

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

Maique Berlote Martins

**A POLÍTICA PÚBLICA DO CONTROLE E DO CUIDADO:
Há efetividade na implementação da Estratégia de Saúde da Família em Santa
Maria/RS?**

Santa Maria/RS 2018.

Maique Berlote Martins

**A POLÍTICA PÚBLICA DO CONTROLE E DO CUIDADO:
Há efetividade na implementação da Estratégia de Saúde da Família em Santa
Maria/RS?**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, área de concentração em Instituições e Pensamento Político, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Ciências Sociais**.

Orientadora: Profa. Dra. Rosana Soares Campos

Santa Maria, RS.

2018

Martins, Maique Berlote

A política pública do controle e do cuidado: há efetividade na implementação da Estratégia de Saúde da Família em Santa Maria/RS? / Maique Berlote Martins.- 2018.

139 p.; 30 cm

Orientadora: Rosana Soares Campos

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, RS, 2018

1. Políticas Públicas 2. Implementação 3. Efetividade
4. Saúde da Família I. Campos, Rosana Soares II. Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

© 2018

Todos os direitos autorais reservados a Maique Berlote Martins. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte.

E-mail: maique-martins@hotmail.com

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências Sociais e Humanas
Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a
Dissertação de Mestrado

**A POLÍTICA PÚBLICA DO CONTROLE E DO CUIDADO:
Há efetividade na implementação da Estratégia de Saúde da Família em Santa
Maria/RS?**

Elaborada por
Maique Berlote Martins

Como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Ciências Sociais

COMISSÃO EXAMINADORA:


Professora Dra. Rosana Soares Campos (UFSM)
(Presidente/orientadora)


Professora Dra. Patrícia Rodrigues Chaves da Cunha (UFPEL)


Professora Dra. Monalisa Dias de Siqueira (UFSM)

Santa Maria, 26 de fevereiro de 2018.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as pessoas que buscam alguma forma de cuidado, seja por parte do Estado, da família, ou de si mesmas.

AGRADECIMENTOS

Para que esta pesquisa pudesse ser realizada, muitos sujeitos participaram de alguma forma da rede que atuou no seu delineamento e que inspiram o seguimento da caminhada. Pessoas que foram presentes e estiveram presentes nos momentos de construção, de trabalho, de dificuldade e alegria.

Às Agentes Comunitárias(os) de Saúde de Santa Maria, por acolherem esta pesquisa. Mais do que os “territórios”, com estas profissionais pude compreender o significado de cuidado, de vínculo e afeto, muito mais do que os objetivos científicos do trabalho planejavam.

À Professora Rosana Soares Campos, que soube orientar os rumos desta pesquisa, como muita sensibilidade e confiança. Foi muito importante poder contar com sua colaboração, desde a chegada em Santa Maria acreditou a esteve presente na construção de cada passo deste “menino” que tenta ser mestre. Mais do que aprendizados acadêmicos me mostrou o exemplo de professor/pesquisador humano que pretendo ser.

À minha mãe, meu pai e meu irmão, Marcos Vinícius, por serem exemplos que pulsam amor e me fazem ter coragem para enfrentar caminhos difíceis e pedregosos.

A família que a vida me deu e que foi exemplo de “família” que se ama e que se cuida, Daniele Gindri Camargo, Gabriela Fávero Alberti... ou melhor, a Dani, a Gabe, a Sofia e a Maria, eu amo vocês!

Ao irmão de caminhada, parceiro de desafios e responsável pelos momentos de “permita-se” que rechearam de alegria e afeto o meu caminho, Patrick Borges Ramires de Souza amigo das Ciências Sociais e da vida. Valeu muito Pétrick!

À Professora Monalisa Dias de Siqueira, que me conduziu durante a docência, me apresentou caminhos teóricos e que avalia este trabalho, a inspiração antropológica deste pesquisador “antropolítico”. Obrigado, pelo carinho e atenção de sempre.

À CAPES pela bolsa de pesquisa (2017-2018).

Ao Conselho Municipal de Saúde de Santa Maria, por ter recebido e auxiliado na execução desta pesquisa, apresentando os caminhos da atuação do controle social.

À Jane Silva dos Santos, secretária do PPGCS que me auxiliou e ajudou muito ao longo dos dois anos de mestrado, sempre dedicada e atenta a todos os detalhes de seu trabalho.

À Professora Patrícia Rodrigues Chaves da Cunha, por aceitar fazer parte da comissão avaliadora desta dissertação e contribuir com o refinamento do meu trabalho.

*Cê quer saber
Então vou te falar
Porque as pessoas sadias adoecem
Bem alimentadas ou não
Porque perecem?
Tudo está guardado na mente!
O que você quer nem sempre
Condiz com o que o outro sente
Eu tô falando é de atenção
Que dá colo ao coração
e faz marmanjo chorar
Se faltar
Um simples sorriso
Ou às vezes um olhar
E que se vem da pessoa errada
Não conta
A amizade é importante
Mas o amor escancara a tampa
E o que te faz feliz
Também provoca a dor
A cadência do surdo no coro que se forjou
E aliás, cá pra nós, até o mais desandado
Dá um tempo na função quando percebe que é amado
E as pessoas se olham e não se falam
Se esbarram na rua e se maltratam
Usam a desculpa de que nem cristo agradou
Falô, você vai querer mesmo se comparar com o senhor?*

Criolo – Ainda há tempo.

RESUMO

A POLÍTICA PÚBLICA DO CONTROLE E DO CUIDADO: HÁ EFETIVIDADE NA IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM SANTA MARIA/RS

AUTOR: MAIQUE BERLOTE MARTINS

ORIENTADORA: PROFA. DRA. ROSANA SOARES CAMPOS

Esta pesquisa versa sobre a implementação de políticas públicas de saúde, com olhar específico para a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Parte do problema de pesquisa “Como as ações realizadas na implementação podem afetar a efetividade da Estratégia de Saúde da Família, no município de Santa Maria/RS?”. A partir deste questionamento, a pesquisa tem o objetivo de analisar os fatores que afetam a efetividade na implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Santa Maria/RS. A ESF é o principal serviço da PNAB e compreende uma reorientação no modelo de trabalho, buscando a prevenção e promoção a saúde, ampliando o cuidado sobre o indivíduo, família e comunidade, sendo considerada gerencial aos demais níveis de atenção a saúde. A escolha por este município ocorreu devido a algumas especificidades encontradas na implementação da ESF, que iniciou em 2004, quando o município aderiu ao Proesf (Projeto de Expansão e consolidação da ESF) e em 2015 existiam apenas 16 equipes de ESFs implementadas, representando uma cobertura municipal de 22,94% do território, além disso, o processo de implementação da ESF neste município passou por períodos de descontinuidade e ruptura com a proposta da política. O delineamento desta pesquisa, de abordagem mista, predominantemente qualitativa, com método de base lógica indutivo analítico, parte do reconhecimento teórico do objeto, a partir dos conceitos de políticas públicas, implementação e efetividade, constrói um recorte histórico-político das políticas públicas de saúde no Brasil, partindo da Reforma Sanitária Brasileira, até a PNAB e no campo empírico analisa o processo de implementação da ESF em Santa Maria, por meio de análise de documentos produzidos ao longo dos 13 anos de funcionamento deste serviço, entrevistas-semiestruturadas com conselheiros de saúde e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), além de observação direta nas equipes de ESF implementadas. Os resultados apontam para uma implementação com muitas fragilidades, no que diz respeito ao planejamento da territorialização das equipes de ESF, ao cumprimento de diretrizes de trabalho estabelecidas na política pública, a práticas dos profissionais na comunidade e ao suporte institucional para os profissionais exercerem suas atividades, porém também, é possível perceber mudanças pontuais nas comunidades assistidas pela política, no que se refere a uma mudança de hábitos dos usuários com o cuidado a saúde. A pesquisa possibilitou perceber o “Estado em ação” (SOUZA, 2006), nas práticas de trabalho dos ACS que implementam a ESF e na existência de um serviço que exerce o ir e vir do cuidado a saúde no contexto social em que está inserido.

Palavras-chave: Políticas Públicas; Implementação; Efetividade; Saúde da Família.

ABSTRACT

PUBLIC POLICY OF CONTROL AND CARE: IS THERE EFFECTIVENESS IN THE IMPLEMENTATION OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY IN SANTA MARIA?

AUTHOR: MAIQUE BERLOTE MARTINS

ADVISOR: PROFA. DRA. ROSANA SOARES CAMPOS

This research is about the implementation of public health policies, with a specific look at the National Basic Care Policy (NBCP), starting with the research problem "How can implementation actions affect the effectiveness of the Family Health Strategy in the municipality of Santa Maria/RS?". Based on this questioning, this work aims to analyze the factors that affect the effectiveness in the implementation of the Family Health Strategy (FHS) in Santa Maria/RS. The FHS is the main service of NBCP and includes a reorientation in the work model, seeking prevention and health promotion, increasing care towards the individual, and also the family and community, being also considered managerial to the other levels of health care. The choice for this municipality occurred due to some specifications found in the implementation of the FHS, which began in 2004, when the municipality joined Proesf (Expansion and consolidation of FHS Project) and in 2015 there were only 16 teams of FHS implemented, representing a coverage of 22.94% of the municipal territory. In addition, the process of implementing the FHS in this municipality went through periods of discontinuity and rupture according to the policy proposal. The design of this research, of mixed approach, predominantly qualitative, with an analytical inductive logic base method, starts from the theoretical recognition of the object, based on the concepts of public policies, implementation and effectiveness. It builds a historical-political clipping of public health policies in Brazil, starting from the Brazilian Sanitary Reform, up to the NBCP and in the empirical field analyzes the process of implementing the FHS in Santa Maria, through analysis of documents produced over the 13 years of this service. Semi-structured interviews were performed with health counselors and Community Health Agents (CHA), in addition to direct observation in the FHS teams implemented do far. The results point at many weaknesses along the implementation, regarding the planning of the territorialisation of the FHS teams, the compliance with work guidelines established in the public policy, the practices of professionals in the community, and the institutional support for professionals to carry out their activities. Nevertheless it is also possible to perceive specific changes in the communities assisted by the policy, in what refers to a change of habits of the users concerning the health care. The research made possible to perceive the "State in action" (SOUZA, 2006) in the work practices of the CHA that implement the FHS, and the existence of a service that exercises the coming and going of health care in the social context in which it is inserted.

Keywords: Public Policies; Implementation; Effectiveness; Family Health.

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica.
ACS – Agentes comunitários de Saúde.
APS – Atenção primária a saúde.
ASB – Auxiliar de saúde bucal.
BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento.
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial.
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas.
CIS – Consórcio Intermunicipal de Saúde.
CMS – Conselho Municipal de Saúde.
CPI – Comissão Parlamentar de Inquérito.
CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento.
CUT – Central Única dos Trabalhadores.
EACS – Estratégia de agentes comunitários de Saúde.
ESF – Estratégia de Saúde da Família.
IAP – Instituto das aposentadorias e Pensões.
INAMPS – Instituto Nacional da Previdência Médica Social
INPS – Instituto Nacional da Previdência Social.
MPT – Ministério Público do Trabalho.
MS – Ministério da Saúde.
NOAS – Norma de Assistência a Saúde.
NOB – Norma Operacional Básica.
PAB – Piso de Atenção Básica.
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
PAS – Plano anual de Saúde.
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica.
PSF – Programa Saúde da Família.
RAG – Relatório Anual de Gestão.
SUS – Sistema Único de Saúde.
UBS – Unidade Básica de Saúde.
VD – Visita Domiciliar.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Processo de desenvolvimento da pesquisa.....	21
Figura 2 – Ciclo de políticas públicas.....	36
Figura 3 – A diferença dos sistemas piramidais e hierárquicos para a RAS.....	61

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 – Unidades de Atenção Básica de Santa Maria.....	82
Mapa 2 – As equipes de ESF pesquisadas.....	97

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Documentos utilizados na pesquisa documental.....	23
Quadro 2 – Conselheiras(os) de saúde entrevistadas.....	25
Quadro 3 – ACS entrevistadas.....	25
Quadro 4 – Tipos de políticas públicas.....	34
Quadro 5 – Mudanças constitucionais da descentralização.....	55
Quadro 6 – Normas Operacionais Básicas do SUS.....	59
Quadro 7 – Atributos dos profissionais da ESF.....	64
Quadro 8 – Aspectos diferenciais no modelo de atenção.....	76
Quadro 9 – Atributos das equipes de ESF visitadas.....	99

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Composição do CMS de Santa Maria.....	73
Tabela 2 – Acumulado do PAB em Santa Maria – 2008 a 2012.....	89
Tabela 3 – Resoluções do CMS – 2012 a 2016.....	90
Tabela 4 – Equipes de ESF de Santa Maria.....	96

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	16
CAPÍTULO I – POLÍTICAS PÚBLICAS, IMPLEMENTAÇÃO E EFETIVIDADE.....	29
1.1 POLÍTICAS PÚBLICAS.....	29
1.2 POLICY CICLE E A IMPLEMENTAÇÃO.....	35
1.3 A EFETIVIDADE EM POLÍTICAS PÚBLICAS.....	45
CAPÍTULO II – A REFORMA SANITÁRIA, A DESCENTRALIZAÇÃO E A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA NA CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL.....	50
2.1 O MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA.....	50
2.2 DESCENTRALIZAR PARA IMPLEMENTAR.....	54
2.3 A PNAB E OS PRINCÍPIOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	62
2.3.1 O governo da família.....	65
CAPÍTULO III – UM OLHAR PARA O QUE É BÁSICO: AS ESPECIFICIDADES NA IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM SANTA MARIA.....	69
3.1 OS CAMINHOS E OS LUGARES DA PESQUISA.....	70
3.2 COMO TUDO COMEÇOU: OS PRIMEIROS PASSOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA.....	74
3.2.1 A contratação das equipes.....	78
3.2.2 O território e os primeiros conflitos.....	81
3.2.3 Um processo judicial e a ruptura com a implementação.....	84
3.3 A DESCONTINUIDADE NA IMPLEMENTAÇÃO DA ESF.....	87
CAPÍTULO IV – O IR E VIR DO CUIDADO À SAÚDE: AS EQUIPES E AS(OS) AGENTES QUE IMPLEMENTAM A POLÍTICA PÚBLICA.....	93
4.1 VOCÊ SABE ONDE FICA O POSTO DE SAÚDE? OS TERRITÓRIOS E OS SIGNIFICADOS DA POLÍTICA.....	94
4.2 AS EQUIPES DE ESF.....	101
4.3 A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NA VISÃO DO ACS.....	105
4.3.1 Mudanças e continuidades na ESF: a percepção de quem construiu a prática.....	107
4.3.2 O significado peripatético da implementação: o ir e vir das e dos ACS.....	110
4.3.3 A efetividade da política no território.....	113
4.3.4 Um agente de transformação: o duplo impacto da implementação nas e nos ACS.....	117
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	122

APRESENTAÇÃO

Os estudos sobre Estado em ciências sociais no Brasil, até o início dos anos 1980 estiveram concentrados na compreensão do papel macroestrutural, voltados ao desenvolvimento da nação. No final da década de 1970 e ao longo da década seguinte, movimentados pelo período de redemocratização e pela abrangência da agenda de políticas públicas, esta área do conhecimento passou a dedicar mais atenção à ação do Estado na sociedade, ou como explica Souza (2006) diante da consolidação de governos democráticos passa-se a pensar nestas ações como algo que pode ser formulado cientificamente.

Porém, analisando a literatura sobre o tema percebe-se que ainda trata-se de uma abordagem bastante incipiente neste ramo das ciências, onde a interação entre os atores e a sociedade direciona ações que criam práticas específicas nas políticas que estão sendo implementadas. Estas diferenças entre o que é formulado e o que, de fato é implementado representam vastas categorias de análise para pesquisadores das ciências sociais, onde é possível explorar relações de poder, de interações hierárquicas e de negociações de interesses.

Trata-se de ações que requerem o envolvimento de instituições e indivíduos de diferentes níveis hierárquicos, pois na sua formulação as decisões são tomadas por um grupo de elites que tem acesso ao poder de determinar os princípios e objetivos da política pública. Mas a ação racional da formulação depende de concepções subjetivas dos atores que a executam na implementação, que são guiados por auto interesses, identidades e ideias que podem mudar os rumos da política.

Nesta lacuna do conhecimento que envolve o estudo das interações e das ações desenvolvidas para implementar o que foi formulado, abre-se o campo analítico desta pesquisa, que está voltada ao processo de implementação. Sabe-se que a entrada de uma política na agenda governamental parte, principalmente, de demandas sociais por melhorias ou avanços em habitação, transporte, meio ambiente, saúde, educação, etc., as demandas, ou os *inputs* que direcionam o início do processo de construção da ação do Estado tornam-se os *outputs*, produtos que geram algum efeito sobre o contexto em que estão direcionados.

Parsons (2007), Hill (2002) e Sabatier (1979), são autores consolidados que analisam como o processo de implementação de políticas públicas pode resultar em

divergências em relação ao que foi formulado, estes autores pressupõem ações convenientes ao procedimento de execução da política para que ela atenda aos princípios de sua formulação. O que se pretende aqui é analisar o processo da implementação de uma política pública, considerando as particularidades que envolvem a sua execução e efetividade, ou seja, o ramo específico da política, o local onde é implementada e os indivíduos que personificam a ação do Estado.

Sobre as particularidades da área em estudo, as políticas públicas de saúde, desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, no início da década de 1990, foram voltadas a criação de serviços que garantissem universalidade de acesso, integralidade de atenção e equidade de atendimento aos usuários do país. Pensando em reorganizar o modelo de atenção a saúde, fazendo-o compatível com estes princípios, o nível de Atenção Básica (AB) à saúde foi criado buscando ofertar atendimentos voltados aos princípios da universalidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da humanização, da equidade e da participação social. Busca-se neste nível de atenção uma política pública que seja gerencial aos demais níveis de atenção à saúde no SUS, que parte da premissa da descentralização das ações do Governo e pressupõe maior autonomia aos municípios no processo de implementação (BRASIL, 2011).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) regulamenta estas diretrizes e tem como principais serviços a UBS (Unidade Básica de Saúde) e a ESF (Estratégia de Saúde da Família), esta última é considerada o serviço gerencial da PNAB, por concentrar ações voltadas à prevenção e promoção a saúde, além de coleta de dados sobre aspectos sanitários e sociais das famílias do território compreendido pelo serviço. A ESF ainda conta com o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) um profissional que desenvolve ações de orientações sobre o serviço de saúde na comunidade, fazendo-se um elo entre a ESF e as famílias assistidas, um ator fundamental no processo de implementação.

Diante destes pontos destacados apresenta-se a **pergunta de pesquisa**: *como as ações realizadas na implementação podem afetar na efetividade da Estratégia de Saúde da Família em Santa Maria/RS?* Com esta pergunta se delimita o serviço de saúde que será estudado, a ESF devido ao seu papel reorganizador do sistema de saúde, estabelecido pela PNAB, propõe maior resolutividade nos agravos a saúde da população, uma vez que seu controle e seu cuidado são voltados a prevenção e

promoção, portanto quando efetivas as ações deste serviço possibilitam maior custo-benefício nos demais níveis de atenção do SUS.

A implementação da ESF no Brasil teve seu grande marco com o Proesf (Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família), lançado no ano de 2004 pelo Governo Federal com o objetivo de apoiar financeiramente a expansão da cobertura, a consolidação e a qualificação da ESF nos municípios brasileiros com população acima de 100 mil habitantes (SCHIMITH et al, 2017, p. 166 apud. BRASIL, 2011). Por este motivo o ponto inicial da pesquisa será a partir deste ano.

Para abordar o problema de pesquisa foram escolhidos como sujeitos deste estudo, Conselheiros Municipais de Saúde, devido à participação do controle social na implementação da ESF, conforme traçado nos princípios da PNAB e Agentes Comunitários de Saúde, diante do papel de elo que estes profissionais representam entre a política e a comunidade. Assim, tem-se como **objetivo geral**: analisar como a ação dos atores políticos afeta a efetividade na implementação da Estratégia de Saúde da Família em Santa Maria/RS e como **objetivos específicos**: I) mapear o histórico-político que construiu e os princípios que orientam a Estratégia de Saúde da Família; II) analisar o processo de implementação da Estratégia de Saúde da Família no município de Santa Maria, através de uma pesquisa documental em leis municipais, atas e resoluções do Conselho de Saúde e planos de saúde, produzidos a partir do ano de 2004 e; III) identificar a visão dos atores envolvidos, Conselheiros Municipais de Saúde e Agentes Comunitários de Saúde sobre a implementação da ESF neste município.

O local em que a pesquisa foi realizada, o município de Santa Maria, foi escolhido por apresentar algumas particularidades. Quando aderiu ao Proesf em 2004, o município previa a criação de 44 equipes de ESF, em 2016 existiam 16 equipes implementadas no município, representando uma cobertura de 20,94% da população. Em 2015, foi firmado um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), entre o poder executivo municipal e a Promotoria de Justiça Cível da Comarca devido a precariedade dos serviços prestados pela ESF do município e pela baixa cobertura representada pelo número reduzido de equipes implementadas.

A partir da consulta deste TAC envolvendo a implementação da ESF no município, se teve acesso a outro processo judicial instaurado pelo Ministério Público do Trabalho, no ano de 2008, postulando irregularidades na forma de contratação das equipes que atuavam, até então neste serviço. No ano seguinte houve uma mudança na gestão municipal, em que o Prefeito César Schirmer (PMDB) sucede oito anos de

governo do Prefeito Valdeci Oliveira (PT), apresentando mudanças na pasta das políticas de saúde.

As transições e rupturas na implementação da ESF em Santa Maria, além dos apontamentos judiciais de baixa cobertura e precariedade nos serviços, justificam não só o recorte geográfico neste município, mas também, a importância deste estudo em um contexto social com poucos serviços de atenção básica à saúde. Santa Maria traz referências de uma implementação marcada por descontinuidades, onde os resultados da pesquisa podem auxiliar na compreensão da intensidade com que estas ações afetam a situação atual dos serviços de saúde no município.

As justificativas da pesquisa se estendem ainda, na sua contribuição acadêmica, nos sentidos político sociológico, pois como Lima e D'Ascenzi (2013) argumentam “trabalhos nesse campo giram em torno da definição de variáveis que expliquem o sucesso ou fracasso da implementação de políticas públicas”. O que enfatiza a relevância de estudos nesta área, devido à explicação dos fenômenos da implementação que geram efeitos positivos ou negativos para o grupo social que a política está direcionada.

Como mencionam os autores (LIMA; D'ASCENZI, 2013), as pesquisas acadêmicas em políticas públicas, geralmente, estão focalizadas no tipo de análise macro,¹ com uma específica dedicação ao comportamento das instituições e indivíduos envolvidos na implementação da política pública. Porém, a lacuna que esta pesquisa se propõe a contribuir está em avaliar o quão efetivo é o comportamento dessas instituições e indivíduos no resultado final da política pública.

Neste sentido, duas pesquisas acadêmicas são importantes na análise sobre as interfaces neste campo. Em relação à implementação, a pesquisa de Gabriela Lotta (2010), traz muitos subsídios no que diz respeito ao olhar dos burocratas de rua sobre a política pública que estão implementando, a autora observa a implementação como um complexo processo “que envolve pessoas, vontades, necessidades, poder, recursos, disputas, conhecimentos e desconhecimentos” (LOTTA, 2010, p. 15), levando ao pressuposto de que estes fatores, assim como os valores dos burocratas que a implementam interferem no resultado das políticas.

¹ Celina Souza (2006) aponta dois tipos de análises de Política Pública: Análise macro, que se dedica a estudar as instituições e os indivíduos que atravessam a implementação da política e; Análise meso, que analisa a política em si, os objetivos que a compõem, as estratégias que a estruturam.

Já a pesquisa de Maria Denise Schimith (2013), contribui no campo específico do objeto de pesquisa, uma vez que faz uma análise da integralidade do cuidado à saúde na Atenção Básica, a partir da implementação das ESFs no município de Santa Maria. Segundo a autora, “a história da ESF de Santa Maria apresenta uma singularidade que deve ser respeitada ao se desenvolver pesquisas relacionadas a essa área da rede assistencial” (SCHIMITH, 2013, p. 4). A pesquisa de Schimith (2013) acentua a relevância do estudo neste município.

Diante das justificativas que recortam o objeto de pesquisa, algumas hipóteses podem ser delimitadas, como as mudanças de governo, a rede de saúde municipal incompleta sobrecarregando o trabalho da ESF e a rotatividade dos agentes implementadores, podem ser consideradas ações que afetam negativamente na implementação. Ainda, o município de Santa Maria é sede da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, por isso dispõe de serviços de especialidades que são referência para outros 32 municípios da sua região, apontando mais uma hipótese, de que a demanda por políticas de outros níveis de atenção à saúde, também pode afetar na gestão da implementação da ESF.

O percurso metodológico

Para que os objetivos específicos desta pesquisa fossem alcançados e o problema fosse respondido, o percurso metodológico foi traçado de forma a contemplar as particularidades do objeto de pesquisa. Parte-se de uma abordagem mista, com predominância dos aspectos qualitativos na aproximação com o objeto.

A escolha pela abordagem predominantemente qualitativa está no fato desta contemplar uma flexibilidade de adaptação durante o seu desenvolvimento e uma construção progressiva do objeto durante a pesquisa. Também, por se tratar de uma abordagem capaz de comportar objetos complexos, como instituições sociais, grupos específicos ou difíceis de apreender e; sua exploração indutiva do campo de observação, permite uma maior aproximação ao mundo empírico (PIRES, 2014).

O método de base lógica utilizado é o de indução analítica, que Deslauriers define da seguinte forma: “É primeiramente, um procedimento lógico, que consiste em partir do concreto para chegar ao abstrato, delimitando as características essenciais de um fenômeno” (2014, p. 339). Seguindo esta definição, o concreto de onde se partirá,

consiste na situação problema da presente pesquisa, será delimitada uma hipótese de resposta ao problema e no campo será comprovado se a hipótese é positiva ou negativa, sendo negativa, parte-se para uma nova hipótese até encontrar uma que contemple a ocorrência de todos os fenômenos do problema de pesquisa. Becker explica com mais detalhes:

Quando fazemos indução analítica, desenvolvemos e testamos nossa teoria caso a caso. Formulamos uma explicação para o primeiro caso assim que colhemos dados sobre ele. Aplicamos essa teoria ao segundo quando obtemos dados sobre ele. Se a teoria explicar esse caso adequadamente, confirmando-se, assim, nenhum problema, seguimos para o terceiro caso (BECKER, 2007, p. 246).

A medida em que os dados foram coletados eles foram sendo analisados, para que a hipótese pudesse ser testada e, se necessário, reformulada. A abordagem do problema, primeiramente por meio de uma pesquisa bibliográfica, onde são discutidos os conceitos de políticas públicas, implementação e efetividade, além de uma discussão sobre o processo político na formulação das políticas de saúde no Brasil. Esta revisão bibliográfica permite um recorte analítico no trabalho de campo.

Ainda, foi utilizado como método de base empírica/procedimental o estudo de caso, para compreender a implementação da ESF em Santa Maria, na sua totalidade. Yin (2005) explica essa metodologia como capaz de analisar fenômenos específicos que envolvem a execução de determinado caso, contemplando um grande número de técnicas e possibilitando desenvolver abordagens mais rigorosas sobre estes fenômenos. Seguindo este método, desenvolveu-se um planejamento da pesquisa, por meio do que se apresenta na figura 1:

Figura 1: Processo de desenvolvimento da pesquisa



Elaborado pelo autor.

A seguir será explicado como se deu a execução destas etapas, com mais ênfase nos dados secundários e começando pela apresentação do universo da pesquisa.

Universo da pesquisa

O universo da pesquisa compreende o campo e os atores que localizam o objeto. Primeiramente, o Conselho Municipal de Saúde (CMS), composto por 32 conselheiros de saúde que contribuiu no levantamento de dados e de documentos sobre o processo de implementação das equipes, uma vez que o controle social tem função deliberativa e fiscalizadora das políticas de saúde e por isso foi fundamental na compreensão da rede municipal de saúde e das ações que envolvem a implementação de políticas públicas neste município. As 16 ESFs do município de Santa Maria foram visitadas para realizar levantamento de dados sobre a estrutura física, a equipe, as ações e o território. A Secretaria Municipal de Saúde, que é o órgão responsável pela coordenação da Atenção Básica e gestão das ESFs.

Como será tratado a seguir, os sujeitos entrevistados foram quatro conselheiros de saúde e quatro ACS (Agente Comunitário de Saúde), a amostragem destes sujeitos dentro do universo da pesquisa se deu primeiramente de por conveniência, um tipo de amostragem que, segundo Flick (2009) refere-se a escolha de casos que são mais facilmente acessíveis e convenientes a uma diversidade do campo. Mas também, se deu por saturação teórica, que compreende o momento em que os casos estudados são suficientes para explicar as ocorrências do campo, ou “quando nada novo emerge mais” (FLICK, 2009).

Coleta de dados secundários

A implementação de políticas públicas envolve ações institucionais, de modo que toda instituição pública, de alguma forma, realiza o registro de suas ações ou decisões, estes registros produzem dados que podem descrever o processo institucional percorrido para o cumprimento de um projeto. Nestes registros que nos debruçamos para analisar o percurso da implementação das equipes de ESF em Santa Maria.

Flick (2009, p. 232) explica que “os documentos não são somente uma simples representação dos fatos ou da realidade. Alguém (ou alguma instituição) os produz visando a algum objetivo e a algum tipo de uso”, como explica o autor, a análise documental apresenta uma multiplicidade de possibilidades a serem analisadas e alguns

questionamentos cabíveis, como: quem produziu os documentos, com que objetivo e para quem.

A pesquisa documental que foi realizada no trabalho de campo, diz respeito a uma análise dos documentos produzidos desde a promulgação da Lei Municipal nº 4721/03 que cria as ESFs em Santa Maria. No quadro 1 apresentamos os documentos que foram utilizados e sua origem:

Quadro 1: Documentos utilizados na pesquisa documental

Tipo de documento	Origem
Lei Municipal nº 4.721/2003. Planos Municipais de Saúde das gestões 2004-2008, 2009-2012 e 2013-2016; Projeto de implementação do PSF, elaborado pela comissão municipal responsável, no ano de 2003;	Secretaria Municipal de Saúde
Relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) que investigou o processo seletivo do PSF; Resoluções do Conselho Municipal de Saúde: s/nº 2010, nº 02/2012, nº 09/2013, nº 06/2014, nº 04/2015, nº 010/2016.	Conselho Municipal de Saúde
Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), firmado pelo Ministério Público do Trabalho, no ano de 2008;	Portal Eletrônico do Ministério Público do Trabalho
Caderno de Atenção Básica, com orientações do Ministério da Saúde para implementação da política (2000); Portaria nº 2.023/2004, que institui o Proesf; Portaria nº 399/2006, que institui o Pacto pela saúde; Portaria nº 7.508/2011, que institui a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); Manual da PNAB, publicado pelo Ministério da Saúde em 2012; As Leis Federais nº 8.080/1990 e 8.142/1990.	Portal Eletrônico do Ministério da Saúde

Elaborado pelo autor.

Estes foram os documentos analisados, que foram estudados cronologicamente, a partir da lei municipal que cria as ESFs em Santa Maria e sua delimitação ocorreu a partir da análise de ocorrências pertinentes ao objeto de pesquisa, até o momento em que se atingiu a saturação teórica.

A análise destes documentos não busca validar informações, mas sim, conforme explica Flick (2009, p. 234) os documentos devem ser vistos como “uma forma de contextualização da informação. Em vez de usá-los como ‘contêineres de informação’, devem ser vistos e analisados como dispositivos comunicativos metodologicamente desenvolvidos na construção de versões sobre eventos”. A visão do autor explica bem o que se buscou com a análise documental, que é construir uma contextualização acerca dos eventos ocorridos no conjunto institucional que envolve a implementação das ESF neste município.

Coleta de dados primários

Os dados diretamente relacionados ao objeto de pesquisa foram coletados por meio das técnicas de entrevistas semiestruturadas e observação participante. No que diz respeito à entrevista, Boni e Quaresma (2005, p. 75) explicam que na técnica semiestruturada “o pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o faz em um contexto muito semelhante a um conversa informal”. Assim, foram estabelecidos pontos específicos que guiaram a entrevista, um roteiro com as principais questões sobre o objeto de pesquisa, porém a entrevista foi guiada de maneira descontraída, tal como relatam as autoras, semelhante a uma conversa informal. Para a elaboração do roteiro das entrevistas, foi utilizado o critério do *espectro* que, Segundo Flick (2009, p. 145), “visa assegurar que todos os aspectos e os tópicos relevantes à questão de pesquisa sejam mencionados durante a entrevista”, foram estabelecidos os aspectos em que se pretendia saber a visão do entrevistado, em relação ao problema de pesquisa.

As primeiras entrevistas foram realizadas com Conselheiras(os) de saúde, escolhidas para participar desta pesquisa devido ao tempo de atuação junto ao controle social do município e envolvimento com a implementação da ESF. A fim de preservar a identidade das e dos entrevistados(das), os nomes atribuídos no texto são fictícios,

inspirados em personagens do “Livro dos abraços” de Eduardo Galeano, por fazer parte da rotina literária que guiou a realização da pesquisa.

Quadro 2: Conselheiras(os) de saúde entrevistados

Entrevistada(o)	Função no CMS
Claribel	Representante segmento de trabalhadores
Helena Villagra	Representante segmento de trabalhadores
José Carrasco	Representante segmento de usuários
Ruth Benedict	Representante segmento de trabalhadores

Elaborado pelo autor.

A escolha das conselheiras(os) entrevistadas(os) se deu principalmente pelo tempo de atuação no CMS e o envolvimento na implementação da ESF, o que foi possível ser percebido participando das reuniões desta entidade. Além da visão do controle social, os sujeitos entrevistados nesta pesquisa trazem a visão de quem atua na ESF, no caso do ACS, que foi o profissional escolhido para ser entrevistado pois pertence a comunidade em que atua, uma vez que reside no território, mas também pertence ao serviço de saúde, como será melhor explicado no decorrer da pesquisa.

Quadro 3: ACS entrevistadas

Entrevistada(o)	Região em que trabalha	Tempo de atuação como ACS
Alina	Oeste	14 anos (2003)
Onetti	Sul	14 anos (2003)
Ramona	Centro-leste	13 anos (2004)
Rosa Maria	Norte	16 anos (2000)

Elaborado pelo autor.

As ACS entrevistadas, como podemos perceber, atuam nesta função, desde antes de a ESF ser implementada, pois são profissionais que trabalharam em UBS (Unidade Básica de Saúde) ou em EACS (Equipe de Agentes Comunitários de Saúde) e que acompanharam o processo de início da Estratégia. Todas atuam no mesmo território desde o princípio e foram escolhidas para participarem da pesquisa devido ao seu conhecimento sobre a ESF, sobre a comunidade em que trabalham e, também, buscou-se representações de diferentes regiões do município. Foram quatro mulheres entrevistadas e cabe ressaltar a prevalência de mulheres no exercício desta função.

As entrevistas com as conselheiras(os) foram realizadas no CMS, no período de setembro a outubro de 2017, foram gravadas, transcritas e posteriormente analisadas

buscando os pontos mais importantes na fala dos interlocutores a respeito das principais decisões ocorridas durante o período da implementação. Já as entrevistas com as ACS foram realizadas no mês de dezembro de 2017, cada uma em um local diferente, acordado entre o pesquisador e a entrevistada, em que as agentes relataram a sua experiência no trabalho da ESF, a visão a respeito das ações desenvolvidas, as potencialidades e dificuldades da política, também foram entrevistas gravadas, transcritas e analisadas buscando os relatos que caracterizam o tipo de implementação realizada em Santa Maria.

Além da técnica de entrevista, na coleta de dados primários foi realizada observação participante, que é um método geralmente utilizado em pesquisas qualitativas que permite ao pesquisador descobrir como algo efetivamente funciona ou ocorre (FLICK, 2009). Nesta pesquisa, a observação será utilizada como forma de complementar as informações coletadas nas entrevistas e como um meio do pesquisador ter um contato mais direto com o funcionamento do serviço, uma vez que o recorte teórico está na etapa de implementação, etapa em que a política é colocada em prática, necessitando um contato empírico com o objeto de pesquisa.

Esta técnica tem sua origem do método etnográfico, muito utilizado em pesquisas antropológicas. O seu princípio consiste em coletar dados a partir da participação na vida cotidiana do grupo de indivíduos ou instituições estudados (BECKER, 1999). Marietto (2014) contribui para a explicação dos princípios da observação participante relatando que esta deve “obter uma compreensão profunda de um tema ou situação particular através dos significados atribuídos ao fenômeno pelos indivíduos que o vivem e experimentam”, esta compreensão dos significados é possível diante da observação do objeto de pesquisa em seu contexto empírico, o que no caso desta pesquisa consiste em observar as práticas da ESF no território em que atua.

Os significados dos conceitos teóricos são percebidos pelo pesquisador ao observar as pessoas que desempenham as ações referentes à implementação, como menciona Becker (1999), as situações com que se deparam e a maneira com que reagem. A observação participante permite que o pesquisador possa interpretar acontecimentos significativos para a conceituação do objeto. Algo que vai acontecendo progressivamente ao longo da pesquisa, permitindo construir um sentido teórico e testar, ou descobrir hipóteses para o problema (BECKER, 1999, p. 48). Apesar das observações não terem ocorrido por um longo período de tempo, a participação do

pesquisador em visitas domiciliares alterou de alguma forma a rotina dos sujeitos pesquisados, fazendo-lhes refletir sobre os questionamentos da pesquisa.

Aliando esta técnica ao método de base lógica escolhido, buscou-se percorrer os espaços onde a política pública acontece e observar as ações dos sujeitos que a executam, para construir e testar as possíveis respostas ao questionamento de pesquisa. Neste sentido, a observação foi realizada em dois momentos em cada uma das 14 ESFs pesquisadas, na primeira visita se buscou analisar o funcionamento do serviço, sua estrutura física, o território em que está localizado e a interação entre os profissionais, e profissionais com a comunidade, no segundo momento a proposta foi de acompanhar as e os ACS em visitas domiciliares, onde estes profissionais puderam apresentar a microárea que atendem e relatar as principais atividades que desempenham.

Para realizar as observações foi criado um roteiro com quatro categorias de análise:

- Estrutura física: espaço físico da Unidade, materiais utilizados, equipamentos disponíveis;
- Estrutura de pessoal: profissionais que compõem a equipe da Unidade;
- Aspectos organizacionais: a rotina de trabalho, a agenda de consultas, os grupos de educação em saúde que são desenvolvidos;
- Aspectos políticos e sociais: informações a respeito da área de abrangência da Unidade, quais as principais características sociais (renda, habitação, segurança, número de famílias atendidas).

Aspectos éticos da pesquisa

As considerações éticas para a realização desta pesquisa em primeiro lugar estão atreladas a abordagem dos sujeitos. O contato com os profissionais que serão entrevistados/observados ocorreu respeitando a autonomia destes sujeitos, o sigilo de suas identidades e a confidencialidade das informações recebidas, de maneira a permitir que este sujeito participe da pesquisa dentro de sua vontade de contribuir e contemplando a maior transparência na coleta dos dados. Todos(as) entrevistados(as) assinaram o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (modelo no Anexo I).

Esta pesquisa aborda a compreensão de uma política pública que, como se pode perceber ao longo do estudo, engloba os princípios de controle e de cuidado sobre a saúde dos indivíduos. Controle para que sejam feitos atendimentos e exames preventivos, para que as famílias estejam “saudáveis”. E cuidado com a subjetividade que envolve o vínculo entre o indivíduo e a política.

A pesquisa está dividida em quatro capítulos, onde se desenvolve um caminho que parte do macro ao micro estudo da implementação. Iniciando no primeiro capítulo com um aprofundamento teórico nos conceitos de políticas públicas, os primeiros estudos na área, as questões que envolvem a fase de implementação e o que se define por efetividade nesta pesquisa, compreensões fundamentais para a abordagem teórica do problema.

O segundo capítulo apresenta um recorte sobre como ocorreu a Reforma Sanitária Brasileira, os primeiros anos de funcionamento do SUS no Brasil, os delineamentos apresentados pelos primeiros governos de seu funcionamento, suas primeiras operacionalizações enquanto sistema público de saúde e algumas considerações importantes sobre a PNAB, seus princípios enquanto política pública e seus fundamentos enquanto uma forma de governo, que estabelece ações de controle e cuidado à saúde da população.

Conduzindo para discussões empíricas, no terceiro capítulo, serão apresentados dados referentes a pesquisa documental e a visão dos conselheiros de saúde sobre a implementação da ESF em Santa Maria. Neste capítulo será apresentado o histórico da implementação ESF no município, as primeiras decisões, o planejamento que envolveu a habilitação das primeiras equipes, os conflitos e os andamentos ocorridos neste serviço de saúde.

O quarto capítulo, está voltado para a prática da ESF, sua organização atual e as ações desenvolvidas pelos ACS em seus territórios, além da visão deste profissional sobre a realidade da política pública que implementa. Através do reconhecimento dos territórios das ESFs, das equipes que a compõe e da observação ao trabalho do agente de saúde é onde se alcançam as compreensões sobre a operacionalização da ESF em Santa Maria.

CAPÍTULO I:

POLÍTICAS PÚBLICAS, IMPLEMENTAÇÃO E EFETIVIDADE

Neste capítulo tem-se o objetivo de discutir os principais conceitos que orientam a pesquisa: políticas públicas, implementação e efetividade. Parte-se, das propriedades da área de políticas públicas, sobre como se desenvolveram os primeiros estudos que embasam esta subárea da ciência política, os termos utilizados e as análises científicas. Busca-se um aprofundamento na fase de Implementação, considerada por alguns autores (SOUZA, 2006; LOTTA, 2010; FREY, 2000) como a mais complexa do ciclo de políticas públicas, diante da grande interação entre atores de diferentes níveis hierárquicos e de conflitos de interesses que se desenvolvem para que a política seja operacionalizada. Desta fase, passamos a analisar o que se entende sobre a Efetividade na implementação de políticas públicas, um conceito que serve para representar o quanto a ação do Estado foi transformadora e gerou algum efeito no contexto social em que foi implementada.

Uma discussão sobre os processos que consolidaram o ramo de políticas públicas, um caminho que considera a aplicação de métodos científicos na tomada de decisão sobre as ações dos governos. Diante da complexidade que percebe-se no planejamento governamental, frente ao conflito de interesses entre decisores e grupos sociais, algumas medidas passaram a ser tomadas para manter a legitimidade e o poder dos governos e atender as demandas sociais.

1.1 POLÍTICAS PÚBLICAS

O estudo no ramo de Políticas Públicas ainda é algo recente, que vem se desenvolvendo cientificamente, como área de conhecimento desde a segunda metade do século XX, nos EUA. A origem norte-americana, traz como herança um foco de análise diferente da perspectiva europeia, que veio pensar em políticas públicas a partir das teorias do Estado, já nos EUA, o foco no ramo acadêmico passa a dar mais ênfase na *ação dos governos*, como o produtor de políticas públicas.

O processo demanda-resposta (*input+output*²), anteriormente considerava como políticas públicas, apenas os *outputs*, ou seja, as ações executadas pelo Estado, enquanto a ciência política se ocupava em estudar os *inputs*, as demandas sociais que geravam a ação do Estado. Com a evolução da área de políticas públicas, esta passou a ser responsável por analisar “o todo” que compõe este processo de *input+output*, tendo como objetivo entender, desde a origem da demanda, até a formação da política pública e seu impacto na sociedade, englobando neste processo os atores envolvidos no desenvolvimento das ações (TUDE, 2010).

A construção de políticas públicas, na ciência política, é marcada por três trajetórias específicas que culminam em sua colocação como sub área da ciência política. A primeira diz respeito a uma trajetória que focalizava no estudo das instituições públicas, para entender o funcionamento do Estado. A segunda analisa as organizações em âmbito local, as estratégias de promoção do “bom” governo. Por fim, a terceira trata de políticas públicas como um ramo da ciência política que vai analisar as ações do governo, isso inclui um olhar para as causas e consequências destas ações (SOUZA, 2006).

De forma empírica, o termo possui inúmeros significados. Wayne Parsons (2007) explica que se referem aquilo que expressa “*lo público y sus problemas*”, conforme Dewey (1927). Se refere a forma como os problemas são definidos, como eles chegam a agenda governamental, como o governo os transforma em políticas públicas. Ainda, “*como, por qué y para qué los gobiernos adoptan determinadas medidas y actúan o no actúan*” (HEINDENHEIMER, 1990 apud PARSONS, 2007), ou ainda na definição de Dye, que levanta como conceito o que os governos fazem ou deixam de fazer e o efeito que isso gera.

Celina Souza (2007), apresenta a ideia dos teóricos, considerados como os “pais fundadores” das políticas públicas. Na concepção da autora, quatro pensadores são os mais importantes para se compreender a origem das análises nessa área: primeiramente, a autora cita Laswell, que introduziu o termo *policy analysis* (análise de política pública), com o objetivo de conciliar os estudos científicos com as práticas dos governos e como forma de integrar os grupos de interesse do governo. Em seguida, Simon, que é considerado como o criador do termo *policy makers*, que considerava limitada a racionalidade dos decisores públicos, Simon buscava uma maximização da

² As Políticas Públicas começaram a ser concebidas como uma unidade de análise, sendo estudado o seu processo como o todo que representa as demandas sociais (*inputs+outputs*) (TUDE, 2010 p. 12).

racionalidade, pela criação de estruturas – compostas por regras e incentivos – para delimitar o comportamento dos atores na direção dos resultados, inclusive, assim, minimizando a busca com interesses próprios. Já Lindblom, questiona a racionalidade destes outros dois autores, ele propõe outras variáveis na *policy analysis*, como as relações de poder e a integração entre as diferentes fases do processo de decisão, isso demandaria a incorporação de outros elementos, como as eleições, a burocracia dos partidos e os grupos de interesse do governo. Por fim, Easton define a área como um sistema³ que integra a relação entre formulação, resultados e o ambiente. Sendo que os *inputs*, podem ser impulsionados pelas mídias, pelas comunidades locais, pelos grupos de interesse, etc.

Frey (2000) apresenta três abordagens da ciência política que nos ajudam a entender o contexto teórico das políticas públicas: a primeira abordagem, direciona-se ao sistema político, em que levanta questões acerca da ordem política correta, do bom e do mau governo, do melhor tipo de Estado e as melhores estratégias para garantir a felicidade coletiva, esta abordagem está muito ligada às visões de Platão e Aristóteles. A segunda abordagem que Frey apresenta, refere-se ao questionamento político, na qual se direciona a análise das forças políticas fundamentais no processo decisório. E a terceira abordagem proposta pelo autor, trata dos resultados que um sistema político produz, avaliação das escolhas por determinadas estratégias.

Nesta última abordagem o autor direciona a atenção para o campo específico de políticas públicas, ressaltando que o interesse nessa abordagem não se restringe ao conhecimento de planos, programas e projetos:

Visando à explanação das “leis e princípios próprios das *políticas específicas*”, a abordagem da *policy analysis* pretende analisar a inter-relação entre as instituições políticas, o processo político e os conteúdos de política com o arcabouço dos questionamentos tradicionais da ciência política (FREY, 2000 p. 214).

O que se percebe até aqui, é que o estudo em políticas públicas engloba uma vasta área do conhecimento político, que está relacionada: com as relações de poder que interferem nas tomadas de decisões; com as instituições e com a racionalidade com que se lida com determinados problemas; com a ideologia de cada governo que direciona o tipo de política e as estratégias para implementá-la e; com o efeito que a política gera ao ambiente social, em que foi implementada.

³ Como “o todo”, citado anteriormente por Tude (2010), que coloca políticas públicas como responsável pela análise do processo de demanda-resposta ou *inputs+outputs*.

No que tange a discussão no campo empírico, Saravia (2006) faz uma breve contextualização acerca do surgimento das políticas públicas na prática de governo. “A interação entre indivíduos, empresas e outras organizações nacionais e internacionais, bem como entre Estados tem-se intensificado como consequência da globalização das finanças e do comércio, facilitada pela evolução das comunicações e da informática” (SARAVIA, 2006 p. 24), o advento da globalização é apresentado pelo autor como um impulsionador das mudanças que incluíram as políticas públicas como estratégia de gestão.

No âmbito privado, as empresas precisavam sobreviver em um mercado de rápida mutação e alta competitividade, foi o que nos anos 50 e 60, impulsionou as empresas a adotarem o planejamento organizacional, para organizar e controlar os objetivos e as metas, bem como os meios para atingi-los (PARSONS, 2007). Estas novas estratégias de planejamento organizacional, logo chegaram até os mecanismos estatais e impulsionaram que os países institucionalizassem órgãos – comissões, ministérios, corporações – destinados as atividades de elaboração de planos de desenvolvimento.

Para o autor, a adoção deste tipo de ferramenta trouxe um salto no desenvolvimento econômico, nos países da América Latina: “foi uma época de grande crescimento econômico, orientado, financiado e realizado pelo Estado” (SARAVIA, 2006, p. 25). Contudo, a década de 70 trouxe muitos desafios, guerra, crises petrolíferas e financeiras, evidenciaram que o sistema de planejamento, da forma rígida com que era organizado, não era capaz de fornecer respostas imediatas às demandas sociais. Neste período, as cobranças da população por um sistema político democrático, que proporcionasse participação nas decisões estatais, na implementação e no controle das ações, se intensificaram. O avanço da informática e das comunicações, ainda, permitiu maior controle sobre as ações do Estado (SARAVIA, 2006).

Parsons (2007), ainda complementa que no final da década de 70, as dimensões entre o que era público e o que era privado, assim como as estratégias de administração, encontravam-se muito desestabilizadas. Tudo isso, fez com que na década seguinte se fortalecesse a necessidade de um progresso na atividade governamental, tornando-a mais ágil e mais democrática: “a ação baseada no planejamento deslocou-se para a idéia de política pública” (SARAVIA, 2006, p. 26).

Desta forma, *“las políticas públicas penetraron en prácticamente todos los aspectos de la ‘vida social’, em espacios que los economistas políticos hubieran*

considerado privados” (PARSONS, 2007, p. 39) e passaram a ser utilizadas para tratar de questões como a educação, saúde, transporte, habitação, segurança pública, bem estar social, etc. Nesta construção, as políticas públicas agregaram aspectos positivos do planejamento na dinâmica estatal, incorporando a conhecimentos oriundos do campo da política, da economia e da administração (SARAVIA, 2006). O que muda, principalmente, é a inclusão de uma visão mais dinâmica acerca da fisiologia e do funcionamento estatal.

Após percorrer uma discussão teórica e histórica sobre o termo, partimos para os principais conceitos utilizados dentro do campo das políticas públicas: *policy*, *politics* e *polity*, *policy arena* e *policy cycle*. Para Tude (2010), o termo “política” em inglês, possui três dimensões diferentes em relação ao seu significado: “uma dimensão institucional (*polity*), uma dimensão processual (*politics*) e uma dimensão material (*policy/policies*)” (TUDE, 2010, p. 15).

Na dimensão institucional, *polity*, refere-se à seara do sistema político que é delineada pelo sistema judiciário e composto pelas instituições que integram a estrutura político-administrativa (FREY, 2000). Em suma, trata-se da dimensão burocrática da política, que se articula com as instituições e regras que a delimitam.

A dimensão processual, *politics*, está ligada ao processo político, as relações entre os atores políticos, partidos e agentes do governo. Refere-se a objetivos a serem alcançados e a elementos importantes nas decisões e nas relações de poder (TUDE, 2010).

Já a dimensão material, *policy*, está relacionada com a matéria das políticas, ou mais especificamente, o que entendemos por políticas públicas. Como explica Frey (2000, p. 217) “*Policy* refere-se aos conteúdos concretos, isto é, à configuração dos programas políticos, aos problemas técnicos e ao conteúdo material das decisões políticas”.

O modelo da *policy arena*, segundo Frey (2000), organiza-se em torno dos processos de conflito e o diálogo entre as diferentes áreas da política. As quais são divididas em relação ao caráter distributivo, redistributivo, regulatório ou constitutivo. Souza (2007), contribui com esta afirmação, ao explicar que a “mais conhecida tipologia sobre política pública é elaborada através de uma máxima: a política pública faz a política” (SOUZA, 2007 p. 6), isso quer dizer que cada política pública vai se moldar de uma forma diferente, diante dos conflitos em torno de sua decisão.

E dentro desta perspectiva de diferentes moldes, a política pública pode assumir quatro formatos: políticas distributivas, relacionadas à distribuição de renda e recursos estatais; Políticas regulatórias, que estão relacionadas ao ordenamento das políticas sociais; Políticas redistributivas, que são, em geral, as políticas sociais universais, o sistema tributário e o sistema previdenciário e; Políticas constitutivas, que lidam com procedimentos políticos (SOUZA, 2007).

Entender os quatro tipos de política pública é fundamental para que possamos identificar a qual esfera política ela se refere, no quadro 4 podemos compreender melhor cada um dos tipos:

Quadro 4: tipos de política pública

Políticas distributivas:	Estas políticas são focalizadas a uma parcela específica da população e geralmente, não limitam muito os recursos públicos, geram poucos conflitos no processo decisório, pois possuem um caráter distributivo, o que parece só distribuir vantagens. Por exemplo, programas de crédito e financiamentos para pequenos empresários, seguro desemprego.
Políticas regulatórias:	São mais fáceis de serem identificadas, pois trabalham com proibições, decretos, portarias, leis e estão diretamente relacionadas com a gestão pública e a burocracia estatal. Por exemplo, a Política de resíduos sólidos, código de trânsito.
Políticas redistributivas:	Procuram atingir grandes contingentes sociais e conseqüentemente, acarretam em grandes perdas e ganhos numa negociação que costuma ser polarizada e repleta de conflitos. Exemplos: reforma agrária, política tributária.
Políticas constitutivas:	São as que regulamentam os outros três tipos e que determinam os procedimentos necessários para a criação de novas. Exemplo: regras constitucionais, regimentos das Casas Legislativas.

Elaborado pelo autor. Fonte: Tude (2010) e Frey (2000).

O ambiente em que ocorrem as políticas públicas é de alta densidade política e atravessado por inúmeras relações de poder, entre instituições públicas e privadas e entre atores do Estado e da sociedade. Para enfrentar essa complexidade, o modelo sistêmico, com o *policy cycle* (ciclo de política), aborda as políticas, mediante a divisão em etapas sequenciais (RUA, 2009).

1.2 POLICY CICLE E A IMPLEMENTAÇÃO

Cada política passa por diversas etapas, nas quais reagem de formas distintas diante das coalizões entre os atores envolvidos no processo. Dentre os estágios do ciclo de políticas públicas, escolhemos destacar os que seguem:

1) A primeira etapa, geralmente reconhecida, é a da formação da **Agenda**. Saravia (2006), explica que esta etapa designa o estudo dos fatores sociais que conduzem a designação de status de problema, transformando-o em debate público. Esta fase é descrita por Frey (2000) como ‘*agenda setting*’, em que:

Se decide se um tema efetivamente vem sendo inserido na pauta política atual ou se o tema deve ser excluído ou adiado para uma data posterior, e isso não obstante a sua relevância de ação. Para poder tomar essa decisão, é preciso pelo menos uma avaliação preliminar sobre custos e benefícios das várias opções disponíveis de ação, assim como uma avaliação das chances do tema ou projeto de se impor na arena política (FREY, 2000 p. 227).

2) A etapa da **formulação**, inclui a seleção e especificação “da alternativa considerada mais conveniente, seguida de declaração que explicita a decisão adotada, definindo seus objetivos e seu marco jurídico, administrativo e financeiro” (SARAVIA, 2006, p. 33). A formulação das alternativas é um dos mais importantes momentos do processo de elaboração da política pública, porque é quando se evidenciam as prioridades a serem executadas e é quando se colocam claramente as preferências dos atores, manifestando os seus interesses (RUA, 2009).

3) A etapa de **implementação**, pode ser considerada a mais complexa *do policy cycle* e onde ocorre a continuidade do que foi planejado na formulação da política pública (PARSONS, 2007). É onde se realiza o planejamento e a organização dos recursos humanos, das ferramentas administrativas, os recursos financeiros, materiais e tecnológicos necessários à concretização da política pública (SARAVIA, 2006). Esta fase desperta um olhar especial da *policy analysis*, devido “ao fato de que, muitas vezes, os resultados e impactos reais de certas políticas não correspondem aos impactos projetados na fase da sua formulação” (FREY, 2000, p. 228).

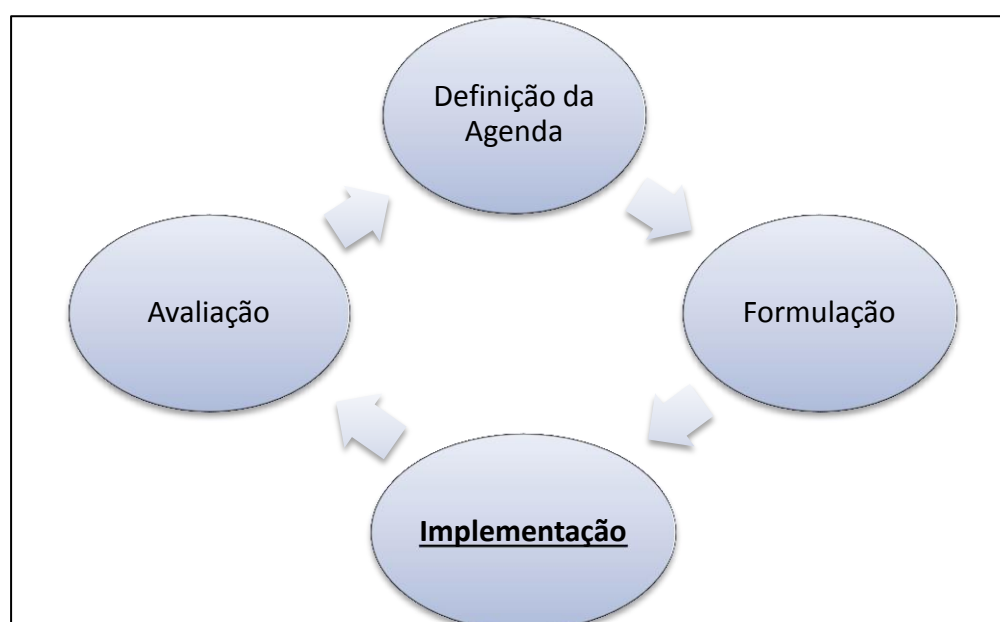
Além disso, a implementação pode sofrer empecilhos de circunstâncias externas ao agente implementador, como falta de recursos financeiros e/ou humanos, fatores burocráticos que paralisam a implementação, dependência de outras esferas governamentais, entre outros (SARAVIA, 2006). Lima e D’Ascenzi (2013, p. 103), explicam que “o sucesso da implementação decorre da clareza dos objetivos, pois é

imprescindível que os implementadores compreendam perfeitamente a política e saibam exatamente o que se espera deles”.

4) Na fase de **Avaliação**, é realizada a mensuração e a análise geral da política pública, dos efeitos produzidos e a relação entre os objetivos esperados (SARAVIA, 2006). Tude (2010, p. 18), contribui ao referir que nessa fase “é possível refletir a relação custo/benefício empreendida na política pública e tentar contornar possíveis falhas de formulação ou execução”.

A seguir, a figura 2, exemplifica como se dividem sequencialmente, as etapas do *policy cycle*:

Figura 2: Ciclo de Políticas Públicas



Elaborado pelo autor. Fonte: Souza (2006) e Tude (2010).

Nos aprofundaremos agora na fase de implementação, no que a literatura nos fornece de subsídios para discutir sobre esta fase da política pública. As produções científicas sobre este assunto, deixam claro que não há implementação perfeita. Sendo esta fase a de maior complexidade no *policy cycle*, na qual a interação entre os agentes implementadores faz com que a política pública adapte-se a lógica do seu implementador e ao estilo⁴ de interações, presentes do local onde está sendo implementada.

⁴ Gabriela Lotta (2010), em sua tese de doutoramento, utiliza o termo “estilos de interação”, para caracterizar como os Agentes Comunitários de Saúde interagem com os usuários durante o processo de implementação.

Assim como os estudos em Políticas Públicas, a análise de sua implementação, também, é um campo de pesquisa bastante recente, que teve os primeiros olhares acadêmicos na década de 70. Vaquero (2007), explica que os estudos nesta área foram iniciados por Pressman y Wildasvsky (1973) que pela primeira vez chamaram a atenção dos especialistas para esta etapa das políticas públicas e fortaleceram sua importância.

Os estudos em implementação tiveram pouca análise de especialistas, porque a princípio o foco era basicamente no processo de tomada de decisão, se acreditava que depois de formulada a política, sua implementação aconteceria obtendo o resultado semelhante ao que se havia planejado (VAQUERO, 2007). Com o passar do tempo, foi-se percebendo uma grande brecha entre o que era formulado e o que era implementado, foi então que as análises em políticas públicas passaram a conceber a importância da etapa de implementação para o resultado final da política.

Lahera (2006) explica que na América Latina, os déficits em políticas públicas não estão na sua elaboração, mas sim, na capacidade dos governos de implementá-las. O autor compreende que essas dificuldades estão atreladas a uma excessiva confiança dos governos em que “*se subestime la debilidad de las instituciones, las fallas de los mercados (que pueden ser imperfectos, segmentados o incompletos) y la importancia de las externalidades*” (LAHERA, 2006, p. 239). Estas dificuldades na implementação, como vimos, ocorrem devido à dependência de inúmeros aspectos externos ao alcance dos agentes implementadores.

As externalidades que implicam no processo de implementação, tornam a política distinta do que foi formulada, esta distinção, segundo Subirats (2006), é baseada em alguns pressupostos chaves:

a) que el decisor o decisores disponen de una completa información de lo que sucede tanto dentro como fuera de la organización; b) que la situación o el entorno en el que se opera es lo suficientemente estable como para que no sea necesaria una reformulación de la decisión en el proceso de su implementación (SUBIRATS, 2006, p. 113).

Os supostos apontados pelo autor, ajudam a explicar as dificuldades encontradas na implementação. Percebemos no caso brasileiro, um Estado burocrático e centralizador, no qual a tomada de decisão e as informações não circulam como deveriam, bem como, a estrutura não se mostra capaz de adaptar-se as mudanças. Neste sentido, Hill e Hupe (2002), indicam que este processo tem sido baseado simplesmente

em realizar, cumprir, produzir, completar, mas os agentes implementadores pouco têm se perguntado sobre o que está sendo implementado.

Para os autores (HILL; HUPE, 2002), a implementação parte do ato de formular o que é preciso ser feito e, então, tomar uma decisão sobre isso, mas é preciso se questionar sobre quem formula e quem implementa. Segundo os autores, a importância destes questionamentos está no fato de que as ideias, opiniões, ou até mesmo a cultura do implementador, muitas vezes, acaba se distanciando da perspectiva de quem formulou a política.

Para Lotta (2010, p. 27) a implementação é vista como o “momento em que as políticas já formuladas entram em ação e são colocadas em prática”. Após entrar na agenda governamental, e ter sido formulada, na implementação é o momento de perceber como esta política funciona na prática; como os atores interagem com as normas impostas pela política; como os implementadores percebem os objetivos da política sendo alcançados, ou sendo encaminhados para um alcance; enfim, é o momento em que a ação do governo penetra na sociedade e provoca algumas modificações no contexto em que está sendo implementada.

Considerando o modelo de análise de implementação de política pública, proposto por Lima e D’Ascenzi (2013), que parte da lógica sequencial das etapas do ciclo, o processo de formulação seria guiado pela lógica política, enquanto a implementação estaria mais centrada nas práticas administrativas, correspondente à execução das atividades. Sobre esta relação entre a formulação e a implementação, Parsons (2007) explica que a formulação da política pública não termina quando ela é aprovada *“La implementación es la continuación de la formulación de las políticas públicas por otros medios”* (PARSONS, 2007, p. 482).

Assim o autor afirma que na implementação a formulação continua ocorrendo, porém sendo operada por outros atores, o que dá uma ideia de construção contínua da política pública, como algo que está sendo planejado desde a criação do problema, que passa “pelas mãos” de quem escreve seus objetivos e sua fórmula, de quem executa suas ações e de quem avalia seus efeitos. Do princípio até a última etapa, passa “pelas mãos” de muitos agentes implementadores.

E na implementação é onde esta interação (agente/política), ocorre de maneira mais intensa, que como explicam Silva e Melo (2006, p. 11) “o implementador toma as decisões cruciais de uma política setorial, a tal ponto que a adesão normativa do implementador de decisões é variável decisiva do seu sucesso. A implementação,

portanto, ‘cria’ políticas: a implementação de políticas constantemente orienta novas políticas”.

Em complemento, Vaquero (2007), explica que outra falha dos governos está justamente em não discutir acerca destas possíveis variações ocorridas no processo de implementação. Ainda, é possível inferir que o tipo de política pode estar relacionado com os seus resultados. Políticas que demandam maior participação de instituições e agentes do seu processo de implementação, podem receber maiores transformações.

Na definição de Olaik e Medeiros (2011, p. 45) “a implementação pode ser vista de forma mais abrangente como um contínuo de política-ação-política”. E nesta definição busco esclarecer o debate sobre o tema. A implementação é a ação da política, mas ainda é a política e seu resultado é político, sendo construída pela interação de agentes, ao longo de processos reflexivos, executivos e avaliativos.

Neste sentido, a análise de implementação de políticas públicas, foi se desenvolvendo, para identificar os fatores que afetam, na execução dos objetivos da política. Que, segundo Sabatier (1979) dividem-se em três categorias:

– A tratabilidade do problema: envolve as questões que tornam mais difícil o enfrentamento do problema, como: o tamanho da população, a extensão territorial, a complexidade do problema, a intensidade da mudança pretendida. É o tipo de problema que pode ser encarado, ainda, na formulação da política (SABATIER 1979).

– Capacidade dos dispositivos legais: esta categoria avalia como problema da implementação, a capacidade política e legal em implementar a política pública. Diz respeito a clareza na definição dos objetivos, as instituições que farão parte do processo de implementação, os recursos financeiros disponíveis, a forma com que os agentes políticos orientam e direcionam a intencionalidade da política pública, as oportunidades locais que podem ser exploradas, os meios de participação dos atores privados. Enfim, tem a ver com o quanto os dispositivos legais irão contribuir para que a política seja implementada e que gere a transformação social pretendida (SABATIER 1979).

– O efeito que as variáveis políticas do contexto geram aos objetivos: que neste caso, o autor apresenta dois efeitos que podem ser conferidos na implementação: i) primeiro, referente a necessidade de apoio político para enfrentar os obstáculos e dialogar com os agentes implementadores e pessoas, que fazem parte do processo, mas possuem interesses diversos aos da política e; ii) se os efeitos sociais gerados pelo alcance dos objetivos da política, terão o apoio do público em geral e dos grupos de interesse (SABATIER 1979).

Sabatier (1979), estabelece cinco etapas, dentro da fase de implementação, com as quais é possível analisar se a política conseguiu enfrentar estes problemas, são elas: os resultados políticos, o cumprimento dos objetivos, os impactos reais nas decisões da agência, os impactos percebidos dessas decisões e uma avaliação das revisões que podem ser feitas no sistema político.

Além destas cinco etapas, esta fase do *policy cycle* pressupõe duas formas diferentes da política ser implementada. Se elas são pensadas no nível superior e implementadas – (*top down*) de cima para baixo –, ou são construídas em baixo e implementadas – (*bottom up*) de baixo para cima (LOTTA, 2010).

Vaquero (2007), explica que a abordagem *top down* começa com a análise da tomada de decisão – que geralmente se apresenta em alguma lei, ou estatuto, portaria – e posteriormente é analisado o grau com que seus objetivos foram alcançados, o tempo necessário e por quem. Para o autor, este enfoque analisa: “a) *el comportamiento de los burocratas y de los grupos objetivo hacia la decisión política*; b) *el logro de objetivos a través del tiempo*; c) *los factores principales que afectan los impactos de la política y sus resultados*, y d) *la reformulación de la política*” (VAQUERO, 2007, p. 145). Percebemos que o modelo *top down*, permite uma análise detalhada dos resultados da política, bem como trabalha com base nestes resultados, que são fortemente estabelecidos pela forma hierárquica de sua implementação.

Na visão de Parsons (2007), o modelo *top down*, possui uma perspectiva essencialmente hierárquica, por ser elaborado com base no modelo de “tipo ideal” de implementação, ou a mais efetiva possível, podendo ser enquadrada no sistema racional. O modelo *top down*, segundo Silva e Mello (2006, p. 8), “centra-se na questão dos mecanismos de controle sobre os agentes implementadores para que os objetivos da política sejam atingidos”, é uma forma normativa de colocar a política pública em ação. Este modelo, “reflete-se nas estruturas tradicionais de governança, enfatizando a separação entre a política e a administração e enfocando o controle e a hierarquia” (LOTTA, 2010, p. 30).

As críticas a este modelo “de cima para baixo” partem da não consistência deste tipo de implementação com os princípios democráticos, no sentido que possibilita poucas oportunidades de discussão, acerca das decisões, no “nível de baixo” (PALLARES, 1988). Esta crítica em relação ao controle hierárquico, se confirma com estudos que indicam desvios no nível mais baixo e pelo fato de que este controle

hierárquico, coordena os processos organizacionais, políticos e tecnológicos que afetam a implementação (VAQUERO, 2007).

Já a visão *bottom-up*, possui um olhar mais longitudinal, com ênfase aos processos e não ao controle, que parte da origem da política e vai acompanhando as mudanças que ocorrem em cada um dos níveis (LOTTA, 2010). É uma perspectiva que compreende a implementação como a interação entre diferentes atores.

Rua (2009, p. 128) explica que o modelo *bottom-up* “propõe que a política seja concebida a partir da base, das percepções das demandas e das experiências de resolução dos problemas desenvolvidos pelos atores situados nos escalões inferiores da administração”. Nesta concepção de baixo para cima, há um favorecimento da participação das bases, o que implica na formulação de uma política daqueles que participam no processo de colocá-la em prática (PARSONS, 2007).

E ainda, podemos complementar que o fato deste enfoque começar o processo de implementação a partir do nível mais baixo, proporciona à organização a compreensão de elementos essenciais para a análise da implementação e possibilita uma maior interação entre os burocratas e quem recebe a política. Este modelo, apresenta uma resposta ao *top down*, no sentido em que propõe um enfrentamento dos problemas da implementação não pela hierarquização, mas sim, por meio da maximização da discricionariedade⁵ onde o problema é mais complexo (VAQUERO, 2007).

Com base nas sobreposições destes dois modelos de implementação, Lotta (2010), levanta dois questionamentos importantes a respeito destas diferenças:

O primeiro é sobre o que os estudos de implementação deveriam fazer: dar prescrição ou descrição? O segundo é se o objetivo dos estudos é desenhar melhores políticas, adquirir maior controle dos resultados ou buscar entendimento do que acontece na prática (LOTTA, 2010, p. 32).

Percebemos uma ideia maior de prescrição no modelo *top-down*, o qual almeja justamente criar normas, prescrever ações, o que gera uma crítica a este modelo, por não ser tão profundo nas suas descrições de processos e suas complexidades. Em contrapartida, o modelo *bottom-up* tende a focar em descrições detalhadas para o entendimento dos objetivos, mas acaba sendo criticado por não prescrever ações para a prática (LOTTA, 2010).

Ao pensarmos em políticas públicas, na área da saúde, o modelo mais utilizado na implementação das políticas é o *top-down*, muito em função da grande

⁵ Discricionariedade, segundo Subirats (2006, p. 114), existe quando um trabalhador tem um âmbito de poder que lhe permite escolher entre diferentes alternativas de ação, ou de não ação.

hierarquização das instituições nesta área, que apesar de buscar uma descentralização, acabam dependentes de uma escala hierárquica no planejamento das ações. Gerschman (2000), problematiza a descentralização das políticas de saúde no Brasil, fazendo um parâmetro do quanto a hierarquização se acentuou nesta área, após os anos 1990:

A descentralização do SUS é operada através de um processo regulatório e escalonado, expresso em normas operacionais básicas cujo objetivo é a definição de passos sucessivos a serem percorridos por estados e municípios, de maneira a operar o sistema de saúde sobre a base de um pacto político cooperativo entre instâncias e instituições específicas e sustentado por procedimentos técnicos. Mas, de fato, o pacto cooperativo não acontece pela sua instituição legal; antes, é condicionado ao *policy making* no setor. Os governos estaduais respondem a uma organização institucional própria e a políticas resultantes da representação de interesses que diferem de estado para estado e entre estes e a União (GERSHMAN, 2000, p. 159).

As Normas Operacionais Básicas (NOB), citadas pela autora, como o próprio nome já nos pronuncia, são normativas, prescritivas em relação aos procedimentos realizados na operacionalização das políticas e diretamente dependentes das esferas governamentais. Na implementação de políticas de saúde, ainda, torna-se mais forte a autoridade setorial na tomada de decisões quanto à distribuição intergovernamental de recursos, como explicam os autores: “as políticas implementadas pelos governos locais são fortemente dependentes das transferências federais e das regras definidas pelo Ministério da Saúde” (SARAVIA; FERRAREZI, 2006, p. 101).

Como consequência deste método de implementação, a discricionariedade no processo faz com que as decisões e ações dos atores que executam as políticas públicas, possua divergências com as interações dos formuladores. Neste sentido, a discricionariedade exercida pela burocracia responsável pela implementação, dependendo da maneira como é operada, gera consequências para o resultado da política (LIMA et al, 2014).

Quando analisamos a implementação de políticas públicas, o papel dos burocratas de nível de rua é fundamental para a compreensão do desenvolvimento desta fase, uma vez que estes agentes são os maiores responsáveis pela implementação. Lotta (2010), baseada na análise pioneira de Lipsky (1980) define estes burocratas da seguinte forma: “Para o autor, os burocratas de rua são funcionários que trabalham diretamente no contato com os usuários dos serviços públicos, como, por exemplo, policiais, professores, profissionais de saúde, entre outros” (LOTTA, 2010, p. 35).

Os burocratas de nível de rua, ou *Street-Level-Bureaucracy* para Lipsky (1980), são aqueles profissionais que irão colocar o governo em ação, por meio da execução das normas estabelecidas pela política pública. Sua interação com a população, leitura e

compreensão dos objetivos formulados e o estilo com que constroem a trajetória da implementação, interferem diretamente nos resultados da política pública.

O papel desses burocratas, conforme Lima e D'Ascenzi (2013, p. 104) “é construído sob duas facetas inter-relacionadas de suas posições: o alto grau de discricção e a relativa autonomia em relação à autoridade organizacional”. São profissionais que irão trabalhar com grande discricionariiedade e que possuem na sua atuação, uma autonomia que lhes permite organizar os próprios métodos de trabalho.

Araújo Filho (2013), apresenta três premissas que definem o trabalho discricionário realizado pelos burocratas de rua:

1. Eles trabalham, em um curso regular de rotina, em interação constante com os cidadãos;
2. Embora façam parte de uma estrutura burocrática, estes funcionários atuam com certa independência dessa estrutura. Um elemento dessa independência é o poder que lhe foi concebido em tomar decisões, ou seja, o poder discricionário inerente a sua função na organização;
3. O impacto potencial de suas decisões para os cidadãos com que lida é significativo (ARAÚJO FILHO, 2013, p. 48).

A discricionariiedade é algo inerente a um sistema de implementação hierarquizado, pois toda delegação de tarefas implica em certa discricionariiedade, sendo que quanto mais complexa seja uma organização, mais aberturas discricionais existirão. Considerando esta perspectiva hierárquica de implementação, os burocratas de rua, mantendo sua discricionariiedade, a capacidade de controle da estrutura hierárquica é parcialmente reduzida, pois na prática, nem sempre o poder real e o poder formal coincidem na gestão pública, o que complica os procedimentos de controle (SUBIRATS, 2006).

Lotta (2010) cita Lipsky (1980) ao explicar a questão da relação entre os agentes implementadores e cidadãos:

O autor afirma que as pessoas chegam aos burocratas de rua como pessoas únicas, individualizadas, portadoras de diferentes experiências de vida, personalidades, expectativas e necessidades. No entanto, quando encontram os burocratas de rua, que são a personificação do Estado, transformam-se em clientes, identificáveis e alocáveis em alguns padrões e categorias sociais. Passam a ser tratados, portanto, de acordo com esses padrões indiferenciados (LOTTA, 2010, p. 36).

Esta reflexão feita por Gabriela Lotta (2010), com base no questionamento de Lipsky (1980), nos ajuda a compreender que como indivíduos, os burocratas de rua recebem as pessoas dentro da subjetividade de cada um, mas como “personificação do Estado” o olhar deve estar direcionado em identificar o que aquela pessoa representa para o Estado. Neste sentido, cito o exemplo dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

na PNAB, que devem cadastrar todos os usuários da sua microárea e manter os cadastros atualizados; acompanhar por meio de visita domiciliar todas as famílias; orientar os usuários quanto aos serviços oferecidos na ESF; desenvolver ações que busquem a integração da comunidade com a ESF (BRASIL, 2011). Percebemos nas funções dos ACS, a visão que Lipsky (1980) descreve em relação aos burocratas de rua, a respeito de uma certa objetividade na relação com os usuários, uma vez que devem buscar nessa relação os dados necessários para “categorizar” o usuário e fazer com que ele possa ser identificado dentro de algum padrão preestabelecido pelo Estado.

Esta dupla personificação do burocrata de rua – como indivíduo e como Estado – reflete a importância do seu papel na implementação de políticas públicas. Como definem Lima e D’Ascenzi (2013, p. 104): “As decisões tomadas pelos burocratas de nível de rua, as rotinas que estabelecem e os dispositivos que criam para lidar com as incertezas e pressões do trabalho efetivamente tornam-se as políticas públicas que implementam”.

Percebe-se que, ao mesmo tempo em que estes burocratas têm autonomia para organizar seu método de trabalho, a política pública que implementam torna-se diretamente caracterizada por suas ações. No entanto, assim como observa Lotta (2010) o olhar para a atuação destes profissionais deve levar em consideração que fazem parte de uma estrutura institucional, organizada e pragmática, e ao mesmo tempo têm o poder de implementar políticas públicas.

A dinâmica de implementação da política pública acentua a importância da burocracia implementadora como variável explicativa da trajetória e da conformação do processo, assim como da política efetivada. O espaço onde ocorre a execução molda-se com a criação de objetivos e estratégias dos burocratas de rua, expressando o poder decisório desses atores (LIMA et. al, 2014).

Diante dessa perspectiva instável da implementação das políticas públicas, algumas pesquisas desenvolvidas nessa temática (LOTTA, 2010; ARAÚJO FILHO, 2013; LIMA E D’ASCENZI, 2013) passaram a entender e explicar o conteúdo político deste campo, através da análise dos resultados e da *efetividade* das políticas. Na próxima seção, examinaremos o conceito de efetividade, para entendermos o que estes pesquisadores buscam no resultado das políticas públicas.

1.3 EFETIVIDADE EM POLÍTICAS PÚBLICAS

A literatura produzida em políticas públicas, tem se dedicado cada vez mais em analisar a implementação e os resultados produzidos com as políticas. Porém, o termo efetividade é pouco mencionado na compreensão dos resultados (essencialmente na perspectiva da política), de modo que torna-se necessário um aprofundamento do debate sobre este termo, analisando seu uso na ciência política e na administração e, principalmente, sua colocação na análise de implementação de políticas públicas.

Partimos da discussão administrativa para introduzir este debate, onde o termo é comumente utilizado em trabalhos relacionados à análise de gestão, em termos econômicos e técnicos, em que Bresser Pereira (2006) critica o enfoque na eficiência governamental, pois acaba não se problematizando a efetividade dos serviços públicos, entendida pelo autor “como o grau em que se atingiu os resultados esperados” (PEREIRA, 2006).

Na administração, o termo efetividade, geralmente vem atrelado aos termos eficácia e eficiência, que segundo Chiavenato (2006, p. 181), definem-se da seguinte forma:

Eficácia consiste em fazer a coisa certa (não necessariamente da maneira certa). [...] O conceito de eficiência relaciona-se com a maneira pela qual fazemos. É o como fazemos, o melhor caminho, o melhor método. [...] Por fim, a efetividade ressalta o impacto, a medida em que o resultado almejado mudou determinado panorama, cenário (CHIAVENATO, 2006, p. 181).

Com esta definição de Chiavenato (2006), situamos o termo efetividade, além do fator econômico considerado na eficiência, ou do fator tempo considerado na eficácia, o que se busca nos resultados, na perspectiva da efetividade, são fatores mais subjetivos, relacionados ao “impacto”, ou a “mudança” gerada no ambiente. Estes termos, utilizados pela administração, e incorporados pela ciência política, para análise dos resultados, são de extrema importância para a compreensão da implementação de políticas públicas, porém a efetividade tem algo mais subjetivo, mais amplo, que permite um panorama mais profundo sob determinado cenário.

É o que Jacometti et. al (2016) explicam ao diferenciar os termos, os autores entendem que as condições materiais para a execução, o ordenamento racional dos fatores, refere-se a eficiência, já a eficácia, relaciona-se com o nível de alcance obtido, num sentido racional, tem a ver com quais/quantas etapas do processo foram

executadas. Contudo, a ação organizacional em si é algo muito raso, de forma que um terceiro ponto a ser analisado nos resultados, “se dedica a compreender por que um determinado conjunto de crenças, valores, práticas e ações foram realizados. Trata-se aí de entender a legitimidade desses elementos como guia, em outras palavras, o que é efetivamente feito” (JACOMETI et. al, 2016, p. 428).

Neste ponto, entramos numa definição de efetividade, que refere-se a elementos de cunho valorativo, que podem ser usados para compreender a legitimidade do processo. A efetividade aparece atrelada a legitimidade. Assim, recorreremos a Bobbio (2009) para entender essa relação entre efetividade e legitimidade, em que o autor refere-se à legitimidade, como algo fundamental para o ordenamento do governo e para mantê-lo no poder:

Uma autoridade de fato constituída é o governo legítimo, o ordenamento coercitivo imposto por esse governo é um ordenamento jurídico, e a comunidade constituída por tal ordenamento é um estado no sentido do direito internacional, na medida em que este ordenamento é em seu conjunto efetivo (BOBBIO, 2009, p. 92).

Ou seja, a legitimidade é constituída à medida que o ordenamento jurídico (as normas sociais) são efetivas nas ações do governo. Ainda sobre legitimidade, Gramsci (1990), contextualiza um dos princípios que regem a legitimidade. O autor explica que o terreno onde ocorrem os “erros” é determinante na constituição da legitimidade dos governantes ou dirigentes. Aqui, o autor traz o exemplo relativo à obediência de soldados militares, que são capazes de demonstrar profundos sacrifícios para cumprir uma ordem, porém, se rebelam quando se sentem negligenciados:

Por exemplo: uma companhia era capaz de jejuar por muitos dias se soubesse que os víveres não podiam chegar por motivo de força maior, mas se amotinaria se uma só refeição não fosse servida por desleixo, descuido ou burocracia (GRAMSCI, 1990, p. 17).

Isto pressupõe a necessidade do poder ser exercido em benefício da classe dominada, para que haja legitimidade e obediência. Entretanto, quando este tipo de legitimidade não se apresenta, o poder político se exerce através da força:

É o poder coativo no sentido mais estrito da palavra [...] enquanto poder cujo meio específico é a força, que é o meio desde sempre mais eficaz para condicionar os comportamentos, o poder político é em qualquer sociedade de desiguais o poder supremo, isto é, o poder ao qual todos os outros estão de algum modo subordinados. (BOBBIO, 2009 p. 163).

Esta contraposição do exemplo de Gramsci a definição do poder político de Bobbio, nos leva a pensar que no fundo os interesses políticos circulam em função da melhor forma de governar, para que se possa conservar o poder. Bobbio (2000)

esclarece o bom governo como aquele em que o governante exerce o poder em conformidade com as leis e em que o governante se vale do próprio poder para perseguir o bem comum.

Ambros (2011) explica que esta dimensão da legitimidade possui uma ênfase na maioria das pesquisas recentes sobre análise de resultados, em especial os desdobramentos dos processos institucionais e de controle. No entanto, alguns dilemas específicos da efetividade, como os aspectos cognitivos e as características relacionais que tiveram impacto na implementação, são pouco avaliados.

Para além do campo da legitimidade, das estratégias do governo para a permanência no poder, o que se espera das políticas públicas, desde o momento de sua formulação, é que estas sejam resolutivas frente a determinado problema social. Para isso, suas ações não se restringem ao campo das categorias jurídicas e institucionais, na seara de estabelecimento de normas e construção de espaços para a execução dos serviços, expande a disseminação de um saber entre a população, uma conscientização acerca do propósito pelo qual aquela política existe. Sechi (2013) discute estas questões ao tratar dos aspectos mais relevantes em uma análise de política pública:

Por fim, uma avaliação com conotação política vai prestar atenção em aspectos da percepção dos destinatários da política pública, a legitimidade do processo da elaboração da política pública, a participação de atores nas diversas etapas de construção e implementação de uma política pública, bem como os impactos gerados para o macroambiente (SECHI, 2013, p. 50).

Ressalto a visão do autor em relação a “percepção dos destinatários da política” e “os impactos gerados para o macroambiente”, para resumir o termo efetividade como o grau em que a política pública conseguiu alcançar seus princípios, gerando algum efeito no contexto social em que foi implementada e garantindo, assim, a legitimidade do governo e dos agentes implementadores.

Ao tratar de legitimidade do governo, trago o conceito de governamentalidade (governo+mentalidade) que Foucault (2010) utiliza:

Por governamentalidade, entendo o conjunto constituído pelas instituições, procedimentos, análises e reflexões, cálculos e táticas que permitem exercer essa forma bem específica, bem complexa de poder, que tem como alvo principal a população, como forma mais importante de saber, a economia política, como instrumento técnico essencial, os dispositivos de segurança (FOUCAULT, 2010, p. 303).

Para o autor, este termo compreende a forma de governar, de exercer o poder, por meio de uma racionalidade específica, que se reflete no território e na segurança da população. A governamentalidade pode ser direcionada ao exercício do biopoder, que

compreende o funcionamento entrelaçado de poder e saber nas sociedades contemporâneas (CASTRO, 2016).

A ação do Governo na implementação de políticas públicas, representa a o efeito do poder e de um saber sobre a população. Implementa-se não apenas um serviço, por meio da ação do Estado, mas também, um saber baseado no objetivo traçado na política, por isso a relação poder-saber na implementação deve ser pensada para analisar a sua efetividade, de forma que a implementação terá que alcançar determinado saber da população, para que possa ser efetiva.

A abordagem de políticas públicas compreende uma discussão com aspectos políticos, jurídicos e administrativos e seu estudo atravessa as ações do Estado na sociedade. Através da análise de políticas públicas, podemos compreender a ação do Estado, que produz transformações nos contextos sociais, podendo modificar, inclusive o entendimento da população sobre saúde e outras questões sociais.

A centralidade nos problemas da implementação e a construção de estratégias para analisar os fatores determinantes na efetividade de políticas públicas são termos centrais na discussão desta pesquisa, com a especificidade na Política Nacional de Atenção Básica. Porém, antes de discutir acerca da empiria destas questões, será necessário percorrer o contexto histórico da agenda de políticas de saúde no Brasil, observando as relações de poder-saber por trás destas políticas, o ponto de partida aqui é delimitado pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira, momento em que as políticas sociais ganham espaço na construção do Estado democrático brasileiro.

Algumas análises apontam para um fracasso na implementação do SUS, diante de uma construção marcada por tentativas de universalidade, porém barradas diante da forte hierarquização na distribuição de recursos para as políticas (MENICUCCI, 2005). Outro ponto importante é o foco na elaboração das políticas de saúde, que inicialmente partiam de uma centralidade nos serviços de urgência/emergência e especialidades, a partir de uma lógica curativista, passam a dedicar um olhar para os cuidados individuais e coletivos na lógica de prevenção e promoção a saúde.

Este contexto histórico-político que envolve a formulação e implementação das políticas de saúde, que construiu uma rede institucional e legal, será analisado no próximo capítulo, para que possamos compreender as especificidades envolvidas nessa área de atuação das políticas públicas.

CAPÍTULO II:

A REFORMA SANITÁRIA, A DESCENTRALIZAÇÃO E A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA NA CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Neste capítulo, pretendo analisar como ocorreu o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, os movimentos políticos que se manifestaram naquele período e a criação do SUS no Brasil. Também, serão analisadas as primeiras décadas de funcionamento do SUS, para compreender os procedimentos institucionais que foram operacionalizados na sua implementação. Por fim, será apresentada a Política Nacional de Atenção Básica, especificamente a Estratégia de Saúde da Família, interpretando o novo modelo de atenção à saúde que é apresentado nesta política, voltado à prevenção e promoção da saúde, um serviço considerado a porta de entrada do usuário no SUS (PAIM, 2009; Mendes, 2012) e que também, pode ser interpretado como uma forma de governo. Para isto, serão utilizadas bibliografias produzidas por teóricos brasileiros que estudaram a saúde coletiva, principal movimento teórico que inspirou os movimentos daquele período e pensadores que contribuem para explicar a governamentalidade desta política pública.

Para compreender o funcionamento das políticas públicas de saúde é necessário um olhar histórico e político sobre o desenvolvimento do modelo de atenção à saúde e as políticas deste âmbito no Brasil. O que se pretende discutir aqui é o pensamento político que construiu as ações da Estratégia de Saúde da Família.

2.1 O MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

Antes de compreendermos os movimentos que deram origem ao SUS e que propuseram uma reforma no modelo de atenção à saúde, precisamos entender a origem deste modelo, de que concepções se partem para definir saúde. A discussão sobre este conceito está relacionada a características que se vinculam a bem-estar social, mas não são passíveis de uma descrição puramente científica. “O conceito de saúde é inseparável

das condições concretas de existência” (CZERESNIA et al, 2013, p. 11), ou seja, está atrelado a aspectos subjetivos, íntimos, ligados principalmente a condicionantes individuais, que não se encaixam nas tentativas científicas de explicar o termo dentro de um conhecimento sistematizado. A relativização destes conceitos se apresenta diante da diferença de perspectiva do sujeito e a da ciência.

Os termos *illness* e *disease* ajudam a esclarecer essa distinção. *Illness* se refere à sensação de estar doente, e *disease* é o conceito de doença na condição de objeto de conhecimento (CZERESNIA et al, 2013). O primeiro termo refere-se à experiência do indivíduo, do seu sofrimento pessoal e o segundo diz respeito a um diagnóstico baseado em critérios técnicos e científicos, de acordo com um saber produzido por um profissional. Os autores (CZERESNIA et al, 2013) recorrem ao que Foucault denominou “formação discursiva” para explicar que a construção deste, e de outros, discursos científicos tiveram como base um saber que compreende o que é possível ser falado acerca das coisas em uma determinada época. Isto explica, por exemplo, porque as práticas médicas obedecem a relações entre diferentes saberes e as relações de poder que admitem o que é possível, ou não ser revelado.

Até o século XVIII, as formas de cuidado com a saúde não contemplavam as questões sanitárias e microbiológicas, o movimento da higiene pública surge no século seguinte e passa a considerar questões de constituição epidêmica, aproximando aspectos geográficos, históricos e sociológicos, levando em conta a condição de vida da população para relacionar com a origem das epidemias e doenças. Elementos como o aumento do processo migratório, o crescimento acelerado das cidades sem uma infraestrutura de higiene pública, o aumento da produção de alimentos e de trabalhadores em condições de insalubridade nas indústrias, passaram a demandar um olhar diferenciado para a saúde da população e, principalmente, para a questão de como organizar a vida e melhorar as condições de saúde nos complexos industriais (CZERESNIA et al, 2013). Aos poucos, surge um olhar diferenciado para a saúde da população, por meio de medidas de combate a mortalidade infantil, proteção aos trabalhadores e a família, maior cuidado com a higiene pública e condições sociais que criaram o fortalecimento dos Estados-Nação e das políticas públicas.

Baseados nestes ideais surge a contracorrente do modelo de atenção à saúde existente no Brasil até o final da década de oitenta, que estava mais preocupado com cuidados paliativos e centrado no modelo hospitalocêntrico, uma lógica de produção de saúde, por meio de cuidados médicos, que acontecia apenas quando o indivíduo adoecia

e necessitava de atendimento especializado. Além do modelo de atenção estar voltado para uma lógica biológica, ou seja, exclusivamente na enfermidade física do paciente, o sistema de saúde brasileiro atendia apenas a população que contribuía para a previdência social através do Instituto Nacional da Previdência Médica Social (INAMPS), somente trabalhadores formais possuíam acesso aos serviços de saúde (PAIM, 2009).

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira surge em resposta à parcela da população que não era contemplada pelo INAMPS, através da proposta de um novo sistema de saúde que fosse universal, que contemplasse demandas sociais e formas de promover a saúde e prevenir agravos de toda a população. O país possuía o Sistema Nacional de Saúde implantado no período do Regime Militar (1964-1984), um modelo de atenção que representava, na verdade, o domínio das instituições previdenciárias.

O governo militar implantou reformas institucionais que afetaram profundamente a saúde pública e a medicina previdenciária. Com a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, concentraram-se todas as contribuições previdenciárias, ao mesmo tempo em que o novo órgão passou a gerir as aposentadorias, as pensões e a assistência médica de todos os trabalhadores formais, embora excluísse dos benefícios os trabalhadores rurais e uma gama de trabalhadores urbanos informais. (BRASIL, 2007, p. 24).

Em 1966, o sistema de saúde existente no Brasil, se limitava ao atendimento oferecido pelo INPS aos trabalhadores formais, porém excluindo os trabalhadores informais, produtores rurais e mais uma grande parcela da população que não gerava contribuição para o INPS. Diante daquele modelo de serviços à saúde excludente, este movimento pela transformação do setor da saúde, fundiu-se com outros movimentos sociais, mais ou menos vigorosos, que tinham em comum a luta pelos direitos civis e sociais percebidos como dimensões imanentes à democracia (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005). Segundo Paim (2008), falar da Reforma Sanitária trata-se de reafirmar o contexto ideológico existente com as lutas sociais do povo brasileiro. A Reforma Sanitária pode ser caracterizada como um movimento de busca por desenvolvimento e atenção social de forma igualitária. Para o autor “o que caracteriza enquanto movimento é o fato de ele aglutinar, além de indivíduos, entidades de diferentes naturezas funcionais, organizacionais e políticas, com uma proposta ético-política visando interesses coletivos” (VAITSMAN apud PAIM, 2008, p. 29).

Os resultados do modelo econômico implantado pela ditadura estavam sendo altos índices de mortalidade infantil, incapacidade de atendimento a um número cada

vez maior de pessoas e crescente dificuldade financeira do INPS em financiar obras e desenvolver os serviços existentes frente ao crescente avanço do desemprego e redução da arrecadação do sistema previdenciário (CONASS, 2007). Foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em março de 1986, em Brasília, que se lançaram os princípios da Reforma Sanitária. Nesta Conferência, que contou com a presença de mais de 4 mil pessoas, evidenciou-se que as modificações no setor da saúde transcendiam os marcos de uma simples reforma administrativa e financeira. Havia necessidade de uma reformulação mais profunda, com a ampliação do conceito de saúde e sua correspondente ação institucional (BRASIL, 2007).

Esta foi a conferência responsável pela criação de um sistema único de saúde, que fosse constituído com base em diretrizes que atendessem à qualidade de vida de toda a população, com a separação total da saúde em relação à Previdência. As contribuições da 8ª Conferência Nacional de Saúde foram inúmeras, em seu relatório final destacavam-se a ampliação do conceito geral de saúde, a saúde sendo estabelecida como um direito de todos, o nascimento de um sistema único de saúde, a contribuição popular nessa construção e a ampliação do orçamento social (PAIM, 2008).

A Reforma Sanitária estava deixando um legado histórico para a constituição de um sistema de saúde que contemplasse as principais dificuldades que a população enfrentava. Este legado não pretendia excluir nenhum dos grupos envolvidos na prestação de serviços, mas sim que fosse trabalhado com a seriedade que a saúde precisa, com a competência técnica de cada profissional e na universalidade de acesso a toda população (ARROUCA apud PAIM, 2008).

A comissão Nacional da Reforma Sanitária, proposta pelo Ministério da Saúde, após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, deveria ser composta de forma paritária, por entidades do governo e organismos populares que faziam parte do Movimento popular em saúde. Entretanto, a comissão foi constituída por 22 representantes, dos quais somente seis eram representantes de organismos populares: Central Única dos Trabalhadores (CUT), a Confederação Nacional dos Trabalhadores (CGT), a Confederação dos Trabalhadores da agricultura (Contag), a Confederação Nacional dos Médicos (FNM) e a Confederação Nacional de Associações de Moradores (Conam). Os demais membros da comissão pertenciam a organismos governamentais, parlamentares, centrais patronais, e a prestadores privados de serviços de saúde (GERSHMAN, 2004).

Um dos resultados da comissão foi que a Constituição Federal de 1988 passou a definir o conceito de saúde, ampliando dimensões antes não consideradas. Saúde passa a

ser o conjunto de fatores como alimentação, moradia, emprego, lazer, educação, etc. e conforme o artigo 196 é direito de todos e um dever Estado (CONASS, 2007). Na sequência, a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, considerada a lei orgânica da saúde, foi criada para regulamentar o SUS em todo o território nacional. A Lei trouxe em seus artigos as reivindicações, objetivos e princípios levantados durante a reforma sanitária e apontados na 8ª Conferência Nacional de Saúde. O Capítulo II desta Lei trata dos princípios e diretrizes do SUS, onde cabe destacar os seguintes:

- I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
 - II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos [...];
 - III – preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
 - IV – igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
 - [...] VIII – participação da comunidade;
 - IX – descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; [...]
- (BRASIL, 1990).

Universalidade, integralidade e equidade, podem ser considerados os três pilares dos princípios que regem o sistema de saúde. Embora em sua denominação encontre-se a palavra “único”, o SUS não é único, mas é “uma mistura de diversas necessidades que emergem de políticas econômicas, sociais e ambientais, além de estar segmentado em diversos ministérios e não apenas na saúde” (PAIM, 2009).

A Lei 8.080/90 de 19 de setembro 1990 trata de disposições acerca da organização e gestão do SUS, além da distribuição das competências nas três esferas de governo, da complementação por planos privados, dos recursos humanos envolvidos e do planejamento financeiro e orçamentário. Porém a participação popular, principal reivindicação nos Movimentos da Reforma Sanitária, foi vetada nesta Lei pelo Governo Collor.

Segundo Gershman (2004), o governo Collor, empossado em janeiro de 1990, não demorou a evidenciar aspectos marcantes de sua política: “as tentativas neoliberais para desmontar as políticas sociais – dentre elas, particularmente, a mais estruturada, ou seja, a Reforma Sanitária.” (GERSHMAN, 2004, p. 180). Então, novamente a comissão da Reforma Sanitária precisou reivindicar que o aspecto democrático do SUS, a participação popular, fosse garantida. Como explica a autora, “diante do veto presidencial fez-se presente uma vez mais a pressão e a articulação da Plenária,

conseguindo do Congresso a apresentação de um novo projeto de lei” (GERSHMAN, 2004, p. 183).

Assim, a Lei nº 8.142 aprovada em 28 de dezembro de 1990, vem agregar à anterior regulamentando sobre a participação popular, sobre as transferências de recursos financeiros e institui as Conferências e Conselhos de Saúde como órgãos de participação e intervenção do usuário nas decisões sobre saúde (CONASS, 2007). A Lei 8.142/90, como mencionado, regulamenta as formas de participação popular no SUS, através de duas instâncias colegiadas:

§ 1º - A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º - O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo (BRASIL, 1990).

A partir das deliberações destas duas leis o SUS tem seus princípios estabelecidos, um sistema universal em acesso a saúde em todo o território nacional, integral em relação a serviços que atendam a qualquer demanda e saúde, equânime ao possibilitar um alcance justo e imparcial a toda população e, por fim, garante que os usuários terão espaço para participar e controlar as decisões a respeito das ações em saúde em todo território nacional. A efetivação destes princípios, levantados a partir do movimento da reforma sanitária, se deram diante de um contexto político de muitas mudanças e reformas, fazendo com que a operacionalização do SUS ocorresse de forma lenta e gradual, imprimindo a descentralização na implementação de tais ações.

2.2 DESCENTRALIZAR PARA IMPLEMENTAR

A Constituição Federal de 1988 garante um aumento expressivo nas ações atribuídas aos governos estaduais e municipais, algo que até então não havia acontecido constitucionalmente no país e trouxe a perspectiva de um Estado responsável em garantir serviços públicos básicos à sociedade. A descentralização amplia a relação

entre os governos e promove uma distribuição de funções, o que faz do Brasil o único país federativo com este modelo de governo (ARRETCHE, MARQUES, 2007, p. 178). O quadro 5 apresenta os principais aspectos da Constituição em que se estabeleceram mudanças relativas ao processo de descentralização política.

Quadro 5: mudanças constitucionais da descentralização

Da Organização do Estado
Art. 18 – Afirmação da autonomia da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.
Da União
Art. 20 – Assegura-se aos entes federativos participação no resultado da exploração de recursos naturais ou de compensação financeira por essa exploração.
Art. 23 – Define competências comuns da União e dos outros entes federativos: saúde e assistência pública; obras e outros bens de valor histórico; acesso à cultura, à educação e à ciência; meio ambiente, florestas, fauna e flora; fomento da produção agropecuária e abastecimento; construção de moradias; saneamento básico; pobreza e fatores de marginalização; concessões de direitos de pesquisa e exploração de recursos hídricos e minerais.
Art. 24 – Define competências concorrentes de legislação por parte da União e dos demais membros, entre elas: conservação da natureza e dos recursos naturais; patrimônio histórico, cultural, artístico, turístico e paisagístico; dano ao consumidor; educação; desporto; previdência social, saúde; assistência jurídica; portadores de deficiência; infância e juventude; direito tributário, financeiro, penitenciário, econômico e urbanístico; produção e consumo.
Dos Estados Federados
Art. 25 – Estabelece as prerrogativas dos Estados (UF) na instituição de regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e microrregiões, constituídas por agrupamentos de Municípios limítrofes, para integrar a organização, o planejamento e a execução de funções públicas de interesse comum.
Dos Municípios
Art. 30 – Estabelece competências legislativas municipais sobre assuntos de interesse local; tributos; aplicação de rendas próprias; organização de território; programas de educação pré-escolar e de ensino fundamental; saúde; ordenamento territorial; proteção do patrimônio histórico-cultural local.

Adaptado pelo autor. Fonte: Goulart (1996).

Podemos perceber uma clara divisão de poderes entre União, Estados e Municípios não apenas em relação à política de saúde, mas também, a cultura, educação, meio ambiente, entre outras políticas que passam a ter competências em cada esfera de governo. As mudanças políticas e constitucionais do período de redemocratização, ao mesmo tempo em que trouxeram avanços para os direitos individuais e fortaleceram os movimentos sociais, dividiram o cenário político.

Ao final da década de 1980 as decisões no campo da saúde no Brasil eram fortemente influenciadas pelos sanitaristas que, guiados por estratégias gramscianas estabelecidas no modelo nacional, concentravam esforços em ocupar as instituições públicas para executar um novo modelo de atenção à saúde (ABU-EL-HAJ, 1999). Em contra partida, o cenário político configurava uma ascensão do pensamento neoliberal, redirecionando muitas instâncias da sociedade, inclusive o processo da reforma

sanitária. O final do governo do Presidente José Sarney representou um período muito difícil para a política de saúde, marcado por muitas barreiras e retrocesso, como a retirada de reformistas da Previdência Social do cenário político (GERSHMAN, 2004).

No governo seguinte não foi muito diferente, na verdade, o Governo Collor fortaleceu a corrente conservadora que se levantava paralelo à reforma sanitária, Paim (2007), cita Faleiros (2006) para explicar a conjuntura política daquele período:

Coincidente com a eleição de Collor, o ano de 1989 foi um momento de inflexão da Guerra Fria, simbolizado pela queda do Muro de Berlim, com o redirecionamento das relações políticas internacionais, mudando-se o conflito ideológico entre socialismo e liberalismo, trazendo uma clara supremacia do pensamento neoliberal, de defesa do mercado e de suas políticas decorrentes. Nesse contexto, o destaque pode ser dado para a redução da presença do Estado na condução das políticas sociais e a consequente transformação destas em políticas residuais compensatórias, promovidas por um Estado mínimo e dito regulador de um mercado soberano e liberalizado (FALEIROS, 2006 apud PAIM, 2007, p. 111).

Gerschman (2004, p. 180), explica que este governo apresentou como fortes características as tentativas neoliberais para desmontar políticas sociais (dentre elas a reforma sanitária) e os escândalos envolvendo a corrupção, afetando o andamento político-sanitário no país. Na sequência, o governo FHC apresenta uma agenda de liberalização e privatização, como explica Sallum Jr. (2013, p. 66) “um conjunto bastante extenso de reformas institucionais liberalizantes, a consolidação do sistema financeiro privado, privatizações de empresas estatais, concessão de serviços públicos à iniciativa privada e disciplinamento das finanças públicas”.

A supremacia neoliberal e o projeto sanitaria dividiram o campo de disputa política na transição para a década de 1990, uma divisão clara entre reformistas e conservadores. Segundo Abu-El-Haj (1999), os reformistas eram o grupo defensor do projeto sanitaria que deu origem ao SUS, precursor de um modelo, visto pelo autor, como socialista, que reforçava a necessidade de um Estado atuante nas questões sociais que influenciavam na saúde da população e, ainda tinha como base um modelo de atenção a saúde pautado na universalidade de acesso e integralidade de serviços, ampliando as responsabilidades do governo com as políticas sociais e de saúde. Já os conservadores representavam elites que defendiam os interesses dos hospitais e das empresas médicas, eram grupos baseados na perspectiva de um Estado mínimo, que abria o campo da saúde para ser conduzido pelos serviços hospitalares e pelos planos privados de saúde. Estas mudanças significativas no Estado demandaram um novo modelo de gestão.

A Reforma da Gestão Pública ocorrida em 1995 é explicada por Bresser Pereira (1997), o então Ministro da Administração Federal e Reforma do Estado (1995-1998), compreendida em três dimensões: a) institucional-legal, que focava na estrutura organizacional do Estado, orientada para a descentralização de poderes; b) uma nova dimensão de gestão, que possibilitava mais autonomia aos governos, ao mesmo tempo em que criava formas de responsabilização e fiscalização, através da administração por resultados e do controle social⁶, o que representa uma mudança em relação aos mecanismos rígidos da administração burocrática; c) com esta “abertura” da participação política, buscava-se uma mudança na mentalidade da população em relação ao governo, uma maior confiança diante do novo modelo de administração gerencial.

Apesar de este modelo de gestão minimizar a centralização e possibilitar maior participação na tomada de decisão em relação às políticas de saúde e de outros setores, sua operacionalização gera críticas a ausência de regras para a transferência de autoridade do governo federal aos estados, o que possibilitou que os governos estaduais influenciassem decisivamente a descentralização, como é explicado por Pereira (2006):

Essas regras conferiram aos estados um poder estratégico para definir os rumos da municipalização da saúde na medida em que esses instituíam políticas, programas e mecanismos que minimizassem ou não os custos fiscais e administrativos da descentralização (PEREIRA, 2006, p. 42).

Surge então, uma questão apontada por Gershman (2004), de que a modalidade de exercício da política do governo federal não está vinculada às particularidades previstas pela reforma sanitária, indicando uma inadequação do Estado ao processo de descentralização. Esta afirmação é explicada pela autora pela forma com que a distribuição dos recursos para a saúde não se desprende do modelo liberal de atenção, ou seja, um modelo condicionado à produção de serviços de saúde, que fortalece a relação médico/paciente.

A ação das secretarias estaduais contribuiu positiva e/ou negativamente para a adesão dos municípios ao SUS, uma vez que a forma hierarquizada de funcionamento da política confere aos executivos estaduais uma série de funções e poder de decisão sobre repasses de recursos e incentivos a determinado modelo de atenção (PEREIRA, 2006). E ainda, condiciona a responsabilidade dos municípios em implementar as políticas que são formuladas a nível federal. Porém as realidades municipais muitas vezes não acompanham as determinações do governo federal, fazendo com que cada

⁶ Apesar do autor citar o controle social como produto da reforma de gestão do Estado, é importante esclarecer que este controle já havia sido estabelecido no ano 1990, com a Lei nº 8.142.

município imprima suas especificidades nos modelos determinados pelos governos federal e estadual.

Em relação a estas propostas reformistas, Bresser Pereira (1998, p. 57) afirma que “a superação da forma burocrática de administrar o Estado revelou-se nos custos crescentes, na baixa qualidade e na ineficiência dos serviços sociais prestados pelo Estado através do emprego direto de burocracias estatais”, apontando para as dificuldades encontradas pela política brasileira para obter êxito nestas mudanças. Apesar de um cenário com poucos resultados positivos nos primeiros anos, algumas experiências, como a do Estado do Ceará na implementação da reforma sanitária revelou que a implementação destas mudanças requerem, entre outras coisas, uma continuidade das suas ações.

Abu-El-Aj (1999), explica que o Ceará, mesmo sendo um dos estados mais pobres da sua região, conseguiu grandes avanços com a descentralização e a reforma sanitária. “Apoiados pelo governo do Ceará, quatro secretários sanitaristas se revezaram no poder, seguindo princípios da reforma e determinando a agenda política de saúde no Ceará” (ABU-EL-AJ, 1999, p. 79), o que o autor traz como exemplo no caso deste estado é a continuidade no processo de implementação, seguindo ao longo de diferentes gestões os mesmos princípios políticos. Assim, no Ceará, foi possível alcançar eficácia administrativa e financeira, enfrentamento do clientelismo, através de novas regras de conduta na seleção dos agentes de saúde e a municipalização no atendimento de saúde, que representou o primeiro lugar do Estado a nível nacional, com 65,77% de municipalização da administração de serviços de saúde, no ano de 1994, paralelo a um processo de facilitação da criação de conselhos regionais e municipais de saúde.

A descentralização surgiu como uma forma de ampliar a participação na implementação de importantes reformas estruturais estabelecidas na Constituição Federal e na Reforma Sanitária. O que se pode perceber, através dos estudos sobre as experiências políticas com estas ações, é que ela depende de uma continuidade no processo de execução que favoreça os princípios deste novo modelo de Estado e que, de fato, realize mudanças comportamentais na forma com que os agentes públicos e políticos planejam e operacionalizam esta implementação.

Em termos práticos, o processo de implantação do SUS ocorreu de forma gradual, cercado por este ambiente político de conflito e de reformas, após sua criação, a operacionalização do SUS se deu por meio de normas disciplinadas pelo Ministério da

Saúde, em que foram deliberadas instruções sobre a execução do sistema de Saúde. No quadro 6 são apresentadas as Normas Operacionais Básicas (NOB) do SUS:

Quadro 6: Normas Operacionais Básicas do SUS

	NOB-SUS/91	NOB-SUS/93	NOB-SUS/96
Objetivos	Instruir sobre a operacionalidade no SUS	Fortalecer a descentralização. Criar comissão intergestora. Municipalizar a gestão com habilitação dos municípios em níveis de gestão: incipiente, parcial e semiplena. E os estados em: parcial e semiplena.	Esta NOB é uma edição das anteriores, buscando estabelecer a mudança do modelo hegemônico de atenção à saúde. Integrar as ações e serviços em três campos de atenção à saúde: assistência, intervenções ambientais e políticas externas ao setor saúde. Amplia duas novas modalidades de gestão. Nos municípios: Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal. Nos estados: Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual.
Deliberações	<ul style="list-style-type: none"> - Conselhos de Saúde - Fundos de Saúde - Consórcios Intermunicipais de Saúde - Relatório de Gestão - Planos de aplicação, - Prestações de contas - Equipara serviços públicos com os privados 	<ul style="list-style-type: none"> - Comissões Intergestores Bipartites (CIBs, estaduais) - Comissões Intergestores Tripartite (CIT, nacional). - e reforça as deliberações da NOB-SUS/91. 	<ul style="list-style-type: none"> - PAB: Piso da Atenção Básica. - PBVS: Piso Básico da Vigilância em Saúde. Financiamento do PAB-fixo: <ul style="list-style-type: none"> - Pronto Atendimento e especialidades básicas - Serviços odontológicos básicos - Vacinação - Planejamento familiar e assistência pré-natal - Pequenas cirurgias ambulatoriais.

Elaborado pelo autor. Fonte: Barrios (2009), Brasil (1991, 1993, 1996).

Podemos perceber um avanço nas deliberações, uma ampliação da descentralização e uma regularização de questões básicas ao funcionamento e financiamento dos serviços de saúde. A NOB-SUS/91 regulamenta os conselhos de saúde e mais uma série de ferramentas de gestão, que possibilitam a atuação do controle social. Através dos relatórios de gestão, planos de aplicação e de prestação de contas é possível um maior controle sobre ações em saúde. A CIT e a CIB, criadas pela NOB-

SUS/93, são importantes espaços de negociação e articulação sobre financiamento e planejamento entre os gestores nas três esferas de governo. A NOB-SUS/96 é a que apresenta maiores modificações, trazendo uma edição das anteriores, importantes diretrizes foram traçadas em relação a mudanças no modelo de atenção à saúde, até então as normas estavam voltadas a questões legais e de financiamento, a partir desta edição, se cria o PAB (Piso de Atenção Básica) e o PAB-Fixo, que são recursos financeiros voltados à Atenção Básica à Saúde.

Ainda sobre as alterações da NOB-SUS/96, esta cria as modalidades de gestão plena nos estados e nos municípios. Esta classificação em modalidades de gestão define os serviços de saúde que serão implementados no município e/ou na região (no caso dos estados), o percentual de repasse de recursos, entre outras especificidades de acordo com cada nível de gestão. Além das NOBs-SUS, a Norma de Assistência a Saúde – NOAS 01/2001 estabelece a gestão plena em Atenção Básica ampliada, gestão do Sistema Municipal, amplia a responsabilidade dos municípios na gestão da Atenção Básica, estabelece um percentual progressivo de contribuição das secretarias estaduais e municipais nos recursos destinados ao financiamento do SUS e cria o Plano Diretor de Regionalização (PDR), que segundo Barrios (2009), busca garantir o acesso de todos os cidadãos aos serviços necessários em qualquer nível de atenção, para isto propõe um desenho de regionalização assistencial, criando também microrregiões e macrorregiões. A regionalização consiste na divisão dos estados federativos em regiões de saúde, desta forma amplia o grau de descentralização no planejamento e na gestão do SUS.

A NOAS definia o desenho de assistência que deveria ser configurado, o papel dos municípios e os serviços a serem disponibilizados, mais uma vez, impondo-os por intermédio da vinculação de recursos, diante do qual as autoras questionavam “se era possível um padrão tão uniforme para uma realidade tão diversa, que engendra em si tantas disputas, como o campo da saúde” (BARRIOS, 2009, p. 30).

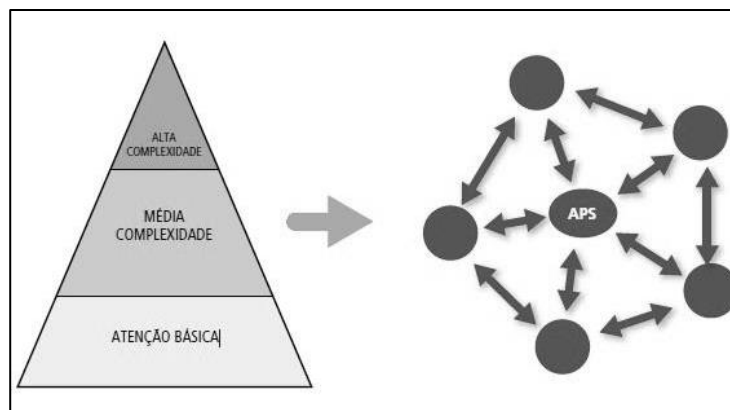
As autoras destacam a imposição do governo em aderir ao novo desenho de assistência, diante da vinculação a recursos, os municípios e estados deveriam passar a organizar o planejamento dos serviços de saúde dentro do desenho da regionalização, como condição ao recebimento de verbas. Devido à dificuldade no cumprimento desta normativa, travou-se uma intensa discussão entre as entidades representativas de gestores, resultando na NOAS 01/2002, com uma edição à primeira, corrigindo as dificuldades e os impasses relacionados à execução, mas mantendo o teor da regionalização e tendo como premissa a hierarquização dos serviços de saúde (BARRIOS, 2009).

Para o sanitarista Eugênio Vilaça Mendes (2012), o principal problema do SUS está no modelo hegemônico e verticalizado de atenção a saúde, que adota medidas curativistas e pouco preventivas. A proposta do autor é a criação das RAS (Redes de Atenção à Saúde) que:

[...] operam de forma cooperativa e interdependente; intercambiam constantemente seus recursos; são estabelecidas sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde, organizando-se de forma poliárquica; implicam um contínuo de atenção dos níveis primário, secundário e terciário; convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funcionam sob coordenação da APS (atenção primária a saúde/atenção básica) prestam atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis; focam-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde; têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; e geram valor para a sua população (MENDES, 2012, p. 47).

A RAS propõe um modelo de atenção à saúde centrado no cuidado básico, na prevenção e promoção à saúde e na integração dos serviços, proporcionando uma rede interdisciplinar e multiprofissional, possibilitando um cuidado muito além do modelo biomédico, horizontalizando as relações e interações entre serviços de saúde, profissionais e usuários. Bem diferente do modelo operacionalizado até então pelo sistema de saúde brasileiro, como é exemplificado na figura 3:

Figura 3: A diferença dos sistemas piramidais e hierárquicos para a RAS



Fonte: Mendes (2012).

O que Mendes (2012) apresenta como Atenção Primária a Saúde (APS) é o que se tem como Atenção Básica no modelo hierárquico. Como podemos perceber, a proposta do autor consiste na centralidade à AB, em um sistema horizontal e não mais hierarquizado e verticalizado. O centro de convergência da rede é a APS, porque os serviços deste nível de atenção – UBS e ESF – são considerados a porta de entrada do

usuário no SUS, por onde o usuário passa pelo primeiro atendimento, onde é feito o reconhecimento das principais demandas de saúde de sua família (MENDES, 2012; PAIM, 2009).

A saúde da família representa o grande ponto de convergência da RAS, por incorporar um trabalho multiprofissional voltado para a aproximação do serviço de saúde com a população do território, refletindo uma valorização da família na agenda de políticas públicas (SCHIMITH et al, 2017). A expansão deste serviço no Brasil passou por períodos iniciais, de 1994 a 1998, quando o Programa Saúde da Família (PSF) atingiu a cobertura de 7% da população brasileira, de 1998 a 2000 passou a 22% e então, em 2004 com o Proesf houve um incentivo do governo federal para que municípios com mais de 100 mil habitantes implementassem equipes de ESF, ampliando a cobertura que atualmente é de cerca de 58,37% da população (SCHIMITH et al, 2017).

2.3 A PNAB E OS PRINCÍPIOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), regulamentada pela portaria n. 2488/2011, prevê uma maior proximidade do serviço de saúde com a vida das pessoas (Brasil, 2011). A ESF, considerada o serviço ordenador da PNAB, é a principal estratégia de reorganização do modelo de atenção à saúde no país; propõe-se a atuar sobre determinantes sociais e reflete uma nova tendência de inclusão da família na agenda das políticas públicas brasileiras (MENDES, 2012).

Porém, antes de se tornar ESF, a história da Saúde da Família começou com o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) em 1991, que foi na verdade, a institucionalização que o Ministério da Saúde realizou, com base nas experiências obtidas com os Agentes Comunitários de Saúde nos estados do Paraná, Mato Grosso do Sul e Ceará no final da década de 1980, que tinham como objetivo realizar um trabalho de coleta de dados, de identificação das demandas de saúde no grupo familiar (VIANA; DAL POZ, 1998). Em 1993, o programa foi expandido, contemplando o trabalho de outros profissionais, buscando contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, abarcando novas dinâmicas de trabalho na atuação das unidades básicas de saúde (MENDES, 2012).

A Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o pacto pela saúde, versa sobre o objetivo da Atenção Básica (AB) da seguinte forma: “Consolidar e qualificar a Estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS” (BRASIL, 2006). Nesta portaria, garante-se o financiamento da AB como responsabilidades das três esferas de gestão do SUS e o termo “centro ordenador”, deve-se ao fato da AB possibilitar o controle dos demais níveis de atenção à saúde do SUS, por se tratar do serviço que oferece o primeiro contato com o usuário e busca minimizar os agravos (BRASIL, 2006).

A ESF compreende um serviço construído preconizando a prevenção de agravos, e a promoção da saúde, são oferecidos os cuidados básicos, encaminhamentos para os demais serviços do SUS, levantamento de dados, trata-se de um serviço que contempla um processo de trabalho com maior impacto na situação de saúde dos usuários e coletividades (MENDES, 2012). A PNAB estabelece que uma equipe de saúde da família deverá ser responsável por no máximo 4.000 (quatro mil) pessoas, sendo que o Agente Comunitário de Saúde deverá atender em torno de 750 pessoas (BRASIL, 2011). As divisões demográficas das ESFs compreendem o território área de abrangência que é o espaço de responsabilidade de uma equipe da ESF e o território microárea que é o território de responsabilidade de um ACS (MENDES, 2012, p. 260).

Toda equipe de saúde da família deve ter sua composição organizada de modo que todos os usuários de seu território possam ser acompanhados por 1 (um) agente comunitário de saúde, 1 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem, 1 (um) enfermeiro e 1 (um) médico e preferencialmente deve ser incluído também 1 (um) auxiliar de saúde bucal (ASB) e 1 (um) dentista. Quanto ao número de ACS por território, deverá ser estabelecido, conforme citado acima, através da divisão de microáreas de modo que o ACS seja responsável por uma microárea que compreenda no máximo 750 usuários (BRASIL, 2011). No quadro 7 são especificadas as atribuições dos profissionais da ESF, conforme o estabelecido na PNAB.

Quadro 7: Atribuições dos profissionais da ESF

Enfermeiro(a): realizar a atenção à saúde dos usuários e famílias cadastradas; realizar consulta de enfermagem; desenvolver atividades programadas e de demanda espontânea; planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS; gerenciar os insumos necessários para o adequado funcionamento da ESF.	Agente Comunitário de Saúde (ACS): cadastrar todos os usuários da sua microárea e manter os cadastros atualizados; acompanhar por meio de visita domiciliar todas as famílias; orientar os usuários quanto aos serviços oferecidos na ESF; desenvolver ações que busquem a integração da comunidade com a ESF.	Médico(a): realizar atenção à saúde dos usuários; realizar pequenos procedimentos cirúrgicos e atendimentos no domicílio, se necessário; encaminhar o usuário para outros serviços da rede, quando necessário; contribuir, realizar e participar de atividades de educação permanente.
Técnico(a) de enfermagem: participar de atividades de atenção realizando procedimentos regulamentados por sua profissão (aplicar vacinas, fazer curativos, aferição de pressão arterial e teste de HGT, etc.); contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente.	Dentista: realizar diagnóstico com a finalidade de traçar o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal; realizar procedimentos clínicos de atenção básica em saúde bucal; acompanhar, apoiar e promover ações voltadas para saúde bucal.	Auxiliar de Saúde Bucal (ASB): auxiliar na limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental odontológico; realizar o acolhimento do paciente de saúde bucal; acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal.

Elaborado pelo autor. BRASIL (2011).

Como percebemos, a saúde da família surgiu como programa e o Ministério da Saúde foi ampliando seu potencial de atuação, até ser considerada capaz de (re)estruturar os sistemas municipais de saúde. A partir das suas estratégias de expansão em 2004 com o Proesf, a ESF torna-se um serviço voltado ao controle e ao cuidado dos usuários assistidos, produzindo uma política que está muito mais próxima do indivíduo e do governo da família.

O serviço traz como princípios a realização de ações de prevenção e promoção a saúde, não se espera que a doença, ou o agravamento a saúde leve o usuário até a ESF, a ESF que vai apresentar estratégias de controle das doenças e/ou agravos a saúde, por meio da criação de um vínculo entre o usuário e equipe de saúde (SILVA et al, 2013). Pode-se resumir este conjunto de ações em controle e cuidado, controle sobre a situação de saúde dos usuários e o cuidado na produção de vínculo afetivo entre a política e a população. Além destes princípios, a ESF pressupõe a participação dos usuários nas reuniões e no planejamento das ações da unidade.

2.3.1 O governo da família

Para adentrar na interpretação dos princípios que cercam o objetivo desta política pública, percebe-se a necessidade de compreender melhor a relação entre a política e o indivíduo, visto a proximidade entre usuário e serviço de saúde que se pressupõe no modelo de trabalho da ESF. Neste sentido, Michel Foucault desenvolve conceitos que podem complementar as análises feitas até aqui por autores da ciência política e da saúde pública. O modelo de trabalho apresentado na Estratégia da Família integra-se aos princípios do *Estado Governamental*⁷, que tem como princípio a produção de vida, um Estado que se constitui por uma tecnologia de poder, denominada por Foucault (2002) como biopolítica.

A biopolítica leva em conta detalhes individuais da população, os processos biológicos e aplica sobre estes processos não mais uma disciplina (como acontecia com o poder Soberano), mas uma regulamentação (FOUCAULT, 2002). A ESF atua na comunidade por meio de estratégias de controle a saúde de indivíduos e comunidades, buscando orientar a população em relação a processos de cuidado que previnam agravos e promovam a saúde. Esta atuação se encaixa nas duas séries da biopolítica:

Temos, pois, duas séries: a série corpo – organismo – disciplina – instituições; e a série população – processos biológicos – mecanismos regulamentadores – Estado. Um conjunto orgânico institucional: a organo-disciplina da instituição, e, de outro lado, um conjunto biológico e estatal: a bioregulamentação pelo Estado (FOUCAULT, 2002, p. 298).

A “organo-disciplina” envolve a atuação sobre os processos individuais, realizada por instituições do Estado em torno da regulamentação de ações sobre o cuidado e o governo de si. A “bioregulamentação” atua sobre a população, englobando normas para o controle e o cuidado coletivo, destinadas a manutenção do fazer viver (FOUCAULT, 2002). O trabalho da ESF busca ampliar a atuação da clínica de saúde convencional e, para além do cuidado com a saúde do indivíduo (a “série corpo” da biopolítica), compreende os “processos biológicos” da população, conciliando um transitar entre o individual e o coletivo.

O diferencial da ESF está no fato de seu trabalho não estar centrado em atendimentos ambulatoriais, mas com foco em atividades de prevenção que podem ser realizadas na comunidade, na rua, na residência das famílias, uma vez que pressupõe

⁷ Que tem por objetivo a população e não mais o território, como acontecia anterior ao século XVIII, que utiliza um saber econômico, que controla a sociedade por dispositivos de segurança (FOUCAULT, 1994).

atendimentos domiciliares. Lancetti (2011) explica o trabalho desempenhado pela ESF, especificamente pelos ACS, por meio do termo *peripatético*, oriundo da escola filosófica de Aristóteles (384-322 a.C.) devido ao sentido etimológico da palavra: passear, ir e vir conversando.

Este termo faz sentido ao entendermos melhor a função do ACS. São burocratas implementadores, responsáveis por colocar em prática, nas famílias dos usuários, as ações de atenção básica a saúde, eles fazem isso “caminhando” pela comunidade, no ir e vir de uma casa a outra, ou em grupos de educação em saúde, realizando um rompimento com os limites da clínica no consultório médico. Porém é um sujeito que reside no território em que atua, portanto é, ao mesmo tempo, membro da comunidade e representação do serviço público, que executa suas ações em visitas domiciliares às famílias do território em que trabalha (LOTTA, 2010).

A regra fundamental do funcionamento das equipes é fazer circular o saber – tanto o técnico e o científico, como o cultural e o popular (LANCETTI, 2011). A ação dos agentes comunitários, devido a sua discricionariedade e proximidade com a comunidade, por serem ao mesmo tempo membros da comunidade e integrantes do serviço, fazem funcionar o que o autor chama de “máquina de produzir saúde” (LANCETTI, 2011, p. 93).

Este transitar *peripatético* do ACS e da ESF faz com que poder-saber circulem pelos espaços de atendimentos dos profissionais que compõe a equipe, seja no consultório, nas reuniões de grupos, ou na rua, gerando uma unidade de governo que atua no cuidado de si e dos outros. Sobre o comum e sobre a comunidade, como explica Lancetti:

“O comum” está aquém do comunitário. A palavra *comunidade* é usada para designar uma unidade moral, que se posiciona acima da população e de suas interações com o poder soberano. O individual se dissolve na unidade da comunidade (LANCETTI, 2011, p. 94).

O olhar da ESF sobre o indivíduo é ampliado pelas questões comunitárias, pelas condições sociais do território atendido por este serviço. O autor (LANCETTI, 2011) ainda explica que a Estratégia da Família não está direcionada a um modelo específico de família, com bases morais ou burguesas, mas no comum que é ativado nesses núcleos sociais.

O controle sobre o comunitário e o cuidado com o individual que a ESF implementa convergem com o objetivo de governo que é descrito por Foucault como:

Governar um Estado será, então, pôr em funcionamento a economia, uma economia a nível do Estado inteiro, isso é, com relação aos habitantes, às riquezas, à conduta de todos e de cada um e ter uma forma de vigilância, de controle não menos atenta que aquela do pai de família sobre a casa e seus bens. (CASTRO, 2016, p. 192 apud. FOUCAULT, 2010).

A ação do governo consiste em atingir todo o território do Estado e, também, todas as suas “coisas” (FOUCAULT, 2010). Castro (2016) explica a noção foucaultiana de governo, expressa em dois eixos: “governo como relação entre sujeitos e o governo como relação consigo mesmo. Governar consiste em conduzir condutas” (CASTRO, 2016, p. 190). Ao pensar em governo como uma forma de conduzir condutas, podemos considerar a estratégia da família como uma forma de governo, uma vez que busca-se orientar/conduzir os indivíduos a adotarem determinadas rotinas de cuidado, condutas que dizem respeito a relação do sujeito com o governo, na figura do serviço de saúde, e consigo mesmo, ao pensar em formas de cuidado de si.

O governo da família, por meio da ESF, representa uma política pública que busca acompanhar o desenvolvimento do indivíduo, em seu contexto familiar e comunitário, desde o nascimento, controlando e/ou conduzindo suas formas de cuidado. Esta concepção da política pública é explicada por Almeida e Siqueira (2017, p. 180) como uma característica da biopolítica em contextos contemporâneos:

Na perspectiva da biopolítica contemporânea, característica das democracias liberais, o que está em jogo é ampliar cada vez mais as capacidades de manipular a vitalidade, o desenvolvimento, o metabolismo, os órgãos, o cérebro. É a própria vida que se torna foco do governo (ALMEIDA; SIQUEIRA, 2017, p. 180).

A vida como foco do governo, na ESF vai se destacar pelo controle de taxas de natalidade e reprodução, propagação de doenças crônicas, infecção por doenças sexualmente transmissíveis, tratamento adequado para superação, ou estabilização destas enfermidades, atividades de orientação sobre o cuidado com o corpo e promoção a saúde. O governo da família busca um controle das condições de adoecimento individual e coletivo e a via utilizada para a realização deste controle é o cuidado, por meio da aproximação do Estado ao núcleo familiar, com serviços que estabelecem vínculos capazes de produzir vida.

A discussão percorrida neste capítulo está dentro do debate teórico e institucional acerca da saúde da família, uma política pública que vem se constituindo lentamente no Brasil, guiada por princípios de igualdade e equidade de acesso a serviços de saúde, buscando uma forma de gerar menor custo e maior resolutividade para o Estado na garantia deste direito constitucional. No próximo capítulo será discutido o

processo de implementação da ESF no município de Santa Maria/RS, desde o princípio do programa que gerou incentivos para que os municípios aderissem a este modelo de trabalho, reconstituindo os procedimentos necessários para a habilitação das equipes no município estudado, até os principais conflitos que permeiam a implementação desta política.

CAPÍTULO III:

UM OLHAR PARA O QUE É BÁSICO: AS ESPECIFICIDADES NA IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM SANTA MARIA.

[...] Vai enxergar o indivíduo como um todo, no seu contexto inserido, no seu contexto socioambiental e rompe com aquela visão de atenção à saúde só biológica e individual... Porque a gente não é um indivíduo isolado, a gente faz parte da comunidade e a família tá inserida ali. (Hellena Villagra, entrevistada CMS).

Como visto no capítulo anterior, controle e cuidado individual e coletivo fazem parte da saúde da família que teve sua consolidação através do Proesf, um programa federal que disponibilizava recursos financeiros e recomendações para os municípios habilitarem equipes de ESF. Diante da disponibilidade financeira e das recomendações do Ministério da Saúde, o município de Santa Maria inicia o processo de implementação desta política no ano de 2004.

Neste capítulo, pretendo analisar o processo de implementação da Estratégia de Saúde da Família no município de Santa Maria, construindo o recorte histórico-institucional que constitui a política pública nesta cidade. Compreender como o município concebeu os princípios da saúde da família e direcionou suas ações para o alcance destes princípios. A realidade municipal, também possui particularidades que envolveram os primeiros feitos da implementação, como será apresentado por meio da pesquisa documental em planos municipais de saúde, relatórios de gestão, resoluções do Conselho Municipal de Saúde e documentos de processos judiciais, produzidos a partir do início da implementação.

Além da pesquisa documental, nesta etapa do estudo, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com quatro conselheiras(os) de saúde que estão atuando no controle social do município desde o ano de 2004 e, que participaram da comissão responsável pela habilitação das primeiras equipes. As entrevistas são balizadoras para a compreensão das ações políticas ocorridas neste processo de municipalização e implementação da política pública.

3.1 OS CAMINHOS E OS LUGARES DA PESQUISA

Os caminhos desta etapa da pesquisa seguiram com o que foi estabelecido na metodologia, onde se propõem a realização de uma pesquisa documental, com o objetivo de traçar o histórico institucional percorrido para a implementação da ESF em Santa Maria. Para adentrar neste campo de estudo, a participação nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde (CMS), foi fundamental para a compreensão do funcionamento da rede municipal de saúde. O CMS é um espaço de ampla discussão política, aberto a comunidade e onde foi possível compreender com maior clareza o funcionamento das políticas de saúde neste município e a proximidade com o Conselho, ainda, permitiu o contato com os e as conselheiros e conselheiras de saúde, estreitando o diálogo para a realização de entrevistas. Além das observações nas reuniões do CMS e das entrevistas, foram analisados os documentos citados no Quadro 1 (página 22).

Santa Maria é um município de porte médio, segundo estimativas do site do IBGE⁸ em 2017, possui cerca de 278.445 habitantes e devido a sua localização na região centro-oeste do Estado é considerada o “coração do Rio Grande”, um dos maiores municípios do interior e referência em saúde e educação para os municípios do seu entorno. Santa Maria é sede da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS e atende usuários de mais 32 municípios da região, sendo referência em algumas especialidades médicas e serviços hospitalares.

Com o desenvolvimento das estradas de ferro no país, no século XX, a cidade passou a ser conhecida como “cidade ferroviária”, devido a grande importância que este setor representou para o seu desenvolvimento. Com a implantação da ferrovia, Santa Maria tornou-se uma das cidades de maior destaque no estado, devido a sua localização na região central, muitos viajantes acabavam passando por Santa Maria no caminho até a fronteira, isto fez com que muitas pessoas se deslocassem para a cidade em busca de emprego e melhores condições de vida (PORTO, 2006).

Além disso, a Viação Férrea foi disparadora para a criação de serviços públicos no município, em 1913 foi criada a Cooperativa dos Empregados da Viação Férrea, que investiu na educação através da criação da Escola de Artes e Ofício (1922), denominada posteriormente Ginásio Industrial Hugo Taylor (1934). No setor da saúde, a

⁸ <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/santa-maria/panorama> (acesso em 11/10/2017).

Cooperativa foi responsável pela criação da Casa de Saúde (1932), um centro de assistência médico-hospitalar, ainda existente no município e que possui grande importância para a cobertura de usuários pelo SUS (Plano Municipal de Saúde, 2004).

Santa Maria, ainda é uma “cidade universitária”, possui quatro faculdades e três universidades, dentre elas a Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), que são instituições de ensino que acabam sendo motivo de imigração de muitos estudantes para o município, além de ser um dos principais mecanismos de movimentação da economia local, juntamente com as instituições militares e os demais órgãos públicos que aqui estão localizados. O município não possui muitas indústrias, de forma que a base de sua economia vem do serviço público, do comércio local, prestação de serviços e pecuária (Plano Municipal de Saúde, 2004).

Atualmente o município dispõe de 16 equipes de Estratégias de Saúde da Família, alocadas em 13 estruturas físicas; 19 Unidades Básicas de Saúde; 04 Centros de Atenção Psicossocial - CAPS (2 CAPS álcool e drogas, 01 CAPS Infantil e CAPS I adulto de transtornos); 01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); 01 Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA); e um Centro de Especialidades, além de serviços de apoio.

Os dados estabelecidos nos planos municipais de saúde, que a princípio, esperava-se que fossem as principais fontes de informações sobre a implementação da ESF, não possibilitaram uma compreensão específica sobre a Estratégia de Saúde da Família. Os planos municipais de saúde trazem poucas informações sobre os serviços de atenção básica, restringindo-se a dados epidemiológicos e quantitativos e ainda, não seguem a mesma estrutura de dados, por exemplo, não foi possível traçar um quadro com o demonstrativo das receitas e despesas com a Atenção Básica, pois só haviam tais informações no primeiro plano (2004-2008), o mesmo aconteceu com as taxas de mortalidade infantil apresentada apenas no plano 2004-2008 e de miséria apenas no plano 2009-2012.

Diante desta dificuldade na obtenção de dados nos planos municipais de saúde, a participação em reuniões do CMS possibilitou o entendimento acerca dos pontos mais importantes durante o período de implementação das equipes de ESF. As reuniões acontecem a cada quinze dias, em um auditório da Câmara Municipal de Vereadores, onde os conselheiros deliberam sobre as decisões do executivo municipal, organizam pautas para reuniões com os conselhos locais (localizados nas associações de alguns

bairros da cidade), apreciam documentos de prestação de contas, organizam as conferências municipais, entre outras pautas referentes à atuação do controle social.

Percebe-se um acolhimento do CMS a usuários, pesquisadores, ou pessoas interessadas somente em assistir as reuniões, no geral os conselheiros(as) são muito receptivos e abertos a discussão com a comunidade. Em uma das reuniões foi exposta a dificuldade do Conselho em atrair conselheiros(as) que permaneçam e atuem por um logo período, isto se justifica, por alguns, devido ao caráter voluntário deste tipo de trabalho.

Houve a participação em 12 reuniões, onde foi possível criar uma aproximação do pesquisador com os(as) conselheiros(as), permitindo que as entrevistas ocorressem como uma conversa em que os entrevistados contaram a história da ESF. Foram escolhidos(as) quatro conselheiros(as) para serem entrevistados, a escolha se deu a partir da identificação daqueles que estavam atuando no conselho desde o começo da implementação das equipes de ESF, sendo que dois entrevistados(as) fizeram parte da comissão que coordenou a seleção dos profissionais e o planejamento para a territorialização das áreas que seriam cobertas pela saúde da família.

As entrevistas foram realizadas na sala do CMS, na secretaria municipal de saúde e permitiu perceber claramente o alcance da saturação teórica⁹ após a quarta entrevista, ou seja, os eventos e informações relatados se reafirmavam, confirmando a saturação dos dados. Afim de preservar a identidade dos(das) conselheiros(ras) que participaram da pesquisa, os nomes atribuídos são fictícios, retirados do “Livro dos Abraços” de Eduardo Galeano, escolhido por estar presente na rotina literária que inspirou o pesquisador ao longo do estudo.

Após o período de redemocratização do país e com o início da implementação do SUS, os Conselhos Municipais de Saúde passaram a ter papel fundamental na gestão participativa dos serviços de saúde, em cumprimento a Lei nº 8.142/1990, que versa sobre a participação popular no SUS. Criado a partir da Lei municipal nº 3.355, de 19 de setembro de 1991, o Conselho Municipal de Saúde de Santa Maria possui, desde sua origem, uma relação conflituosa com a Secretaria de Saúde:

[...] Desde a sua criação, porque o prefeito nunca admitiu que houvesse conselho na época, daí a Câmara de Vereadores fez o projeto de lei que criou o conselho, independente do executivo, o prefeito vetou e pela primeira e única vez na história de Santa Maria a Câmara de Vereadores derrubou o

⁹ A amostragem e a integração de material adicional são completadas quando a ‘saturação teórica’ de uma categoria ou grupo de casos foi atingida, isto é, nada novo emerge mais (FLICK, 2013, p. 81).

veto do prefeito e instituiu-se o conselho, então começamos mal. (Claribel, entrevistada do CMS).

Anos após a Câmara de Vereadores ter criado a Lei municipal que instituiu o Conselho de Saúde, o Tribunal Regional apontou a irregularidade na criação, referente ao fato do projeto de lei ter tido origem na Câmara de Vereadores, enquanto o correto seria a sua promulgação pelo poder executivo. Fez-se, então, uma alteração pela Lei nº 5.875 de 30 de maio de 2014, elaborada pelo executivo e que instituiu o papel deliberativo do Conselho de Saúde na execução e avaliação das políticas de saúde no município.

A constituição do Conselho é composta por representação paritária das entidades, 50% usuários, 25% trabalhadores e prestadores de serviço de saúde e 25% governo e entidades formadoras. Atualmente possui representações de 33 entidades, distribuídas por segmento, como exemplificado na tabela 1:

Tabela 1: composição do CMS de Santa Maria

Segmento	Nº de representações
Usuários	16
Trabalhadores	8
Prestadores de serviço	3
Governo	1
Entidades formadoras	3

Elaborado pelo autor.

Dentro destes segmentos, as representações de usuários referem-se à associações comunitárias e sindicatos, os representantes dos trabalhadores são os conselhos e associações profissionais, instituições prestadoras de serviço de saúde e o terceiro segmento é composto por representantes de instituições de ensino e pelo gestor da secretaria de saúde, o qual é membro nato e compõe a mesa diretora.

Identificados os caminhos percorridos e as instituições que fizeram parte desta etapa da pesquisa, podemos partir para o início da implementação. Com base nos relatos das entrevistas e nas informações identificadas nos documentos analisados, o marco histórico da implementação da ESF em Santa Maria ocorreu quando o Prefeito Valdeci Oliveira, do Partido dos Trabalhadores (PT), promulgou a Lei municipal nº 4.721/2003, que previa a criação de 44 equipes de ESF. A promulgação desta lei se deu devido à perspectiva política existente no país para a criação do Proesf, de fato ocorrida no ano seguinte, em 2004.

3.2 COMO TUDO COMEÇOU: OS PRIMEIROS PASSOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA.

A Lei Municipal nº 4.721, institui o Programa Saúde da Família em Santa Maria e pactua com os princípios do Proesf:

- a) Processo de descentralização;
- b) Integralidade e hierarquização nos serviços;
- c) Territorialização e cadastramento da clientela;
- d) Participação e controle social;
- e) Atuação com base em equipamentos multiprofissionais. (Lei municipal nº 4721/2003).

A partir desta Lei o município prevê a criação de 44 equipes de profissionais para a atuação no PSF¹⁰, estipulando que seriam implementadas gradativamente até o ano de 2007, sendo compostas por uma equipe mínima de: 1 médico(a), 1 enfermeiro(a), 1 técnico(a) de enfermagem e de 4 a 6 Agentes Comunitários de Saúde, podendo ser acrescidas com a equipe de saúde bucal, 1 dentista e 1 Auxiliar de consultório dentário (Lei municipal nº 4.721/2003).

Esta previsão de 44 equipes é explicada em uma das entrevistas:

[...] Ter uma ascendência até chegar as 44, que era o x por cento da população, atingindo essa cobertura pra conseguir alguns benefícios que vinham se tu tivesse 70% da população coberta. Isso depois caiu, mas quanto mais tu tinha, maior era o incentivo (Helena Villagra, entrevistada CMS).

No ano seguinte a publicação desta lei em Santa Maria, o Governo Federal institui o Proesf que é um projeto de expansão e consolidação da Saúde da Família, criado pelo Ministério da Saúde, no ano de 2004, por meio da Portaria nº 2.023/2004, que “Define que os municípios e o Distrito Federal sejam responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica”, e que teve apoio do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). São dispostos pelo Proesf, recursos financeiros e de educação permanente para a habilitação e estruturação das equipes de ESF em municípios com população acima de 100 mil habitantes. Traz como objetivos: Avanços no processo de descentralização; Integralidade e hierarquização dos serviços; Territorialização e cadastramento da clientela; Participação e controle social e; Atuação com base em equipes multiprofissionais (BRASIL, 2003).

¹⁰ Na época o nome de Programa de Saúde da Família – PSF.

Seu planejamento inicial contava com uma previsão financeira de US\$ 550 milhões, em que metade foi financiada pelo BID e a outra metade pelo Governo Federal (BRASIL, 2003). A grande questão por trás do Proesf é que ele atuou como apoio à conversão do modelo de Atenção Básica nos grandes centros populacionais do país, por meio da implementação da Estratégia de Saúde da Família. Em municípios como Santa Maria, a proposta era de habilitar equipes de ESF para atuar juntamente com as UBS (Unidades Básicas de Saúde), ou em substituição ao modelo de trabalho da UBS.

As distinções entre a UBS e ESF não são inteiramente claras nas portarias e cartilhas que orientam a Atenção Básica. Porém é possível inferir o papel gerencial que a ESF possui na AB, a partir de especificidades apresentadas na sua definição:

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo Conass e Conasems, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012).

A UBS é entendida como uma unidade de livre demanda, enquanto a ESF trabalha com demanda induzida e nesta fala de uma das conselheiras entrevistadas pode-se entender suas distinções:

A saúde da família ela viria com o objetivo de reorganizar e redirecionar o modelo de atenção à saúde, nós tínhamos um modelo do município, como os demais da época que era voltado pra livre demanda, as pessoas procuravam quando se sentiam adoecidas, ou a busca de algum cuidado de saúde. E a estratégia de saúde da família que na época era Programa de Saúde da Família, o PSF, o objetivo era inverter esta lógica [...] as equipes fariam o papel de indutoras de ações de saúde e não só de busca de adoecimento, de tratamentos pra casos de adoecimentos (Ruth Bedict, entrevistada do CMS).

Nota-se a diferença entre a UBS e a ESF em relação ao modelo de trabalho. Enquanto a UBS representa um serviço que recebe os usuários e atende demandas imediatas, a proposta de mudança trazida pela ESF consiste em buscar estas demandas, ir até a comunidade e conhecer as famílias, descobrindo, assim, as principais causas de adoecimento dos indivíduos do território.

Ainda no primeiro semestre do ano de 2004, o município criou uma comissão para planejar a habilitação das equipes de ESF. Até então só existiam UBS e EACS (Equipes de Agentes Comunitários de Saúde) no município. Com o Proesf foi possível ter recursos para o financiamento do quadro de profissionais que viriam a atuar nas equipes.

Então nós elaboramos esse projeto, com base de implantação de inicialmente nove equipes e dentro dos moldes que o Ministério da Saúde... das portarias né? Que o Ministério da Saúde oferecia. Então qual era o princípio desse projeto? Era que a estrutura... a saúde da família, ela viria com o objetivo de reorganizar e redirecionar o modelo de atenção a saúde (Helena Villagra, entrevistada CMS).

Esta “reorganização” e “redirecionamento” do modelo de atenção, tem a ver com a proposta de trabalho diferenciada que era trazida pela ESF. No projeto de implementação da ESF, apresenta-se as principais diferenças desses modelos de trabalho:

Quadro 8: Aspectos diferenciais no modelo de atenção

Modelo anterior a 2004	Saúde da Família
Centra a atenção na doença	Centra a atenção na saúde
Atuação sobre a demanda espontânea	Atuação sobre a demanda espontânea e organizada
Ênfase na medicina curativa	Ênfase na integralidade da atenção
Trata o indivíduo como objeto de ação	Trata o indivíduo como <i>sujeito integrado</i> a família e a comunidade
Baixa capacidade de resolução de problemas	Otimização da capacidade de resolução dos problemas de saúde.
Saber e poder centrado no médico	Saber e poder centrado na <i>equipe multidisciplinar</i>
Ações do setor saúde	<i>Ações intersetoriais</i> – educação, saneamento, habitação, segurança, meio ambiente...
Baixo vínculo dos profissionais e serviços com a comunidade	<i>Vinculação efetiva da equipe com a comunidade</i>
Alto custo-benefício das ações e serviços	Otimização do custo-benefício das ações e serviços.

Fonte: Projeto de implementação do PSF em Santa Maria.

Nota-se, nas ações propostas pela saúde da família um novo modelo do campo da saúde, baseado em uma estrutura que compreende quatro conjuntos de fatores condicionantes a saúde. O patrimônio biológico, que está ligado a questões físicas e mentais de base biológica que fazem relação com o desenvolvimento e amadurecimento do organismo humano; As condições sociais, que referem-se a fatores econômicos e ambientais que determinam as circunstâncias e o desenvolvimento da vida de cada indivíduo; O estilo de vida, que compreende questões de maior controle individual, ou de hábitos pessoais e culturais, como fumar, beber, fazer dietas, praticar exercícios físicos, etc.; O quarto fator, refere-se aos serviços de saúde, a forma como a sociedade se organiza, por meio de um sistema de saúde que vai cuidar dos agravos da população (BUSS; CARVALHO, 2012).

Os três primeiros condicionantes mencionados pelos autores acima, podem ser identificados na forma de trabalho diferenciada que se apresenta na ESF, propondo uma relação com a comunidade, não mais centrada no adoecimento individual, mas ampliada às questões ligadas a família e a comunidade com um todo, demandas estas que não são exclusivamente biológicas, ou patológicas. O quarto condicionante aponta, também, para uma mudança na organização dos serviços de saúde, que na proposta da ESF percebemos o destaque para a uma circulação do poder/saber entre a equipe, não estando mais centrado no profissional médico, bem como uma ampliação das ações em que se torna possível um diálogo com outros serviços da rede de saúde, além da busca por uma melhor relação custo-benefício dos atendimentos ofertados.

Por se tratar de um modelo completamente novo, sua construção foi realizada prevendo a participação da comunidade na elaboração das estratégias de ações:

Antes a população praticamente não participava do processo de ações das Unidades, ela ia e buscava o serviço e terminou ali. E nas equipes de saúde da família, um dos princípios era a participação da sociedade na organização e na implementação dos cuidados. Então as equipes, elas trabalharam muito na... com as comunidades pra organizar as ações de saúde (Helena Villagra, entrevistada CMS).

Neste sentido, a participação tem um diferencial na implementação, “trabalhar na” é diferente de “trabalhar com” as comunidades. Apesar de identificarmos fortes elementos da implementação *top down*, por se tratar de um processo de trabalho criado e estruturado na maior esfera de governo, sua execução e planejamento no nível local da política, ocorrem com a participação dos atores que serão atendidos pelas ações propostas e, também, com a participação dos agentes burocratas que trabalham na sua execução. Ou seja, é uma perspectiva de implementação que compreende a interação entre os diferentes atores, que possui ênfase nos processos e não no controle e que se molda as necessidades de cada território.

Diante disto, caberia inferir que a implementação da ESF em Santa Maria se aplica ao modelo *bottom-up*, pois como explica Parsons (2007), a concepção de baixo para cima favorece a participação das bases no processo de colocar a política em prática. A participação da comunidade e dos trabalhadores na execução da política foi uma preocupação durante a implementação, como se observa:

Nós fizemos um movimento belíssimo com as comunidades, enquanto eu cuidava de uma parte outro cuidava de outra e assim se construiu um movimento muito amplo, muito qualificado de relação do SUS com a população (Claribel, entrevistada CMS).

Cientes deste novo modelo de atenção à saúde que se apresentava para ser implementado, com respaldo financeiro do Ministério da Saúde, a comissão de implementação da ESF parte para a seleção dos profissionais que iriam trabalhar nas primeiras equipes.

3.2.1 A contratação das equipes

O plano municipal de saúde, do período 2004-2008, publicado em agosto de 2004 trazia a seguinte afirmação:

No primeiro semestre de 2004 foram implantadas 9 equipes de Saúde da Família. Está prevista a implantação de mais 16 equipes, sendo que 6 delas contarão com cirurgiões-dentistas e auxiliares de consultório dentário. O processo de organização e gestão da atenção básica está em fase de estruturação para que os serviços de saúde possam se efetivar de forma compatível com lógica preconizada pelo SUS e defendida pela Secretaria Municipal de Saúde (Plano municipal de saúde 2004-2008).

Como é exposto no plano de saúde, após a publicação do Proesf e da Lei municipal foi elaborado o projeto de implementação da ESF e partiu-se para a contratação dos profissionais que iriam compor as equipes. Neste ponto, as orientações apresentadas pelo Proesf indicavam que os profissionais contratados deveriam, preferencialmente, possuir formação em saúde da família, devendo passar por um treinamento introdutório sobre as áreas temáticas deste campo de trabalho, bem como um apoio e monitoramento das atividades desenvolvidas por estes profissionais e um incentivo a inovação dos currículos dos cursos de enfermagem e medicina, contemplando as ações em atenção básica. As orientações para a operacionalização desses componentes eram direcionadas para a realização de processos seletivos para a contratação dos recursos humanos (BRASIL, 2003).

Há indicativos, por parte dos entrevistados, de que a recomendação do Ministério da Saúde era para que a contratação dos profissionais fosse feita por meio de regime celetista através do Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS):

O processo de contratação: as equipes foram contratadas pelo consórcio intermunicipal de saúde, que era o CIS e que existe até hoje, porque que houve essa opção de parte da gestão municipal da época? Porque o gasto com recursos públicos já estava no limite da lei de responsabilidade fiscal e o Ministério da Saúde, ele previa a possibilidade de contratação com empresas terceirizadas e o consórcio, na época, ele era... E é até hoje uma forma de terceirização de serviço. Então as equipes foram contratadas, elas não foram

concuradas pelo município, elas foram selecionadas e contratadas via CLT, por esse sistema do consórcio.

A seleção das equipes teve participação da secretaria de saúde, da 4ª coordenadoria, da câmara de vereadores e do conselho municipal de saúde, que eu me lembro (Ruth Benedict, entrevistada CMS).

Então, a forma de contratação se deu por meio de processo seletivo que, segundo o Projeto de implementação, era dividido em duas etapas, uma prova de títulos com análise de currículos, em que foram pontuados candidatos com residência/especialização em saúde pública, coletiva e/ou saúde da família e na segunda etapa do processo seletivo foi realizada uma entrevista com os candidatos aprovados na primeira etapa. A banca do processo seletivo, como mencionado pela entrevistada, era composta por um representante da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, dois representantes da Secretaria Municipal de Saúde, dois representantes do Conselho Municipal de Saúde e um representante da Câmara de Vereadores.

A forma de contratação terceirizada gerou os primeiros conflitos na implementação da política:

Era visto, era identificado como uma estratégia boa, como uma estratégia que possibilitava tu mudar o modelo de atenção, né? E que tudo isso... não tinha dúvida em relação a isso. O questionamento que ficava, principal, e muito por conta nossa, das entidades ligadas ao movimento sindical, era a questão do vínculo empregatício, que naquela época era terceirizado, era obrigado a ser terceirizado, se não fosse terceirizado não poderia aderir a proposta do Ministério, não se enquadrava.

[...]

Ou é assim, ou não recebe recurso, então as pessoas preferiram fazer assim, sem questionar do que dizer “não a gente que tenta fazer diferente, pensa num outro jeito diferente”, não houve isso, houve simplesmente “vamo aderir e pronto!” (José Carrasco, entrevistado CMS).

Por alguns, a questão da terceirização era vista como uma forma de dar andamento ao processo de implementação, que seria mais demorado e, talvez até, barrado pela Lei de Responsabilidade Fiscal, caso fosse feito concurso público. Porém, ficava a reflexão de outros:

Aquele que vai tá lá na ponta, que vai tá lá sabendo de toda a realidade de saúde e convivendo com tudo isso, essa pessoa seria terceirizada, essa pessoa ficaria completamente sem o amparo do Estado, então é tipo botar um trabalhador pra ver tudo quanto é tipo de coisa ruim e tu não dar nada de proteção pra ele, [...].

Nós acreditávamos no programa, o programa tinha que acontecer mesmo, mas a forma de contratação não pode ser terceirizada, tinha que ser por concurso público. Diziam “ah, vocês são contra o programa, não sei o que, não sei o que” e a gente insistindo de que não (José Carrasco, entrevistado CMS).

A discussão acerca da terceirização, geralmente vem cercada de pressupostos relacionados à precarização do trabalho, não cabe a esta pesquisa uma análise mais

aprofundada sobre o tema, no entanto, percebe-se esta forma de contratação como uma característica do programa de governo do Partido dos Trabalhadores. Andreta (2015), apresenta uma análise importante para entendermos aquele período: “Os governos do PT triplicaram a média anual de empregos gerados no governo anterior, contudo, grande parte desses postos de trabalho representam forma de contrato que, na maioria das vezes acarretam em perda de direitos e piores condições de trabalho para os trabalhadores” (ANDRETA, 2015, p. 193).

A grande questão no caso da ESF, foi que o Brasil inteiro iniciou de forma terceirizada, fazia parte da política do governo atuante naquele momento utilizar formas mais “baratas” para o Estado contratar os seus profissionais e, assim, expandir em políticas de assistência à saúde. Entretanto, os dados apontam para um processo seletivo bastante disputado, em que os princípios do processo de trabalho da saúde da família foram prioridade para a contratação dos profissionais:

Porque pontuava a especialidade dele na atenção básica, então isso foi relevante em termos de documento e ao mesmo tempo se exigiu que se organizasse um processo de avaliação desses currículos com um olhar mais diversificado, pra que não fosse uma iniciativa com um risco grande de frustração, nós queríamos realmente começar com muita qualidade (Ruth Benedict, entrevistada CMS).

No Caderno de Atenção Básica (2000), as orientações acerca dos passos fundamentais do processo seletivo, expressam uma grande preocupação em selecionar profissionais que tivessem clareza desse novo modelo de atenção, além da participação de representantes do controle social e da Secretaria Estadual de Saúde, conforme o executado por Santa Maria. Porém, o caderno de orientações recomendava a realização de uma prova de conhecimento, como primeira etapa do processo seletivo, esta recomendação não foi realizada na seleção do município pesquisado.

Segundo informações coletadas no relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), instaurada para investigar o processo seletivo do PSF, a seleção ocorreu no período de janeiro e fevereiro do ano de 2004 e no mês de março do mesmo ano, os candidatos aprovados já começaram a ser chamados para os treinamentos iniciais. Esta CPI foi instaurada pela Câmara de Vereadores, devido supostas irregularidades nos critérios de seleção dos profissionais.

A instauração da CPI ocorreu devido a possíveis irregularidades apontadas por candidatos que participaram do processo seletivo, porém a análise deste relatório indica que o processo seletivo foi realizado mediante edital, com vagas para profissionais técnicos de enfermagem, enfermeiro(a) e médico(a), que os objetivos estavam de acordo

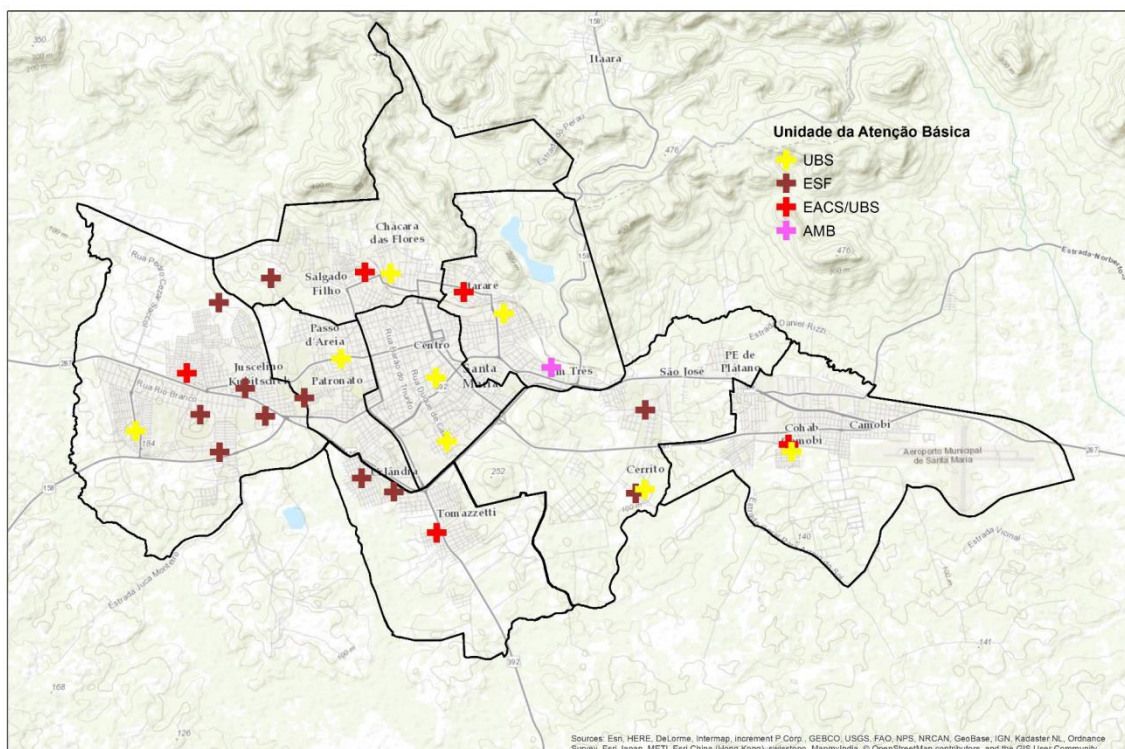
com a Lei municipal, bem como com a Portaria do Proesf. Uma das irregularidades que levaram a formação da CPI, foi a ausência de planilhas individuais para os entrevistadores da banca examinadora. No relatório, os relatos destes integrantes da banca apontam, primeiramente, para o fato de que a seleção das equipes não era um concurso público, portanto existia uma metodologia diferente e ainda, buscava-se a qualificação em saúde da família na experiência de cada candidato, como descrito por um dos membros da banca, no relatório da CPI: “disse que não preencheu planilha porque não acreditava que a questão era de média aritmética” (Relatório CPI, 2004).

3.2.2 O território e os primeiros conflitos

Os documentos analisados confirmam a implementação das primeiras 9 equipes ainda no primeiro semestre de 2004, porém não há registros concretos sobre a implementação das outras 7 equipes. Sabe-se, segundo relatos dos conselheiros(as) entrevistados, que no mesmo ano houve mais um processo seletivo e que até o final de 2006 o município já contava com as 16 equipes de ESF, número que permaneceu o mesmo até o ano de 2017.

No mapa 1 é apresentada a disposição das equipes de ESF, UBS e EACS no município de Santa Maria:

Mapa 01: Unidades de Atenção Básica de Santa Maria



Fonte: Faria, Erthal (2016).

Este mapa considera apenas as equipes da zona urbana do município, mas é possível perceber uma concentração das ESFs na região oeste. Esta concentração em uma região específica da cidade é justificada nas entrevistas por critérios socioeconômicos, ou nomeados como “vazios assistenciais” que fizeram com que o planejamento para a implementação das primeiras equipes iniciasse por esta região:

O que se discutiam eram os vazios assistenciais, o que se discutia era o que tinha possível pra aquele momento, considerando os vazios assistenciais... (Ruth Benedict, entrevistada CMS).

Então, isso tem a ver com o marco inicial da implementação das equipes. Isso em 2004, a gente já previu na região oeste, porque eram regiões de maior vulnerabilidade na época e a gente tomou como princípio os indicadores do IBGE, eu me lembro porque fui eu que fiz esse projeto. Então assim óh, qual era a ideia da gestão da época e do Conselho? Era de fechar o território da região oeste primeiro e depois ir pra outras regiões de maior vulnerabilidade (Helena Villagra, entrevistada CMS).

Esta região da cidade possui ocupações habitacionais, que na época (2004) representavam uma concentração de famílias de baixa renda e com grande demanda aos serviços de saúde. Como mencionado pela Conselheira, o planejamento era começar por estas regiões mais vulneráveis e depois expandir a implementação nas outras regiões da cidade:

De fato o maior número das equipes estão na Oeste, porque elas permaneceram naqueles territórios onde as primeiras equipes foram criadas e na época os indicadores socioambientais, os piores indicadores socioambientais eram naquela região, hoje não mais, hoje nós temos outras áreas, mas as equipes permanecem no território onde foram implementadas (Helena Villagra, entrevistada CMS).

Cinco das primeiras dezesseis equipes habilitadas foram territorializadas na região oeste considerada mais vulnerável socialmente da cidade, outras duas na região leste, uma na região centro-oeste, duas na região sul, uma na região norte e mais duas na zona rural, com planejamento para seguir ampliando e implementando até chegar as 44 ESFs. Percebemos uma implementação por necessidade, o planejamento inicial entre a comissão responsável pela implementação contou com a participação da população, que ajudou a decidir os locais que mais necessitavam de um serviço de saúde. Os primeiros anos de trabalho das equipes foram marcados por experiências positivas, em relação à capacitação dos profissionais que atuavam, e dificuldades relacionadas às diferenças que eram demarcadas por este novo modelo de atenção.

Os profissionais das ESFs possuem atribuições distintas dos demais serviços de saúde, conseqüentemente os salários dos profissionais são diferentes:

Então, por exemplo, eu sou enfermeiro, eu era de saúde da família, eu recebia a base e mais um plus, que eu não me lembro quanto que é. E vamos imaginar que tu fosse enfermeiro e que tu fosse de outra unidade que não fosse de saúde da família, tu só ia receber o básico e isto gerou um conflito entre os trabalhadores (Ruth Benedict, entrevistada CMS).

Este conflito é apresentado no descontentamento dos profissionais que trabalhavam nas UBSs, devido à diferença de salários e, também, diferenças em relação aos processos de trabalho, que impactaram nos encaminhamentos entre os serviços.

A posição dos demais profissionais da rede foi um elemento que não foi avaliado corretamente antes, foi uma falha de planejamento, o descontentamento do conjunto da rede com o início do processo me parece que pode inclusive ter determinado o sucesso dele, entende? (Ruth Benedict, entrevistada CMS).

Foi recorrente nas entrevistas esta fala a respeito do descontentamento dos demais profissionais da rede, mas outros fatores, também, afetaram o processo de implementação. Percebe-se que estes fatores não foram exclusivamente desencadeados pelo município, como analisa uma das conselheiras:

Eu tenho claro assim: do ponto de vista macroestrutural a forma como foi promovida essa estratégia, a forma legal dela, foi errada. Tu muda uma diretriz de trabalho com muito amparo legal pra isso, não por uma coisa alternativa que tu pode contratar por ONG e fazer assim... entendeu? Como

um movimento paralelo, isso não pode, não poderia ser um movimento paralelo. Do ponto de vista macroestrutural essa fragilidade foi determinante. Do ponto de vista local, a intenção de garantir a mudança foi, por um lado importante como um compromisso com a mudança, mas por outro lado equivocada porque excluiu um conjunto de trabalhadores que eram maioria, que era o conjunto de profissionais da rede (Ruth Benedict, entrevistada CMS).

O ponto de vista “macroestrutural” descrito pela entrevistada está ligado ao suporte nacional que foi criado na publicação do Proesf, em 2004, um projeto de expansão de uma política que traz como objetivo uma mudança no modelo de trabalho da assistência à saúde da população, mas não dispõe de suporte legal para isso, a Portaria que regulamenta a PNAB foi publicada apenas em 2011. Além disso, recomenda uma forma de contratação terceirizada que muda dois anos depois. Do ponto de vista “local” a forma de contratação e o comprometimento para que as equipes tivessem os profissionais com a capacitação necessária a esta mudança no modelo de trabalho, gerou os principais conflitos no município ao longo de sua implementação.

A contratação terceirizada, ainda veio gerar mais conflitos, por meio de um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) apresentado pelo Ministério Público do Trabalho, contra o município de Santa Maria.

3.2.3 Um processo judicial e a ruptura com a implementação

Em 2006 é publicada a Emenda Constitucional (EC) nº 051, que veta a possibilidade dos municípios contratarem profissionais de saúde da família de forma temporária ou terceirizada. Em 2008, após a habilitação das primeiras equipes, o Ministério Público do Trabalho firma um TAC, contra o Município de Santa Maria onde determina:

A realização de concursos públicos, bem como nomeação e a investidura nos respectivos cargos de todos os profissionais necessários ao funcionamento dos seus serviços de saúde, bem como a promover a extinção de todos os contratos ou vínculos com os trabalhadores atualmente em atividade admitidos sem concurso público, na proporção de 25% até 30/06/2008, 25% até 31/12/2008 e os restantes 50% até 30/06/2009”(TAC do MPT).

Este processo é um momento muito marcante na implementação da ESF, depois de quatro anos de trabalho, ainda que com pouca cobertura, a política já havia realizado vínculos com a comunidade e com esta decisão judicial que determinava que estes

profissionais fossem demitidos e que fosse realizado um concurso público para contratar novos profissionais.

Então me parece que estes... a questão legal do Ministério da Saúde na implantação, a fragilidade que nós usamos pra constituir as primeiras equipes, considerando o cenário dos demais profissionais e aí na sequência as mudanças políticas explicam muito bem, porque não deu certo (Ruth Benedict, entrevistada CMS).

O Programa de Saúde da Família foi lançado com um suporte legal menor do que a proporção de mudanças previstas no projeto de sua expansão. Dando liberdade para que o município organizasse a habilitação das equipes e fizesse a contratação de forma terceirizada, porém dois anos depois muda a legislação e torna ilegal o modo como a implementação foi iniciada no município.

Uma coisa é quando tu tem a lei pra te dizer que é aquilo e que tu pode cobrar que seja feito, a outra é quando a lei diz que “pode ser assim, pode ser assado” e na estratégia de saúde da família muita coisa foi feita dizendo “pode ser assim, pode ser assado” (Ruth Benedict, entrevistada CMS).

A problemática em relação à legislação encontra-se, principalmente, na inconstância das suas determinações, fazendo com que os municípios executem mudanças estruturais de grande impacto na efetividade do serviço prestado pela ESF e em um curto espaço de tempo. Para além das mudanças legais ocorridas no processo de implementação, a realidade municipal passou por uma mudança de gestão em 2008. O governo do Prefeito Valdeci Oliveira do PT, encerrava o seu segundo mandato e o candidato deste partido, Paulo Pimenta, foi derrotado pelo candidato do PMDB, César Schirmer, o novo governo inicia sua gestão com um TAC firmado no ano anterior e com uma perspectiva política distinta da gestão que iniciou a implementação da ESF.

Aí então entra o Schirmer, ele disse: “Não. vamos suspender as equipes de saúde da família!” a cabeça dele tinha esse encaminhamento “e nós vamos retomar o modelo tradicional” (Helena Villagra, entrevistada do CMS).

Diante do TAC exigindo a realização de concurso público a visão da nova gestão foi de “suspender” as equipes, cumprindo com a determinação no TAC, de demitir os profissionais terceirizados e então, investir no “modelo tradicional” de atenção a saúde. Esta decisão de apenas suspender as equipes não foi mantida, porque o TAC determinava a realização de concursos públicos para contratar os profissionais. As demissões representaram um período de ruptura do trabalho que vinha sendo realizado.

Entrevistada: Foi uma época muito difícil, porque daí o que que aconteceu? As Unidades, os profissionais de saúde da família foram exonerados...

Pesquisador: Todas as equipes?

Entrevistada: Todas as equipes foram exoneradas e aí retomaram os antigos, os CCs e aí foi indo né (Claribel, entrevistada CMS).

As equipes foram exoneradas conforme a determinação do TAC, 50% em 2008 e os outros 50% em 2009, com isso as Estratégias ficaram limitadas a poucos profissionais e o município foi realizando contratos emergenciais até a realização do concurso, que só foi ocorrer em 2011. Conforme os relatos das entrevistas, este período representou uma descontinuidade da implementação, as atividades nas unidades foram reduzidas, os atendimentos eram realizados por poucos médicos de contrato emergencial que atendiam em mais de uma unidade e o concurso realizado em 2010 não teve a mesma capacitação da primeira seleção.

Essa fase de transição pras populações foi muito ruim, porque tu imagina assim: tinha duas equipes na Roberto Binato que é na oeste, tinha no Alto da Boa Vista uma equipe, uma equipe na Vitor Hoffman, tinha duas equipes na São José, tinha na Maringá, tu vê em regiões de alta vulnerabilidade e aí ia um médico lá atender lá de vez em quando, porque não era todos os dias, tinha uma enfermeira que fazia o que podia, então houve um desarranjo da atenção na época (Helena Villagra, entrevistada CMS).

Não teve o mesmo processo de seleção como foram as anteriores e isso tem a ver com os concursos públicos também, então o que que aconteceu? Eu, pra mim o problema central das equipes que vieram depois, o programa, a capacitação introdutória, ela... o controle social nem chamaram, então teve uma capacitação introdutória, mas ela foi, no nosso ponto de vista insuficiente (Helena Villagra, entrevistada CMS).

A principal diferença apontada pelas conselheiras(os) entrevistadas(dos), foi a ausência de espaço de participação do controle social e da comunidade na capacitação e no planejamento inicial das novas equipes concursadas. O TAC do MPT representou uma grande ruptura na implementação da ESF.

Nesse primeiro período de 2004 a 2008 é o período que eu consigo identificar assim que teve um pouco mais de avanço, um pouco mais de discussão, um pouco mais de abertura, uma relação melhor com o conselho, porque depois é terrível. Depois veio uma visão de sociedade diferente, interesses políticos diferentes... (José Carrasco, entrevistado CMS).

Além da mudança no quadro de profissionais que atuavam nas equipes, houve uma mudança política, na atenção que o governo municipal deu a este serviço e ao impacto deste período em que as equipes foram demitidas. Por cerca de dois anos, as equipes ficaram atuando com apenas uma enfermeira, os agentes e um médico que ia atender uma vez na semana e retomando com profissionais diferentes, sem as mesmas perspectivas de trabalho do princípio.

3.3 A DESCONTINUIDADE NA IMPLEMENTAÇÃO DA ESF

No mesmo ano em que uma candidatura do PMBD vence o então governo do PT, 50% dos profissionais das equipes de ESF, que eram terceirizados, são demitidos, estabelecendo ao ano de 2008 uma descontinuidade com o processo de implementação que vinha ocorrendo até então. A nova gestão que assume em 2009 traz mudanças de prioridades que afetam profundamente o andamento das ações na Secretaria Municipal de Saúde, como falta de planejamento e investimento das verbas federais que eram repassadas neste período, contrariedade na relação com o CMS e uma visão diferente do modelo de atenção à saúde que vinha sendo construído até então.

A continuidade de um modelo de gestão é um fator determinante para a implementação de uma política pública e esta afirmação é comprovada por Abu-El-Haj (1999), em sua pesquisa sobre a reforma sanitária no Ceará, em que o autor descreve as mudanças ocorridas a partir dos movimentos sanitaristas naquele Estado. No final dos anos oitenta e início dos anos noventa, os modelos de atenção à saúde ficaram divididos entre os reformistas, representantes de um modelo socialista voltado à universalização dos serviços e a prevenção de agravos, e o modelo conservador representante dos defensores dos interesses dos hospitais e das empresas médicas.

O grande ponto apresentado pelo autor, que possibilitou uma posição de destaque ao estado do Ceará, em relação aos demais estados brasileiros, no desenvolvimento dos serviços de saúde, foi uma continuidade da política de saúde e a consistência de ações técnicas que possibilitaram uma mudança significativa na atuação das instituições de saúde do estado. Isto se deve a uma continuidade de quatro gestões de secretários sanitaristas que investiram no modelo de atenção reformista, pautado na reforma sanitária e que deu origem ao Programa Saúde da Família (ABU-EL-HAJ, 1999, p. 78).

Políticas de saúde apresentam resultados em longo prazo e demandam uma sustentação das suas ações para que possam ser efetivadas. Como explica o autor, “a chave desta continuidade reside na sustentação política das reformas da saúde pública pela nova elite do poder” (ABU-EL-HAJ, 1999, p. 80), apesar das reformas que são analisadas nesta pesquisa serem da década de 1990, a sua aplicação é possível para explicar o caso de Santa Maria, que iniciou uma mudança no seu modelo de atenção, porém esta mudança não foi sustentada pela gestão seguinte.

Nós já tínhamos chegado as 16 unidades, as 16 equipes e o impacto não era nem de longe aquilo que a gente imaginava quando começou o processo, mas aí a gente já estava na cabeça com esse processo, e o governo não estava disposto a priorizar esta estratégia, (Ruth Benedict, entrevistada CMS).

O processo do MPT, desencadeado pelas contratações terceirizadas, foi um fator determinante para o novo governo priorizar outras políticas. Ao decorrer da nova gestão, as ações em saúde foram focalizadas nos serviços hospitalares e ambulatoriais, estagnando a implementação das equipes de ESF e representando um período de pouco diálogo com o Conselho de Saúde:

Eu digo que eu aprendi muito com essa gestão ruim do Schirmer com a saúde, porque como ele não respondia, ele não dava importância ao que o Conselho falava, então a gente começou a não aprovar relatórios, a gente começou a ir na Promotoria pública, no Ministério Público Federal, no Tribunal de Contas do Estado e a gente não aprovava relatórios de gestão, aí eles iam pro cadim.

[...]

2010 a gente aprovou relatório com condicionantes, 2011, 2012, 2013, a gente não aprovou os relatórios de gestão e a não aprovação do relatório de gestão implica o corte de repasses, a suspensão de verbas, mas nisso criou-se um dilema pro conselho, também, porque nós não queríamos que a comunidade ficasse prejudicada e ele começou a usar isso, sabe? (Helena Villagra, entrevistada CMS).

Analisando resoluções do CMS, referente a avaliação dos relatórios de gestão dos anos citados na entrevista, foi possível identificar uma relação conflituosa do governo executivo com o CMS e uma listagem de muitas considerações relativas a decisões da SMS, tomadas sem o conhecimento do conselho. Em análise os relatórios de gestão da SMS encontrados no setor de planejamento da secretaria e as Resoluções do CMS a cerca destes relatórios, percebe-se um período em que poucas ações foram executadas no âmbito da Atenção Básica:

A Resolução do CMS s/nº 2010 referente ao Relatório Anual de Gestão (RAG) do ano de 2009 apresenta as seguintes considerações: contratos, convênios e suplementações de verba assinados, ou realizados sem o conhecimento e aprovação do CMS; não elaboração do Plano Anual de Saúde (PAS)¹¹ 2009; não cumprimento com o estabelecido no Plano Municipal de Saúde, no que diz respeito a realização de concurso público para profissionais das ESFs; interrupção do processo de cobertura do município pela ESF, conforme descrito:

Considerando que: a interrupção do processo de cobertura do município pela estratégia de saúde da família (50%), a descontinuidade de várias das equipes já existentes e com a substituição dos trabalhadores sendo que na maioria não havia médicos, a interrupção do vínculo equipe/usuário bem como a

¹¹ Documento em que são apresentadas as ações em saúde previstas para serem executadas no decorrer do ano. O PAS deve ser aprovado pelo CMS.

responsabilização da equipe com as condições de saúde de sua comunidade adstrita, fatores sabidamente preponderante na melhoria das condições de saúde. O resultado dessa interferência na atenção básica mostrou queda na qualidade de saúde da população o que pode ser lido no relatório de gestão onde metas mínimas pactuadas e não pactuadas não foram atingidas (Resolução CMS s/nº 2010).

A resolução do CMS de 2011 referente a análise do RAG de 2010 não foi encontrada pelo Conselho. Ao analisar estes documentos ficou evidenciado a falta de planejamento da SMS para aplicar os recursos federais e municipais destinados a serviços da AB e outros setores da saúde. O PAB (Piso da Atenção Básica) é um dos principais recursos federais destinado para esta política e ficou acumulado desde o ano de 2008, sem plano de aplicação pela SMS, como vemos na tabela 2:

Tabela 2: Acumulado do PAB – 2008 a 2012

	2008	2009	2010	2011	2012
Saldo acumulado	R\$ 15.921,26	R\$ 173.892,24	R\$ 216.582,70	R\$ 229.976,51 (sem repasse)	R\$ 237.385,26 (sem repasse)

Elaborado pelo autor. Fonte: Resolução 09/2013 CMS e RAG 2012.

O repasse federal era depositado anualmente, até 2010, sem a elaboração do plano de aplicação, acumulando até 2012, diante da não utilização deste recurso, os repasses de 2011 e 2012 não foram realizados pelo governo federal. Em contrapartida, o município mantinha a contratação terceirizada de profissionais médicos, sem a aprovação do CMS e em desacordo com o TAC do MPT, somando em 2011 um repasse de R\$ 2.424.000,00 a uma empresa local de serviços médicos.

As resoluções do CMS referentes a análise dos RAGs, do período de 2012 a 2016, indicam um período sem utilização das verbas destinadas a atenção básica e ainda, a devolução de recursos à União devido a não apresentação do plano de aplicação de verbas, como se observa na tabela 3:

Tabela 3: Resoluções CMS – 2012/2016.

	Saldos sem aplicação	Valores devolvidos à União	Aprovação do CMS
Resolução nº 02/2012 CMS, referente ao RAG 2011	Pró-saúde: R\$ 1.183.885,68 PACS: R\$ 638.283,29 Incentivo ao PSF: R\$ 2.422.985,38	–	Não
Resolução nº 09/2013 CMS, referente ao RAG 2012	PACS: R\$ 268.068,56 Incentivo ao PSF: R\$1.069.441,36 Incentivo a AB: R\$ 637.184,90	R\$ 153.252,23 para ampliação de UBS	Não
Resolução nº 06/2014 CMS, referente ao RAG 2013	PACS: R\$ 424.413,28 Incentivo ao PSF: R\$ 120.799,49 Incentivo a AB: R\$ 719.818,64	R\$ 530.171,01 para ampliação de UBS	Não
Resolução nº 04/2015 CMS, referente ao RAG 2014	PACS: R\$ 939.525,28 Incentivo a AB: R\$ 38.328,54	–	Sim, com ressalvas.
Resolução nº 10/2016 CMS, referente ao RAG 2015	–	R\$ 354.000,00 da Farmácia Básica	Sim, com ressalvas.

Elaborado pelo autor. Fonte: Resoluções CMS 2012, 2013, 2014, 2015 e 2016.

Os relatos das conselheiras e conselheiros de saúde sobre este período descrevem uma gestão fechada para o diálogo com o controle social e sem cumprir com procedimentos básicos na gestão do SUS. Verbas do PACS, do incentivo ao PSF e a AB ficavam “paradas” nas contas públicas, acumulando, sem aplicação, enquanto alguns recursos específicos para ampliação de UBS, por exemplo, eram devolvidos à União devido a não utilização.

E apesar disso temos equipes incompletas, trabalhadores sem capacitação, portanto mal preparados para o exercício da estratégia que é a de reorientação de modelo, sem acompanhamento da gestão, unidades com funcionamento precário sem informatização entre outras tantas dificuldades (Resolução nº 02/2012 CMS).

Esta relação conflituosa entre a gestão e o controle social, começa a mudar em 2014 quando ocorre uma mudança do Secretário Municipal da Saúde, iniciando novos processos de trabalho e possibilitando uma abertura para a participação do CMS na definição de metas e planejamento das ações de 2014. Neste ano, pela primeira vez desde o início do governo municipal, em 2008, houve apresentação do Plano Anual de Saúde, apesar da escassez de informações sobre o acesso dos usuários aos serviços de saúde e de o município não cumprir com o que foi estabelecido neste plano; a gestão da secretaria de saúde passa a participar das reuniões do CMS, esclarecendo dúvidas e atendendo pedidos de informações.

Nos Relatórios de Anuais de Gestão analisados, do período de 2009 a 2016, houve dificuldade para compreensão das ações que de fato foram realizadas pela Secretaria, a maior parte dos recursos não apresentavam plano de aplicação e

acumularam de um ano para o outro, bem como o Plano Anual de Saúde, documento básico e fundamental para a orientação e planejamento das ações em saúde, só foi realizado nos anos de 2014, 2015 e 2016, sendo que a única meta referente a implementação de ESF foi apresentada no plano de 2015 e não foi cumprida, mesmo com recurso disponível. As resoluções do CMS auxiliaram na compreensão das ações que não estavam descritas nos RAGs e apontam para um governo com pouca capacidade de gestão, diante da não utilização de um grande montante de recursos federais e municipais que acumularam e, em alguns casos, foram devolvidos por falta de aplicação.

A mudança de gestão da Secretaria da Saúde, em 2014, abriu a possibilidade de diálogo com o Conselho, porém sem que fossem cumpridas as metas estabelecidas pela própria gestão. De fato, trata-se de um período em que pouca coisa aconteceu nas políticas municipais de saúde, em que o planejamento e as ações executadas restringiram-se ao cumprimento das determinações federais e ao pagamento de salários dos trabalhadores.

Eu sinceramente acho que nunca se planejou na Secretaria de Saúde, o que a gente chama de planejamento na verdade é atender as demandas de emendas parlamentares, é fazer esse *link* com o que tem disponível com o que se pode fazer aqui, não é tu olhar pra o que tu tem e projetar o que tu quer e ir atrás; tu entende? É mais olhar o que ta disponível e ver o que pode servir pra cidade, esse tem sido o papel do planejamento (Ruth Benedict, entrevistada CMS).

Percebe-se neste período uma mudança significativa na forma como a gestão conduzia as ações relativas à atenção básica. Com os recursos destinados a formação, estruturação e ampliação das unidades parados, os novos profissionais admitidos no concurso em 2011 passaram a desenvolver o trabalho da forma que conseguiam:

Mas o que eu vejo é: a tendência de que as coisas voltem ao modelo tradicional é muito forte, muito fácil quando o perfil de quem trabalha não domina o que é diferente, então até por segurança esse profissional vai trabalhar fazendo o que sabe né? E não se arriscando a fazer o que não sabe (Ruth Benedict, entrevistada CMS).

Conforme relata a entrevistada, as práticas de trabalho nas unidades retomaram ao modelo tradicional, motivadas pela falta de capacitação em relação ao trabalho da saúde da família e pela baixa ampliação e manutenção deste serviço. Porém esta visão é de um agente do controle social, alguém com participação no processo inicial de habilitação das equipes e que fiscaliza o trabalho executado pela gestão e pelas equipes.

Para compreender como o trabalho está sendo desempenhado atualmente cabe uma visão de quem atua neste serviço, a visão de um agente implementador, um

burocrata de rua que executa a política pública. Os Agentes Comunitários de Saúde são os profissionais que fazem a “ponte” da comunidade com a ESF e suas ações são centrais para compreender o processo de implementação, ou com base na teoria de Lipsky (1980) a ação dos agentes implementadores corresponde à ação do Estado.

Neste sentido, o próximo capítulo está direcionado a compreender as ações dos ACS e o funcionamento da ESF. Após a compreensão do percurso histórico-burocrático ocorrido na implementação, a próxima fase do estudo volta-se para a política no período atual, fazendo o *link* dos fatores ocorridos ao longo dos primeiros anos de implementação da política com a sua efetividade na comunidade em que está inserida.

CAPÍTULO IV:

O IR E VIR DO CUIDADO À SAÚDE: AS EQUIPES E AS(OS) AGENTES QUE IMPLEMENTAM A POLÍTICA PÚBLICA

Trezentas e poucas famílias, tudo isso! Eu fazia aquele lado lá e toda a ponta aqui, então de manhã pra lá, de tarde pra cá... (Alina, ACS entrevistada).

O trabalho das e dos Agentes Comunitários de Saúde, as e os burocratas que implementam esta política pública consiste em caminhar, ir e vir pela comunidade, levando informações, orientações, controle e cuidado às famílias assistidas pela ESF. Esta prática definida por Lancetti (2011) pela expressão *terapia peripatética* por se tratar de um trabalho realizado em movimento, que deriva do termo *peripatético*, palavra grega para ‘ambulante’ ou ‘itinerante’, utilizado pela escola filosófica de Aristóteles (384-322 a.C.) para designar a forma com que o conhecimento era construído, no passear, ir e vir conversando. Quando Lancetti estende esta definição ao trabalho realizado pelas e pelos ACS compreende que há uma ampliação nos limites terapêuticos da clínica exercida por este serviço de saúde, que exerce atendimentos não apenas dentro do consultório, mas na rua, nas casas dos usuários, um trabalho *peripatético*, a prevenção sendo realizada de casa em casa, no ir e vir pela comunidade.

O caminhar “de manhã pra lá, de tarde pra cá”, tal como descrito por uma das ACS entrevistadas, permeou a construção desta pesquisa. Acompanhar as ações das e dos ACS permitiu compreender as particularidades da implementação desta política pública e do trabalho destes sujeitos implementadores. Ir e vir, da ESF para a residência da Dona Helena, da residência da Dona Helena para a Associação Comunitária, de uma ponta a outra da cidade, assim se constrói o controle e o cuidado previsto na política de saúde e assim se construiu o caminho percorrido por esta pesquisa *peripatética* para entender este processo de trabalho.

A imersão no campo realizada nesta etapa da pesquisa busca compreender a organização de cada equipe de ESF, a população que atende, as microáreas e as mudanças trazidas pela Estratégia, também se busca acompanhar a atuação das e dos ACS e apresentar as principais práticas da política na comunidade em que opera e assim, analisar as regularidades e especificidades que afetam a efetividade da

implementação. Os dados coletados foram levantados por meio de visitas a 14 equipes de ESF do município de Santa Maria e observações realizadas junto ao trabalho de uma ACS de cada equipe entendendo os territórios e as ações dos profissionais, em termos sanitários, ambientais, políticos e sociais. Além das visitas às ESFs e as observações com as e os ACS, também foram feitas entrevistas com quatro ACS que atuam na ESF desde a sua implementação, em que é possível traçar o perfil deste profissional, sua implicação com a política que implementa e o suporte que recebe para exercer sua função.

O capítulo parte do território, do contexto em que esta política circula e em que estes profissionais caminham e atuam, contempla a estrutura das equipes, os funcionamentos, as rotinas dentro do espaço do serviço e encontra-se com o sujeito, com a substância que faz o movimento da implementação, as e os ACS que são a “ponta da linha” (LOTTA, 2010), a representação máxima do Estado nas comunidades em que atuam. Parte-se das hipóteses de que a rotatividade dos profissionais e a sobrecarga de trabalho gerada pela rede de saúde incompleta no município podem ser fatores que afetam na efetividade desta política, porém o contato com o campo foi aberto as respostas que as equipes e profissionais apresentaram durante a pesquisa.

4.1 “VOCÊ SABE ONDE FICA O POSTO DE SAÚDE?”: OS TERRITÓRIOS E OS SIGNIFICADOS DA POLÍTICA.

Os caminhos percorridos no trabalho de campo desvendaram territórios distintos da infraestrutura do centro da cidade, as equipes estão localizadas em bairros periféricos, pequenos e grandes sítios residenciais, alguns constituídos por condomínios de classe social elevada, muitos outros por pequenas residências precárias e cercadas de situações de desigualdade social e vulnerabilidades. O ir e vir até estes espaços permitiu compreender alguns significados da política no contexto social em que atua.

O significado inicial que se tem sobre a Estratégia começa na primeira saída de campo, no ônibus que dá acesso à primeira ESF visitada, ao pedir informação ao cobrador: “você sabe onde fica a ESF Alto da Boa Vista?”, este responde com outra pergunta: “O que que é uma ESF?”, ao falar sobre “posto de saúde”, o olhar do cobrador ascende demonstrando entender do que se trata. Esta situação se repetiu no caminho

para outras ESFs, demonstrando que a pergunta adequada para localizar este serviço é “você sabe onde fica o posto de saúde?”. O “posto de saúde” é referência nos bairros, geralmente fica próximo a alguma escola e é facilmente identificado por qualquer morador do local.

Quando a pesquisa teve início existiam 16 equipes de ESF implementadas no município, dentre estas, duas estão localizadas na Zona Rural. Porém quando a pesquisa já estava em andamento mais duas equipes de ESF foram habilitadas, ficando estas últimas de fora da pesquisa, devido ao tempo que se teve para a realização do trabalho de campo e também, devido ao fato de que as 16 que já estavam implementadas, operavam desde 2004 podendo trazer mais informações sobre as mudanças ocorridas durante o período de implementação, enquanto as novas ainda começavam a organizar sua rotina de trabalho.

A ESF rural, Arroio do Só/Pains possui duas equipes mínimas que funcionam na mesma estrutura física e atendem a territórios distintos. Os ônibus de acesso a esta localidade possuem poucas rotas e horários, de forma que optou-se por não incluir esta ESF na pesquisa, devido a sua dificuldade de acesso. Ainda, uma das ESFs não respondeu aos contatos realizados para agendar as visitas. Desta forma, das 19 equipes de ESF implementadas, o total de equipes pesquisadas foram 14.

As visitas às equipes foram agendadas por contato telefônico e tinham por objetivo conhecer cada uma das Estratégias, o **espaço físico** em que estão instaladas, os **profissionais** que a compõem, **as ações** realizadas na comunidade e as características da **população assistida**. Estas quatro categorias foram utilizadas para formular um roteiro de observação, onde os dados eram anotados após as visitas. Na primeira visita a unidade, era possível conhecer o serviço e os profissionais e fazer o contato com a ou o ACS que atua há mais tempo na Estratégia. A segunda visita não foi realizada diretamente na unidade, mas sim na comunidade, junto a agente de saúde, onde se pode acompanhar sua rotina de trabalho, conhecer sua microárea e realizar visitas domiciliares (VD), foi possível dialogar com estas profissionais (a grande maioria das ACS são mulheres), entender as principais ações que desempenham neste serviço de saúde e algumas de suas demandas em relação ao trabalho exercido.

Na tabela 5, são apresentadas todas as ESFs do município, o número de equipes, o número de visitas realizadas e o número de ACS acompanhado em cada uma:

Tabela 4: Equipes de ESF de Santa Maria

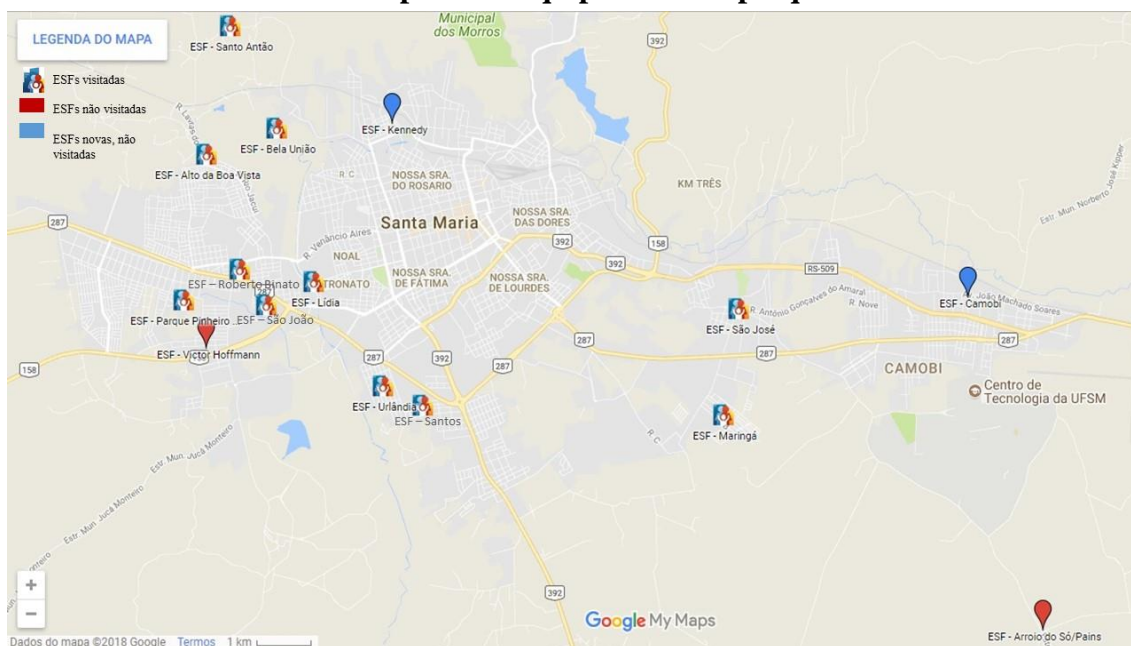
ESF	Nº de equipes	Nº de visitas	Nº de ACS acompanhados
Alto da Boa Vista	01	02	01
São João	01	02	01
Bela União	01	01	00
Santos	01	02	01
Roberto Binato	02	03	03
Vila Lúcia	01	01	01
Urlândia	02	03	02
São José	02	03	02
Parque Pinheiro	01	02	01
Santo Antão (<i>rural</i>)	01	01	01
Maringá	01	02	01
Total visitadas:	14	22	14
Vitor Hoffman	01	Não respondeu	-
Arrio do Só/Pains (<i>rural</i>)	02	-	-
Kennedy (<i>implementada em 2017</i>)	01	-	-
Wilson Paulo Noal (<i>implementada em 2017</i>)	01	-	-
Total:	19	22	14

Elaborado pelo autor.

As ESFs Roberto Binato, Urlândia e São José possuem duas equipes funcionando na mesma estrutura física, com uma equipe odontológica (um dentista e um auxiliar de saúde bucal) e duas equipes mínimas (dois médicos, dois enfermeiros, dois técnicos de enfermagem e os agentes comunitários de saúde, que variam de acordo com o tamanho do território). Por este motivo, nestas unidades o número de visitas foi maior para contemplar as duas equipes. Na ESF Bela União não foi possível agendar visitas com a ACS, pois estava afastada devido a problemas de saúde.

Foi possível percorrer por territórios distintos, a maioria, como mencionado no capítulo anterior, estão localizados na região oeste da cidade. No mapa 2, é possível visualizar a localização das ESFs no território de Santa Maria, as que fizeram parte da pesquisa, as novas que foram implementadas em 2017 e as que não puderam ser visitadas.

Mapa 2: As equipes de ESF pesquisadas.



Elaborado pelo autor.

Podemos perceber neste mapa que os serviços não estão localizados próximos a região central, são periféricos e atendem a comunidades que, em alguns territórios, se desenvolverem de forma irregular, sem planejamento público, com poucas condições de saneamento, que apresentam demandas sociais de famílias com grandes limitações financeiras. Regiões ditas como “violentas”, como é o caso da ESF Vila Lúcia, onde o atendimento odontológico estava suspenso durante a realização da pesquisa, devido ao roubo do compressor do consultório odontológico. São territórios que, de fato, demandam uma clínica que “caminhe” pela comunidade, que chegue até situações onde os usuários não têm informação, ou conhecimento sobre onde/como procurar o acesso a um serviço de saúde.

O contato com a maioria das ACS se deu por *Whatsapp*, uma rede social que costuma ser utilizada pelos profissionais para agendar encontros de grupos de saúde, contatos com usuários e troca de informações entre a equipe. O fato de a ESF receber diariamente um grande número de estudantes universitários, em sua maioria estagiários dos cursos da saúde, que também realizam pesquisas neste espaço, fez com que a aproximação com os profissionais das equipes fosse facilitada. Nas visitas domiciliares realizadas com as ACS, o pesquisador era apresentado pela profissional como “um estudante que tá me acompanhando” e isso bastava para que o usuário fosse receptivo e expusesse suas demandas de saúde e de sua família. Além disso, foi possível perceber

uma grande receptividade das ACS para realizar a pesquisa e uma grande liberdade com que apresentaram seus territórios e falaram sobre o seu trabalho.

Acompanhar as ACS nas visitas domiciliares permitiu conhecer a realidade das famílias assistidas pelo serviço, a estrutura sanitária da comunidade, ouvir demandas dos usuários sobre a ESF e perceber o vínculo criado entre este burocrata do Estado e os usuários do serviço de saúde. As ACS são reconhecidas em toda a comunidade, os moradores a cumprimentam e param na rua para pedir informações sobre o “posto” e cada ACS desenvolve uma relação diferente com as famílias que atende.

Pensando em aprofundar o olhar sobre o trabalho das ACS foram realizadas quatro entrevistas semiestruturadas, com agentes de saúde que atuam na mesma ESF desde sua criação e cada uma pertencente a uma região diferente da cidade. As entrevistas foram realizadas em locais acordados entre pesquisador e entrevistada, uma das entrevistas ocorreu na sala dos Agentes de Saúde, a segunda foi na casa da ACS, após finalizar as visitas do dia, outra foi na cozinha da unidade, em momento que esta se encontrava vazia e a última entrevista ocorreu numa praça, próxima ao “posto de saúde”. Nas quatro entrevistas foi possível perceber uma liberdade das ACS para relatarem sobre suas ações e sobre a implementação da política pública.

A fim de preservar a identidade das ACS, assim como no capítulo anterior, os nomes atribuídos no texto são fictícios, também não será mencionada de qual ESF a ACS entrevistada faz parte, pois o objetivo da entrevista é compreender a visão desta profissional sobre o processo de implementação do serviço em que trabalha. Conforme um roteiro as entrevistas com as agentes, estão voltadas a entender como a agente percebe o período da implementação, como esta profissional se refere à atuação da ESF naquele território desde a sua criação em 2004 e as ações realizadas pela agente de saúde.

Com base nos dados coletados nas ESFs, nas observações realizadas nas visitas com as ACS e nas entrevistas, pretende-se testar as hipóteses de que a Rede de saúde incompleta sobrecarrega a ESF e que a rotatividade dos agentes implementadores são fatores que afetam a implementação desta política pública. As técnicas escolhidas ainda possibilitam entender o trabalho dos burocratas e analisar o controle destes agentes sobre a política que é implementada.

No quadro 9 são apresentadas as principais informações de cada ESF, em relação a estrutura física, equipe, ações e população assistida.

Quadro 9: atributos das equipes de ESFs visitadas.

ESF	Estrutura Física	Equipe	Grupos de saúde e consultas/visitas	População*
Alto da Boa Vista	Anexo a EMEF Adelmo Simas Genro.	Equipe mínima e quatro ACS, mais estagiários de medicina e uma residente em enfermagem.	Um grupo de caminhada e um grupo de gestantes e atividades no PSE (Programa Saúde na Escola). Agendamento de consultas semanal. VD do médico e da enfermeira um turno da semana	6.000 usuários. Região Oeste.
São João	Residência alugada.	Equipe mínima, quatro ACS, porém um afastado devido a problemas de saúde e estagiários de nutrição.	Um grupo de saúde coletiva. O turno da manhã para demandas espontâneas e o turno da tarde para consultas agendadas. VD do médico e da enfermeira na sexta de manhã.	4.000 usuários. Região Oeste.
Bela União	Estrutura própria, construída pelo município.	Equipe mínima, cinco ACS, porém três afastados há mais de dois anos, estagiários de medicina, terapia ocupacional e enfermagem.	Não estavam sendo realizados grupos de saúde. Agendamento de consultas por telefone para idosos, ou na sexta de manhã para os demais usuários. VD da médica na sexta de manhã.	4.000 usuários, mais uma área de invasão ainda não contabilizada. Região Norte.
Santos	Residência alugada.	Equipe mínima, oito ACS, estagiários de medicina, fisioterapia e enfermagem e residentes em medicina, enfermagem, fisioterapia e fonoaudiologia.	Grupos de dança, caminhada, ginástica e dois grupos de fonoaudiologia, grupo de educação perineal progressiva, saúde do trabalhador e de convivência para pessoas com doenças crônicas e PSE.	5.000 usuários. Região Sul.
Roberto Binato	Estrutura própria, construída pelo município.	Equipe dupla, sete ACS na equipe 12 e seis na equipe 13, uma equipe de saúde bucal, mais estagiários de fisioterapia, enfermagem, medicina, psicologia e nutrição e residentes em medicina e enfermagem obstetra.	Grupos de caminhada, de gestantes, de mulheres, um “baile” e PSE. Agendamento diário através do acolhimento e VD uma vez por semana.	4.546 na equipe 12 e 3.883 na equipe 13,. Região Oeste.
Vila Lúcia	Estrutura própria, construída pelo	Equipe mínima, quatro ACS, um está afastado, uma	Grupos de convivência, de gestante e PSE. Agendamento diário	3.100 usuários. Região Centro-oeste.

	município.	equipe de saúde bucal, estagiários de enfermagem, odontologia e medicina e residentes em nutrição, educação física, odontologia e enfermagem.	através do acolhimento. VD com o médico na quinta de tarde e com a enfermeira conforme demanda trazida pelos ACS.	
Urlândia	Anexo no salão comunitário da Igreja.	Equipe dupla, cinco ACS na equipe 19 e seis na equipe 20, uma equipe de saúde bucal, estagiários de medicina, enfermagem e fisioterapia e uma residente em enfermagem obstetra.	Grupos de gestante, hiperdia, fisioterapia, vida leve (ginástica) e PSE. Na segunda-feira de manhã são agendadas as consultas para a semana. VD uma vez por semana.	3.000 usuários da equipe 19 e 4.000 da equipe 20. Região Sul.
São José	Estrutura própria, construída pelo município.	Equipe dupla, seis ACS na equipe 15 (dois afastados) e seis na equipe 16 (três afastados), uma equipe de saúde bucal, estagiários de medicina, enfermagem e fisioterapia, e residentes de medicina veterinária, psicologia, odontologia, enfermagem, fisioterapia e medicina.	Grupos de ginástica, caminhada, convivência e saúde, saúde mental e futebol. Na equipe 16 o agendamento de consultas é diário, através do acolhimento e na equipe 15 as consultas são agendadas na sexta-feira de manhã. VD uma vez por semana.	8 a 10 mil usuários da equipe 16 e 15 mil usuários na equipe 15. Região Centro-leste.
Parque Pinheiro	Residência alugada.	Equipe mínima, quatro ACS, estagiários de enfermagem e medicina e uma residente em medicina.	Um grupo de convivência. Agendamento de consultas é feito a cada quinze dias. VD uma vez por semana com a médica e com a enfermeira conforme a demanda.	6.200 usuários. Região Oeste.
Santo Antônio	Residência alugada.	Equipe mínima, quatro ACS (uma afastada) e estagiários de medicina e enfermagem.	Grupo de educação em saúde. Consultas agendadas por telefone ou na unidade diariamente. VD realizadas quando a Secretaria de Saúde manda um veículo com motorista.	1.100 usuários. Zona Rural.
Maringá	Estrutura	Equipe mínima,	Grupos de gestantes, de	4.100 usuários.

	própria, construída pelo município.	seis ACS (dois afastados), estagiários de enfermagem, medicina e psicologia e residentes em enfermagem, educação física, fonoaudiologia, nutrição e psicologia.	mulheres, de caminhada, de crianças e de convivência. Agendamento de consulta na sexta-feira de manhã e o acolhimento diário. VD com a médica na sexta de manhã e com a enfermeira conforme a demanda.	Região Leste.
--	-------------------------------------	---	--	---------------

*O número de usuários foi informado pelo profissional da ESF, relatando não se tratar de um número exato, mas de uma estimativa.

Elaborado pelo autor.

O quadro acima nos permite inferir algumas regularidades nas equipes, dentre elas de que seis equipes funcionam em imóveis alugados, ou em espaços improvisados, apenas quatro equipes possuem profissionais de saúde bucal, todas contam com a equipe mínima e em seis unidades há ACS afastados devido a problemas de saúde. Todas equipes realizam grupos de educação em saúde, que geralmente são coordenados pelos ACS e residentes, ou estagiários, outro fator importante, em relação a população atendida, o número de usuários dos territórios concentra-se entre três a seis mil, acima da média de três mil e quinhentos estabelecida pela PNAB.

Em algumas situações de forma improvisada, em outras com adaptações ou construídas para o serviço de saúde, mas as 19 equipes atendem cerca de 22% da população do município, atuando em regiões com grande concentração de vulnerabilidades sociais, como é o caso da Região Oeste, que possui pelo menos três áreas de ocupação habitacional. Mas também, são serviços que operam em territórios que compreendem condomínios de classe alta, em todas as unidades é possível perceber a importância da ESF no atendimento a saúde das famílias assistidas, independente da classe social.

4.2 AS EQUIPES DE ESF

Nas visitas realizadas nas ESFs foi possível perceber regularidades e particularidades nas características das equipes, elementos que se sobressaem em mais de uma ESF, demonstrando traços da implementação no município e algumas ações

específicas de algumas unidades, indicando que estas também imprimem traços dos profissionais que implementam a política. As estruturas, as equipes e as rotinas de trabalho dos serviços apresentam elementos que apontam as adaptações realizadas em relação à política nacional que aproximam, ou distanciam em alguns casos, os resultados dos princípios traçados na formulação da PNAB.

Um deles tem a ver com a divisão dos territórios, que na configuração estabelecida na habilitação das equipes, e mantida atualmente, apresenta microáreas muito distantes da ESF e territórios muito extensos, atendendo a um grande número de usuários. A distância também é apresentada pelas ACS como um impedimento para a realização de visitas domiciliares dos demais profissionais da ESF. Dentro das especificidades da Estratégia de Saúde da Família, a PNAB estabelece que devem ser organizadas de modo que garantam o maior acesso possível, o vínculo entre usuários e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade¹² do cuidado (BRASIL, 2012), o que não se percebe em Santa Maria, pela ruptura ocorrida durante a implementação, devido ao desligamento dos profissionais das equipes, ou pela dificuldade de acesso a estes serviços.

Cinco ESFs possuem estrutura própria, construída pelo município para funcionar como serviço de saúde, porém em unidades como a Maringá e a Roberto Binato, o espaço físico construído é pequeno, dificultando a realização de atividades com grande número de usuários na unidade, ou como no caso da Roberto Binato, que funciona com o dobro de profissionais, o número de consultórios não é suficiente para que os trabalhadores atendam a população, o que faz com alternem os atendimentos. Quatro funcionam em residências alugadas e adaptadas para funcionarem como ESF, nestas unidades a infraestrutura não foi projetada para fornecer acesso a idosos, cadeirantes, ou pessoas com deficiência, foram realizadas adaptações, dentro do possível, por não se tratar de um imóvel público. Mas em unidades como a Santos, a Santo Antão e a São João são elementos que impedem que grupos de educação em saúde sejam realizados e que alguns usuários possam chegar até a unidade.

Nas ESFs Urlândia e Alto da Boa Vista, a infraestrutura passa por maiores dificuldades para apresentar um serviço acessível à população. Na Urlândia, apesar de se tratar de uma unidade com equipe dupla, que possui um número maior de

¹² Este termo é utilizado para expressar um dos princípios centrais da Atenção Básica, que trata do acompanhamento do usuário ao longo do tempo por profissionais da equipe e que pode ser adotado por três dimensões: identificação da unidade como fonte regular de cuidado, vínculo terapêutico duradouro e continuidade informacional (CUNHA; GIOVANELLA, 2013).

profissionais, o espaço físico foi adaptado em um anexo do salão comunitário da Igreja do bairro, é pequeno e precário, assim como no Alto da Boa Vista, onde a ESF funciona no porão de uma Escola Municipal, um espaço com muitos degraus e com salas pequenas, ambos serviços funcionam desta forma “adaptada” desde que foram habilitados como ESF, em 2004. A gestão municipal alega não existir dentro do território destas ESFs, outro local possível de ser adquirido pelo município para a construção de uma estrutura própria para as unidades de saúde.

A PNAB (BRASIL, 2012) prevê que estes serviços devem ser compostos, por pelo menos consultório médico/enfermagem; consultório odontológico e consultório com sanitário, neste sentido 11 ESFs cumprem com a política, apesar das condições dos espaços. Porém as unidades com equipe dupla, não possuem infraestrutura equivalente ao número de profissionais que compõe a equipe. Ainda em relação a PNAB, no que se refere a sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea; sala de vacinas; sala de curativos e sala de administração e gerência; todas dispõem destes espaços, ainda que pequenos ou adaptados são espaços presentes em todos os serviços. Uma demanda relacionada ao espaço físico está na sala de atividades coletivas para os profissionais da atenção básica, um local específico para reuniões, treinamentos e realização de grupos de saúde e que não é encontrado nas ESFs e reclamado pelas ACS, devido à dificuldade de se ter um espaço na comunidade para a realização das atividades de orientação e prevenção.

Os profissionais previstos pela PNAB (BRASIL, 2012) para compor a equipe mínima, médico, enfermeira, técnico de enfermagem e pelo menos quatro ACS, são encontrados em todas as equipes, apesar de muitos ACS estarem afastados (ao todo 15 durante a realização da pesquisa). A ESF Vila Lúcia e as unidades com equipe dupla, Urândia, São José e Roberto Binato, são as únicas que possuem equipe de saúde bucal. Porém as equipes se ampliam e recebem estudantes de diversos cursos da área da saúde, além de profissionais residentes que auxiliam na realização das atividades e acrescentam experiências e possibilidades de atuação da Estratégia junto à comunidade. No caso da residência, trata-se de profissionais que trabalham por dois anos junto às equipes e criam seus próprios grupos de saúde, onde desenvolvem atendimentos de especialidades como fonoaudiologia e fisioterapia. Algumas residentes relataram que suas atividades são pensadas para que contemplem os usuários durante o período que estão na unidade e fazendo com que não gere uma demanda que a ESF não possa suprir por falta de profissional.

O ir e vir que envolve a terapêutica da ESF, condiz com um tipo de profissional implicado em exercer o atendimento a saúde sob a ótica multidisciplinar, de modo que o treinamento e o envolvimento da equipe é fundamental para levantar questões referente a efetividade dos profissionais envolvidos no processo. Starfield (2002) reflete sobre a centralização no profissional médico, tanto pela equipe quanto pelos usuários e levanta a seguinte questão:

A prática da atenção primária é igualmente efetiva, não importando o tipo de médico? Ou existe uma justificativa teórica ou prática para limitar a prática da atenção primária a determinados tipos de médicos, talvez com auxílio de outros membros de uma “equipe”? (STARFIELD, 2002, p. 134).

A prática *peripatética* da ESF é exercida principalmente pelo ACS e deveria ser acompanhada pelos demais profissionais, porém se observa poucos médicos realizando o trabalho “*extra murus*”, bem como a rotatividade destes sempre traz muitas mudanças na organização da ESF. O agendamento de consultas é definido pelo médico ou médica da unidade, de forma que a organização se modifica cada vez que há uma substituição deste profissional. E cada vez que muda o médico da ESF, muda todo o funcionamento da equipe, uma rotatividade que conforme relatam as ACS dificulta a criação de vínculo com a comunidade e uma continuidade do cuidado.

Considerando que se compreende por efetividade nesta pesquisa a capacidade de se produzir um efeito, de gerar mudanças e de alcançar os princípios da política que orienta a implementação, percebe-se pouco alcance dos resultados em relação ao que se prevê na PNAB, em relação a estrutura e equipe. Apesar dos serviços funcionarem e atenderem a grades territórios, os princípios da política, no que diz respeito à longitudinalidade, continuidade do cuidado e do acesso ficam limitados e prejudicados pelas condições estruturais dos locais onde estão localizados. Ainda, se percebe que a prática das equipes está muito mais centrada em atendimentos realizados na unidade e em algumas ações coletivas pontuais desenvolvidas nos grupos de saúde, distante do trabalho “itinerante” descrito por Lancetti (2011).

4.3 A IMPEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NA VISÃO DO ACS

As observações realizadas com as e os ACS desvendaram inúmeras questões sobre a política implementada, sobre a atuação do município em relação aos serviços de atenção básica à saúde, sobre as hipóteses levantadas pela pesquisa e principalmente sobre a discricionariedade e o controle exercido pelo ACS na formulação de suas ações, o que destaca o papel deste profissional, em relação aos demais membros da equipe na implementação da política pública. As e os ACS são os profissionais da unidade que estabelecem maior vínculo com a comunidade, primeiro devido ao fato de morarem no território em que trabalham e, segundo porque conhecem a realidade das famílias e não apenas o fato isolado que fez com que o usuário fosse consultar com o médico, são profissionais, a grande maioria, sem ensino técnico ou superior, que utilizam do saber popular e dos treinamentos sobre a ESF para guiar suas ações.

A atuação *peripatética* das e dos ACS faz com que a política tenha um alcance maior dentro dos territórios que atende. As entrevistas e as observações em visitas domiciliares com as e os ACS trazem em seus relatos muito mais do que um parâmetro sobre o trabalho preventivo realizado em suas microáreas, ou da efetividade na implementação. Expressam as tensões, dificuldades e emoções destas profissionais, vistas pela população muito mais como agentes do Estado, do que como moradoras da comunidade.

A Portaria 648 e a Lei 11.350/2006, pactuam ações específicas dos agentes comunitários de saúde junto as unidades de atenção básica:

- Trabalhar em uma base geografia definida e fixa, na qual deve desenvolver ações que integrem as equipes de saúde e os usuários;
- Realizar ações de promoção e prevenção das doenças e de vigilância por meio de visitas domiciliares periódicas;
- Orientar as famílias sobre os serviços de saúde;
- Realizar atividades de educação para a saúde individual e coletiva;
- Realizar e manter atualizados os cadastros das famílias e o registro de agravos através do preenchimento de fichas;
- Utilizar instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;

- Estimular a participação da comunidade nas políticas de saúde;
- Participar de ações que fortaleçam os elos entre o setor de saúde e outras políticas de qualidade de vida;

Estas ações, somadas a discricionariedade que o ACS possui para desenvolver suas atividades especificam a importância que estes profissionais possuem na implementação da Estratégia de Saúde da Família, onde complementam a política com suas características pessoais e atributos utilizados durante o trabalho junto as comunidades que atendem. Lotta (2010, p. 176) demarca a importância das visitas domiciliares, “uma vez que são entendidas como a função central dos agentes, as visitas domiciliares são compreendidas como importantes no processo do PSF, por estarem relacionadas à formação de vínculo e integralidade”. Nas VDs é possível perceber a relação do ACS com as famílias, o controle exercido pelo profissional sobre a situação de saúde dos usuários e o vínculo criado com a comunidade.

Em uma das visitas realizadas na ESF Santo Antônio, a ACS relata que o agente de saúde não tem vida pessoal, é sempre a “fulana do posto”, que é chamada às seis da manhã quando uma criança adoce, que mesmo estando em férias é procurada para saber se o médico estará atendendo, ou se o posto estará funcionando. O MS define o ACS como o profissional responsável pelo “elo entre a comunidade e os serviços de saúde”, é a “ponte entre as famílias, a comunidade e a unidade de saúde” (BRASIL, 2000), é quem orienta a população sobre as ações realizadas na ESF, tornando-se para os usuários o primeiro profissional procurado para atender dúvidas ou agravos de saúde.

Além disso, é um profissional que faz parte do território em que atua, o que faz com que este “elo” com a comunidade seja ainda mais próximo e ressalta o poder de implementação atribuído ao ACS, uma vez que é ele quem orienta, informa, questiona, controla e cuida dos usuários do território. O sentido de “porta de entrada” do usuário no SUS, atribuído a ESF, deve-se ao fato de ser o serviço que vai compreender os problemas trazidos pelos pacientes, em muitos casos se trabalha com demandas grandemente influenciadas pelo seu contexto social e a busca por atendimento não se dá da mesma maneira com todos os usuários (STARFIELD, 2002), de modo que a ou o ACS é o profissional capaz de coletar estas demandas e “abrir a porta do serviço” para a comunidade.

Nas observações das visitas domiciliares e nas entrevistas, as ACS acompanhadas apresentaram sua rotina de trabalho e demandas nunca antes escutadas pela gestão municipal, foi possível perceber impressões destas profissionais sobre a

política pública e efeitos da política pública sobre a vida destas profissionais. A profundidade destas técnicas faz com que seja muito difícil ser o porta-voz destas agentes, reproduzir com o máximo de cuidado os eventos observados e transformá-los em conhecimento são desafios para esta pesquisa.

4.3.1 Mudanças e continuidades na ESF: a percepção de quem construiu a prática.

No decorrer da implementação da ESF em Santa Maria, aconteceram muitas mudanças e continuidades, como podemos observar no capítulo III, algumas ACS participaram desde o princípio da implementação e acompanharam o desenvolvimento deste processo. Quatro ACS de regiões diferentes da cidade foram entrevistadas e seus relatos trazem a percepção de quem construiu a prática junto com as equipes. Como já mencionado anteriormente, 16 ESFs foram implementadas no ano de 2004, porém antes disso já existiam ACS que atuavam em EACS, junto às UBSs, como é o caso de uma das entrevistadas:

Então, eu entrei em 2000, que era uma política neh? Não era uma Lei, propriamente dita, a gente era pelo consórcio, passava tudo pelo consórcio. (Rosa Maria, ACS entrevistada).

O ACS é um profissional exigido apenas na ESF, por isso a entrevistada menciona que “era uma política”, no sentido que era algo que fazia parte da gestão municipal da época incluir ACS nas equipes de UBS, mas ainda estava longe de se tornar uma Lei. Ainda, é importante ressaltar que nessa época todas as contratações de profissionais da Atenção Básica eram realizadas por intermédio do Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS), todas contratações terceirizadas. Antes do PSF, o programa federal que financiava as ações do ACS era o PACS:

Era o PACS, Programa de Agente Comunitário de Saúde, quando eu entrei em 2003, em 2004 entrou o PSF, Programa de Saúde da Família, aí se reunimos todas, aqui no salão da Igreja, com o pessoal da Secretaria e fomos formar as equipes de PSF, aqui da Região Oeste, sabe toda aquela função pra formar as equipes (Alina, ACS entrevistada).

Daí em 2004... foi então inaugurada a nossa ESF aqui, que já tinha... algumas já tinham iniciado e nós fomos depois da segunda etapa, mas foi assim... porque antes, o que aconteceu? Antes nós éramos só agentes comunitários de saúde, vinculados a uma Unidade Básica de Saúde, com uma enfermeira, que nós fazíamos reuniões uma vez por mês, não tínhamos muita coisa, nós fazíamos cadastro, conversávamos com os pacientes (Onetti, ACS entrevistada).

Bom, eu to na ESF há 13 anos e oito meses, eu entrei pelo consórcio. Então eu comecei com a ESF aqui, eu participei da primeira reunião que teve dia 30 de abril de 2004, que foi para a criação da ESF, quando foi abrir a estratégia aqui, que era lá no centro comunitário, eu participei e foi lá que tomaram as decisões de como funcionaria a ESF (Ramona, ACS entrevistada).

As agentes entrevistadas acompanharam a prática cotidiana da ESF ao longo de todo o período de seu funcionamento e reafirmam a mudança no modelo de trabalho anterior a ESF. Ainda, salientam a participação existente no planejamento das primeiras ações, demonstrando um tipo de implementação participativa, que começa nos níveis mais baixos do processo e permite analisar como ocorre a relação dos burocratas que recebem e implementam a política, tal como o modelo *bottom-up* (VAQUERO, 2007). Então, temos que Santa Maria iniciou seu processo de implementação contemplando a visão de usuários e agentes, construindo as práticas de trabalho a partir das demandas trazidas pelo território em que estava sendo implementadas.

Porque a comunidade tem que participar, porque ela é quem usa a unidade, tu é o servidor, tu é o profissional que tá lá na frente, mas é ela que usa [...] E foi muito interessante, porque foi mais de cem pessoas, encheu aquele salão da igreja... Porque naquela época funcionava a comunidade, eu era a presidente e desde ali, com essa equipe ela se tornou assim o ponto principal, porque todo mundo se conhecia na equipe, conhecia o Seu João que chegava ali na porta, sabia quem era, entendeu? Então tinha um vínculo maior com a comunidade (Alina, ACS entrevistada).

A participação da comunidade, segundo a ACS entrevistada, gera um vínculo maior entre o serviço e o usuário, permite que este se sinta parte das decisões e escutado pelos profissionais da unidade, algo que é estabelecido na PNAB: “Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território” (BRASIL, 2012). A política tem este objetivo de ampliar a autonomia do usuário, não se trata apenas de prevenir agravos e promover a saúde, mas também, de orientar o usuário para que ele compreenda a sua contrapartida com sua saúde e com o serviço que utiliza.

Nas ESFs visitadas foi percebido que o interesse da população em participar não persiste atualmente, apenas três ESFs possuem associação comunitária em funcionamento e em nenhuma delas a população participa das reuniões de equipe. As ACS destacam que as primeiras equipes vieram com mais engajamento para sair para a rua, para falar com as pessoas e isto gerava maior integração com a comunidade.

Porém, também houveram conflitos neste começo, especialmente em relação a participação da comunidade:

Então tem que o ESF tem que fazer uma reunião com a comunidade e aí o que que aconteceu? Começamos a fazer a reunião com a comunidade, só que a comunidade só vinha pra falar mal, ela não vinha ajudar e pra tentar entender (Ramona, ACS entrevistada).

Muitos relatos das e dos ACS durante as observações convergem com a fala da entrevistada, demonstrando uma dificuldade da unidade em acolher as demandas dos usuários, o que acabou fazendo com que participação fosse se perdendo e a comunidade deixasse de participar. Desde as entrevistas com as e os conselheiros de saúde, os relatos dos ACS observados e as declarações dos profissionais que foram entrevistados, apontam para uma implementação que teve perspectivas positivas de alcance nos primeiros anos de atuação, mas por questões judiciais e institucionais o funcionamento das equipes passou por muitas transformações:

Quando começou a Estratégia era bem mais envolvente né, tanto os profissionais quanto a comunidade estava bem envolvida, porque era uma coisa nova, chegou uma coisa nova, então o pessoal acha assim “ah vai entrar a estratégia de saúde da família vai mudar muito” e na real são sonhos neh? (Rosa Maria, ACS entrevistada).

E a estratégia de saúde da família é isso, ela vem pra que? Pra que as pessoas possam te conhecer como enfermeiro, te conhecer como agente de saúde, como técnico, como médico, isso é o vínculo comunidade e equipe. E aí depois de 2004 nós tivemos um período muito bom que foi até 2008 né, que daí depois deu toda aquela função que... não poderia mais ter funcionários... nós éramos terceirizados pelo consórcio, veio do próprio Ministério Público, então pra acabar com a terceirização e fazer concurso (Odetti, ACS entrevistada).

Aí quando acabou o PSF, que teve uma quebra, teve toda aquela coisa dos contratos emergenciais, aí a gente se perdeu um monte e aí foi troca de gestão, foi toda aquela função e aí já foi bem complicado, teve outro concurso pra agente de saúde em 2008, que aí todo mundo já saiu, saiu esses médicos, essa equipe de PSF (Alina, ACS entrevistada).

As ACS entrevistadas contam que as primeiras equipes puderam fazer um trabalho mais efetivo junto à comunidade, fosse pela participação dos usuários, ou pelo engajamento e pelo perfil dos primeiros profissionais que compuseram as equipes. A implementação começou pelas bases (*bottom-up*) e devido a uma descontinuidade no processo, muitos princípios da política são prejudicados, um deles é justamente a continuidade do trabalho e do vínculo da equipe com a comunidade. E como mencionado acima, após 2008, com o processo do MPT e com a troca de gestão houve um período de muitas dificuldades para a ESF:

As equipes diferenciam muito né? Porque no começo a gente tinha uma equipe muito boa, aí depois teve uma decaída, decaiu bastante, porque não me lembro bem, não sei se não tava bem formalizado, não era concursado... É, isso mesmo! Não era concursado, era contrato, daí eles ficavam só aquele tempo (Rosa Maria, ACS entrevistada).

Nós começava a se dar bem, como eu digo, e já trocava, porque essas aí já são as segundas (a respeito das enfermeiras). Então assim, a gente perde muita coisa para outros profissionais, porque uns tem perfil, outros não tem, como o agente de saúde, eu posso ter perfil pra uma coisa, ou pra outra. Então foram mudanças bem radicais, no sentido, gestão, profissionais, se perdeu a relação com a comunidade, porque hoje tu faz reunião na comunidade... a gente ainda tem sorte que as vezes vai 20, 30, mas tem comunidades que não vai ninguém (Alina, ACS entrevistada).

No período de 2008 a 2010 a contratação dos profissionais médicos e enfermeiros era via contrato emergencial, de modo que muitos profissionais passaram pelas ESFs, sem a possibilidade de criar um vínculo com a comunidade, ou estabelecer uma continuidade das ações. A rotatividade dos profissionais, também mencionada nas entrevistas com o CMS, demonstra uma ruptura com o processo de trabalho previsto na PNAB. Muitas mudanças ocorreram na ESF, mudanças não exatamente em relação ao processo de trabalho, que continuava prevendo as mesmas práticas, mas quanto ao perfil das novas equipes, as relações entre a gestão, ESF e usuários e a rotatividade de profissionais. Apesar disso, as observações com as e os ACS revelaram ações que buscam gerar um trabalho preventivo, voltadas para a criação de vínculo e de cuidado.

4.3.2 O significado *peripatético* da implementação: o ir e vir das e dos ACS

A Estratégia de Saúde requer ações específicas das e dos ACS para que a política seja implementada, estas ações estão no ir e vir pela comunidade, no trabalho discricionário que exercem e também, nas funções descritas pela própria PNAB. Estes agentes *peripatéticos* constroem procedimentos que lhes permitem cuidar e controlar as famílias atendidas. Por meio de suas ações a política implementada apresenta duas características principais: o cuidado e o controle à saúde da população. Cuidado diz respeito à criação do vínculo na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, e o controle num sentido restritivo, que apresenta ações fiscalizadoras sobre as escolhas dos indivíduos, monitorando hábitos alimentares e, inclusive, reprodutivos.

Um ACS acompanhado, explica que suas ações dependem do vínculo com a família, segundo ele é preciso certo tempo para conquistar a confiança do usuário e poder perguntar coisas mais pessoais necessárias para a compreensão das questões de

saúde. Em uma das visitas realizadas com este agente, na casa de uma senhora idosa que mora sozinha, a Dona Helena, antes de entrar na residência o ACS explicou que muitos dos seus usuários são como a Dona Helena, possuem doenças crônicas controladas, mas mesmo assim necessitam de cuidado. Dona Helena parecia ter muito carinho pelo ACS, de chegada reclamou do tempo que fazia desde sua última visita, durante todo o tempo contava da sua rotina, dos remédios e exames que havia realizado, do controle de sua diabetes e hipertensão, da falta que sente de seu filho, dentre outras coisas pessoais que fizeram com que a conversa fosse prolongada por mais de uma hora. Ao sair o ACS concluiu, “eles querem atenção e no posto, muitas vezes o médico, ou os outros não entendem isso... daí eles cobram da gente”.

Já uma das ACS acompanhada na ESF Alto da Boa Vista realizava visitas direcionadas a recém-nascidos, foram realizadas quatro VDs, em que a ACS levantou questões sobre a alimentação dos bebês, a saúde das mães, revisou o caderno de vacinas e repassou orientações sobre o “preventivo”, que deveria ser realizado pelas mães, indagando as mulheres sobre o uso de métodos contraceptivos. Este controle específico da ACS sobre a natalidade no seu território é percebido também por Nascimento e Mello (2014), em estudo com ACS de unidades básicas de saúde do estado de Alagoas:

Foram frequentes as considerações das equipes de profissionais de saúde que afirmavam a “falta de comprometimento” das mulheres em relação ao controle do número de filhos. A correlação “as mulheres são pobres porque têm muitos filhos e quanto maiores às famílias, menor será o poder aquisitivo dos mesmos”, destacava-se entre as orientações especificamente voltadas para as mulheres (NASCIMENTO; MELLO, 2014).

Percebe-se claramente este direcionamento do controle sobre a natalidade. As famílias visitadas com esta ACS residem em pequenas acomodações humildes e sem muito conforto, compostas de duas, ou três crianças de até oito anos e suas mães e avós, os maridos ausentes, pois estão trabalhando. A ACS relata que a gravidez é um dos “problemas” do território, que “essa mulherada faz mesmo”, demonstrando que se trata de um assunto abordado constantemente na unidade e com o intuito de orientar para a redução da reprodução.

As ações descritas pelas ACS entrevistadas convergem com as observações nas visitas domiciliares:

[...] O desenvolvimento das crianças, pra verificar carteirinha de vacina, a gente ainda dá um entradinha assim de como que as mãe estão tratando da saúde sexual delas, apesar da gente não ter um planejamento familiar, a gente faz um pouquinho disso (Onetti, ACS entrevistada).

Tem a coleta de CP, que isso é todos os dias aqui na unidade, isso é preventivo mesmo e as crônicas neh? Que todos os dias tem hipertensos,

diabéticos, que isso que é a prevenção, que nosso trabalho mesmo é hipertenso, diabético, idoso, criança, que tem a saúde da criança também e a saúde da mulher que entrou com o preventivo e o câncer de mama que a gente tem que ta sempre e a prevenção que a saúde da criança todo mês tem que ter um controle da criança, da natalidade (Alina, ACS entrevistada).

A perspectiva controlista é algo que chama a atenção, principalmente devido ao fato de entender-se nestes espaços, como saúde da mulher, ações especialmente voltadas à gravidez e ao uso de métodos contraceptivos. As ações das e dos ACS estão voltadas para seis grupos de risco, estabelecidos pela PNAB como prioridades a serem trabalhadas na ESF

Gestantes, crianças de 0 a 2 anos, idosos, hipertensos, diabéticos e pessoas com deficiência, então são seis grupos de risco[...]

Nós temos grupos da terceira idade que são grupos muito bons que a gente conseguiu manter, apesar de não ter muito incentivo, de não ter muito subsídio, mas nós fizemos rifas pra nós poder ter subsídio pra trabalhar com eles, a gente faz passeios uma vez por mês, a gente faz encontros do grupo, tem uma dinâmica toda que a gente trabalha com eles e isso não se perdeu, isso é muito bom, porque tem pessoas que ficam o mês inteiro esperando este dia (Odetti, ACS entrevistada).

Como descrito pela ACS, muitos usuários procuram os grupos de saúde como uma forma de interação entre a população, como troca de angústias e experiências. Em uma das visitas domiciliares, uma ACS explicou que as dificuldades dos idosos “ou é problema demais, ou é problema de menos”, relacionando aos agravos à saúde, que geram muitos problemas ao usuário e, também ao abandono dos familiares, o que faz com que eles busquem no serviço de saúde alguma atenção e cuidado. E mesmo diante das ações de controle, o vínculo criado pela ou pelo ACS faz com que o usuário, na maioria das vezes, receba suas orientações.

A prevenção, segundo Starfield (2002), historicamente está atrelada a situações do individual que podem afetar o coletivo, atualmente, considera riscos que alguns sujeitos possam estar suscetíveis devido a questões biológicas ou sociais. Muitas ações de prevenção são voltadas a enfermidades específicas, por isso existem os grupos de risco, que representam o foco da prevenção, não apenas para que a enfermidade não seja adquirida, mas também, para que ela seja controlada:

A gente não atende urgência e emergência, só prevenção e a nossa parte é fazer com que essa prevenção aconteça né? De não chegar, digamos assim, um de início de diabético, chegar ao ponto de ter que fazer insulina. A gente tem que trabalhar nisso e a gente não tá conseguindo, tentar não deixar chegar num grau tão alto, porque são crônicos já. E tem toda uma cultura né? Isso aí a gente mexe com tanta coisa deles... (Alina, ACS entrevistada).

A entrevistada refere-se a um trabalho contínuo que a ESF busca realizar para que pacientes hipertensos e diabéticos, por exemplo, não agravem a situação da doença, um acompanhamento para que a doença seja controlada e não gere risco à saúde do usuário. Porém, como relatado pela profissional, muitos usuários chegam à unidade, ou descobrem da doença já em um estágio bastante avançado. Além disso, especialmente a hipertensão e a diabetes envolvem cuidados relacionados aos hábitos alimentares do indivíduo, algo que envolve as condições financeiras para que este usuário possa ter uma alimentação saudável e, também hábitos culturais relacionados ao tipo de alimento que faz parte de sua dieta.

Muitas críticas são realizadas pelas ACS a respeito da efetividade das ações de prevenção desenvolvidas na ESF:

Tem a tentativa de fazer, só que vira e mexe é a mesma coisa e a população já tá saturada, eu... acho que tem que partir pra coisa mais prática, mas não... Eu acho que a forma como é feito é muito... é muita teoria, não tem mais... eu acho que pra ti fazer um trabalho de prevenção não é só eu que tenho que ir pra rua, a unidade tem que sair pra rua, tu entendeu? Vamo sair fazer uma caminhada, olha hoje assim, sair fazer uma caminhada, entregar um panfleto, conversar, olha vamo do mosquito, vamo da pressão, vamo da diabete, do HIV, seja do que for (Ramona, ACS entrevistada).

A cobrança é atendimento, é chato tu ver isso, ouvir isso, mas é atendimento, atendimento, atendimento, aí tu foge da tua prevenção, se tivesse prevenção não precisava tudo isso. Porque isso aqui é uma loucura! Se tu ficar o dia inteiro aqui dentro, ficar lá na frente tu fica louco. Só querem atendimento, receita, receita, remédio, remédio. Então não tem prevenção, uma estratégia que já foi o tempo da prevenção (Alina, ACS entrevistada).

A fala desta última ACS se refere ao grande número de usuários que aguardava atendimento médico no dia em que a entrevista foi realizada. Ambas reclamam da falta de disponibilidade dos profissionais em realizar visitas domiciliares, ou atividades junto à comunidade, a justificativa seria a grande demanda por atendimentos dentro da unidade, porém como as ACS mesmo relatam, se não houver prevenção da rua, vai ser grande a demanda dentro da ESF.

4.3.3 A efetividade da política no território

Muitos dos princípios da política não são alcançados na implementação realizada em Santa Maria, tais como a acessibilidade aos serviços, o estímulo a participação dos usuários, ou a territorialização. Para, além disso, nenhuma das ESFs

visitadas pôde fornecer o número exato de usuários cadastrados no território, as justificativas variavam, podendo ser pela ausência de ACS em algumas microáreas, pela dificuldade em realizar o cadastramento de todas as famílias, ou devido ao sistema disponibilizado nacionalmente pelo MS que não fornece um suporte adequado aos profissionais e não é acessível na elaboração de relatórios, ou mesmo no lançamento de dados.

Apesar das dificuldades mencionadas para a realização do trabalho preventivo, perguntadas a respeito das mudanças ocorridas na comunidade ao longo dos 13 anos de funcionamento da ESF, as ACS prontamente apontaram alguns resultados específicos que foram sentidos por quem trabalha no local desde o princípio das atividades.

Ah, com certeza! Faz bastante diferença, porque a gente vê aquelas que são bem assíduas, que vão sempre nos grupos, elas tem mais cuidado com a medicação, elas tem mais cuidado com seu próprio corpo, com sua saúde, elas tão sempre perguntando... “ah eu tenho que fazer CP esse ano?”, não precisa nem tu dizer pra elas que elas têm que fazer. Não, tem uma diferença muito grande, as próprias mãezinhas, tu não precisa mais tá correndo atrás das vacinas, que quando eu cheguei as vacinas eram todas atrasadas, as crianças não eram pesadas, agora também tem toda aquela coisa da bolsa família, elas tem muito medo de perder a bolsa, então... “olha a minha carteira, eu tenho vacina atrasada?”, tem que fazer a vacina, elas são bem preocupadas assim, a carteirinha sempre em dia, eu não tenho mais aquela preocupação que eu tinha com as crianças antigamente, porque as crianças não eram pesadas, não eram... agora são levadas nas consultas... (Rosa Maria, ACS entrevistada).

A entrevistada relata importantes mudanças no comportamento das usuárias, percebidas pela assiduidade com que estas frequentam os grupos de saúde e as demais ações da ESF. As ACS relatam que o acompanhamento das famílias ao longo dos 13 anos de funcionamento da Estratégia no território representa outro modelo de atendimento à saúde, com a ESF as usuárias passam a preocupar-se com as vacinas dos filhos, com o próprio corpo, com exames, não se pensa mais em saúde apenas no momento de adoecimento.

Outra ACS reafirma estas mudanças no território da ESF em que atua:

Ah mudou muito sim, porque quando a gente começou nós notava a dificuldade que eles tinham até em entender, mas hoje eles já conseguem aceitar o papel da enfermeira tanto que as gurias estão sempre com as agendas lotadas. A saúde da mulher, a questão do preventivo era um pavor que elas tinham que deus o livre... outra questão é dos hipertensos ta se cuidando, eles estão se cuidando mais, eles estão procurando pra renovar receita, a puericultura, a questão do pré-natal, isso foi uma mudança muito grande, eles fazem mais consultas sim e hoje eles estão indo muito mais por causa dessa gurizada que ta aí, por isso eu digo que a residência é muito importante pra nós (Ramona, ACS entrevistada).

Orientações sobre a saúde da mulher, sobre o tratamento de hipertensos e diabéticos, pré-natal e puericultura são ações que a ESF aproximou de usuários que teriam muita dificuldade para terem acesso a estes serviços na rede especializada do município, como acontece com comunidades que não possuem ESF. Pré-natal e saúde da mulher são cuidados ofertados, também nas UBSs, porém como neste serviço à população atendida é muito maior, a capacidade de o serviço atender a todos os usuários acaba sendo limitada.

Outro destaque é para a atuação de profissionais residentes nas ESFs, como já mencionado anteriormente, a residência possibilita atendimentos especializados, grupos de saúde diversificados e, obviamente, maior número de profissionais atendendo a população, com maior número de ações de prevenção sendo desenvolvidas junto aos agentes de saúde. O fato de serem estudantes em nível de pós-graduação, ainda permite um suporte institucional da Universidade, com tutoria de professores que acompanham o trabalho dos residentes e orientam ações pedagógicas a serem desenvolvidas junto aos serviços de saúde.

Porém, é preciso destacar uma questão: em relação ao tempo de permanência destes profissionais na unidade, os cursos de especialização em residência possuem a duração máxima de dois anos, durante este período o residente desempenha uma carga horária de trabalho semanal de 30h na ESF, realizando atendimentos individuais, coletivos, visitas domiciliares e construindo grupos de saúde acompanhados pelos ACSs da unidade, após o término desses dois anos entra um novo residente, não necessariamente da mesma área e passa a desenvolver outras ações. Esta descontinuidade no trabalho pode gerar uma demanda na comunidade (porque um serviço era desenvolvido e deixa de ser no ano seguinte) e ainda dificulta a criação do vínculo, principal prerrogativa na relação profissional/usuário deste serviço. Em algumas das unidades visitadas pode-se perceber uma preocupação das residentes em planejar o trabalho para que ele tenha início, meio e fim e não deixe os usuários sem uma explicação de porque até certo momento era realizado um grupo de fisioterapia, por exemplo, e no ano seguinte este grupo não existe mais.

Apesar das precariedades existentes no serviço, identificadas durante as visitas nas Equipes, como espaço limitado, ou inadequado, incapacidade da atuação profissional diante da alta demanda expressa pela dificuldade no agendamento de consultas, baixa cobertura da população, insuficiência de serviços especializados para atender encaminhamentos de consultas e exames, entre outras questões. Os atributos

específicos da saúde da família imprimem importantes mudanças na situação de saúde dos poucos usuários atendidos no município.

Fez toda a diferença... sim, isso aí fez toda a diferença, isso aí é uma coisa assim que no momento em que as pessoas tem acesso, por mais limitado que seja, mas as pessoas estão tendo o acesso a saúde, a gente tem a possibilidade disso, imagina o médico ir na tua casa? As pessoas... Às vezes não dão valor pra isso (Onetti, ACS entrevistada).

Mas pra comunidade foi muito importante, até porque ela lutou por isso, no começo até ir se transformando... tu vê quem é que recebe uma visita de médico na sua casa, quem é que recebe a visita de um técnico pra fazer um curativo, fazer um HGT, verificar uma pressão, quem que recebe a visita de um nutricionista sem pagar? (Alina, ACS entrevistada).

As ACS reconhecem as limitações de acesso dos usuários aos serviços. Como visto, a maioria das ESFs atende uma população acima do número estabelecido para a os profissionais que compõem a equipe, além de pertencerem a regiões consideradas pela gestão municipal como “vazios assistenciais”, ou seja, onde o serviço público de saúde mais próximo é a Estratégia, trazendo inúmeras demandas da população para serem atendidas por esta política. Porém há um serviço público de saúde no local, o Estado está presente, através do ACS que controla e cuida, através do Médico que faz atendimentos nas residências de acamados que não podem ir até o serviço e a importância que se observa nestes espaços é que o serviço está sendo realizado, a política está indo e vindo pela comunidade.

As profissionais entrevistadas ainda evidenciam mudanças relacionadas a ações individuais, comportamentos específicos das ACS que dão uma direção ao trabalho realizado pela ESF. Isto se dá diante de situações em que a agente de saúde se depara com pluralidades que não estão presentes no manual da Estratégia. Como estas duas situações descritas por uma entrevistada:

Ele tem 20 anos, então assim oh, ele é uma mulher, só que ele disse que ele nunca vai fazer a cirurgia, ele não pensa em fazer a cirurgia de mudança de sexo e ele se arruma muito bem, a gente nota que ele tá mais bonito, ele chega todo maquiado, todo arrumado e ele chega e já leva nós lá pro fundinho pra conversar, porque as pessoas tratam ele mal, a família não aceita e nós aceitamos (Ramona, ACS entrevistada).

A minha população é 80% negro e o negro é a questão de cuidado... essas gurias, porque elas não se acham bonita, a gente faz grupo, já comprei maquiagem pra negro, eu falo “vamo se cuidar!”, porque isso tem muito preconceito, nossa senhora! Então o meu público de falar é com esses aí (negros e homossexuais), eles são a minha paixão (Ramona, ACS entrevistada).

A compreensão da ACS diante da demanda da usuária transexual foi o que possibilitou a sua aproximação ao serviço de saúde, onde pode ter acesso a orientações a

respeito da sua saúde sexual e a um acolhimento subjetivo, relacionado à possibilidade dessa usuária poder conversar, se identificando enquanto mulher e ser ouvida. A ACS ainda relata já ter realizado grupos de saúde para obesos e adolescentes, além do trabalho com a população negra, como descrito acima, tudo isso parte da agente de saúde, da liberdade possibilitada para que esta profissional desenvolva orientações, grupos e escutas, onde acaba direcionando a política implementada para um posicionamento pessoal, neste caso favorável aos usuários atendidos.

As mudanças sentidas na comunidade são focalizadas em pontos específicos, microáreas e/ou ESFs que possibilitam uma relação usuário/profissional capaz de promover uma mudança de hábitos relacionados aos cuidados de si. São efeitos pontuais, mínimos diante do tamanho do território desassistido, porém máximos diante do volume de demandas sobre estes serviços que estão em funcionamento. Ainda, muitas queixas foram trazidas pelas ACS em relação à forma como a política reconhece o seu trabalho, como veremos a seguir.

4.3.4 Um agente de transformação: o duplo impacto da implementação nas e nos ACS

O caminho percorrido até aqui pretende tecer as trajetórias da implementação da ESF em Santa Maria e compreender os fatores que afetam a sua efetividade, que geram efeitos positivos ou negativos e que fazem com que a política alcance seus princípios. Tal qual a efetividade investigada, os agentes de saúde representam a transformação que se espera da comunidade, uma denominação explicada por uma das ACS entrevistadas:

Sempre me chamou muita atenção que teve uma enfermeira que me disse assim: “Agente de saúde é um agente de transformação”, então quando eu chegava na casa das pessoas aquilo sempre retumbava sabe? “Agente de transformação”... Aí eu chegava nas casas e ficava pensando como é que eu vou fazer, como é que eu vou transformar? (Onetti, ACS entrevistada)
 [...] Entendi que eu não tô ali pra julgar ninguém, pra dizer que tu tem que ser assim como tu quer que eu seja, eu tenho que respeitar o teu ser como que tu é e te dar algumas diretrizes pra ver se tu quer mudar, esse que é o nosso papel (Onetti, ACS entrevistada).

Um requisito básico para ser agente de saúde é residir no território em que atua, o que faz com que o ACS esteja próximo da comunidade e da equipe de saúde,

pertencendo a estes dois territórios é um facilitador na criação de vínculos (SILVA et al, 2013, p. 81). A tradução deste termo agente de transformação vem da capacidade de agir do ACS, que pode ser um agir técnico, voltado ao pertencimento a um serviço de saúde, ou um agir que nutre vínculos de cuidado, devido ao seu pertencimento a comunidade. Este duplo pertencimento, levanta uma concepção de que o efeito gerado pela política que é implementada pelo ACS na comunidade, também afeta de alguma forma este profissional que faz parte do território.

A literatura existente sobre o trabalho do ACS na implementação de políticas públicas (LOTTA, 2010, LIMA; D'ASCENZI, 2013), geralmente está ligada ao poder de mudança que estes agentes possuem sobre a política que implementam, porém o que vai se apresentar aqui está relacionado também, com o impacto da política sobre estes burocratas de rua. Desde Lipsky (1980) a burocracia de nível de rua é analisada no campo das políticas públicas considerando profissionais, representantes do Estado, que atuam na “linha de frente”, na relação direta com a população e que imprimem valores e sentidos pessoais em suas ações, alterando elementos importantes das políticas, exemplos destes burocratas são policiais, professores, agentes de saúde, assistentes sociais, entre outros.

As representantes diretas do Estado, as agentes de saúde fazem parte da população atendida pelo serviço que implementam, o que faz com que esta relação seja permeada por conflitos e dificuldades.

A gente escuta muito, qualquer coisa que fazem dentro da unidade que não agrada a eles, ou que era feito e depois mudaram a forma de fazer... eu mesma tive meus filhos ameaçados, me jogaram água quente... era coisas assim, mas não era culpa da gente, mas é bem difícil até hoje. (Ramona, ACS entrevistada). [...]

Eu sempre fui totalmente contra morar na microárea... Porque é sempre assim, a Ramona do posto, é sempre, como é que eu vou te dizer? Aqui parece que eu tenho que ficar 24 horas, eu já tive gente batendo na minha casa uma hora da manhã pra eu chamar a ambulância, eu não tenho o poder de chamar a ambulância. Eu já tive assim, seis horas da manhã, de férias batendo palma na frente da minha casa pra perguntar se o posto ia tá aberto... eu vou no mercado e as pessoas me perguntam, eu vou na padaria e as pessoas me perguntam, eu não tenho sábado e eu não tenho domingo, eu não tenho manhã e tarde, aonde me encontram eu tenho que tá dando informação “Tem posto? Tem posto? Tem médico? A médica vai me atender...” sabe? Isso cansa às vezes. (Ramona, ACS entrevistada)

Os relatos desta ACS vêm de um território com muitos casos de violência e ameaças contra a unidade, não se pode generalizar a todas as ESFs, mas é importante compreender que se trata de profissionais que também são afetadas pela política, que perdem a sua individualidade devido à função pública que exercem. Estas dificuldades

encontradas pelas ACS surgem no momento da entrevista em que se abre para que elas falem sobre o trabalho na comunidade, sobre o papel que exercem e sobre como a comunidade entende sua função. As respostas impressionam pelo teor de cobrança sobre as ACS que, como visto nos relatos acima, acabam perdendo sua privacidade de serem moradoras do território devido as inúmeras demandas trazidas pela comunidade.

Outra entrevistada levanta uma questão relacionada ao suporte psicológico para as ACS:

E tu tem que saber trabalhar com ética também, porque as vezes tu sai desmontada do que tu ouve, do que eles falam da vida deles e aí tu vai falar pra quem? É essa minha falta que eu não te falei, porque tu cuida da vida das pessoas, agora quem é que te cuida? (chorando)... quem é que te ouve? Nem sempre teu marido, teu companheiro tá disposto a ouvir do teu trabalho... é o teu trabalho. Te vira! Vai lá falar com tua chefe! É muito difícil esse lado do cuidador, porque a gente nota essa dificuldade, nós cuidamos, nós ouvimos e quem nos cuida? Mas eu vou te dizer, eu amo o que eu faço (Rosa Maria, ACS entrevistada).

No relato da ACS se apresenta a falta de cuidado da PNAB e/ou da gestão municipal sobre a saúde física e mental destes profissionais, que são os trabalhadores que estão no contato direto com famílias que vivem em condições de extrema desigualdade social, pobreza e violências. Nas observações realizadas com uma ACS da ESF São José, esta relata que já teve que atender meninas vítimas de estupro, sem nenhum amparo da rede de saúde, evento que se repetiu nos relatos das ACS acompanhadas nas ESFs Alto da Boa Vista e Maringá.

Eu sou enfermeiro, médico, psicólogo, um pouquinho de cada coisa, dou colo, entendeu? Às vezes eu fico de mãos atadaa, porque eu oriento que vá até a unidade, aí chega na unidade e trava, entendeu? E, ou vai até a unidade e não vai pra frente, como tem vários que chegam na unidade e não vai (Alina, ACS entrevistada).

Tá bem difícil de ser agente de saúde, não sei se é eu que tô tão desmotivada, mas muita gente tá doente também, olha não é um, quase todos os agentes de saúde estão doentes e dizem “ah, tu tem que te cuidar!” a gente não tem cuidado nenhum, ninguém cuida da gente, da parte psicológica? Ta louco! Se não tem nem pros pacientes, imagina pra nós... (Ramona, ACS entrevistada).

Percebe-se uma falta de amparo especializado para as profissionais trabalharem com questões mais complexas e uma ausência de cuidado ao cuidador, como mencionado. A rede especializada no município conta com apenas três CAPS, um número que não tem sido capaz de oferecer atendimento psicológico ou psiquiátrico a todos os encaminhamentos provindos dos serviços de AB. Alguns ACS relataram que até fazem encaminhamento para rede especializada quando identificam casos como os de estupro, ou abuso, mas o retorno é muito demorado, deixando o usuário sob os

cuidados do ACS e da ESF. Ainda, relatam nunca ter tido nenhum tipo de cuidado específico sobre suas demandas de agente de saúde, algo que, entre outras questões, desmotiva uma das entrevistadas.

Porque hoje eu não tenho mais vontade de ser agente de saúde. Eu tô doente, eu tô doente física e psicologicamente, eu não tenho vontade de sair. (Ramona, ACS entrevistada).

Das 14 ESFs visitadas, apenas quatro estavam com todas as microáreas assistidas pelos ACS, nas demais era comum ter dois, até três ACS afastados devido a problemas de saúde.

Percebemos uma implementação frágil, que não consegue suporte institucional ao sujeito que é meio para que a política aconteça, os sentidos que estes sujeitos dão ao serviço que exercem é o sentido da política nestes territórios. Agentes de saúde desgastadas, adoecidas física e mentalmente são as profissionais que fazem a política acontecer, como resultado de uma implementação que sobrecarrega seus agentes implementadores sem prever um suporte compatível com suas ações.

Apesar das dificuldades do trabalho, as entrevistadas trazem relatos emocionados sobre o retorno da população.

Mas tem coisas que te recompensam... tu acompanhar uma gestante do começo ao fim, depois tu acompanhar toda aquela criança e tu vê aquela criança nascer, crescer, a mãe se esforçando pra dar o peito, porque a agente de saúde diz que o leite materno é importante. A mãe se esforçando pra levar no posto, porque a agente de saúde falou que não pode atrasar as vacinas (chorando)... é muito lindo sabe? (Rosa Maria, ACS entrevistada).

A curta relação estabelecida com as e os ACS durante o trabalho de campo apresentou profissionais desmotivados diante das dificuldades já citadas acima, alguns desgastados fisicamente, outros desiludidos com a falta de retorno do serviço diante de suas demandas. Mas também trouxe lições frente a mulheres que mesmo sem o suporte institucional para serem “agentes de transformação” se mostravam implicadas com as situações dos núcleos familiares que atendiam, preocupadas em manter o vínculo com as famílias e em exercer o ir e vir do cuidado à saúde.

A política do cuidado, do agente *peripatético* que implementa suas ações caminhando pela comunidade, traz como reflexos sentimentos de incapacidade, de desgaste dos sujeitos e das instituições que fazem parte deste processo. A política da família, que vai na casa e que tem como princípio a participação dos usuários e trabalhadores, já foi catalisadora de demandas e de ideias, mas atualmente representa o que é possível ser feito.

Lancetti (2011, p. 96) explica que a Estratégia de Saúde da Família, com os agentes comunitários de saúde possibilita conhecer agrupamentos familiares distintos e distantes das formações familiares que conhecem a maioria dos profissionais universitários, “a ESF não procura defender um tipo de vida familiar moralista ou burguesa, mas ativar o comum e embasar a sua capacidade terapêutica em um trabalho afetivo capaz de refletir sobre a produção de subjetividade e bem estar dos indivíduos”. A produção desta subjetividade ocorre na medida em que profissionais e usuários estreitam uma relação mútua de cuidado.

As pessoas não valorizam esse lado da gente, porque acho que assim (chorando)... a gente pega amor... a enfermeira fala assim: “Ah! Vocês não podem ter esse vínculo, essa coisa de se apegar”, mas não tem como, faz parte. (Alina, ACS, entrevistada).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os caminhos que guiaram o percurso desta pesquisa peripatética completam suas etapas propostas com algumas evidências que permitem responder a questão de pesquisa, algumas ações afetam a efetividade da implementação da ESF em Santa Maria. Entretanto, não se pretende fazer aqui uma avaliação da gestão pública municipal e apresentar uma colocação pragmática sobre ser, ou não ser efetivo, pois o trabalho realizado aponta, na verdade, para uma série de fatores que atravessaram este processo político e, uma vez que o objeto de análise aqui compreendido é a implementação de uma política pública, e não a sua avaliação, as considerações atribuídas estão voltadas aos processos que envolveram esta fase do ciclo de políticas públicas.

As ações desenvolvidas ao longo dos treze anos em que a ESF vem sendo implementada em Santa Maria, revelam algumas práticas que não favorecem a efetividade da implementação, como rupturas no trabalho das equipes, fundamentadas com base em questões legais, efeitos da política sobre o agente que a implementa, como se observa em relatos dos profissionais das ESF, entre outros fatores. Porém não se pode analisar apenas as questões que impactam negativamente este processo, uma vez que se pode perceber que muitas ações relacionadas diretamente com o princípio da política pública estão sendo executadas e atendendo a uma parcela que apresenta muitas demandas por este tipo de serviço, tais como os grupos de educação em saúde que orientam sobre prevenção, mudança de hábitos de usuários com doenças crônicas que passaram a realizar um tratamento contínuo, evitando um agravamento da enfermidade.

Para responder a pergunta condutora do estudo é importante esclarecer o que se entende por efetividade. Como apresentado no capítulo I, trata-se de um conceito utilizado para definir o efeito, a mudança que determinada ação gerou para o grupo de indivíduos que foram alcançados. Trata-se de uma definição bastante subjetiva, que no campo das políticas públicas está ligada ao alcance dos princípios que norteiam a política, que são expressos por mudanças de comportamentos, que geram efeitos nos custos empreendidos pelo Estado para atender a demandas sociais.

O caso estudado foi da implementação da ESF em Santa Maria, um serviço gerencial na PNAB, pois apresenta um novo modelo de atenção à saúde, voltado a uma reorientação da lógica de trabalho do sistema de saúde. Este novo modelo de atenção traz como princípios ações voltadas à promoção e prevenção à saúde, que ampliam o

vínculo entre serviço e usuário, princípios que se concentram em um controle de dados epidemiológicos, intensificação de atendimentos e realização de exames e outras atividades que contribuem para que a ESF compreenda as causas e os agravos à saúde que acometem os usuários do território e ainda, um cuidado que se caracteriza pela intensificação da relação entre o serviço e o usuário, buscando compreender aspectos subjetivos presentes nas demandas dos pacientes.

Para atender aos questionamentos e objetivos do estudo, foi realizada uma pesquisa documental sobre o percurso institucional que envolve esta implementação, entrevistas com conselheiros de saúde e agentes de saúde e observação com os agentes que implementam a política pública. Pode-se evidenciar a complexidade que envolve a fase de implementação, encarregada de executar ações que são planejadas no nível federal e que ainda, incorporam as particularidades do governo municipal ao imprimir a política pública no nível local. São especificidades que fazem com que a ESF seja diferente em cada município brasileiro, assim como toda política pública implementada vai ser caracterizada pela impressão dos governos municipais, responsáveis pela implementação das políticas públicas.

Sobre as particularidades desta fase do *police cycle*, Sabatier (1979) apresenta três fatores que afetam na implementação:

- A tratabilidade do problema, um fator relacionado com a capacidade dos agentes implementadores executarem a política diante de características como o tamanho da população e a intensidade de mudança que a política pretende atingir. Este fator pode ser observado no caso de Santa Maria, primeiramente diante da maneira com que o município realizou a territorialização (divisão dos territórios das ESFs), buscando abarcar áreas com grande concentração de vulnerabilidade social, consideradas “vazios assistenciais” que englobaram um número de usuários acima da capacidade prevista para cada equipe de ESF, além disso, como já mencionado, trata-se de uma política voltada à reorganização da rede de saúde, portanto com uma intensidade de mudança muito grande, que envolve hábitos dos usuários, compreensão dos profissionais sobre os princípios da política e investimento do poder público para que estas mudanças sejam alcançadas, elementos que não foram identificados na implementação neste município.

- O segundo fator que Sabatier (1979) apresenta, está ligado a capacidade dos dispositivos legais, algo voltado aos caminhos apresentados pelas instituições que regulamentam os meios constitucionais para que a política seja implementada. O episódio do TAC firmado entre o município e o MPT descreve como este fator pode

interferir na efetividade da política, pois a habilitação das equipes foi planejada para que os primeiros profissionais tivessem o perfil de trabalho esperado para a atuação neste serviço, porém uma das recomendações do MS era para que a contratação destes profissionais ocorresse de forma terceirizada, pois assim facilitaria a ampliação da cobertura da rede de atenção básica, mas pouco tempo depois esta medida foi alterada, tornando ilegal esta forma de contratação. A exoneração dos profissionais contratados no primeiro processo seletivo, conforme se pode perceber no trabalho de campo, representou uma ruptura muito grande no trabalho que vinha sendo desenvolvido pela ESF, algo que fez com que o vínculo entre a comunidade e o serviço de saúde ficasse prejudicado, uma vez que durante o período entre a exoneração dos profissionais terceirizados e a realização do concurso público, os serviços funcionaram sem atender aos princípios básicos da ESF.

- O terceiro fator apresentado por Sabatier (1979) expõe sobre os efeitos que as variáveis políticas do contexto geram aos objetivos e princípios da política pública. Este fator é mais evidente no capítulo IV, onde se evidencia a frágil relação existente no cuidado que se tem com os profissionais que fazem o trabalho mais próximo as comunidades, no caso os ACS. Os efeitos do contexto municipal que podem ser percebidos no trabalho destes profissionais descrevem uma política com poucos investimentos neste serviço de saúde, uma vez que foram implementadas 16 equipes até o ano de 2005 e somente em 2017 houve um aumento deste número. Ainda, no que diz respeito à formulação da política, nota-se uma grande responsabilidade atribuída ao ACS na produção do vínculo entre o serviço e a comunidade, em contrapartida não se apresentam dispositivos de suporte para que este profissional desenvolva de maneira saudável para si mesmo o cuidado com os usuários do serviço, algo que analisado na realidade municipal aponta uma grande sobrecarga de trabalho da ESF e de demandas da comunidade sobre profissionais que, em muitas unidades, acabam adoecendo física e psicologicamente.

Estes fatores reforçam a maneira de responder o questionamento de pesquisa, não o direcionando a uma conclusão sobre se há ou não efetividade nesta implementação, pois como vimos, isto pode generalizar condições negativas ou positivas apresentadas pelas práticas da política. A capacidade de lidar com os problemas, a questão legal e os efeitos do contexto municipal apontam para uma implementação frágil, como mencionado por um dos entrevistados, mais preocupada em atender as demandas de determinações nacionais, dentro do que se tem disponível, do

que analisar as prioridades e realidades da rede municipal, projetando ações de longo prazo. O ir e vir da pesquisa pelos espaços que compreendem o funcionamento da ESF, permitiu perceber que há ação do Estado em lugares que demandam atenção, nestes lugares considerados “invasões habitacionais”, “vazios assistenciais” ocupados por usuários que não conheciam a relevância do cuidado de si na relação com a saúde.

O governo da família exercido pela ESF conduz a esta relação do cuidado de si, orientando e acolhendo usuários, acompanhando suas trajetórias de vida e direcionando condutas equivalentes a uma vida “saudável”. A perspectiva controlista da política pode ser identificada nas ações voltadas ao controle reprodutivo, por exemplo, e a saúde da criança.

É destacável a contribuição do controle social para a implementação desta política pública. Desde a criação do SUS, os Conselhos de Saúde desempenham papel fundamental na participação da população na gestão das políticas de saúde. As e os conselheiros entrevistados em Santa Maria evidenciaram que a participação da comunidade foi determinante para que necessidades da população fossem atendidas, além de afirmar a importância do papel fiscalizador do CMS, em defesa à concepção prevista pelo modelo de trabalho da PNAB e que em alguns momentos esteve ameaçada pelas ideias da gestão municipal.

Diante da concepção de efetividade adotada na pesquisa, sobre produzir um efeito, gerar mudanças no contexto a partir das ações, percebe-se que a implementação da ESF em Santa Maria teve pouco alcance. A prática “itinerante”, *peripatética* intrínseca aos objetivos da política, acontece apenas pelo trabalho do ACS, existindo algumas visitas domiciliares realizadas pelas enfermeiras e médicos em casos específicos de usuários acamados, ou com demandas mais graves. Ainda se percebe que alguns princípios importantes para a efetividade não são alcançados, tais como a falta de acessibilidade em unidades com estrutura física adaptada para o serviço, a falta de estímulo a participação dos usuários nas reuniões e planejamento das equipes, uma territorialização coerente com a dimensão geográfica compreendida em cada microarea e com a proximidade ao “posto de saúde”. Ainda, cabe registrar as evidências em relação a falta de cuidado e suporte institucional ao trabalho exercido pelas e pelos ACS, profissionais fundamentais na consolidação da ESF e que atualmente apresentam um sentimento de desgaste e incapacidade diante das demandas trazidas pelas famílias e a falta apoio do serviço na condução de suas atividades.

A implementação da ESF em Santa Maria é única, pelo contexto político e social da população que atende, pelas decisões do governo municipal que desenvolvem as direções da política, ou pela identidade dos ACS que personificam a ação do Estado nestes territórios. Assim como Lotta (2010) explica, que cada política pública sofre alterações do contexto social em que é implementada e dos agentes que a operacionalizam. Mais que isso, algo que ainda precisa ser aprofundado em pesquisas futuras é o fato de que a política, também gera efeitos sobre o agente que a implementa.

Por fim, analisar os treze anos que envolvem a implementação desta política pública, permitiu perceber o papel do Estado no desenvolvimento de ações voltadas para o cuidado de si, para o controle de agravos desconhecidos por muitos sujeitos que não tem acesso a um serviço voltado para este tipo de orientação. A política *peripatética* afeta e gera afeto ao compreender o indivíduo a partir de suas demandas pessoais, sua trajetória de vida e de sua família, realidades que não são diagnosticadas em um atendimento de emergência, pois envolvem questões não compreendidas apenas pela medicina tradicional, que são íntimas e que precisam de cuidado.

REFERÊNCIAS

- ABU-EL-HAJ, Jawdat. **A mobilização do capital social no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1999.
- AMBROS, Christiano. **Inteligência governamental como política pública**: fatores cognitivos e institucionais na explicação de falhas e dilemas de efetividade. 2011. 78 f. Artigo (Mestrado em Ciência Política) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.
- ANDRETA, Raquel Loureiro. **O trabalho terceirizado no Brasil**: uma representação da precarização? 2015. 209 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais. Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2015.
- ARAÚJO FILHO, Tarcísio Perdigão de. Burocratas do Nível de Rua: uma análise interacionista sobre a atuação dos burocratas na linha de frente do Estado. *Áskesis*, v. 3, n. 1, p. 45-57, jan./jun., 2014.
- ARRETCHE, M.; MARQUES, E.; HOCHMAN, G. **Políticas Públicas o Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.
- BARRIOS, Sueli Terezinha Goe. **Micropolítica e gestão regionalizada da saúde**: estudo de caso no colegiado de gestão da 4ª Região Sanitária do Estado do Rio Grande do Sul. 2009. 181 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2009.
- BECKER, Howard S. **Métodos de pesquisa em Ciências Sociais**. Tradução Marco Estevão, Renato Aguiar. 4. Ed. São Paulo: Hucitec, 1999.
- BECKER, Howard S. **Segredos e truques da pesquisa**. Tradução Maria Luiza X. de A. Borges. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.
- BRASIL, Lei nº 8.080/1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e dá outras providências. 1990.
- _____, Lei nº 8.142/1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e dá outras providências. 1990.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
- _____. Portaria nº 399/2006. Divulga o Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. 2006.
- BRASIL. Portaria nº 2.488/2011, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes

Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1, p. 48.

BOBBIO, Norberto. **Estado, Governo e Sociedade**. 15. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2009.

BOBBIO, Norberto. **Teoria geral da política**: a filosofia política e as lições dos clássicos. Rio de Janeiro: Elsevier, 2000.

BONI, Valdete; QUARESMA, Silvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica de Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 68-80, jan./jul., 2005.

CASTRO, Edgardo. **Vocabulário de Foucault**: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Tradução Ingrid Muller Xavier. Belo Horizonte: Autêntica, 2016.

CHIAVENATO, Idalberto. **Administração geral e pública**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: Identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n.1, supl. 1, 2011, p. 1029-1042. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a36v16s1.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

CZERESNIA, D.; MACIEL, E. N. G. S.; OVIEDO, R. A. M. **Os sentidos da saúde e da doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2007.

SCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 59-81.

FARIA, Rivaldo; ERTHAL, Douglas B. **Implementação da tecnologia cartográfica nas ações de planejamento e vigilância a saúde na área urbana de Santa Maria, Rio Grande do Sul**. Relatório de extensão. Departamento de Geociências. Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2016.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Tradução Joice Elias Costa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FREY, Klaus. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, DF, n. 21, p. 211-259, jun. 2000.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

FOUCAULT, Michel. **Estratégia poder-saber – Ditos & escritos IV**. Rio de Janeiro: forense Universitária, 2010.

FOUCAULT, Michel. A “governamentalidade”. In: FOUCAULT, Michel. **Estratégia, Poder-Saber**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010. p. 281-305.

FOUCAULT, Michel. **O governo de si e dos outros: curso do Collège de France (1982-1983)**. Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: editora WMF Martins fontes, 2010.

GERSCHMAN, Silvia. **A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

GERSCHMAN, Silvia. A descentralização da política de saúde no final dos anos 1990. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 147-170, 2000.

GOULART, Jefferson O. **Esquerda e poder: a gestão petista na Prefeitura de Piracicaba (1989-1992)**. Dissertação (Mestrado em Ciência Política). Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

GRAMSCI, Antonio. **Poder, Política e Partido**. São Paulo: Brasiliense, 1990.

HILL, Michael; HUPE, Peter. **Implementing Public Policy: Governance in Theory and in Practice**. London: Sage, 2002.

JACOMETTI, Márcio; CASTRO, Marcos de; GONÇALVES, Sandro A.; COSTA, Mayla Cristina. Análise de efetividade das políticas públicas de Arranjo Produtivo Local para o desenvolvimento local a partir da teoria institucional. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 3, p. 425-454, maio/jun. 2016.

LANCETTI, Antonio. **Clínica Peripatética**. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 2011.

LAHERA, Eugênio P. Implementación de las políticas y asesoría presidencial. In: SARAVIA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete (Org.). **Políticas Públicas**; coletânea vol II. Brasília: ENAP, 2006.

LIMA, Luciana Leite; D’ASCENZI, Luciano. Implementação de Políticas Públicas: perspectivas analíticas. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 21, n. 48, p. 101-110, dez. 2013.

LIMA, Luciana L.; D’ASCENZI, Luciano. Estrutura normativa e implementação de políticas públicas. In: MADEIRA, Lígia M. (Org.). **Avaliação de políticas públicas**. Porto Alegre: UFRGS/Cegov, 2014. p. 50-63.

LIPSKY, Michael. **Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services**. New York: Russell Sage Foundation, 1980.

LOTTA, Gabriela S. **Implementação de políticas públicas: o impacto dos fatores relacionais e organizacionais sobre a atuação dos burocratas do nível de rua no Programa Saúde da Família**. 2010. 295 f. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2010.

MARIETTO, M. L. **Observação participante e não participante**. Working Paper. São Paulo, UNINOVE, 2014

- MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **A implementação da reforma sanitária: a formação de uma política.** Artigo publicado pela Fundação João Pinheiro, Governo de Minas Gerais. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2005.
- MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- NASCIMENTO, P.; MELO, A. C. “Esse povo não está nem aí”: as mulheres, os pobres e os sentidos da reprodução em serviços de saúde. In: FERREIRA, J.; FLEISCHER, S. (Orgs.). **Etnografias em serviços de saúde.** Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 267-297.
- OLLAIK, Leila Giandoni; MEDEIROS, Janann Joslin. Instrumentos governamentais: reflexões para uma agenda de pesquisas sobre implementação de políticas públicas no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 6, p. 1943-1967, nov./dez., 2011.
- PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para uma compreensão e crítica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- PALLARES, Francesc. Las políticas públicas: el sistema político en acción. **Revista de estudios políticos**, n. 62, p. 141-162, Oct./Dic., 1988.
- PARSONS, Wayne. **Políticas Públicas: uma introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas.** México: FLACSO, Sede Académica de México, 2007.
- PEREIRA, Luiz Carlos Bresser; SPINK, Peter Kevin. Reforma do Estado e administração pública gerencial. Tradução Carolina Andrade. 7. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006.
- PEREIRA, Luis Carlos Bresser. A reforma do Estado nos anos 1990: lógica e mecanismos de controle. **Lua nova**, São Paulo, n. 45, p. 49-95, 1998.
- PIRES, Álvaro. Sobre algumas questões epistemológicas de uma metodologia geral para as ciências sociais. In: **A pesquisa Qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos.** Tradução Ana Cristina Nasser. 4. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2014. p. 43-94.
- PORTO, Vanessa Almeida. **O lugar dos ocupantes no mercado de trabalho de Santa Maria/RS em 2004.** Dissertação (Mestrado em Geografia e Geociências) – Programa de Pós-graduação em Geografia e Geociências. Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2006.
- RUA, Maria das Graças. **Políticas Públicas.** Florianópolis: UFSC; Brasília, DF: CAPES; UAB, 2009.
- SALLUM JR., Basílio. **O desenvolvimentismo e o Estado brasileiro contemporâneo.** Rio de Janeiro: FGV, 2013. Disponível em:

<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/16923/2%20painel_resumo_Brasilio%20Sallum.pdf?sequence=1>. Acesso em: 22 ago. 2017.

SABATIER, P.; MAZMANIAN, D. The conditions of effective implamentation. **Policy Analysis**, v. 5, 1979.

SARAVIA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete (Org.). **Políticas Públicas**. Coletânea – volume I. Brasília, DF: ENAP, 2006.

SCHIMITH, Maria Denise et al. Precarização e fragmentação do trabalho na estratégia de saúde da família: impactos em Santa Maria. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, v. 15, n. 1, p. 147-162, 2017.

SCHIMITH, Maria Denise. **Colonialismo ou solidariedade nas relações entre trabalhadores de saúde e usuários?** Implicações para a continuidade do cuidado. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Escola Paulista de Enfermagem. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2013.

SECHI, Leonardo. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

SILVA, Rafael Vieira Braga da, et al. Do elo ao laço: o Agente Comunitário na construção da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2013.

SIQUEIRA, Monalisa Dias de; ALMEIDA Francis Moraes de. A política de saúde do envelhecimento ativo: a construção de um “novo paradigma” para uma sociedade que envelhece. In: AZAMBUJA, Marcos Adegas de (org). **Entre os laboratórios e as políticas de saúde: éticas e estéticas das ciências da vida**. Santa Maria, 2017.

SOUZA, C. Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Públicas. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FOCRUZ, 2007.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão de literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002.

SUBIRATS, Joan. El papel de la burocracia en el proceso de determinación e implementación de las políticas públicas. In: SARAVIA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete (Org.). **Políticas Públicas**. Coletânea – volume I. Brasília, DF: ENAP, 2006.

TUDE, João Martins. Conceitos gerais de políticas públicas. In: TUDE, João Martins; FERRO, Daniel dos Santos; SANTANA, Fábio Pablo. **Políticas Públicas**. Curitiba: IESDE, 2010. p. 11-34. Disponível em: <<http://www2.videolivrraria.com.br/pdfs/24132.pdf>>.

VAQUERO, Benjamin Revuleta. La implementación de políticas públicas. **Dikaion**, Universidad de La Sabana, Chía, v. 21, n. 16, p. 135-156, 2007.

VIANA. Ana Luiza D'Ávila; DAL POZ, Mario Roberto. A reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ANEXOS

ANEXO I – TCLE**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
MESTRADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****A POLÍTICA PÚBLICA DO CONTROLE E DO CUIDADO: Há efetividade na
implementação da ESF em Santa Maria?**

Pesquisador responsável: Rosana Soares Campos

Telefone: (55) 99975-5989. Endereço: Avenida Roraima, 1000, prédio 74a, sala 2208, 97105-970 - Santa Maria - RS.

Local da coleta de dados: Santa Maria/RS

Eu Rosana Soares Campos, responsável pela pesquisa Políticas Públicas de saúde: uma análise da efetividade na implementação da Estratégia de Saúde da Família em Santa Maria/RS, o convidamos a participar como voluntário deste nosso estudo.

Esta pesquisa pretende analisar aos fatores que afetam na efetividade da implementação da Estratégia de Saúde da Família no município de Santa Maria. Acreditamos que ela seja importante porque construirá uma base de dados para o município compreender as ações que afetam (positiva e negativamente) na implementação da Estratégia de Saúde da Família, além de servir como um disparador para construção de novas estratégias de implementação, com base na análise apresentada pela pesquisa.

Para sua realização serão utilizadas as técnicas: pesquisa documental, observação nas ESFs e entrevistas semiestruturadas. Sua contribuição constará na participação em uma entrevista sobre a implementação das ESFs de Santa Maria/RS.

Destaco a possibilidade de haver possíveis constrangimentos durante a entrevista, pois pretende-se questionar o(a) entrevistado(a) para relatar o histórico da política de saúde no município. Ao falar de conflitos políticos pode haver alguma identificação ideológica do entrevistado, ou tocar em alguns assuntos que podem trazer à tona desconfortos emocionais. Além destes aspectos subjetivos, a realização da entrevista durará cerca de uma hora e será gravada, podendo, também, estes aspectos gerarem desconforto ao entrevistado(a). Diante destas circunstâncias, pretende-se

respeitar inteiramente a liberdade do(a) entrevistado(a) em continuar, ou não, a entrevista, falar, ou não, sobre determinado assunto.

Os benefícios que esperamos com o estudo são o entendimento acerca dos fatores que afetam na implementação da ESF em Santa Maria e a possibilidade de pensar em alternativas para superar os fatores que afetam negativamente.

Você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

Autorização

Eu, _____, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais foi-me entregue.

Assinatura do voluntário

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

Santa Maria, ____ de _____ de 20__.

ANEXO II – Roteiro de entrevistas

Roteiro de entrevistas com conselheirxs.

Quando começou a implementação da ESF e quem esteve envolvido no processo?

Contar a história da implementação.

Quais os principais problemas?

A relação da Gestão municipal com o CMS. É possível a participação?

Como percebe a atuação do conselho na implementação das políticas de saúde do município?

Como funciona a participação da comunidade?

A importância da Atenção Básica na rede de saúde.

O foco em políticas de outros níveis de atenção prejudica a implementação da ESF?

Como foi o período do TAC do MPT?

Em que período percebeu maiores avanços dos serviços da ESF?

Por que a concentração das equipes na região oeste?

Roteiro entrevistas ACS

Como foi o começo, como era o funcionamento quando a ESF começou a funcionar...

Quem participou do processo?

Quais atividades de prevenção eram e continuam sendo executadas?

Principais problemas.

Como percebe a diferença (se há diferença) para a comunidade ter uma ESF neste território.

Nesses 13 anos o que mudou?

Como percebe o seu papel enquanto Agente Comunitário de Saúde?