

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**

**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA**

**PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Estudo sobre o processo de implementação em município do  
Rio de Janeiro a partir do modelo Ambigüidade-Conflito**

**Eliane Hollanda de Carvalho**

Orientadora: Profa. Dra. Jeni Vaitsman

Rio de Janeiro, agosto de 2006

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**

**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA**

**PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Estudo sobre o processo de implementação em município do  
Rio de Janeiro a partir do modelo Ambigüidade-Conflito**

**Eliane Hollanda de Carvalho**

Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Ciências.

Orientadora: Profa. Dra. Jeni Vaitsman

Rio de Janeiro, agosto de 2006

CARVALHO, Eliane Hollanda

Programa de Saúde da Família: estudo sobre o processo de implementação em município do Rio de Janeiro a partir do modelo Ambigüidade – Conflito. Rio de Janeiro, 2006.

xiii, f.: il.

Tese (Doutorado em Ciências) – Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública Professor Sérgio Arouca, 2006.

Orientadora: Profa. Dra. Jeni Vaitsman

[saúde da família; processo de implementação 1.; 2.; 3.; 4.; 5.; 6]

I. VAITSMAN Jeni (Orient.).

Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública  
Sérgio Arouca

**Para Hiram e Nancy, exemplos**

**Para Bernardo e Pedro, por  
iluminarem de tal modo a  
minha vida**

**AGRADECIMENTOS**

Muitas pessoas contribuíram para a realização deste trabalho, das várias maneiras possíveis. Usufriuí, durante os anos de doutorado, de algo que caracterizaria como uma mistura de rede de apoio com torcida organizada que me incentivou a persistir, principalmente nos momentos, inevitáveis, em que ordenar e coordenar informações parecia uma missão quase impossível.

Registro um agradecimento especial à minha querida orientadora Jeni Vaitsman, por me apresentar a uma abordagem teórica extremamente interessante, ainda pouco explorada nos círculos acadêmicos, sobre implementação de políticas públicas; pela leitura atenta do material produzido, e também por seus indizíveis esforços em me manter ligada ao *mundo real* durante o período de elaboração da tese.

Sou grata aos professores que compuseram a banca que examinou este trabalho – Judith Tiomny Fizon, José Mendes Ribeiro, Lenaura Lobato e Mônica Senna – pelas valiosas e atentas análises, críticas e sugestões ao trabalho.

Agradeço, da mesma forma, a disponibilidade demonstrada pelos profissionais de saúde entrevistados para a pesquisa, que forneceram informações que descortinam uma maneira possível de construir o SUS no plano local.

Os gestores e ex-gestores do programa entrevistados distinguiram-se pelo espírito de colaboração, pela visão crítica e por análises instigantes do processo de implementação do PSF no estado. A análise do programa beneficiou-se muito do aprendizado decorrente destes contatos.

Luis Otávio Farias, Ivia Maksud, Cynthia Souza e Márcio Eliseu, parceiros de grupo de pesquisa e do trabalho de campo, cumpriram um papel inestimável na coleta dos dados que utilizei para análise e emprestaram um ótimo sabor à aventura que é a “parte prática” do processo de pesquisa.

Sandra Venâncio Siqueira, grande amiga, companheira de trabalho e de doutorado, foi uma interlocutora constante e perspicaz durante o desenvolvimento de todo o projeto.

Patrícia Ribeiro, querida colega de departamento de Ciências Sociais da ENSP, concedeu-me uma entrevista na qual generosamente compartilhou sua análise sobre o tema da descentralização no SUS.

Kátia Alves Espírito Santo, brilhante profissional e amiga de longa data, discutiu exaustivamente comigo vários tópicos deste trabalho, favorecendo-me com seu rigor e espírito persistente.

Jefferson Soares, Moacir Soares, e Érica Lima desdobraram-se para facilitar minha vida acadêmica na instituição. Eliana Granja procedeu a uma competente revisão da primeira versão deste texto.

Contei sempre com o apoio e o carinho da família, que suportou heroicamente a convivência, por anos a fio, com a neurastenia típica de quem está sempre correndo contra o tempo acadêmico. A meus pais e meus filhos, todo meu amor e gratidão.

## SUMÁRIO

O Programa Saúde da Família é uma realidade em expansão no Brasil. Em 2005, atingia 76 milhões de brasileiros. Seu objetivo é imprimir equidade ao acesso e resolatividade às ações da Atenção Básica.

Existe grande interesse de *policy makers* e acadêmicos sobre o programa, justificando a ampliação de estudos sobre seu processo de implementação e o que eles revelam sobre os projetos, contradições e disputas no campo da política de saúde.

Interessado em evidenciar características de processos de implementação, este trabalho analisou a adequação e as possibilidades heurísticas do Modelo Ambigüidade – Conflito, de Richard Matland (1995) a partir do estudo da implementação do Programa Saúde da Família num município de pequeno porte do Estado do Rio de Janeiro. O modelo organiza-se a partir de duas variáveis-chave – Ambigüidade e Conflito- que, cruzadas às categorias Alto(a ) e Baixo (a), permite a construção de quatro matrizes de análise: Implementação Administrativa, Implementação Política, Implementação Experimental e Implementação Simbólica.

Em relação ao PSF, foram analisados os seguintes tópicos: condições de implementação do programa; situação dos recursos humanos locais; supervisão e coordenação das equipes e articulação entre ações e entre programas.

Constatou-se que a Secretaria Estadual da Saúde do Rio de Janeiro não logrou estabelecer um processo de acompanhamento que suprisse as necessidades de orientação/ capacitação do município.

Observou-se que o perfil dos profissionais médicos não se mostrava adequado ao desempenho das funções solicitadas pelo programa. Escassez e alta rotatividade constituíam as principais características dos recursos humanos locais, transformando a prática do *day off* em mecanismo de fixação dos técnicos no município

As atividades de coordenação e supervisão das equipes eram direcionada unicamente ao controle das atividades dos técnicos e agentes. Permaneciam

questionamentos sobre os objetivos do programa. O trabalho era guiado pelo bom senso e, quando necessário, pela improvisação.

A estrutura centralizada da SES não favorecia o trabalho de supervisão do programa; a investigação de denúncias sobre a carga horária dos médicos foi, no período estudado, a atividade que mais ocupou os técnicos da SES. Por funcionarem dentro de lógicas diferentes, os programas tradicionais, pouco se articulavam ao PSF.

A aplicação do modelo de Matland aos achados de campo mostrou a existência de um hibridismo em relação ao modelo de implementação. As diretrizes definidas pelo nível federal caracterizam o PSF como uma política indutora que se efetiva através de normas, objetivos, recursos e procedimentos; mecanismos de financiamento, monitoramento e avaliação.

O processo, no plano nacional, inicia-se dentro de uma perspectiva administrativa, exercida de forma *top-down*. As diretrizes, aplicadas aos níveis estadual e municipal, sofrem outras influências, determinadas pelos contextos locais, redundando em processos de implementação que combinam níveis diferenciados de ambigüidade e conflito.

Constatou-se que a categoria ambigüidade, tomada em seu sentido mais geral – a de situação que ocorre quando existem muitas alternativas ou possibilidades para pensar as mesmas circunstâncias ou fenômenos – possui grande força explicativa no contexto estudado. Ela decorre da característica híbrida do modelo de implementação no município, que em grande parte do seu desenvolvimento pode ser considerado do tipo experimental. De acordo com circunstâncias específicas, no entanto, o processo assume características da implementação administrativa e/ou política, ocorrendo uma imbricação entre os tipos de implementação discutidos teoricamente.

As vantagens de utilização do modelo Ambigüidade - Conflito residem principalmente i) na possibilidade oferecida de identificação e caracterização do(s) tipo(s) de implementação que pode(m) vigorar em cada etapa do processo, e ii) na oportunidade, decorrente desta capacidade inicial, de utilizar novos critérios para analisar processos de implementação.

## SUMMARY

The Family Health Program is a fact in expansion in Brazil. In 2005, it reached 76 million Brazilians. Its goal is to foster equity and responsivity related to primary care access

The great interest of policy makers and scholars on the program has increased the production of studies on the program's implementation processes and what they reveal on the projects, arguments and conflicts in the field of health politics.

This study discussed the adequacy and the heuristic possibilities of the Model Ambiguity – Conflict, developed by Richard Matland (1995) as applied to the characteristics of the implementation process of the Family Health Program in a small municipality in the State of Rio de Janeiro.

The model is based on two key variables - ambiguity and conflict - that crossed with to the categories High and Low, allow the construction of a four axis matrix of analysis: Administrative Implementation, Political Implementation, Experimental Implementation and Symbolic Implementation.

Regarding the FHP, the following topics were analysed: conditions of implementation of the program; situation of the local human resources; supervision and coordination of the staff, and articulation between actions and between programs.

It was found that the Health Department of the State of Rio de Janeiro did not achieve to establish a process of follow up that satisfied the needs of directing and capacity building expected by local, municipal, authorities; the profile of the medical professionals did not show appropriate to the performance of the functions requested by the program. Shortage and high turnover were the main characteristics of the local human resources, turning the *day off* practice into a mechanism of getting the professionals stay in the municipality

The activities of coordination and supervision of the teams were limited to the control of the technicians and health agents activities. Questions about the goals of the

program remained unanswered. Work was guided by common sense and, when necessary, by the improvisation.

The centralized structure of the State of Rio de Janeiro's Health Department did not favour the work of supervision of the program; the investigation of accusations related to the doctors' workload was, in the studied period, the activity which took more time by the State of Rio de Janeiro's Health Department's officials. Because they worked in different ways, the traditional health programs were not coordinated to the FHP.

The use of Matland's model to the findings of the fieldwork showed the existence of a hybridism regarding the model of implementation. The directives defined by the Federal level characterize the FHP as an inducing policy that is brought into effect through rules, objectives, resources and proceedings; mechanisms of financing, monitoring and evaluation.

The implementation process, on a national scale, begins through an administrative, top-down, perspective. Nevertheless, these directives, when coming into the state and municipal levels, undergo other influences determined by local contexts, resulting in an implementation process combining differentiated levels of ambiguity and conflict.

The category ambiguity, in its most general sense – that of a situation that takes place when there are many alternatives or means to think the same circumstances or phenomena – has great heuristic force in the studied context. It results from the hybrid characteristic of the implementation model in the municipality, which can be considered as an experimental type in great part of his development. Depending on specific circumstances, however, the process assumes the characteristics of administrative and / or political implementation, merging the types of implementation theoretically discussed.

The advantages of the use of the model Ambiguity - Conflict reside principally i) the possibility of identification and characterization of type(s) of implementation that can be in motion in each stage of the process, and ii) in the opportunity resulting from this initial capacity, of using new criteria to analyse implementation processes.

## **LISTA DE QUADROS**

**QUADRO 1: CONDIÇÕES DE IMPLEMENTAÇÃO DE PROGRAMAS/POLÍTICAS SOCIAIS..... XXVII**

**QUADRO 2: MODELO AMBIGÜIDADE - CONFLITO..... XXXVIII**

**QUADRO 3: CONCEITOS E TIPOS DE IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO AMBIGÜIDADE-CONFLITO..... XXXIX**

**QUADRO 4: DIMENSÕES, COMPONENTES E ATIVIDADES RELATIVAS AOS ..... LX**

**QUADRO 5: COMPETÊNCIAS DAS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO NA GESTÃO DA SAÚDE..... LXXXIV**

## **LISTA DE TABELAS**

**TABELA 1 - POPULAÇÃO POR SITUAÇÃO DE DOMICÍLIO..... LXIV**

**TABELA 2 - DOMICÍLIOS POR FORMA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA - 2000..... LXV**

**TABELA 3 - DOMICÍLIOS URBANOS E RURAIS POR TIPO DE ESGOTAMENTO SANITÁRIO -2000..... LXV**

**TABELA 4 - POPULAÇÃO RESIDENTE COM 5 ANOS OU MAIS POR CONDIÇÃO DE ALFABETIZAÇÃO – 2000..... LXVI**

**TABELA 5 - FAMÍLIAS RESIDENTES POR TIPO DE DOMICÍLIO E..... LXVI**

**TABELA 6 - FAMÍLIAS RESIDENTES POR CLASSE DE RENDIMENTOS - 2000..... LXVII**

**TABELA 7 - CAPACIDADE AMBULATORIAL INSTALADA - DEZ/2003.....  
LXVIII**

**TABELA 8 - CAPACIDADE HOSPITALAR INSTALADA POR LEITOS –  
AGOSTO/2003..... LXVIII**

**TABELA 9 - MORTALIDADE PROPORCIONAL - 2003..... LXIX**

**TABELA 10: MORBIDADE HOSPITALAR DO SUS - 2003..... LXX**

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

AIS	Ações Integradas de Saúde
CLAD	Latin America Centre for Development Administration
DAB	Departamento de Atenção Básica - Ministério da Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LOS	Leis Orgânicas da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PISUS	Programa de Interiorização do SUS
PSF	Programa Saúde da Família
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SES RJ	Secretaria Estadual de Saúde RJ
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUDS	Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TM	Técnico Municipal de Saúde
TE	Técnico Estadual de Saúde

UNICEF

Fundo das Nações Unidas para a Infância

# ÍNDICE

<b>1.1 Estudos de Implementação.....</b>	<b>xix</b>
1.1.1 Modelos de análise top-down e bottom-up.....	xxv
<b>1.2 Os Conceitos de Ambigüidade e Conflito: uma breve introdução.....</b>	<b>xxviii</b>
1.2.1 Ambigüidade.....	xxviii
1.2.2 Conflito.....	xxxii
<b>1.3 Conceitos de Aprendizagem em Sabatier e Schofield.....</b>	<b>xxxiv</b>
<b>1.4 Modelo Ambigüidade - Conflito de Matland.....</b>	<b>xxxvii</b>
1.4.1 Implementação Administrativa: política com baixos níveis de ambigüidade e de conflito (low policy ambiguity and low policy conflict).....	xxxix
1.4.2 Implementação Política: política com baixo nível de ambigüidade e alto nível de conflito (low policy ambiguity and high policy conflict).....	xli
1.4.3 Implementação Experimental: política com alto nível de ambigüidade e baixo nível de conflito (high policy ambiguity and low policy conflict).....	xliii
1.4.4 Implementação Simbólica: política com alto nível de ambigüidade e alto nível de conflito (high policy ambiguity and high policy conflict).....	xliv
<b>2.1 Modelos.....</b>	<b>liv</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>CXXII</b>

## INTRODUÇÃO

Este trabalho discute o processo de implementação de um programa de saúde de caráter nacional – o Programa Saúde da Família – atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família, num município de pequeno porte no Estado do Rio de Janeiro.

A mudança verificada no nome - de *programa* para *estratégia* - aponta não apenas para a construção de um novo modelo assistencial que venha a caracterizar a Atenção Básica; a história do PSF também mostra, de maneira exemplar, o processo de construção de uma política pública. O PSF resultou da ampliação do escopo do Programa de Agentes Comunitários de Saúde que tinha finalidade específica e atuação circunscrita quando foi iniciado. A trajetória de ampliação do programa, até sua transformação em estratégia de caráter nacional, demonstra a variedade e complexidade dos formatos de gestão de uma política.

O Programa Saúde da Família é uma realidade em expansão no Brasil. Em 2005, o Ministério da Saúde registrou a existência de 23.900 equipes de saúde da família atuando no país, dando cobertura a mais de 76 milhões de brasileiros. Ocupa um papel de destaque no cenário da política de saúde por se tratar de um programa de grande envergadura e ter, como objetivo, imprimir equidade ao acesso e resolutividade às ações da Atenção Básica.

Exatamente por possuir estas características, o PSF é atravessado por praticamente todas as questões que hoje dividem o cenário da política setorial. Esta condição explica o grande interesse de *policy makers* e acadêmicos sobre o programa e justifica a ampliação de estudos sobre o processo de implementação e o que ele revela sobre os projetos, contradições e disputas no campo da política de saúde, configurando-se como um grande espaço de experimentação social.

É importante assinalar, de início, que este trabalho pode ser considerado, mais apropriadamente, um estudo sobre o processo de implementação do que um estudo sobre a implementação do PSF em determinado município, embora este tenha sido seu objeto imediato. Algumas razões explicam a escolha.

Os estudos sobre implementação, durante um período de cerca de quinze anos foram confrontados por outros enfoques analíticos, ligados às idéias de regulação, inovação gerencial e avaliação, entre outros (Schofield e Sausman 2004; Sabatier, 1999; Kingdon, 1995). Atualmente, voltam à cena, encarados como estratégicos para a compreensão do comportamento de formuladores, implementadores e populações-alvo. Tais estudos assinalam uma inflexão na preocupação de estudiosos do campo, agora (mais uma vez) interessados em abordagens que vêem a implementação de políticas públicas como processos que são construídos e reconstruídos constantemente e, percebe-se agora, configurando racionalidades instituídas e instituintes da ação social.

Torna-se, portanto, oportuno, do ponto de vista teórico, indagar em que medida essas mudanças de abordagem podem ser úteis à reflexão sobre a implementação de programas na área da saúde.

Outro motivo, decorrente do primeiro, é que este tipo de trabalho pode ajudar a alargar a compreensão sobre as causas dos problemas que persistem em comprometer os resultados de processos de implementação.

Há alguns anos, o papel das experiências exitosas e da opinião dos usuários como elementos capazes de alavancar alterações substantivas no desenho e no funcionamento do sistema vem sendo amplamente destacado na área da saúde. Ambas podem ser úteis, por caminhos distintos.

Em relação a experiências bem sucedidas, ou de boas práticas, o papel do exemplo é fornecer soluções que, por experiência vicária (de caráter substitutivo), possam ser reproduzidas, de forma parcial ou total, em outros contextos (Tendler, 1998).

O recurso à experiência do usuário pretende orientar o monitoramento da qualidade dos serviços de saúde através da forma como o paciente qualifica seu grau de satisfação em relação ao tratamento recebido.

O que é necessário considerar, nestas práticas, é que, ao realçar os aspectos bem sucedidos de uma implementação ou ao valorizar a pressão que o usuário possa exercer sobre a qualidade das ações de saúde, minimizam-se os aspectos problemáticos dos processos de implementação.

Não se trata de sugerir a excelência de análises sobre casos de fracasso de implementação – embora estas possam ter utilidade - nem de destacar pontos de vista que eliminem as estratégias utilizadas acima.

O recurso à análise de experiências exitosas e à avaliação de serviços por usuários mostram-se úteis na formulação de estratégias em direção a mudanças; por outro lado é preciso não esquecer que a percepção dos obstáculos aos processos de implementação, igualmente importantes quando se trata de analisar casos concretos, devem fazer parte do repertório dos implementadores. Os problemas de implementação, e sua gênese, devem ser levados em consideração, sob pena de lançar a ação dos implementadores no campo da ação irrefletida, isto é, do voluntarismo.

Outra razão para considerar este trabalho não apenas como análise de um processo de implementação mas como uma análise *sobre* processos de implementação reside no fato de que ele focaliza problemas organizacionais encontrados no município estudado - relacionados à integração entre as ações do programa, à obtenção e fixação de mão de obra qualificada, ao processo de trabalho – e à articulação entre programas.

Em outras palavras, não pretende verificar se suas metas foram cumpridas ou não, mas como foram organizadas e postas em prática as ações de implementação. A este trabalho interessa mostrar, concretamente, as lições derivadas da análise de como o município estudado incorpora e atualiza as *prescrições* da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro para a implementação do PSF e como ambos se envolvem na sua construção.

Uma última questão a ser levantada diz respeito à forma como neste trabalho os agentes implementadores são considerados. O trabalho dos atores é analisado do ponto de vista da autonomia de decisão que lhes é conferida, da sua capacidade de criar soluções em contextos eventualmente adversos e de transformar a experiência cotidiana em aprendizado organizacional.

A pesquisa que deu origem a este trabalho é apresentada da forma que se segue.

No primeiro capítulo caracterizo o campo de estudos sobre implementação, desenvolvo uma revisão da literatura sobre o tema e, por fim, apresento as características do modelo Ambigüidade- Conflito, de Richard Matland, que orientou o desenvolvimento e as análises contidas neste trabalho.

No segundo capítulo explico a metodologia empregada na pesquisa, apresentando uma discussão sobre a idéia de modelo e descrevendo o modelo de análise empregado.

O capítulo três apresenta as bases do federalismo e da descentralização brasileiros, entendidos como pano de fundo do desenvolvimento de políticas e programas sociais, e uma caracterização do município estudado. Apresento, igualmente, uma descrição sucinta da história do PSF.

O capítulo quatro apresenta a análise do material empírico coletado sobre o processo de implementação do PSF em um pequeno município do interior do estado do Rio de Janeiro.

As conclusões do estudo referem-se aos resultados do processo de implementação e levantam questões sobre processos de implementação de programas sociais.



## Capítulo I. Implementação de políticas e programas sociais

Neste capítulo discuto trabalhos acadêmicos selecionados sobre o tema da implementação de políticas e de programas sociais considerados marcantes no desenvolvimento da área de Políticas Públicas.<sup>1</sup> A idéia é apresentar e discutir conteúdos, tendo em vista sua utilidade para a análise da implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF).<sup>2</sup>

Tomo como ponto de partida a constatação de que um processo em que se põem concepções em prática escapa largamente à simples execução de ações, tarefas e rotinas que operacionalizam os programas. Ao contrário do que puderam supor os primeiros estudiosos do tema, a implementação é marcada por indecisões, incerteza e disputas, o que explica o interesse, neste trabalho, por temas como ambigüidade, conflito e aprendizado no processo de implementação.

Para a consecução do exame aqui proposto caracterizo, de início, o campo dos estudos sobre implementação, incluindo uma pequena introdução às vicissitudes e às possibilidades do âmbito da análise de políticas no País, segundo destacados estudiosos da área. Em seguida, desenvolvo uma revisão da literatura que orienta a análise do trabalho empírico a partir da descrição das abordagens *top-down* e *bottom-up*, os principais filtros para enquadrar a produção estudada. Nos modelos apresentados, destaco os elementos que considero importantes para a análise dos dados coletados durante o trabalho de campo, sem perder de vista as relações entre estes e os modelos que os originaram. Finalizo o capítulo pela descrição do modelo empregado na análise do material de campo da pesquisa, expondo as razões da escolha.

### 1.1 Estudos de Implementação

O campo das Políticas Públicas constitui uma subárea da Ciência Política. A disciplina surgiu nos Estados Unidos na década de 1930, onde se desenvolveu em trajetória particular e distinta da que se processou na Europa. Enquanto a área de políticas decorreu do interesse teórico sobre o papel do Estado e suas instituições – o

governo, em especial – nos países europeus, a literatura norte-americana direcionou-se, desde o início, ao estudo das ações governamentais (SOUZA, 2003a).

O contexto social e político dos Estados Unidos na década de 1960 – no plano externo, a Guerra Fria; no *front* interno, problemas educacionais, étnicos e a questão da desigualdade – suscitou iniciativas de políticas sociais que impulsionaram definitivamente a produção acadêmica naquele país.

Com o benefício do olhar retrospectivo, analistas de políticas identificam na literatura norte-americana três gerações de estudos de implementação. É interessante ressaltar a trajetória desses modelos em perspectiva cronológica. A produção estadunidense dos anos 1960 focalizou, em especial, a análise do conjunto de programas que constituíam a diretiva da *Great Society* do governo Lyndon Johnson.

A primeira geração de estudos sobre o processo de implementação caracterizou-se por Estudos de Caso. Na visão de SABATIER (1999), as conclusões a que chegaram foram tão pessimistas que levaram os pesquisadores a duvidar da possibilidade de o governo norte-americano realmente implementar seus programas.

A segunda geração teria investido em uma perspectiva analítica comparada, elegendo o comportamento de determinadas variáveis dos processos de implementação bem sucedidos como tema de estudo.

Por sua vez, a terceira geração, surgida entre o final da década de 1970 e o início dos anos de 1980, propôs novo ângulo de análise para os processos de implementação. Até então, os estudos partiam de uma *policy decision* e verificavam em que medida seus objetivos e metas se cumpriam, o que caracteriza, em linhas gerais, a abordagem *top-down* de análise.<sup>3</sup> Esta produção, todavia, não mostrou – naquele momento ou, mesmo, mais tarde – expressiva inclinação para o estabelecimento de consenso teórico, com exceção de tentativas recentes, na última década e meia, que serão comentadas adiante.

A questão da base teórica na análise de políticas e programas sociais é o ponto de controvérsia do campo. O debate atinge frontalmente a área dos estudos de implementação. Por que isto acontece?

A evidência da quantidade de modelos e quadros de referência desenvolvidos nos últimos vinte e cinco anos no campo de análise de políticas divide os autores. Uns percebem nessa característica o maior sinal de fragilidade da produção (cf. DELEON, 1999a; HOWLETT, 1999). Sob esta óptica, se um processo comporta muitas explicações, não deve estar bem explicado. Outros julgam a diversidade bem-vinda, por proporcionar *insights* que fariam avançar o campo (cf. WINTER, 1999; LESTER e GOGGIN, 1998).

Existe ainda a percepção de que a área tem caráter holístico e comportaria a existência de vários olhares, pelo que a diversidade da produção não significaria necessariamente falta de coerência teórica (SOUZA, 2003a).

HILL (1997) afirma que o campo padece de ambição insuficiente, quando se trata de concentrar esforços para desenvolver uma teoria sistemática de aplicação generalizada,<sup>4</sup> e atribui esta situação a duas razões. Por um lado, os pesquisadores estariam interessados em temas atuais de *policy* e investiriam seus esforços, prioritariamente, em atividades concretas de *policy making*. Tais estudiosos possuiriam acúmulo de conhecimento prático e uma compreensão derivada desta atividade que seriam fundamentais ao esforço de abstração teórica, mas não estariam necessariamente motivados a utilizá-los na construção de teorias. Por outro lado, o autor pensa que certos pesquisadores consideram o *policy process* complexo em demasia, portanto, infenso a explicações generalizáveis, tornando sua ambição restrita à produção de teorias de médio alcance sobre componentes selecionados do processo (HILL, 1997:1-2).

A partir do final da década de 1980 surgem novos modelos de análise da política pública no cenário acadêmico. A literatura orienta a discussão sobre implementação no sentido de problematização do ciclo da política, explicando políticas e programas em termos de sua origem e desenvolvimento, isto é, seu processo, em lugar de restringir-se aos *resultados* (SABATIER, 1999; KINGDON, 1995).

O exemplo mais conhecido da nova vertente de estudos é o modelo de coalizões de defesa (*advocacy coalition framework*) de SABATIER e JENKINS-SMITH, que toma como ponto de partida a análise de alianças construídas em torno de crenças e

valores que sustentam um projeto de políticas – de controle da poluição do ar, por exemplo – em perspectiva temporal de longa duração (SABATIER, 1999).

Em razão desse deslocamento teórico-metodológico – ou, pelo menos, concomitante a ele –, a área de estudos de implementação entra em declínio acentuado durante certo período. SCHOFIELD (2004:236), por exemplo, pergunta-se sobre a necessidade de revitalização dos estudos de implementação. Indaga se idéias e conceitos – como regulação, inovação gerencial ou avaliação – estariam ocupando, de forma mais apropriada, o lugar dos antigos estudos de implementação. Defensora desse tipo de estudo, a autora credita os altos e baixos de tal literatura aos modismos surgidos nos últimos quinze anos.

De qualquer forma, nesse período, trabalhos de revisão têm levantado duas questões relevantes: a permanência dos estudos de implementação, já observada por Schofield, e o surgimento de uma produção que aponta, de forma direta ou indireta, para a valorização da etapa de implementação do ciclo da política (cf. O'TOOLE, 2000; WINTER, 1999; LESTER e GOGGIN, 1998; MATLAND, 1995).

Em comum, os autores demonstram preocupação com as necessidades do *mundo real*, seja porque processos de implementação continuam a ocorrer e a demandar análise, seja porque esses estudos permitem dar visibilidade ao gerenciamento público e, em última instância, às políticas públicas (O'TOOLE, 2000:265).

Outros argumentos importantes são levantados para explicar o declínio e a revitalização dos estudos de implementação. O'TOOLE (2000) registra um fato que, apesar de óbvio, merece atenção: a questão da concorrência, a qual diluiu a importância dos trabalhos de implementação. A partir de certo momento, os estudos de implementação que sofreram um *boom* nos anos de 1960-1970 e eram voltados à análise dos programas sociais dos governos Kennedy e Johnson, passaram a conviver com inúmeros novos modelos de análise. Estudos qualitativos *small-n versus* estudos quantitativos *large-n*; abordagens *top-down versus* abordagens *bottom-up*; ênfase no *design versus* ênfase na implementação seriam exemplos dessa diversidade. O autor assinala também uma disputa por hegemonia teórica com o campo da administração nesse período (O'TOOLE, 2000:264).

Outro ponto que se destaca diz respeito às conseqüências das mudanças ocorridas na agenda legislativa norte-americana. A substituição da disputa em torno de programas de ajuste e reformas incrementais por temas ligados à descentralização colaborou para o declínio dos estudos de implementação desenvolvidos no âmbito federal. Na ponta deste processo, por sua vez, ocorrem modificações no padrão das relações intergovernamentais e o conseqüente aumento de responsabilização dos níveis estaduais e locais por programas sociais.

As mudanças nos referidos níveis funcionaram como ponto de partida para a revalorização dos estudos de implementação, em clara resposta às necessidades do *mundo real* (cf. O'TOOLE, 2000; LESTER e GOGGIN, 1998).

WINTER (1999:2) lembra que o importante não é contabilizar os títulos dos trabalhos apresentados como estudos de implementação, mas sim os tipos de problemas tratados pelos analistas em suas pesquisas. Nesse sentido, estudos concernentes à regulação ou às relações intergovernamentais conteriam aspectos de análises de implementação. O'TOOLE (2000:274-80), observa que aspectos do processo de implementação estariam contidos em estudos de governança, de análise institucional e de construção de redes.

Afora esse ângulo, verifica-se hoje o reconhecimento de que os estudos de implementação têm sofrido mudanças no sentido de ampliar sua capacidade explicativa. Quanto a esse aspecto, os argumentos variam. LESTER e GOGGIN (1998:2) identificam, na literatura existente, autores que consideram necessário modificar ou ampliar os estudos de implementação para mantê-los úteis à área de análise de políticas. MATLAND (1995) surge como bom exemplo desta mudança de orientação, ao propor um modelo de implementação que pretende reunir e potencializar as características heurísticas das abordagens *top-down* e *bottom-up*, como será visto em outra seção deste capítulo.

No que diz respeito ao ciclo de vida das políticas/programas sociais, há mais de três décadas analistas reconhecem que, longe de ser um epifenômeno da tomada de decisão, a fase da implementação de política ou programa constitui uma etapa do processo que é marcada por ambigüidades e conflitos, contrapondo-se, portanto, às análises que enfatizam seus aspectos racionais e normativos. Da mesma forma,

destacam-se trabalhos nesse período que apontam para a importância do aprendizado decorrente desse processo como tema crucial para a reorientação das políticas.

Ao analisar a situação brasileira, ARRETCHÉ (2003) assinala que as mudanças recentes na sociedade têm dupla consequência para o campo das Políticas Públicas: curiosidade sobre os mecanismos de funcionamento do Estado e, simultaneamente, o reconhecimento de quão pouco é sabido acerca de sua forma de operar, o que levou a produção da área de Políticas Públicas no País a expressivo desenvolvimento nos últimos vinte e cinco anos.

Essa área tornou-se objeto de estudos desenvolvidos em duas direções principais. Em uma, os trabalhos procuram identificar e discutir as características da produção, o que inclui as lacunas quanto aos temas estudados e à forma de abordá-los. Na outra, discutem-se questões a serem consideradas na proposição da agenda de pesquisa.

A ausência de um programa de pesquisas que oriente a comunidade acadêmica, da mesma forma que o escopo limitado dos trabalhos – em geral, Estudos de Caso – e a escassez de debates sobre a produção, muitas vezes de caráter normativo e prescritivo, explicariam as maiores debilidades do campo, segundo MELO (1999).

SOUZA (2003b), seguindo outro viés de análise, identifica significativo acúmulo de trabalhos na área de dissertações e teses sobre políticas públicas locais e participação popular na gestão de políticas. No entanto, temas como a implementação de políticas e o papel da burocracia no processo de implementação ainda são, segundo a autora, pouco abordados na literatura nacional, assim como modelos de análise de tipo *bottom-up*, isto é, modelos que procuram escapar das análises centradas nas decisões e nos decisores dos níveis centrais – as chamadas análises de tipo *top-down*.

Os problemas de acesso à bibliografia existente, as justaposições terminológicas e a excessiva aderência à agenda política governamental (cf. ARRETCHÉ, 2003; MELO, 1999) são outros problemas a destacar.. Em síntese, a institucionalização da área no Brasil é processo em curso e apresenta vicissitudes típicas de área emergente.

### 1.1.1 Modelos de análise *top-down* e *bottom-up*

A literatura norte-americana sobre Políticas Públicas gerou duas grandes linhas de análise, que se mostraram úteis para classificar os trabalhos já existentes e permanecem atuais como modelos: o *top-down*, que enfatiza tanto o papel dos níveis centrais como o dos *policy designers* no processo de implementação de programas, enquanto o *bottom-up* assinala a importância do estudo de realidades locais e da prestação de serviços ao público na compreensão da implementação.

A principal característica dos modelos *top-down* de análise é focalizar a implementação como mera decorrência ou uma espécie de *desdobramento natural* do processo de decisão. Dito de outro modo, é o momento em que o modelo faz “coincidir” metas e objetivos dos formuladores com as ações dos agentes de implementação. Para os *top-downers*, o conflito não é visto como “*variável endógena*” ao processo de implementação. A perspectiva normativa reduz o conflito a uma questão operacional, o que explica que as diferentes estratégias utilizadas pelos formuladores para obter, ao menor custo possível, a adesão dos implementadores ao seu projeto, sejam consideradas *ajustes* à situação inicialmente proposta (MATLAND, 1995).

As características desses modelos são descritas da seguinte maneira pelo autor:

*‘Top-downers’ exibiam um forte desejo de desenvolver recomendações que pudessem ser generalizadas. (...) a visão top-down é altamente prescritiva e concentra-se em variáveis que podem ser manipuladas através do nível central. Algumas recomendações comuns nesta abordagem são: elabore metas claras e consistentes (Van Meter e Van Horn, 1975; Mazmanian e Sabatier, 1983), minimize o número de atores (Pressman e Wildavsky, 1973), limite a extensão da mudança necessária (Van Meter e Van Horn, 1975; Mazmanian e Sabatier, 1983), e coloque a responsabilidade da implementação numa agência simpática às metas da política (Van Meter e Van Horn, 1975, Sabatier, 1986). (MATLAND, 1995:147)*

No período que compreende o final dos anos de 1970 e o início da década seguinte aparece uma nova geração de estudos que privilegia a análise da multiplicidade dos atores que interagem no nível operacional / local e que imprimem

seus próprios objetivos ao processo de implementação. Esta abordagem, conhecida como *bottom-up*, inverte o foco de análise dos programas sociais (SABATIER, 1986).

O ponto a destacar, por suas implicações para o desenho deste trabalho, é que a nova geração de estudos privilegiou – em oposição à ênfase considerada excessiva nos processos de decisão da política – a análise do ponto de vista da população-alvo e dos serviços prestados. Embora não neguem os processos decisórios que definem uma política ou programa, os *bottom-uppers* preferem identificar e analisar a *rede de atores* responsáveis pela distribuição de serviços à população – “*suas metas, estratégias, atividades e contatos*” (SABATIER, 1986:33).

Os defensores do modelo *bottom-up* apontaram uma série de problemas e lacunas na abordagem concorrente. Para SABATIER (1986:31.) – ele mesmo, originalmente, um *top-downer* –, estes se deviam à:

i) *superestimação das instâncias decisoras no processo de implementação, em detrimento da análise da participação de outros atores.*

ii) *dificuldade de utilização do modelo em situações em que não haja preponderância de um ator ou agência, e sim um grande número de atores e diretivas de ação.*<sup>5</sup>

iii) *subestimação das estratégias empregadas pelos street-level bureaucrats*<sup>6</sup> *e grupos-alvo para adequar a política a seus propósitos.*

iv) *dificuldade em separar formulação e implementação, uma vez que muitas organizações estão envolvidas em ambos os estágios da política.*

SABATIER (1986) aponta a existência de seis condições básicas para que ocorra a implementação efetiva no modelo *top-down* de análise. As três primeiras estariam referidas ao processo de *policy decision*, enquanto as três últimas resultariam da pressão política e econômica recebida durante o processo de implementação.

Tais condições estão reproduzidas no Quadro 1, a seguir, que se refere à implementação *vista do alto*, isto é, do ângulo que ressalta a importância das condições de partida de uma política privada ou pública.

Quadro 1: Condições de implementação de programas/políticas sociais

<b>Condição</b>	<b>Justificativa</b>
Objetivos claros e consistentes.	Favorecem o estabelecimento de padrões de avaliação. Constituem recurso legal importante para implementadores.
Teoria causal adequada.	Políticas incorporam teoria implícita (concepção) sobre mudança social.
Implementação legalmente estruturada (realça a concordância de implementadores e de grupos-alvo)	A variedade de mecanismos legais inclui pontos de veto ao programa; sanções e incentivos disponíveis para superar resistências; e a implementação de agências que possam dar prioridade e apoio ao programa.
Agentes implementadores hábeis e comprometidos.	O compromisso dos implementadores com os objetivos da política e sua habilidade em utilizar os recursos disponíveis são fatores críticos no processo de implementação.
Apoio dos grupos de interesse e do Legislativo e Executivo	É necessário manter independentes o apoio político dos grupos de interesse e o dos poderes Legislativo e Executivo durante o longo período de implementação
Controle do nível de influência das mudanças socioeconômicas no processo de implementação	Eventualmente, mudanças nas condições socioeconômicas podem influir de modo dramático no apoio político ou na teoria causal de um programa. Exemplo disso seria a crise do petróleo na década de 1970.

Fonte: Sabatier, 1986

MATLAND (1995), por sua vez, destaca situações em que há dificuldades para utilizar o modelo *bottom-up*. Argumenta mediante a contraposição dos dois modelos e afirma que os trabalhos da perspectiva *bottom-up* enfatizam sempre o baixo poder de decisão que as instâncias centrais de governo têm sobre as instâncias locais, assim como a capacidade de os contextos locais dominarem as regras emanadas do nível central. Segundo o autor, a não aquiescência das instâncias decisoras centrais às

adaptações necessárias no plano local tende a levar os processos de implementação ao fracasso.

Em síntese, a utilidade destes modelos é permitir o balizamento de dois grandes campos de análise, ora dedicados à compreensão de fatores macro-institucionais que orientam o desenvolvimento de políticas e programas, ora impondo a importância de fatores micro-institucionais em sua configuração.

## **1.2 Os Conceitos de Ambigüidade e Conflito: uma breve introdução**

### **1.2.1 Ambigüidade**

Enquanto a área de políticas públicas no Brasil, apesar de seu inegável avanço, aguarda a incorporação de temas e perspectivas de análise, a literatura internacional reconhece, pelo menos, desde a década de 1970, o papel que o conflito e a ambigüidade exercem sobre o processo de decisão nas organizações.

ZAHARIADIS (1999:74) aponta para a importância do fato de que o termo *ambigüidade* – situação que ocorre quando existem muitas alternativas ou possibilidades para pensar as mesmas circunstâncias ou fenômenos – não se confunde com a idéia de *incerteza* – que significa inabilidade para prever um evento de forma acurada. Por conseguinte, no primeiro caso, o que está em jogo é uma situação de ambivalência, que não apresenta ponto de contato com a situação de incerteza, marcada pela ignorância e/ou imprecisão. Apresenta-se assim a situação de que “*mais informação produz menos incerteza, mas não reduz o nível de ambigüidade de uma decisão*” (ZAHARIADIS, 1999:74). Essa distinção é oportuna, uma vez que a *incerteza* pode aparecer com freqüência nos processos de decisão, em qualquer nível ou momento.

O clássico trabalho de COHEN, MARCH e OLSEN (1972), denominado *Garbage Can Model* ou “Modelo da Lata de Lixo”<sup>7</sup> identifica, em estudo sobre universidades americanas, a questão crucial da ambigüidade e incerteza quando destaca o *teor* problemático das escolhas nas “*anarquias organizadas*”, onde circulam idéias com pouca consistência e aderência às organizações: as pessoas não sabem o que querem,

ou são limitadas em suas escolhas pelos fatores tempo, acesso ou utilização da informação. As decisões são tomadas sem que se tenham formulado preferências precisas. O envolvimento em decisões varia muito, dependendo do tipo de relação estabelecida entre o indivíduo e a organização – tempo, esforço, percepção do papel desempenhado são fatores importantes no contexto. O mecanismo de tentativa e erro constitui, para os autores, uma ferramenta de aprendizado imprescindível, o que auxilia a compreensão das conseqüências da ambigüidade no aprendizado organizacional e individual sobre políticas e programas sociais.

KINGDON (1995) toma como ponto de partida o *Garbage Can Model*, ampliando-o e transformando-o em novo modelo, conhecido como *Multiple Streams*. Este modelo enfatiza o papel das idéias na construção do marco de análise. A política pública seria construída a partir de um processo constituído por correntes (*streams*) de questões e atores: a de problemas, a de políticas e a da política. A primeira, diz respeito às características do problema a ser equacionado e o modo como são apresentadas por atores diversos. A segunda, é a corrente de políticas (*policies*), à qual estão relacionadas as idéias e os instrumentos apresentados para a resolução dos problemas; já a corrente da política (*politics*) diz respeito a mudanças políticas: sucessão eleitoral, modificações no Legislativo e instâncias do Executivo. No modelo, cada corrente tem existência e regras de funcionamento independentes. Em momentos críticos, estas se unem pela ação dos *policy entrepreneurs*.

A agregação das correntes em uma única potencializa as chances de que um tema seja considerado com atenção pelos formuladores de políticas. Questões suscitadas no campo ou corrente da política ou externamente a elas - como eleições ou catástrofes naturais – podem momentaneamente proporcionar a abertura de uma “janela de oportunidades” no sistema de políticas, criando condições para o surgimento de novas estratégias para a solução de problemas. Como no caso dos planetas, o “alinhamento” existe por pouco tempo e, caso não se consiga elaborar novas propostas, os atores terão que aguardar nova ‘janela’.

O modelo de KINGDON tem o mérito de salientar os aspectos contingentes na construção de uma política ou programa, que aparecem como uma *configuração*, isto é, como direção balizada não – ou, pelo menos, não apenas – por objetivos claros e

normas de implementação padronizadas, mas por um contexto em que estão representadas várias idéias e forças sociais.<sup>8</sup>

Para MATLAND (1995), a ambigüidade é um dos eixos explicativos do seu trabalho, o *Ambiguity-Conflict Model*, cujo objetivo é elaborar um modelo de análise de implementação que supere a antinomia existente entre os modelos *top-down* e *bottom-up*, incorporando à análise tanto o ponto de vista dos formuladores e agentes dos níveis centrais de decisão quanto o papel dos grupos-alvo da política ou programa e seus implementadores locais. Para o autor, o conceito materializa-se através de duas dimensões: a *ambigüidade nos objetivos (ambiguity of goals)* e a *ambigüidade nos meios (ambiguity of means)*.

Um dos exemplos mencionados por Matland para ilustrar as dimensões do conceito é o da erradicação da varíola. Neste caso, para a Organização Mundial da Saúde, que criou o programa, o objetivo seria a erradicação da doença, ao passo que a vacinação em massa e a adoção da quarentena, quando necessário, seriam os meios utilizados (MATLAND, 1995:162).

Embora a ambigüidade de objetivos tenda a ser vista como causadora de mal-entendidos e incerteza, levando ao fracasso da implementação, o autor salienta que, muitas vezes, o conflito em relação a objetivos e a ambigüidade nem sempre apresentam correlação negativa. Pelo contrário, favoreceriam um importante efeito não esperado entre os partidários da perspectiva *top-down*, que enfatiza sempre a absoluta clareza de objetivos e metas de um programa. O argumento é que um dos caminhos para limitar o conflito em um processo de implementação é justamente a ambigüidade, pois metas claras podem suscitar oposição; em alguns momentos, a ambigüidade permite que novos programas ou políticas sejam legitimados. Endossando a posição de alguns autores, Matland assinala que a linguagem das políticas, ao apresentar algum grau de ambigüidade, dá margem a interpretações diferentes de seus objetivos, facilitando a adesão a elas.

Em relação à ambigüidade de meios, esta aparece mais claramente quando se trata da tecnologia utilizada no processo. Neste caso, a tecnologia refere-se não apenas a insumos tecnológicos, mas também a insumos técnicos, como procedimentos e ferramentas gerenciais a serem usadas no processo de implementação. Eventualmente,

a complexidade da situação a ser enfrentada pode deixar dúvida quanto à melhor tecnologia a ser empregada, constituindo outra categoria de ambigüidade de meios.

Há, naturalmente, o reverso da medalha: o grau de ambigüidade em uma política ou programa afeta diretamente a possibilidade de monitorar atividades, projetar ações padronizadas em diferentes ambientes, bem como a probabilidade de que fatores locais de contexto possam desempenhar papel decisivo na implementação e a variação do número de atores relevantes em cada local de implementação (MATLAND, 1995:157-9).

### **1.2.2 Conflito**

O papel do conflito na implementação de programas e políticas aparece com destaque diferente nas abordagens aos estudos de implementação. Para os *top-downers*, o conflito não existe enquanto tal, mas apenas enquanto desajuste temporário na lógica de funcionamento de um processo de implementação. Outros modelos, ao contrário, enfatizam sua inevitabilidade, havendo também os que enquadram o conflito dentro de um marco de referência mais amplo, caso do Modelo de Coalizão de Defesa (*Advocacy Coalition Framework*), apresentado por SABATIER, e discutido adiante.

CLINE (2000) propõe que a idéia de conflito seja analisada à luz do principal problema que envolve o processo de implementação. Este autor defende que a implementação pode ser vista: *i*) como problema de gerência organizacional ou *ii*) como problema de obtenção de cooperação. A definição do que seja o problema central do processo de implementação direciona o tipo de análise acadêmica produzida, e suas recomendações.

Se o foco do modelo de análise é a organização gerencial, temas como especificação de metas e controle de subordinados são considerados essenciais no processo de implementação. Os problemas derivam de incompetência técnica ou preferências ilegítimas dos implementadores, características estruturais das instituições implementadoras ou falhas na comunicação. A política de implementação

*(...) é vista em termos de processo administrativo e não como fruto de contradição entre valores. Por isso, nenhum conflito que surja é visto como*

*legítimo. (...) a gerência efetiva é a chave para resolver o problema de implementação. (CLINE, 2000:552)*

Por sua vez, se o foco do modelo de análise é o conflito de interesses que ocorre durante a fase de implementação, o problema que se coloca é o de como obter cooperação dos participantes.

A disputa por poder visa à possibilidade de agir sobre determinado contexto. Quando o poder é compartilhado, o conflito de interesses no processo pode ser visto como disputa legítima acerca de valores básicos. E o conflito entre valores, mais freqüentemente que o de interesses, impede a implementação de uma política. Neste caso, a solução oferecida por esse modelo é “(...) a construção de instituições ou mecanismos que criem um contexto cooperativo para aqueles que participam do processo de implementação” (CLINE, 2000:552).

A análise de MATLAND (1995) parte da afirmação de que o conflito desempenha papel fundamental na caracterização de modelos de decisão. Embora modelos racionais e burocráticos definam igualmente que atores são racionais e auto-interessados, existem diferenças na forma como encaram os objetivos de uma política ou programa. Os modelos racionais admitem que haja acordo sobre objetivos e, em função disso, é possível maximizar funções individuais e sociais. Os modelos burocráticos, ao contrário, não admitem a idéia de que seja possível existir acordos sobre objetivos. A distinção é crucial; determina que, no primeiro modelo, o conflito não tenha chance de existir; e, no segundo modelo, o conflito esteja explícito desde o início (MATLAND, 1995:156). Mas, para este autor, o que significa conflito?

DAHRENDORF<sup>9</sup> (1958. Apud MATLAND, 1995) apresenta os elementos conceituais pelos quais Matland define conflito:

*Para que o conflito exista, tem que haver interdependência entre atores, incompatibilidade de objetivos e a percepção de que a interação entre os elementos resulte sempre num jogo de soma zero (Dahrendorf 1958). O conflito na [área de] políticas existirá quando mais de uma organização vê a política como diretamente relevante para aos seus interesses e quando as organizações têm pontos de vista incongruentes. (MATLAND, 1995:156)*

É importante notar que a definição de Dahrendorf salienta, além dos óbvios aspectos relacionais da situação de conflito, a situação de desequilíbrio final na relação entre atores. Na linguagem da teoria dos jogos, em um jogo de soma zero, as perdas de um dos atores é simétrica aos ganhos do outro. É o que acontece, por exemplo, entre partidos políticos em períodos de eleição

*O número de cadeiras ganhas por um partido é necessariamente igual ao número de cadeiras perdidas pelo outro, no caso do sistema bipartidário, pelos outros, em um sistema pluripartidário. (BOUDON e BOURRICAUD, 1993:77)*

Ainda segundo MATLAND (1995), quando o conflito estabelece um longo processo de negociação, tende a produzir resultados não sobre objetivos, mas sobre os meios (ou ações), ou, mesmo, não-ação, uma vez que os atores são incapazes de pactuar compromissos.

Outra distinção importante feita por esse autor diz respeito à *intensidade* do conflito e suas conseqüências para o processo de implementação. A questão da poluição do ar, por exemplo, pode congrega as metas de diferentes grupos; contudo, poderá haver divergência no que se refere aos meios de eliminá-la ou de estabelecer controle sobre ela. A intensidade do conflito tende a aumentar com o incremento das diferenças; desse modo, quanto mais importante a decisão, mais o comportamento dos atores será agressivo (MATLAND, 1995:157).

O autor adverte ainda para o fato de que nem todo conflito é manipulável; mais uma vez, as diferenças decorrem do ponto de vista incorporado à análise. Enquanto os *top-downers* vêem o conflito – ou melhor, o desajuste – como algo manipulável, para os *bottom-uppers*, o conflito não é, em princípio, manipulável e deriva do debate de um tema. Do ponto de vista de Matland, alguns conflitos podem ser manipuláveis, desde que os interessados na implementação do programa possam restringir as mudanças pretendidas ou instituir incentivos para alguns atores-chave, por exemplo. De qualquer forma, políticas são sempre controversas e baseadas em pontos de vista ou valores diferentes, que nem sempre podem ser ignorados.

### 1.3 Conceitos de Aprendizagem em Sabatier e Schofield

O modelo elaborado por SABATIER e JENKINS-SMITH (1999) dá grande destaque ao papel desempenhado pela aprendizagem na evolução das políticas públicas, embora não seja este o seu foco central.

Em linhas gerais, para o *Advocacy Coalition Framework*, ou Modelo das Coalizões de Defesa, a política pública é vista como fruto da disputa entre diversas alianças em torno de diferentes temas – por exemplo, a distribuição gratuita de medicamentos, ou o controle da poluição do ar.

Por se tratar de um quadro de análise que vem sendo refinado e ampliado ao longo do tempo, o *Advocacy Coalition Framework* é composto de uma complexa rede de conceitos. Vale destacar alguns, para facilitar a compreensão do processo de interação entre eles e, principalmente, seu valor heurístico: atores, sistema de crenças, e, ainda o *policy learning*.

Cada coalizão pode ser formada por muitos atores – formais ou informais –, como líderes de grupos de interesse, legisladores, instituições e agências governamentais, pesquisadores, jornalistas.

Tais coalizões variam no tempo e seus membros participam de um conjunto de crenças fundamentais (*deep core beliefs*) e crenças ligadas às políticas em questão (*policy core beliefs*). A importância de teorias implícitas - prioridades valorativas, percepções sobre relações causais e eficácia de instrumentos de políticas – influencia a forma de alcançar objetivos no campo das políticas, configurando o que o autor denomina ‘sistema de crenças’ (*policy beliefs*). A ação política tem como finalidade traduzir um sistema de crenças em política. As coalizões procuram efetivar seus sistemas de crença *dentro* da política pública, mobilizando recursos políticos através de um terceiro grupo de atores, os *policy brokers*. O objetivo final deste modelo é explicar a estabilidade e a mudança nos padrões das políticas (SABATIER e JENKINS-SMITH, 1999).

Para complementar a exposição, interessa aos objetivos deste trabalho destacar, com base no modelo Coalizões de Defesa, as idéias sobre aprendizagem (*policy learning*).

SABATIER e JENKINS-SMITH tomam como ponto de partida a clássica definição elaborada por HECLO, na década de 1970, que define o *policy-oriented learning* (*aprendizado sobre políticas*) como:

(...) *modificações relativamente persistentes do pensamento ou das intenções de comportamento, resultantes da experiência e concernentes à realização ou a revisão dos objetivos da política* (HECLO, 1974:306. Apud SABATIER e SCHLAGER, 2000)

Para esses autores, a definição de HECLO sublinha apenas o caráter puramente instrumental da aprendizagem, uma vez que sua finalidade é atender de forma eficaz os objetivos da política (ID, *IBID.*).

SABATIER (2000), ao conceituar a aprendizagem ou *policy learning*, diferencia duas dimensões: a *aprendizagem sobre políticas* e a *aprendizagem política*.

A *aprendizagem sobre políticas* significa compreender a gravidade das causas de um problema ou os benefícios de suas soluções. Um exemplo seria a compreensão das vantagens e desvantagens relativas ao processo de solução negociada que ocorre entre representantes de países desenvolvidos e em desenvolvimento para determinar os preços para a aquisição de medicamentos de alto custo, como os anti-retrovirais, fabricados por indústrias farmacêuticas do Primeiro Mundo.

Cabe lembrar que o conceito *aprendizado político*, de SABATIER, ligado ao melhor funcionamento da instituição a que pertence o indivíduo, analisa o desenvolvimento de uma política a partir das coalizões que disputam a hegemonia em sua condução. Para fortalecer uma coalizão, faz sentido melhorar a posição da instituição que a compõe na disputa.

Por sua vez, a *aprendizagem política* incluiria a aquisição de recursos diversos para manter e melhorar a situação da organização da qual o indivíduo participa.

Em trabalho recente, SCHOFIELD (2004) expõe um modelo de análise que valoriza o papel do aprendizado nas tarefas da implementação, o *Model of Learned Implementation*, o qual parte de algumas constatações:

*i. o processo de implementação implica a habilidade de converter a promessa do Estado em produto;*

*ii. grande parcela do conhecimento sobre implementação de políticas deriva de estudos que focalizam as relações que se estabelecem entre as intenções da política e seus resultados;*<sup>10</sup>

*iii. agentes públicos não detêm fórmulas automáticas para converter promessas em produtos;*

*iv. a despeito disso, a política ou programa é implementado; algo ocorre aos implementadores, capacitando-os a operacionalizá-la; em conseqüência, o foco do Model of Learned Implementation é direcionado à explicação de como ocorreu o aprendizado, tentando suprimir uma significativa lacuna na literatura. (SCHOFIELD, 2004: 283-4)*

Este modelo baseia-se em contribuições de outros modelos e em achados de pesquisas empíricas.<sup>11</sup> A autora destaca cinco características que levam à aprendizagem, que são: *Burocracia; Burocratas; Estrutura; Motivação; Tempo e Detalhes.*

No modelo, a aprendizagem dos implementadores é simultaneamente limitada pela burocracia e ressaltada pelos seus papéis de burocratas. A estrutura da equipe e sua posição hierárquica têm impacto na aprendizagem. O nível de motivação do implementador exerce influência direta sobre a aprendizagem, o mesmo ocorrendo com os detalhes, que se referem às inúmeras normas e procedimentos, informações e tarefas que devem ser observados durante o processo de implementação. A categoria tempo aparece como de grande importância, uma vez que o processo de aprendizagem se beneficia continuamente com a sua passagem (Id., *IBID.*:294-303).

Comparando os dois trabalhos, observamos que suas análises podem ser vistas, ao menos parcialmente, de modo complementar. Os conceitos de *aprendizagem sobre*

*sobre políticas e aprendizagem política* encontram bom desdobramento nas características que levam à aprendizagem desenvolvidas por SCHOFIELD, na medida em que estas podem ser consideradas dimensões do conceito de SABATIER.

## **1.4 Modelo Ambigüidade - Conflito de Matland**

Nas seções anteriores do capítulo, inicio a apresentação das principais idéias do Modelo Ambigüidade e Conflito (*Ambiguity-Conflict Model*), comparando-as com a perspectiva de outros autores. A seguir, apresento as principais características do modelo desenvolvido por MATLAND, cujo objetivo é unir as abordagens *top-down* e *bottom-up*.

Esse autor observa que existem tentativas de combinar as perspectivas *top-down* e *bottom-up* em outros trabalhos. Uma das linhas de investigação desenvolvidas acerca do tema propõe a combinação dos dois formatos no mesmo modelo; outra linha parte da identificação das condições sob as quais uma abordagem mostrar-se-ia mais apropriada que a outra. Os autores vinculados à segunda linha de investigação argumentam, segundo MATLAND, que as perspectivas *top-down* e *bottom-up* poderiam ser aplicadas em diferentes momentos do processo de implementação:

*As perspectivas top-down são mais apropriadas nos estágios iniciais do planejamento, enquanto a visão bottom-up é mais apropriada para os estágios iniciais de avaliação* (MATLAND, 1995:152)

A diferença entre MATLAND e os autores que tentam combinar os dois modelos na análise de implementação é que ele preferiu desenvolver novo modelo de análise, partindo da crítica aos estudos que se limitam a listar variáveis que afetam a implementação, sem discutir em que condições se tornam importantes.

*Sínteses que meramente combinam dez variáveis consideradas pelos top-downers com dez variáveis consideradas pelos bottom-uppers, sem explorar teoricamente as relações entre elas, agravam o problema. (Id, IBID.:153).*

O modelo de MATLAND, ao contrário, organiza-se a partir de duas variáveis-chave – ambigüidade e conflito – as quais, moduladas, permitem a construção de matrizes para explicar o processo de implementação. Sua estrutura está reproduzida no Quadro 2, abaixo, para ser detalhada a seguir.

Quadro 2: Modelo Ambigüidade - Conflito

		CONFLITO	
		BAIXO	ALTO
<b>A M B I G Ü I D A D E</b>	<b>BA IX A</b>	<b>IMPLEMENTAÇÃO ADMINISTRATIVA</b>  <b>RECURSOS</b>	<b>IMPLEMENTAÇÃO POLÍTICA</b>  <b>PODER</b>
	<b>AL TA</b>	<b>IMPLEMENTAÇÃO EXPERIMENTAL</b>  <b>RECURSOS CONTEXTUAIS</b>	<b>IMPLEMENTAÇÃO SIMBÓLICA</b>  <b>FORÇA DA COALIZÃO</b>

Fonte: MATLAND, 1995:161

O quadro a seguir relaciona os conceitos e os tipos de implementação do modelo de MATLAND.

Quadro 3: Conceitos e Tipos de Implementação do Modelo Ambigüidade-Conflito

Conceitos	Dimensões	Tipos de Implementação			
		Administrativa	Política	Experimental	Simbólica
<b>Ambigüidade</b>	de objetivos				
	de meios	Baixa	Baixa	Alta	Alta
<b>Conflito</b>	Interdependência entre atores				
	Incompatibilidade de objetivos/meios	Baixo	Alto	Baixo	Alto

Fonte: Elaboração própria

#### **1.4.1 Implementação Administrativa: política com baixos níveis de ambigüidade e de conflito (*low policy ambiguity and low policy conflict*)**

Quando os níveis de ambigüidade e de conflito provocados por uma política ou programa são baixos, estão criadas as condições para que o processo de decisão ocorra dentro de um padrão racional (“decisões programadas”), uma vez que os objetivos e os meios para resolver o problema são conhecidos. Nesse caso, o princípio que orienta a implementação administrativa está concentrado na seguinte afirmativa: “os resultados são determinados pelos recursos”. Em síntese, as características deste tipo de implementação são as seguintes:

### **Implementação Administrativa**

- foco: recursos
- baixa ambigüidade e baixo conflito;
- objetivos e meios conhecidos;
- operações padronizadas para cumprir o objetivo;
- mecanismos normativos pautados na concordância;
- resultados definidos pelos recursos;
- baixo uso de coerção e incentivo e, quando ocorrem, são aplicados de forma clara;
- ações em ambiente estável;
- pouca ou nenhuma influência externa;
- fluxo de informação ordenado hierarquicamente;
- falhas vistas como problemas técnicos, inadequação dos recursos, má compreensão, escassez de tempo, coordenação inadequada;

A autoridade do nível central concentra informações, recursos e poder de sanção, que auxiliam a concretização da política. O fluxo da informação é ordenado de forma hierárquica: cada nível recebe ordens do nível superior. Os atores compreendem claramente as suas responsabilidades e tarefas e desencadeiam operações e procedimentos padronizados para cumprir o objetivo da implementação. O ambiente em que a ação se desenrola é estável e sofre pouca ou nenhuma influência externa. Essa estabilidade, aliada ao tipo de política implementada, é responsável por resultados uniformes em diferentes cenários (MATLAND, 1995:160-1).

Matland recorre às categorias estabelecidas por ETZIONI (1961)<sup>12</sup> para apresentar os mecanismos que garantem a concordância dos atores durante o processo de implementação. Segundo Etzioni, para obter concordância é necessário lançar mão de mecanismos normativos, coercitivos ou de remuneração.

Os mecanismos normativos induzem à concordância, apelando à idéia de objetivos comuns ou à autoridade daquele que solicita a ação; já os mecanismos coercitivos impõem sanções quando ocorrem erros ou omissões em relação aos objetivos; ao passo que os mecanismos de remuneração podem incluir recursos adicionais e incentivos, visando tornar a tarefa atraente para o agente implementador. No caso da Implementação Administrativa, em geral, os mecanismos normativos são suficientes, uma vez que as ordens são vistas como legítimas e há pouca controvérsia em relação às metas e aos meios para conseguir o objetivo pretendido. Ao se

mostrarem necessários, o que é raro neste caso, os mecanismos coercitivos – como no caso da aplicação de multas – são passíveis de aplicação bem sucedida, desde que os meios para a ação estejam claros e sejam facilmente monitoráveis (MATLAND, 1995:161).

As falhas no processo de implementação ocorrem em função de problemas técnicos e estes, por sua vez, decorrem da má compreensão das tarefas, de recursos insuficientes, do pouco tempo para usar a tecnologia adequada ou de coordenação inadequada. Podem acontecer também falhas de monitoramento, ou esta atividade pode simplesmente não existir. É possível que as sanções aos comportamentos desviantes não estejam definidas. Dificuldades de comunicação são igualmente citadas. Mesmo que uma mensagem seja clara, pode ser compreendida de maneira equivocada pelo receptor, o que diminui consideravelmente as possibilidades de sucesso da implementação.

Como conclui o autor, este tipo de implementação guarda semelhanças com a abordagem *top-down* de políticas públicas; descende de antigos modelos do campo da administração, de onde a política é excluída. Um exemplo de Implementação Administrativa é o da erradicação da malária, citado no início do capítulo. Os objetivos e os meios para conseguir o objetivo eram claros, e sua implementação dependia de procedimentos bem estabelecidos. Seu sucesso foi determinado principalmente pelo montante de recursos disponíveis e pela forma como se deu o desenvolvimento do programa (Id., *IBID.*:161-3).

#### **1.4.2 Implementação Política: política com baixo nível de ambigüidade e alto nível de conflito (*low policy ambiguity and high policy conflict*)**

A idéia de que “*os resultados da implementação são decididos pelo poder*” caracteriza a Implementação Política. Neste caso, embora os objetivos estejam claramente definidos, são incompatíveis com algum fator que lhes seja externo. Disputas podem ocorrer também em relação aos meios de implementá-la. Em geral, a dissensão ocorre no momento de desenhar a implementação da política ou programa. Igualmente é possível que recursos essenciais para sua consecução sejam controlados por atores “*(...) que não pertencem à organização da implementação ou que se*

*oponham ativamente a ela*”. (MATLAND, 1995:163-4). A seguir, suas características centrais.

#### **Implementação Política**

- foco : poder;
- baixa ambigüidade e alto conflito;
- objetivos definidos, mas incompatíveis, ou disputas sobre os meios de implementação;
- forte influência do contexto político;
- uso de coerção e incentivo ao característicos deste tipo de implementação;
- boicote e recusa em participar- pode ocorrer no nível local;
- implementador nem sempre mantém contato direto com a hierarquia superior.

Observa-se que, ao contrário da Implementação Administrativa anteriormente descrita, a Implementação Política pode sofrer influência do contexto local.

Neste tipo de implementação, como a concordância não é automática, são utilizados, com frequência, mecanismos coercitivos ou que incluam algum tipo de incentivo. Em certos casos, um ator ou uma coalizão de atores possui poder suficiente para encaminhar o desfecho da disputa. Às vezes, um acordo é indispensável para alcançar o consenso, que ocorre comumente em relação aos meios de implementar a política ou programa, porém nunca em relação aos objetivos.

Outro ponto que é importante destacar diz respeito às relações que se estabelecem entre implementadores hierarquicamente superiores e agentes de implementação. Observa-se que, embora os primeiros tenham autoridade para exigir determinada ação dos agentes de implementação, estes nem sempre mantêm contato direto com seus superiores. Eventualmente, alguns atores do processo possuem bases políticas independentes e podem recusar-se a participar sem que tenham sua própria missão impedida. Essa independência, que ocorre também na relação entre o nível federal e os níveis estaduais e municipais, mesmo quando as “oportunidades de sanção” são fortes – ligadas, por exemplo, à liberação de verbas – pode inviabilizar os mecanismos coercitivos. Quando estes não podem ser utilizados ou fracassam nos seus objetivos, os implementadores perdem poder de barganha (ID., IBID.:164).

Sob tais circunstâncias, o programa de implementação consiste em “obter (*securing*) a concordância de atores cujos recursos são vitais para o sucesso da política e em assegurar que o processo não seja frustrado por seus opositores” (MATLAND, 1995:164)

MATLAND observa que as características da Implementação Política evidenciam os limites das análises da área tradicional de administração pública e das primeiras abordagens *top-down* que viam de forma ‘administrativa’ o que era, em essência, um problema político. Desse modo, as análises falham, porque não sabem identificar as origens das barreiras ao processo de implementação. Ao mesmo tempo, a abordagem *bottom-up* falha porque, ao considerar que as políticas são decididas no nível microsocial, não leva em conta a força e o poder que pode ser investido em uma política formulada de maneira explícita e sem ambigüidade.

#### **1.4.3 Implementação Experimental: política com alto nível de ambigüidade e baixo nível de conflito (*high policy ambiguity and low policy conflict*)**

O princípio que orienta este tipo de implementação está formulado da seguinte maneira: “*as condições contextuais dominam o processo*”. A importância de tais condições está diretamente relacionada ao alto nível de ambigüidade existente no processo, que permite que os seus resultados dependam de recursos e atores existentes no ambiente de micro-implementação e das variações locais encontradas. O quadro abaixo expõe uma síntese das características deste tipo de implementação.

### **Implementação Experimental**

- foco: recursos contextuais
- alta ambigüidade e baixo conflito;
- objetivos e meios não são claros ou objetivos claros e meios não;
- aprendizagem como meta, mas não obrigatoriamente;
- resultado depende dos atores e de recursos do ambiente da micro implementação;
- implementação, portanto, mais aberta a influências locais;
- há casos em que as preferências são problemáticas e a tecnologia é incerta;
- enfatiza oportunidades para os atores locais na implementação, mas pode ocorrer baixo nível de responsabilização.

Se a política apresenta esta configuração, os resultados dependerão substantivamente dos atores mais ativos e envolvidos. Compreensivelmente, este tipo de implementação é mais aberto às influências ambientais que os outros.

A ausência de conflito é outra razão que explica a participação de múltiplos atores, permitindo àqueles cujos interesses sejam mais fortes ou detenham maiores recursos que possam moldar de forma significativa a política: *“As oportunidades são excelentes para bureaucrats entrepreneurs criarem políticas que tratem das necessidades locais”* (MATLAND, 1995:166).

Nas situações em que objetivos e meios não estão claros, ou que, embora os objetivos sejam claros e bem apoiados, os meios de implementação não estejam ainda definidos, existe uma implementação de tipo experimental. Em semelhantes circunstâncias, abre-se caminho para o desenvolvimento de novas capacidades. No caso das pesquisas biomédicas, por exemplo, mesmo que a tecnologia para resolver um problema não esteja criada, ela é financiada e amplamente defendida como política por sua conexão com o interesse público.

Este tipo de implementação encontra paralelo no *“Garbage Can Model”*. Por definição, a Implementação Experimental refere-se a casos nos quais as preferências são problemáticas e a tecnologia a ser utilizada é incerta. A descrição *bottom-up* do processo de implementação é, no caso da implementação experimental, mais útil,

porque incorpora o fator ambigüidade na política – ao contrário da abordagem *top-down* – e enfatiza as oportunidades disponíveis aos atores locais. Não se exclui do campo de análise, entretanto, a possibilidade de que políticas com alto grau de ambigüidade possam gerar baixos níveis de responsabilização e atitudes auto-interessadas por parte dos agentes de implementação.

MATLAND assinala que no caso da implementação experimental é possível ocorrer “*mutações*” nos programas ou políticas, se estes forem implementados por diferentes organizações e em ambientes diversos.

É importante destacar, no caso da Implementação Experimental, a importância da aprendizagem, que pode ser vista como objetivo neste caso. Para o autor, a oportunidade de aprendizagem é mais importante que um resultado bem sucedido. Para tanto é necessário que haja a comparação dos dados coletados; caso contrário, este só ocorrerá de forma aleatória.

#### **1.4.4 Implementação Simbólica: política com alto nível de ambigüidade e alto nível de conflito (*high policy ambiguity and high policy conflict*)**

MATLAND (1995) considera que pode parecer pouco plausível a idéia de uma política que reúna altos níveis de ambigüidade e conflito, em especial se existe a percepção de que quando há maior nível de ambigüidade, o conflito tende a ser minimizado. Apesar disto, existem políticas caracterizadas por alto nível de conflito e alto nível de ambigüidade. Políticas que invocam símbolos importantes tendem a produzir níveis de conflito altos, mesmo quando são “vagas” (MATLAND, 1995:168). Como explica o autor:

*Do ponto de vista tradicional, políticas simbólicas (symbolic politics) têm sido associadas à não-implementação de policy. Exemplo típico é a policy que recebe uma exposição substancial no estágio de sua adoção e que, finalmente, apresenta pequeno efeito substantivo... (...) Políticas simbólicas estão quase sempre fadadas ao fracasso. Uma compreensão consideravelmente mais rica dos efeitos dos símbolos na política (politics) pode ser alcançada se as policies forem definidas como simbólicas ANTES (grifo do autor) de serem implementadas. (Id., IBID.)*

O princípio orientador desta matriz de análise refere-se à força da coalizão local que determina o resultado da implementação: “*O curso da política é determinado pela coalizão de atores do nível local que tiver o controle dos recursos disponíveis*” (MATLAND, 1995:168). Resumo, abaixo, suas principais características.

#### **Implementação Simbólica**

- foco: força da coalizão
- alta ambigüidade e alto conflito;
- papel: firmar compromissos, valores e princípios;
- provisão de recursos;
- superação do conflito: coerção ou barganha;
- ambigüidade dificulta estruturação e monitoramento local;
- ambigüidade pode levar a resultados diferentes, em locais diferentes;
- conflito provoca decisão local de natureza política;
- conflito pode ser positivo, para busca de solução;
- em geral, pouco efeito, mas muita exposição.

O autor afirma que a importância das políticas simbólicas reside no fato de que seu papel é firmar ou reafirmar compromissos, valores e princípios.

Neste tipo de implementação, o conflito assume papel positivo na medida em que ajuda a estruturar o caminho das soluções desenvolvidas, ao passo que a ambigüidade, mais uma vez, propicia a ocorrência de resultados diferenciados nos vários locais da implementação.

No caso de políticas que contemplem apenas *um* objetivo, surgirão coalizões similares em diferentes lugares disputando a hegemonia do processo, o que resultará na multiplicidade de programas desenvolvidos pelas coalizões dominantes locais. Condições contextuais afetarão igualmente os resultados. Quando a política apresenta objetivo vago e programa de ação ambíguo, instalam-se as condições de desenvolvimento dos aspectos simbólicos da política. O espaço de ambigüidade do desenho institucional tende a ser preenchido por soluções ligadas às áreas profissionais dos formuladores. Nesse caso, a disputa central gravita em torno de coalizões formadas por estes grupos.

Os resultados das políticas simbólicas são limitados e menos diferenciados do que os resultados da Implementação Experimental, uma vez que as coalizões de oposição tentam limitar o escopo original da proposta, mesmo que não consigam determinar seu conteúdo.

A Implementação Simbólica apresenta similaridade com a Implementação Política no que diz respeito à intensidade dos conflitos. Na análise de Matland, a superação do conflito ocorre principalmente através de mecanismos de coerção e barganha. A diferença entre Implementação Política e Implementação Simbólica evidencia-se no plano local. A força das coalizões determina o resultado da Implementação Simbólica.

Neste caso, segundo o autor, as abordagens *top-down* e *bottom-up*, vistas de forma separada, são insuficientes para analisar o processo. O alto nível de ambigüidade da política dificulta a estruturação e o monitoramento de atividades locais; sua influência aparece na provisão de recursos e incentivos e na capacidade de focalização de uma “área-tema” para concentrar os esforços de implementação, demonstrando os limites da abordagem *top-down*. O alto nível de conflito político desloca as decisões políticas para as mãos de atores locais. Embora “(...) *bottom-uppers* estejam corretos em afirmar a soberania dos atores locais, abordagens deste tipo não enfatizam a natureza fortemente política das interações” (MATLAND, 1995:170).

## **1.5 Aplicabilidade da discussão teórica**

Os temas e conceitos abordados neste capítulo chamam a atenção, desde logo, para a complexidade que cerca os estudos de implementação de políticas. Se parece ter ficado claro que a abordagem *top-down*, embora útil ao estudo dos momentos iniciais do ciclo da política, ignora o caráter processual da atividade de implementação, é preciso sublinhar o que esta visão implica, em termos práticos, na condução da ação governamental.

O ponto de partida dos *top-downers* reflete-se inevitavelmente em um receituário, até certo ponto, simplista, que crê em medidas circunstanciais e correções de rumo como forma de solucionar questões mal compreendidas. A perspectiva de análise não reconhece, por insuficiente, aspectos essenciais de uma problemática previamente existente à implementação de políticas e programas, ditada pelos contextos institucional e político dos níveis regionais e locais nem sempre em consonância com o que esperam ou pretendem os formuladores. O problema essencial, deste ponto de vista é, como afirma CLINE (2000), ver a implementação como problema de gerência organizacional.

Reside exatamente nesse ponto a abdicação da idéia de que a implementação ocorre em situações nas quais o conflito é parte constitutiva do processo. A abordagem deixa escapar, nesse momento, a possibilidade de elaborar uma chave analítica crucial para o entendimento do problema, também enunciado por CLINE (2000): a implementação é uma questão de *como* obter cooperação. Em outras palavras, uma questão política.

Não é o caso de desqualificar a importância da abordagem *top-down*, que é largamente aceita. É necessário, no entanto, assinalar seus limites e o fato de que a abordagem *bottom-up*, ao incorporar à análise as relações que se estabelecem, no nível local, entre implementadores e população alvo, amplia as possibilidades de análise da implementação. Capturar essa rede de relações- como interagem seus elementos em relação à implementação, tendo em vista interesses próprios – permite compreender a relação estabelecida entre os objetivos e as metas dos implementadores do nível central e os da rede local. Mais que isso, ratifica a idéia de implementação como processo, contextualizando-a, e admite a importância e influência dos *street-level professionals*<sup>14</sup> na configuração local da política.

É neste sentido, como assinalam SILVA e MELO (2000:12), que “*a forma de uso ou consumo dos produtos da política altera a política e, à semelhança do que se afirmou em relação aos implementadores, ‘cria políticas’*”.

No contexto deste trabalho, a razão da escolha do modelo de Matland é que o autor elegeu variáveis cruciais para a compreensão dos mecanismos que orientam a implementação de políticas e programas sociais.

O conflito, por sua onipresença na vida social, coloca-se, desde o início, como variável chave para a compreensão das relações entre indivíduos e entre grupos. Resta verificar se as dimensões centrais do conceito empregado por Matland, “interdependência entre atores” e “incompatibilidade de objetivos” apresentam correspondência substantiva com os achados empíricos no caso em pauta. A questão é verificar se, em um município de pequeno porte, que implementa um programa federal por decisão ‘espontânea’, tal definição de conflito tem valor heurístico, ou se a idéia de conflito assume outras dimensões no contexto.

O mesmo ocorre quanto ao tema da ambigüidade. Parece, neste caso, ser razoável discutir a idéia de ambigüidade de meios, uma vez que a discussão que se refere à ambigüidade em relação a objetivos carece de sentido quando se trata de um programa ao qual, em tese, o município aderiu livremente.

Em que pese o reconhecimento de limitações à aplicabilidade do modelo no caso estudado, é preciso notar que este permite, pela maneira como foi construído, uma flexibilidade que permite explorar seus limites caso a política ou programa desenvolva aumento ou diminuição de suas características centrais.

Considerando as interseções na matriz apresentada, se o nível de ambigüidade cai em uma célula- por exemplo, a que representa a Implementação Simbólica- amplia-se necessariamente o nível de conflito político, e deduz-se que o modelo esteja se aproximando do padrão de Implementação Política. Da mesma forma, se o nível de ambigüidade aumenta na célula correspondente à Implementação Administrativa, é possível inferir uma guinada substantiva na orientação de uma política. Em outras palavras, o modelo pode ser explorado no sentido vertical: a Implementação Administrativa pode, em tese, transformar-se em Implementação Experimental, e *vice-versa*. O mesmo ocorre com o par formado pela Implementação Política e Implementação Simbólica.

Igualmente, é possível explorar o modelo no sentido horizontal, na medida em que um dos atributos ( conflito ou ambigüidade) do modelo sofra um deslocamento que o restrinja ou, pelo contrário, o amplie. O caso mais interessante seria o da passagem de uma Política Experimental para a categoria de Política Simbólica, pois significaria a perda acentuada de meios de ação sobre determinada política. Esta possibilidade, no entanto, pode ser observada nos casos em que ocorra esvaziamento ou descontinuidade de uma ação governamental.

Uma possível modulação entre as células da matriz faz pensar em um fio condutor que possibilite a observação de mudanças nos padrões de desenvolvimento de políticas e programas. É possível concluir que o modelo se presta a análises sincrônicas e diacrônicas dos processos de implementação.

O modelo de análise, no entanto, por seu caráter necessariamente seletivo, deixa de lado questões importantes. Neste caso, apenas tangencia a questão da aprendizagem, embora ressalte sua importância no caso da Implementação Experimental.

## NOTAS

<sup>1</sup> No texto, os termos ‘política(s)’ e ‘programa(s)’ são empregados como sinônimos, para lembrar que os temas e modelos aqui discutidos podem referir-se tanto a um quanto a outro. Todavia designam situações diferentes: programas e projetos são partes constitutivas de uma política, ao passo que um programa pode ser constituído por projetos, unidades menores que o viabilizam tecnicamente. Igualmente, podem ser encontradas no trabalho as expressões *policy* ou *policies* (política, políticas) no sentido de políticas públicas ou políticas sociais, mas *politics* significa atividade política, campo da política. O campo da *policy analysys* ou de *análise de políticas* abrange o estudo das várias abordagens, das teorizações e dos modelos construídos com o intuito de fornecer quadros referenciais robustos à análise de políticas públicas; o *policy process* abarca o ciclo de vida de uma política ou programa, significando aqui o mesmo que *policy cycle*. Observe-se, porém, que as duas expressões nem sempre se equivalem, pois a categorização dos elementos que constituem o ‘ciclo da política’ ou o ‘processo da política’ depende da unidade de análise a partir da qual se desenvolve o trabalho de

pesquisa. Assim, para SABATIER (1999), a unidade de análise deve focar um subsistema de política (*policy subsystem*) e não as etapas pelas quais passam a política ou o programa desde sua formulação até a avaliação. Este subsistema é formado por atores de uma variedade de organizações públicas e privadas, diretamente ligados a um problema de política (*policy problem*). Estes atores procuram influenciar regularmente a evolução das políticas de determinado campo. Como a base do trabalho analítico do autor é identificar como se constituem e alteram as coalizões de defesa em torno de problemas de política, a idéia de *policy cycle*, tal como usada aqui, não apresenta utilidade. Ver Klaus FREY (2000) para detalhada discussão sobre termos empregados na área.

<sup>2</sup> Utilizamos neste trabalho as expressões ‘Estratégia de Saúde da Família’ e ‘Programa de Saúde da Família’. A primeira, mais atual, é considerada a que expressa seu *status* de principal agente de indução de mudança do modelo assistencial. No entanto, como a expressão ‘Programa de Saúde da Família’ ou PSF foi empregada muitas vezes durante a pesquisa, é a mais utilizada no corpo do trabalho.

<sup>3</sup> A discussão pode ser encontrada em SABATIER (1986; 1999) e em PEREZ (1998).

<sup>4</sup> HILL (1997) defende que disciplinas em fase de construção beneficiam-se mais do diálogo entre várias abordagens do que de esforços teóricos selecionados, cuja ambição é fornecer uma teoria ao campo da análise de políticas públicas. A atividade de pesquisa sistemática e sustentada que contribua de modo efetivo para o desenvolvimento da área deveria enfatizar atividades diversas. Estas comportariam: *i*) replicação de estudos; *ii*) análises comparativas; *iii*) estudos de caso mais ambiciosos; *iv*) utilização mais ambiciosa dos estudos de caso; *v*) pesquisas comprometidas com o desenvolvimento do campo (versus ecletismo acadêmico); e *vi*) atenção às exigências da inferência causal.

<sup>5</sup> Na perspectiva *top-down* são importantes apenas as esferas de decisão e os atores-chave, sem que sejam consideradas a esfera privada, os atores locais e outros sistemas de formulação de políticas.

<sup>6</sup> O *street-level bureaucrats* são os funcionários públicos que, em sua rotina de trabalho, interagem diretamente com os cidadãos e possuem considerável poder de decisão sobre questões de interesse destes, “*socializando expectativas, determinando a*

*elegibilidade dos cidadãos a benefícios ou sanções; supervisionam os serviços que os cidadãos recebem num programa...*” (LIPSKY, 1980:3-4). Professores, trabalhadores da saúde, trabalhadores sociais, juizes e policiais são exemplos de *street-level bureaucrats*. Estes, para o autor, fazem a mediação entre Estado e cidadão e “*têm a chave para uma dimensão da cidadania*” (Id, IBID).

<sup>7</sup> A tradução literal para o português da expressão *Garbage can model* – Modelo da Lata-de-lixo – carece de sentido. FRIEDBERG (1993) observa que a tradução francesa – *Modèle de la poubelle* – padece da mesma ambigüidade. Para o autor, a tradução falha ao não destacar uma dimensão que está fortemente marcada na expressão inglesa, a de oposição entre “o mito” da decisão racional e o campo da decisão “real”, muito menos nobre. Ou, como assinalou Michel CROZIER (Apud FRIEDBERG, 1993:72): “*a vontade subjacente deste modelo seria ‘humilhar a razão’, o que corresponderia bem ao estado de espírito vigente no final dos anos 1970 e as desilusões em relação ao mito da ação racional, induzidos notadamente pelo desastre da Guerra do Vietnam*”. Como afirma adiante, as decisões neste modelo seriam frutos mais do acaso que da vontade dos participantes (Id., IBID.:73).

<sup>8</sup> Do ponto de vista de ZAHARIADIS (1999), o mérito de KINGDON foi adaptar o *Garbage Can Model*, concebido para analisar organizações, tornando-o apto a pensar o *policy making* no plano nacional. No entanto, sua utilização incidiu sobre o processo de pré-decisões de políticas nos EUA: a construção da agenda e a especificação de alternativas, restando adaptá-lo ao emprego em outros momentos do ciclo da política e de outras sociedades.

<sup>9</sup> DAHRENDORF, Ralph (1958) “Towards a theory of social conflict”. *Journal of Conflict Resolution* 2:2:170-83.

<sup>10</sup> Se o produto difere da intenção original, sugere-se que a implementação falhou. SCHOFIELD (2004), no entanto, considera que o viés da congruência entre intenções e resultados constitui abordagem insuficiente para que se determine se um programa ou política falhou ou teve sucesso.

<sup>11</sup> SCHOFIELD toma trabalhos de diferentes escopos como bases de seu modelo: SABATIER e JENKINS-SMITH: *Advocacy Coalition Framework*, 1988; GOGGIN, BOWMAN, LESTER e O’ TOOLE, *Communication Model of Inter-Governmental Policy*

*Implementation*, 1990; MATLAND, *Ambiguity- Conflict Model of Policy Implementation*, 1995.

<sup>12</sup> ETZIONI, AMITAI (1961). *Complex Organizations: A sociological reader*. New York: Holt, Rinehart, and Winston.

<sup>13</sup> Agradeço a JENI VAISTSMAN pela sugestão do emprego da expressão *street-level professionals* neste trabalho, o que retira o caráter ambíguo que a expressão *street-level bureaucrats* poderia ocasionar durante a leitura. O vocábulo ‘burocrata’ possui duas acepções em língua portuguesa, uma das quais fortemente pejorativa, associada à idéia do funcionário/servidor que dificulta o bom andamento das atividades da organização.

## CAPÍTULO II. METODOLOGIA

### 2.1 Modelos

Neste trabalho utilizo um modelo para analisar a implementação de um programa de saúde. Justificar essa escolha implica em esclarecer qual o significado, utilidade e alcance heurístico dos modelos.

Como lembram BOUDON e BOURRICAUD (1993), a idéia de que o trabalho de conferir inteligibilidade ao real dependia da utilização de sistemas de categorias ou modelos já se encontrava em SIMMEL (1858-1919). Na sociologia de Simmel, a idéia de modelo é designada pelo vocábulo *forma*. De acordo com os autores, sua obra, conhecida como “sociologia da forma” ou “sociologia formal”, defende que o conhecimento do social está sujeito à formalização da realidade social. Em outras palavras, a compreensão do real implicaria “*identificar e analisar modelos suscetíveis de múltiplas ilustrações*”.

Se a realidade histórica é constituída por um sem número de ações individuais, compreendê-la exige mais que um esforço de descrição: impõe a tarefa de sua *reconstrução*, “*pela qual o historiador torna o real compreensível nele projetando ‘formas’*” (BOUDON e BOURRICAUD, 1993:502).

Esses autores consideram que o programa da sociologia formal “*prefigura*” a idéia de modelo:

*Um modelo é uma representação idealizada que presumivelmente permite uma melhor compreensão de certas situações reais, desde que se esteja consciente das simplificações que o modelo acarreta. Um modelo tem a dupla propriedade de ser geral – na medida em que pode aplicar-se a contextos espaço- temporais diversos – e ideal – na medida em que não se aplica textualmente a nenhuma realidade concreta. (...) Sem esses modelos, os fatos sociais constituem um universo caótico sem significação para o espírito, exatamente como para Kant a experiência do real se reduziria a um ‘conjunto de sensações’, se não fosse organizada pelas ‘formas do conhecimento’.* (BOUDON e BOURRICAUD, 1993:500).

As características dos modelos encontradas na definição dos autores acima são examinadas de maneira mais detalhada por KAPLAN (1975), que vincula modelo e ‘estilo cognitivo’ ou ‘estilo de pensamento’. O modelo seria uma dimensão do estilo cognitivo. O estilo cognitivo formal é, para o autor, melhor adaptado à formulação de modelos.

Suponha-se, como o fez KAPLAN, que **A** é modelo do sistema **B**, isto é, **A** “é útil para a compreensão de **B**”. O estilo de pensamento formal acolhe a relação entre **A** e **B** importando-se apenas com o padrão das relações que existe entre **A** e **B** e não com a interpretação do significado de **A** ou **B**, nem com qualquer referência a conteúdos empíricos contidos em **A** ou **B**. Este estilo de pensamento é denominado *formal* por apresentar tais características.

Por sua vinculação ao estilo de pensamento formal – principalmente, embora não exclusivamente –, os modelos apresentam duas características centrais:

*i.* não estabelecem relações de causa e efeito, direta ou indireta, entre os sistemas **A** e **B**; e

*ii.* são aplicáveis, em princípio, a muitos objetos que, assim, mostrariam ter a mesma estrutura formal.

Estas características tornam os modelos entidades analíticas muito flexíveis, capazes de fornecer sentido a objetos de diferentes graus de generalidade e escopo.

Uma terceira característica dos modelos é que estes explicam por analogia, isto é, modelos propõem a existência de características semelhantes entre si mesmos e a realidade. É o raciocínio analógico que permite estabelecer o quanto uma coisa pode ser similar à que ocorre em relação a alguns aspectos da realidade e não em relação a outros. Conclui-se, da análise precedente, que a capacidade explicativa do modelo apresenta, portanto, limites. Todavia, é preciso considerar que comparar as diferenças entre o modelo e o objeto que ser conhecer constitui, por contraste, outra fonte de conhecimento.

Além disso, modelos são considerados “valiosos” pontos de partida quando teorias são pouco desenvolvidas, que é o que acontece com o campo das políticas públicas (SKIDMORE, 1976:23).

A lição que é possível aprender com esta discussão diz respeito ao cuidado que o pesquisador deve ter no que concerne à utilização de modelos, evitando suas armadilhas quando da análise de dados empíricos.

## 2.2 O Modelo de Análise

O processo de pesquisa cumpre um percurso que engloba diferentes momentos, iniciando-se com o surgimento de uma idéia ou indagação inicial a respeito de um tema de trabalho e evoluindo até um produto final que contenha a análise do tema pesquisado. Embora as etapas deste processo sejam bem conhecidas e apresentadas de forma didaticamente seqüencial, a prática de pesquisa acontece, como é sabido, de forma não linear. Sujeita à incorporação de novas perguntas, enfoques teóricos, procedimentos e *insights* do pesquisador oriundos de novas leituras ou do trabalho de campo, sofre ainda a influência de fatores externos de diversos tipos que podem alterar o andamento, e, no limite, seus objetivos. Para o que propõe este trabalho, é útil destacar certas etapas lógicas do processo que devem ser cumpridas para que a investigação chegue a bom termo: o conjunto articulado de processos que definem o *quê* será pesquisado e *como* será pesquisado.

A etapa exploratória da pesquisa serve para confrontar uma idéia ou indagação inicial a respeito de um tema de trabalho com leituras e levantamentos preliminares, permitindo, assim, que se fixe um *problema* de pesquisa. A sua transformação em uma *problemática* de pesquisa significa que o pesquisador conseguiu enquadrar o problema inicial em um quadro teórico / conceitual que fornecerá inteligibilidade analítica aos dados. Em termos práticos, a transformação de um *problema* em *problemática* significa decidir a partir de que marco teórico / conceitual ele será analisado, o que implica, necessariamente, numa escolha. Para QUIVY E CAMPENHOUDT, o processo implica nas seguintes etapas:

i) revisão das várias abordagens ou quadros de análise passíveis de serem utilizados na análise do problema. Um mesmo problema pode ser analisado de diferentes pontos de vista, dependendo da filiação do pesquisador. Como no exemplo dos autores

*(...) os autores que encaram os insucessos escolares como resultante da inevitável função de selecção e de reorientação dos jovens no xadrez social inscrevem – se no quadro teórico da análise funcionalista. Os que se interrogam acerca dos critérios de selecção, mostrando que esta favorece sobretudo as classes dominantes e a reprodução dos seus privilégios, apóiam –se na teoria da reprodução das relações de dominação. Outros ainda filiam-se na análise organizacional ou estratégica. (QUIVY e CAMPENHOUDT, 1992:97)*

ii) estabelecimento de uma problemática, isto é, inscrever o trabalho num dos quadros teóricos existentes, e

iii) explicitação da problemática; em outras palavras, “(...) a problemática deve ser explicitada porque fornece o plano teórico sobre o que vai assentar a construção do modelo de análise”. (ID, IBID,105)

iv) de forma complementar à explicitação da problemática, a função do modelo de análise é operacionalizá-la, orientando a coleta e a análise através da articulação entre hipóteses e conceitos.

Neste trabalho, a idéia inicial era examinar obstáculos políticos e gerenciais à integração entre serviços e programas de saúde em municípios de pequeno porte. Tal idéia, então, necessitava ser traduzida num objeto de pesquisa.

As indagações de partida eram: haveria alguma especificidade nos *processos de implementação* de programas de saúde em pequenos municípios capaz de explicar a existência de obstáculos à articulação entre serviços e programas? Ou os obstáculos encontrados independeriam do processo de implementação e seriam essencialmente os mesmos em qualquer tipo de município, variando apenas em escala? Ou, ainda, independentemente da forma como ocorresse o processo de implementação, surgiriam

obstáculos comuns e específicos à articulação entre serviços e programas em municípios de diversos portes?

Uma série de leituras e observações preliminares permitiu restringir o tema de pesquisa: obstáculos políticos e gerenciais à implementação do Programa de Saúde da Família em município de pequeno porte.

A etapa seguinte, transformar um problema de pesquisa numa problemática de pesquisa significou decidir pela abordagem que poderia mostrar-se mais adequada, do ponto de vista heurístico, à análise dos dados empíricos.

Tendo em vista as múltiplas possibilidades de análise permitidas pelos modelos criados pela literatura americana sobre *public policy*, optou-se por explorar a bibliografia disponível em três direções.

Inicialmente, a decisão levou à leitura de alguns trabalhos mais recentes que promoveram mudanças no olhar sobre as políticas públicas- e aí encontravam - se autores como, KINGDON e SABATIER .

Num segundo momento, o critério de seleção direcionou a leitura para o tema da implementação de políticas e programas sociais (GRINDLE, VAN METER e VAN HORN, e O'TOOLE, em especial) Como a bibliografia do campo é muito vasta, não houve aqui pretensão de busca exaustiva de autores, mas, antes, de linhas gerais, idéias e sugestões que pudessem servir de base de análise do material empírico.

Por último, um terceiro eixo de leituras foi dirigido à questão da aprendizagem/aprendizado em políticas, tema que aparece de forma intermitente na literatura a partir da década de 1970.

Na literatura resenhada, a política pública aparece freqüentemente como um produto da atividade governamental que implica a alocação de recursos, constituindo um “*policy delivery system*” nos quais meios são designados e utilizados para obter determinados fins (GRINDLE, 1980; VAN METTER e VAN HORN, 1975). Essa visão de política pública leva a pensar a implementação exercida de cima para baixo.

Contrariamente, a implementação pode ser vista, também, como processo que se efetiva através de uma rede de atores que redesenham a política/ programa na medida em que distribuem os serviços.

A primeira constatação importante que a revisão bibliográfica permitiu foi a de que as definições de *políticas públicas* variavam segundo a inserção dos autores nas duas abordagens do campo: a *top-down* e a *bottom-up*.

A segunda constatação importante ocorreu em relação ao tema da implementação, mostrando um hiato temporal entre os estudos precursores e os que se desenvolvem atualmente.

Finalmente, foi possível constatar que o tema da aprendizagem/aprendizado organizacional é fundamental para a análise do desempenho do programa e tem potencialidade para ser utilizado nos processos de capacitação de equipes implementadoras locais.

Levando em consideração um cenário de produção intelectual bastante diversificado e presidido por duas 'lógicas' diferentes, estabeleceu-se a problemática de pesquisa a partir do modelo criado por MATLAND (op.cit), apresentado no primeiro capítulo.

O modelo tenta equacionar algumas questões. A principal delas, vale a pena lembrar, é propor a superação da dicotomia existente entre as abordagens *top-down* e *bottom-up*. O autor evita a superposição de critérios para a análise de implementação, elegendo variáveis que, em seu entendimento, são suficientemente robustas para abranger um amplo espectro de situações de implementação: a *ambigüidade* e o *conflito*. Outra característica do modelo é trabalhar apenas com duas variáveis citadas, cruzando-as com duas dimensões - baixo(a) e alto(a) - e com as possíveis combinações existentes entre elas. Evita-se assim sobrecarregar o modelo com numerosos tipos de implementação, o que poderia obscurecer o propósito central do modelo: dar inteligibilidade aos processos estudados.

Para orientar a coleta de dados, em especial a formulação dos roteiros de entrevistas e o trabalho de análise do material resultante do processo de pesquisa, tornou-se necessário montar um quadro que explorasse as prováveis dimensões e componentes dos conceitos utilizados na pesquisa, registrando as atividades em que poderiam ser obtidos.

Quadro 4: Dimensões, componentes e atividades relativas aos conceitos utilizados na pesquisa

CONCEITOS	DIMENSÕES	COMPONENTES	ATIVIDADES
<b>AMBIGUIDADE</b>	<i>de metas</i>	clareza quanto às metas pretendidas com o PSF	observação
	<i>de meios</i>	Existência/Inexistência de tecnologia necessária Capacidade de monitorar o processo Influência de fatores locais	Leitura de documento Entrevistas
<b>CONFLITO</b>	<i>interdependência entre atores</i>	Existência de relações hierárquicas: sim/não Nível de interação entre os implementadores: baixo/alto	Observação/ Entrevistas
	<i>Incompatibilidade de objetivos/meios</i>	Não concordância quanto aos objetivos/meios Concordância em relação aos objetivos e discordância em relação aos meios	Observação/ Entrevistas
<b>APRENDIZAGEM</b>	<i>Schofield</i>	Trabalho em equipe Conhecimento das normas e procedimentos Motivação Tempo/experiência na função Situação de crise Processo de avaliação	Entrevistas
	<i>Sabatier</i>		
	<i>Aprendizagem da política</i> <i>Aprendizagem política</i>	Atividade de Implementação Avaliação Política da Implementação	Entrevistas

Fonte: elaboração própria

## **2.3 O contexto operacional da pesquisa**

Este trabalho constitui um dos produtos do Projeto Avaliação da Regionalização das Políticas de Saúde: um estudo dos municípios de pequeno porte no Estado do Rio de Janeiro, realizado entre 2002 e 2005, na Escola Nacional de saúde pública Sérgio Arouca, coordenado pela Dra. JENI VAITSMAN, orientadora desta tese.

No âmbito desta diretiva de pesquisa, que comportava vários objetivos, o ponto de partida do trabalho foi a idéia de examinar obstáculos políticos e gerenciais para a integração entre serviços e programas de saúde. O contato inicial com a Secretaria Estadual de Saúde, onde ocorreram reuniões e entrevistas com técnicos, o levantamento bibliográfico preliminar e a escolha do município a ser estudado fizeram com que a idéia deste trabalho evoluísse no sentido de analisar a implementação da Estratégia de Saúde da Família a partir do modelo Ambigüidade- Conflito, de MATLAND ( 1995), apresentado e discutido no primeiro capítulo.

A escolha de um município de pequeno porte, como são chamados os que possuem até cinqüenta mil habitantes, para o desenvolvimento dos estudos da equipe de pesquisa deveu-se a uma série de razões. Observa-se que eles correspondem à maioria dos municípios brasileiros; em geral, possuem capacidade técnica e gerencial pouco desenvolvida, se comparados aos municípios de médio e grande porte. Esta característica é especialmente importante se consideramos que o município estudado tem uma população de menos de vinte e cinco mil habitantes. Tais municípios tendem a sofrer um “apagamento político”, isto é, não logram tornar-se alvo de estudos e propostas de ação compatíveis com suas especificidades sócio-políticas, culturais e administrativas (VAITSMAN e FARIAS, 2005)

Neste cenário, a escolha do PSF como objeto de pesquisa deveu-se principalmente a duas razões: a experiência acumulada pelo município no processo de implementação de equipes, e a expressão nacional do programa. A posição de destaque do PSF no âmbito da Atenção Básica reflete-se na grande preocupação do gestor federal em produzir orientações, normas e instrumentos de monitoramento das equipes.

Além do critério mais geral, escolha do município a ser estudado obedeceu às seguintes razões: tamanho, população, nível de desenvolvimento; relativa proximidade da cidade do Rio de Janeiro, onde trabalhava a equipe de pesquisa; possibilidade de entrosamento com os implementadores locais; tempo de implementação do programa. No município escolhido a implementação do PSF se iniciara em 2000.

Apresento uma breve caracterização do município estudado, com o intuito de dimensionar as condições de vida da população local e suas necessidades de saúde, e fornecer o cenário do processo de implementação. No trabalho não há, no entanto, identificação do município, tendo em vista não submeter os entrevistados que continuem a trabalhar no local a qualquer constrangimento em função de suas opiniões e análises.

O trabalho de análise articulou dados e informações das seguintes fontes:

i) material documental, o que incluiu material produzido pelo Ministério da Saúde sobre o PSF e documentos produzidos pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, discriminados na bibliografia,

ii) entrevistas

iii) caderno de campo e relatórios sobre as visitas ao município. Estes materiais continham descrição detalhada das atividades desenvolvidas durante as visitas e anotações pessoais.

iv) participação em eventos sobre o tema PSF, que forneceram material para reflexão sobre o processo de implementação. O primeiro, a participação, em 2003, em um seminário de dois dias promovido pela SES num município do interior do Estado,

cujo objetivo era discutir problemas ligados ao funcionamento das equipes de Saúde da Família. O segundo, um seminário de três dias, em 2004, organizado pela equipe de pesquisa, que incluía integrantes da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) em um pequeno município do interior do estado, com o objetivo de discutir os resultados preliminares da pesquisa e problematizar o tema PSF. Participaram do seminário técnicos de secretarias municipais, técnicos da SES e pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.

A primeira etapa do trabalho de campo foi realizada entre março e dezembro de 2003 no município estudado. As visitas ocorriam uma vez por mês e duravam de um a dois dias. Foram entrevistados a secretária de saúde e o coordenador de saúde coletiva; cinco técnicos ligados à Saúde da Família - uma nutricionista, uma assistente social, uma enfermeira, uma psicóloga e um médico; uma enfermeira ligada ao Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente (PAISMCA) e outra, ligada ao programa DST- AIDS. Estas últimas foram entrevistadas com o objetivo de investigar a integração entre programas. Como a nutricionista foi entrevistada em duas ocasiões, obteve-se, nesse período, dez entrevistas. Realizou-se, também, um grupo focal com oito agentes comunitários de saúde. Parte deste trabalho foi realizado com e por outros membros da equipe do projeto Avaliação da Regionalização das Políticas de Saúde, que se dividiu para realizar a tarefa de coleta de dados.

No final de 2005 e início de 2006 foram entrevistados três técnicos da Secretaria Estadual de Saúde que estiveram envolvidos com o processo de implementação do Programa de Saúde da Família no período em que ocorreu a implementação no município estudado. A essas foi agregada, para análise, uma quarta entrevista, realizada com uma técnica da SES durante o período de trabalho exploratório. No total, foram analisadas quatorze entrevistas e o conteúdo de um grupo focal.

As entrevistas com os técnicos locais, semi-estruturadas, tiveram, em média, duração de três horas, e foram realizadas nas dependências da Secretaria Municipal de Saúde ou nas unidades em que estes trabalhavam. As entrevistas com os técnicos estaduais seguiram os moldes das realizadas anteriormente e tiveram a duração média de uma hora e meia; foram realizadas fora das dependências da SES.

## 2.4 Caracterização do município

O município estudado tem aproximadamente 1000km<sup>2</sup>. É considerado um município de pequeno porte, com população em torno de 20.000 habitantes (Censo Demográfico de 2000). Assim como os demais municípios brasileiros, urbanizou -se nas últimas décadas. Atualmente, em torno de 67% dos habitantes residem na cidade. Em 1970, este percentual era de apenas 22%. (tabela 1).

Tabela 1 - População por situação de domicílio  
1970-2000

ano	urbana	%	rural	%	total
1970	3.647	21,22	13.543	78,78	17.190
1980	4.874	28,96	11.954	71,04	16.828
1991	9.793	53,98	8.348	46,02	18.141
2000	14.215	66,85	7.050	33,15	21.265

Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2000

Embora tenha potencial para o turismo, este ainda é pouco explorado. Assim como a maioria dos municípios de pequeno porte no país, tem na agropecuária, sua principal atividade econômica. Entre os produtos cultivados encontra-se a cana de açúcar, o tomate, a mandioca e o abacaxi.

De acordo com os dados do Índice de Desenvolvimento Humano-Municipal produzidos pelo Programa de Desenvolvimento para as Nações Unidas (PNUD) no ano 2000, o Município encontra-se entre os menos desenvolvidos do Estado.

A principal forma de abastecimento de água dos domicílios do município é o poço artesiano (61%). Apenas 36,5% das residências são abastecidas pela rede geral. No entanto, esta distribuição não é homogênea nas áreas urbano e rural. (tabela 2).

Tabela 2 - Domicílios por forma de abastecimento de água - 2000

forma de abastecimento	Urbano	%	Rural	%	total	%
rede geral	2.107	53,7	43	2,2	2.150	36,5
poço	1.721	43,9	1.890	95,8	3.611	61,2
outra forma	95	2,40	40	2	135	2,3
total	3.923	100	1973	100	5.896	100

Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2000

Enquanto na cidade cerca da metade dos domicílios recebe água proveniente da rede geral, no campo este percentual é de apenas 2,2%. Nesta área prevalece em sua quase totalidade o poço como forma de abastecimento.

Em relação ao tipo de esgotamento sanitário, apenas 22,4% dos domicílios estão ligados a rede geral ou de esgotamento pluvial, em sua grande parte na área urbana (33,2%). A maioria dos domicílios tem a fossa como tipo destino final dos dejetos sanitários (cerca de 60%), sendo a fossa séptica a mais utilizada (42,4%).

Tabela 3 - Domicílios urbanos e rurais por tipo de esgotamento sanitário -2000

tipo de esgotamento sanitário	urbano	%	rural	%	total	%
rede geral ou esgotamento pluvial	1.301	33,2	36	1,8	1.337	22,7
fossa séptica	1.673	42,6	826	41,9	2.499	42,4
fossa rudimentar	483	12,3	434	22	917	15,6
vala	332	8,5	413	20,9	745	12,6
rio, lago ou mar	73	1,9	80	4,1	153	2,6

outro escoadouro	10	0,3	26	1,3	36	0,6
não tinham banheiro nem sanitário	51	1,3	158	8	209	3,5
total	3.923	100	1.973	100	5.896	100

Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2000

Como mostram os dados da tabela 3, parcela dos domicílios (15%) lançam os dejetos sem nenhum tratamento nas valas, rios lagos ou mar. A maioria destes domicílios encontra-se na área rural.

As condições de educação da população residente neste município melhoraram em relação à década anterior. Observa-se na tabela 4, que o percentual de indivíduos alfabetizados aumentou entre os anos de 1991 e 2000, subindo de 64,9% para 77,7%.

Tabela 4 - População residente com 5 anos ou mais por condição de alfabetização – 2000

Ano	1991	%	2000	%
alfabetizada	10.348	64,9	14.715	77,7
não alfabetizada	5.589	35,1	4.212	22,3
total	15.937	100,0	18.927	100,0

Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2000

As famílias que habitam o município são em sua maior parte composta por quatro ou mais habitantes (45%), sendo este percentual ligeiramente maior na área rural (47%) do que na área urbana (44%). (vide tabela 5)

Na área rural, encontra-se maior contingente de indivíduos morando sozinhos do que na cidade, sendo, este percentual respectivamente de 14,6% e 8,9%.

Tabela 5 - Famílias residentes por tipo de domicílio e número de componentes – 2000

Número de pessoas	urbano	%	rural	%	total	%
-------------------	--------	---	-------	---	-------	---

1 pessoa	379	8,9	298	14,6	677	10,7
2 pessoas	896	21,1	437	21,4	1.333	21,2
3 pessoas	1.116	26,2	341	16,7	1.457	23,1
4 pessoas ou +	1.864	43,8	968	47,4	2.832	45,0
total	4.255	100,0	20,44	100,0	6.299	100,0

Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2000

A maioria das famílias residentes no município tem acesso a renda. Apenas 7% das famílias não recebem provimentos.

Tabela 6 - Famílias residentes por classe de rendimentos - 2000

Rendimentos médio	Número de Famílias	%
Até 1 salário mínimo	1.012	16,1
mais de 1 a 2 salários	1.413	22,4
mais de 2 a 3 salários	887	14,1
mais de 3 a 5 salários	1.098	17,4
mais de 5 a 10 salários	889	14,1
mais de 10 salários	553	8,8
sem rendimentos	445	7,1
total	6.297	100,0

Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2000

Entre as famílias com acesso a renda, observa-se que a maioria recebe rendimentos na faixa entre um e dois salários mínimos (22,4%). Mais da metade das famílias não recebem provimentos superiores a três salários mínimos. Apenas 8,8% das famílias tem renda superior a dez salários mínimos, o que revela a concentração de renda no município.

De acordo com os dados provenientes do DATASUS observa-se que o município possui unidades de saúde, em sua maioria (83,3%) prestada pelo setor público. Apenas as unidades de serviços auxiliares e diagnose e terapia são prestadas exclusivamente pelo setor privado.

Tabela 7 - Capacidade ambulatorial instalada - dez/2003

Tipo de Unidade	Público	%	Privado	%	Total	%
Centro de Saúde	5	83,3	1	16,7	6	33,3
Ambulatório de Unidade Hospitalar Geral	1	100	0	0	1	5,6
Outros Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia	0	0	2	100	2	11,1
Un. Móvel Terr. para Atendimento Médico/Odonto	1	100	0	0	1	5,6
Unidade de Saúde da Família	7	100	0	0	7	38,9
Unidade de Vigilância Sanitária	1	100	0	0	1	5,6
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>83,3</b>	<b>3</b>	<b>16,7</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

Fonte: TABNET/DATASUS

Os dados da tabela 7 mostram ainda, que nem as unidades básicas de saúde foram transformadas em Unidades de Saúde da Família, correspondendo estas a 38,9% das unidades e os Centros de Saúde a 33,3%.

De acordo com o DATASUS existe no município um hospital público, com 12 leitos. (tabela 8). No entanto, estes dados não refletem a realidade constatada durante o trabalho de campo realizado no ano de 2003. Na época, havia apenas um esqueleto do hospital.

Tabela 8 - Capacidade Hospitalar Instalada por leitos – agosto/2003

Leito/Especialidade	Público	Total	
Clínica Médica	12	12	42,9
Clínica Obstétrica	8	8	28,6
Clínica Pediátrica	8	8	28,6
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>

Fonte: TABNET/DATASUS

Na tabela 9 são apresentadas os dados relativos a mortalidade proporcional no município no ano de 2003. Observa-se que as principais causas de mortalidade foram as doenças do aparelho circulatório e as causas externas, acompanhadas pelas neoplasias.

Tabela 9 - Mortalidade Proporcional - 2003

Capítulo/Causa	2003	%
I. Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	3	2,5
II. Neoplasias (Tumores)	20	16,8
III. Doenças Sangue Órgãos hemat e Transt Imunitár	1	0,8
IV. Doenças Endócrinas Nutricionais e Metabólicas	11	9,2
IX. Doenças do Aparelho Circulatório	24	20,2
X. Doenças do Aparelho Respiratório	16	13,4
XI. Doenças do Aparelho Digestivo	2	1,7
XIV. Doenças do Aparelho Geniturinário	1	0,8
XV. Gravidez, Parto e Puerpério	1	0,8
XVI. Algumas Afec originadas no Período Perinatal	10	8,4
XVII. Malf Cong Deformid e Anomalias Cromossômicas	1	0,8
XVIII. Sint Sinais e Achad Anorm Ex Clín e Laborat	5	4,2
XX. Causas Externas de Morbidade e Mortalidade	24	20,2

Total	119	100
-------	-----	-----

Fonte: TABNET/DATASUS

As internações hospitalares foram realizadas em sua maioria para a confirmação de diagnóstico em decorrência da detecção de sintomas, sinais e achados extra-clínicos e laboratoriais.

As doenças do aparelho respiratório constituem importante causa de internação dos moradores deste município.

Tabela 10: Morbidade Hospitalar do SUS - 2003

Capítulo CID10	Total	%
I. Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	3	1,0
III. Doenças Sangue Órgãos hemat e Transt Imunitár	11	3,8
IV. Doenças Endócrinas Nutricionais e Metabólicas	15	5,2
VI. Doenças do Sistema Nervoso	2	0,7
IX. Doenças do Aparelho Circulatório	22	7,6
X. Doenças do Aparelho Respiratório	46	15,9
XI. Doenças do Aparelho Digestivo	11	3,8
XII. Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo	19	6,6
XIV. Doenças do Aparelho Geniturinário	21	7,2
XV. Gravidez, Parto e Puerpério	22	7,6
XVIII. Sint Sinais e Achad Anorm Ex Clín e Laborat	116	40,0
XIX. Lesões Enven e Alg Out Conseq Causas Externas	2	0,7
Total	290	100,0

Fonte: TABNET/DATASUS

Os dados do IBGE descrevem um município cuja base econômica está no campo e, simultaneamente, apresenta alta taxa de urbanização, sugerindo a migração da área rural para a sede do município. Na área rural o acesso à água encanada (2.2%) e a esgotamento sanitário (1.8% ) praticamente não existe. A situação na sede do município deixa bastante a desejar, uma vez que o acesso a tais serviços não contempla ( no caso do esgotamento sanitário) ou mal contempla ( no caso do abastecimento de água através de uma rede geral) a metade da população. O município está entre os de mais baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do estado do Rio de Janeiro.

O perfil epidemiológico evidencia um padrão de morbidade que sugere que a gravidez, parto, puerpério e infância carecem de maior atenção. O perfil de mortalidade mostra que as neoplasias, doenças do aparelho circulatório e causas externas, isto é, doenças de áreas “desenvolvidas” são prevalentes. Morbidade e mortalidade caracterizam, portanto, a situação do município como aquela que combina diferentes padrões de morbi-mortalidade, sem o correspondente suporte no que diz respeito aos cuidados institucionalizados de saúde.

É importante ressaltar que os dados fornecidos pela tabela 8, referente à capacidade hospitalar instalada, não encontra correspondência nas informações obtidas e na observação levada a efeito durante o período de trabalho de campo. A rede de saúde local, em 2003, era totalmente pública. Organizava-se em torno de uma policlínica municipal, um posto de saúde originalmente sob responsabilidade do estado e oito unidades de PSF, distribuídas nas áreas urbana e rural. Não possuía, em qualquer das unidades, leitos disponíveis; também não possuía maternidade. As parturientes eram encaminhadas a municípios vizinhos para dar à luz, sempre que as condições permitiam. Em caso de emergência, as gestantes eram atendidas numa “sala de acompanhamento de parto”, recurso através do qual os profissionais de saúde procuravam dar melhor assistência às parturientes.

Uma característica específica do município é possuir, segundo os técnicos da área, um grande número de pessoas idosas acamadas e em situação de abandono, o que constitui um grave problema social a ser enfrentado.

A policlínica estava em obra de ampliação. Segundo informações ela deveria constituir referência para os pacientes do PSF e do posto de saúde mas, na prática, atendia à demanda espontânea do município.

Existia o esqueleto de uma antiga construção, que deveria se tornar um hospital, mas cuja obra havia sido abandonada há alguns anos. Consta que haviam sido

comparados vários equipamentos de alta tecnologia que permaneciam encaixotados até então.

Os dados revelam uma complexa situação sócio-econômica e sócio-sanitária, com necessidades que vão muito além do que o PSF possa suprir. A situação precária do sistema de saúde, no entanto, transforma o PSF numa opção atraente tanto do ponto de vista da adscrição real de clientela - segundo a secretária de saúde existiam, naquele momento, dezoito mil pessoas cadastradas-, quanto do ponto de vista da visibilidade política que ele pode proporcionar. A reorganização do PSF do município, decorrente da melhor distribuição dos módulos de atendimento, ampliou, de fato, o acesso da população, muito dispersa em alguns pontos do município, em função de sua grande extensão.

### **CAPÍTULO III. DESCENTRALIZAÇÃO E POLÍTICAS DE SAÚDE: A IMPLEMENTAÇÃO DO PSF**

Neste capítulo, descrevo a descentralização da política de saúde no contexto do federalismo brasileiro pós-Constituição de 1988, bem como o estabelecimento de critérios para a transferência de recursos federais a estados e municípios e a divisão de responsabilidades entre os entes federativos. É apontado o fato de que as relações intergovernamentais são estruturalmente ambíguas por força do desenho jurídico-normativo existente no país e que esta ambigüidade reflete-se, necessariamente, nas políticas setoriais.

Em seguida, o surgimento do PSF é mostrado como parte de uma proposta reformadora na saúde, que procura envolver as três esferas de governo e busca ultrapassar os limites até então definidos para a atenção básica no Brasil. Finalmente, destaca-se o fato de que o programa em questão sofre, igualmente, os efeitos desta ambigüidade, que podem ser observados nas relações estabelecidas entre o nível estadual e municipal.

É importante deixar claro que a situação geradora de ambigüidade, cujos efeitos são destacados neste capítulo, é aquela em que a tomada de decisão, pretensamente informada do ponto de vista técnico, não logra ser revertida em redação ou assertiva clara. A ambigüidade, neste caso, ocorre em momento *anterior* à explicitação da lei, regra ou norma. Seu caráter ambíguo, no entanto, só aparece *a posteriori* como, por exemplo, na existência de competências concorrentes entre o governo federal e os governos estaduais.

### **3.1 Descentralização e Políticas de saúde – os anos recentes**

No Brasil, os processos de reforma da saúde desenvolveram-se em um quadro de conjuntura econômica internacional adversa. No âmbito da política setorial, combinou custos crescentes, derivados da incorporação de tecnologias, e a inclusão de novos contingentes de usuários aos sistemas de saúde. A reforma buscou, então, respostas à situação de crise.

A descentralização marcou o desenvolvimento da política de saúde a partir da década de 1990 no Brasil, sendo justificada como mecanismo capaz de aproximar o governo das demandas da população e estimular a gestão eficiente, a responsabilização das autoridades e a direção das políticas. A descentralização era e é vista como um mecanismo essencial para dotar o sistema de saúde de integração e racionalidade, superando a superposição e a pulverização de funções e recursos. É a marca do desenvolvimento do SUS e da direção da política setorial no país desde então.

O desenvolvimento do SUS - cujos antecedentes mais próximos remontam às Ações Integradas de Saúde (AIS) e ao Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), no final dos anos 1980, é desencadeado após a promulgação da Constituição Federal de 1988 e sua regulamentação pelas leis 8080/1990 e 8.142/1990, que constituem as Leis Orgânicas da Saúde - LOS.

Definido como uma política de caráter nacional, o SUS tem sua construção marcada por diferenças regionais e contextos sócio-políticos específicos. Acompanhar

esse processo numa perspectiva temporal permite situar e compreender como o sistema federalista e a descentralização das ações governamentais articulam-se, afetando a elaboração e também a implementação da política de saúde ao longo do tempo.

A descentralização da política nacional de saúde, antiga reivindicação do movimento sanitário, assumiu, no contexto do SUS, uma feição ‘radical’ – se comparada a outras áreas sociais, por implicar “*realocação da capacidade decisória, recursos e funções para os municípios.*” (TAVARES DE ALMEIDA, 1996:20)

O primeiro ponto a assinalar sobre esse processo é a sua ambigüidade constitutiva. Embora a Constituição de 1988 tenha promovido a descentralização de receitas, há concordância, na literatura, de que o mesmo não aconteceu em relação à distribuição de competências ou encargos. No país, exercita-se um tipo de federalismo *centralizado*, com forte ascendência da esfera central de governo sobre as esferas estaduais e municipais. Embora possuam, legalmente, autonomia para conduzir suas políticas, estados e municípios, necessitam, por razões igualmente legais que serão comentadas adiante, não entrar em conflito com as prerrogativas exercidas pelo governo federal. Além disso, a marca da política do Ministério da Saúde tem sido a forte indução de processos relativos à política setorial, materializados nas Normas Operacionais publicadas na última década e meia.

Tal situação, igualmente geradora de ambigüidade, começa a ser mais consistentemente problematizada e revista a partir da Norma Operacional da Assistência à Saúde- NOAS (2001 e 2002) e, mais recentemente, através dos Pactos pela Saúde (2006). As NOAS e os PACTOS (pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão) propõem a ampliação do processo de descentralização através da regionalização da atenção à saúde, divisão mais equitativa de atribuições e responsabilidades entre os entes federativos ( municípios, estados e governo federal) e integração entre as formas de repasse de recursos, presididas por relações mais solidárias e cooperativas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001a; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

É impossível pensar a descentralização sem considerar sua moldura constitucional no caso brasileiro, o federalismo, que é um sistema de governo “*baseado na distribuição territorial de poder e autoridade entre instâncias de governo, constitucionalmente definida e assegurada, de tal forma que o governo*

*nacional e subnacionais sejam independentes em sua própria esfera de ação”* (TAVARES DE ALMEIDA, 1996:14). A essência do federalismo é estabelecer soluções de compromisso que regulem e administrem a tensão originada entre concentração e difusão do poder político, o que ocorre pela institucionalização do princípio de *checks and balances* (freios e contrapesos) que permite que estados e governo federal fiscalizem-se mutuamente (ABRUCIO e COSTA, 1998:19).

TAVARES DE ALMEIDA (ID, IBID,14-15) distingue três tipos de federalismo, caracterizados por diferentes graus de separação entre a esfera federal e as estaduais. O *federalismo dual*, modelo originário, admite que embora as instâncias federal e estadual exerçam poder sobre o mesmo território, cada uma delas atue de forma separada e independente nas esferas que lhes são próprias. Os modelos do *federalismo centralizado* e o do *federalismo cooperativo* admitem formas diversificadas de ingerência entre as esferas e podem configurar um contínuo, como no caso brasileiro. No modelo *centralizado*, existe grande interferência do governo central sobre os governos estaduais e municipais, que detém a primazia decisória e de recursos. No modelo *cooperativo*, predominam formas de ação conjunta entre níveis de governo; existe significativa autonomia decisória e capacidade de autofinanciamento das instâncias subnacionais.

Importa destacar estas diferenças, uma vez que o federalismo brasileiro não decorreu, desde sua origem, de pacto estabelecido entre atores em situação de igualdade. Desde o início da história republicana, o poder foi distribuído no sentido centro - periferia; submetido a longas conjunturas autoritárias, seguidas de períodos de democratização em que os governos estaduais atuaram de forma predatória em relação aos recursos financeiros; o país situa-se hoje em algum ponto de uma linha limitada: em uma das extremidades, um federalismo fortemente centralizado; na outra, um modelo de federalismo cooperativo. A política fiscal, relativa à receita e ao gasto público, isto é, à forma de produzir e distribuir recursos, constitui a base de qualquer modelo político, incluído o federalista. (ABRUCIO e COSTA, 1998; TAVARES DE ALMEIDA, 1996)

Analistas assinalam que, em relação ao federalismo brasileiro, observa-se um alto grau de descentralização, tanto em relação à repartição de receitas quanto em relação à realização dos gastos (OLIVEIRA e BIASOTO JR., 1999). A legislação

constitucional, no que diz respeito à repartição de competências entre as esferas de governo aumentou a transferência de recursos regulares para estados e municípios; estes (principalmente os municípios) melhoraram o desempenho das receitas próprias. No entanto, em decorrência das características do modelo centralizado, o governo federal impõe mecanismos fiscais para compensar suas perdas:

i) Redução de gastos, através da diminuição do volume de transferências não constitucionais para estados e municípios;

ii) Estabelecimento de restrições de créditos para as esferas subnacionais ;

iii) Criação de tributos e aumento da alíquota de impostos não sujeitos à partilha com as outras esferas de governo (OLIVEIRA e BIASOTO Jr., 1999: 22)

Como transferências não constitucionais são negociadas, criam-se, automaticamente, condições políticas assimétricas de acesso à distribuição de recursos; as restrições ao crédito e a manipulação dos impostos federais funcionam como contrapeso à autonomia financeira de estados e municípios.

COSTA (2004: 177-178) delimita as principais características do federalismo brasileiro por meio da análise da Constituição de 1988, mostrando que existem três tipos de competências que podem ser exercidas pelos entes federativos: as *exclusivas* da União; as *comuns* (todos – governos federal, estaduais e municipais podem exercê-las) e as *concorrentes*, sobre as quais a União e os estados podem legislar (artigos 20 a 22). Aponta também que aos estados é facultado legislar sobre temas que não tenham sido previamente definidos como pertencentes ao domínio federal ou municipal (artigo 25) e ainda que, em caso de conflitos entre leis federais e estaduais, prevalecerão as federais (artigo 24).

SOUZA (2005) destaca que no modelo brasileiro a maioria das competências exclusivas foi delegada pela Constituição Federal de 1988 ao governo federal o que na prática restringiu a capacidade legislativa dos estados.

Nas políticas públicas em especial, aos serviços sociais, a Constituição federal a definiu como competência concorrente, dos três níveis de governo. Para Souza (2005) apesar de esta moldagem ter gerado acalorado debate sobre qual nível de governo é responsável por qual política pública, o objetivo central de estabelecer a

cooperação entre os entes federados está longe de ser alcançado, em virtude de três razões: i) os entes subnacionais apresentam diferentes capacidades de implementar políticas públicas, dada as desigualdades financeiras e técnica de gestão existente; ii) ausência de mecanismos constitucionais ou institucionais que estimulem a cooperação entre as diferentes esferas administrativas; iii) escassez de mecanismos de coordenação e cooperação intergovernamentais horizontal e vertical, inibindo a criação de canais de negociação que reduzam a competição entre os entes federados.

Para a autora apesar das alterações realizadas pela Constituição Federal no desenho das relações intergovernamentais, manteve-se características das constituições anteriores, entre estas, a tendência a adoção de regras uniformes para as esferas subnacionais. Na visão da autora tal medida constrangeu a adoção, principalmente pelas instâncias estaduais, de políticas próximas as suas prioridades (SOUZA, 2005)

Em síntese, a existência de competências compartilhadas – as comuns e as concorrentes – cria, no caso brasileiro, um foco de tensão permanente entre os entes federativos, explicitando, ao mesmo tempo, o viés centralizador do nosso modelo federalista.

A tendência descentralizadora das políticas sociais na década de 1990 assumiu particularidades em cada política social, em virtude de como os entes federados se articularam nas diferentes áreas da ação governamental.

### **3.2 As relações entre os níveis governamentais na área da saúde**

Na área da saúde, a base legal da descentralização encontra-se na Constituição de 1988. Após promulgação de legislação infraconstitucional (lei 8080/1990 e lei 8142/1990), que estabeleceu a forma de transferência de recursos aos estados e municípios, a normalização de suas ações tem sido feita pelas Normas Operacionais (NOBS e NOAS) com o objetivo de definir estratégias para a operacionalização do processo de descentralização da política de saúde.

As normas operacionais representam o esforço do gestor federal para normalizar aspectos das relações com estados e municípios não contemplados pela LEI ORGÂNICA DA SAÚDE (leis 8080/1990 e 8142/1990). Possuem caráter transitório, uma vez

que pretendem atuar sobre as conjunturas de saúde, com o objetivo de corrigir e aprimorar o processo de descentralização.

Em termos práticos, estabelecem critérios para a transferência de recursos federais a estados e municípios e para a divisão de responsabilidades entre os entes federativos. Na década de 1990 foram editadas NOBS em 1991, 1993 e 1996.

Como estratégia para o aprofundamento do processo de descentralização e promoção da equidade, em 2001, foi editada a Norma Operacional de Atenção à Saúde (NOAS 01) e, em 2002, a NOAS 02, que definem a regionalização da atenção (MS, 2001). A regionalização dos serviços de saúde se impôs como um objetivo capaz de promover o acesso efetivo da população a todos os níveis de atenção. A regionalização passou a ser vista como a “macro-estratégia fundamental” na obtenção de redes de atenção articuladas e referidas a territórios e populações definidas. No contexto produzido pela NOAS, esperava-se que a nova configuração dos serviços de saúde promovesse a aplicação de recursos de forma otimizada através de um reordenamento racionalizador de todo o sistema, alcançando a máxima de promover a equidade.

### **3.3 Relações entre estados e municípios**

Interessa destacar neste trabalho o significado das NOBs e das NOAS no que diz respeito ao papel dos estados e municípios no processo de descentralização e, posteriormente, regionalização da Saúde.(1)

Ultrapassada uma década e meia de implementação do SUS, há uma convicção generalizada de que a esfera estadual ainda está à procura de um papel plenamente definido na estrutura do sistema (OPAS, 2003; SOUZA, 2002; COSTA, 2001). Como já foi observado, a Constituição de 1988 promoveu a descentralização de receitas sem, em contrapartida, redistribuir competências entre esferas de governo (OLIVEIRA e BIASOTO JR., 1999). Estas questões podem ser bem observada no caso da implementação do Programa Saúde da Família.gancho

A descentralização fiscal e tributária “*sem que as competências federais fossem claramente definidas*” (ARRETICHE, 2004: ) que ocorreu com a Constituição de

1998, conferiu aos entes estaduais um poder apenas “residual”. O artifício de definir competências exclusivas da União reduz o escopo de atuação dos estados e municípios (artigos 20 a 22); como já assinalado, o mesmo ocorre no caso de conflitos legais, porque, nestas situações, a constituição determina a prevalência da lei federal.

Análises produzidas para identificar situações – problema no funcionamento das secretarias estaduais tem chamado a atenção para questões como as identificadas abaixo.

GUERREIRO ( 2003:40-41,49), ao estudar as secretarias de estados da Bahia, Goiás, Paraná, Rio Grande do Sul e Rondônia, identificou uma série de problemas em sua estrutura e funcionamento:

i) a tendência, observada em estados, mas também em municípios, de reproduzir , em seus territórios, a estrutura do Ministério da Saúde;

ii) reações institucionais às mudanças, em geral por parte de grupos profissionais ligados a funções tradicionais, na tentativa de manter relações centralizadas, hierarquizadas e verticalizadas;

iii) mudanças na estrutura das secretarias sem a concomitante alteração dos processos de trabalho, ou, contrariamente,

iv) mudanças de objetivos e estruturas de ação sem a correspondente alteração da estrutura formal;

v) convivência simultânea de papéis (coordenação e prestação de serviços) e de estruturas (formal e funcional)

vi) a incorporação da função de coordenação do sistema tem levado as secretarias estaduais a migrarem do campo da prestação direta de serviços, território onde havia *expertise* acumulada, para um campo que exige a capacitação de recursos humanos.

A necessidade de investimentos choca-se com restrições orçamentárias decorrentes da necessidade de adaptação à legislação que limita os gastos públicos. À

complexificação de funções corresponde um quadro de restrições administrativas (id, *ibid*,57)

A análise que, no texto da NOAS/2001, antecede a portaria e os anexos que a constituem, apresentam os mais característicos problemas que existem na relação entre entes federativos, referentes à *divisão de responsabilidades entre estados e municípios*. Sinteticamente, ela levanta vários pontos, dos quais destacamos os seguintes:

i) pactos de gestão entre estado e municípios nem sempre são estabelecidos através de critérios adequados “à organização funcional do sistema”. Exemplo: a partilha de gestão por “natureza jurídica dos prestadores”.

ii) nem sempre ocorre a subordinação dos prestadores às necessidades de saúde identificadas pelos gestores.

iii) existência, em alguns locais, “de unidades básicas de saúde sob gestão estadual”.

iv) existência de conflitos relacionados “à divisão de responsabilidades de gestão e gerência de hospitais estaduais que não foram repassados aos municípios”.

No texto, observa-se, ainda, a menção ao fato de que “as limitações da capacidade de planejamento e coordenação da SES aumentam o risco de atomização dos sistemas municipais, de conseqüências indesejáveis, como a incorporação tecnológica irracional e implantação de barreiras de acesso a residentes em outros municípios.”(NOA-SUS 01/01/ 20001: 12-13)

No caso do estado objeto de discussão, o Rio de Janeiro, o Diagnóstico Situacional encontrado no Plano Estadual de Saúde voltado para a descrição dos problemas e desafios identificados pela SES/RJ para o período 1999/2000, identifica sete áreas passíveis de intervenção, a saber:

i) *política institucional* (estrutura organizacional inadequada; falta de entrosamento entre os diversos setores; imprecisão na determinação de funções executivas; insuficiência geral de recursos financeiros; imagem institucional frágil

junto aos funcionários; falta de articulação e reconhecimento do papel do controle social)

ii) *estrutura gerencial* ( baixa qualificação do apoio administrativo; morosidade nos processos internos; ausência de indicadores gerenciais; dificuldade de acesso à informação Controle, Avaliação e Auditoria funcionando precariamente)

iii) *gestão de recursos humanos* ( baixos salários; pouca qualificação do quadro técnico; desmotivação do funcionário; ausência de fontes de recursos específicos para desenvolvimento de recursos humanos; disparidades salariais entre servidores públicos e pessoal terceirizado; insuficiência de ações direcionadas para o desenvolvimento de RH para o SUS)

iv) *gestão da rede de serviços* (baixa resolutividade da rede hospitalar; insuficiência de recursos financeiros para os hospitais; falta de articulação com os hospitais municipais; sistema de controle e avaliação dos serviços ineficiente; insuficiência de recursos financeiros para o Instituto de Hematologia; inexistência de descentralização financeira pela SES para a rede de serviços )

v) *compra de produtos e serviços* ( não abastecimento da rede; débitos com fornecedores; inexistência de um sistema de análise de custos)

vi) *gestão da atenção à saúde no Estado* ( dificuldade em se garantir acesso da população aos serviços de média e alta complexidades; dificuldade para garantir acesso da população a medicamentos; baixa integração da rede de serviços; ineficiência nas ações de acompanhamento, controle e avaliação; dificuldades na implementação de ações mais abrangentes de Vigilância Epidemiológica e Sanitária; elevado atendimento na emergência de demanda ambulatorial)

vii) *assistência farmacêutica*. (falta de uma política de Assistência Farmacêutica; fragmentação do medicamento no âmbito da SES (sic) ; visão departamental hospitalocêntrica; ausência de análise, avaliação e controle dos medicamentos; desconhecimento, internamente à SES, da importância da Assistência Farmacêutica)

No capítulo 4, será feita a articulação desta análise às falas dos entrevistados, para que seja possível dimensionar as relações existentes entre as duas estruturas implementadoras- a do estado e a do município estudado, com o objetivo de cumprir uma análise final.

### **3.4 Saúde da Família: a construção do programa**

As mudanças ocorridas no final dos anos 1970 na cena internacional provocaram grandes alterações na forma como os governos nacionais passaram a definir o papel do Estado e das políticas públicas. Dos limites para a manutenção e expansão do Estado de Bem-Estar derivou a questão de como redimensionar a atuação governamental na esfera pública, um dos eixos em que foi necessário construir novas respostas à crise fiscal e financeira que atingiu países industrializados e em desenvolvimento naquele período (CLAD,1998)

Como mostram VIANA e DAL POZ (1998: p. 6-7), no Brasil, de forma distinta das mudanças conjunturais ocorridas nos anos 1970 e 1980, a década de 1990 foi palco de dois tipos de reforma: as de tipo *big bang* (mudanças substanciais nas políticas de saúde em curtos períodos de tempo) e as de tipo incremental (que comportam discretos e sucessivos ajustes na estrutura da política). As reformas do primeiro tipo, por sua natureza, tendem a ser estritamente direcionadas, enquanto que as do tipo incremental, como o próprio nome registra, constróem-se paulatinamente, dentro de uma visão de processo. A criação do Sistema Único de Saúde – SUS – pela Constituição de 1988 teria constituído, assim, uma reforma de tipo *big bang*; a chamada “reforma da reforma” da saúde, a partir de 1995, constitui um processo de reforma incremental do SUS.

Dessa forma, a reforma na saúde a partir dos anos 90 desenvolveu traços comuns a várias reformas no plano internacional, como por exemplo: i) separação entre financiamento e provisão de ações de saúde; ii) busca de maior resolutividade nas ações de saúde, iii) reforço dos mecanismos de mercado na provisão de serviços. Como mecanismo de controle social da nova configuração da política setorial, reforça-se a

idéia de responsabilização dos agentes provedores de cuidados. (VIANA e DAL POZ, 1998)

Sobressaem desde o início da implementação do SUS, no início da década de 1990, dificuldades operacionais diversas, como

*o financiamento das ações de saúde; a definição clara de funções para os três entes governamentais (federal, estadual e municipal); as formas de articulação público/privado, no novo modelo de organização dos serviços; a resistência do antigo modelo assistencial – baseado na doença e em ações curativas individuais – a uma mudança mais substantiva nas práticas assistenciais (VIANA e DAL POZ, 1998: p. 6)*

O PACS e o PSF configuraram a resposta aos problemas colocados pela necessidade de ajuste fiscal e pela instabilidade da política econômica que, como lembram VIANA e DAL POZ (id, ibid) conseguiu ser controlada apenas com o plano de estabilização proposto em 1994, durante o governo Fernando Henrique Cardoso. Entretanto, o contexto da crise brasileira na saúde remete a um quadro mais amplo de questões, envolvendo variáveis demográficas, epidemiológicas e políticas.

A partir da década de 1970, a acentuada queda na taxa de fecundidade projeta a tendência ao envelhecimento da população, representando a necessidade de investimento em ações para as faixas etárias que consomem tecnologias e cuidados de alto custo. A transição epidemiológica no Brasil combina padrões de mortalidade típicas de países industrializados (doenças crônico- degenerativas) e de países com baixo nível de desenvolvimento (doenças infecto-contagiosas), aliados ao crescimento da mortalidade por causas externas.

A combinação desses fatores aumenta, de forma dramática, as necessidades de saúde da população e impõe a inversão, cada vez maior, de recursos em tecnologias e ações que possam mostrar-se efetivas em quadro sanitário tão complexo (id,ibid:7)

Por meio dos programas PACS e PSF, o Ministério da Saúde propõe mudar o modelo assistencial existente, o que implicou alterações nas modalidades de alocação de recursos, nas formas de remuneração das ações de saúde e na implementação do

SUS a partir dos anos 1990. Em linhas gerais, o PACS foi fundamentado notadamente pela experiência prévia levada a termo pelo Estado do Ceará, e o PSF contou com o conhecimento acumulado sobre o PACS e a experiência precursora do Programa Médico de Família de Niterói.

O Ministério da Saúde começa a focalizar a família como unidade de intervenção em saúde, em 1991, através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em 1994, inicia o Programa Saúde da Família e, desde 1996, emprega a designação Estratégia de Saúde da Família para as atividades desenvolvidas no programa, no âmbito da Atenção Básica à Saúde.

O Programa Saúde da Família (PSF) envolve as três esferas de governo e busca ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil. Ou seja, propõe a superação do modelo de atendimento exclusivamente centrado na doença, por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados. Funda-se nos princípios assistenciais e organizativos do SUS, conforme a legislação constitucional e infraconstitucional, tomando como base da atenção básica os eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão. Tem como desafio ampliar suas fronteiras de atuação e alcançar maior resolutividade na atenção à saúde. A execução da política é compartilhada por estados, Distrito Federal e municípios, conforme o quadro a seguir

Quadro 5: Competências das três esferas de governo na gestão da saúde

<b>Federal</b>	<b>Estadual</b>	<b>Municipal</b>
----------------	-----------------	------------------

Elaborar as diretrizes da política nacional de atenção básica;	Acompanhar a implantação e execução das ações de atenção básica em seu território;	Definir e implantar o modelo de atenção básica em seu território;
Co-financiar o sistema de atenção básica;	Regular as relações intermunicipais;	Contratualizar o trabalho em atenção básica;
Ordenar a formação de recursos humanos;	Coordenar a execução das políticas de qualificação de recursos humanos em seu território;	Manter a rede de unidades básicas de saúde em funcionamento (gestão e gerência);
Propor mecanismos para a programação, controle, regulação e avaliação da atenção básica;	Co-financiar as ações de atenção básica;	Co-financiar as ações de atenção básica;
Manter as bases de dados nacionais	Auxiliar na execução das estratégias de avaliação da atenção básica em seu território.	Alimentar os sistemas de informação; Avaliar o desempenho das equipes de atenção básica sob sua supervisão.

Fonte: DAB, 2005

A operacionalização do PSF se dá por meio da implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Elas são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, em uma área geográfica delimitada. Realizam ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e manutenção da saúde da comunidade.

Inicialmente, o PSF era vinculado à Fundação Nacional de Saúde, em conjunto com o PACS e o PISUS (Programa de Interiorização do SUS). Em meados dos anos 1990, passou a ser gerido pela Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde.

*Essa transferência implicou duas conseqüências importantes na estrutura do PSF. Possibilitou a real integração entre o PACS e o PSF - na FUNASA eram desenvolvidos por equipes distintas, apesar de inscritos sob a mesma coordenação. Permitiu ainda um ganho de status institucional com a sua inserção na SAS e, posteriormente, em 1999, com a transferência para o Departamento de Atenção Básica (DAB), da Secretaria de Políticas de Saúde. Com tais mudanças, o PSF e o PACS perdem o caráter de programas verticais e passam a constituir estratégia de mudança do modelo assistencial (GOULART, 2002: 117-118).*

Nestes mais de dez anos de existência, o PSF apresentou um expressivo crescimento quantitativo e qualitativo durante o governo FHC, especialmente, a partir de 1998, quando José Serra atuou como Ministro da Saúde, indicando ampla adesão de gestores estaduais e municipais (GOULART, 2002: 115).

No primeiro semestre de 2005, havia um total de 23,9 mil equipes de Saúde da Família implantadas em 4,9 mil municípios brasileiros. A cobertura atingiu 43,4% da população brasileira, correspondente a cerca de 76,8 milhões de pessoas. No período considerado, o investimento na Estratégia Saúde da Família foi da ordem de R\$1.678,08 milhões (sic) (DAB,MS, 2005)

Quanto ao processo de financiamento, observa-se que o PSF transitou por várias formas de transferência de recursos, através de:

“i) convênio entre o Ministério da Saúde, Estados e Municípios, no período 1994 e 1995, durante a vigência da NOB 1993, com a garantia de recursos para os meses iniciais do Programa e, em 1996, passa a ser remunerado pela tabela de procedimentos do SIA/SUS;

ii) serviços prestados, conforme uma dada fatura;

iii) transferência direta e automática fundo a fundo, a partir de 1998, em consonância com a NOB 1996, através de um valor per capita, denominado PISO DA ATENÇÃO BÁSICA (PAB), fixo, e a criação posterior do PAB variável que, por sua vez, ampliou de forma decisiva a transferência de recursos federais para a quase totalidade dos municípios;

iv) o nível de cobertura populacional oferecido pelo PSF nos municípios, torna-se, a partir de 1999, critério para o aumento do valor dos incentivos;

v) outras possibilidades de financiamento surgem, no final da década de 1990, através de recursos provenientes do REFORSUS e da aprovação da Emenda Constitucional 29 aprovada em 2000 pelo Congresso, permitindo maior aporte de recursos e de controle dos sistemas de saúde” (id., 121-123).

A partir dessas características centrais, o PSF constrói sua identidade programática. As atribuições específicas das equipes são:

i) cadastramento e diagnóstico das características sociais, demográficas e epidemiológicas das famílias sob sua responsabilidade;

ii) identificação dos problemas de saúde prevalentes da população adscrita, bem como das situações de risco a que estão expostas;

iii) elaboração de um plano de ação, com a participação da comunidade, para o enfrentamento dos determinantes do quadro de saúde/doença local;

iv) prestação de assistência integral à demanda, seja ela organizada ou espontânea, na Unidade de Saúde da Família ou no domicílio;

v) responsabilidade pelo processo de referência e contra referência dos pacientes;

vi) desenvolvimento de ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde identificados

Essas atividades compõem a cesta de produtos que o PSF oferece à população e que o identificam como estratégia inovadora, do ponto de vista de alterações substantivas na prática assistencial. O resultado das atividades desenvolvidas pelas equipes em todo o país compõe a base de dados do Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB, criado para agregar e processar essas informações, realimentando o sistema e permitindo o monitoramento e avaliação contínua do programa pelos gestores municipais.

Uma sucinta descrição é suficiente para ressaltar a centralidade do papel das equipes que constituem simultaneamente ponto de partida para a organização do programa, suporte das ações programáticas e elemento responsável pela coleta de dados que alimentam uma das bases de dados de caráter nacional sobre assistência básica.

Relatórios oficiais e a produção acadêmica sobre o PSF têm se detido nos problemas que cercam a constituição e o desempenho das equipes, que podem ser resumidos como se segue:

i) carência de recursos humanos; especialmente médicos; o que redundou, em alguns casos, na contratação de médicos estrangeiros;

ii) alta rotatividade entre os profissionais;

iii) diferenças nas formas de contratação e remuneração dos profissionais do programa, levando a condições de trabalho e vínculos empregatícios precários; iv) precariedade dos processos de formação para atendimento das necessidades do programa (formação inadequada dos profissionais);

v) remuneração dos profissionais nem sempre considerada fator de atração;

vi) dupla militância dos médicos;

vii) pequeno número e qualificação das equipes de coordenação estadual. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000 a)

É interessante observar que, neste quadro de análise, ênfase especial tem sido dada à questão da formação de recursos humanos. A inadequada formação dos profissionais, particularmente dos médicos, e a baixa capacidade da estrutura de formação - secretarias de saúde e universidades, que atuam através dos pólos de capacitação - de oferecer soluções rápidas aos desafios colocados pelo PSF têm sido apontadas como um dos maiores obstáculos à expansão e bom funcionamento do programa.

Vistas por outro ângulo - o da explicitação de diferentes interesses no plano político/institucional e organizacional, outras dificuldades de implementação merecem ser destacadas. A primeira delas diz respeito à uma série de resistências à implementação do programa. VIANA e DAL POZ (1998) apresentam o PSF como uma proposta que se mostrou capaz de *construir novas alianças* no campo da saúde, unindo gestores locais - secretários municipais e técnicos do sistema local - a técnicos de outras áreas, como os do programa Comunidade Solidária e de organismos internacionais (UNICEF) e de países ( Cuba; Canadá) que desenvolvem trabalhos calcados no modelo de saúde da família. Esta aliança ter-se-ia constituído “ ... *em cima do desenho da política*”, isto é, a partir de uma proposta de construção de um programa que superasse formas tradicionais de operar a política : os autores referem-se aqui principalmente às

*antigas alianças que se estabelecem usualmente na política de saúde (políticos, médicos e construtores de obras públicas ), em nível local , (...) superadas quando o programa inicia sua implementação nos municípios, já que o mesmo mobiliza mais as associações privadas da comunidade do que a corporação médica ( inclusive porque o programa não está centrado na figura do médico) e, muitas vezes, pode ser operado através do auxílio de consultores e técnicos internacionais. Cabe salientar que essa aliança se estabeleceu na fase de formulação do programa, pois foi, de certa forma, a aliança que se desenvolveu ao longo da implantação do PACS ( VIANA e DAL POZ, 1998:16-17).*

Estes autores acrescentam que a aliança conseguiu neutralizar os opositores do Programa, representados pelas

*(...) corporações profissionais (Conselho Federal de Medicina e de Enfermagem, além da Associação Brasileira de Enfermagem, preocupados em garantir o mercado de trabalho dos profissionais médicos e de enfermagem); a Pastoral da Saúde (as comunidades eclesiais desenvolviam programas de agentes comunitários e se opuseram ao cadastramento das famílias pelas unidades de saúde do programa); e alguns gestores estaduais. As comunidades organizadas, por sua vez, exerceram, em muitos locais pressão direta em favor da continuidade do*

*programa, pois, muitas vezes, esse é abandonado quando tem início uma nova gestão (ID; IBID; 17)*

Outros fatores parecem demonstrar que o programa está bastante sujeito a injunções político - organizacionais de caráter local. As mais relevantes parecem ser as ligadas às formas de recrutamento/seleção, contratação e remuneração do pessoal que constitui as equipes do PSF.

Relatório de avaliação produzido para o MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS, 2000 a) constatou que cerca de 60% dos municípios procedem a métodos "simplificados" de contratação de médicos e enfermeiros (entrevistas), e que em 14,7% dos municípios o recrutamento dos médicos se dá sem qualquer tipo de seleção. O mesmo acontece com os enfermeiros: em 11,5% dos municípios seu recrutamento se dá nas mesmas bases - sem qualquer tipo de seleção. Um outro dado a ser lembrado neste contexto é o da grande participação das equipes de coordenação estadual (em cerca de 30% dos municípios) no recrutamento e seleção dos candidatos a integrantes das equipes de campo

Acrescente-se a este quadro a informação de que 49.0% dos municípios recrutam essa mão de obra com contratos de caráter temporário ou na qualidade de prestadores de serviços ( 26.7% dos municípios) e a grande disparidade salarial existente entre as duas categorias profissionais citadas acima. Torna-se razoável supor a existência de um ambiente favorável ao desenvolvimento de tensões organizacionais importantes, com reflexos na forma de atenção dispensada aos usuários do programa.

#### NOTAS

<sup>1</sup> Para a discussão das características e significados das NOBs no processo de descentralização, consultar Levcovitz, Lima e Machado, op. cit..

<sup>2</sup> Observa-se aqui a vitória da tendência municipalista do processo de descentralização.

A tese de que governos locais, pela sua proximidade com a população, são administradores mais eficientes e eficazes, encontra um interessante contraponto em Hommes (1996), que caracteriza a descentralização como um paradoxo: exige a criação

incessante de novos mecanismos centrais de controle do processo e, simultaneamente, requer a superação da dependência do mesmo governo central ( HOMMES, 1996: 331)

A edição das NOAS (2001 e 2002), que propõem a regionalização da atenção à saúde, constitui uma tentativa de ajustar o modelo de descentralização, dotando o sistema de maior racionalidade e equidade e confirmando, de certa maneira, os termos da análise de Hommes.

<sup>3</sup> O Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, tem a missão institucional de operacionalizar essa política no âmbito da gestão federal do SUS.

## **Capítulo IV. Ambigüidade, Conflito e Aprendizagem no processo de implementação do PSF**

O objetivo deste capítulo é apresentar as atividades de implementação do PSF no município estudado tal como são descritas e problematizadas pelos atores nelas envolvidos, e analisá-las à luz da discussão empreendida nos capítulos anteriores. As características, dificuldades e obstáculos que cercam o processo são analisados com base nos tipos de implementação apresentados por MATLAND (Implementação Administrativa, Implementação Experimental, Implementação Política e Implementação Simbólica) Utilizo, eventualmente, alguns outros autores e conceitos trabalhados no primeiro capítulo, ou mesmo outras referências, quando fornecem subsídios ou pistas para esclarecer o processo de implementação estudado, em pontos em que o modelo não alcança produzir interpretações satisfatórias.

Apresento algumas observações sobre o processo de aprendizagem, implícito nos processos de implementação .

Procuro mostrar que concomitantemente aos procedimentos típicos da implementação administrativa irrompem aspectos do contexto local que acabam produzindo formas que estariam mais próximas dos tipos político e experimental.. Tais inflexões, que ilustram o caráter altamente dinâmico dos processos de implementação, são analisadas em quatro dimensões selecionadas: as características locais dos processos de implementação do PSF; a situação dos recursos humanos locais; o processo de trabalho, particularmente no que se refere à atuação das equipes de saúde da família e sua coordenação e, finalmente, o nível de integração entre as ações e a articulação entre programas.

### **4.1 Características locais do processo de implementação do PSF**

A implementação do PSF no município ocorreu, de forma semelhante a outros municípios brasileiros, após a implementação do Programa de Agentes Comunitários –

PACS. (1) Em 1998, durante a gestão do governador Marcelo Alencar, foi assinado um convênio com o município estudado que resultou no repasse de recursos financeiros para o pagamento de agentes comunitários do PACS por um ano, aquisição de um veículo para transporte da equipe, um computador e um laboratório básico de análises químicas. O valor do repasse foi de R\$30.000,00. A atividade era ligada ao programa Comunidade Solidária, do governo federal.

A instituição de incentivo financeiro é considerada característica da implementação política e, secundariamente, da implementação administrativa. O contexto em que este incentivo foi concedido - em período pré-eleitoral, por um governador do partido do presidente da república (Fernando Henrique Cardoso - PSDB) - aponta para o viés político assumido pela implementação do PACS naquele momento.

Em 1999, toma posse no governo do Estado do Rio de Janeiro um candidato de oposição ao governo federal, Anthony Garotinho (PDT). O novo secretário estadual de saúde, Gilson Cantarino, que acumulara grande experiência com o programa Médico de Família, desenvolvido no município de Niterói, inicia um trabalho em relação ao PSF que engloba duas frentes de ação. Por um lado, procura promover a expansão do programa, que se iniciara, de forma experimental no estado, em 1994. Por outro, por não considerar adequado o formato em que o PSF vinha sendo implementado até então, procedeu à avaliação de todas as equipes existentes no Estado e várias delas foram desqualificadas. O critério de desqualificação foi a não correspondência entre o que o Ministério da Saúde propunha e o que os municípios efetivavam.

*Fazíamos visitas a cada uma das unidades para ver se possuíam equipamentos, se estavam implantadas em locais adequados, se havia adscrição de clientela nas áreas de abrangência [das equipes], enfim, se cumpriam critérios mínimos (TE 2)*

O novo comando da SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, ao utilizar estratégias opostas em relação ao PSF – ampliação e desqualificação simultânea de equipes-, criou condições para a emergência de aspectos conflituosos na implementação do programa.

Naquela época, um acordo entre o governo federal e o governo estadual previa que este último pagaria o salário dos Agentes Comunitários de Saúde; os municípios, em contrapartida, comprometiam-se a qualificar pelo menos um terço do total das equipes locais. O gestor estadual remunerava entre quinze e vinte agentes comunitários, o equivalente a quatro ou cinco equipes.

Note-se que a destinação dos recursos não era pré-determinada pelo Ministério da Saúde. Ao escolher remunerar as equipes, o estado do Rio de Janeiro comprometia a idéia de descentralização das ações, uma vez que, segundo a divisão das atribuições entre as esferas de governo, a remuneração das equipes do PSF seria uma atribuição das Secretarias Municipais de Saúde. Esta decisão criava uma situação fortemente ambígua, com a qual o gestor municipal lidava de forma pragmática.

*o município não se sentia responsável por implementar o restante das atividades, ou seja, não se sentia responsável pela contratação de médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem e montar a equipe mínima (...)[ o município] contratava um enfermeiro para coordenar todos os agentes comunitários de saúde pagos pelo Estado para reduzir completamente seus custos. Na verdade, não implementava nem PACS nem PSF.(TE 2)*

A modificação no padrão das transferências de repasses financeiros gerou alterações significativas nas relações de poder estabelecidas entre os municípios e o estado. Até então, o papel de intermediário do repasse de verbas significava, para o gestor estadual, capacidade de indução e um dividendo político que posteriormente seria perdido.

De acordo com a avaliação de uma entrevistada, nesse período,

*A gente perde poder político, mas a equipe consegue manter um poder técnico sobre essas implementações. (TE 2)*

O período de 1999/2000 constituiu para a SES um período de “releitura” do programa, na qual a experiência do Estado do Rio de Janeiro foi comparada à experiência de outros estados, principalmente os considerados avançados, na época: Pernambuco, Ceará, Paraná e Rio Grande do Sul.

Um grupo técnico instituído pela SES para analisar de maneira qualificada o processo e pensar a implementação do programa no Estado com critérios “*não exclusivamente políticos...*” concluiu que

*Em outros estados, havia algum tipo de critério para a implementação do programa: municípios pouco populosos; municípios do interior, ou bolsões de pobreza. O critério usado no Rio de Janeiro foi mais político. Implementava quem aderiu ao projeto”. (TE 2)*

A idéia dos implementadores estaduais era permitir que critérios técnicos fossem adequadamente valorizados durante o trabalho de implementação.

A esta altura do processo observa-se que o estabelecimento de critérios técnicos para a implementação do PSF não representa, como poderia parecer à primeira vista, a prevalência do padrão de implementação administrativa. Ao contrário, é o viés político da implementação que, ao confrontar o modelo anterior de implementação do PSF no Estado, permite que critérios técnicos sejam observados durante o processo de instalação do programa. Neste momento, combinam-se características da implementação administrativa e da implementação política .

Os técnicos da SES constataram que havia uma situação comum aos municípios do estado do Rio de Janeiro: processo de descentralização em andamento; infraestrutura de saúde muitas vezes precária; poucos recursos financeiros disponíveis. A adesão dos municípios ao PSF foi pautada pelo caráter pragmático das decisões, ligado ao repasse de recursos fundo a fundo. O atrativo financeiro foi o motor exclusivo dos processos de implementação. Tal motivação ocasionou uma série de problemas e distorções na implementação do PSF nos municípios, que tiveram que ser enfrentadas. Uma das entrevistadas cita, em especial, a baixa capacidade de compreensão sobre o significado do PSF; e o perfil inadequado dos recursos humanos para o programa.

*(...) a dificuldade era os secretários compreenderem que aquilo era uma proposta de mudança do modelo [assistencial], que [a proposta] tinha uma direcionalidade, tinha a função de orientar a organização do sistema municipal..., alguns técnicos e alguns secretários não compreendiam o que era o Sistema Único de Saúde..... Surgiram, na época, secretários que eram advogados, sapateiros, enfim, de diversas categorias profissionais que não as*

*da saúde. Os profissionais, os técnicos da área de saúde que você encontrava... muito poucos com experiência, com noção, conhecimento teórico de saúde pública... sobre sistema de saúde; estavam muito preocupados em operar o sistema (TE 2)*

Além disso, considera, não era, para esses técnicos e secretários, tarefa simples implantar um “*modelo experimental*”, sem antever qual seria sua direção e seu impacto. “*Era um desconhecimento generalizado*” (TE 2)

A consideração acima chama a atenção para o ambiente favorável à aprendizagem instituído durante a implementação do programa no Estado do Rio de Janeiro

A implantação do PSF no município estudado ocorreu em 2000.

Para superar o desconhecimento local sobre o programa, os técnicos da SES iniciam um processo de *sensibilização* de técnicos municipais, para que estes pudessem compreender os objetivos e meios empregados na implantação do programa, que incluía aspectos técnicos e financeiros implicados na decisão de aderir ou não ao PSF.

*Houve um estímulo da Secretaria Estadual, da gestão do Gilson [Cantarino], para montar o PSF pelo estado afora. Ai o pessoal dizia, ‘você não quer montar o PSF?’ e mostravam aquela tabelinha de financiamento. Explicavam o funcionamento daquelas nove faixas. A pergunta central [do gestor municipal] lamentavelmente era: ‘de quantas equipes eu preciso para pegar a faixa nove?. Essa pergunta é que me mata, mas é a pergunta mais real que existe. O cara tem condição de montar uma equipe de cada vez, mas ele entra numa de montar quatro, porque na quarta ele já entra na faixa nove, que é a maior faixa de financiamento. A lógica do sistema de financiamento induz o gestor a isso’.* (TM 1) (2)

A situação descrita faz pensar que o trabalho de sensibilização feito com os técnicos não informou a decisão do gestor, que optou pelo maior número de equipes, atitude desaconselhada pela prudência técnica. A questão de fundo relaciona-se não à qualidade do processo de sensibilização, mas a quem ele foi dirigido. Em outras

palavras, ele foi possivelmente dirigido a técnicos com baixo poder de decisão. Como assinala SABATIER (1999), um dos autores discutidos neste trabalho, um aspecto relevante da defesa de um programa ou política é a sua apresentação e defesa em ambientes potencialmente ou efetivamente favoráveis ao seu desenvolvimento. Em escala mais modesta, o exemplo demonstra que os técnicos estaduais não consideraram certos aspectos políticos da implementação local.

O relato de uma entrevistada mostra que o PSF foi implantado sem que ocorresse uma apresentação e discussão prévia sobre o programa com a população, como indica o destaque a seguir:

*Uma coisa que faltou, que escorregou entre os dedos, quando começou o PSF, foi não ir à comunidade explicar como é o programa, qual a função dele, o que compete, o que não compete a ele. A impressão que eu tenho é que jogaram as equipes lá, jogaram médicos, jogaram enfermeiros, passou a ter médico no bairro todo santo dia, mas esqueceram de avisar que a equipe do PSF não é só para ficar sentada atrás de uma mesa esperando o paciente chegar, não é só esse o trabalho deles. Acho que com isso eles [ a população ] tiveram uma certa dificuldade (...), eles queriam um médico sentado atrás de uma mesa, desde a hora em que eles chega e atendendo [à demanda espontânea ].(TM 1)*

Para que fosse possível implantar o programa, o município foi dividido em quatro áreas, como se todas tivessem o mesmo perfil e a mesma população. O secretário municipal de saúde trabalhava com a idéia de que cada área adscrita comportaria mil famílias, e não seiscentas, o número mínimo proposto pelo programa. Como a divisão não respeitava a realidade física do município, surgiram, em conseqüência, vários problemas.

Algumas equipes ficaram responsáveis por áreas muito populosas.

*Havia quatro equipes que ficavam um dia num lugar e um dia no outro, e cada lugar já tinha umas quinhentas famílias e então não dava mão, foi uma situação complicada ... o que ele [o secretário municipal de saúde] tinha? Tinha quatro equipes para muitas áreas pingadas .(TM1)*

Outras equipes ficaram responsáveis por aglomerados de baixa densidade populacional. Em alguns casos, o programa passou a necessitar de várias sedes para uma mesma equipe, em razão das grandes distâncias entre esses aglomerados.

*Ele [ o secretário municipal de saúde] pegava o mapa da população e juntava mil famílias e dizia: 'aqui é uma equipe' ... Só que para isso ele precisava ter, às vezes, três sedes. Entendeu? Porque ele tinha três nucleozinhos de população muito distantes entre si. Ai, com três núcleos [a equipe] vai um dia em um local, dois em outro, na outra semana você tem que trocar; se você faz uma reunião no dia de atendimento de um núcleo, naquela semana ele [o núcleo] não tem atendimento.' E conclui: O erro dele foi trabalhar mecanicamente com o limite .(TM1)*

A forma como a implantação das equipes foi pensada não deixou margem para a discussão de critérios de escolha das áreas. A sugestão da SES foi que o município alugasse casas nos locais onde o programa seria instalado. A sugestão não considerou as implicações da medida para o funcionamento do programa, além de não hierarquizar as necessidades de saúde entre os grupos que poderiam ser beneficiados no primeiro momento da implementação.

*A pergunta que eu me faço é a seguinte: porque se aluga uma casa? E que casa? E onde? (...) Não fica uma discussão de nível, do tipo: ' vamos começar pelas unidades próprias,' (... ) ' vamos discutir risco social' (.....) [ a decisão] ficou mais a cargo do secretário[ municipal de saúde], na época, mas você não tem uma discussão de risco social, entendeu?(TM 1)*

Exemplo desta situação é uma Unidade de Saúde da Família localizada a dez minutos de carro do centro do município estudado. Esta unidade foi instalada em uma casa alugada de tamanho mediano, que não sofreu qualquer adaptação ou reforma para desempenhar sua nova função. A sala da casa passou a funcionar como recepção, um dos quartos foi transformado em farmácia e o outro em consultório, dividido entre o médico e a enfermeira, que se revezam no atendimento, em razão do pequeno espaço disponível. Na cozinha, transformada em local de atendimento, foi colocada uma maca utilizada para o repouso de pacientes. O local funcionava também como sala de curativos. À época da visita (abril de 2003), a unidade funcionava ali há um ano e

meio.

Outro exemplo dessa inadequação foi relatado por um técnico estadual, referindo-se ao ocorrido em outro município. Como nem sempre os municípios podiam construir as unidades, por falta de verba, a solução encontrada era alugar imóveis já existentes. O caso citado pelo entrevistado referia-se a uma unidade de saúde da família instalada num imóvel onde funcionara um bar. A avaliação, puramente “normativa”, considerava esta escolha aceitável.

*Eu me incomodava, porque se há uma normatização da Vigilância Sanitária em relação às condições mínimas para o funcionamento de uma unidade de saúde, isso é que deveria ser seguido”. (TE 1).*

Os relatos apontam vários fatos importantes para a análise do processo de implementação. A Secretaria Municipal de Saúde iniciou o trabalho sem o cumprimento de uma de suas etapas cruciais, referida ao contato com a comunidade. Tampouco respeitou critérios técnicos para promover a divisão das equipes pelo município. Houve pelo menos um caso constatado de instalação de Unidade de Saúde da Família em local inadequado, apesar da normatização existente sobre o assunto.

O programa foi iniciado de forma improvisada, denotando ausência de conhecimento de seus fundamentos e características. Apesar da preocupação dos técnicos da SES em sensibilizar os implementadores locais para a importância do PSF, não foi possível, aparentemente, capacitá-los de forma suficiente para que a instalação ocorresse respeitando critérios técnicos importantes. Torna-se claro que a implementação, no município, ganha características locais, passando a contar com recursos e conhecimentos disponíveis nos micro-ambientes onde ocorre. A possibilidade de implementação puramente administrativa não se concretiza, adquirindo, naquele momento, características da implementação experimental.

O processo de aprendizagem instituído com o processo de implementação local do PSF foi essencialmente baseado no mecanismo de tentativa e erro (COHEN, MARCH e OLSEN, 1972). Algumas das condições de aprendizagem descritas por SCHOFIELD (2004), cujo modelo presta-se melhor à análise processos de implementação com objetivos e meios claros (implementação administrativa), são percebidas neste estudo. A

capacidade de análise dos técnicos implementadores mostra-se relacionada principalmente às categorias *tempo* de experiência acumulado e papel desempenhado na *estrutura* da equipe. O acúmulo de experiência é condição necessária ( embora não suficiente) para o aprendizado. As entrevistas sugerem que o papel desempenhado pelos técnicos na estrutura estadual envolvem o acesso a um maior número de informações e discussões, melhorando a sua capacidade analítica

Em 2001, o município decidiu-se pela revisão do trabalho iniciado. Havia duas opções em pauta: ampliar para oito o número de equipes ou refazer o desenho das áreas, organizando melhor as quatro já existentes e trabalhar somente com o PACS nos outros locais. Segundo um entrevistado, optou-se pela ampliação do número de equipes para oito. Neste momento, o município incorporou a palavra de ordem da SES - que propunha cem por cento de cobertura para o PSF nos municípios.

A decisão de ampliar o número de equipes põe em relevo os problemas que cercam a situação dos recursos humanos no município estudado, analisado a seguir.

## **4.2 Situação dos Recursos Humanos**

A ambigüidade de meios está presente em todos os processos que caracterizam a situação dos recursos humanos do PSF local: formas de contratação, regime de trabalho, estratégias de fixação e perfil do profissional.

No primeiro momento, a contratação de profissionais foi feita de maneira a formar um número maior de equipes e, assim, obter um padrão mais alto de remuneração pelo programa.

O pessoal de nível médio foi escolhido a partir de prova e entrevista com os candidatos. A contratação de médicos obedeceu outra condição - foram convidados, às vezes a partir de contatos telefônicos. A informalidade inicialmente empregada na seleção de profissionais para o município confirma tendência já observada anteriormente em avaliação do funcionamento do PSF (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000 a).

No período em que a pesquisa foi desenvolvida, a responsabilidade pela escolha dos profissionais de nível superior cabia à coordenadora e à supervisora do PSF, a partir de análise de currículos e entrevistas. A maior parte dos técnicos era admitida através de contratos temporários com a prefeitura. Poucos profissionais do programa haviam sido contratados através de concurso público. Este, por sua vez, não garantia a convocação pela prefeitura. O número de aprovados era sempre muito maior que o de vagas abertas, em cada concurso, em geral uma ou duas. Obter boa classificação no concurso tampouco significava que a ordem de chamada para escolha do local de lotação seria respeitada.

A coordenadora do programa enfatiza que as decisões sobre contratação de pessoal eram sempre tomadas em conjunto com a supervisora e, quando necessário, com a secretária de saúde ou o prefeito. Coordenadora e supervisora enfatizaram a liberdade que tinham para finalizar o processo de escolha, tanto de técnicos quanto de agentes de saúde, para o programa.

Um entrevistado, no entanto, relatou casos de alguns médicos que permaneceram no emprego porque haviam estabelecido relações de confiança com o prefeito.

Apesar das indicações de que os processos de contratação e manutenção de profissionais no cargo nem sempre tenham sido conduzidos de forma completamente autônoma pela coordenadora do programa, as intervenções da prefeitura, neste caso, eram aceitas com naturalidade pelos técnicos locais, como regras do jogo político que deveriam ser respeitadas.

O ambiente de implementação faz interagir elementos que caracterizam os diferentes tipos de implementação do modelo. O contexto e a cultura locais condicionam as formas de contratação e o processo de implantação das equipes. Sob este aspecto, segue um padrão de implementação com forte influência do contexto político local (implementação política), onde a tradição particularista (DA MATTA: 1979) das amizades e relações se combina à necessidade dos gestores locais seguirem os padrões preconizados pelo PSF (implementação administrativa).

As equipes de Saúde da Família no município têm o formato padrão do

programa: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Existe ainda no município uma equipe multiprofissional de apoio, que presta atendimento a todas as unidades, em esquema de rodízio. O grupo é composto por assistente social, nutricionista, psicóloga e fisioterapeuta; acompanha a equipe de Saúde da Família nas visitas domiciliares, prestando atendimento individual na unidade de saúde. Dedicar-se, também, a atividades de educação e saúde. A novidade do programa consiste, a partir da experiência do PACS, em utilizar agentes comunitários de saúde na visita às comunidades, concretizando a mudança do eixo da assistência do indivíduo para a família.

Parte dos agentes de saúde do PSF já havia participado do PACS. Na época de implementação do PACS, a lista com o nome das doze pessoas que seriam capacitadas como Agentes Comunitários de Saúde foi resultado de uma indicação política do gabinete do prefeito. O pessoal inicialmente indicado para fazer o treinamento surpreendeu. Os indicados eram de muito bom nível, e tiveram excelente aproveitamento no curso de capacitação promovido na época da implementação do programa.

No momento em que a implementação do PSF foi iniciada, os agentes não receberam capacitação específica para participar do programa, o que passou a ocorrer mais tarde, em função de um acordo entre a SMS e uma faculdade privada. Essa possibilidade surgiu devido a uma situação particular: um técnico municipal, que também era professor da instituição, estabeleceu um acordo para que os processos de capacitação fossem ministrados pelos professores da instituição, em troca de campo de estágio para seus alunos.

Até o estabelecimento do acordo com a faculdade, um alto grau de improvisação acompanhou o trabalho com as comunidades. A improvisação deriva de uma situação de desconhecimento sobre qual o melhor comportamento a ser adotado no trabalho, caracterizando o tom de *incerteza* do processo de implementação local. A improvisação, no entanto, não deve ser vista de maneira apenas negativa, uma vez que foi condição para que a implementação pudesse ocorrer. A incerteza constitui o substrato de muitas decisões, ressaltando as dificuldades de um município de pequeno porte na implementação de programas sem a supervisão constante do nível estadual.

Escassez e alta rotatividade são as características que melhor expressam a situação do corpo técnico em saúde no município, especialmente se considerarmos os casos dos profissionais médicos e daqueles que ocupam cargos de chefia. Tais características constituem uma evidência da ambigüidade de meios e do experimentalismo que ocorre na constituição das equipes.

O município viveu, em 2001, uma crise que exemplifica bem a questão da escassez de mão de obra qualificada. Naquele ano, São Gonçalo resolveu implantar o PSF; o município estudado perdeu, “*da noite para o dia*”, três médicos. O prefeito não concordou com a extinção das equipes que o antecessor criara; ao contrário, procurou expandi-las, aumentando o seu número de quatro para oito, o teto, na época.

Os profissionais de nível superior que atuam nos programas e suas coordenações são, em geral, oriundos de outros municípios do estado e, eventualmente, de outros estados. Alguns fixaram residência no município estudado, o que não foi suficiente para minimizar o problema da grande rotatividade nos cargos e as lacunas que surgem quando algum deles falta, adoece ou se licencia. Nestes casos, uma ausência prolongada pode desorganizar um programa.

*Eu estranhei bastante porque, fazendo comparação com Belém, lá sempre tinha reunião, campanha de vacinação, reunião com os enfermeiros sempre havia, então aqui a desculpa era porque a pessoa responsável pela imunização estava de licença maternidade. ( TM 2)*

Esses traços - escassez e alta rotatividade terão efeitos importantes sobre a atenção à saúde no município estudado. Uma enfermeira da equipe do PSF relatou que, inicialmente, fazia o trabalho de aconselhamento a pacientes - segundo ela, cerca de noventa por cento da população atendida em aconselhamento, é composta por gestantes - dividindo o trabalho com outra enfermeira e uma psicóloga. Em cada plantão, o trabalho era feito por uma delas. Atualmente, diz ter perdido contato com a psicóloga, que parece estar de licença. A outra enfermeira não teve seu contrato renovado com a prefeitura. Resultado:

*Sobrou quem? Eu. Para a população inteira. Então, quer dizer, as pessoas quase me batem (...) na semana retrasada eu faltei o serviço porque*

*estava doente, e era meu dia de aconselhamento. Então foi um auê. Foi o caos no município. 'Cadê ....., ela tem que fazer isso para mim'. A população não sabe [o que acontece].Então eu estou sozinha para aconselhar todo mundo. ( TM5)*

Uma entrevistada, que trabalha em outro programa no município, detalha as vicissitudes do município em relação aos recursos humanos, que aparecem através da forma improvisada como foi feita sua escolha para um cargo de chefia na policlínica.

*Por um conhecido aqui da prefeitura, eu fiquei sabendo que eles precisavam de uma enfermeira para o plantão de domingo que estava a descoberto, então eu vim para assumir o plantão de domingo. No dia em que eu cheguei aqui, a chefe de enfermagem estava pedindo demissão, então eu assumi a chefia de enfermagem(...) logo que eu cheguei, imediatamente. (...) eu fiquei com a chefia e com o plantão de enfermagem.. (TM 5)*

A escassez e a rotatividade são problemas ligados à distância de centros maiores, mais atrativos para os profissionais – médicos, principalmente – ou a uma questão salarial, o que confirma que a ambigüidade de meios concorre para a produção de soluções experimentais e híbridas.

O salário bruto mensal proposto para os médicos do PSF no município estudado, em 2003, era de três mil e seiscientos reais, sendo o salário líquido de dois mil, novecentos e noventa e dois reais, o mais baixo da região; em alguns lugares pagava-se dois mil e quinhentos reais por um plantão de vinte e quatro horas. Os custos e benefícios de um emprego são rigorosamente computados pelos profissionais, principalmente, quando comparam salário, tempo despendido e gasto com deslocamento.

*Você tem que levar algumas coisas em consideração, o salário que você ganha e a sua despesa, receita menos despesa. (..) tem que abastecer o carro, (...) colocar gás no carro, porque gasolina não tem como. Só de gasolina hoje você vai gastar em torno de seiscientos a mil reais. Então, financeiramente não vale a pena, o salário não dá. ( TM 9)*

A situação de escassez e rotatividade dos profissionais obriga o município a

oferecer-lhes a possibilidade de manter dois vínculos de trabalho no município ou de trabalhar em outras cidades, na tentativa de fixar seus quadros técnicos. O principal mecanismo é a instituição do *day off*, prática oficialmente proibida, mas aceita. Reafirma-se aqui outro traço da cultura brasileira, o “jeito” (DA MATTA), que permite contornar – e muitas vezes solucionar – problemas e dificuldades diante do rigor das normas ou da própria legislação. Constitui mais um elemento da implementação híbrida, que permite saídas “experimentais” diante das normas administrativas que limitam o próprio exercício das ações preconizadas pelo programa.

*Sai médico, entra médico, sai enfermeiro, entra enfermeiro: alta rotatividade no PSF; a secretaria de saúde achou por bem chamar as enfermeiras que já trabalhavam no pronto-socorro, porque já tinham um vínculo com o município, para assumir o PSF. O que a gente ganhava com isso? A gente tinha um day off, para ter o nosso dia de plantão, e nos outros dias a gente fazia o PSF. Ela me convidou com estas condições; eu aceitei no ato. ( TM 3)*

A instituição do *day off*, também chamada de “*complementação de salário*”, permite uma fixação mais duradoura dos profissionais no município, já que serve de incentivo para a mudança para o município.

Contudo, o chamado *day off* não significa necessariamente um dia de folga durante a semana de trabalho, mas, muito mais, uma acomodação de horários às várias atividades.

*Eles [os profissionais] não estão em plantão, eles estão em ambulatório, por isso fica mais fácil, porque se estiverem em plantão, terão que pagar alguém para fazer o plantão até às 15horas. [...] As enfermeiras são plantonistas, elas pegam às 7 horas e largam às 15horas, mas, à exceção de que tenham um problema no plantão,[...] elas fazem assim: elas chegam, vão para o plantão e fazem todo o pedido de medicação, foi o acordo em que nós entramos, ‘ Está todo mundo aí? A equipe completa? Ótimo, estou indo para o PSF’. Chega no PSF, cumpre a carga horária dela. É claro que, nesses dias, ao invés de entrarem às 8 horas, elas entram um pouquinho mais tarde.. (TM 2)*

O *day off* é um exemplo de como se resolvem, no nível local, os problemas não previstos pela implementação administrativa, *top-down*. Para resolver o problema da escassez, e com de poucos recursos disponíveis, os gestores recorrem a um “*jeito*” de resolver o problema. Nesse sentido, a escassez e rotatividade são faces de uma mesma moeda.

A alta rotatividade de profissionais também é percebida entre os cargos de chefia no município, atingindo vários programas. Alguns entrevistados declararam ter participado deste processo. Pessoas que acumulam dois cargos (de coordenação, de coordenação e supervisão, entre outras formas de acumulação) são substituídas com frequência. Durante o período de trabalho de campo esta situação foi observada uma vez, dentro do PSF. Pelos relatos, observa-se que pessoas que foram destituídas de uma chefia de programa eventualmente voltam à mesma situação em outro programa.

A questão dos recursos humanos ainda constitui um dos maiores entraves ao pleno desenvolvimento do PSF. Referindo-se à carência de médicos e enfermeiros que aceitem o regime de trabalho de quarenta horas e o salário oferecido, problema para o qual não vê solução efetiva, a secretária de saúde coloca:

*Meu esquema? [ para resolver o problema de contratação] Não tem esquema, porque eu tenho que seguir a legislação. Ou ele aceita as quarenta horas e dá plantão no sábado, ou faz outro negócio para complementar salário sábado ou domingo, ou sai.”*

Para a secretária, esse problema decorre de injunções legais referidas às formas de contratação dos profissionais.

*Nós já temos consciência de que o programa é bom. Então se é um programa que já é definitivo, nós teríamos que ter mecanismos jurídicos para que o profissional desse programa sentisse segurança. Ele não tem segurança. Contrato temporário traz segurança em quê? (...) Até hoje não há um regime jurídico para o PSF (...), para fazer concurso para esse tipo de profissional, (...).Mas que esteja normatizado, senão o Ministério Público vem e faz aquela coisa toda que a gente sabe..*

As críticas encontradas na literatura contra as formas de contratação usuais

argumentam que o governo federal não pode instituir um programa tão amplo sem a observância de garantias trabalhistas tradicionalmente vigentes na sociedade. Nesse sentido, a “precarização nas relações de trabalho” representa, mais uma vez, a utilização de meios ambíguos para que se obtenha o fim desejado – a implementação. (Machado, 2002).

A escassez e a rotatividade de recursos humanos vinculam-se, da mesma forma, ao perfil do profissional contratado pelo programa, especialmente o do médico. É generalizada entre os entrevistados a idéia de que o médico de uma equipe do PSF precisa compreender a proposta do programa. Mas, como comenta um deles, há, por parte dos médicos, “*uma refratariedade histórica a qualquer coisa, qualquer mudança*” em relação ao estilo de trabalho (TM 1) Em geral, estes profissionais permanecem no posto por cerca de seis meses.

Do ponto de vista de um médico que se considera ‘com perfil’,

*É um negócio assim, meio complicado; falar que um colega tem perfil é difícil. O PSF não é para qualquer médico, ponto. Não é para qualquer um, entendeu? Então o cara tem que gostar, tem que saber o que está fazendo, não é só salário (...). Acho que a pessoa tem que tentar rever tudo, todos os seus conceitos, parar, raciocinar, tem que ver a situação; eu acho que é totalmente diferente do que nós estamos acostumados a fazer, do que a gente aprende na faculdade”. ( TM 9)*

A exceção estaria entre os médicos formados mais recentemente, a partir da década de 1990, que não apresentariam os mesmos padrões de comportamento. Os jovens são considerados mais abertos a novas formas de experiência profissional. Os agentes comunitários de saúde, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas e, principalmente, os enfermeiros – são considerados mais ajustados ao perfil do programa: cumprem a carga horária estipulada, são mais pacientes com a clientela, dedicados à causa da saúde pública e lutam para manter os objetivos do programa.

Em relação aos recursos humanos do PSF no município, os principais entraves ao desenvolvimento do programa – formas de contratação, escassez de mão-de-obra e perfil inadequado do profissional – têm origem no desenho original do PSF. A decisão

de implementar o programa em âmbito nacional implicou na utilização de formas de contratação que se chocam com o padrão de contratação tradicional de médicos e enfermeiros ( através de concurso público e com vínculo empregatício estável). Tal fato tem provocado descontentamento, principalmente entre os médicos, o que torna a rotatividade destes profissionais alta. Esta situação tem reflexos claros na organização das equipes. As mudanças freqüentes no corpo técnico causam insegurança nos agentes comunitários de saúde e desorganização do trabalho. Segundo um dos agentes, essas oscilações deixam “*a estrutura do posto abalada*”. Os pacientes observam essa descontinuidade e suas conseqüências: as atividades deixam de ocorrer, ou o nexo entre elas é comprometido; sem uma equipe bem organizada a clientela perde o interesse no serviço.

A ambigüidade observada nas formas de contratação de pessoal gerou efeitos não esperados (ou não previamente admitidos) – aumentou a escassez e a rotatividade de mão de obra - durante o processo de implementação. A situação coaduna-se com a afirmativa de MATLAND de que o grau de ambigüidade contido na linguagem das políticas facilita a adesão às propostas governamentais, adiando a eclosão de conflitos.

Em relação à posição dos médicos no PSF do município estudado, observa-se que são pouco maleáveis em relação às atividades de grupo. Responsáveis por consultas e, eventualmente, por visitas domiciliares, preferem deixar esta atividade para as enfermeiras.

A não adesão de muitos médicos às características do trabalho em equipe, à carga horária de quarenta horas, a subestimação do potencial de trabalho dos enfermeiros ou a recusa em preencher os documentos necessários, dificultam o funcionamento do PSF. Segundo um entrevistado “*Você ainda tem troca de profissional com certa freqüência. As pessoas saem mesmo [do programa]*”. ( TM 1)

Para os entrevistados, os pedidos de demissão demonstram que nem sempre o médico compreende o que venha ser o ‘*espírito de equipe*’.

A organização do trabalho das equipes também ocorre de modo experimental, uma vez que depende fundamentalmente de recursos contextuais locais. Existem normas em relação ao trabalho das equipes tais como a tarefa de reconhecimento da

comunidade, a elaboração do diagnóstico de saúde local, as visitas domiciliares e a obrigatoriedade de preencher as informações solicitadas pelo SIAB. As normas, no entanto, não garantem que sua execução seja feita dentro dos padrões preconizados. A grande diversidade das condições locais, diferenças de concepção do que deva ser o objetivo do PSF, capacitação e supervisão insuficientes levam a que a implementação no município estudado apóie-se, muitas vezes, na improvisação. A “*aprendizagem sobre políticas*” aquela derivada do diagnóstico e a solução dos problemas de implementação (SABATIER,1999) ocorre principalmente em implementações de caráter experimental, como no caso estudado. (MATLAND,1995)

### **4.3 As atividades de coordenação e supervisão das equipes**

No que se refere à atividade de coordenação, os entrevistados sublinham dois pontos: o acúmulo de atividades e a informalidade do trabalho nos primeiros anos do PSF no município, em razão da não existência oficial do cargo ou mesmo da remuneração da função.

A atividade remunerada de coordenação passou a existir a partir do momento em que uma ex-secretária de saúde foi designada para a função. Esta, por sua vez, criou o cargo de supervisão das atividades de campo. Ambas as funções vêm sendo mantidas desde então. Um profissional que, atualmente, acompanha de perto o trabalho da coordenadora e da supervisora observa que elas trabalham como “*um colegiado*”, e que a supervisora atua como coordenadora nas áreas.

O trabalho de supervisão no PSF no município diz respeito ao funcionamento geral das suas unidades - ao trabalho de prevenção em saúde, à verificação das tarefas executadas pelos profissionais e às atividades burocráticas - e ocorre através de visitas diárias. Em média, a supervisora consegue visitar duas ou três por dia. Este trabalho não inclui o que ela chama de “*atividades técnicas*”, em função da sua formação profissional- é nutricionista. A atualização em relação aos problemas locais é feita através das conversas com os profissionais; não há uma rotina de reuniões pré-estabelecidas. As atividades incluem, ainda, uma verificação das fichas preenchidas

pelos agentes comunitários e o controle da frequência de todos os que trabalham na unidade, além da escalafão da equipe de apoio. Além disso, faz parte da rotina a elaboração diária de um relatório de atividades que é discutido com a coordenadora. Como resume um entrevistado, a preocupação central da supervisora é com o processo de trabalho.

A supervisora vê-se como um “*elo de ligação*” entre as equipes e a coordenação. Em sua opinião, o trabalho da coordenadora é “*pesado*” porque é sobrecarregado de atividades burocráticas:

*Reclamações, o prefeito mandou, a empresa, é uma coisa impressionante. (...) É respondendo processo, é o Ministério, o estado manda... (...), , às vezes, eu a ajudo a responder [ às demandas] e você vê como é uma coisa impressionante.( TM 3)*

A coordenadora, por sua vez, acrescenta um outro lado da questão: a pressão da comunidade e a pressão política.

*A cobrança da comunidade, que quer o médico vinte e quatro horas (...).*

*Já recebi muitas reclamações de vereador, principalmente por conta de uma equipe trabalhar em dois lugares; do prefeito, não. O prefeito reclama muito de estrutura física. E eu digo que estrutura física depende mais dele do que de mim. E ele realmente tem estado muito atento apara isso. ( T M 2)*

Quanto às atribuições da coordenação no Programa, algumas dificuldades relacionadas à compreensão do papel são evidenciadas.

*Isso na minha cabeça é um pouco confuso. É confuso por quê? Porque ao mesmo tempo eu gosto de estar observando, de ir lá nas áreas, de estar junto, de sentar e conversar com cada um, de estar na unidade, eu também tenho toda aquela papelada pra responder, toda aquela parte burocrática;[ além disso] eu tenho que estar olhando o SIAB. ( TM 2)*

A supervisora, que acumula o cargo de coordenadora de outro programa, vê as atividades de coordenação e supervisão como “muito ligadas”, mas sua experiência em ambas funções permite que ela avalie a de supervisora como “*mais fácil*”.

O acúmulo de atividades é grande, e a técnica tenta transformar essa situação em oportunidade de interligação entre atividades de programas distintos. Ela, que trabalha no PSF e no PAISMCA, explica em que medida isto ocorre:

*Por exemplo, às vezes eu tenho que estar aqui no PSF, à vezes eu tenho que estar numa reunião,( ...) algumas vezes, complica. E eu atendo ainda lá no posto, ainda distribuo leite...então é lá que eu descubro que as gestantes estão sem cartão [da gestante], entendeu? Lá é que eu descubro como é que elas estão sendo atendidas..... Por exemplo, minhas aconselhadoras [ para o exame de HIV, desenvolvido pelo PAISMCA ] são enfermeiras do PSF; então eu estou falando com elas, ao mesmo tempo, várias coisas, então, às vezes, é difícil, porque embola tudo na minha cabeça, mas eu tento fazer isso, sempre ligar uma coisa com a outra. Há momentos em que realmente fica difícil. ( TM 3)*

Para a secretária municipal de saúde, a questão da ampliação da cobertura à população pode ser percebida através do impacto alcançado nos três anos de implementação do PSF no município, conforme as citações abaixo:

*Nós já temos dezoito mil pessoas cadastradas. O atendimento depois da existência do PSF aumentou barbaridade, porque nesse primeiro momento PSF (...) não vai trazer prevenção.(...), aumenta a demanda em tudo, até em alta complexidade.*

*A gente está horizontalizando os programas; sempre vai haver a conexão com o PSF, que é bem abrangente (...) O Sisvan, por exemplo, está dentro do PSF; a Saúde Mental já estou colocando junto. Hanseníase e tuberculose já estão (...) o programa dos idosos já está em convergência.*

Conforme o preconizado por suas diretrizes, o programa, no plano local, deveria contar com: planejamento detalhado; recursos humanos adequadamente

dimensionados, contratados e alocados; processo de educação permanente bem definido e praticado; acompanhamento e suporte da SES bem estruturados - supervisão regionalizada, capacitações específicas e educação permanente.

O programa também preconiza o envolvimento de seus grupos-alvo. No entanto, observa-se que a estratégia de entrada no campo foi formulada sem a participação dos referidos grupos. Não houve a preocupação de expor à comunidade as características do PSF, sua forma de funcionamento e o papel a ser desempenhado pelos diferentes profissionais no programa, como preconizado. Dentro da lógica de um programa descentralizado, a tarefa de “valorizar a família e seu espaço social como núcleo privilegiado de atenção do serviço de saúde” é atribuição municipal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001:13)

Além disso, a implementação do PSF tem como pressuposto o bom funcionamento dos pólos de capacitação, para que os recursos humanos do programa contem com aporte teórico e metodológico adequado na abordagem da população. Sabe-se, entretanto, que os pólos variam não só em relação à cobertura das áreas (existem grandes estados com poucos pólos, e pequenos com muitos pólos), como na qualidade do trabalho desenvolvido, inicialmente pensado para possibilitar o desenvolvimento do planejamento local. Uma crítica feita aos pólos é que eles desenvolvem seus trabalhos de forma burocratizada ou excessivamente permeada por disputas políticas locais, o que impede o bom cumprimento da sua função. (TE 3)

#### **4.4. Integração entre ações e articulações entre programas**

A integralidade na assistência supõe a organização das ações de saúde de modo contínuo e concatenado. Isso implica que a integração possa ser vista por vários ângulos. É possível estudar como se constrói a teia de relações entre os profissionais de um mesmo programa; a articulação entre programas, ou, ainda, a articulação entre as várias instâncias de governo, cada qual exercendo seu papel tipificado, compondo um painel da operacionalização do princípio da integralidade.

A lógica que orienta a implementação dos outros programas da SES e a lógica de implementação do PSF entram, muitas vezes, em contradição, resultando em conflitos e ambigüidades.

Os programas, por força da estrutura da Atenção Básica, devem articular-se ao PSF, eixo definidor do modelo de atenção. Essa diretriz é claramente compreendida no contexto municipal. No dizer de uma entrevistada, o objetivo do trabalho de integração seria “(...) *horizontalizar os programas dentro do PSF*” ( TM 5)

O processo de articulação do PSF com outros programas difere. Nem sempre ele ocorre de modo satisfatório. Não foi possível identificar, no caso do programa de DST/AIDS, esta integração

*A gente tem que estar todo mundo junto para poder fazer funcionar, senão...É todo mundo lutando pelo meio ... pela mesma coisa que é a saúde do município, e está todo mundo separado, todo mundo solto, então tem que centralizar isso, descentralizar as ações mas centralizar essas reuniões para a gente poder estar resolvendo a dificuldade um do outro. ( TM 7)*

O médico responsável pela coordenação da área de Saúde Coletiva do município analisa a situação de outro ângulo. Perguntado pela articulação entre os programas sob sua responsabilidade com o PSF, diz que esta é “*tranqüila*”, a não ser

*Nas equipes dos médicos que não tem perfil; aí já é uma coisa um pouquinho mais difícil, entendeu? (...) A gente acaba fazendo junto, se não faz com os médicos, a gente faz com os enfermeiros, os auxiliares estão em contato com a gente, fulano apareceu aqui, da hanseníase, está faltando isso, a gente vai lá; a Saúde Coletiva vai até o PSF. ( TM 1)*

É no plano da integração das ações *dentro* do PSF que os conflitos aparecem mais claramente.

O estado do Rio de Janeiro está dividido, segundo critérios da SES, em nove áreas, cada uma com um número variável de municípios. Para acompanhar o processo de implementação do PSF em cada região, eram destacados dois supervisores. Alguns

entrevistados consideram que, em função da estrutura organizacional da secretaria e falta de recursos para as ações, havia poucas possibilidades da SES exercer um papel de acompanhamento efetivo.

A SES não possui uma estrutura descentralizada. A região norte, por exemplo, fica a seis horas de distância do município do Rio de Janeiro. A existência de sedes regionais facilitaria a supervisão dos municípios, com economia de recursos utilizados em deslocamentos e diárias.

Outro fator que impedia concretamente a atuação dos técnicos que faziam supervisão nas áreas era o grande número de denúncias que chegavam à SES oriundas de Secretarias Municipais de Saúde e da população, a respeito do não cumprimento da jornada de trabalho de quarenta horas semanais pelos médicos.

*Perdia-se muito tempo fazendo averiguação de denúncias sem que pudéssemos, efetivamente, fazer nada. O papel do estado talvez ficasse muito nessa de investigar denúncias ,porque a quantidade de denúncias... O Ministério da Saúde e o Ministério Público mandavam averiguar e você era obrigado a averiguar. Isso era o que mais gerava visitas [aos municípios]. (TE 2)*

O volume de denúncias ao Ministério Público é um exemplo de problemas não antecipados que surgem durante a implementação de políticas e programas, como lembram SILVA e MELO (2000).

A articulação entre as instâncias municipal e estadual também foi referida. Observa-se que, embora a responsabilidade atribuída à SES seja, entre outras, a de acompanhar a implantação e execução das ações de Atenção Básica - no caso, o PSF - seu papel é percebido como o de uma instância que é acionada quando a coordenação local precisa “*tirar uma dívida*”.

Segundo a coordenadora do programa, quando ela assumiu a coordenação, a SES não lhe deu qualquer suporte, mas ela tampouco havia solicitado isso.

*Eu acho até que ... daria se eu solicitasse, mas o erro foi meu, não ter solicitado(...)*

*Porque eu fui entrando, as coisas vinham e eu ia resolvendo, até que um dia a supervisora do nível estadual ligou e falou: ‘está acontecendo um problema aqui no seu SIAB (...) qualquer coisa, v. liga para perguntar, se tiver alguma dúvida’. Foi quando eu vi que isso era possível, entendeu? (...) Porque quando eu trabalhava em [em outro município, em outro programa] a supervisão do outro programa não era para te ajudar, era só pra te apontar, entendeu, a do PSF não, é de acompanhar. (...)*

*Para X [a supervisora], eu ligo quando estou com dúvida (...) ‘ Posso fazer isso? Posso fazer aquilo? ’ eu ligo para X nestes casos de dúvida; agora, em decisões assim ... contratação, demissão, eu decido. (TM 2)*

Quando perguntada se sua opinião sobre a supervisão era mais positiva ou negativa, deu duas informações: a primeira, de que o que vale a pena é ser atendido pelos supervisores de sua própria área. Os supervisores de outras áreas limitam - se a dar informações enquanto seus supervisores são “*muito abertos e sinceros*” e sugerem formas de equacionar os problemas. E que no caso específico de sua área, gostou muito da supervisão feita pelos técnicos da secretaria, que apontaram muitos problemas de infra-estrutura, relativos à localização das unidades do PSF no município, coincidindo com suas próprias preocupações em relação ao programa.

Outra entrevistada corrobora a idéia de que a relação com a Secretaria Estadual de Saúde se dá através do atendimento às demandas, acrescentando que esperava dela uma postura propositiva.

*[A Secretaria Estadual de Saúde] dá algum suporte. A Secretaria só vem aqui no município se a gente chamar. A coordenadora esteve lá por esses dias, pediu para eles virem aqui, vão marcar uma data para vir (...) eles dão o suporte mas a gente tem que solicitar, tem que pedir, tem que ir lá, até mesmo pela questão do SIAB; às vezes vai algum dado, alguma coisa errada e aí a gente tem que estar entrando em contato. Mas (...) eu estava falando, por exemplo, da capacitação, que fica por conta da Secretaria; até hoje, essa capacitação não saiu, então, na verdade, (...) quando a gente (...) quiser montar uma capacitação aqui, a gente vai ter que montar sozinha, como a gente vai fazer a [capacitação] de agente agora.*

*[ A SES ] cobra muito pouco, cobra mais em relação aos dados. Acho que é pelo fato de eles não virem, não verem o que está acontecendo, eles só vêem o que está escrito (TM 3).*

A articulação entre as ações de vários programas dentro da lógica de organização do PSF implica na adequação de diferentes concepções de como lidar com necessidades de saúde. Em um contexto em que o PSF possui uma capacidade muito maior que os programas tradicionais da Atenção Básica de mobilizar a população e acompanhá-la.

Os coordenadores de programas tendem a valorizar as suas ações como imprescindíveis, o que torna necessário a existência de uma diretriz geral que hierarquize essas ações e permita que sua articulação com o PSF resulte eficiente e eficaz.

*Eu vivi isso no [trabalho desenvolvido no] Estado e no Município [do Rio de Janeiro], e era muito difícil, porque aquele que está lá no Programa X quer que a ação dele seja prioritária. Isso é uma contradição, porque um dos grandes princípios da ESF é o planejamento local. É aquela realidade, é aquela comunidade que, junto com a equipe, obviamente, vai definir as suas necessidades. (TE 1)*

Existe uma incompatibilidade entre pensar a saúde através de programas verticalizados e pensá-la a partir da família, núcleo estranho à lógica anterior. A existência deste conflito está muito presente na perspectiva do técnico estadual, uma vez que a articulação entre programas é competência estadual.

Como num primeiro momento a Secretaria Estadual de Saúde priorizou a implementação do PSF, tal atitude resultou na sua posição de destaque frente aos programas tradicionais. Essa condução, no entanto, deveria ser limitada, sob pena de desqualificar, na prática, a idéia de que os outros programas da Atenção Básica também são importantes.

## **4.5 A análise dos dados e o modelo Ambigüidade-Conflito**

A análise da implementação do PSF identificou alguns pontos em torno dos quais concentram-se os problemas locais, sintetizados a seguir:

### **Condições de implementação:**

As ações não puderam seguir, de forma satisfatória, as normas preconizadas. A SES não logrou estabelecer um processo de acompanhamento do município que suprisse suas necessidades em termos de capacitação e orientações mais gerais; seu potencial era utilizado “para tirar dúvidas”. Persistem dúvidas em relação a quais são os objetivos do programa; teme-se que ele “se transforme em ambulatório”. Existe dificuldade por parte dos técnicos no manejo e preenchimento do SIAB. A implementação no município desenvolveu-se através de decisões locais dominadas pela incerteza (que resultam em ações improvisadas) e pela ambigüidade ( que ação desenvolver, em um conjunto de ações passíveis de desenvolvimento?).

Há um foco permanente de tensão entre critérios técnicos e políticos de implementação. Os técnicos manifestam a necessidade de estar alertas para que os políticos não subordinem os objetivos do programa a desígnios de visibilidade política e eleitoral.

### **Situação dos recursos humanos:**

Os implementadores locais (os *street-level professionals*), ressentem-se de apoio para resolver os problemas suscitados pela implementação, e consideram falho o processo de capacitação dos técnicos e agentes de saúde. O perfil dos profissionais médicos não os capacita a desempenhar suas funções de forma proativa no programa. A seleção e contratação de médicos pauta-se muitas vezes em mecanismos informais e temporários. Escassez e rotatividade caracterizam a situação dos recursos humanos locais. A instituição do *day off*, também conhecido com “complementação de salário” constitui o principal mecanismo de fixação dos técnicos no município.

### **Supervisão e coordenação das equipes:**

As atividades de coordenação e supervisão das equipes são pautadas no desenvolvimento de atividades burocráticas e em tarefas de controle das ações dos técnicos e agentes. No desempenho destas funções estão presentes questionamentos sobre quais são os objetivos do PSF e quais as ações cabíveis aos cargos de coordenação e supervisão. O trabalho é guiado pelo bom senso, quando necessário, pela improvisação.

### **Articulação entre ações e entre programas**

A estrutura centralizada da SES não favorece o trabalho de supervisão do programa; a investigação de denúncias sobre a carga horária dos médicos é, no período estudado, a atividade que mais ocupava os técnicos da SES. Na prática, por funcionarem dentro de lógicas diferentes, os programas tradicionais, verticalizados, tem dificuldade de se articular ao PSF.

A idéia de integração entre programas é identificada como a atividade desempenhada pelo técnico que participa de dois programas e, assim, tem condições de informar e orientar dois grupos distintos em tarefas comuns, ou verificar o andamento de um programa através de informações obtidas em outro. A integração também é vista como algo que se desenvolve a partir de contatos pessoais entre técnicos do nível central do município e aqueles que estão disponíveis para “se integrar”.

A proeminência do programa, que vem sendo tratado como estratégia para a mudança do modelo assistencial, é vista como potencialmente problemática, uma vez que, na prática, dilui a importância de outros programas da Atenção Básica nos sistemas de saúde municipais.

#### **4.5.1 A pertinência do modelo**

A análise das entrevistas permite afirmar que a categoria ambigüidade, tomada em seu sentido mais geral – a de situação que ocorre quando existem muitas alternativas ou possibilidades para pensar as mesmas circunstâncias ou fenômenos – possui grande força explicativa no contexto estudado. Ela decorre da característica híbrida do modelo de implementação no município, que em grande parte do seu

desenvolvimento pode ser considerado do tipo experimental. De acordo com circunstâncias específicas, no entanto, o processo assume características da implementação administrativa e/ou política, ocorrendo uma imbricação entre os tipos de implementação discutidos teoricamente.

Inicialmente, a racionalidade típica da implementação administrativa caracterizou o processo, uma vez que o objetivo do governo estadual era levar o programa a muitas realidades municipais. Nesse momento, há um cenário de concordância entre os governos locais e o estadual quanto à operacionalização do programa e ao estabelecimento de metas mínimas a serem alcançadas.

A inflexão da implementação em um novo sentido - o da implementação política - coincidiu com o início de um novo governo estadual e de novas orientações na política estadual de saúde. Nesse período, há forte influência do contexto político, que utiliza mecanismos de coerção - desqualificação de equipes - e incentivos - financeiros - para viabilizar o processo.

Existem indicações de que uma política ou programa necessitam de um longo período de existência- de dez a vinte anos- para que possam ser corretamente avaliadas. Sabe-se que o tempo da política nem sempre compatibiliza-se com o tempo da implementação de programas sociais que, muitas vezes, pelo menos no Brasil, não ultrapassam o período de um mandato presidencial. No entanto, supõe-se que os programas vão funcionar em ambientes estáveis e que haveria uma concordância em relação ao mecanismos normativos utilizados. Quando a política chega ao nível estadual, como foi o caso do Rio de Janeiro, o caráter político da implementação se acentuou, uma vez que o critério utilizado para a implementação do PSF foi a adesão do município segundo critérios de identidade política entre prefeitos e governador.

Ao mesmo tempo, a SES não possuía - e não possui até agora - capacidade operativa que lhe permitisse desenvolver adequadamente o trabalho de acompanhamento e supervisão dos municípios. Faltava-lhe estrutura física, equipamentos, recursos humanos, possibilidade de descentralizar as ações. A SES replicava, em ponto maior, a estrutura das Secretarias Municipais de Saúde. Na prática, o município analisado se viu abandonado à própria autonomia. A situação da SES, o nível de capacitação técnica do município, relativamente pouco desenvolvido, aliado à

baixa capacidade dos implementadores em transformar aprendizado pessoal em aprendizado institucional, empurraram a implementação em direção ao tipo experimental.

A utilização de um modelo ajuda a entender os processos empíricos, pois mesmo quando ele não se *encaixa* na realidade, oferece pistas para que se possa distinguir as nuances do processo. Pela própria dimensão e características políticas, culturais e econômicas do país, com seus 5564 municípios, toda política nacional tende a partir de uma perspectiva administrativa, ainda que vá se modificando substantivamente quando chega aos níveis subnacionais.

As vantagens de utilização do modelo Ambigüidade - Conflito residem principalmente i) na possibilidade oferecida de identificação e caracterização do(s) tipo(s) de implementação que pode(m) vigorar em cada etapa do processo, e ii) na oportunidade, decorrente desta capacidade inicial, de utilizar novos critérios para analisar processos de implementação.

Em relação ao primeiro item, o modelo fornece ao implementador um aparato conceitual mínimo que, desdobrado em tipos de implementação, constitui um aporte heurístico capaz de fornecer inteligibilidade a uma grande massa de fatos que ocorrem simultaneamente e, muitas vezes, de forma descoordenada e confusa ao observador externo.

Em relação ao segundo item, é preciso considerar como a atividade de implementação de políticas é vista. Faz parte da *episteme* tradicional dos processos de implementação pensá-los como fluxos de informação ordenados que são *inseridos* em dada realidade ou, na melhor das hipóteses, fluxos de informação que, *inseridos* em dada realidade, fornecem, através da análise de suas discrepâncias e incoerências, elementos suficientes para a promoção de ações que promovam *correções de rota*. A crítica a este processo aponta a presunção subjacente de que ambientes de implementação são estáveis, legitimados politicamente, e que os recursos disponíveis são abundantes, exprimindo-se através de regras claras e coordenação eficiente. (Silva e Melo, 2000).

As coordenadas deste *modus operandi* identificam-se claramente com o tipo de

implementação administrativa proposto por Matland. Os outros tipos de implementação chamam a atenção para aspectos contingentes do processo: as características locais, a ambigüidade de objetivos e dos meios para obtê-los, a influência das relações de poder, entre outros.

#### NOTAS

<sup>1</sup> O documento PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA considera o Programa de Agentes Comunitários de Saúde *a primeira etapa da implantação* do Programa Saúde da Família (MS,2001:5). VIANA e DAL POZ (1998), ao contrário, ressaltam que o programa foi criado em uma reunião ocorrida em 27 e 28 de dezembro de 1993, em Brasília, convocada pelo gabinete do Ministro da Saúde (Henrique Santillo).

*“Esta reunião foi uma resposta do Ministério a uma demanda de secretários municipais de saúde que queriam apoio financeiro para efetuar mudanças na forma de operação da rede básica de saúde ( expansão do programas dos agentes para outros tipos de profissional)”*( VIANA e DAL POZ,1998: 9)

Na análise destes autores, no período entre 1991 e 1993, o Ministério da Saúde expandiu experiências localizadas do PACS, que havia sido formulado, inicialmente, com o objetivo de combater a mortalidade infantil e materna em áreas críticas das regiões Norte e Nordeste. A novidade do PACS foi deslocar o eixo da ação programática do indivíduo para a família, no que foi seguido pelo PSF. No entanto, o escopo definido para o PSF é, sem dúvida, mais abrangente, o que o transforma num novo programa.

VIANA e DAL POZ, em direção diferente do documento programático do PSF citado acima, apresentam o PACS como *antecessor* do PSF.

Do ponto de vista da análise de políticas, a diferença na forma de abordar o PACS é exemplar como ilustração da idéia de que políticas e programas são, essencialmente, criação e experimentação social (SILVA e MELO, 2000). Ao abordar a origem do PSF, o texto programático estabelece uma relação entre os programas construída, em verdade, *a posteriori*

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo principal desse estudo foi analisar a adequação e as possibilidades heurísticas do Modelo Ambigüidade – Conflito, tomando como exemplo a análise da implementação de um programa social - o Programa Saúde da Família - num município de pequeno porte do Estado do Rio de Janeiro. A escolha ancorou-se na idéia de que estudos de implementação permanecem importantes para a compreensão de um momento crucial do ciclo de vida das políticas e programas.

Para empreender este trabalho apresentei no primeiro capítulo a evolução do campo da análise de políticas, especificando algumas características da produção norte-americana e brasileira. Ressaltei o fato de que nos últimos quinze ou vinte anos a área de estudos de implementação tem sido obscurecida por estudos que privilegiam outros temas de análise: - avaliação, inovação gerencial e regulação (SCHOFIELD E SAUSMAN, 2004)- ou, outras dimensões de análise, como as coalizões de defesa ( SABATIER, 1999) ou as correntes da política (KINGDON, 1995).

Ratifiquei, neste cenário, a importância de estudos de implementação, que nunca saíram de cena e têm sofrido um processo recente de revalorização (SCHOFIELD E SAUSMAN, op. cit). Finalizo o capítulo com a apresentação do modelo Ambigüidade-Conflito, de RICHARD MATLAND, que serviu de base à análise do material empírico, enfatizando seu caráter sintético e alcance.

A perspectiva adotada no primeiro capítulo e no conjunto do trabalho concorda com o ponto de vista de SILVA e MELO (2000), que defendem o privilegiamento dos estudos de implementação argumentando que o contexto institucional e organizacional brasileiro, *complexo e com “ forte diferenciação funcional e problemas de coordenação e cooperação governamental”* demonstram a utilidade dos estudos de implementação, Problemas de implementação são os principais responsáveis pela explicação do insucesso de políticas, e motivos para sua interrupção. Estão, portanto, no centro da discussão *“ sobre a eficiência e eficácia da ação governamental.”* ( SILVA E MELO, 2000:3)

A apresentação do delineamento da pesquisa foi feita no capítulo 2, que contém uma discussão sobre o que são modelos, descrevendo teoricamente seu estatuto e apontando suas possibilidades e limites como recurso de interpretação da realidade social.

A concordância com a idéia apresentada por SILVA E MELO (2000), de que problemas de coordenação e cooperação governamental constituem o pano de fundo de problemas de implementação forneceu a base da argumentação do terceiro capítulo. Nele, procuro mostrar que as relações intergovernamentais são estruturalmente ambíguas, com conseqüências para o campo das políticas. O primeiro e maior exemplo desta ambigüidade está contida na Constituição Federal de 1988 que estabelece a existência de competências comuns e concorrentes entre os entes federados. Neste capítulo apresentei, de forma sucinta, a história da construção do Programa Saúde da Família no Brasil.

O quarto capítulo foi dedicado a análise dos achados empíricos decorrentes do processo de implementação do PSF em um município de pequeno porte do estado do Rio de Janeiro. Apliquei o modelo Ambigüidade- Conflito na análise dos dados, concluindo pela sua validade como ferramenta de estudo em processos de implementação.

A aplicação do modelo de Matland mostra que existe um hibridismo em relação ao modelo de implementação. O processo se inicia dentro de uma perspectiva administrativa, exercida de forma *top-down*. As diretrizes do PSF são definidas pelo nível federal, em uma política indutora que procura se efetivar por meio de um conjunto de normas, objetivos, recursos, procedimentos, além de mecanismos de financiamento, avaliação e monitoramento padronizados. No entanto, vimos que as diretrizes, ao serem seguidas, pelos outros entes federativos, começam a passar por outros crivos, determinados pelos contextos locais, que redundam em ambigüidade e conflito.

No ciclo de vida das políticas / programas, a fase de implementação constitui uma etapa do processo marcada por ambigüidades e conflitos. As análises que enfatizam apenas os aspectos racionais e normativos não conseguem apreender a dinâmica própria dos processos de implementação, dentro da lógica política, cultural, social e gerencial dos contextos locais.

Como propõe o modelo, a ambigüidade nem sempre significa característica negativa; no caso do município estudado as interpretações e iniciativas desenvolvidas no decorrer do processo de implementação, diferentes dos objetivos iniciais do programa, -como no caso dos recursos humanos-, permitiu a adesão dos profissionais ao programa.

A ação dos gestores e profissionais não pode, conclui-se, deixar de ser marcada por ambigüidade, diante das várias alternativas ou possibilidades de ação, nas circunstâncias e limites locais. Os mecanismos de tentativa e erro estiveram presentes como uma ferramenta de aprendizado. As improvisações e soluções criadas em função de uma situação de ambigüidade, de qualquer forma, fizeram com que os implementadores do PSF no município estudado conseguissem “converter a promessa do Estado em produto”, ressaltando-se que as fórmulas para a consecução de objetivos não são automáticas. A despeito de todas as dificuldades o programa é implementado: “algo ocorre aos implementadores, capacitando-os a operacionalizá-lo” (SCHOFIELD, 2004: 283-284).

Do ponto de vista dos objetivos e metas do programa no nível local, observou-se que, depois de um primeiro momento de discussão com o município, a SES não pode sustentar o trabalho de acompanhamento constante. Seu papel foi reduzido ao controle do preenchimento dos dados do sistema de informação, o que mostra a falta de integração entre estado e municípios.

Tal situação caracteriza uma ambigüidade quanto aos objetivos da política - entre o que é estabelecido pelas diretrizes do Ministério da Saúde enquanto atribuições dos vários entes federativos e o que efetivamente é feito, diante das condições e limites dos contextos locais. E também uma ambigüidade quanto aos meios de obter resultados desejados, uma vez que fica claro que as instâncias subnacionais estão pouco aparelhadas para exercer seu papel.

A incapacidade dos municípios implementarem satisfatoriamente o programa ou ampliar a cobertura se expressa em várias dimensões da implementação, como a dificuldade de manter os profissionais sob contrato formal, o que por sua vez está na origem de várias “jeitos” ou “soluções”, como por exemplo, o não cumprimento da carga horária.

A falta de normas e de legislação adequadas à manutenção dos recursos humanos especializados talvez seja o exemplo mais claro do que Matland denomina ambigüidade de meios. Neste caso, a política, materializada no programa, faltavam meios concretos de promover uma implementação adequada com os recursos humanos envolvidos. Ainda assim, isso não constituiu impedimento para sua execução. Implementou-se *apesar de*, o que aumenta o clima de ambigüidade que cerca o programa. A instituição do *day-off* no município estudado aparece como uma resposta possível a uma deficiência estrutural do programa. Em outras palavras o problema não se origina no município, apenas torna-se visível no município. Por outro lado, tal situação confirma duas idéias.

A primeira, a tese dos *bottom – uppers* de que contextos locais superpõem-se às regras originadas no nível central. A segunda: políticas e programas são *construídos*, a partir não só do cumprimento de tarefas pré-determinadas, mas também do aprendizado acumulado pelas redes de atores responsáveis pela implementação. Qualquer política ou programa devem ser vistos não como *a* saída possível para um problema social, mas como *uma* saída possível.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**Arretche, Marta** (2004) Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. IV Encontro da Associação Brasileira de Ciência Política. 21-24/07/2004. Rio de Janeiro.

\_\_\_\_\_ (2003) Dossiê Agenda de Pesquisa em Políticas Públicas RBCS, vol. 18, Nº 51 fevereiro.

\_\_\_\_\_ (2000) Estado Federativo e Políticas Sociais: determinantes da descentralização – Rio de Janeiro: Revan, São Paulo: FAPESP.

**Brasil. Ministério da Saúde** (2006) Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão. Brasília.

**Brasil. Ministério da Saúde** (2005). Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica e Saúde da Família. <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>. Acesso em 31.12.2005.

**Brasil. Ministério da Saúde** (2001) Secretaria de Assistência à Saúde. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a Descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01. Brasília,. (Série Normas e Manuais Técnicos, n.116).

**Brasil. Ministério da Saúde** (2001) – Programa de Saúde da Família. Secretaria Executiva. Brasília.

- Brasil. Ministério da Saúde** (2000) Secretaria de Assistência à Saúde. Avaliação da Implementação e Funcionamento do Programa de Saúde da Família. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde** (1999) Manual para a organização da Atenção Básica/Secretaria de Assistência à Saúde. 3ed. Brasília.
- CLAD** (1998) A new public management for Latin America. mimeo
- Cline, Kurt D.** (2000).Defining implementation problem: organization management versus cooperation. J – PART 10:3; 551 – 571.
- Cohen, Michael; March, James D.; Olsen, Johan P.** (1972) A Garbage Can Model of Organizational Choice. Administrative Science Quarterly, vol 17, number 1, march, 1-25.
- Cohn, Amélia e Elias, Paulo Eduardo** (2005) (orgs) Descentralização e Saúde no Estado de São Paulo: as articulações entre as esferas de governo. São Paulo, CEDEC.
- Costa, Nilson do Rosário** (2001) A descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva, in Barjas Negri, Geraldo di Giovanni (orgs). Brasil: Radiografia da Saúde. São Paulo, Campinas, UNICAMP/IE.
- Costa, Valeriano** (2004) Federalismo: as relações intergovernamentais. In: Lucia, Avelar e Antonio Olávio Cintra (orgs). Rio de Janeiro. Fundação Konrad-Adenauer-Stiftung. São Paulo, Fundação UNESP. Ed.
- Da Matta, Roberto** (1979) Carnavais, malandros e heróis. Rio de Janeiro. Zahar.
- DeLeon, Peter** (1999a) The missing link revisited: Contemporary Implementation Research. *Policy Studies Review*, Fall/Winter 16:3/4, 311-338.

- \_\_\_\_\_ (1999 b) The stages Approach to the Polic process: Wath Has It Done? Where Is It Going? in Paul Sabatier (ed) . Theories of the Policy Process. Boulder, CO. Westview
- Ellison, Brian A.** (1998) The Advocacy Coalition Framework and Implementation of the Endangered Species Act: A Case Study in Western Water Politics. *Policy Studies Journal*, vol 26, nº1 (11-29)
- Faria, Carlos Aurélio P** (2003) Idéias, conhecimento e políticas públicas: um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. RBCS Vol 18 no 51 fevereiro 21 – 30
- Frey, Klaus** (2000) Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. Planejamento e Políticas Públicas nº 21
- Friedberg, Erhard** (1993) Le pouvoir et la règle. Dynamiques de l'action organisée. Paris, Édition du Seuil.
- Goulart, Flávio** (2002) Experiências em saúde da família: cada caso é um caso? Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública.
- Governo do Estado do Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Saúde** (2006) Subsecretaria de Desenvolvimento do Sistema de Saúde- Plano Diretor de Investimentos 2004/2005. Rio de Janeiro.
- Grindle, Merilee S** (1980) policy content and context in implementation ( in) Politics and Policy Implementation in the Third World. Princeton University Press, Princeton, New Jersey
- Hommes, Rudolf** (1995) Conflicts and dilemmas of decentralization. Annual Bank Conference of Development Economics. World Bank. Washington, Dc.

- Howlett, Michael** (1999) Rejoinder to Stuart Soroka, Policy Agenda Setting Theory Revisited: a Critique of Howlett on Downs, Baumgartner and Jones, and Kingdon. *Canadian Journal of Political Science*.XXXII:4 december, 773-779.
- Hill, Kim Q.** (1997) In search of policy theory. *Policy Currents*, April, 1- 9.
- Kaplan, Abraham** (1975) A conduta na pesquisa: metodologia para as ciências do comportamento. São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo, 2ª reimp.
- Kingdon, John** (1995) *Agendas, Alternatives and Public Policies* 2/ed., New York, NY, Harper Collins College Publishers
- Labra, Maria Eliana** (1999) Análise de políticas, modos de *policy – making* e intermediação de interesses: uma revisão. *PHYSIS, Ver. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 9(2):131- 166
- Lester, John P e Goggin, Malcolm L.** (1998) Back to the future: the rediscovery of implementation studies. *Policy Currents*, Vol.8, No.3, September, 1- 9.
- Lipsky, Michael** (1980) *Street level bureaucracy*. New York. Russell Sage Foundoution
- Levcovitz, Eduardo, Lima Luciene D; Machado, Cristiani V.** (2001) Políticas de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. *Ciências Saúde Coletiva*, vol. 6, n.21 p. 269-291
- Matland, Richard E** (1995) Synthesizing the implementation literature: The ambiguity – conflict model of policy implementation, *J – PART 5: 2:145 -174*
- Melo, Marcus A** (1999). “Estado, governo e políticas públicas *in* Sérgio Miceli (org.) O que ler na ciência social brasileira ( 1970-1995) vol3, *Ciência Política*, São Paulo / Brasília, Sumaré, Anpocs/ Capes.

- Meter, Donald S. Van; Horn, Carl E. Van** (1975) The policy implementation process: a conceptual framework. *Administration & Society*, vol 6, nº4 february, (445-488).
- Mintrom, Michael; Vergari, Sandra** (1996). Advocacy Coalitions, Policy Entrepreneurs, and Policy Change. *Policy Studies Journal*, vol 24, nº3 ,(420-434)
- Noronha, José C. de; Lima, Luciana D. de; Machado Cristiani V.** (2004) A gestão do Sistema Único de Saúde: características e tendencies. In: Saúde no Brasil – Contribuições para a agenda de prioridades de Pesquisa. Ministério da Saúde. Brasília . (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- O’Toole, Lawrence J** (2000) Research on policy implementation: assessment and prospects. J – PART 10:2: 263 – 268.
- Oliveira, Fabrício A e Biasoto Jr., Geraldo** (1999) Descentralização das Políticas Sociais no Brasil. In Descentralização das políticas sociais no Brasil. Marta Arretche, Vicente Rodriguez (Organizadores). São Paulo, FUNDAP; FAPESP.
- Perez, José Roberto R.** (2001) Avaliação do Processo de Implementação: algumas questões metodológicas. In: Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate. Elizath Melo Rico (organizadora). São Paulo, Cortez, 3a ed.
- Quivy, Raymond e Campenhoudt, Luc van.** (1992) Manual de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa, Gradiva,
- Sabatier, Paul A** (1986) Top-Down and Bottom-Up approaches to implementation research: a critical analysis and suggested synthesis. *Journal of Public Policy*,6,I, 21-48
- \_\_\_\_\_ (1999) The Need of Better Theories. in Paul Sabatier (ed) . Theories of the Policy Process. Boulder, CO, Westview .

**Sabatier, Paul A e Schlager, Edella** (2000) Les approches cognitives des politiques publiques : perspectives américaines. *Revue Française de science politique*. Volume 50, numéro 2, avril.

**Sabatier, Paul A; Jenkins- Smith, Hank C** (1999) The Advocacy Coalition Framework. in Paul Sabatier (ed) . *Theories of the Policy Process*. Boulder, CO, Westview.

**Sato, Hajime** (1999) The Advocacy Coalition Framework and the Policy Process Analysis: The Case of Smoking Control in Japan. *Policy Studies Journal*, vol 27, nº1. (28-44).

**Silva, Pedro Luiz Barros; Mello, Marcus André B** (2000). O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos. UNICAMP – NEPP, Caderno n. 48.

**Schofield, Jill** (2004) A model of learned implementation. Symposium on implementing public policy: learning from theory and practice. *Public Administration*, vol 82, n2 (283-308).

**Schofield, Jill; Sausman, Charlotte** (2004) Symposium on implementing public policy: learning from theory and practice. Introduction. *Public Administration*, vol 82, n2 (235-248).

**Souza, Celina.** (2003a). “Estado da arte” da área de políticas públicas: conceitos e principais tipologias. Versão preliminar. Paper apresentado ao XXVII Encontro anual da Associação nacional de pós – graduação e pesquisa em Ciências Sociais (ANPOCS). GT: Políticas Públicas. Caxambu, MG, 21-25 de outubro, 16p.

\_\_\_\_\_ (2003 b) “Estado do campo” da pesquisa em políticas públicas no Brasil. *RBCS* vol. 18 no 51 fevereiro , 7 p.

**Souza, Maria de Fátima** (2002) (organizadora) *Sinais Vermelhos do PSF*. São paulo. Hucitec.

**Skidmore, William** (1976) *Pensamento Teórico em Sociologia*. Rio de Janeiro, Zahar

**Winter, S.** (1999). New directions for implementation research. *Policy Currents*, Vol 8, No 4, January, 1 – 5.

**Tavares de Almeida, Maria Herminia** (1996) *Federalismo e Políticas Sociais* In: *Descentralização e Políticas Sociais*. Rui, B.A. Afonso e Pedro Luiz Barros Silva (orgs). São Paulo, FUNDAP, 1996.

\_\_\_\_\_ (2005) Recentralizando a federação?  
*Revista de Sociologia e Política* n 24, jun. Curitiba

**Tendler, Judith** (1998) *Bom governo nos trópicos: uma visão crítica*. Rio de Janeiro, Revam. Brasília, ENAP.

**Vaistman, Jeni, Farias, Luis Otávio** (2005) *Avaliação da Regionalização das Políticas de Saúde: um estudo dos municípios de pequeno porte no Estado do Rio de Janeiro*. Relatório de Pesquisa. Programa de Pesquisa Estratégica da FIOCRUZ.

**Viana, Ana Luiza** (1996) *Abordagens metodológicas em Políticas Públicas*. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro 30(2): 5-43, mar/abr .

\_\_\_\_\_ **e Dal Poz, Mário Roberto** (coord). (1998) *Reforma de Saúde no Brasil: Programa de Saúde da Família. Informe Final*. Rio de Janeiro, UERJ, IMS, 36p. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n.166)

**Zahariadis, Nikolaos** (1999) *Ambiguity, Time and Multiple Streams*. in Paul Sabatier (ed) . *Theories of the Policy Process*. Boulder, CO, Westview.

\_\_\_\_\_ (1998) Comparing three lenses of policy choice. *Policy Studies Journal*, vol 26, n.3 (434-448)