

JULIANA MOTA LOUREIRO

**ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM
MÚLTIPLOS FLUXOS: PERSPECTIVA HISTÓRICA**

BRASÍLIA, 2014

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

JULIANA MOTA LOUREIRO

**ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM
MÚLTIPLOS FLUXOS: PERSPECTIVA HISTÓRICA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração: Política, Planejamento e Gestão e Atenção em Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof^a Dra. Maria Fátima de Sousa

BRASÍLIA
2014

JULIANA MOTA LOUREIRO

**ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM
MÚLTIPLOS FLUXOS: PERSPECTIVA HISTÓRICA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovado em 15 de agosto de 2014

BANCA EXAMINADORA

Profª. Drª Maria Fátima de Sousa
Presidente

Profª. Drª. Noemia Urruth Leão Tavares
Universidade de Brasília – Examinadora Externa (Titular)

Prof. Dr. Antônio José Costa Cardoso
Universidade de Brasília - Examinadora Interno (Titular)

Profª Drª Ana Valéria Machado Mendonça
Universidade de Brasília – Examinador Interno (Suplente)

Sou fruto de um pai, que dedicou grande parte de sua vida profissional ao serviço social, e de uma mãe educadora, e como tal, aprendi que a educação constrói as bases para se viver em sociedade, enquanto a vida social possibilita transformar o aprendizado em prática. Dedico esse trabalho a eles, que são meus eternos inspiradores, e aos trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde que são as molas propulsoras para o sucesso desse Sistema.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e pela força e luz que me guiam em direção à realização de meus sonhos e a conquista dos meus objetivos com perseverança e fé

Aos meus pais, meus alicerces, João Sisínio e Maria de Jesus (*in memoriam*), e aos meus irmãos, Schênia e Marco Aurélio, que pacientemente me educaram e me prepararam para ser quem eu sou hoje.

A família, em especial ao Tio Marcos Loureiro, que carinhosamente realizou a revisão desta dissertação.

Ao meu esposo Rodrigo pelo companheirismo e cumplicidade, me ajudando a ser uma pessoa melhor com amor, paciência e dedicação.

A Professora Fátima que me ensinou, orientou, mostrou caminhos e me incentivou a concluir este sonho, confiando sempre em minha capacidade.

Ao Ministério da Saúde, em especial à Fernanda Azevedo e Priscila Aquino, que me apoiaram, institucionalmente, para que eu pudesse concluir este trabalho.

Aos amigos, que são indispensáveis para renovar minhas energias, em especial à amiga Priscila Almeida que foi uma grande incentivadora para trilhar o caminho da Ciência

Ao meu filho, Pedro Henrique, que está nascendo praticamente na mesma semana de conclusão deste trabalho, motivo pelo qual a defesa teve que ser adiada.

RESUMO

Este trabalho está situado no conjunto de produções técnico-científica que versam sobre o processo de formação da agenda no campo da Política, nesse particular da Saúde, direcionado para a Política Nacional da Atenção Básica, com foco na Estratégia Saúde da Família, esta tomada como referencial para estruturação desse ponto do Sistema Único de Saúde- SUS. Trata-se de um estudo multidisciplinar, pois relaciona o campo teórico da Saúde Coletiva no que se refere ao estudo das políticas de saúde, da Administração Pública, por envolver processos decisórios, relaciona-se com a Ciência Política, por envolver os poderes do Estado e de governos. O trabalho está dividido em duas partes. A primeira traz um resgate teórico da atenção básica no Brasil na perspectiva da Saúde da Família, apresentando a análise do processo de formação de agenda da Estratégia Saúde da Família, no período de 1994 a 2011, dividida em sete momentos históricos. A segunda parte analisa os resultados por meio dos momentos identificados utilizando o Modelo de Múltiplos Fluxos proposto por John Kingdon. Trata-se de uma revisão bibliográfica de literatura, método específico que permite produzir um mapeamento de determinado fenômeno em particular, traçando uma análise sobre o conhecimento já produzido sobre o tema. As fases previstas nesta revisão são: identificação do tema, busca na literatura, categorização dos estudos, avaliação e interpretação dos resultados. A pesquisa apresentou elementos de continuidade e mudança na condução federal da política nacional de atenção básica e identificou as prioridades da agenda federal para a Estratégia Saúde da Família, no período mencionado, como eixo estruturante para ampliação do acesso e da oferta de serviços para a sociedade. Como resultado, constatou-se que a Política Nacional de Atenção Básica no que se refere à Estratégia de Saúde da Família demonstrou evolução no alcance de seus objetivos, embora seus desafios, mesmo após vinte anos de sua implementação, ainda permanecem os mesmos.

Palavras-chave: Políticas públicas; Política de Saúde; Atenção Básica; Saúde da Família; Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

This study is part of a series of works regarding the formation process of the Health agenda in the field of Politics, directed to the Política Nacional da Atenção Básica (National Primary Care Policy). Our focus is the Estratégia Saúde da Família (Family Health Strategy), taken as a reference for structuring that point of the Sistema Único de Saúde (National Health System) – SUS. This is a multidisciplinary study related to three different theoretical fields of study. The subject of Public Health is related due to its involvement with health policies; the field of public administration is related, for the decision-making process is addressed in the study; and last but not least, it is related to Political Science for our subject of study is involved with the powers of State, government. The work is divided into two parts. The first brings a theoretical survey of primary care in Brazil in the perspective of Family Health. The second analyses the formation process of policy agendas of the Estratégia Saúde da Família (Family Health Strategy) in the period of 1994-2011, exhibited in seven different historical moments using the Multiple Streams Model proposed by John Kingdon. This research has detected elements of continuity and change in the federal policy direction of the Política Nacional de Atenção Básica (National Primary Care Policy), and identified the federal agenda's priorities for the Estratégia Saúde da Família (Family Health Strategy) in the referred period, as being the structural axis for the expansion of access to and provision of services to society as a whole. This research has been made by a method of structured literature review, which allows the mapping of specific phenomena and to draw an analysis of the knowledge already produced about a specific subject. The stages envisaged in this review are: identify the topic, literature search, categorization of studies, evaluation and interpretation of results.

Keywords: Public policies; health policies; Primary care; Family Health; Family Health Strategy.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Resumo do modelo de Kingdon	30
Quadro 2 – Quadro-síntese das categorias do Modelo de Múltiplos Fluxos	31
Quadro 3 – Os Múltiplos Fluxos da Política Nacional de Atenção Básica – 1º momento: PSF (1994-1996)	48
Quadro 4 – Política Nacional de Atenção Básica – 2º momento: financiamento da AB (1996 a 1998)	54
Quadro 5 – Pólos de Educação Permanente em Saúde: composição	58
Quadro 6 – Ações de qualificação por área ou temática e número de vagas	59
Quadro 7 – Ações de formação por área ou temática e número de vagas	60
Quadro 8 – Política Nacional de Atenção Básica – 3º momento: Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente	64
Quadro 9 – PROESF I: resultados alcançados / Indicadores de Impacto relacionados ao apoio à Conversão do Modelo de Atenção Básica de Saúde	68
Quadro 10 – PROESF I: resultados alcançados relacionados ao Desenvolvimento de Recursos Humanos	69
Quadro 11 – Indicadores de Resultados do Componente II.....	70
Quadro 12 – Política Nacional de Atenção Básica 4º momento: Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família PROESF (2002 - 2009).....	71
Quadro 13 – Política Nacional de Atenção Básica 5º momento: Avaliação da Melhoria da Qualidade – AMQ (2004)	76
Quadro 14 – Evolução e comparação das normativas e diretrizes da ESF	79
Quadro 15 – Política Nacional de Atenção Básica 7º momento: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica PMAQ-AB (2011)	84
Quadro 16 – Apresentação dos resultados	98

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Número de equipes implantadas ESF (1994 a 2013).....	42
Figura 2 – Cobertura Populacional – ESF (Brasil: 1998-2013).....	42
Figura 3 – Cobertura populacional – ESF (%).....	43
Figura 4 – Número de municípios atendidos.....	43
Figura 5 – Tendência da taxa de mortalidade infantil (TMI) – Brasil e regiões de 2000 a 2010.....	44
Figura 6 – Número de famílias acompanhadas pela ESF de 1998 a 2013	45
Figura 7 – Valores transferidos fundo a fundo.....	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Municípios habilitados ao SUS (1988-2000)	50
Tabela 2 – Volume de recursos previstos para os 7 anos de vigência do PROESF.....	66

LISTA DE SIGLAS

ABS – Atenção Básica à Saúde
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AMAQ – Instrumento de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade
AMQ – Avaliação da Melhoria da Qualidade
APS – Atenção Primária à Saúde
BIRD – Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretarias Estaduais de Saúde
DEGES – Departamento de Gestão da Educação na Saúde
EAB – Equipe de Atenção Básica
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública
EP – Educação Permanente
EPS – Educação Permanente em Saúde
ESF – Estratégia Saúde da Família
FMI – Fundo Monetário Internacional
FNS – Fundo Nacional de Saúde
GM – Gabinete do Ministro
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB – Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-americana de Saúde
PAB – Piso de Atenção Básica
PACS – Programa de Agentes Comunitários em Saúde
PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família

PSF – Programa Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	16
2.1 TEORIAS DE ESTADO E GOVERNO	16
2.2 POLÍTICA PÚBLICA: CONHECENDO CONCEITOS.....	17
2.3 POLÍTICAS SOCIAIS	19
2.4 O FEDERALISMO BRASILEIRO	20
2.5 O MODELO DE ANÁLISE: MÚLTIPLOS FLUXOS	24
2.5.1 A Teoria dos Múltiplos Fluxos e seus Elementos	25
2.5.2 Fluxo de Problemas, Fluxo de Soluções e Fluxo Político	27
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DO ESTUDO	32
3.1 TIPO DE ESTUDO	32
3.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	33
3.3 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS.....	34
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	35
4.1 PARTE I – MOMENTOS HISTÓRICOS DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA TENDO COMO ELEMENTO ESTRUTURANTE A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL DE 1994 A 2011	35
4.1.1 Atenção Primária ou Atenção Básica à Saúde?	36
4.1.2 Caracterização do Cenário do Estudo: a Estratégia Saúde da Família no Brasil	38
4.1.2.1 1º Momento: Programa de Saúde da Família (PSF) – 1994	39
4.1.2.2 2º Momento: Financiamento da Atenção Básica (NOB/96 e PAB/98)	49
4.1.2.3 3º Momento – Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família (2002).....	55
4.1.2.4 4º Momento - Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família – (PROESF) – 2002-2009	65
4.1.2.5 5º Momento: Avaliação da Melhoria da Qualidade – Qualificação da Estratégia Saúde da Família (AMQ) – 2004.....	74

4.1.2.6 6º momento: Política Nacional de Atenção Básica – 2006.....	77
4.1.2.7 7º Momento: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – 2011	80
4.2 PARTE II – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS: ANÁLISE DA FORMAÇÃO DA AGENDA DA POLÍTICA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL	85
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS.....	99

1 INTRODUÇÃO

Trata-se de um estudo multidisciplinar, que relaciona o campo teórico da Saúde Coletiva com a Ciência Política, por envolver os poderes do Estado e governos e as políticas públicas e com a Administração Pública, por envolver processos decisórios. O caráter inovador da pesquisa foi a utilização de um modelo de análise da Ciência Política para compreender o processo de formação da agenda da Estratégia de Saúde da Família.

A motivação para a realização deste trabalho é ampliar os estudos realizados na área de políticas públicas já que de acordo com Arretche (2003) há uma baixa acumulação de conhecimento nesta área, apesar da expansão desta temática nos estudos das Ciências Sociais, que se explica pelas recentes mudanças da sociedade brasileira no que diz respeito à competição eleitoral, autonomia dos governos locais, dentre outros elementos que despertam o interesse sobre os mecanismos de funcionamento do Estado Brasileiro.

O interesse em aprofundar os estudos sobre Atenção Básica à Saúde (ABS) se justifica devido ao caráter prioritário que este tema se apresenta na agenda nacional, sobretudo no que se refere à estruturação da atenção básica à saúde no Brasil.

Como os estudos que se dedicam à formulação e implementação de políticas têm crescido muito nos últimos anos, sobretudo nas duas décadas recentes (de 1994 a 2011) e a saúde se configura como uma área crítica para a área de política pública há aproximadamente quatro décadas, considera-se importante e relevante no âmbito da pesquisa, ampliar os estudos que relacionam essas duas temáticas.

A área de políticas públicas de saúde envolve complexidade e intersectorialidade, ou seja, à medida que a saúde está relacionada com a vida social econômica e política de uma região ou país, o que exige aperfeiçoamento dos sistemas e políticas de saúde, e conseqüentemente exige a elaboração de uma agenda política.

Nesse sentido, o objetivo principal deste estudo é analisar o processo de formação da agenda da Estratégia Saúde da Família, no período de 1994 a 2011,

como estruturante da Atenção Básica à Saúde no Brasil. Os objetivos específicos, discriminados a seguir, expressam os momentos históricos e as categorias analíticas propostas pelo modelo de análise de formação de agenda proposto por Kingdon (1995):

1. analisar os principais marcos históricos da construção dessa agenda no tocante a sua implantação e implementação;
2. identificar os problemas, os fatores políticos, o fluxo de soluções e as janelas de oportunidades do processo de formação da agenda da ESF 1994 a 2011;
3. compreender as prioridades desta agenda federal a luz dos marcos teóricos identificados e;
4. identificar desafios atuais e perspectivas para a Estratégia Saúde da Família como estruturante da ABS no Brasil.

Para atender aos objetivos propostos, buscou-se compreender quais foram os principais eventos que colocaram a ESF no patamar estruturante da ABS no Brasil, sendo necessário estudar e conhecer alguns elementos que fazem parte do processo de formação de uma agenda e para, além disso, entender como determinada prioridade é escolhida entre outras alternativas.

O procedimento de análise de dados foi realizado a partir do modelo de análise proposto por John Kingdon (1995) com base nos sete momentos históricos da ESF de 1994 a 2011 identificados, e os resultados foram apresentados a partir das variáveis propostas pelo modelo que são: fluxos de problemas, fluxos políticos, fluxos de soluções. Além dos atores envolvidos e as possíveis janelas de oportunidades que surgem por meio desses fluxos.

Os momentos de referência analisados neste trabalho foram: a instituição da Estratégia de Saúde da Família - ESF em 1994; a elaboração e publicação da Norma Operacional Básica nº 01 em 1996, seguida da criação do Piso de Atenção Básica – PAB em 1998. O terceiro momento foi a constituição dos Polos de Formação, Capacitação e Educação Permanente estabelecidos a partir de 1998; o quarto momento foi o Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família - PROESF em 2003, seguido da Avaliação da Melhoria da Qualidade - AMQ em 2004 e da institucionalização da Política Nacional de Atenção Básica - PNAB em

2006, até o estabelecimento do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB em 2011, quando a PNAB foi revisada para incluir novos componentes de acesso e qualidade.

Por meio do resgate histórico realizado, verificou-se que existem várias formas de organizar a Atenção Básica à Saúde sendo a Estratégia de Saúde da Família, a prioritária. Nesse sentido, para se ter condições de realizar a análise da formação da agenda, que se constitui a segunda parte desse trabalho, julgou-se importante conhecer as estratégias prioritárias de reorganização das ações e serviços de saúde tendo como referência sete momentos estruturantes da Política Nacional de Atenção Básica que influenciaram o processo de formação da agenda da Estratégia Saúde da Família, no período de 1994 a 2011.

Esta dissertação vem contribuir com a produção científica dos trabalhos que versam sobre o processo de formação da agenda no campo da Política, nesse particular da Saúde, direcionados para a Política Nacional da Atenção Básica, com foco na Estratégia Saúde da Família (ESF), esta tomada como referencial para estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS).

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Esta parte destina-se à revisão da produção relativa aos campos teórico-práticos que dizem respeito a este trabalho: teorias de estado e de governo; conceitos de políticas públicas, políticas sociais, federalismo brasileiro; o modelo de análise dos múltiplos fluxos; as conexões histórico-políticas dos atores internacionais e finalmente, um questionamento ao uso das expressões atenção primária em saúde e atenção básica.

2.1 TEORIAS DE ESTADO E GOVERNO

A Teoria Geral do Estado investiga e expõe os princípios fundamentais da sociedade política, sua origem, estrutura, formas, finalidade e evolução. Ao tratamento dos temas do Estado ou a ele relacionados dá-se o nome de política. O Estado e a política têm em comum a referência ao poder. Não há teoria política que não parta, direta ou indiretamente, de uma definição de poder e de uma análise do fenômeno do poder. Assim, é no poder político, a princípio aquele que tem exclusividade do uso da força, mas não necessariamente a física, que se estabelece mais eficazmente essa relação.

Do ponto de vista de uma definição formal e instrumental, condição necessária e suficiente para que exista um Estado é que sobre um determinado território se tenha formado um poder em condição de tomar decisões e emanar os comandos correspondentes vinculatórios para todos aqueles que vivem naquele território e efetivamente cumpridos pela grande maioria dos destinatários na maior parte dos casos em que a obediência é requisitada (BOBBIO, 2000, p.95).

A teoria do Estado apoia-se, a partir dessa premissa, na teoria dos três poderes - o legislativo, o executivo e o judiciário – e na relação entre eles. É a inserção da teoria do Estado como uma parte da teoria política e desta, por sua vez, como parte da teoria do poder. “Por longa tradição o Estado é definido como o portador da *summa potestas*: e a análise do Estado se resolve quase totalmente no estudo dos diversos poderes que competem ao soberano” (BOBBIO, 2000). Se as teorias do Estado e da política derivam da teoria (ou das teorias) do poder, é nela, a priori, que se deve pensar.

Além de concebido como órgão de produção jurídica, o Estado é uma forma de organização social e não se dissocia da sociedade e das relações sociais subjacentes.

Para se adotar uma compreensão sintética compatível com os objetivos desta dissertação, Estado pode ser considerado o conjunto de instituições permanentes – como órgãos legislativos, tribunais, exército e outras que não formam um bloco monolítico necessariamente – que possibilitam a ação do governo; e Governo, como o conjunto de programas e projetos que parte da sociedade (políticos, técnicos, organismos da sociedade civil e outros) propõe para a sociedade como um todo, configurando-se a orientação política de um determinado governo que assume e desempenha as funções de Estado por um determinado período.

As políticas públicas são aqui compreendidas como as de responsabilidade do Estado – quanto à implementação e manutenção a partir de um processo de tomada de decisões que envolve órgãos públicos e diferentes organismos e agentes da sociedade relacionados à política implementada.

Neste sentido, políticas públicas não podem ser reduzidas a políticas estatais, mas como o “Estado em ação” em que o Estado age implantando um projeto de governo, através de programas, de ações voltadas para setores específicos da sociedade.

2.2 POLÍTICA PÚBLICA: CONHECENDO CONCEITOS

Considera-se que a área de políticas públicas contou com quatro grandes “pais” fundadores: H. Laswell, H. Simon, C. Lindblom e D. Easton (1936) introduz a expressão *policy analysis* (análise de política pública) como forma de conciliar conhecimento científico acadêmico com a produção empírica dos governos e como forma de estabelecer o diálogo entre cientistas sociais, grupos de interesse e governo.

Simon (1957) introduziu o conceito de racionalidade limitada dos decisores públicos (*policy makers*), argumentando, todavia, que a limitação da racionalidade é limitada por problemas como informação incompleta ou imperfeita, tempo para tomada de decisão, auto-interesse dos decisores e pode ser maximizada quando da

criação de estruturas e regras que enquadram o comportamento dos atores evitando que os mesmos busquem interesses próprios.

Lindblom (1981) questionou a ênfase no racionalismo de Laswell e Simon e propôs a incorporação de outras variáveis à formulação e análise de políticas públicas, tais como relações de poder e a integração entre as diferentes fases do processo decisório.

Easton (1966) contribuiu para a área ao definir política pública como um sistema, ou seja, como uma relação entre formulação, resultados e o ambiente, em que os grupos de interesse influenciam seus resultados e efeitos.

No Dicionário de Política, organizado por Bobbio, Matteusci e Pasquino (1995), a política pública é definida como um conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público, atuando e influenciando sobre as realidades econômicas, social e ambiental.

Heiderman (2009) destaca que a perspectiva da política pública vai além da perspectiva de políticas governamentais, na medida em que o governo, com sua estrutura administrativa é apenas um dos atores da comunidade política.

Kingdon (2011) conceitua política pública como um conjunto de quatro processos: definição da agenda; especificação das alternativas; tomada de decisão e implementação da decisão. Mead (1995) a define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas e Lynn (1980) como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”.

Embora não haja consenso quanto à definição do que seja uma política pública, a definição mais conhecida continua sendo a de Laswell que defende que decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz.

Para Ruz (2004), que enfatiza mais a questão, a dimensão pública de uma política é dada pelo seu caráter jurídico imperativo, assim políticas públicas (*policy*)

compreendem o conjunto das decisões e ações relativas à alocação imperativa de valores envolvendo bens públicos. Complementa dizendo que ações e decisões privadas, ainda que sejam de interesse público não se confundem com atividade política e com política pública.

Em suma, entendemos por meio dessas definições que abordar o tema política pública é tratar de interesses e poderes que podem afetar e ser afetadas por outras áreas e outras relações, como as relações econômicas, políticas ou culturais.

Nesse sentido, Fleury e Ouverney (2008) defendem que a política envolve uma prática desenvolvida por **vários atores coletivos** em torno de uma esfera de ação e representação de interesses plurais, envolvendo aspectos políticos, sociais, econômicos, institucionais, estratégicos, ideológicos, teóricos, técnicos, culturais, dentre outros, que são determinantes para o estabelecimento das relações de poder ao seu redor, abrangendo questões mais amplas como modelos políticos, econômicos e de organização social.

2.3 POLÍTICAS SOCIAIS

Questão social é nominação surgida na segunda metade do século XIX, na Europa ocidental, a partir das manifestações de miséria e pobreza oriundas da exploração das sociedades capitalistas com o desenvolvimento da industrialização e surge como resposta aos conflitos surgidos entre o capital e trabalho e como enfrentamento das desigualdades.

O termo política social não exprime um significado técnico ou um conteúdo teórico preciso e não chega a se constituir como conceito ou a apresentar dimensão explicativa (MARSHALL, 1967; KOWARICK, 1985). De um ângulo bem geral, no âmbito das Ciências Sociais, a política social é entendida como modalidade de política pública e, pois, como ação de governo com objetivos específicos.

Apesar dessa limitação, é possível a colocação de alguns pontos para uma explicação acerca do papel das políticas sociais, que podem ser entendidas como respostas às necessidades do trabalho e às necessidades do capital. Como política pública, portanto, a política social deve ser entendida em sua dimensão política e histórica. E é contemplando estas dimensões, sempre articuladas, que se pode

avançar um pouco mais na definição de política social e na identificação de seu objeto.

Claus Offe (1991), sociólogo alemão, faz a análise do Estado a partir de uma perspectiva de classe, onde conflitos ocorrem entre os proprietários de capital e proprietários da força de trabalho e o Estado atua como regulador a serviço da manutenção das relações capitalistas em seu conjunto, e não especificamente a serviço dos interesses do capital – a despeito de reconhecer a dominação deste nas relações.

Laurel (1989) descreve as políticas sociais como o conjunto de medidas e instituições que tem por objetivo o bem-estar e os serviços sociais, para ampliar a cidadania, a inclusão social e política dos indivíduos. No entanto, em uma sociedade desigual, o Estado tem um papel redistributivo, desenvolvendo políticas do ponto de vista econômico com caráter compensatório e promocional para oferecer serviços à população e controlar o modo de relações na sociedade.

Conforme entendimento de Viana (2013), se política pública é ação governamental com objetivos específicos, política social é ação governamental com objetivos específicos relacionados com a proteção social. Como mostra Polanyi, sem a “proteção” levada a efeito pelas Leis dos Pobres seguramente as sociedades europeias não teriam resistido aos cataclismos sociais produzidos pelas mudanças operadas com a mercantilização da produção e o advento do capitalismo.

2.4 O FEDERALISMO BRASILEIRO

Tomando como base a teoria do Estado federal moderno, define-se federalismo como uma forma particular de organização político-territorial do poder do Estado que reparte a autoridade política do Estado (a soberania) e o exercício do poder (o governo) _em múltiplos centros soberanos definidos geograficamente e coordenados entre si.

Elazar (1987) enfatiza que, na ciência política, a divisão de poder é normalmente utilizada como sinônimo de federalismo. E por antecedência, são as instituições federativas compostas por suas estruturas, regras e processos que desenham a federação.

No Brasil, que vivencia ao longo de sua história mudanças importantes em relação a seus arranjos federativos e onde suas instituições sobrevivem mesmo após longos períodos de autoritarismo e ditadura militar, o federalismo desponta como solução para amortecer as enormes disparidades regionais.

Outra consideração a ser feita com relação ao federalismo é que as instituições federativas guardam estreita relação com os processos de descentralização. Abrucio (1993) conceitua descentralização como um processo político circunscrito a um Estado Nacional envolvendo diferentes instâncias de governo e por vezes, decorrente da conquista ou transferência de poder e governos subnacionais.

Em contextos federativos, a descentralização interfere no equilíbrio entre a autonomia e interdependência dos governos, e por isso, geralmente necessita do fortalecimento de mecanismos de coordenação que não se resumem à imposição de formas de participação conjunta, mas sim, da instauração de parcerias que sejam aprovadas pelos entes federativos. Desse modo, a descentralização é bem mais complexa, pois envolve jogos de cooperação e competição, acordos, vetos e decisões conjuntas entre níveis de governo (ABRUCIO, 1993).

Arretche (2002) argumenta em seus estudos sobre federalismo que a dispersão da autoridade política em múltiplos centros potencializa o poder de veto das minorias e dificulta o processo de implantação de uma política. Relata ainda que com as mudanças nas instituições federativas a partir da Constituição de 1988, o governo federal encontra dificuldades para aprovar e executar sua agenda de reformas, devido à arquitetura institucional brasileira “descentralizada, estadualista e incompleta” e à indefinição e superposição de competências e responsabilidades associadas à descentralização fiscal.

Tanto Arretche quanto Abrucio destacam a ausência de mecanismos cooperativos mais eficazes, quer seja entre a União e estados, quer seja na relação entre eles, o que leva a uma situação de “federalismo predatório” marcada pelo perpétuo conflito em torno dos recursos a serem atribuídos a cada esfera de governo, o que impede a implantação de políticas mais eficazes.

Viana e Oliveira (2002) destacam ainda que o processo de descentralização de políticas sociais ainda é lento e negociado, pois supõe o entendimento entre autoridades dotadas de graus diferenciados de legitimidade, autonomia decisória e recursos, desenvolvimento de mecanismos que fortaleçam a capacidade de cooperação e integração regional adequado delineamento de competência em função de um determinado modelo de intervenção econômica e social.

O tema da descentralização está bastante presente na literatura das políticas públicas sociais, sobretudo no que se refere à saúde. Em parte isso se deve à prioridade que a descentralização ganhou na agenda política dos anos 90 e à consequente feição descentralizada com que a área social vem ganhando no Brasil. Nas últimas duas décadas, a descentralização alterou o papel federal na política, ao mesmo tempo em que reafirmou a relevância do Ministério da Saúde na definição de políticas, no financiamento e na regulação do sistema de saúde.

A questão da descentralização faz parte da política pública de saúde no Brasil do final dos anos 80 e início dos 90 por ter provocado uma forte mudança da agenda de responsabilidades para os municípios a partir da Constituição de 1988, que até então eram de competência da esfera federal e estadual.

A singularidade de um projeto de política social concebido com base no modelo federalista e respeitando a lógica participativa (movimentos sociais, sociedade civil) acrescentou algumas características importantes ao sistema brasileiro que de acordo com Fleury, Teixeira e Ouverney (2011) traz uma abordagem orientada para o público (em vez de uma abordagem de mercado) de cogestão pelo Governo e pela sociedade, com uma estrutura descentralizada.

Esse novo modelo estaria assentado na separação entre financiamento a cargo das três esferas de governo e a provisão dos serviços sob a responsabilidade dos municípios. A municipalização da gestão dos serviços foi o elemento central da agenda de reformas do governo federal na área da saúde na década de 1990.

Segundo Arretche (2004), as características do presidencialismo e do federalismo brasileiro contribuíram para isso e deslocaram para a arena do Executivo a parte mais importante do processo de formulação da reforma. Uma vez aprovada a emenda, a adesão dos governos locais foi um resultado direto dos

incentivos fiscais embutidos nas regras de operação da nova política. Sabe-se que a história das políticas de saúde no Brasil está relacionada diretamente à evolução político-social e econômica da sociedade, não sendo possível dissociá-las. No plano político, a experiência de regimes autoritários marcou por longo tempo os países latino-americanos. No período que vai de meados da década de 60 até 1988 ocorreram mudanças significativas no sistema de proteção social brasileiro. Esse movimento coincide com a época do regime militar autoritário e com a ampliação das políticas sociais através de um processo acelerado de privatização nos setores de bens de consumo coletivo, como é o caso da saúde e educação.

É então fundamental produzir uma reflexão que procure compreender a articulação entre os formuladores de políticas e os sujeitos políticos que efetivamente decidem e implementam a “institucionalização” de determinadas ações do aparato público, tendo em vista que é neste universo que se tem colocado o conjunto das relações dos agentes sociais. Outro aspecto que cabe destacar como **fluxo político** que antecede este momento é que a época do governo Collor os conflitos do movimento sanitarista com o Executivo federal por conta da concentração de recursos no governo federal limitava a representação de interesses de estados e municípios na arena decisória de formulação e implementação da reforma.

No governo Itamar Franco, a oportunidade institucional oferecida por um ministro com fortes ligações com o movimento sanitarista, Jamil Haddad, permitiu a institucionalização de uma arena federativa para a formulação da política de saúde: todas as medidas da descentralização deveriam ser aprovadas por uma Comissão Intergestores Tripartite, composta por representantes dos Executivos federal, estaduais e municipais.

A constituição dessa arena federativa permitiu a incorporação parcial das demandas dos governos locais às regras da política federal. Assim, as portarias editadas pelo Ministério da Saúde adaptaram sucessivamente as regras de operação da política para obter a adesão dos municípios.

O conteúdo das sucessivas normas operacionais expressa um processo de aprendizagem (*policy-learning*) no âmbito das burocracias do Ministério da saúde. Por seu intermédio, foram alteradas, no prazo de menos de uma década, as regras

da política federal de descentralização, sem que fossem modificados seus instrumentos nem seus objetivos. Neste processo, a burocracia do Ministério da Saúde incorporou não só as demandas dos atores com potencial capacidade de veto à política federal como também a participação institucionalizada dos estados e municípios na formulação das regras federais.

2.5 O MODELO DE ANÁLISE: MÚLTIPLOS FLUXOS

No campo das políticas públicas, há dois modelos desenvolvidos que se destacam pela capacidade em explicar como as agendas governamentais são formuladas e alteradas: o Modelo de Múltiplos Fluxos desenvolvido por John Kingdon e o Modelo de Equilíbrio Pontuado de Frank Baumgartner e Brian Jones (1993). Estes modelos representam importantes ferramentas na análise de processos de formulação de políticas e de mudança na agenda governamental, reservando grande destaque à dinâmica das ideias no processo político.

Baumgartner e Jones (1993) desenvolveram o Modelo do Equilíbrio Pontuado em que a agenda reveza entre longos períodos de estabilidade e momentos de rápida mudança (*punctuations*). Os períodos de estabilidade são reflexos de pressões políticas de manutenção do *status quo* e de restrições institucionais que coíbem a mudança da agenda. Os períodos de ruptura são reflexos da mudança da compreensão da essência do problema, de novos apelos emotivos, em torno de algum problema, e de empreendedores de políticas públicas que são capazes de inserir ou inflar certos problemas na agenda (CAPELLA, 2004).

Para Kingdon (1995), o estudo sobre políticas públicas requer a compreensão conceitual de vários elementos que as compõem: atores, agenda, problemas, janelas de oportunidades. O modelo dos múltiplos fluxos de Kingdon por estar mais focado na formulação da política, no que se refere à definição da agenda e do processo decisório foi escolhido para apoiar este estudo.

2.5.1 A Teoria dos Múltiplos Fluxos e seus Elementos

A Teoria dos Múltiplos Fluxos (*multiple streams theory*) preocupa-se em descrever a formulação de políticas públicas em um contexto de incerteza e alto

grau de ambigüidade. Considera também que os tomadores de decisão possuem racionalidade limitada e não conseguem prestar atenção em todas as decisões ao mesmo tempo e, portanto, parte da premissa que esses indivíduos concentram sua atenção em apenas alguns problemas de cada vez (KINGDON, 1995; GOMIDE, 2008).

Essas decisões correspondem ao processo de elaboração de políticas públicas descrita por Kingdon e é composta pelos seguintes processos: (1) formação de agenda; (2) a especificação das alternativas e a escolha que deve ser feita; (3) uma escolha autoritária entre essas alternativas específicas, como um voto legislativo ou decisão presidencial e; (4) a implementação da decisão. Para ele, o sucesso em um dos processos não implica necessariamente o sucesso em outro.

O conceito de agenda que Kingdon (1995) utiliza, diz respeito a uma lista de assuntos ou problemas para os quais as autoridades políticas e as pessoas de fora do governo estão dando destaque e atenção. Ele apresenta a distinção entre *agenda governamental* e *agenda decisória*. A primeira se refere à lista de assuntos a qual o governo está dando maior atenção, podendo variar de uma parte do governo para outra. O presidente e seus assessores mais próximos, por exemplo, têm na agenda, crises internacionais, as principais iniciativas legislativas, o estado da economia e as principais decisões orçamentárias; em seguida há os temas mais específicos como saúde, entre outros. A agenda de decisão está na lista de assuntos dentro da agenda governamental que estão aptas a para uma decisão (política pública).

Kingdon (1995) define ainda, que atores são aqueles indivíduos, grupos ou organizações que desempenham papel na arena política. São eles quem conseguem sensibilizar a opinião pública sobre problemas de relevância coletiva e influenciar o que deve ou não fazer parte da agenda. Podem ser divididos em dois grupos: atores internos e externos ao governo.

Os internos ao governo compreendem a alta administração do Poder Executivo (presidente, staff do Executivo e políticos nomeados para cargos públicos); pelo funcionalismo de carreira, parlamentares e funcionários do Congresso. Este grupo seria vital para a construção da agenda e menos vital para a especificação de alternativas.

Os atores não governamentais são grupos de interesses comuns que atuam de forma coesa para influenciar as agendas e as alternativas tanto para promover soluções quanto para bloqueá-las. Este grupo abrangeria: pesquisadores, acadêmicos e consultores, que teriam maior influência sobre a elaboração de alternativas; a mídia, partidos políticos que influenciariam as agendas por meio de suas plataformas e ideologias; e, por fim a opinião pública que influenciaria tanto positiva quanto negativamente a formação da agenda.

Kingdon (2011) coloca que os dois grupos (governamentais e não governamentais) podem ser subdivididos em atores visíveis e invisíveis. O Presidente, Congresso e mesmo alguns grupos de interesse possuem uma influência maior na definição de agenda. Outros grupos menos visíveis, como burocratas e membros do meio acadêmico seriam mais atuantes sobre a definição de alternativas.

A agenda nada mais é do que um conjunto de problemas ou temas entendidos como relevantes, que pode se tornar um programa de governo, um planejamento orçamentário, ou uma simples lista de assuntos importantes.

A segunda variável que influencia a escolha de um determinado assunto _ sua inclusão e sua especificação_ na agenda é o processo, que se caracteriza segundo Kingdon pelas características dos órgãos das instituições e dos aparelhos vinculados à produção produção de políticas públicas e ao modo de selecionar problemas.

Os problemas são entendidos como as condições sobre as quais há a percepção geral de que é necessário “fazer algo”. O reconhecimento de problemas se daria em função de indicadores, eventos, crises, símbolos e processo de feedback do trabalho burocrático e da elaboração do orçamento.

De acordo com Sjöblom (1993), problema é a diferença entre a situação atual e a situação ideal. No que diz respeito ao reconhecimento dos problemas, Kingdon (2011) destaca a importância dos seguintes pontos: indicadores da magnitude do problema, embora os resultados possam ter diferentes interpretações; crise com grande visibilidade pública e atos simbólicos que reforçam o problema (como experiências pessoais); e feedback de estudos de avaliação e monitoramento,

conduzidos por servidores públicos sobre a operação de programas existentes. valores, comparações e categorias).

Outro aspecto importante, que influencia a inclusão de um assunto na agenda, é o grau de fragmentação das comunidades de políticas (*policy communities*), pois isso influencia o grau de fragmentação da política, que por sua vez influencia a estabilidade da agenda.

A influência da política institucional na rotina do Executivo e, portanto, na formação da agenda tem a ver com a conjuntura nacional; as forças organizadas (grupos de pressão, ação da mobilização política e comportamento das elites políticas); e as mudanças administrativas que ocorrem a partir das eleições para o Executivo e o Legislativo.

2.5.2 Fluxo de Problemas, Fluxo de Soluções e Fluxo Político

Para a construção do modelo proposto por Kingdon (1995), ele se baseia no modelo de *garbage can*, criado por Cohen, March e Olsen (1972), por meio do qual as decisões são descritas como emergente de um processo em que a definição de atores, problemas, alternativas e outros aspectos são desenvolvidos simultaneamente e as escolhas são feitas com esses insumos, à vista de uma oportunidade de escolha.

Nesse sentido, a ideia de *garbage can* inova em relação aos modelos que tomam a formulação de políticas públicas como processos sequenciais e lineares que incluíram um primeiro momento de definição da agenda com a inclusão de determinado problema na lista de prioridades de decisão do governo. Para Kingdon (1995) muitas etapas se desenvolvem de forma independente, mas não necessariamente uma precede a outra.

Os postulados básicos do modelo de Kingdon (1995) são que agenda difusa é uma característica das políticas de gestão pública e, decisões de políticas de gestão pública (formulação e reformulação) acontecem pela combinação de um problema, um fluxo político e um fluxo de política pública convergida e catalisada pela ação empreendedora de um “líder ou empreendedor da política pública”.

Kingdon (1995) considera que as decisões em políticas públicas não seguem uma lógica seqüencial racional e não resultam exclusivamente de esforços individuais. Ao contrário, as decisões são derivadas da interação entre decisores, que por sua vez são influenciados por uma combinação de regras institucionais e limitações cognitivas em um ambiente fortemente determinado pelo contexto político (ZAHARIADIS, 2007).

Segundo a Teoria dos Múltiplos Fluxos, os processos decisórios são compostos por três fluxos (*streams*) dinâmicos, distintos e independentes: o fluxo dos problemas (*problem stream*), o fluxo das soluções (*policy stream*) e o fluxo político (*politics stream*). “A tomada de decisão ocorre quando existe a conjunção desses fluxos em um “janela de oportunidade” (*policy window*) que se abre por essa “conjuntura temporal” e pela atuação do empreendedor político (*policy entrepreneur*) (ZAHARIADIS, 2007). Essa conjunção, dependendo das habilidades do empreendedor, pode promover mudanças, muitas vezes drásticas, na atenção dos tomadores de decisão e nas políticas públicas (SABATIER,1999).

O fluxo de problemas é composto por informações sobre uma variedade de questões problemáticas e por atores que propõem diversas e conflitantes definições para esses problemas. A análise desse fluxo é realizada pela identificação e descrição dos mecanismos (indicadores, crises, eventos focalizadores e *feedback* de ações).

Os indicadores são analisados de diversas formas e sua leitura bem como a forma de ser utilizado são enviesados pelas preferências pessoais ou políticas dos gestores públicos (tomadores de decisão). Os eventos são focados pela mídia ou por empreendedores políticos e necessitam de respostas rápidas assumindo a ponta da agenda. E o *feedback* de programas implementados pode determinar ações adjacentes ou a finalização da política pública e, portanto o monitoramento é importante para se detectar problemas.

O fluxo das soluções envolve as comunidades geradoras de alternativas (*policy communities*) que são responsáveis pela proposição de soluções aos distintos problemas. Segundo Capella (2004), esse fluxo é caracterizado por um processo competitivo de seleção, as ideias que se mostram viáveis do ponto de vista

técnico e as que têm custos toleráveis geralmente sobrevivem e podem acessar a agenda de decisão.

O fluxo das soluções é também conhecido como fluxo de alternativas ou da política propriamente dita e corresponde ao processo de construção e escolha das alternativas. A maior parte desse processo ocorre dentro de comunidades de especialistas, que podem ser acadêmicos, burocratas ou outros especialistas em domínio específico. Essas comunidades podem estar fragmentadas em menor ou maior grau. Kingdon dá grande importância às ideias, às interpretações e às argumentações no processo de formulação de políticas públicas e defende que em alguns casos ideias são mais importantes que a influência dos grupos de pressão no processo decisório.

O fluxo político, independentemente do reconhecimento de um problema ou das alternativas disponíveis, é caracterizado pela barganha e formação de coalizão constrói consenso e compõe a agenda. Nesta perspectiva, três fatores podem influenciar o fluxo: o clima nacional (*national mood*), forças políticas organizadas (como grupos de pressão) e as mudanças dentro do governo. O clima nacional refere-se a linhas comuns sobre as quais um número grande de pessoas converge caracterizado pelo compartilhamento de preocupações e percepções entre as pessoas. As forças políticas sinalizam aos formuladores se o ambiente é favorável ou não às propostas. O último componente do fluxo político é o governo, em que tanto mudanças no poder executivo, quanto no legislativo podem gerar importantes mudanças na agenda de políticas públicas.

Além dos três fluxos apresentados anteriormente (fluxo dos problemas, fluxo das soluções e fluxo político), o autor esclarece que há mais dois recursos estruturantes, que são: a janela de oportunidades e o empreendedorismo político. A janela de oportunidade se abre quando algum evento ou questão importante surge como uma oportunidade para os empreendedores políticos manipularem as informações a fim de apresentarem as soluções de que dispõe para determinado problema, ou seja é a combinação entre problemas-soluções-participantes-escolhas-alternativas. Assim a janela se apresenta como uma oportunidade tanto para gestores como para os empreendedores políticos, requerendo ação imediata por parte desses, uma vez que há considerações estratégicas e restrições lógicas.

Mudanças significativas nas políticas públicas ocorrem quando os três fluxos se juntam. Para que isso ocorra, é necessário que os empreendedores políticos aproveitem a oportunidade (*policy windows*). A figura do empreendedor de políticas oferece grande força explicativa frente a situações práticas de análise de políticas públicas, já que em tese: possuem capacidade para se fazerem ouvir, para fazerem conexões políticas e para negociarem, devendo estar sempre prontos para agir quando surge a janela, apresentando propostas e integrando fluxos.

Quadro 1 – Resumo do modelo de Kingdon

<ol style="list-style-type: none">1. Fases da política<ul style="list-style-type: none">• Agenda• Alternativas• Escolha• Implementação2. Tipos de agenda<ul style="list-style-type: none">• Sistêmica• Governamental• Decisória ou política3. Agendas e alternativas dependem de:<ul style="list-style-type: none">• Participantes ativos• Processo pelo qual alguns assuntos sobressaem4. Processo depende de:<ul style="list-style-type: none">• Reconhecimento de problemas• Proposição de políticas• Política5. Reconhecimento, proposição e política dependem de:<ul style="list-style-type: none">• Reconhecimento: indicadores, eventos, crises• Proposição: comunidades de políticas• Política: national mood, forças organizadas e eleições
--

Fonte: Vianna, RAP 2/96.

Quadro 2 – Quadro-síntese das categorias do Modelo de Múltiplos Fluxos

PROBLEMAS	Não há vínculo causal entre problemas e soluções. Questões não se transformam em problemas automaticamente: problemas são construções que envolvem interpretação sobre a dinâmica social. A definição de problemas é fundamental para atrair a atenção dos formuladores de políticas. São representados por meio de indicadores, eventos, crises e símbolos que relacionam questões a problemas.
SOLUÇÕES	Não são desenvolvidas necessariamente para resolver um problema. São geradas nas comunidades políticas, difundem-se e espalham-se no processo de sensibilização. São soluções tecnicamente viáveis que representam valores compartilhados, contam com consentimento público e receptividade dos formuladores de políticas com maiores chances de chegar à agenda.
FLUXO POLÍTICO	Refere-se ao contexto político, cria o “solo fértil” para problemas e soluções. O clima nacional, as forças políticas organizadas e as mudanças no governo são fatores que afetam a agenda. Ideias e não apenas poder, influência, pressão e estratégias são fundamentais no jogo político.
ATORES	O presidente exerce influência decisiva sobre a agenda. A alta burocracia e o legislativo também afetam a agenda. Grupos de interesse atuam mais, no sentido de bloquear questões, do que levá-las à agenda. A mídia retrata questões já presentes na agenda, não influenciando sua formação.
JANELAS DE OPORTUNIDADE POLÍTICA	Oportunidades de mudança possibilitam ao empreendedor efetuar a convergência de problemas, soluções e dinâmica política, mudando a agenda.

Fonte: Capella, 2004 (adaptado por Gottems, 2007).

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DO ESTUDO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo histórico-descritivo de natureza qualitativa. Histórico por levar em consideração uma herança cultural recebida, que vai construindo os momentos a partir de conformações e espaços de práticas. Descritivo porque possibilita obter uma visão geral do assunto pesquisado e tem como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar ideias permitindo conhecer ou aumentar o conhecimento em torno de um dado problema possibilitando a proposição de estratégias de intervenções em determinadas situações (TRIVIÑOS, 1992).

A opção pela abordagem qualitativa deve-se ao fato desta adequar-se ao estudo da configuração de processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem englobados intensamente, aprofundando em sua complexidade (MINAYO; SANCHES, 1993).

Minayo (2012) considera que os elementos da pesquisa qualitativa, compreender e interpretar, se fundamentam epistemologicamente nos seguintes substantivos: experiência, vivência, senso comum, ação social, significado e intencionalidade.

O investigador qualitativo é desafiado permanentemente a se compreender como um ser no mundo em que as coisas, as vivências e as experiências também são significativas, mas marcadas pela incompletude de seu conhecimento. É nessa condição que ele entra no movimento circular do outro como ser no tempo (ser histórico) e como ser em permanente velamento e desvelamento (MINAYO, 2012).

Segundo Minayo (2012) a realidade social é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda a riqueza de significados que transborda dela. Essa mesma autora, em trabalho de 2004, destaca que o objeto das Ciências Sociais é histórico e carregado de significados, intencionalidades de grupos, da sociedade em geral e de visão ideológica de mundo.

Este estudo não tem a pretensão em fazer um relato minucioso e exaustivo deste histórico, mas busca estabelecer um diálogo com os autores que já abordaram o tema, assim como produzir conexões entre os acontecimentos narrados no

passado e a agenda atual na Estratégia Saúde da Família, como eixo estruturante da Atenção Básica à Saúde, sob um olhar hermenêutico e dialético, buscando a compreensão das ideias (GADAMER, 1989 apud MINAYO, 2012), das diversas visões dos atores, das motivações e dos interesses como elementos chaves para a investigação, identificando o discurso do senso comum sobre o tema e fazendo uma análise crítica e implicada com o processo (SOUSA, 2007).

Segundo Habermas (1987) “a mesma razão que compreende, esclarece e reúne, também contesta, dissocia e critica” uma vez que a linguagem também é uma forma de dominação e interfere nas ações e na comunicação dos processos.

3.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

O processo de observação e pesquisa seguiu as seguintes etapas:

- 1- Análise Documental (artigos, livros, relatórios, publicações); e
- 2- Análise dos dados oficiais – base de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica /Departamento da Atenção Básica/DAB/Secretaria da Atenção à Saúde - SAS/Ministério da Saúde/MS .

Em consulta realizada na base de artigos Scielo organizada pela Bireme foram localizados 470.194 artigos dentre 1194 periódicos. Dentre as palavras-chave pesquisadas foram encontrados: 116 artigos sobre atenção básica, 458 sobre saúde da família; 33 sobre estratégia de saúde da família e 26 sobre formação da agenda e políticas públicas.

A análise documental foi realizada através de marcos legais (portarias, resoluções, editais, notas técnicas) e outros registros (relatórios, resumo de seminários, oficinas).

A base normativa utilizada para análise da construção da agenda foi portarias e resoluções do Ministério da Saúde.

3.3 SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Para análise desses processos foram utilizadas as seguintes categorias: (1) fluxo dos problemas (*problems stream*); (2) fluxo de alternativas (*policy stream*); (3) fluxo político (*political stream*).

As referências utilizadas para as teorias de estado e governo, políticas públicas e políticas sociais foram: Bobbio (2000), Hofling (2001) e Arretche (2014). Merhy (2006), Franco (2006), Fleury (2008), Ouverney (2008) e Viana (2013) destacaram-se quando da análise das políticas públicas de saúde e para desenvolver o referencial teórico relacionado à Atenção Primária e à Estratégia de Saúde da Família foram consultados: Fracolli (2011), Hamann (2009), Marques (2003), Giovanella (2008), Gil (2006), Gottems (2011), Silva (2011), Sousa (2009), Viana (2013).

Para a análise de acordo com as categorias propostas foram considerados os seguintes teóricos: Sabatier (1999), Cohen, March e Olsen (1972), Kingdon (2011), Zahariadis (2007), Capella (2004) e Gottems (2011).

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 PARTE I – MOMENTOS HISTÓRICOS DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA TENDO COMO ELEMENTO ESTRUTURANTE A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL DE 1994 A 2011

Esta parte do trabalho corresponde ao detalhamento histórico de sete momentos considerados determinantes para a organização da ESF no Brasil, sendo eles:

- (1) a implantação do Programa de Saúde da Família em 1994;
- (2) o estabelecimento de sistemáticas de financiamento das ações de atenção básica a partir do processo de descentralização em 1996, com a NOB e em 1998 com o PAB;
- (3) criação dos Polos de Formação, Capacitação e Educação Permanente – questões da formação e projeto de EP -, a formação médica, a dimensão pedagógica no trabalho;
- (4) expansão da ESF nos municípios acima de 100 mil habitantes com o Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família - PROESF (2002 - 2009);
- (5) monitoramento e avaliação da Atenção Básica com a AMQ (2004);
- (6) consolidação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006;
- (7) o estabelecimento do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) em 2011.

Antes de iniciar a caracterização do cenário da Estratégia de Saúde da Família no Brasil e apresentar o detalhamento dos momentos históricos desta Estratégia, é necessário contextualizar e esclarecer as diferenças conceituais que se apresentam em torno dos termos: Atenção Primária em Saúde - APS e Atenção Básica a Saúde - ABS, bem como seus pressupostos e elementos estruturais, além de alguns olhares e interpretações acerca de tais terminologias com o objetivo de entender a concepção adotada pelo Estado brasileiro.

4.1.1 Atenção Primária ou Atenção Básica à Saúde?

Atenção Primária à Saúde (APS) é a expressão mais utilizada na corrente internacional, passando a ter mais visibilidade política no Brasil a partir da VII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1980. Antes desse evento, a APS restringia-se às experiências da medicina comunitária e dos programas de cobertura das décadas de 1960 e 1970 (PAIM, 2002).

O fato da Atenção Primária à Saúde estar associada à medicina comunitária faz com que seja entendida como simples, elementar, mínima ou primitiva como Testa (1989) afirma. Há críticas de cunho político-ideológico de que a APS está destinada à população marginalizada, ou seja, é entendida como uma política minimalista e reducionista (STARFIELD, 2002).

A APS ainda é considerada por Starfield (2002) como estratégia para reorientar a organização do sistema de saúde tendo como pressuposto responder as necessidades da população, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais para promover a saúde como direito social. Para Starfield (2002), a efetividade da organização dos serviços de saúde no âmbito da Atenção Primária possibilita a melhoria da atenção resultando em impactos positivos na saúde da população e na eficiência do sistema.

A OMS (1989) afirma que é por meio da APS que se resolve 80% dos problemas de saúde da população. Mesmo que o conceito de APS tenha se ampliado através da OMS, Heimann e Mendonça (2005) acreditam que sua lógica interna manteve o paradigma da clínica e do preventivismo pautado no modelo natural das doenças. Já a concepção de AB do MS, segundo elas, supera essa lógica e se fundamenta no paradigma da determinação social da doença. Daí, a necessidade de diferenciá-las política e ideologicamente.

Apesar disso, as autoras tratam-nas como sinônimas, argumentando que a APS possui múltiplas interpretações e que sua materialização ocorre de modo heterogêneo em cada sistema de saúde, quer seja na formalidade dos documentos oficiais, quer na organização concreta e na operacionalização do conjunto de suas ações e de seus serviços de saúde (HEIMANN; MENDONÇA, 2005).

As desavenças em torno do papel do Estado e da forma de financiamento, a referência à pobreza, assim como a necessidade de se estabelecer uma definição geral que coubesse em realidades distintas, fez com que cada país construísse o seu conceito e suas práticas em processo.

No Brasil, o Ministério da Saúde tem utilizado a expressão atenção básica talvez porque sua forma de organização do sistema de saúde, vem sendo historicamente construída por níveis de atenção e complexidade da rede (básica, média e alta complexidade), além de evitar a confusão com a concepção de APS correspondente à

atenção primitiva de saúde, sendo a Atenção Básica definida no âmbito oficial, como um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. (BRASIL, 1998, p. 11).

O termo atenção básica no Brasil está relacionado a uma formulação típica do SUS sustentando-se no princípio da integralidade com diretrizes organizativas bem definidas, compreendidas como a articulação de ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos e incorporada pela estratégia do PSF, a qual, a partir de sua criação, materializa uma forma de pensar e agir na construção de um novo modelo de atenção à saúde dos indivíduos, famílias e comunidades (SOUSA, 2007).

Isto posto, pode-se afirmar que o conceito de atenção básica e/ou atenção primária à saúde convergem para um mesmo significado, onde os princípios e diretrizes gerais tem sido nestas últimas décadas o balizador na formulação de estratégias para a construção de um novo modelo de atenção à saúde, cujas bases se sustentam em práticas cuidadosas, resolutivas e qualificadas. Portanto, suas diferenças dar-se-ão na medida da especificidade sócio-cultural e política de cada nação e serão pautadas pelas relações que se estabelecem entre os principais atores de cada contexto.

Sousa (2007) reforça que a Atenção Primária à Saúde é construída de acordo com contextos socioeconômicos, culturais e de intencionalidades, que transitam entre um nível do sistema de saúde ou em um conjunto específico de serviços de saúde ou de intervenções como primeiro ponto organizativo de uma rede de

atenção. Nesta perspectiva, a Atenção Primária à Saúde abrange concepções, desde os cuidados ambulatoriais, como porta de entrada à política de reorganização do modelo de atenção e de reorientação do sistema de saúde integral, sustentada teórica, ideológica e praticamente para a garantia do direito universal à saúde.

Para Sousa e Hamann (2009), esse termo APS e ABS no tocante aos valores e princípios, tanto em outros países quanto no Brasil, trata-se do mesmo sentido. Ainda que suas formas organizativas resguardem as diferenças de conjunturas e estruturas políticas, econômicas, sociais e culturais de cada país. Lembra ainda que a ABS é uma formulação tipicamente brasileira, indicando ser esse um dos pontos da base estruturante do Sistema Único de Saúde.

4.1.2 Caracterização do Cenário do Estudo: a Estratégia Saúde da Família no Brasil

A Estratégia de Saúde da Família inspirou-se no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, uma iniciativa de saúde comunitária testada em áreas rurais do Ceará durante a década de 1980. Inicialmente, foi desenvolvida em paralelo com o PACS, até que gradualmente o substituiu. Foi desenhada para proporcionar um primeiro contato e garantir o cuidado individual integral coordenado com outros serviços de saúde. A ênfase é em cuidados que se processem no contexto da família e comunidades, indo além das paredes dos serviços clínicos e entrando nas casas das pessoas.

Na ESF, equipes de saúde multidisciplinares são organizadas por regiões geográficas para prestarem cuidados de saúde primários a aproximadamente 1.000 famílias (ou cerca de 3.500 pessoas). Estas equipes estão baseadas em postos de saúde e são apoiadas por profissionais da unidade que não façam parte da equipe.

O Agente Comunitário de Saúde – ACS faz parte das equipes de saúde e é considerado um importante ator do processo de construção da ESF, uma vez que seu trabalho tem grande potencialidade transformadora, por ser o elo entre a comunidade e a equipe, trazendo outros fatores que interferem nos riscos à saúde e que, muitas vezes, não são acessíveis à equipe.

À época da constituição dessa estratégia, cada equipe era responsável por uma região delimitada, habitada por 600 a 1000 famílias ou 4.500 pessoas, no máximo. De acordo com o novo formato proposto no âmbito do PSF, a assistência tem na sua cartografia a localização central do espaço territorial, que delimita a área de responsabilização de determinada equipe, a qual se inscreve uma determinada população do território (de 600 a 1000 famílias) articulando assim, a ideia de vínculo.

4.1.2.1 1º Momento: Programa de Saúde da Família (PSF) – 1994

O primeiro ponto de partida para a análise do processo de formação da agenda da Estratégia de Saúde da Família é a análise do Programa de Saúde da Família (PSF), concebido como uma estratégia prioritária da atenção básica para reorientação das práticas convencionais de atenção.

Embora tenha sido rotulado como programa, o PSF 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 no sistema de saúde.

Corroborando com essa concepção, Sousa e Hamann (2009) afirmam que o PSF é a estratégia política para reorganizar a atenção básica no Brasil, pois o programa, desde sua origem, foi concebido como uma estratégia para a reorganização e fortalecimento da atenção básica como o primeiro nível de atenção à saúde no SUS, mediante a ampliação do acesso, a qualificação e a reorientação das práticas de saúde.

O PSF sofreu influências externas das diferentes propostas de APS, em especial dos modelos canadense, cubano e inglês inclusive agências internacionais, a exemplo do UNICEF, que apoiavam estratégias de fortalecimento das ações básicas de saúde. Contudo, suas origens mais significativas estão no Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Teve também influência interna dos modelos brasileiros de APS por meio de experiências locais prévias de trabalho baseado em saúde da família e pelo apoio de diferentes atores. O caráter inovador do Programa

é a focalização na família e a orientação comunitária aliado aos pactos de corresponsabilização do cuidado estabelecidos por meio dos princípios ESF, destacados a seguir.

Territorialização e vínculo de uma dada população às equipes são ideias nucleares à proposta do Programa de Saúde da Família. A territorialização utilizada como ferramenta da epidemiologia em serviço e o vínculo usado como um modo de organizar a relação entre equipes assistenciais e sua população usuária.

Há outros princípios sob os quais a Unidade de Saúde da Família atua: caráter substitutivo, integralidade e hierarquização e adscrição da clientela. Estes princípios podem ser considerados parte do fluxo de soluções propostas pelo Programa.

O caráter substitutivo está relacionado à substituição de práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na vigilância à saúde.

A integralidade, em seus vários significados, pode ser vista como valor a ser defendido nas práticas dos profissionais de saúde, como dimensão das práticas e como atitude diante das formas de organizar o processo de trabalho (MATTOS, 2003). Enquanto princípio da Atenção Primária à Saúde deve atuar com foco no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde: atenção básica de modo a garantir a atenção integral aos indivíduos e famílias por meio da atuação da equipe de Saúde da Família é composta minimamente por um médico generalista ou médico da família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS).

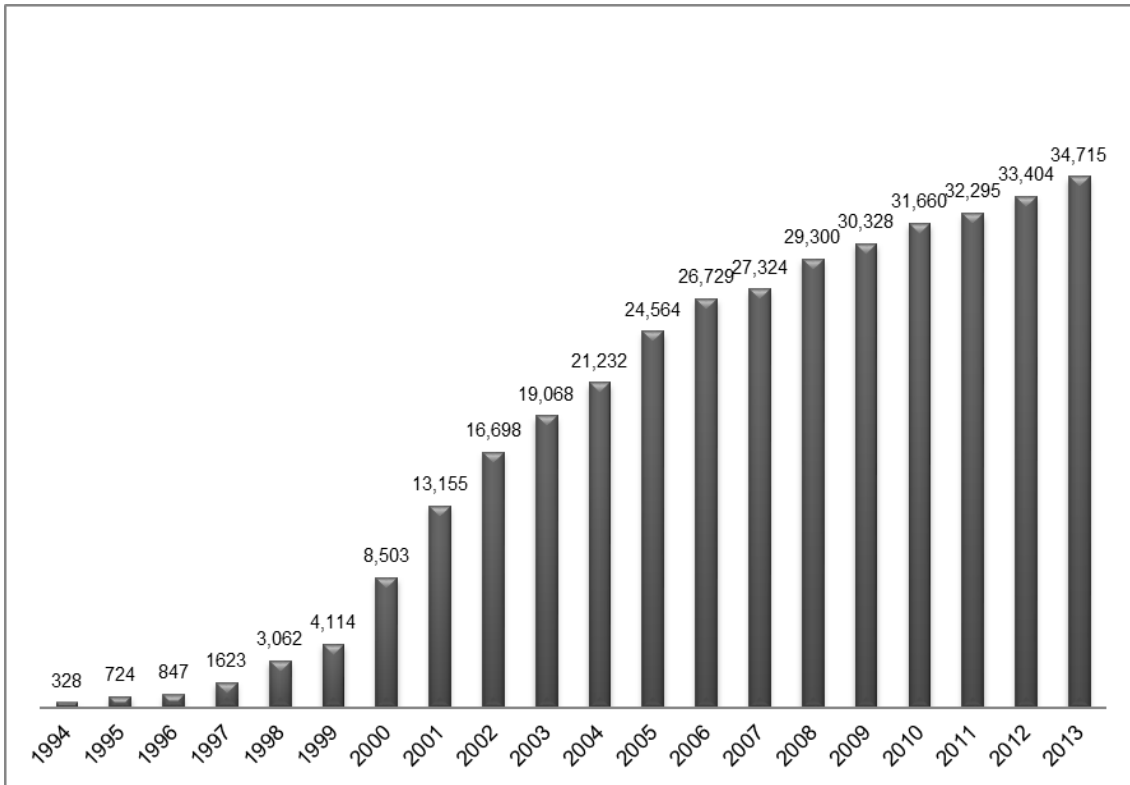
Outro atributo do PSF é hierarquização que vem normalmente acompanhado do princípio da regionalização e defende que os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa determinada área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida.

A adscrição da clientela se justifica como um meio de se estabelecer uma relação pessoal de longa duração. Para isso, a unidade de saúde deve ser capaz de identificar sua população eletiva, definindo uma população de referência por meio da adscrição territorial da clientela (GIOVANELLA, 2008).

- **Evolução do Programa de Saúde da Família**

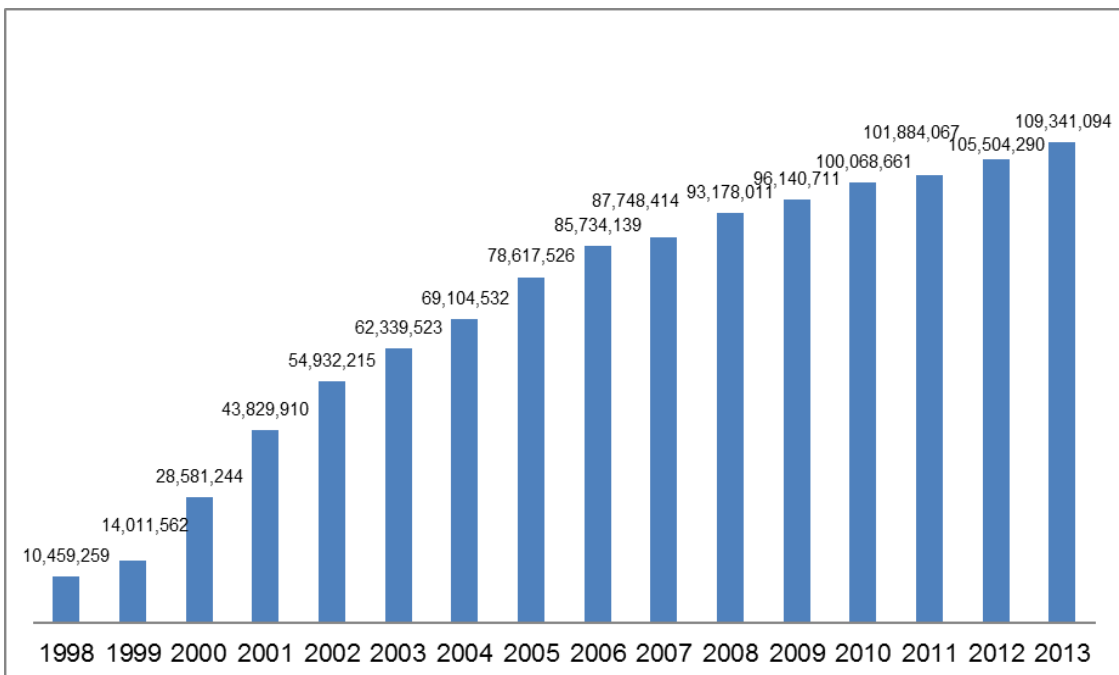
A expansão da ESF começou em áreas pobres e com pouca disponibilidade de serviços de saúde e cresceu rapidamente de 1994 a 2013, aumentando o número de equipes de 328 para mais de 34.000 (Figura 1). No entanto, de 2002 a 2013, embora tenha crescido lentamente, o número de equipes do PSF teve um crescimento superior a cem por cento.

Figura 1 – Número de equipes implantadas ESF (1994 a 2013)



Fonte: Ministério da Saúde/SAS/DAB (2013).

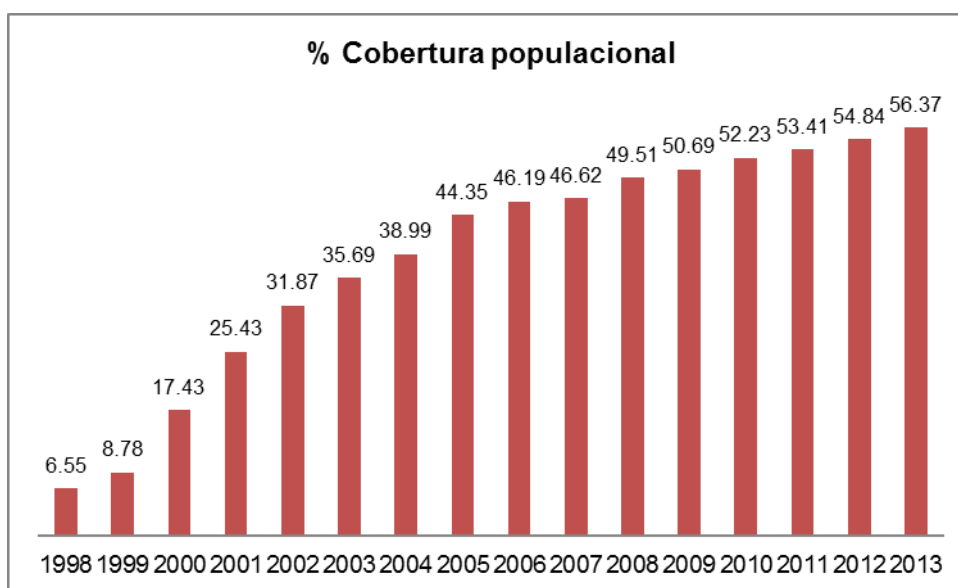
Figura 2 – Cobertura Populacional – ESF (Brasil: 1998-2013)



Fonte: DAB/SAS/MS (2013).

Ao longo de quinze anos, o PSF demonstra evolução com relação à cobertura populacional (Figura 2) em valores absolutos.

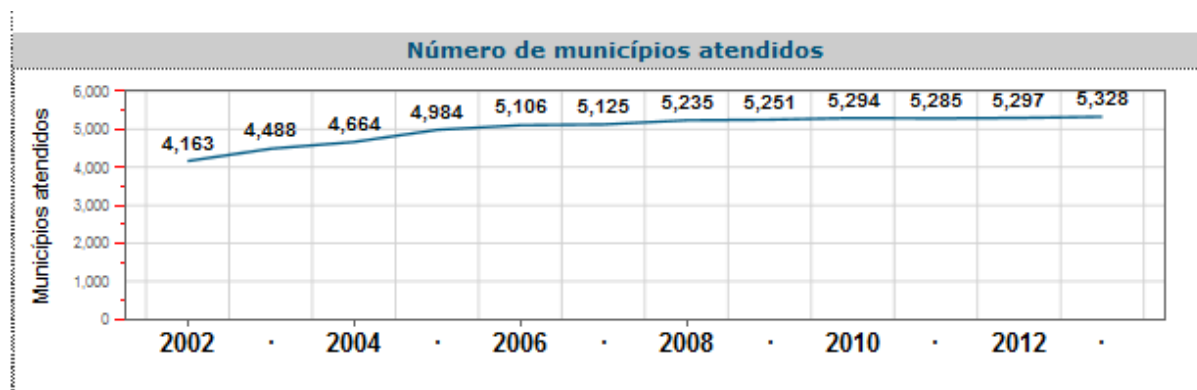
Figura 3 – Cobertura populacional – ESF (%)



Fonte: DAB/SAS/MS (2013).

Atualmente a ESF abrange cerca de 56,37 % (Figura 3) da população brasileira, representando em números absolutos 5.328 municípios atendidos (Figura 2), o que representa 95,6 % de cobertura.

Figura 4 – Número de municípios atendidos

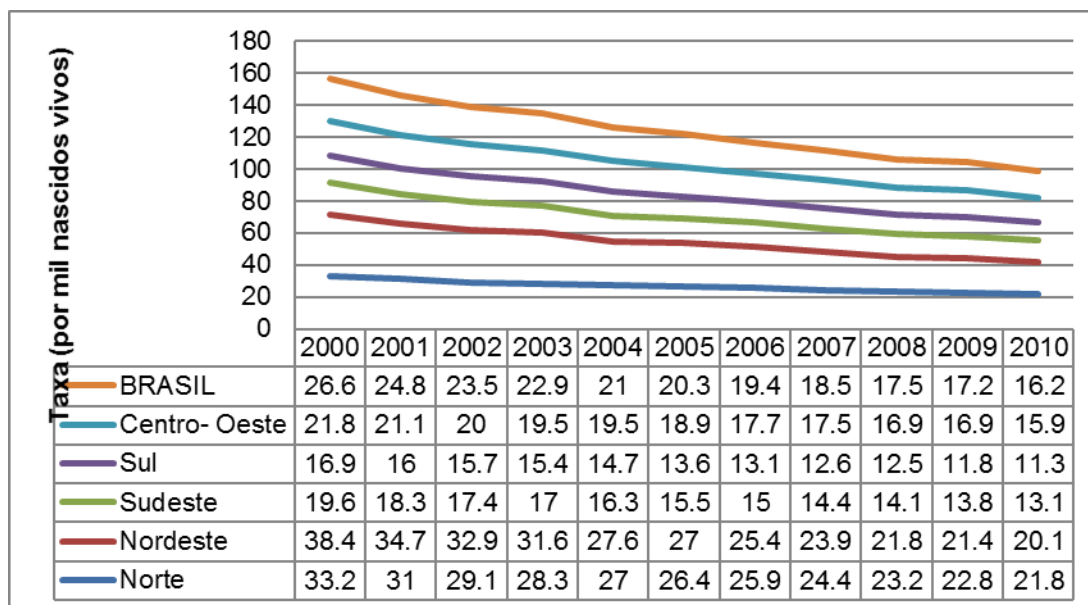


Fonte: DAB/SAS/MS em 11/11/2013.

Ao longo dos anos 2000 o Brasil experimentou uma forte redução da taxa de mortalidade infantil, esse decréscimo foi proporcionalmente maior no nordeste do Brasil. A literatura demográfica, que se dedica a estudar essas questões, aponta como determinantes do aumento da expectativa ao nascer, além das variáveis socioeconômicas da família, fatores relacionados às condições de saneamento do domicílio, identificam também a importância do efeito dos programas de saúde com

foco nas famílias e comunidades, sobre a saúde das crianças, ver Halstead et. al. (1985) e Caldwell (1986).

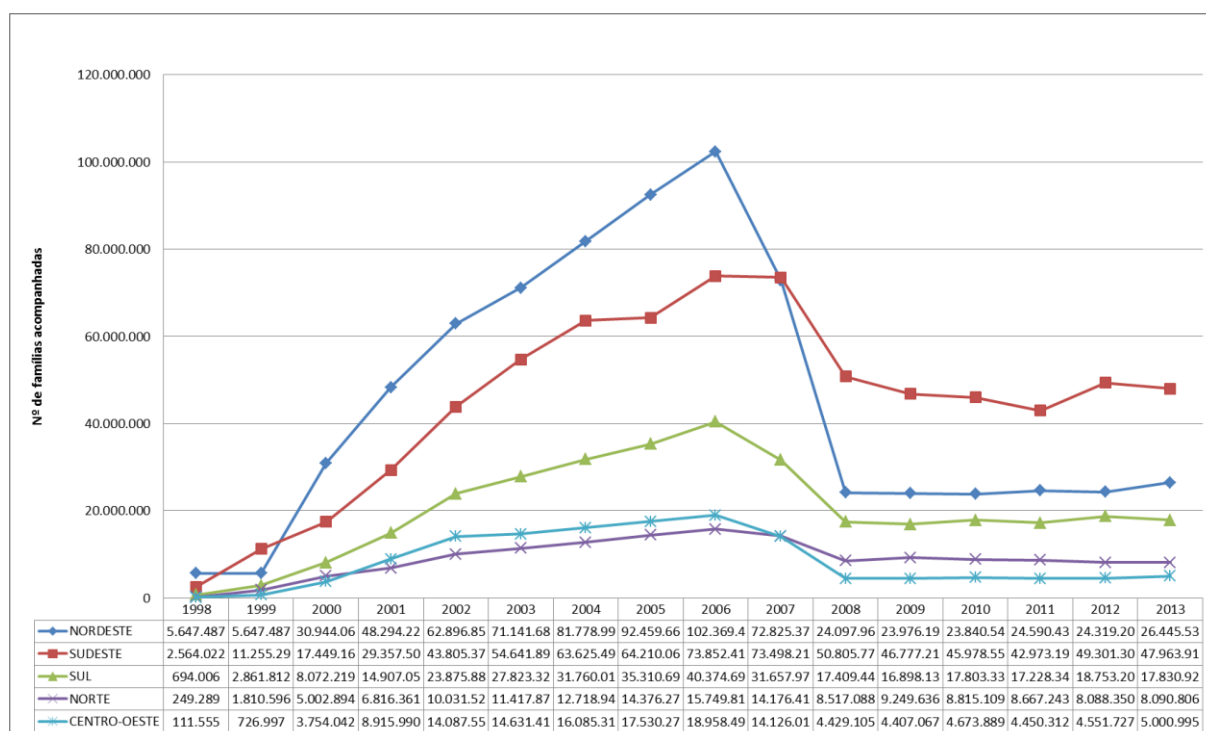
Figura 5 – Tendência da taxa de mortalidade infantil (TMI) – Brasil e regiões de 2000 a 2010



Fonte: CGIAE/DASIS/SVS/MS.

Na direção inversa ao decréscimo da taxa de mortalidade infantil, tem-se a expansão da cobertura do Programa de Saúde da Família no Brasil. Programa esse que tem como um de seus objetivos reduzir a taxa de mortalidade infantil e melhorar os indicadores de saúde da criança, através do acompanhamento de gestantes por profissionais de saúde, que instruíam e acompanham a família para a prevenção de doenças.

Figura 6 – Número de famílias acompanhadas pela ESF de 1998 a 2013



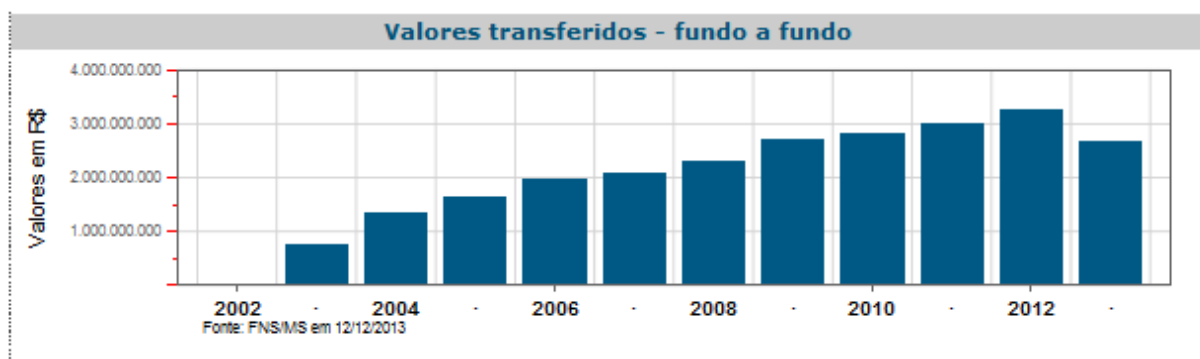
Fonte: CGIAE/DASIS/SVS/MS.

Diante deste contexto a pergunta que se colocou foi: qual o impacto do programa de saúde da família sobre os indicadores de mortalidade infantil. Alguns trabalhos como o de Macinko, Guanais e Souza (2006) e Rocha e Soares (2008), identificaram efeito positivo do PSF sobre a redução da taxa de mortalidade de crianças. Diferente destes trabalhos, o presente estudo se propôs estudar períodos mais recentes.

A escolha por fazer a avaliação da política pública em períodos recentes, dificulta ainda mais a proposta do estudo, pois a taxa de cobertura do programa avançou muito já em 2007, a taxa média de cobertura do PSF no nordeste é de aproximadamente 70%. Portanto é complicado identificar grupos de controle, pois a maioria dos municípios são tratados.

É importante registrar que alguns dados apresentados neste trabalho datam de 1998 em diante, quando a Estratégia de Saúde da Família passa a ser acompanhada por meio dos sistemas informatizados criados e implantados pelo Ministério da Saúde, a exemplo do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB e a Sala de Apoio a Gestão Estratégica – SAGE.

Figura 7 – Valores transferidos fundo a fundo



Fonte: FNS/MS em 12/12/2013.

Para sistematizar a análise proposta neste trabalho, serão apresentados quadros que sintetizam os momentos da PNAB que se refere à Saúde da Família. O arcabouço destes quadros foi uma proposta de Gottens (2011) e adaptado com base em Capella (2004) a partir dos múltiplos fluxos propostos por Kingdon.

Com relação a este primeiro momento de análise, constitui-se como **fluxo de problemas** deste primeiro momento: a crise estrutural do setor público que se apresenta pela ineficiência do setor saúde; e se confirma pela insatisfação da população com os serviços de saúde e pela desqualificação profissional.

Verifica-se ainda como fluxo de problemas: dificuldades de acesso aos serviços de saúde; alta taxa de mortalidade infantil causadas por diarreia, desnutrição e infecção respiratória aguda; hegemonia dos modelos de atenção médico-assistencial, privatista e sanitaria; coexistência de doenças crônico-degenerativas e infecciosas/parasitárias; recrudescimento de endemias como a dengue, tuberculose, malária e hanseníase

Como **fluxo de soluções**, o PSF traz uma aproximação da equipe com a comunidade criando espaços de reconhecimento mútuo priorizando a qualidade de vida das pessoas. Ao se dirigir às famílias e ao seu meio ambiente, espera-se que as equipes realizem uma ação contínua personalizada e ativa, com base no estabelecimento de **vínculos e criação de compromisso e co-responsabilidade** entre os profissionais de saúde.

No que diz respeito ao **fluxo político** deste primeiro momento de análise, o Programa Saúde da Família (1994 a 1996), cuja concepção final ocorreu a partir de uma reunião ocorrida nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993, em Brasília, sobre o tema saúde da família, convocada pelo Ministro da Saúde Henrique Santillo, como resposta a uma demanda de secretários municipais de saúde que queriam apoio para efetuar mudanças na forma de operações da rede básica de saúde através da expansão do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) para outros tipos de profissionais. Participaram dessa reunião técnicos do Ministério da Saúde e de secretarias estaduais, secretários municipais de saúde, consultores internacionais e especialistas da atenção primária.

Ao longo do tempo, haviam surgido propostas alternativas para a organização da atenção primária à saúde no Brasil, que podem ser citadas: a Ação Programática em Saúde na Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, nos anos setenta; Medicina Geral e Comunitária desenvolvida em Porto Alegre em 1983, pelo grupo Conceição, em um bairro pobre da cidade, o Mirialdo e o do Médico de Família, implantado em Niterói, em 1992, um pouco antes da experiência de Quixadá, que é um modelo de influência cubana.

A progressiva expansão da Saúde da Família no Brasil, conforme indicam as figuras 1, 2 e 3, o que evidencia a crescente importância desse modelo de organização da Atenção Básica no país. Atualmente, o percentual de cobertura da Estratégia Saúde da Família é de 56,37%, contando com 34.715 equipes Saúde da Família, distribuídas em 5328 municípios, o que representa um percentual de 93,8% dos municípios brasileiros com a estratégia implantada, de acordo com os dados do SAGE em 2013.

Quadro 3 – Os Múltiplos Fluxos da Política Nacional de Atenção Básica – 1º momento: PSF (1994-1996)

FLUXO DOS PROBLEMAS

- Dificuldades de acesso aos serviços de saúde
- Alta taxa de mortalidade infantil causadas por diarreia, desnutrição e infecção respiratória aguda
- Hegemonia dos modelos de atenção médico-assistencial, privatista e sanitaria
- Coexistência de doenças crônico-degenerativas e infecciosas/parasitárias
- Recrudescimento de endemias como a dengue, tuberculose, malária e hanseníase.

FLUXO DE SOLUÇÕES

- Descentralização radical
- Estabelecimento de vínculos entre as equipes de saúde da família e a população
- Pactos de corresponsabilização do cuidado
- Caráter substitutivo
- Adscrição de clientela
- Integralidade

FLUXO POLÍTICO

- Redemocratização do país
- Crise de governabilidade (Governo Itamar)
- Políticas neoliberais x Políticas Universalistas
- Projeto da Reforma Sanitária

JANELAS DE OPORTUNIDADES

- Mudança do modelo de atenção com o estabelecimento de novas práticas de atuação
- Estratégia de Saúde da Família reorganizando o sistema de saúde

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)

- A Saúde da Família surge como estratégia para a reorganização do sistema de saúde a partir de princípios:
 - Caráter substitutivo
 - Territorialização
 - Integralidade
 - Intersetorialidade
 - Equipe multi-profissional
 - Participação popular e comunitária

ATORES

- Organização Mundial de Saúde (OMS)
- Organização Panamericana da Saúde (OPAS)
- Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF
- Banco Mundial (BIRD)
- Ministério da Saúde
- Centro Brasileiro de Estudos da Saúde – CEBES
- Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO
- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS

4.1.2.2 2º Momento: Financiamento da Atenção Básica (NOB/96 e PAB/98)

O gasto público em saúde no Brasil sempre foi largamente financiado por recursos federais. Nos anos 1994, 1995, 1996 e 2000, os recursos federais financiaram 60,7%, 63,8%, 53,7% e 58,3%, respectivamente do gasto público em saúde.

A adesão aos municípios ao SUS, e particularmente seu ritmo no plano nacional são explicados pela estratégia de descentralização do governo federal consubstanciada em portarias e normas editadas pelo Ministério da Saúde. A Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB 91 introduziu o princípio da habilitação ao SUS, mecanismo pelo qual os estados e municípios poderiam aderir à política federal de descentralização, subordinando-se as regras federais e capacitando-se a receber as transferências oriundas daquele nível de governo.

Entre 1991 e 1992, sob o Governo Collor, ocorreu um primeiro impulso de adesão, sob as NOB/91 e NOB/92, que regulamentavam a sistemática das transferências de recursos para os estados e municípios. Entre 1993 e 1995, ocorreu a publicação e implementação da NOB/93, durante o governo Itamar Franco, em que os municípios poderiam optar entre três modalidades distintas de habilitação de acordo com suas capacidades administrativas, vindo a receber recursos federais diretamente vinculados às funções de gestão assumidas. Nesse segundo momento, ainda marcado pela incerteza quanto à capacidade de o Ministério da Saúde efetivamente realizar a totalidade das transferências por causa da escassez de recursos, 63 % dos municípios brasileiros aderiram ao SUS.

Ao longo da década de 1990, o governo federal transferiu para os municípios a responsabilidade pela atenção básica à saúde. Em 2000, de acordo com dados do IBGE, 99% dos municípios estavam habilitados no SUS, aceitando assim as normas da política de descentralização do governo federal (Tabela 1).

Tabela 1 – Municípios habilitados ao SUS (1988-2000)

	1988	1993	1996	2000
Municípios habilitados	0	1090	3127	5450
Total de municípios	4179	4974	4973	5507
Habilitados/ Total (%)	0%	22%	62,87%	98,96%

Fonte: IBGE, dados sobre número de municípios (2001).

O processo de municipalização completou-se sob a NOB/96, cuja implantação ocorreu somente a partir de 1998. A adesão dos municípios foi superior às metas do próprio Ministério da Saúde. O que explica este resultado é em primeiro lugar que as novas regras de transferência federais acrescentavam recursos aos cofres de 66% dos municípios brasileiros e eram fiscalmente neutras para 22% deles, e em segundo lugar é a expectativa que o MS criou de que as transferências seriam efetivamente realizadas.

A **a partir de 1996**, ocorreu também um avanço no estabelecimento de sistemáticas de financiamento das ações de atenção básica a partir do processo de descentralização, que se constitui o segundo momento de análise deste trabalho. Nesta época são implementadas medidas de incentivo, expressas principalmente, na **Norma Operacional Básica 1996 (NOB/96)** para que os municípios pudessem assumir progressivamente a gestão local da rede de serviços de saúde, recebendo recursos diretamente do governo central como forma de incentivar a responsabilidade de gerir suas próprias redes, e promover mudanças nas condições de acesso e na qualidade do atendimento prestado na rede pública.

Desde a aprovação das *Leis Orgânicas* da saúde (Leis 8080 e 8142), aguardava-se a criação dos mecanismos operacionais para o cumprimento das determinações legais que estabeleceram os princípios do SUS. As ações de competência municipal ainda se concentravam nas esferas federal e estadual de gestão.

A NOB SUS 01/96 criada através da Portaria GM/MS nº. 2203, de 06/11/96 disciplinou o processo de organização dos serviços segundo campos de atenção assistenciais, de intervenções ambientais e de políticas extra-setoriais, em uma concepção ampliada de atenção á saúde e de integralidade de atenções, alavancando o processo descentralizador e possibilitando a concretização da principal estratégia de financiamento da atenção básica, a partir de 1998, com a introdução de um novo modelo de transferência de recursos financeiros: o PAB (Piso de Atenção Básica).

A NOB/96 teve entre suas principais determinações: (1) substituir o modelo de alocação de recursos financeiros federais para estados e municípios até então com base em convênios e pagamento por produção de serviços realizados pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS); (2) fortalecer a capacidade gestora do Estado em nível local, incentivando mudanças no modelo de atenção básica por meio da ESF e (3) definir indicadores de produção e de impacto epidemiológico (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

O PAB altera a lógica de repasse de recursos federais para o sistema de prestação de ações médico-sanitárias e se constitui uma medida decisiva na perspectiva da descentralização financeira do sistema de saúde no Brasil, incentivando os municípios a assumirem, progressivamente, a gestão da rede básica de serviços de saúde.

A partir de 1998, ano em que a NOB/96 efetivamente entra em vigor, há uma alavancagem importante no ritmo e no alcance do processo descentralizador. De fato, no final do ano de 2000, 99% dos municípios brasileiros encontravam-se enquadrados em alguma das duas modalidades de gestão definidas pelo Ministério da Saúde, sendo que deste total 89,50% (4.928 municípios) estavam habilitados na condição Plena de Atenção Básica (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

O PAB se constitui em um componente federal, para o financiamento da Atenção Básica, sendo composto por uma fração fixa e outra variável destinadas a viabilização das ações de AB alterando a lógica de financiamento da assistência à saúde, dissociando produção e faturamento trazendo como principal novidade a transferência regular e automática com repasse federal feito diretamente aos municípios.

O PAB fixo constitui-se em uma transferência em base per capita para cobertura da atenção básica pelos municípios, isto é: nesta modalidade de repasse, define-se um valor fixo por habitante ao ano. O PAB variável é composto por incentivos financeiros para adoção dos programas estratégicos e portanto os recursos recebidos pelos municípios variam conforma a adoção ou não desses programas pelo município (GIOVANELLA, 2012).

A condição de habilitação ao PAB definida pela NOB/96 obriga a criação do Fundo Municipal de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde, dando relativa autonomia e crescente responsabilidade ao gestor municipal. Esse novo mecanismo dissocia a produção do faturamento, característica central do sistema anterior.

A lógica do pós-pagamento impressa no antigo sistema de pagamentos estava prejudicando os municípios mais carentes quando comparados aos municípios mais desenvolvidos, pois recebiam valores menores devido a precariedade de suas redes de saúde, enquanto os maiores por apresentarem um número maior de hospitais, ambulatórios e postos de saúde, recebiam valores maiores incentivando a lógica de superfaturamento.

Os recursos do PAB, chegando diretamente aos municípios mais carentes, com maior déficit de atendimentos e com uma rede de serviços de menor complexidade, devem provocar um impacto no médio e longo prazo na oferta de serviços e a introdução de novos programas de saúde pública. Em síntese, o PAB traz algumas inovações importantes na medida que incentiva que uma parcela dos recursos federais, ainda que muito pequena, seja diretamente alocada para o custeio de procedimentos básicos em atenção primária, em uma clara tentativa de organizar a porta de entrada da rede municipal de saúde (BODSTEIN, 2002, p.406).

Entende-se dessa forma que os incentivos trazidos pela NOB/96 tanto ampliam a responsabilidade municipal quanto induzem a priorização da Atenção Básica. Depois da implantação do PAB, a partir de 1998, os municípios mais pobres passaram a receber regular e diretamente recursos para investir naqueles procedimentos considerados prioritários, provocando impacto na oferta de serviços.

Embora a municipalização entendida por alguns autores como Giddens (2001) seja a condição para a eficácia da política em razão da exigência de fluxo de informação e do reconhecimento de sua autonomia, é por outro lado, objeto de crítica de diversos outros autores que evidenciam o risco de manipulação do poder local devido à fragilidade institucional das secretarias de saúde nos municípios que

apresentam baixa capacidade de gestão e planejamento das atividades e prioridades.

Há quem afirme que a NOB/96, em que pese ser um instrumento na operacionalização da descentralização do sistema, ao incrementar transferências diretas fundo a fundo no campo da Atenção Básica, pode impedir ou obstaculizar a construção de uma política de saúde fundada nas necessidades locais. Bueno e Merhy (1999) afirmam que a NOB/96 poderia inibir a autonomia do município, induzindo-o a adotar programas não definidos localmente.

Elias, Marques e Mendes (2003) reforçam que o processo de descentralização não foi acompanhado pela autonomia dos municípios na determinação da política de saúde. Esses, dependentes dos recursos federais, passaram a ser meros executores da política estabelecida no âmbito federal, o que torna a participação da comunidade princípios cada vez mais esmaecidos em nome da eficiência do gasto em saúde.

Segundo Paim et al. (2011) esse novo acordo federativo deu mais autonomia aos municípios, mas também expandiu os recursos e controles do nível federal. A saúde foi o único setor que implementou uma descentralização radical, com importante financiamento e ações regulatórias do governo federal.

Em que pese o fato de a descentralização ter sido assumida como um mecanismo que por si só traria consigo a democratização da gestão da saúde, porque prevê a participação da sociedade na gestão dos sistemas e dos serviços de saúde, e conseqüentemente maior adequação das políticas locais às necessidades de saúde da população, esse processo vem se dando de forma bastante diferenciada, questionando portanto aquela premissa - a da descentralização como sinônimo de democratização.

Quadro 4 – Política Nacional de Atenção Básica – 2º momento: financiamento da AB (1996 a 1998)

FLUXO DOS PROBLEMAS

- Gestão incipiente parcial e semiplena: municípios e estados como prestadores de serviços e não como gestores;
- Alocação de recursos provocando inequidades regionais, estaduais e municipais;
- Lógica do pós-pagamento que realizava repasse às redes de saúde mais desenvolvidas
- Centralização

FLUXO DE SOLUÇÕES

- Estabelecimento de medidas de descentralização de recursos para municípios

FLUXO POLÍTICO

- Grande investimento do MS na universalização da Atenção Básica;
- Criação do Departamento de Atenção Básica (DAB) para normatizar e organizar a gestão neste nível de atenção
- Apoio dos secretários municipais à estratégia adotada pelo MS, uma vez que teriam ampliada suas autonomia de gestão.

JANELAS DE OPORTUNIDADES

- Impacto na oferta de serviços
- Institucionalização do PSF
- Ampliação no número de equipes de saúde da família

FINANCIAMENTO da AB

- Municipalização (ampliação da responsabilidade municipal por meio da priorização da AB);
- NOB/96: Ênfase na descentralização de recursos estabelecendo modalidades de transferências de recursos e condições de gastos;
- PAB/98: Repasse fundo a fundo
- PAB fixo e PAB variável

ATORES

- CES - Conselhos Estaduais de Saúde
- CIB - Comissão Intergestores Bipartite
- CIT - Comissão Intergestores Tripartite
- CMS - Conselho Municipal de Saúde
- CNS - Conselho Nacional de Saúde
- CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
- CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
- FNS – Fundo Nacional de Saúde

4.1.2.3 3º Momento – Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família (2002)

De 1997 para 1998, o número de equipes de saúde da família dobrou, e mais que dobrou o número de municípios com o Programa (BRASIL, 1999). A prioridade do Programa para o ano 2000 era ampliar ainda mais as equipes de Saúde da Família e substituir as unidades tradicionais pelas de PSF, o que pressupunha a contratação de mais profissionais em todo o território nacional, bem como a construção ou reestruturação de unidades de saúde, medidas que exigiriam um aumento no aporte de recursos.

No entanto, a consolidação do PSF sempre esteve condicionada, entre outros fatores, à existência de profissionais com conhecimentos, habilidades e atitudes adequados ao novo modelo proposto pela ESF, que não estavam disponíveis no mercado de trabalho, porque tradicionalmente foram formados e preparados para atuar no modelo tradicional.

Para o enfrentamento dessa realidade, em 1996, o Ministério da Saúde propôs aos serviços e as instituições de ensino o estabelecimento de parcerias para que o processo de capacitação das equipes de Saúde da Família pudesse ser concretizado e fosse ainda possível influenciar no processo de formação desses profissionais. Assim, foram criados os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o PSF (MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006).

Os Pólos são definidos como a articulação de uma ou mais instituição voltada para a formação e educação permanente de recursos humanos em saúde. São vinculadas às universidades ou instituições isoladas de educação superior que se consorciaram ou celebraram convênios com Secretarias de Estado e/ou Secretarias Municipais de Saúde, para implementarem programas direcionados aos profissionais da equipe de Saúde da Família em um ou mais municípios.

Trata-se, portanto, de uma rede de instituições comprometidas com a integração ensino-serviço, voltada para atender a demanda de pessoal preparado para o desenvolvimento da ESF no âmbito do SUS. Os compromissos estabelecidos entre as instituições de ensino e serviços que compõem os Pólos estão dirigidos para ações de curto, médio e longo prazos.

O que se propõe com a Educação Permanente em Saúde (EPS) é o preenchimento de lacunas existentes no processo de formação, transformando as práticas profissionais e a organização do trabalho oferecendo aos alunos, por meio da proposta da aprendizagem significativa, a oportunidade do desenvolvimento de reflexões críticas em seus ambientes de trabalho. Acredita-se que essas reflexões poderão resultar em melhoria da qualidade dos serviços de saúde e no fortalecimento do trabalho em equipe, bem como no comprometimento dessa com a saúde da população de seu local de trabalho.

A EPS pode ser definida como a ação pedagógica que enfoca o cotidiano do trabalho em saúde e o leva à autoanálise e à reflexão de processo. A EPS avança no sentido multiprofissional e na construção coletiva por meio das experiências vivenciadas de novos conhecimentos, que podem gerar novas práticas. Assim, "a política de educação permanente em saúde congrega, articula e coloca em roda/em rede diferentes atores, destinando a todos um lugar de protagonismo na condução dos sistemas locais de saúde" (CECCIM, 2005, p. 977).

De acordo com Merhy, Feuerweker e Ceccim (2006), a proposta de EPS requer o desenvolvimento de ações em diversos âmbitos: da formação técnica, de graduação e de pós-graduação; da organização do trabalho; da interação com as redes de gestão e de serviços de saúde; e do controle social neste setor. A proposta operacional da PNEPS, apresentada na Portaria 198/04, ocorreu basicamente por três estruturas: os Polos de EPS, a formação de tutores e de facilitadores de EPS, e a estruturação da rede de municípios colaboradores para EPS.

Nesse sentido, os *Pólos de Educação Permanente em Saúde*, conhecidos também como rodas de gestão locais entendidas como espaços para o estabelecimento do diálogo e da negociação entre as ações e os serviços do SUS e as instituições de ensino, tinham por objetivo preparar os profissionais que iriam compor as equipes da ESF, no Brasil.

Esses Pólos - ESF destinavam-se a promover a comunicação entre atores, saberes da clínica, saúde coletiva e gestão, por meio da realização de ações em três vertentes: capacitação, formação e EP se conformariam com representantes, a nível estadual e municipal, de gestores de saúde, instituições de ensino com cursos na

área da saúde, hospitais de ensino e serviços de saúde, estudantes e trabalhadores da saúde, conselhos municipais e estaduais de saúde, movimentos sociais, além de outras instituições.

Cada Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS seria o responsável por um determinado território, que a ele se vinculará para apresentar necessidades de formação e desenvolvimento, não havendo identidade entre os projetos de cada um. O que há é uma espécie de personalidade entre eles (constroem-se desde um plano de educação, mas também de singularização na saúde). Essa heterogeneidade, entretanto, longe de depor contrariamente à sua implementação, justifica a sua importância como fluxo político.

A definição dos territórios locorregionais foi realizada por pactuação na Comissão Intergestores Bipartite e aprovação no Conselho Estadual de Saúde em cada estado, não podendo restar nenhum município sem referência a um Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS.

Conquistados os espaços de discussão, tornou-se prioritário qualificar os sujeitos envolvidos com a proposta da EPS. Nesse sentido, a partir do segundo semestre de 2004, o Ministério da Saúde (MS), em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), iniciou um processo de formação de facilitadores de EPS em todo o país (CECCIM, 2005c).

A formação de tutores e facilitadores realizada em parceria com a ENSP com o objetivo de formar atores indicados pelos Pólos de EPS para aumentar a capacidade de implementação da Política Nacional de Educação Permanente, fortalecendo os polos e transformando as práticas de atenção e de ensino dos profissionais de saúde. Por meio desse processo de formação que se buscou introduzir os conceitos de aprendizagem significativa e a problematização como ferramentas para a transformação do processo de trabalho.

Passados 16 meses da publicação da portaria ministerial que deu ordenamento inicial à estruturação e ao funcionamento da Educação Permanente em Saúde como política de gestão do SUS foram organizadas, no país, 96 articulações interinstitucionais e locorregionais congregando em torno de 1.122

entidades da sociedade, entre representantes do ensino, da gestão, do trabalho e da participação social em saúde, ocupadas em oferecer língua e história a uma política de descentralização e de disseminação de capacidade pedagógica na saúde (Quadro 5).

Quadro 5 – Pólos de Educação Permanente em Saúde: composição

Instituições/Entidades Participantes	Nº
Instituições de ensino superior	236
Gestores municipais (27 Co s em s + capitais + municípios referência na região)	239
Gestores estaduais (Regi onais de Saúde, Coordenações de Áreas, Diretorias etc.)	135
Instâncias de controle social (Con s elhos de Saúde)	111
Escolas Técnicas de Saúde	90
Serviços de saúde (unidades, centros e hospitais escola, centros de referência e laboratórios centrais etc.)	88
Movimento estudantil (centros e/ou diretórios acadêmicos, núcl eos estudantis, diretórios centrais etc.)	47
Entidades de trabalhadores de saúde (associações de ensino das profissões de saúde, sociedades e associações profissionais, sindicatos etc.)	43
Movimentos sociais (MST, Morhan, Rede Feminista, Rede Nacional das Parteiras, Mops, Movimento GLBTS, MMC, Fetag, Movi m en to Negro, Conam e Aneps)	92
Outros (diversas Ongs, Centros de Educação e/ou Assessoramento Popular etc.)	41
Total	1.122

Fonte: Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Ministério da Saúde: Caminhos e Produtos da Política Nacional de Educação na Saúde, 2004.

Legenda: Co s em s – Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde; MST – Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra; Morhan – Movimento de Reintegração das Pessoas Portadoras e Eliminação da Hanseníase; Mops – Movimento Popular por Saúde; Movimento GLBTS – Movimento de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Transgêneros e Simpatizantes da Livre Orientação Sexual; MMC – Movimento de Mulheres Camponesas; Fetag – Federação dos Trabalhadores da Agricultura; Conam – Confederação Nacional das Associações de Moradores; Aneps – Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde; ONG – Organizações Não-Governamentais.

Somente em 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi instituída como estratégia de transformação do Sistema Único de Saúde por meio da articulação entre saúde e educação. Essas duas áreas/temáticas citadas como prioridade representaram 40% do total de ações de qualificação (desenvolvimento profissional e institucional) e 40% das ações de especialização (formação pós-graduada de *lato sensu*) apresentadas para o apoio do Ministério da Saúde, em 2004, por meio dos Pólos de Educação Permanente em Saúde (Quadros 6 e 7).

Quadro 6 – Ações de qualificação por área ou temática e número de vagas

Ações por Áreas ou Temáticas	Nº	Vagas
Desenvolvimento da gestão em saúde	87	9.932
Formação pedagógica e de facilitadores de Educação Permanente em Saúde	77	8.538
Saúde da Família (HAS; DM; Saúde Materno-Infantil, da Criança e do Adolescente; Alimentação e nutrição; Desenvolvimento da Atenção Básica)	54	15.239
Desenvolvimento da mudança na graduação	25	2.785
Desenvolvimento da humanização	24	11.349
Urgências	22	2.352
Saúde mental	19	2.188
Formação de agentes sociais	15	8.625
Atenção hospitalar	15	1.856
Saúde do idoso	16	2.233
Controle da hanseníase e da tuberculose	11	2.100
Vigilância em saúde	25	5.190
Saúde da mulher	10	1.566
Saúde bucal (CD/THD/ACD) – Brasil Sorridente	7	1.360
Terapias alternativas	3	758
Desenvolvimento da saúde na escola	2	1.046
Saúde do trabalhador	3	878
Total	415	77.995

Fonte: Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Ministério da Saúde: Caminhos e Produtos da Política Nacional de Educação na Saúde, 2004.

Legenda: HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica; DM – Diabetes Mellitus; CD – Cirurgião Dentista; ACD – Auxiliar de Consultório Dentário; THD – Técnico de Higiene Dental.

Quadro 7 – Ações de formação por área ou temática e número de vagas

Ações por Áreas ou Temáticas	Nº	Vagas
Especialização em saúde da família	53	3.140
Especialização em saúde mental	5	220
Especialização em gestão da saúde	3	140
Outras especializações	19	741
Residências	24	1.378
Outras residências	17	2.002
Formação pedagógica (Docência em Saúde)	45	7.590
Subtotal 1	166	15.211
Auxiliares em enfermagem (Profae)	27	65.560
Técnicos em enfermagem		
• Profae	1.066	32.546
• FortiSUS (nova oferta)	500	15.000
Agentes comunitários de saúde	10	56.460
Agentes de vigilância em saúde (Proformar)	75	4.416
Técnicos em higiene dental	16	1.850
Outros cursos técnicos em saúde	8	630
Subtotal 2	1.702	176.462
Escolarização	500	15.467
Subtotais 1+2+Escolarização	2.368	207.140
Formação de conselheiros de saúde	1.311	39.234
Total (Subtotais 1+2+Escolarização+Formação de Conselheiros)	3.679	246.374

Fonte: Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Ministério da Saúde: Caminhos e Produtos da Política Nacional de Educação na Saúde, 2004.

Legenda: Profae – Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem; FortiSUS – Política de Formação Técnica por Itinerário no SUS; Proformar – Programa de Formação de Agentes de Vigilância em Saúde.

Ao propor a educação na saúde como política de governo, o gestor federal do SUS alterou uma das prioridades no setor somando novos atores. Colocar a Educação Permanente em Saúde como prioridade para o SUS evidenciou o trabalho da saúde, um trabalho que requer: trabalhadores que aprendam a aprender; práticas cuidadoras; intensa permeabilidade ao controle social; compromissos de gestão com a integralidade; desenvolvimento de si, dos coletivos, institucional e político da saúde, além da implicação com as práticas concretas de cuidado às pessoas e às coletividades, no ensino e na produção de conhecimento.

Prova da construção política e não programática dos Polos foi a escolha como prioridade de ações educativas do desenvolvimento para a gestão do SUS e do desenvolvimento para a educação no SUS. Foi possível detectar, com clareza, diante dessas majoritárias escolhas, o desencadeamento de um fluxo político e não

a implementação de um programa. Um processo político requer a produção ativa de coletivos, de protagonismo e de autonomia.

O objetivo da PNEPS foi o de que os atores nos polos trabalhassem com um conceito ampliado de saúde, soubessem que não são apenas os aspectos biológicos os que necessitam de atualização aos profissionais e que determinam o processo saúde-doença, individual ou coletivo ou as chances de sucesso terapêutico. Também foi desejo da política que os atores nos polos desenvolvessem recursos de educação para levar em conta todas as dimensões e fatores que regulam, qualificam e modificam o trabalho. Para tanto, o desafio lançado foi o de que fosse ampliada sua capacidade de escuta de processos, de responsabilização pela mudança das práticas e de mobilização de autorias. Tornou-se necessário que os processos de formação e de desenvolvimento oferecessem oportunidade de desenvolver o trabalho em equipe multiprofissional e de caráter interdisciplinar. A política propôs que fossem formados profissionais cuja competência técnica incluísse outros atributos que não os tradicionais, pois ambos são indispensáveis para oferecer atenção integral à saúde: resolutiva e acolhedora.

A escolha da Educação Permanente em Saúde como ato político de defesa do trabalho no SUS decorreu do desafio para que o setor da saúde correspondesse às necessidades da população, conquistasse a adesão dos trabalhadores, constituísse processos vivos de gestão participativa e transformadora e convencesse docentes, estudantes e pesquisadores a mais vigorosa implementação do SUS.

Nesse sentido, a produção da Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS) buscava aproximar formação, gestão, atenção e participação em áreas específicas de saberes e de práticas, mediante as intercessões promovidas pela educação na saúde e representou o esforço de cumprir uma das mais nobres metas formuladas pela saúde coletiva no Brasil: tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho.

O exercício concreto desta meta se fez como política pública de maneira inédita no país, pois não existia até então uma política voltada para educação na saúde, o que aconteceu a partir da aprovação pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e legitimação na 12ª Conferência Nacional de Saúde (Conferência Sérgio Arouca), da Política

Nacional de Educação Permanente em Saúde, apresentada pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges), do Ministério da Saúde (MS), em 2003.

Nesse sentido, Mário Rovere (2005) apud Ceccim (2005) defende que o desafio da política brasileira foi o de ultrapassar a utilização pedagógica de natureza educacional da formulação trabalhada pela Organização Pan-Americana da Saúde, relativa à Educação Permanente do Pessoal da Saúde, para implicá-la com o caráter situacional das aprendizagens nos próprios cenários de trabalho da saúde, em todas as suas dimensões, conectando-a às ações contra hegemônicas necessárias. Por isso, para Rovere, no desafio brasileiro, houve um desapego às referências originais, em consistência com seu ideário, para qualificar a própria educação permanente em saúde, colocando o desafio assumido no tamanho das lutas de produção da saúde, abrindo fronteiras e desterritorializando instituídos.

Foi posto em curso no país um processo de construção coletiva de uma política de educação para o SUS. Uma atitude complexa dessa política foi optar pela interrupção da compra de serviços educacionais das instituições de ensino para implementar pacotes de cursos, assim como a interrupção dos treinamentos aplicados, pontuais e fragmentários que sobrepujam a técnica aos processos coletivos do trabalho e a contratação de consultores externos para as análises e formulações da tomada de decisões. A atitude se pretendeu coerente com a opção de descentralizar e disseminar capacidade pedagógica, uma vez que a manutenção da noção de centros de excelência serve mais à centralização e à concentração dessas capacidades.

A compra de serviços educacionais também não tem servido às mudanças necessárias no compromisso das instituições de ensino com a sociedade ou à reorientação dos cursos de formação para sua efetiva apropriação do SUS. Colocou-se em debate a formação e desenvolvimento para necessariamente gerar atores comprometidos e não para gerar profissionais mais ilustrados sobre o tema objeto das suas capacitações, mas profissionais que tenham compromisso com um objeto e com a sua transformação, ao que acrescentamos: em alteridade com os usuários e em composição de coletivos organizados para a produção da saúde.

A disseminação dos polos e, por decorrência, de capacidade pedagógica descentralizada gerou *novos atores para o SUS*, para a sua construção política (e não programática), para a produção da saúde nos atos, nos pensamentos e no desejo de protagonismo pelo SUS, compreendendo seus princípios e diretrizes em uma política de afirmação forte da vida. Esses novos atores, *são os atores dos Pólos* (tutores, facilitadores e operadores de Educação Permanente em Saúde, entre outros), distribuídos por todo o país, alcançando uma automobilização de pelo menos 20 mil pessoas. Assim como esses atores não existiam e existem agora, a política não existia, apresentou-se inédita e existiu ineditamente, colocando a formação e o desenvolvimento como educação viva, em ato, na saúde.

Campos (2006) questionam a capacidade de transformação dos pólos rumo ao que propõe a ESF. Esses autores referiram que a falta de processos sistematizados de acompanhamento das atividades fez com que os pólos fossem vistos como fonte de captação de recursos para o financiamento de projetos. Os mesmos autores expressam a necessidade de existir uma descentralização dos recursos financeiros, isto é, de repasse "fundo a fundo" - do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais ou Municipais de Saúde. Esta sistemática facilitaria o financiamento de projetos, contudo, não garantiria o acompanhamento das atividades implementadas o que deveria estar previsto nos projetos por meio de indicadores de avaliação de processo e de resultado e, sua análise, constar no relatório final das atividades.

Quadro 8 – Política Nacional de Atenção Básica – 3º momento: Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente

FLUXO DOS PROBLEMAS

- A falta de profissionais com formação adequada e com perfil generalista, para atuar na ESF, passou a ser grande obstáculo a consolidação da estratégia.
- Dificuldade das equipes de SF em atender às necessidades da população.
- O processo de trabalho das equipes estava voltado para a lógica da produtividade (modelo médico centrado).

FLUXO DE SOLUÇÕES

- A Educação Permanente (EP) como estratégia para se recompor as práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde, a fim de se enfrentar os desafios decorrentes do desempenho do trabalho dos profissionais de saúde nos diferentes cenários do SUS
- Oferta de 50 cursos de pós-graduação na modalidade de Especialização e 25 de Residência Multiprofissional em saúde da Família

FLUXO POLÍTICO

Ampliar o conceito de saúde para além dos aspectos biológicos de modo que os atores nos pólos pudessem desenvolver recursos de educação para levar em conta todas as dimensões e fatores que regulam, qualificam e modificam o trabalho.

JANELAS DE OPORTUNIDADES

- Institucionalização dos Pólos Estaduais de Capacitação
- Implantação dos Pólos Regionais de Capacitação com coordenação única nas Unidades Federadas
- Descentralização de Recursos aos Municípios
- Ampliação do quadro de instrutores

Formação e Educação pela Educação Permanente

- Implementação e fortalecimento dos processos de articulação ensino-serviço.
- Fortalecimento da Política Nacional de Educação Permanente.
- Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS).

ATORES

- Conselho Nacional de Saúde (CNS),
- Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES),
- Comissões Intergestores Regionais (CIR),
- Colegiados de Gestão Regional,
- Secretarias estaduais e municipais
- Gestores de saúde, instituições de ensino na área da saúde,
- Hospitais de ensino e serviços de saúde,
- Tutores, facilitadores e estudantes e trabalhadores da saúde,
- Conselhos municipais e estaduais de saúde,

4.1.2.4 4º Momento - Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família – (PROESF) – 2002-2009

A partir de 2003, com os avanços no processo de descentralização das ações de saúde devem ser ressaltadas as particularidades nos grandes centros urbanos na reestruturação dos modelos de atenção à saúde, que apesar de apresentar maior disponibilidade de oferta de serviços de saúde, apresentam barreiras ao acesso e à oferta de ações básicas de saúde.

A desmetropolização, acompanhada da modernização incompleta dos grandes centros, ajuda a compreender o comportamento muitas vezes heterogêneo dos indicadores analisados para os municípios de maior porte populacional, justamente aqueles que são contemplados pela pesquisa.

Apesar da maior disponibilidade de oferta de serviços de saúde nos grandes centros urbanos, particularmente os de média e alta complexidade, observam-se limitações quanto à qualidade e capacidade de resposta dos serviços, tornando complexa a tarefa de organização da Atenção Básica.

Além disso, é importante destacar que a implantação do PSF nos grandes municípios tem sido realizada em um contexto muito complexo, diante da magnitude e diversidade de situações de pobreza e desigualdade social a que está exposta grande parte da população dessas localidades. São populações que convivem cotidianamente com altos índices de exclusão no acesso aos serviços de saúde, fornecidos por uma rede assistencial que, na maioria das vezes, encontra-se desarticulada, mal distribuída, mal-equipada, entre outros aspectos.

De fato, Marques (2005) destaca que a segregação, a pobreza e a desigualdade social são elementos que caracterizam os espaços periféricos das grandes cidades, constituindo realidades complexas e heterogêneas.

Segundo ele, os processos de segregação e as desigualdades sociais encontram-se imbricados, distribuindo desigualmente os benefícios da urbanização e criando incentivos para que as ações dos vários produtores urbanos repitam e reforcem esses processos ao longo do tempo. Como resultado, observa-se a superposição de problemas e a redução de oportunidades em certas regiões dos grandes centros urbanos.

Analisando a relação entre o PSF e a dinâmica urbana das grandes cidades, Bousquat et al (2005) mostram que o programa, ao ser introduzido nos grandes centros, defronta-se com uma nova realidade que lhe impõe desafios e constrangimentos, mas também certas vantagens em relação à sua implementação nos municípios de médio e pequeno porte. Apontam esses autores que, nas grandes cidades, o setor de saúde exhibe algumas peculiaridades que exercem influência decisiva sobre as possibilidades de organização da Atenção Básica nesses espaços.

Em 2002, a ESF ampliou e passou a ser apoiada pelo o Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família (PROESF), estratégia negociada pelo Ministério da Saúde financiada pelo Banco Mundial para organizar e fortalecer a Atenção Básica à Saúde no País em municípios com população acima de 100 mil habitantes.

Além de contribuir para a implantação e consolidação da Estratégia de Saúde da Família em municípios de grande porte, o PROESF objetiva a elevação da qualificação do processo de trabalho e desempenho dos serviços, por meio da ampliação e reestruturação das várias iniciativas voltadas para o desenvolvimento de recursos humanos no PSF para elevar a qualificação do processo de trabalho e desempenho dos serviços em todos os municípios brasileiros, otimizando e assegurando respostas efetivas para a população.

O período de implementação do Projeto compreende os anos de 2002 a 2009, distribuídos conforme a Tabela 2.

Tabela 2 – Volume de recursos previstos para os 7 anos de vigência do PROESF

Volume de recursos previstos para os 7 anos de vigência do PROESF			Financiamento compartilhado	
	Período	US\$	Ministério da Saúde (50%)	Banco Mundial (50%)
Fase I	setembro/ 2002 a junho/2005	136.000.000,00	68.000.000,00	68.000.000,00
Fase II	julho/2005 a junho/2007	242.000.000,00	121.000.000,00	121.000.000,00
Fase III	julho/2007 a junho/2009	172.000.000,00	86.000.000,00	86.000.000,00

Fonte: Ministério da Saúde.

O PROESF incluiu três componentes relacionados aos três objetivos pactuados entre o Ministério da Saúde e o Banco Mundial, sendo eles:

1. Apoio à Conversão do Modelo de Atenção Básica de Saúde;
2. Desenvolvimento de Recursos Humanos e
3. Monitoramento e avaliação

No que diz respeito ao Componente I do PROESF estão incluídas uma série de ações e recursos, levando em conta características especiais dos grandes centros urbanos. As linhas de investimento previstas para esse Componente incluem ações de:

- modernização institucional (inovações gerenciais a partir de projetos de reestruturação organizacional, administrativa, técnica e jurídico-legal do sistema local e regional de saúde;
- preparação e implementação de sistemas de referência e contrarreferência no SUS/local, implementação e aplicação de novas práticas e protocolo de atenção e estudos especiais em apoio a implementação do PSF;
- adequação da rede de serviços (reparos e adequações físicas, aquisição de equipamentos, veículos e mobiliário);
- fortalecimento dos sistemas de avaliação e informação
- desenvolvimento de sistemas de informação para monitoramento, avaliação, planejamento e gestão, incluindo organização de centrais de regulação;
- desenvolvimento de Recursos Humanos (capacitação de profissionais e formação de grupos interdisciplinares de supervisão).

Segundo documento de avaliação do Projeto elaborado pelo Banco Mundial, os resultados alcançados na Fase I do Projeto foram satisfatórios, conforme indica a tabela a seguir.

Quadro 9 – PROESF I: resultados alcançados / Indicadores de Impacto relacionados ao apoio à Conversão do Modelo de Atenção Básica de Saúde

	Indicador	Meta	Alcançada	Controle
1	Aumento da cobertura da população atendida pelo PSF na média de 10 % a 35%	35%	34,40%	Substancialmente alcançado
2	Cobertura da vacinação de crianças menores de um ano nas áreas atendidas pelo PSF	100%	99%	Substancialmente alcançado
3	70% das mulheres gestantes atendidas pelo PSF que tiveram 6 visitas pré-natal e realizados todos os exames básicos laboratoriais recomendados pelo protocolo PNC	70%	61%	Parcialmente alcançado
4	100 % das mulheres gestantes atendidas pelo PSF que receberam a vacina de tétano	100%	95%	Parcialmente alcançado
5	40% das entradas nas maternidades provenientes de áreas acompanhadas pelo PSF	40%	Não monitorado	Não monitorado
6	40% dos usuários dos hospitais/ambulatórios foram encaminhados pela equipe do PSF	40%	Não monitorado	Não monitorado
7	30% de redução na entrada nos hospitais de crianças (com ARI) menores de 5 anos relacionados com a atuação do PSF	30% de redução de 35/1000	23,4/1000	Excedido
8	40% de redução na entrada nos hospitais de crianças com desidratação menores de 5 anos relacionados com a atuação do PSF	40% de redução de 9/1000	7/1000	Substancialmente alcançado
9	A equipe de Saúde da Família realiza uma média de 9 visitas anuais por família	9 visitas por ano	1/mês	Excedido
10	50% do PSF formado durante a Fase I desenvolveu Plano de Ação e instrumentos para apoiar o acompanhamento	50%	74%	Excedido
11	50% das equipes PSF formado durante a Fase I estão efetivamente supervisionados por um Grupo Referência de Supervisores	50%	84%	Excedido
12	Gestão baseada no desenvolvimento de um sistema de monitoramento para apoiar a implantação do PSF nos municípios.	40 municípios	Não monitorado	Não monitorado

Fonte: Banco Mundial, Relatório de avaliação do Projeto (2007).

Com relação ao Componente II do Projeto voltado para o Desenvolvimento de Recursos Humanos prevê a estruturação de processos educativos que assegurem novas práticas sanitárias, com base nas seguintes linhas de investimento previstas para esse Componente:

- capacitação e educação permanente de recursos humanos (treinamento introdutório, áreas temáticas, educação a distância e saúde ambiental);
- formação de recursos humanos em Saúde da Família (capacitação de gestores, especialização e residência em saúde da família, qualificação de ACS, THD e auxiliar de enfermagem e incentivo a inovações curriculares em escolas de medicina e enfermagem);
- apoio e monitoramento das atividades de desenvolvimento de recursos humanos (formação de rede de pólos, avaliação e monitoramento da implantação e funcionamento dos pólos e de projetos de inovações curriculares).

Quadro 10 – PROESF I: resultados alcançados relacionados ao Desenvolvimento de Recursos Humanos

Indicador		Meta	Alcançada	Controle
1	3000 profissionais treinados em planejamento, gestão e organização de serviços de saúde	3.000	2823 treinadas 4850 em andamento (2005)	Excedido
2	Educação continuada e treinamento em serviço de 10000 profissionais do PSF (médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde)	10.000	11774 (2005)	Excedido
3	500 especialistas do PSF graduados	500	3624 (2005)	Excedido
4	500 técnicos em odontologia iniciaram o Programa de Residência	500	1900 (2005)	Excedido
5	100 profissionais em Saúde da família iniciaram o Programa de Residência	100	1558 bolsas de estudos financiadas pelo Programa de Residência Em Saúde da Família-	Excedido
6	Metodologias de ensino e currículos alternativos criados em 10 escolas de ciências de saúde para apoiar o PSF	50 projetos	38 projetos financiados: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 31 PROMED e associações de Grupos Profissionais e 7 pelos Pólos ▪ Treinamento de 200 tutores e 1000 agentes de mudanças ▪ Constituição do PRÓSAÚDE ▪ Realização de Seminários sobre aprendizagem curricular médica em AB. 	Substancialmente alcançado

Fonte: Banco Mundial, Relatório de avaliação do Projeto (2007).

Quadro 11 – Indicadores de Resultados do Componente II

PROESF I: Resultados alcançados/ Indicadores de Impacto relacionados ao Desenvolvimento de Recursos Humanos				
Indicador		Meta	Alcançada	Controle
1	Programas de Residência em PSF criados e estabelecidos	5	22	Excedido
2	Programas de Especialização para médicos e Enfermeiros do PSF estabelecidos	30	40	Excedido
3	Projetos de Demonstração para o desenvolvimento de novos currículos em Saúde da Família em escolas de Medicina e Enfermagem	10	39	Excedido
4	Novos centros de treinamentos estabelecidos (Pólos)	15	98	Excedido

Fonte: Banco Mundial, Relatório de avaliação do Projeto (2007).

O componente III do Projeto está relacionado à estruturação e implementação de metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação de processo e desempenho, onde três iniciativas de que apontam para o avanço da *avaliação* no âmbito do Sistema Único de Saúde podem ser destacadas: (i) o Pacto de Indicadores da Atenção Básica; (ii) o Sistema de Informação da Atenção Básica, ressalvada a perspectiva de seu aperfeiçoamento e ajustes necessários; e, (iii) o Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família no País.

A execução do Componente III é de responsabilidade do Ministério da Saúde e inclui atividades e ações pactuadas por meio de um Plano de Aquisições pré-estabelecido e negociado com o Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD).

O Banco Mundial neste mesmo Relatório de Avaliação do Projeto mostra que este componente quando comparado com as fases I e II apresenta possibilidades de melhoria, embora tenha alcançado resultados consideráveis do ponto de vista das metas estabelecidas.

Quadro 12 – Política Nacional de Atenção Básica 4º momento: Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família PROESF (2002 - 2009)

FLUXO DOS PROBLEMAS

- Necessidade de organização da atenção básica nos grandes municípios (acima de 100.000 habitantes).
- Populações que convivem cotidianamente com altos índices de exclusão no acesso aos serviços de saúde, fornecidos por uma rede assistencial que, na maioria das vezes, encontra-se desarticulada, mal distribuída, mal equipada, entre outros aspectos.

FLUXO DE SOLUÇÕES

- Extensão da cobertura de serviços +
- Maior qualidade da atenção +
- Satisfação com a qualidade dos serviços ofertados nos grandes centros urbanos=
PROESF

FLUXO POLÍTICO

- Apoio financeiro internacional: Banco Mundial.

JANELAS DE OPORTUNIDADES

- Apoio à Conversão do Modelo de Atenção Básica de Saúde;
- Desenvolvimento de Recursos Humanos e
- Monitoramento e avaliação

ATORES

- Banco Mundial
- Ministério da Saúde
- Secretarias Estaduais de Saúde
- Secretarias Municipais de Saúde

Expansão da ESF para grandes municípios (>100 mil hab)

- 30% de redução na entrada nos hospitais de crianças (com ARI) menores de 5 anos relacionados com a atuação do PSF;
- 50% do PSF formado durante a Fase I desenvolveu Plano de Ação e instrumentos para apoiar o acompanhamento;
- 50% das equipes PSF formado durante a Fase I estão efetivamente supervisionados por um Grupo Referência de supervisores;

- **Qualidade em saúde**

A “qualidade”, citada tantas vezes nos documentos oficiais que tratam do tema, é compreendida como uma construção social, produzida com base nas referências dos sujeitos envolvidos, que varia de acordo com o contexto histórico, político, econômico, tecnológico e cultural e com os conhecimentos acumulados sobre o tema (BRASIL, 2011c, 2011d).

Em certo momento é definida como

grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos frente às normas, protocolos, princípios e diretrizes que organizam as ações e práticas, assim como aos conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores culturalmente aceitos e considerando a competência dos atores” (BRASIL, 2011e).

O conceito de qualidade é difuso, polissêmico e pode ter distintas perspectivas. Um dos conceitos mais aceitos na área da saúde tem sido aquele proposto por Donabedian (1980), onde a qualidade se refere a sete aspectos fundamentais: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

A ideia de medir a qualidade dos serviços em saúde começou a ser desenvolvida na década de 1960, por Avedis Donabedian, que lançou uma metodologia avaliativa e classificatória no que se refere à **estrutura, ao processo e aos resultados** nos serviços de saúde.

O componente “estrutura” corresponde às características relativamente estáveis e necessárias ao processo assistencial, abrangendo a área física, recursos humanos (número, tipo, distribuição e qualificação), recursos materiais e financeiros, sistemas de informação e instrumentos normativos técnico-administrativos, apoio político e condições organizacionais.

O componente “processo” corresponde à prestação da assistência segundo padrões técnico-científicos, estabelecidos e aceitos na comunidade científica sobre determinado assunto e, a utilização dos recursos nos seus aspectos quanti-qualitativos. Inclui o reconhecimento de problemas, métodos diagnósticos, diagnóstico e os cuidados prestados.

O componente “resultados” corresponde às consequências das atividades realizadas nos serviços de saúde, ou pelo profissional em termos de mudanças

verificadas no estado de saúde dos pacientes, considerando também as mudanças relacionadas a conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário e do trabalhador ligada ao recebimento e prestação dos cuidados, respectivamente.

A avaliação como componente de gestão em saúde tem hoje um reconhecimento que se traduz na existência de múltiplas iniciativas voltadas para sua implementação nas diversas dimensões dos sistemas de saúde. Institucionalizar a avaliação constitui-se um dos desafios mais importantes para o Sistema Único de Saúde.

Para Hartz (2002) institucionalizar a avaliação deve ter o sentido de integrá-la em um sistema organizacional no qual esta seja capaz de influenciar o seu comportamento, ou seja, um modelo orientado para a ação ligando necessariamente as atividades analíticas às de gestão das intervenções programáticas.

A avaliação em saúde no Brasil apresenta-se em um contexto em que os processos ainda são incipientes, pouco incorporados às práticas e possuem caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo que subsidiário do planejamento e da gestão. Além disso, os instrumentos existentes ainda não se constituem, ferramentas de suporte ao processo decisório nem da formação das pessoas nele envolvidas (BRASIL, 2005a).

No que se refere à atenção básica, Goulart (2002) aponta que a prática de avaliação expressa-se mais intensamente no Ministério da Saúde a partir de 1999 e 2000, tendo o PSF como principal indutor. Isso pode ser comprovado por meio da produção de teses acadêmicas e como resultado de processos desencadeados e apoiados pelo MS nesta temática.

Reconhece-se, então, que é papel fundamental do gestor federal, ser indutor da institucionalização da avaliação nas três esferas de governo, reforçando-se o seu caráter formativo, pedagógico e orientador das práticas. Nesse sentido, o Ministério da Saúde apresenta uma proposta que situa a avaliação como instrumento permanente para a tomada de decisão e a qualidade como atributo fundamental para se oferecer serviços de boa qualidade no SUS.

4.1.2.5 5º Momento: Avaliação da Melhoria da Qualidade – Qualificação da Estratégia Saúde da Família (AMQ) – 2004

A Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família (AMQ) surge com o objetivo geral de fomentar a avaliação de dos estágios de qualidade da ESF aproximando os atores envolvidos na ESF dos métodos e instrumentos para a autoavaliação de maneira a auxiliar no processo de tomada de decisão (BRASIL, 2005).

A AMQ representa uma metodologia de autoavaliação e gestão interna da qualidade, com vistas ao desenvolvimento de processos de melhoria contínua da qualidade. Traz o diferencial de oferecer aos gestores municipais, coordenadores e profissionais, a possibilidade de identificar pontos críticos, acompanhar o processo de implantação e desenvolvimento da ESF de maneira incremental e permanente.

Os processos autoavaliativos devem ser constituídos não apenas pela identificação de problemas, mas também pela realização de intervenções no sentido de superá-los. Como não é possível intervir em todos os problemas que se julga necessários, é fundamental estabelecer prioridades de investimentos para construção de estratégias para a superação dos problemas identificados.

Segundo o Ministério da Saúde, a proposta de realização da AMQ prevê a adesão voluntária a esta proposta, que não traz ônus nem bônus aos que a utilizam, exceto a melhoria da qualidade do serviço prestado a seus usuários e a orientação para um melhor diagnóstico acerca da organiza e do funcionamento dos serviços de saúde (BRASIL, 2005).

O AMQ-MS integra o conjunto de ações do Componente III (Avaliação e Monitoramento) do PROESF e opera a partir de dois componentes nucleares ou unidades de análise para a avaliação: Gestão e Equipes. Posteriormente, elencou-se as atividades desenvolvidas em cada um deles, determinando as subdimensões temáticas dos instrumentos. Para cada subdimensão foram propostos e validados padrões de qualidade.

No âmbito do PMAQ, sétimo momento a ser analisado neste trabalho, recomenda-se que a autoavaliação seja realizada com base na ferramenta composta por um conjunto de padrões de qualidade, ou seja, por um conjunto de declarações

acerca da qualidade esperada quanto à estrutura, aos processos e aos resultados das ações na Atenção Básica.

Foram criados padrões avaliativos voltados para: a Gestão Municipal, Coordenação Municipal da ESF, Unidade de Saúde da Família e para a Equipe de Saúde da Família.

Nos diversos padrões avaliativos propostos para os dois componentes, são ressaltados o desenvolvimento de novas habilidades e atitudes por parte dos gestores, coordenadores e profissionais, assim como iniciativas voltadas para mudanças nos processos de trabalho e nas práticas das equipes com vistas ao desenvolvimento efetivo de ações intersetoriais e de promoção da saúde.

Domingos (2010) defende que a AMQ além de trazer benefícios aos usuários do sistema, por meio da ESF, traz um aspecto formador para os atores envolvidos no processo avaliativo, à medida que aproxima o trabalhador e o faz aprender com o diagnóstico realizado acerca do funcionamento e da evolução da ESF, e se planeja outras ações para alcançar níveis mais desenvolvidos.

é esperado que o PMAQ seja constantemente aperfeiçoado, de modo a contemplar, progressivamente, a diversidade dos cenários em que será implantado; a necessidade de adequação dos critérios, parâmetros e ferramentas de avaliação e gestão, com vistas às novas demandas e desafios da Política de Atenção Básica e ao momento histórico de implantação do SUS; e a necessidade de revisão de conceitos, metodologias e ferramentas, com base no aprendizado institucional da implantação do PMAQ e na colaboração dos diferentes atores envolvidos. (BRASIL, 2011e).

Quadro 13 – Política Nacional de Atenção Básica 5º momento: Avaliação da Melhoria da Qualidade – AMQ (2004)

FLUXO DOS PROBLEMAS

- Processos ainda incipientes, pouco incorporados às práticas com caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo que é subsidiário do planejamento e da gestão.
- Instrumentos de gestão não funcionam como ferramentas de suporte ao processo decisório nem da formação das pessoas nele envolvidas

FLUXO DE SOLUÇÕES

- Criação de um instrumento permanente para a tomada de decisão e a qualidade como atributo fundamental para se oferecer serviços de boa qualidade no SUS;

FLUXO POLÍTICO

- Sociedade civil apoiou? E os estados e municípios aderiram? Havia motivação por parte dos interessados?

JANELAS DE OPORTUNIDADES

- Melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados aos usuários por meio da orientação para um melhor diagnóstico acerca do funcionamento dos serviços de saúde.
- Aproximação dos atores envolvidos na ESF dos métodos e instrumentos para a auto-avaliação de maneira a auxiliar no processo de tomada de decisão.

ATORES

- Ministério da Saúde
- Secretarias Estaduais de Saúde
- Secretarias Municipais de Saúde

AMQ

- Valoriza a melhoria contínua da qualidade
- Adesão formal e voluntária do gestor local
- Incentivo à participação de diversos atores
- Elaboração de planos de ação direcionados às limitações identificadas e selecionadas como prioritárias
- Construção de um histórico avaliativo por meio de aplicativo digital

4.1.2.6 6º momento: Política Nacional de Atenção Básica – 2006

Em 2006, o Ministério da Saúde aprova a Política Nacional de Atenção Básica por meio da Portaria GM/MS nº 650, de 28 de março de 2006 que estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e para o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), definindo a Atenção Básica como:

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (Brasil, 2006, p. 10).

A relevância da política de atenção básica, contudo, não se limita somente ao fato de esta articular um conjunto de atividades voltadas ao cuidado preventivo e diminuir a ênfase nas práticas terapêuticas. Tal política também assumiu o papel de capilarizar o sistema de assistência à saúde pelo país e de instrumentalizar a organização dos modelos locais de saúde.

- **Revisão da Política Nacional de Atenção Básica – Nova PNAB (2011)**

Em 2011, o Ministério da Saúde aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da atenção básica para a Estratégia de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) por meio da Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2012).

Antes de se chegar à nova PNAB, com as atenções voltadas para os princípios e diretrizes alinhavadas nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, a Secretaria de Atenção à Saúde, por meio do Departamento de Atenção

Básica apresentou, na Comissão Intergestores Tripartite, o desenho da nova Política Nacional da Atenção Básica.

Do ponto de vista conceitual, a PNAB mantém a Saúde da Família como a estratégia recomendada para a “atenção básica”, e sugere a utilização “médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade ao invés de falar apenas em “médico” nas equipes de Saúde da Família.

A nova PNAB traz a conformação do SUS em redes de atenção à saúde, que dão um destaque maior à importância (e à complexidade do trabalho) da atenção primária à saúde, e por este motivo as redes são consideradas mais adequadas para enfrentar as doenças não transmissíveis.

O PACS foi renomeado para estratégia e foi considerado uma forma de transição para a estratégia Saúde da Família. As novas equipes terão o limite de 12 agentes comunitários de saúde (ACS), enquanto as antigas poderão continuar funcionando com o número de ACS. Cada ACS continua sendo responsável por até 750 pessoas. Mas a maior notícia para os ACS veio mesmo foi de uma outra portaria, que exige a presença de pelo menos um ACS em cada equipe de atenção básica, mesmo se não for de Saúde da Família, como uma condição para a participação da equipe no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Quadro 14 – Evolução e comparação das normativas e diretrizes da ESF

Categorias analíticas	Portaria 1886 18 de dezembro de 1997	PNAB 2006 28 de março de 2006	PNAB 2011 21 de outubro de 2011
Equipes multiprofissionais	Abordagem multiprofissional. Médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (na proporção de 01 ACS para, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas)	Cada equipe multiprofissional responsável por 4000 habitantes mantendo a mesma proporção de ACS	Incorpora equipes multiprofissionais de equipes de AB assumindo uma multiplicidade de formas de organização, a exemplo dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).
Atendimento a grupos populacionais específicos	População mais exposta aos riscos sociais	Dirigido a populações de territórios bem delimitados	Vinculação das equipes de consultório na rua; à população ribeirinha e fluviais.
Atenção domiciliar	Visita domiciliar segundo definição territorial pré-estabelecida.	Visita domiciliar segundo definição territorial pré-estabelecida.	As diretrizes foram organizadas
Ações assistenciais	Integralidade da assistência	Capilaridade da assistência à saúde	Inserção de Polos de Academia da Saúde
Modalidades de financiamento	Repasse de recursos financeiros de acordo com as prioridades e critérios definidos e pactuados na Comissão Intergestores Tripartite: recursos per capita	Define duas modalidades de financiamento: Modalidade 1 (municípios IDH < 0,7 ou que integram PITS ou população quilombolas) e Modalidade 2 Define valores PAB fixo e PAB variável;	Foram inseridos elementos de equidade na fixação do valor do PAB fixo. Ao PAB variável foram incorporados recursos para atender às necessidades de grupos populacionais específicos (NASF, consultórios de rua, comunidades fluviais e ribeirinhas)

Fonte: Loureiro, 2014.

A nova PNAB manteve em linhas gerais as diretrizes anteriores, e incluiu na Política as mudanças que ocorreram desde então, por meio da consolidação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), das equipes de Saúde da Família ribeirinhas, do Programa Saúde na Escola, e da recente flexibilização da carga horária médica nas equipes de Saúde da Família.

As principais alterações foram: incorporação de diretrizes e normas relativas a outras formas de organização da atenção básica, indo além da estratégia de Saúde da Família; incorporação de políticas voltadas para grupos populacionais específicos; inclusão das estratégias de promoção da atividade física e mudanças no financiamento.

4.1.2.7 7º Momento: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – 2011

Ainda em 2011, foi lançado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), como estratégia indutora do “Saúde Mais Perto de Você” para melhorar as condições de funcionamento das unidades básicas de saúde - UBS, almejando a permanente e progressiva ampliação do acesso e da qualidade das prática de gestão, cuidado e participação” na AB (BRASIL, 2011).

O PMAQ-AB busca induzir a implantação de processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais. Além disso, vai impulsionar o processo de trabalho das equipes de atenção básica, a fim de ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população.

Dentre os desafios do PMAQ, o que Kingdon chama de fluxo de problemas, está o enfrentamento para qualificação da atenção básica, destacam-se a precariedade da rede física; a ambiência pouco acolhedora das UBS; as inadequadas condições de trabalho para os profissionais; a necessidade de qualificação do trabalho das equipes; a instabilidade das equipes e a elevada rotatividade dos profissionais; a insipiência dos processos de gestão; a sobrecarga das equipes com número excessivo de pessoas sob sua responsabilidade; a pouca integração das equipes com a rede de apoio diagnóstico e terapêutico; a baixa integralidade e resolutividade das práticas e o financiamento insuficiente e inadequado (BRASIL, 2011a).

As dimensões e padrões propostos pelo PMAQ operam como a afirmação de diretrizes e de um esforço para a superação dos problemas priorizados. A qualidade é apreendida como “fluxo” e “movimento” devendo, por isso, ser fruto da atuação dos atores implicados, com capacidade de mudar o cenário e, portanto, exigir permanente adaptação e evolução da Política, de suas estratégias e instrumentos:

é esperado que o PMAQ seja constantemente aperfeiçoado, de modo a contemplar, progressivamente, a diversidade dos cenários em que será implantado; a necessidade de adequação dos critérios, parâmetros e ferramentas de avaliação e gestão, com vistas às novas demandas e desafios da Política de Atenção Básica e ao momento histórico de implantação do SUS; e a necessidade de revisão de conceitos, metodologias e ferramentas, com base no aprendizado institucional da

implantação do PMAQ e na colaboração dos diferentes atores envolvidos. (BRASIL, 2011c).

Este Programa foi instituído pela Portaria de nº 1.654 GM/MS do dia 19 de julho de 2011, durante a gestão do Ministro Alexandre Padilha e foi produto de um processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS que contou com a participação de vários atores que debateram e formularam soluções para viabilizá-lo.

O PMAQ-AB contempla um conjunto de 47 indicadores, subdivididos em 7 áreas de aplicação, e foram organizados, segundo a natureza de seu uso, em indicadores de desempenho e monitoramento, distribuídos segundo a área estratégica e a natureza do seu uso. Os indicadores de desempenho estão vinculados ao processo de avaliação externa e serão utilizados para a classificação das Equipes de Atenção Básica, conforme o seu desempenho, enquanto os indicadores de monitoramento possuem a finalidade de auxiliar o acompanhamento de forma regular para complementação de informações sobre a oferta de serviços e resultados alcançados pelo núcleo de atenção básica, sem, no entanto, influenciar na avaliação atribuída às Equipes de Atenção Básica (EAB).

Trata-se de um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, nos três níveis de governo, vinculando grande parte dos recursos, a serem repassados, a padrões de qualidade que indicariam a ampliação do acesso aos serviços, a melhoria das condições de trabalho e da qualidade da atenção, o que representa uma mudança na lógica de repasse de recursos para a Atenção Básica (AB) e anuncia alterações na lógica de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) como um todo. (PINTO; SOUZA; FLORÊNCIO, 2012).

O Programa se organiza em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB que são: adesão e contratualização; desenvolvimento; avaliação externa; e recontratualização.

A primeira fase do PMAQ consiste na etapa formal de adesão ao programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as Equipes de Atenção Básica com os gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde num processo que envolve pactuação local, regional e estadual

e a participação do controle social. Esta etapa encontra-se concluída, com a adesão de 70,7% dos municípios e 53,9% das EABs, com alguma variação entre os estados (PINTO; SOUZA; FLORÊNCIO, 2012).

A segunda fase do PMAQ consiste na etapa de desenvolvimento do conjunto de ações que serão empreendidas pelas Equipes de Atenção Básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. Esta fase está organizada em quatro dimensões (autoavaliação; monitoramento; educação permanente; e apoio institucional).

Vale ressaltar que os processos autoavaliativos comprometidos com a melhoria contínua da qualidade poderão potencializar os demais processos da fase de desenvolvimento do PMAQ, na medida em que contribuirão com os gestores na reflexão sobre seus processos de trabalho e na construção de estratégias e ações comuns para a melhoria do serviço prestado.

A terceira fase consiste na avaliação externa que será a fase em que se realizará um conjunto de ações que averiguará as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e Equipes da Atenção Básica participantes do Programa.

E por fim, a quarta fase é constituída por um processo de pactuação singular das equipes e dos municípios com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados pelos participantes do PMAQ.

Para alcançar esses objetivos o PMAQ criou o “Componente de Qualidade” do Piso de Atenção Básica (PAB) Variável e os municípios passaram a ter a possibilidade de até dobrar o recurso recebido por equipe, caso alcancem um desempenho “ótimo” naquilo que o PMAQ toma como objeto de contratualização e avaliação, os “padrões” (BRASIL, 2012).

Houve uma mudança profunda no financiamento da AB vinculando parte importante do repasse de recursos à implantação de “padrões” que indicariam a

ampliação do acesso aos serviços, a melhoria das condições de trabalho e da qualidade da atenção e o investimento no desenvolvimento dos trabalhadores.

Quadro 15 – Política Nacional de Atenção Básica 7º momento: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica PMAQ-AB (2011)

FLUXO DOS PROBLEMAS

- Precariedade da rede física;
- Ambiência pouco acolhedora das UBS;
- Condições inadequadas de trabalho para os profissionais;
- Necessidade de qualificação do trabalho das equipes;
- instabilidade das equipes
- Elevada rotatividade dos profissionais;
- insipiência dos processos de gestão;
- Sobrecarga das equipes com número excessivo de pessoas sob sua responsabilidade
- Pouca integração das equipes com a rede de apoio diagnóstico e terapêutico;
- Baixa integralidade e resolutividade das práticas e o

JANELAS DE OPORTUNIDADES

- Ampliar o conceito de saúde para além dos aspectos biológicos de modo que os atores nos pólos pudessem desenvolver recursos de educação para levar em conta todas as dimensões e fatores que regulam, qualificam e modificam o trabalho.

PMAQ - AB

Modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, nos três níveis de governo, vinculando grande parte dos recursos, a serem repassados, a padrões de qualidade que indicariam a ampliação do acesso aos serviços, a melhoria das condições de trabalho e da qualidade da atenção, o que representa uma mudança na lógica de repasse de recursos para a Atenção Básica

FLUXO DE SOLUÇÕES

- Alteração na lógica de financiamento e repasse de recursos vinculados a padrões de qualidade.
- Estabelecimento de processo que envolve pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social.
- Programa de indução

ATORES

- Conselho Nacional de Saúde (CNS)
- Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES)
- Comissões Intergestores Regionais (CIR)
- Colegiados de Gestão Regional
- Secretarias estaduais e municipais
- Gestores de saúde, instituições de ensino com cursos na área da saúde,
- Hospitais de ensino e serviços de saúde,
- Estudantes e trabalhadores da saúde,
- Conselhos municipais e estaduais de saúde,
- Movimentos sociais
- Organização Panamericana da Saúde (OPAS)

FLUXO POLÍTICO

O PMAQ foi produto de um processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS que contou com a participação de vários atores que debateram e formularam soluções para viabilizá-lo.

4.2 PARTE II – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS: ANÁLISE DA FORMAÇÃO DA AGENDA DA POLÍTICA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL

As categorias analíticas escolhidas para a apresentação e discussão dos resultados deste trabalho, quais são: (1) fluxo dos problemas (*problems stream*); (2) fluxo de alternativas (*policy stream*) (3) fluxo político (*political stream*). Podemos apresentar como fluxo político: o clima nacional, as forças políticas organizadas e as mudanças no governo que são fatores que afetam a agenda. Ideias e não apenas poder, influência, pressão e estratégias são fundamentais no jogo político.

Nesse sentido, é necessário destacar que o processo de implantação da APS no Brasil percorreu a seguinte trajetória: em 1940 foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP); nos anos 1950 predominou o modelo sanitarista-campanhista; dos anos 1960 até a metade de 1980 prevalece o modelo médico-privatista, período em que a proposta de APS ganha força e os programas de extensão de cobertura começam a ser desenvolvidos em diversas regiões do país.

Sabe-se que a Conferência de Alma-Ata é considerado um marco histórico determinante para a consolidação das bases da atenção primária atual, uma vez que questionou os modelos verticais de intervenção da OMS (GIOVANELLA, 2008) que não atendiam as principais necessidades de saúde da população.

A Declaração de Alma-Ata (OPAS/OMS, 1978) sintetizou as discussões que se estabeleceram em torno das estratégias que deveriam ser adotadas pelos países, propondo uma nova abordagem na organização e racionalização dos recursos disponíveis através dos cuidados primários à saúde.

Esta declaração foi um marco, em termos de “imagem-objetivo” para o reordenamento dos sistemas de saúde no mundo, capazes de contemplar as necessidades mais complexas que fazem parte do contexto social, político e econômico das populações, introduzindo a participação comunitária como estratégia essencial desse modelo.

A década de 1980 foi marcada por uma agenda política no campo da saúde bastante fortalecida que culminou com implantação do projeto da reforma sanitária exigiu o estabelecimento de prioridades e o enfrentamento de distorções estruturais do sistema de saúde e teve como desafio a superação do grave quadro de

desigualdades em saúde no país, dificuldades de acesso aos serviços de saúde; hegemonia dos modelos de atenção médico-assistencial, privatista e sanitarista, o recrudescimento de endemias como a dengue, tuberculose, malária e hanseníase.

O percurso da política de saúde nos anos 1990 expressou tensões entre a agenda da reforma sanitária e a agenda de reforma do Estado de inspiração liberal, com a presença forte de organismos internacionais como Organização Mundial da Saúde e Banco Mundial. Por esse motivo, podemos dizer que a construção da agenda da reforma sanitária à época foi construída em um contexto bastante desfavorável: conjuntura político-econômica nacional internacional extremamente adversa à consolidação das políticas sociais abrangentes e redistributivas.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde construiu e buscou implementar sua agenda de políticas de saúde nos anos 1990 influenciado pela trajetória prévia da política da saúde, pelas diretrizes da reforma sanitária brasileira, pela agenda de reforma do Estado nacional, pelo projeto do governo federal, pelas preocupações e interesses dos dirigentes e pela interface entre os vários atores, com destaque para os movimentos sociais e sociedade civil que foram determinantes para a ampliação dos direitos sociais e mesmo com todas as tensões causadas pela divergência de agendas, sabe-se que a experiência dos organismos internacionais foi amplamente considerada, sobretudo no que diz respeito à formação da agenda da atenção primária à saúde.

No que diz respeito à política nacional de atenção primária à saúde, a década de 90 no Brasil foi marcada por importantes mudanças e por grande investimento na ampliação do acesso à saúde. Pode-se dizer que tais transformações se relacionam tanto às mudanças no arranjo federativo instaurado após a Constituição de 1988 e ao processo de descentralização, como ao destaque assumido pela atenção primária à saúde na agenda setorial (CASTRO; MACHADO, 2010).

Em meados da década de 1990, após muitas relutâncias e até mesmo entraves governamentais ao processo de implantação do SUS, foi implantada uma estratégia para mudança do modelo hegemônico, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), financiada pelo Ministério da Saúde. A disseminação desta estratégia e os investimentos na chamada rede básica de saúde ampliaram o debate em nível nacional e trouxeram novas questões para a reflexão.

Em meio a esse cenário e ao que Kingdon chama de **fluxo político**, cabe também reconsiderar que havia duas correntes de pensamento consideradas estratégias para os sistemas de saúde. De um lado, o pensamento do Banco Mundial e de outro a forte ideia de direito público colocada sobre o sistema de saúde, trazendo notoriedade a Atenção Primária em Saúde no Brasil por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família.

Essas estratégias políticas nascem no bojo do acirramento da crise estrutural do setor saúde no país, vivenciada pela população brasileira que por muitas décadas, percebe o distanciamento entre seus direitos e a capacidade efetiva do Estado em ofertar ações e serviços públicos de saúde, o mais perto possível dos territórios sócio-sanitários dos indivíduos, famílias e comunidades (SOUSA, 2007).

No que diz respeito ao fluxo de soluções, a Estratégia de Saúde da Família é proposta como uma das alternativas para solucionar os problemas de acesso do sistema de saúde brasileiro. Há que se observar que as soluções não são desenvolvidas necessariamente para resolver um problema. São geradas nas comunidades políticas, difundem-se e espalham-se no processo de sensibilização. São soluções tecnicamente viáveis que representam valores compartilhados, contam com consentimento público e receptividade dos formuladores de políticas com maiores chances de chegar à agenda.

A ESF pareceu em sua concepção uma solução tecnicamente viável para reorganizar a Atenção Básica (AB) como primeiro nível de atenção e por assim ser passou a ser considerada como porta de entrada do SUS. No entanto, será que podemos considerar a ESF como porta de entrada do SUS?

Entre os argumentos que defendem a ESF como estratégia prioritária para reorganização da AB, como primeiro nível de atenção, está a ideia desta ser defendida como porta de entrada do sistema de saúde brasileiro, onde 80% dos problemas de saúde da população são resolvidos neste nível e daquela se apresentar como uma janela de oportunidade para solução dos problemas da população.

No entanto, a ideia da APS ser porta de entrada tem se mostrado com baixa capacidade de resolver problemas e implica desqualificação e isolamento. A APS não pode ser a sua única porta de entrada, porque o sistema de saúde se organiza a partir de outros níveis de atenção, por onde a população também acessa o sistema. Ademais, a rede básica não pode ser o único lugar de acolhimento, porque todas as partes do sistema precisam se responsabilizar pelo resultado das ações de saúde e pela vida das pessoas.

Para melhor compreensão desta ideia, destacamos a forma de organização e hierarquização das redes assistenciais, em que a ideia predominante envolve uma imagem em pirâmide para a atenção à saúde, bem como a ideia da complexidade crescente em direção ao topo. Hospital no topo e rede básica como porta de entrada do sistema de saúde.

Na prática, essa é uma postura prescritiva, presa a uma racionalidade formal, que não leva em conta as necessidades e os fluxos reais das pessoas dentro do sistema e, por isso mesmo, termina não se concretizando, pois os serviços funcionam com lógicas muito diferentes, a articulação entre os níveis de atenção não acontece, não se assegura a resolução dos problemas e a população termina entrando no sistema por todas as portas.

Apesar da ideia de porta de entrada não ser argumento para evidenciar a Atenção Básica como solucionadora prioritária dos problemas da população, os estudos de Starfield (2002) mostram que sistemas de saúde orientados para a atenção primária apresentam impacto positivo nos indicadores de morbimortalidade, pelo fato de promover cuidados em saúde mais efetivos e alcançam maior efetividade, eficiência e equidade, quando comparados a sistemas voltados para atenção especializada.

No entanto, dos problemas que a APS se propôs a resolver como dificuldades no acesso, na estrutura física, na formação das equipes, na gestão e na organização da rede, a ESF ao longo de 20 anos consegue se destacar com a crescente ênfase dada à promoção da saúde e também como esfera de diagnóstico e intervenção em saúde. No entanto alguns dos problemas identificados nos momentos descritos neste trabalho, não foram solucionados.

No que diz respeito aos princípios da ESF, verificou-se com relação à **integralidade** que os sistemas de serviços de saúde organizados nesta perspectiva adotariam certas premissas: primazia das ações de promoção e prevenção; garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica; a articulação das ações de promoção, prevenção, cura e recuperação; a abordagem integral do indivíduo família (GIOVANELLA, 2008).

Para efetivar a construção da integralidade, a Educação Permanente em Saúde-EPS surge como **fluxo de soluções** para os processos de trabalho em saúde, já que os profissionais precisavam mudar suas concepções com relação a suas atuações no cotidiano de suas práticas em relação às necessidades de saúde da população para realizarem ações e serviços com qualidade na assistência.

A EPS traz para o gestor federal, enquanto ator do processo, à responsabilidade com relação à legislação e ordenação do pessoal para o setor, ao mesmo tempo em que se estabeleceu uma estratégia de recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e participação da sociedade no tocante à Saúde.

No entanto, sabe-se que o processo de formação em saúde no Brasil ainda é falho, por não conseguir assumir uma postura de mudança nas práticas dos profissionais de saúde, mas a PEPS pode ser considerada uma das **alternativas** que propiciaram o desenvolvimento de certo pensamento crítico, estimulando o fortalecimento sobre a importância do processo de formação em saúde.

Verificou-se pela revisão da literatura que ao PSF foi dada a missão de mudar o modelo tecnoassistencial para a saúde, no entanto, o modelo proposto pelo PSF continua sendo médico-hegemônico com raízes fundantes na Medicina Comunitária e nos Cuidados Primários à Saúde cuja concepção está baseada em atos e saberes estruturados pelos médicos. Franco e Merhy (2003) acreditam que o PSF não provocou mudanças de estrutura nem desburocratização do acesso aos serviços.

Conill (2008) em seus estudos de avaliação da APS traz a reflexão sobre a superioridade da ESF, mas mostra que as possibilidades de sinergia da ESF com outras políticas sociais ainda é discreta.

Paim (2002), de modo semelhante a Franco e Merhy, faz uma crítica à APS argumentando que esta incorporou implicitamente elementos do discurso da Saúde Comunitária, em que a APS ficou presa ao núcleo epistemológico da Epidemiologia/Vigilância à Saúde e articulou sua proposta de atenção à saúde a partir dessa matriz, recaindo na mesma armadilha da Saúde Comunitária aprisionada por um ideal nos limites do preventivismo, investindo muita energia na promoção da saúde e na prevenção de doenças, mas não conseguindo alterar o perfil do modelo médico centrado.

Da mesma forma, Franco e Merhy (2003) defendem que é limitante considerar que o conhecimento articulado em torno da ideia de território processo trazida pela epidemiologia seja suficiente para responder à complexidade dos problemas de saúde. É importante considerar também outros conhecimentos provenientes da sociologia, psicanálise, teorias gerenciais, planejamento que vão além da responsabilidade “higienista-sanitária”.

Outra questão central criticada por esses autores no que diz respeito à estrutura e à organização das demandas de serviços de saúde é que estas passam a ser referenciadas exclusivamente por meio das equipes do PSF excluindo com isso as possibilidades de atendimento de demandas espontâneas como é o caso dos atendimentos às urgências.

Os atendimentos às urgências também devem ser considerados do ponto de vista de credibilidade do usuário e não apenas visitas domiciliares. Esta estratégia de visitação em domicílio se mostra pouco eficiente quando os profissionais se deslocam sem indicação específica e do ponto de vista econômico Silva (2004) aponta ainda que não houve racionalização de gastos como se pensava no início do PSF.

O Ministério da Saúde em Notas sobre o Desempenho de Gestão da Educação na Saúde deixa claro que:

Uma condição indispensável para uma pessoa ou uma organização decidir mudar ou incorporar novos elementos à sua prática e aos seus conceitos, é o desconforto com a realidade, o contato com a necessidade de mudar ou de crescer, a percepção de que a maneira vigente de fazer ou pensar insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho. A

reflexão sobre as práticas vividas é que podem produzir transformações. (CECCIM, 2005, p. 165).

Ainda com relação ao princípio da integralidade, em um de seus sentidos, implica em dotar o sistema de condições que propiciem a atenção integral, desde o processo de cuidar até a organização dos serviços e as políticas públicas, dando responsabilidade a todos os que estão inseridos no contexto da saúde dando a cada um a sua parcela de contribuição para a resolubilidade nos diversos níveis de atenção.

Foi necessária para compreender o processo decisório de formação da agenda política da Estratégia de Saúde da Família que leva em consideração a participação de **diversos atores**. Articular esses atores em relação ao conteúdo da agenda tem sido uma ação de grande importância na construção do consenso político.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho possibilitou analisar o processo de formação da agenda da Estratégia de Saúde da Família, esta vista como mecanismo de reorganização da atenção básica no Brasil e como resposta a um longo processo social que expressa as reordenações na sociedade capitalista da relação entre o Estado e as diferentes origens sociais e econômicas, por meio de políticas sociais e, em particular, de saúde, na luta pelos direitos de cidadania.

A escolha pela atenção primária à saúde como tema chave deste trabalho e, sobretudo, como uma das prioridades da agenda nacional, justifica-se sob duas vertentes. Em primeiro lugar, como resposta social a problemas e necessidades da população de diversos países e, em segundo momento, como serviço de saúde, em que os processos decisórios que o compreendem perpassam complexas relações entre Estado e mercado.

Verificou-se, neste estudo, que a emergência de questões na agenda explica-se mais em termos da dinâmica política do que das condições objetivas, pois o problema é uma construção social. Nesse sentido, foi importante conhecer os principais atores que participam do processo de construção da agenda da Estratégia de Saúde da Família, e apresentar a sequência histórica dos principais momentos de formação dessa agenda enquanto parte constituinte da Política Nacional de Atenção Básica, com apoio das variáveis utilizadas no modelo de John Kingdon.

A utilização do Modelo de Múltiplos Fluxos de Kingdon possibilitou identificar os principais problemas, fatores políticos, fluxos de soluções de cada momento da ESF além de trazer a compreensão de como as prioridades passaram a ocupar a agenda governamental.

O estudo deste modelo possibilitou constatar que para que um problema capture atenção do governo e da classe política e dos principais atores envolvidos na formação da política, é necessário que o seu entendimento tenha ligação com uma solução efetiva.

No caso analisado, constatou-se que a organização da APS no Brasil por meio da ESF veio para tentar solucionar a questão da integralidade e de melhoria do acesso e por se mostrar uma intervenção mais ampla realizada no Brasil visando à

modificação do modelo hegemônico de atenção tem se mostrado uma solução efetiva desde sua implantação, embora ainda traga muitos desafios a serem enfrentados.

Entendemos que a conversão do modelo médico hegemônico para um modelo usuário centrado exige o enfrentamento de desafios colocados pela complexidade de sua operacionalização, que vão além daqueles identificados ao longo dos momentos trabalhados neste estudo, tais como: perfil epidemiológico, a questão do financiamento, os problemas de acesso, gestão dos serviços de saúde, organização dos processos de trabalho e de formação e qualificação dos profissionais de saúde.

Verificou-se também que os problemas da atenção básica no Brasil não são atuais. A agenda ao longo dos 20 anos de política permanece com os mesmos desafios, embora a PNAB já tenha avançado bastante na questão do financiamento, da descentralização, da formação, do acesso e da qualidade, a PNAB e a ESF ainda requer aprimoramentos.

Em relação à qualificação do trabalho das equipes de SF, em direção à legitimação da AB na sociedade brasileira, acredita-se que pode ser alcançada por meio da melhoria dos instrumentos de gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da AB.

No que diz respeito à implementação da integralidade considera-se ser um dos desafios para a gestão da saúde no Brasil já que implica dotar o sistema de condições relacionadas às diversas fases da atenção à saúde, ao processo de cuidar, ao relacionamento do profissional de saúde com os pacientes, dentre outras condicionantes. Para isso, indivíduos e coletividades devem dispor de atendimento organizado, diversificado e humano.

Outro aspecto que podemos concluir com relação à formação da agenda da AB é que: a presença do Estado na organização de serviços de saúde é antiga e nos parece inexorável. Ele se constitui o principal ator na edição de políticas públicas de saúde que correspondem aos interesses hegemônicos. Apesar disso, a arena da saúde apresenta disputas de projetos feitos por grupos sociais “antihegemônicos” que, por sua vez, pressionam os Estados para que adotem

determinada política de saúde. São essas forças que fazem com que as políticas de saúde favoreçam ou não determinados grupos de interesses.

Os principais atores identificados na construção da agenda governamental de Saúde Pública como política social no Brasil são: os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, que exercem papel fundamental na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde; e as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite, que atuam na coordenação do processo de elaboração da política de saúde nos três níveis de governo, em especial na operacionalização da diretriz constitucional de descentralização do sistema.

Não se alcançou a compreensão de todos os atores envolvidos, nem o funcionamento de suas atuações no campo da Política Nacional de Atenção Básica, embora saibamos que seja de fundamental importância conhecer tanto a natureza do conjunto das relações sociais do período em estudo, quanto às forças sociais que delineiam as opções políticas. Sugere-se como objeto de estudo em pesquisas futuras correlatas ao tema estudado neste trabalho.

Este trabalho não teve como objetivo avaliar a Política Nacional de Atenção Básica, em sua completude, mas compreender como ocorre o funcionamento do processo de formulação da agenda da ESF, a partir dos sete momentos identificados.

O primeiro ponto de partida para a análise do processo de formação da agenda da Estratégia de Saúde da Família foi a compreensão do Programa de Saúde da Família (PSF), concebido como uma estratégia prioritária da atenção básica para reorientação das práticas convencionais de atenção.

O PSF, que posteriormente passou a ser considerado uma estratégia, Estratégia de Saúde da Família - ESF surge em um cenário de crise da capacidade do poder público de continuar financiando a expansão do modelo hospitalar privado, na contramão de uma sensibilidade sociopolítica, nacional e estadual, vinculada a projetos democráticos de reforma do Estado e a projetos universais interdisciplinares, intersetoriais e equitativos.

Enquanto estratégia de transformação e modificação dos modelos de atenção, foi necessário pensar em uma maneira de viabilizá-la sob o aspecto da

descentralização e a questão do financiamento em saúde, tema de que trata o segundo momento analisado neste trabalho, traz um conjunto de responsabilidades e prerrogativas de gestão para o nível local.

A NOB 96 foi uma resposta a necessidade de descentralização de recursos da Atenção Básica, seguida do PAB fixo e posteriormente do PAB variável, em que os municípios passam a receber recursos diretamente do governo federal assumindo a responsabilidade e capacidade de ofertar ações e dos serviços de saúde.

Como a análise dos momentos, não segue necessariamente uma ordem cronológica, o terceiro momento está situado entre os dois primeiros e se justifica em função da necessidade de se formar profissionais que pudessem desenvolver práticas mais consoantes com as propostas de Saúde da Família. No entanto, pelo que foi investigado, nota-se que os profissionais ainda carecem de formação adequada ao modelo usuário centrado.

A expansão da ESF e o impasse relacionado com a formação dos profissionais possibilitou a formação de novas alianças e articulações no cenário da política de saúde. Como solução a este impasse, surgiram os Polos de Formação, Capacitação e Educação Permanente, estabelecidos a partir de 1998 para estimular mudanças curriculares no sistema formador de acordo com a lógica da promoção da saúde em uma perspectiva de prevenção. Para isso, foi necessário capacitar os profissionais de modo a prepará-los para a construção do cuidado familiar no intuito de se prestar uma assistência integral que atenda as necessidades de saúde e doença dos indivíduos.

O quarto momento corresponde à expansão da ESF para os grandes centros urbanos, a partir de 2003, com o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família - PROESF. Esta iniciativa ocorreu devido à grande concentração populacional em grandes centros urbanos e às baixas coberturas apresentadas pelo PSF. Apesar do investimento de U\$ 550 milhões e do apoio do Banco Mundial, não foram encontradas informações sistematizadas sobre a execução financeira deste orçamento senão pelo Relatório de Avaliação do Projeto elaborado por este organismo internacional. Além disso, recebe críticas em relação a sua aplicabilidade

em municípios maiores pelo fato de já existirem serviços consolidados ou outros processos em curso que dificultam a execução dessa proposta.

A Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ) da Estratégia de Saúde da Família, quinto momento analisado, surge com o objetivo de fomentar a avaliação dos estágios de qualidade da ESF trazendo a auto-avaliação para os atores envolvidos como uma possibilidade de melhoria contínua da gestão. Integra também o componente III do PROESF que está relacionado à estruturação e implementação de metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação. Apesar de ser uma metodologia incipiente traz um aspecto formador para os atores envolvidos.

A consolidação e aprovação da Política Nacional de Atenção Básica em 2006 constitui-se o sexto momento deste trabalho, e foi apresentado como um marco histórico da política quando foi estabelecida a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica tanto para o PSF quanto para o PACS. Em 2011, a PNAB foi revista novamente para incluir mudanças que ocorreram desde então, por meio da consolidação do NASF, das equipes de SF ribeirinhas, do Programa Saúde na Escola e da flexibilização da carga horária médica nas ESF.

O sétimo e último momento de análise é o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) que traz o desafio de qualificar a atenção básica por meio de um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde nos três níveis de governo, vinculando parte dos recursos a serem repassados a padrões de qualidade que indicariam a ampliação do acesso aos serviços, a melhoria das condições de trabalho e da qualidade da atenção, o que representa uma mudança na lógica de repasse de recursos para a AB e anuncia alterações na lógica de financiamento.

Apesar de todos os avanços que a Política Nacional de Atenção Básica alcançou no que diz respeito à ESF, enquanto estratégia de inversão do modelo assistencial por meio do trabalho de equipes e da ampliação do conceito de saúde para além das práticas curativas considera-se que ainda existem alguns desafios a serem enfrentados para garantir e promover a ampliação do acesso do usuário.

Das críticas mais contundentes encontradas durante a realização deste estudo, está o fato da ESF ser definida como uma estratégia de reforma dos modos

de atenção que ainda não conseguiu romper com o sistema tradicional predominante. Está voltado para a camada da população menos favorecida e não alcança a classe mais favorecida, incentivando dessa forma, a permanência e vitalidade do modelo tradicional. Além disso, é mister articular a demanda espontânea com a demanda programada; articular este nível de atenção com os demais; enfrentar a formação de recursos humanos; implantar efetivamente instrumentos de gestão para que se possa avaliar e acompanhar efetivamente esta Política tão importante para a Saúde.

Nesse sentido, o estudo cumpre seu objetivo, destacando que a ESF tem auxiliado o processo de gestão do SUS no que diz respeito à atenção primária, embora saibamos que o processo de gestão em saúde seja bastante complexo, incluindo outros níveis de complexidade.

Para o enfrentamento dos desafios apresentados neste trabalho, recomenda-se a ampliação dos estudos e pesquisas que tenham como objeto central de investigação a avaliação de políticas e de programas sociais, que são ainda muito incipientes na realidade brasileira. É mister a formação de uma cultura avaliativa com análises de impactos e efeitos.

Quadro 16 – Apresentação dos resultados

OS MÚLTIPLOS FLUXOS DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

FLUXO DOS PROBLEMAS

- Alta taxa de mortalidade infantil
- Dificuldades de acesso aos serviços de saúde causadas por diarreia, desnutrição e infecção respiratória aguda
- Baixa resolutividade dos problemas
- Uso irracional dos recursos
- Falta de profissionais com formação adequada e perfil generalista para atender as necessidades da população
- Exclusão no acesso aos serviços de saúde nos grandes centros
- Processos de gestão incipientes
- Precariedade da rede física;
- Ambiência pouco acolhedora das UBS;
- Elevada rotatividade dos profissionais;
- Sobrecarga das equipes com número

FLUXO DE SOLUÇÕES

- Descentralização radical
- Estabelecimento de vínculos entre as equipes de saúde da família e a população
- Pactos de corresponsabilização do cuidado
- Educação Permanente como estratégia para recompor as práticas de formação, atenção e gestão
- Financiamento de Projeto para municípios de grande porte pelo Banco Mundial
- Qualidade como atributo fundamental para melhorar serviços de saúde - AMQ
- Aproximação dos atores envolvidos na ESF dos métodos e instrumentos de autoavaliação para auxiliar a tomada de decisão
- Consolidação e revisão da Política
- Institucionalização de um instrumento permanente para a tomada de decisão

FLUXO POLÍTICO

- Redemocratização do país
- Crise de governabilidade (Governo Itamar)
- Políticas neoliberais x Políticas Universalistas
- Projeto da Reforma Sanitária

ATORES

- Ministério da Saúde
- Conselhos de Saúde (CNS, CONASS, CONASEMS)
- Comissões Intergestores (CIT, CIB e CIR)
- Colegiados de Gestão Regional
- Secretarias estaduais e municipais
- Gestores de saúde, instituições de ensino com cursos na área da saúde,
- Hospitais de ensino e serviços de saúde,
- Estudantes e trabalhadores

REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, F. L. Descentralização e pacto federativo. *Cadernos Enap*, Brasília, v. 1, n. 1, 1993.
- AGUIAR, R. A. T. *A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil*. 2003. 166 f. Dissertação (Mestrado)–Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.
- ARRETCHE, M. T. S. *Dossiê agenda de pesquisas em políticas públicas*, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v18n51/15981>>. Acesso em: 27 jun. 2014.
- _____. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. *São Paulo em perspectiva*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004.
- _____. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. *Revista brasileira de ciências sociais*, São Paulo, v. 14, 1999.
- _____. Relações federativas nas políticas sociais. *Educação & Sociedade*, São Paulo, v. 23, 2002.
- BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. *Caminhos para análise das políticas de saúde*, 2011. Disponível em: <<http://www.ims.uerj.br/ccaps/wp-content/uploads/2011/10/LivroCompleto-versao-online.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2014.
- BAUMGARTNER, F. R.; JONES, B. D. *Agendas and Instability in American Politics*. Chicago: University of Chicago Press, 1993.
- BOBBIO, N. *Estado, governo e sociedade: para uma teoria geral da política*. Tradução de Marco Aurélio Nogueira. São Paulo: Paz e Terra, 2000.
- BOBBIO, N.; MATTEUSCI, N.; PASQUINO, G. *Dicionário de política*. Brasília: Editora da UnB, 1991. v. 2.
- BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciência & Saúde*, Rio de Janeiro, vol.7, n.3, pp. 401-412, 2002.
- BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. F. A política de atenção básica do Ministério da Saúde: refletindo sobre a definição de prioridades. *Trabalho, educação e saúde*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 27-53, 2010.
- BOUSQUAT, A.; COHN, A.; ELIAS, P. E. Implantação do Programa Saúde da Família e exclusão sócio-espacial no Município de São Paulo, Brasil Implementation of the Family Health Program and sociospatial exclusion. *Cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1935-1943, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *AMQ: avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família*. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Programa Saúde da Família: saúde dentro de casa*. Brasília, 1994.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <<http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>>. Acesso em: 27 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação o SUS. *Programa de Avaliação para Qualificação do Sistema Único de Saúde*. Brasília, 2011a.

_____. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 de junho de 2011b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em 25 jun. 2012.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 27 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria no 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável, 2011c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em 25 jun. 2012.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.886, de 22 de dezembro de 1997*. Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família, 1997. Disponível em: <<http://www.agentedesaudef.info/2013/01/portaria-n-1886-de-18-de-dezembro-de.html>>. Acesso em: 27 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de saúde da Comunidade. *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família: documento técnico*. Brasília; 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo*. Brasília: 2011d. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/165/pmaq-manual-instrutivo-%5B165-040412-SES-MT%5D.pdf>>. Acesso em 25 jun. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ*. Brasília, 2011e. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/Pmaq/amaq.pdf>>. Acesso em 25 jun. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Documento Síntese para Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)*. Brasília, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/Documento_Sintese_Avaliacao_Ext_erna_2012_04_25.pdf>. Acesso em 25 jun. 2012.

CALDWELL, J. C. Routes to Low Mortality in Poor Countries. *Population and Development Review*, New York, v. 12, n. 2, p. 171-220, 1986.

CAMPOS, G. W. S. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. Formação da agenda governamental: perspectivas teóricas. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, 29., Caxambú, 25/29 out. 2005. *GT19 – Políticas Públicas*, 2005.

_____. Modelos de Atenção em Saúde Pública: um modo mutante de fazer saúde. *Saúde em debate: revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde*, Londrina, n. 37, p. 16-19, dez. 1992.

_____. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, São Paulo, v.12, p. 1865-1874, 2007. Suplemento.

CAPELLA, A. C. *O processo de agenda-setting na reforma da administração pública: 1995-2002*. 2004. Tese (Doutorado)–Universidade Federal de São Carlos, São carlos, 2004.

CASTRO, A. L. B. de; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. *Cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, abr. 2010.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005.

COHEN, M. D.; MARCH, J. G.; OLSEN, J. P. A garbage can model of organizational choice. *Administrative science quarterly*, Ithaca, NY, v. 17, n. 1, p. 1-25, 1972.

CONILL, E M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. s1, 2008.

DOMINGOS, M. M. L. N. *Avaliação para melhoria da qualidade (AMQ): monitorando as ações na Saúde da Família e criando possibilidades no cotidiano*. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2010.

DONABEDIAN, A. *The definition of quality and approaches to its assessment*. Michigan: Ann Labor, 1980.

DYE, T. R. Party and Policy in the States. *The Journal of Politics*, Austin, v. 46, n. 4, p. 1097-1116, 1984.

EASTON, D. Modalidades de Análise Política. Tradução de Guilherme Velloso, Fani Baratz e Luis Antonio Machado da Silva. Rio de Janeiro: Zahar, 1966.

ELAZAR, D. J. *Exploring Federalism*. The University of Alabama Press, 1987.

ELIAS, P. E. Políticas de Saúde. In: ARANHA, M. I.; TOJAL, S. B. B. (Org.). *Manual Conceitual do Curso de Especialização à distância em Direito Sanitário para Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal*. Brasília, DF: UNB, Rio de Janeiro: ENSP, Fiocruz, 2002.

ELIAS, P. E.; MARQUES, R. M.; MENDES, A. O financiamento e a política de saúde. *Revista USP*, São Paulo, n.51, p. 16-27, setembro/novembro, 2001.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 23-64.

FLEURY, S.; TEIXEIRA, S. M. F.; OUVENEY, A. M. *Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2011.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil / *User embracement and the working process in health: Betim's case, Minas Gerais, Brazil*. *Cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, 15(2):345-353, abr-jun, 1999.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa saúde de família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. (Org.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003.

GIL, C. R. R.. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro / Primary health care, basic health care, and family health program: synergies and singularities. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006.

GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, Lígia. et al. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

GOMIDE, A. D. A. *Agenda governamental e o processo de políticas públicas: o projeto de lei de diretrizes da política nacional de mobilidade urbana*, 2008.

Disponível em:

<http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4891>. Acesso em: 27 jun. 2014.

GOTTEMS, L. B. D. *Análise da política de atenção primária à saúde desenvolvida no Distrito Federal: a articulação entre o contexto político, os problemas, as alternativas e os atores na formação da política de saúde: 1979 a 2009*. 2010. 285 f. Tese (Doutorado)–Programa de Pós Graduação em Administração, Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

GOULART, F. D. A. *Experiências em saúde da família: cada caso é um caso*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2002.

HABERMAS, Jürgen. *Lifeworld and System: a critique of functionalist reason*. English translation by Thomas McCarthy. Boston: Beacon Press, 1987. (The Theory of Communicative Action, v. 2). Originally published in German in 1981.

HALSTEAD, S. B.; WALSH, J. A.; WARREN, K. S. *Good Health at Low Cost: proceedings of a Conference held at the Ballagio Conference Center, Bellagio, Italy, April 29-May 2*. New York: Rockefeller Foundation, 1985.

HARTZ, Z. M. A. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. *Cienc. saúde coletiva*, São Paulo, v. 7, p. 419-421, 2002.

HEIDERMAN, P. M. Beyond Black and White: Transforming African-American Politics, Manning Marable. *Historical Materialism*, London, v. 20, n. 2, p. 210-221, 2009.

HEIMANN, L. S.; MENDONÇA, M. H. A trajetória da atenção básica em saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: EDLER, F. C. et al. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 481-502.

HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Org.). *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

HÖFLING, E. D. M. Estado e políticas (públicas) sociais. *Cadernos Cedes*, Campinas, v. 21, n. 55, p. 30-41, 2001.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *Políticas sociais: acompanhamento e análise*. Brasília: Ipea, 2000. v. 1.

KINGDON, J. W. *Agendas, Alternatives and Public Policies*. 2nd ed. Longman, 2011.

_____. *Agendas, Alternatives and Public Policies*. 2nd ed. New York: HarperCollins, 1995.

KOWARICK, Lúcio. Processo de desenvolvimento do Estado na América Latina e políticas sociais. *Serviço social e sociedade*. São Paulo, v. 6, n. 17, p. 5-14, abr. 1985.

LASSWELL, H. *Politics: who gets, what, when, how?*. New York: McGraw-Hill, 1936.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. Para o Estudo de Saúde na sua Relação com o Processo de Produção. In: _____. *Processo de Produção e Saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec, 1989.

LEVCOVITZ, E; LIMA, L; MACHADO, C. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciênc. saúde coletiva*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 269-293, 2001.

LINDBLOM, C. E. The science of *muddling through*. *Public administration review*, Washington, Vol. 19, No. 2, p. 79-88, 1959.

_____. *O processo de decisão política*. Brasília: Editora da UnB, 1981.

LOWI, T. "Four Systems of Policy, Politics, and Choice". *Public Administration Review*, 32: 298-310. 1972.

LYNN, L. E. *Designing Public Policy: A Casebook on the Role of Policy Analysis*. Santa Monica, Calif.: Goodyear. 1980

MACINKO, James; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. F. Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*, London, v. 60, p. 13-19, 2006.

MANCIA, J. R.; CABRAL, L. C.; KOERICH, M. S. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. *Revista brasileira de enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 57, n. 5, 2004.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento. *Ciênc Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 403-415, 2003.

MARSHALL, T. H. *Cidadania, classe social e status*. Rio de Janeiro, Zahar, 1967.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos, 2003.

MEAD, L. M. Public Policy: Vision, Potential, Limits. *Policy Currents*, [S.l.], v. 5, p. 1-4, 1995.

MERHY, E.; FEUERWEKER, L. C. M.; CECCIM, R. Educación Permanente en Salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud colectiva*, v.2, n.2,p.147-60, 2006.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento*. São Paulo: Hucitec, 2012.

MINAYO, M. C. S; SANCHES, O. Quantitativo–qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul.-set. 1993.

OFFE, C. Algumas contradições do Estado Social Moderno. In: *TRABALHO & Sociedade: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991. v. 2

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). *Declaração de Alma-Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde*, 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>>. Acesso em: 12 nov. 2004.

OSBORNE, D.; GAEBLER, T. *Reinventando o Governo: como o espírito empreendedor está transformando o setor público*. Tradução de Sergio Fernando Guarischi Bath e Ewandro Magalhães Junior. Brasília: MH Comunicação, 1992.

PAIM, J. S. et al. The Brazilian health system: history, advances and challenges. *Lancet*, London, v.377, n.9779, p.1778-1797, 2011.

PAIM, J. S. *Saúde: política e reforma sanitária*. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação-DOI: 10.3395/reciis.v6i2.Sup1.624pt. *RECIIS*, [S.l.], v. 6, n. 2, 2012.

ROCHA, R. C. B. D., SOARES, R. R. Impacto de programas de saúde a nível familiar e comunitário: evidências do Programa Saúde da Família. In: *ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA*, 36., 9/12 dez. 2008, Salvador. *Anais...*, 2008.

RUA, M. D. G. *A avaliação no ciclo da gestão pública: apostila do curso de Especialização em políticas públicas da Educação com Ênfase em monitoramento e Avaliação*. MPA. ENAP. MIMEO, 2004.

SABATIER, P. *Theories of the policy process*. Boulder, CO: Westview Press, 1999.

SILVA, T. A. M. da; FRACOLLI, L. A.; CHIESA, Anna Maria. Trajetória profissional na Estratégia Saúde da Família: em foco a contribuição dos cursos de especialização. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, 2011.

SIMON, H. A. *Comportamento Administrativo*. Rio de Janeiro: USAID. 1957.

SJÖBLOM G. Some Critical Remarks on March and Olsen's Rediscovering Institutions. *Journal of Theoretical Politics*, [S.l.], v. 5, n. 3, p. 397-407, 1993.

SOUSA, M. F. *Programa de Saúde da Família no Brasil: análise da desigualdade no acesso à atenção básica*. Brasília: Editora do Departamento de Ciências da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2007.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, vol.14, suppl.1, pp. 1325-1335, 2009.

SOUZA, H. M. O PSF como indutor da institucionalização da avaliação na atenção básica. *Rev Bras Saúde Fam*, [S.l.], v. 2, n. 6, p. 10-15, 2002.

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

TESTA, M. Pensar em saúde. In: _____. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artmed, 1989.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1992.

VIANA, A. L. Abordagens metodológicas em políticas públicas. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, 2013.

VIANA, A. L.; BAPTISTA, T. W. F. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, 2008.

VIANA, A. L.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, volume 15, pp. 225-264, 2005.

VIANA, A. A., Lima, L. D., & OLIVEIRA, R. G. (2002). Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto-lições do caso brasileiro. *Ciência Saúde Coletiva*, 7(3), 493-507.

VICTORA, C. G. et al. Saúde no Brasil 6: condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. *The Lancet*, London, v. 377, n. 9782, p. 90-102, 2011.

WORLD BANK. *World Development Report: investing in health*. Oxford: Oxford University Press, 1993.

ZAHARIADIS, N. *The Multiple Streams Framework: structure, limitations, prospects*. In: SABATIER, Paul A. (Ed.). *Theories of the Policy Process*. Los Angeles: University of California; Westview Press, 2007.