev. Polit. Sci.** 2006. p. 165-188.