

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciências da
Informação e Documentação.

Programa de Pós Graduação em Administração

LEILA B. D. GÖTTEMS

**ANÁLISE DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
DESENVOLVIDA NO DISTRITO FEDERAL: A ARTICULAÇÃO
ENTRE O CONTEXTO POLÍTICO, OS PROBLEMAS, AS
ALTERNATIVAS E OS ATORES NA FORMAÇÃO DA POLÍTICA DE
SAÚDE (1979 A 2009)**

BRASÍLIA – 2010

LEILA B. D. GÖTTEMS

**ANÁLISE DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
DESENVOLVIDA NO DISTRITO FEDERAL: A ARTICULAÇÃO
ENTRE O CONTEXTO POLÍTICO, OS PROBLEMAS, AS
ALTERNATIVAS E OS ATORES NA FORMAÇÃO DA POLÍTICA DE
SAÚDE (1979 A 2009)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciências da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, Distrito Federal, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Elioenai Dornelles Alves

BRASÍLIA – 2010

AGRADECIMENTOS

Durante os anos de doutorado, muitos foram os aprendizados oriundos do ambiente acadêmico formal e da convivência cotidiana com professores, colegas do ambiente acadêmico e de trabalho, bem como funcionários e colaboradores. Sendo assim, com esses agradecimentos, tentarei contemplar todos aqueles com quem convivi ao longo dos quatro anos de dedicação a este trabalho. Como são muitos, corro o risco de algum esquecimento e, por isto, peço desculpas antecipadas.

Primeiramente, agradeço a Deus por esta existência.

A meu filho Pedro Lucas, que tem sido exemplar e surpreendente no apoio, na demonstração de afeto e perspicácia, na tolerância e compreensão nos momentos mais delicados da minha vida acadêmica.

Aos Professores Elioenai Dornelles Alves e Paulo Carlos Du Pin Calmon, cúmplices, orientadores e inspiradores deste e de outros trabalhos e reflexões.

Às colegas do doutorado, especialmente Sheila Tolentino e Josivânia Farias por tudo que vivemos juntas.

Aos colegas de trabalho da Escola Superior de Ciências da Saúde e da Universidade Católica de Brasília, especialmente, aos mais próximos que me acompanham e me acolhem no cotidiano do trabalho.

A toda a equipe da Diretoria de Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família da SES-DF, pelas contribuições e informações.

A todos os gestores e ex-gestores da SES-DF, que prontamente me atenderam e contribuíram com consistência e seriedade na construção deste trabalho.

A todas as amigas do peito, que são muitas, especialmente Socorro, Fernanda, Paula Francinete, Márcia Esper, Alissandra Alves e Raquel.

RESUMO

Investiga-se nesta tese o processo de formação de políticas de saúde no Brasil, tendo como objeto o desenvolvimento da política de Atenção Primária à Saúde (APS), no Distrito Federal no período de 1979 a 2009. Trata-se de uma análise em uma perspectiva processual da formulação, nas fases pré-decisional e decisional, e de implementação no âmbito da gestão pública, que busca explicar como a política surgiu, o que mudou e por que as mudanças ocorreram, respondendo “por que” e “como” as decisões do governo culminaram em mudanças dessa política ao longo do tempo. Constitui uma análise da dimensão política da política de saúde, que envolve os processos de tomada de decisão, as regras e as instituições, as disputas entre interesses individuais e de grupos sociais e entre as dimensões técnicas e políticas, nas políticas públicas de saúde. Para o alcance dos objetivos foi aplicado o modelo conceitual dos múltiplos fluxos de Kingdon (2003) e a estrutura narrativa analítica de Barzelay e Velarde (2004). Os objetivos foram: analisar a partir de uma perspectiva processual a política de Atenção Primária a Saúde no Distrito Federal, identificando-se a trajetória, a formação da agenda e a formação da política no período de 1979 a 2009, aplicando-se o modelo dos múltiplos fluxos de Kingdon (2003); analisar como os problemas, as alternativas e o meio político se inter-relacionaram na inserção da APS na agenda e na formação da política de saúde no Governo do Distrito Federal; identificar e analisar a atuação dos atores governamentais e não governamentais na implantação das propostas de mudanças na organização da atenção primária à saúde no Distrito Federal. A análise dessas questões possibilitou a construção de uma explicação válida para as descontinuidades e a baixa implementação dessa política; a identificação da complexidade da inter-relação entre problemas, soluções, meio político e atuação dos atores na abertura de janelas de oportunidades que possibilitaram a entrada da APS na agenda do governo, em cinco diferentes períodos do desenvolvimento da política. Os resultados também indicaram que o modelo dos múltiplos fluxos é aplicável nas investigações sobre a dimensão política da política de saúde.

Palavras chaves: políticas públicas; políticas de saúde; atenção primária à saúde.

ANALYSIS OF THE HEALTH PRIMARY CARE POLICY DEVELOPED IN THE
FEDERAL DISTRICT : the articulation within the political context, the problems, the
alternatives and the actors in the health policy formation (1979 to 2009)

ABSTRACT

This study investigates the process of the formation of public health policies in Brazil, having as object of development of the Primary Health Care policy in the Federal District from 1979 to 2009. The study is about an analysis within a processual perspective of the formation process, in the pre-decisional and decisional phases, and the implementation in the scope of public management, which seeks to explain how the policy appeared, what has changed, and why the changes occurred, answering "why" and "how" the government decisions resulted in the changes of this policy over the time. The analysis of the health political dimension, that involves the process of decision making, the rules and the institutions, the disputes among individual and social groups' interests and among the technical dimensions and politics, within health public policies. In order to reach the objectives, the conceptual model of the multiple streams from Kingdon (2003) and narrative structures from Barzelay and Velarde (2004) The objectives were: to analyze from a processual perspective the Health Primary Care policy in the Federal District, identifying its trajectory, the agenda organization and the political formation from 1979 to 2009, under the multiple fluxes models from Kingdon; analyze how the problems, the alternatives and the political environment relate to each other concerning the Primary Health Care in the political formation of the Government of The Federal District; identify and analyze the acting of governmental and non-governmental actors in the implementation of the proposals of changes in the organization of Health Primary Care in the Federal District. The analysis of these issues enabled the construction of a valid explanation for the discontinuity and low implementation of this policy; the identification of the complexity of the inter-relation of problems, solutions and the political environment with the acting of actors in opening "windows" of opportunities which enabled the insertion of Primary Health Care actions in the Government agenda in five different periods during the development of the policy. The results also indicated that the multiple streams model is applicable in the investigations on the political dimension of health policy.

Key words: public policies; health policies; health primary care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Evolução dos percentuais de cobertura populacional por equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde no Brasil no período de 1998 a 2009	20
Figura 2 -	Comparação entre a evolução dos percentuais de cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde no Brasil e DF - 1998 a 2009	21
Figura 3 -	O modelo dos múltiplos fluxos	33
Figura 4 -	Estrutura da narrativa	65
Figura 5 -	Estrutura da narrativa do Episódio 1 – 1979 a 1994.....	73
Figura 6 -	Os múltiplos fluxos do Episódio 1 – 1979 a 1994.....	111
Figura 7 -	Estrutura da narrativa do Episódio 2 – 1995-1998	113
Figura 8 -	Os múltiplos fluxos do Episódio 2 – 1995-1998.....	144
Figura 9 -	Estrutura da narrativa do Episódio 3 – 1999 a 2002	146
Figura 10 -	Os múltiplos fluxos do Episódio 3 – 1999 a 2002	173
Figura 11 -	Estrutura da narrativa do Episódio 4 – 2003 a 2006	175
Figura 12 -	Os múltiplos fluxos do Episódio 4 – 2003 a 2006	205
Figura 13 -	Estrutura da narrativa do Episódio 5 – 2007 a 2009	207
Figura 14 -	Os múltiplos fluxos do Episódio 5 – 2007 a 2009	236
Quadro 1 -	Síntese das categorias do modelo dos múltiplos fluxos	44
Quadro 2 -	Síntese dos estudos sobre políticas de saúde com aplicação do modelo de Kingdon, publicados nos últimos 15 anos	45

Quadro 3 -	Diferenças entre análises processuais fundamentadas em variáveis e o método de narrativas analíticas	67
Quadro 4 -	Questões norteadoras aplicadas em cada uma das categorias oriundas do modelo dos múltiplos fluxos, nesta tese	67
Quadro 5 -	Códigos atribuídos aos diferentes eventos do estudo	71
Quadro 6 -	Episódios da política de Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, no período de 1979 a 2009	72
Quadro 7 -	Síntese das Normas Operacionais Básicas dos anos 1991 a 1993	100
Quadro 8 -	O fluxo dos problemas	240
Quadro 9 -	O fluxo das propostas	244
Quadro 10 -	O fluxo político	247
Quadro 11 -	Os atores	252
Quadro 12 -	As janelas de oportunidade política	253

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Evolução do crescimento da população e da oferta pública de serviços de saúde no Distrito Federal, no período de 1993-2009. Brasília, DF	22
Tabela 2 -	Rede de serviços de saúde do Distrito Federal, em 1979	85
Tabela 3 -	Evolução dos atendimentos e consultas ambulatoriais e emergências no SUS-DF, no período de 1979 a 1982. Brasília-DF, 1983	95
Tabela 4 -	Evolução dos atendimentos e consultas ambulatoriais e emergências no SUS-DF. Brasília-DF, 1994	95
Tabela 5 -	Evolução da população do DF, TMGCA* e densidade demográfica, de 1957 a 1996	103
Tabela 6 -	Cobertura do Programa Saúde em Casa, nos anos 1997 e 1998, por localidades, população, famílias cadastradas e número de equipes, Brasília-DF, 1998	128
Tabela 7 -	Evolução da participação da saúde no orçamento do Governo do Distrito Federal, de 1994 a 1998	128
Tabela 8 -	Evolução do número de consultas e atendimentos no período de 1993 a 1998	134
Tabela 9 -	Evolução dos serviços públicos de saúde do Distrito Federal, nos anos de 1993 a 1998	135
Tabela 10 -	Distribuição das Equipes do Programa Saúde da Família e cobertura populacional propostas no Plano de Saúde 2001-2003. Brasília-DF.	154
Tabela 11 -	Evolução do número de consultas e atendimentos no período de 1993 a 2002	162
Tabela 12 -	Oferta de serviços da SES-DF nos anos 1999-2002. Brasília, DF, 2002 ..	162
Tabela 13 -	Evolução do Programa Saúde da Família, no Distrito Federal, 2002	163
Tabela 14 -	Evolução do Programa Saúde da Família no Brasil e no Distrito Federal, de 1998 a 2002	164

Tabela 15 -	Evolução dos atendimentos e consultas ambulatoriais e emergências no Sistema Único de Saúde do Distrito Federal – 1993-2006. Brasília-DF, 2009	192
Tabela 16 -	Evolução da oferta de serviços de saúde no Distrito Federal, no período 1993-2006. Brasília, DF, 2006	193
Tabela 17 -	Comparação entre a cobertura populacional pelo Programa Agentes Comunitários de Saúde e Programa Saúde da Família, no Brasil e no Distrito Federal, nos anos de 2003 a 2006. Brasília, DF, 2006	194
Tabela 18 -	Evolução dos atendimentos e consultas ambulatoriais e emergências no SUS-DF–2007-2008. Brasília-DF, 2009	222
Tabela 19 -	Comparação entre a cobertura populacional pelo Programa Agente Comunitário de Saúde e Programa Saúde da Família, no Brasil e no Distrito Federal, nos anos 1998 e 2008, Brasília-DF, 2009	223
Tabela 20 -	Evolução da oferta de serviços de saúde no Distrito Federal, no período de 1993-2009. Brasília, DF, 2009	224

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO -	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
APS -	Atenção Primária à Saúde
CEBES -	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CNS -	Conferência Nacional de Saúde
COFINS -	Contribuição Financeira para a Seguridade Social
CSDF -	Conferência de Saúde do Distrito Federal
ESF -	Estratégia Saúde da Família
FHDF-	Fundação Hospitalar do Distrito Federal
GDF -	Governo do Distrito Federal
IAP -	Institutos de Aposentadoria e Pensão
IAPAS -	Instituto de Arrecadação da Previdência Social
INAMPS -	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS -	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA -	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LRF -	Lei de Responsabilidade Fiscal
MS -	Ministério da Saúde
NOB -	Normas Operacionais Básicas
OMS -	Organização Mundial de Saúde
OPAS -	Organização Pan-americana de Saúde
PAB -	Piso de Atenção Básica
PACS -	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PEC -	Programas de Expansão de Cobertura
PFS -	Programa Família Saudável
PIASS -	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNI -	Programa Nacional de Imunização

PREV-SAÚDE -	Programa Nacional de Serviços Básicos de saúde
PSC -	Programa Saúde em Casa
PSF -	Programa Saúde da Família
PT -	Partido dos Trabalhadores
REMA -	Plano de Reformulação do Modelo de Atenção à Saúde do Distrito Federal
SIH/SUS -	Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde
SINPAS -	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUS -	Sistema Único de Saúde
UISS -	Unidade Integrada de Saúde, em Sobradinho
UnB -	Universidade de Brasília

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
CAPITULO 1	O MODELO DOS MÚLTIPLOS FLUXOS DE KINGDON NA ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE	28
1	O modelo dos múltiplos fluxos	30
1.1	A estrutura do modelo dos múltiplos fluxos	33
1.2	Os atores no processo político	38
1.3	A janela política unindo os fluxos	41
1.4	O modelo de Kingdon na área de saúde	44
1.5	O modelo dos múltiplos fluxos na análise das políticas de saúde: potenciais e críticas	54
CAPITULO 2	O PERCURSO METODOLÓGICO	59
2.1	O Estudo de caso do tipo rastreamento de processo na análise de políticas públicas	60
2.1.1	As potencialidades do modelo rastreamento de processo	61
2.1.2	Limites do estudo rastreamento de processo	62
2.1.3	Descrevendo o estudo de caso rastreamento de processo do tipo narrativa analítica	64
2.1.4	As categorias aplicadas à análise da narrativa da política de Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal	67
2.1.5	A coleta de informações	68
2.1.6	A análise das informações	70

2.2	A organização dos episódios que compuseram a narrativa analítica da política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal	71
2.3	Aspectos éticos da pesquisa	72
CAPITULO 3	EPISÓDIO 1 – PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL – PERÍODO: 1979 A 1994	73
3.1	Eventos internacionais, nacionais e locais do setor saúde que antecedem à implantação do Plano de Assistência à Saúde no Distrito Federal, entre os anos 1960 a 1979	75
3.1.1	Os antecedentes do Sistema Único de Saúde (1960 a 1979)	75
3.2	O Plano Bandeira de Melo e a criação do Sistema de Saúde do Distrito Federal – 1960 a 1979	80
3.3	O Plano de Assistência à Saúde do Distrito Federal – 1979 a 1994	86
3.4	O Plano de Assistência à Saúde do Distrito Federal: desenho da proposta, objetivos e diretrizes gerais	87
3.4.1	O processo de implantação do Plano Jofran Frejat no período de 1980 a 1994	90
3.4.2	Os atores e grupos envolvidos no desenvolvimento do Plano de Assistência a Saúde do Distrito Federal	92
3.4.3	As mudanças no sistema de saúde decorrentes da implantação do Plano de Assistência à Saúde nos anos 1980 a 1994	95
3.5	As influências dos eventos relacionados nacionais e locais na implantação do Plano de Assistência à Saúde no Distrito Federal no período de 1980 a 1994	97
3.5.1	A Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde	97
3.5.2	O processo político no Distrito Federal no período de 1980 a 1994	101

3.5.3	A transição demográfica do Distrito Federal, no período de 1980 a 1994.....	104
3.6	Os eventos posteriores a este Episódio	106
3.7	Análise do Episódio 1, a partir do modelo teórico de Kingdon	107
CAPITULO 4	EPISÓDIO 2 – PLANO DE REFORMULAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL E IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE EM CASA (PSC) – PERÍODO: 1995 A 1998	113
4.1	Eventos nacionais e locais que antecederam o Plano de Reformulação do Modelo Assistencial (REMA) e o Programa de Saúde em Casa (PSC) – período de 1990 a 1994	115
4.1.1	A implantação do Sistema Único de Saúde e as normas operacionais básicas no período de 1990 a 1994	115
4.1.2	O novo governo do Distrito Federal e o enfrentamento dos sinais de esgotamento da rede de serviços de saúde do Distrito Federal, no período de 1990 a 1994	118
4.2	Do Plano de Reformulação do Modelo Assistencial ao Programa Saúde em Casa: período de 1995 a 1998 – eventos centrais	120
4.3	Programa Saúde em Casa (1997-99) – desenho da proposta, objetivos e diretrizes gerais	124
4.3.1	O processo de implantação do Programa Saúde em Casa, nos anos de 1996 a 1998	127
4.3.2	Os atores e os grupos envolvidos no desenvolvimento do Programa Saúde em Casa	130
4.3.3	As mudanças no sistema de saúde do Distrito Federal decorrentes da implantação do Programa Saúde em Casa nos anos 1995 a 1998	134
4.4	A influência dos eventos relacionados nacionais na implantação do Programa Saúde em Casa no Distrito Federal – 1996 a 1998	136

4.4.1	A adoção do Programa Saúde da Família e do Programa Agentes Comunitários de Saúde, como estratégia de reformulação do modelo assistencial	136
4.4.2	A Norma Operacional Básica nº 1 do Sistema Único de Saúde de 1996	138
4.5	Os eventos posteriores a este Episódio	139
4.6	Análise do Episódio 2, a partir do modelo teórico de Kingdon (período de 1995 a 1998)	140
CAPITULO 5	EPISÓDIO 3 – A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) – PERÍODO: 1999 A 2003	146
5.1	Eventos nacionais e locais do setor saúde que antecederam a interrupção do Programa Saúde em Casa e implantação do Programa Saúde da Família – de 1994 a 1998	148
5.1.1	Os ajustes econômicos e a implantação do Sistema Único de Saúde, no período de 1995 a 1998	148
5.1.2	A política de saúde do Distrito Federal, nos anos de 1998 e 1999 ..	149
5.2	O plano de implantação do Programa Saúde Da Família No Distrito Federal – 1999 a 2002 (eventos centrais)	152
5.2.1	O Programa Saúde da Família (1999 a 2002): desenho da proposta, objetivos e diretrizes gerais	152
5.2.2	O processo de implantação do Programa Saúde da Família, 1999 a 2002	156
5.2.3	Os atores e grupos envolvidos no desenvolvimento do Programa Saúde da Família	160
5.2.4	As mudanças no sistema de saúde decorrentes da implantação do Programa Saúde da Família, nos anos de 1999 a 2002	161
5.3	As influências dos eventos nacionais durante a implantação do Programa Saúde da Família, no Distrito Federal – 1999 A 2002	164

5.3.1	A expansão do Programa Saúde da Família no Brasil, no período de 1999 a 2002	164
5.3.2	A Norma Operacional de Assistência à Saúde nº 1, de 2001	166
5.4	Os eventos imediatamente posteriores a este Episódio	168
5.5	Análise do Episódio 3 (1999 a 2002) a partir do modelo teórico de Kingdon	169
CAPITULO 6	EPISÓDIO 4 – PROGRAMA FAMILIA SAUDÁVEL (PFS) PERÍODO: 2003-2006	175
6.1	Eventos nacionais e locais que antecedem a implantação do Programa Família Saudável no Distrito Federal: período de 2002 e 2003.....	177
6.1.1	A “flexibilização” dos contratos dos profissionais de saúde para a expansão do Programa Saúde da Família (2002 e 2003)	177
6.1.2	O Projeto de Consolidação e de Expansão do Programa Saúde da Família (PROESF)	181
6.2	A eleição que não acabou e as denúncias de corrupção no Governo de Distrito Federal (2002 E 2003)	182
6.3	O Programa Família Saudável no Distrito Federal (2004-2007) ...	183
6.3.1	O Programa Família Saudável: desenho da proposta, objetivos e diretrizes gerais	183
6.3.2	O processo de implantação do Programa Família Saudável	186
6.3.3	Os atores e os grupos envolvidos no desenvolvimento do Programa Família Saudável	190
6.3.4	As mudanças no sistema de saúde decorrentes da implantação do Programa Família Saudável nos anos 2003-2007	193
6.4	A influência dos eventos relacionados nacionais e locais durante a implantação do Programa Família Saudável	195

6.4.1	A participação da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal no Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família	195
6.4.2	O cenário político do Governo do Distrito Federal, no período 2003 a 2006, e a influência na implantação do Programa Família Saudável	197
6.5	Os eventos posteriores a este Episódio	199
6.6	Análise do Episódio, a partir do modelo teórico de Kingdon	201
CAPITULO 7	EPISÓDIO 5 – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PERÍODO: 2007-2009	207
7.1	Eventos nacionais e locais que antecedem o Plano de Reorganização da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal: período de 2005 a 2006	209
7.1.1	A reeleição de Lula, a reconfiguração do Ministério da Saúde e as estratégias de fortalecimento do Sistema Único de Saúde	209
7.1.2	As eleições de 2006 no Distrito Federal e a manutenção do Secretário de Saúde e sua equipe na Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal	212
7.1.3	O Plano de Reorganização da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal: Estratégia de Apoio à Consolidação de Redes de Atenção à Saúde – 2007-2009	210
7.1.4	O Plano de Reorganização da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal: desenho da proposta, objetivos, diretrizes gerais	214
7.1.5	O processo de implantação da Estratégia Saúde da Família, dos anos 2007 a 2009	217
7.1.6	Os atores e grupos envolvidos no desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde	221
7.1.7	As mudanças no sistema de saúde do Distrito Federal, no período de 2007 a 2009	223

7.2	A INFLUÊNCIA DOS EVENTOS NACIONAIS E LOCAIS NO PLANO DE REFORMULAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL NO PERÍODO 2007 A 2009	225
7.2.1	Os Núcleos de Apoio ao Programa Saúde da Família e a Política Nacional de Urgências	225
7.2.2	A VII Conferência de Saúde do Distrito Federal e o Acordo de Empréstimo do Governo do Distrito Federal com o Banco Mundial	229
7.3	Perspectivas sobre os eventos posteriores	230
7.4	Análise do Episódio a partir do modelo teórico de Kingdon	232
CAPITULO 8	A FORMAÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL A PARTIR DO MODELO DOS MULTIPLOS FLUXOS	238
8.1	Fluxo dos problemas	239
8.2	O fluxo das propostas e soluções	243
8.3	O fluxo político	246
8.4	Os atores	251
8.5	As janelas de oportunidades políticas	254
8.6	Conclusões.....	257
	REFERÊNCIAS	261
	APÊNDICES	280
	ANEXOS	283

INTRODUÇÃO

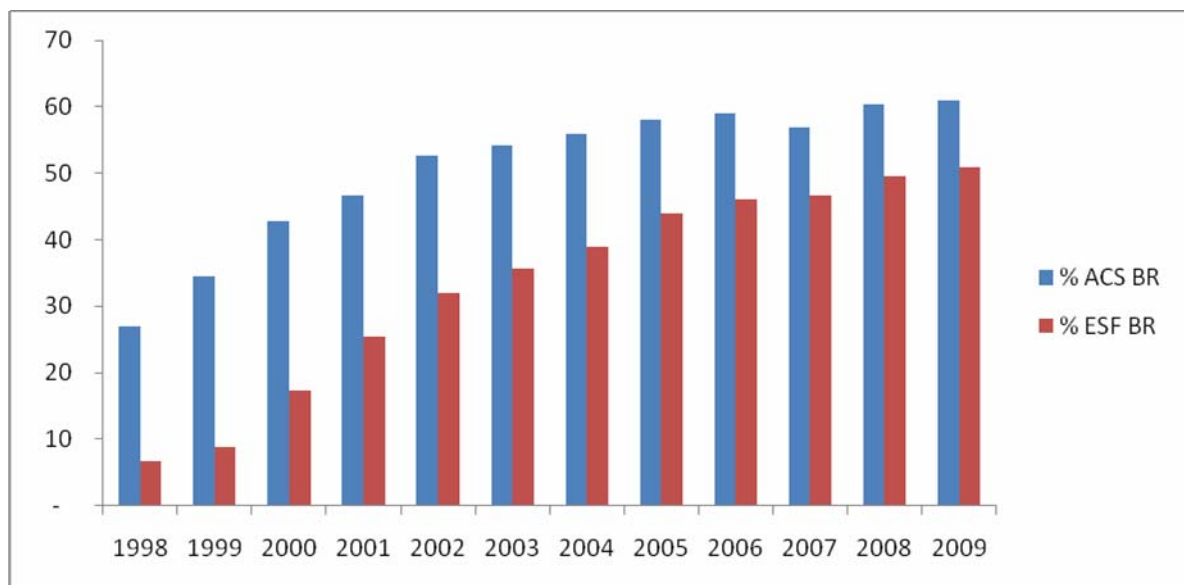
Na década de 60, quando da inauguração de Brasília, o contexto do setor saúde no Brasil era caracterizado pela busca de novas tecnologias médicas, associadas à progressiva especialização da prática médica, com uma visível cisão entre assistência individual e coletiva, entre enfoque curativo e preventivo. Para a nova capital do país, além de uma estrutura arquitetônica moderna, propunha-se a oferta de serviços públicos modernos em relação às demais regiões do país e do mundo. Para o setor saúde, buscou-se uma configuração “sistêmica e integral com vistas a oferecer, universalmente, serviços equitativos de saúde, dentro de um modelo assistencial voltado aos diversos aspectos relacionados com a manutenção da saúde e sua pronta recuperação, quando necessário” (GDF, 2005).

Esse cenário foi bastante modificado nas décadas subsequentes, especialmente nos anos de 1980 e 1990, em decorrência de fenômenos locais e nacionais. Entre os fenômenos locais, destacam-se a explosão demográfica, a conquista da autonomia administrativa e política e a adoção, no início da década de 80, dos princípios da Atenção Primária à Saúde propostos pela Conferência Internacional de Saúde de Alma Ata, como aspectos importantes na organização do sistema de saúde da capital federal. Entre os nacionais, citam-se o processo de democratização e a crise econômica na década de 80, bem como a força política dos atores sociais da Reforma Sanitária (intelectuais e profissionais de saúde dos setores médios), que configuraram um palco de disputa singular na história das políticas públicas do país, cuja principal reivindicação, *a saúde como direito de todos e dever do Estado*, foi garantida no texto da Constituição Federal (CF) de 1988 (BRASIL, 1988).

O Sistema Único de Saúde (SUS), após ser instituído pela CF de 1988 e pelas Leis nº 8080/90 e 8142/90, iniciou um lento processo de reorganização da atenção à saúde na tentativa de vencer os desafios decorrentes da transição epidemiológica e demográfica, das desigualdades sociais e das dificuldades encontradas pelo Estado para garantir serviços de qualidade à população. Destacam-se, como obstáculos à concretização da política pública apregoada, a instabilidade do financiamento; a hegemonia do modelo hospitalocêntrico, em detrimento da atenção primária à saúde; a dicotomia na oferta de serviços, bem como os conflitos entre os grupos de interesse público e privado. Esse processo trouxe repercussões para o sistema de saúde que estava sendo construído no Distrito Federal.

Nos últimos 16 anos, a proposta de organização da Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica à Saúde (ABS), por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), foi a grande aposta dos governos nacionais, para a implantação do SUS nos municípios brasileiros. Trata-se de um conjunto de ações, no âmbito da saúde individual e coletiva, que abrange a promoção e a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (GÖTTEMS *et al.*, 2008). Muitos estudos avaliativos (CONILL *et al.*, 2006; VIANA *et al.*, 2006; ELIAS *et al.*, 2006; SZWARCOWALD, MENDONÇA, ANDRADE, 2006; PICCINI *et al.*, 2006; IBAÑEZ *et al.*, 2008) têm constatado os impactos da implantação da ESF nos sistemas de saúde demonstrados por meio de melhorias nos indicadores sociais e epidemiológicos, alteração do modelo assistencial, ampliação de acesso da população aos serviços, entre outros. A evolução da implantação das ESFs, no Brasil, pode ser visualizada na Figura 1, que evidencia que a cobertura populacional por equipes e por Agentes Comunitários de Saúde foi ascendente desde 1998.

Figura 1 – Evolução dos percentuais de cobertura populacional por equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde no Brasil no período de 1998 a 2009

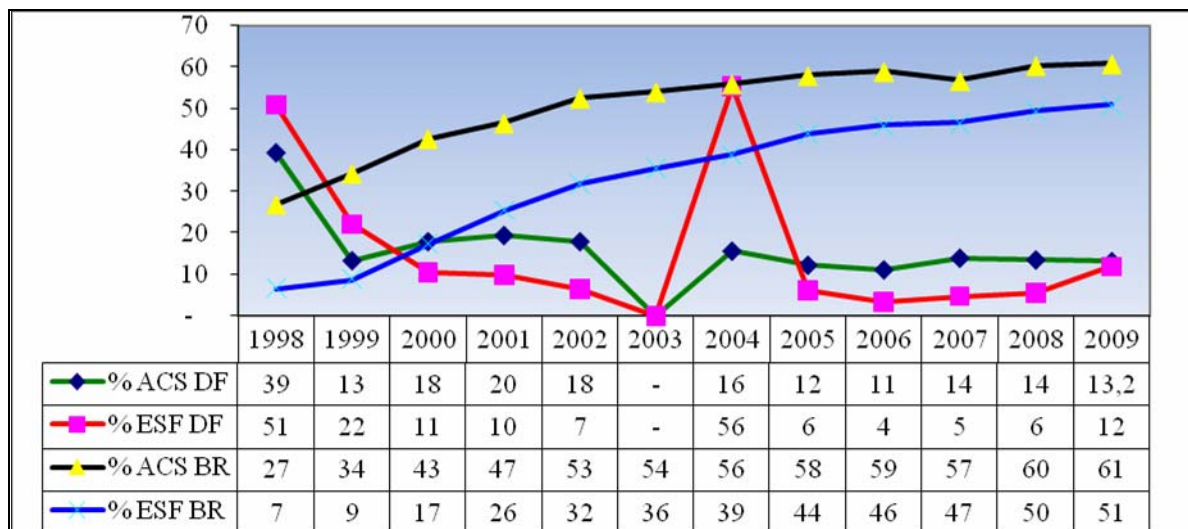


Fonte: <www.saude.dab.gov.br>.

O Distrito Federal, desde que foi criado, tem implantado uma política de APS, sob diferentes matizes e conformações, com início na década de 80, percorrendo até a primeira década do século 21. O Programa/Estratégia Saúde da Família foi adotado como modelo de reorganização da Atenção Primária a partir de meados da década de 90 e passou por

sucessivas mudanças na implantação a cada nova gestão do Governo do Distrito Federal. Em uma observação rápida da Figura 2, verifica-se que a implantação do Programa/Estratégia Saúde da Família, no Distrito Federal, teve interrupções e declínio não correspondendo à trajetória nacional.

Figura 2 – Comparação entre a evolução dos percentuais de cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Brasil e Distrito Federal – 1998 a 2009



Fonte: Gottems, 2010.

O exame preliminar de outras informações sobre a oferta pública de serviços de saúde, no Distrito Federal, também indica que não houve avanço significativo na quantidade de estabelecimentos hospitalares e de unidades básicas de saúde para corresponder ao elevado crescimento populacional no período de 1993 a 2009. Conforme se visualiza na Tabela 1, ao tempo que a população cresceu 52,8%, o número de hospitais e de leitos cresceu 36,4% e 42,5%, respectivamente. Todavia, as unidades básicas de saúde, incluindo Centros de Saúde, Postos Urbanos e Rurais e outras, foram os estabelecimentos de saúde com menor crescimento no período, com uma taxa de 19,5% de aumento.

A evolução dessas variáveis suscitou o interesse acadêmico pela análise detalhada da trajetória da política de saúde no Distrito Federal, desde a adoção das diretrizes da Atenção Primária à Saúde no início da década de 80 e posteriormente, da entrada da Estratégia Saúde da Família na agenda do governo local. Partiu-se do pressuposto de que uma análise do processo de formação da política local de APS poderia desvelar características e influências das relações entre contextos locais e

nacionais, entre atores políticos e técnicos e entre realidades e planos, ainda pouco explorados no Distrito Federal.

Tabela 1- Evolução do crescimento da população e da oferta pública de serviços de saúde no Distrito Federal, no período de 1993-2009. Brasília, DF.

<i>ANO</i>	<i>POPULAÇÃO</i>	<i>Nº Hospitais</i>	<i>Nº Leitos</i>	<i>Nº leitos/ 1 mil hab</i>	<i>Total UBS</i>
1993	1.657.841	11	2.727	1,6	77
1994	1.757.567	13	2.724	1,5	80
1995	1.780.554	13	2.683	1,5	81
1996	1.830.583	13	2.557	1,4	81
1997	1.882.022	13	2.471	1,3	83
1998	1.916.046	13	2.471	1,3	85
1999	1.962.031	13	2.427	1,2	83
2000	2.043.169	13	2.706	1,3	92
2001	2.097.450	13	2.780	1,3	91
2002	2.145.838	15	2.683	1,3	91
2003	2.189.792	15	2.860	1,3	92
2004	2.233.613	15	3.741	1,7	94
2005	2.277.258	15	3.911	1,7	98
2006	2.383.614	15	3.980	1,7	98
2007	2.434.033	15	3.886	1,6	103
2008	2.483.505	15	3.886	1,6	92
2009	2.532.488	15	3.886	1,5	92

Fonte: Relatórios estatísticos da DICOAS/SUPRAC/SES-DF e GDF, de 2000 a 2008b.

A escolha da política de Atenção Primária à Saúde (APS) desenvolvida no Distrito Federal, como objeto de análise desta tese pautou-se pelos seguintes argumentos:

a) existe um marco inicial facilmente identificado, assim como as mudanças, os atores, as estruturas e sua inter-relação ao longo dos anos de desenvolvimento;

b) sua origem remete-se ao período anterior à criação do Sistema Único de Saúde e seu processo de formação vem acompanhando a modelagem e a maturidade do sistema de saúde brasileiro;

c) em todos os diferentes momentos da evolução da política é possível relacioná-la ao cenário nacional, incluindo os acúmulos, os aprendizados e os retrocessos;

d) entende-se que a existência de um conjunto de decisões tomadas por diferentes atores, ao longo das quase cinco décadas de organização do sistema de saúde do Distrito Federal, influenciaram e, ou orientaram a política atualmente configurada.

e) a compreensão destas interferências poderá contribuir para novas configurações na implementação e gestão da política de APS.

Assim, optou-se por realizar um estudo de caso único, que possibilitasse o rastreamento do processo de formação da política (GEORGE e BENNETT, 2004) do tipo narrativa analítica (BARZELAY *et al.*, 2003; 2004), por meio do qual a trajetória da Atenção Primária à Saúde, no Distrito Federal, foi reconstituída na forma de uma narrativa analítica e, posteriormente, reinterpretada a partir das categorias do modelo¹ de Kingdon (2003): os problemas, as propostas ou alternativas, o meio político e a atuação dos atores e empreendedores políticos. Buscou-se identificar o processo de abertura e fechamento das janelas de oportunidade e os fatores que mais contribuíram para essa dinâmica.

A escolha da teoria de Kingdon (2003), para esta análise, foi pautada na busca pelo diálogo entre os modelos teóricos de análise de políticas públicas, ainda pouco explorados no campo da saúde coletiva no Brasil. O modelo de Kingdon (2003) teve sua origem em estudos na área de saúde e de transporte nos Estados Unidos da América e vem sendo testado, aprofundado e expandido em diversas áreas, incluindo educação, transporte e, principalmente saúde, na literatura internacional. No Brasil, sua aplicação ainda é incipiente, especialmente na saúde, o que justifica em parte a relevância deste estudo.

A análise norteou-se inicialmente pelas questões: como a APS entrou para a agenda do governo do Distrito Federal? Quais fatores influenciaram a entrada dessa questão na agenda? Como ocorreram os processos políticos de formulação e de implantação da política de APS nos diferentes momentos, ao longo dos 30 anos, desde a sua entrada na agenda do governo? Que questões explicam a situação atual? Em síntese, buscou-se “por que” e “como” as decisões do governo culminaram em mudanças dessa política ao longo do tempo.

Partiu-se da hipótese que o desenvolvimento da política de APS no Distrito Federal, no período de 1979 a 2009, foi fortemente influenciado por questões relativas ao fluxo político, mais do que pela formulação das propostas e interpretação de problemas epidemiológicos e sociais, que justificassem as mudanças que se operaram ao longo desse período. A identificação e a análise dessas questões presentes no fluxo político possibilitam a construção de uma explicação válida para as descontinuidades e a baixa implantação das propostas. Nesse sentido, partiu-se do processo de formação e de gestão das propostas desde o Plano Bandeira de Melo, buscando-se compreender as singularidades de seus contextos e contornos a cada momento.

Assim, este estudo teve como objetivos:

a) Geral

¹ Adota-se o conceito de modelos como um conjunto de categorias com finalidade explicativa aplicada (Martins, 2003: 29).

Analisar, a partir de uma perspectiva processual, a política de Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, identificando a trajetória, a formação da agenda e da política no período de 1979 a 2009, aplicando-se o marco teórico de Kingdon.

b) Específicos

- analisar como o problemas, as alternativas e o meio político se inter-relacionaram na inserção da APS na agenda e na formação da política no Governo do Distrito Federal;
- identificar e analisar a atuação dos atores governamentais e não governamentais na implantação das propostas de mudanças na organização da atenção primária à saúde no Distrito Federal.

Este estudo perpassa os **campos teóricos** da saúde coletiva, no que se refere ao estudo de políticas de saúde e ao domínio da administração pública, e ao estudo das políticas públicas.

Relativamente ao domínio da saúde coletiva, esta tese configura-se como um estudo de natureza política, sobre uma política de saúde (COHN, 2008). Os estudos de natureza política, crescentes a partir da década de 90, tratam de duas dimensões fundamentais que envolvem o processo de formulação e implementação: a dimensão do exercício do poder e a da racionalidade, que está envolvida nas propostas de organização, reorganização e escolhas de prioridades ante as necessidades de saúde da população. As investigações de natureza política, portanto, envolvem os processos de tomada de decisão, as regras e as instituições, as disputas entre interesses individuais e de grupos sociais e as dimensões técnicas e políticas, nas políticas públicas de saúde (COHN, 2008). A dimensão política refere-se à defesa de interesses que podem ser econômicos, individuais ou coletivos; a dimensão técnica, por sua vez, refere-se aos estudos epidemiológicos da área de saúde coletiva, e constituem instrumentos valiosos de tomada de decisão, mas que não substituem a dimensão política, uma vez que, essa última é que faz as escolhas dentre as diferentes alternativas disponíveis.

Desse modo, no domínio da administração, esta tese localiza-se no campo da gestão pública, e é concebida como um conjunto de ideias, atitudes, normas, processos, instituições e outras formas de conduta humana, que determinam a forma de distribuir e de exercer a autoridade política e de atender aos interesses públicos, empreendidos por parte de um governo e às estruturas do poder executivo, que têm a missão de coordenar e implantar as políticas públicas (MATIAS-PEREIRA, 2007).

Na literatura acadêmica, sobre pesquisa em administração pública, que se subdivide em desenho e operação de programas de um lado e, de gestão de políticas públicas de outro

(BARZELAY, 2001), esta tese está situada no conjunto de trabalhos que abordam o processo de formação da política. Esses estudos buscam ir além da descrição para explicar eventos políticos, processos de mudanças das políticas e da dinâmica da gestão pública nos processos de formação de políticas. Assim, toma-se como premissa que “as análises da gestão de políticas públicas requerem uma substantiva e processual discussão” (BARZELAY, 2001: 12). Trata-se de uma análise do processo de formulação, nas fases pré-decisional e decisional, e de implementação no âmbito da gestão pública, que busca explicar como a política surgiu, o que mudou e por que as mudanças ocorreram.

Espera-se, com este trabalho, contribuir no campo da saúde coletiva, com o aprofundamento de modelos de análise de políticas de saúde, que abordem o processo de formação e suas repercussões, considerando-se a saúde como um campo dinâmico, com problemas e custos crescentes e impregnação ideológica. Essas características agregam maior complexidade ao processo decisório sobre as questões que entrarão para a agenda (KINGDON, 2003).

O **estudo foi delimitado** buscando-se responder às questões “por que” e “como” as decisões do governo culminaram em mudanças da política de APS no período de 1979 a 2009. Exploraram-se o processo decisório sobre a implantação da APS, as motivações políticas e técnicas, a atuação dos atores, os conflitos subjacentes e as repercussões locais e nacionais no que se refere à dimensão política da política, entendendo-se ser esse um aspecto pouco estudado no Brasil. As informações quantitativas resumiram-se aos dados sobre oferta de serviços, indicadores de cobertura e, quando citados pelos entrevistados, a informações epidemiológicas. Essas informações serviram para ilustrar consequências tangíveis na política, mas não produziram análises aprofundadas. Também não foram analisadas as repercussões para a população usuária desses serviços básicos de saúde.

Outra limitação refere-se ao escopo do estudo. Trata-se de uma análise da formação da política, a partir dos atores governamentais, portanto, do processo decisório que ocorreu dentro do governo. Os eventos e os fatos relevantes, que influenciaram as decisões foram levantados por meio de entrevistas com os atores que ocuparam os cargos de secretário de saúde, secretários adjuntos de planejamento e de assistência à saúde; de gerentes, coordenadores das ações básicas, os quais tiveram denominações e funções diferenciadas ao longo do tempo. Mesmo os atores não governamentais, que participaram da pesquisa, foram escolhidos entre aqueles que já haviam ocupado cargos no governo e suas falas versaram sobre essa experiência. Não houve a participação de representantes dos movimentos sociais, dos órgãos de controle, de usuários, do movimento sindical, entre outros.

A tese está organizada da seguinte forma: no **capítulo 1**, apresenta-se o marco teórico de Kingdon (2003) e são detalhadas as categorias do modelo aplicadas nesta tese, bem como, os estudos que o aplicaram para estudar políticas de saúde. No **capítulo 2**, detalha-se o referencial teórico-metodológico do estudo de caso do tipo rastreamento de processo (*process tracing*) e da narrativa analítica, bem como os aspectos operacionais da pesquisa em campo realizada para subsidiar esta tese. Nos **capítulos 3, 4, 5, 6 e 7** apresentam-se os Episódios 1 (1979 a 1994), 2 (1995 a 1998), 3 (1999 a 2002), 4 (2003 a 2006) e 5 (2007 a 2009) da política de APS no Distrito Federal, respectivamente, construídos no formato narrativas analíticas, conforme proposto por Barzelay e Velarde (2004) e adaptados para esta tese. Em cada um dos episódios buscou-se reconstituir a sequência de eventos da política de APS, tendo como fio condutor uma linha do tempo.

A narrativa de cada episódio divide-se em cinco sessões: a **primeira** apresenta o contexto do setor saúde e os principais eventos que antecedem o Episódio, sob estudo de âmbito nacional e local (Eventos Prévios Nacionais e Locais); a **segunda** (Evento Central) discute o desenho e as diretrizes do plano ou ações de APS implantadas nos diferentes períodos históricos, apresentando-se as mudanças produzidas no sistema local de saúde, circunscritas a indicadores gerais de oferta de serviços, de utilização de consultas ambulatoriais e de emergências e cobertura populacional pelos serviços de atenção primária à saúde em suas diversas modalidades. Essas informações foram selecionadas a partir da análise dos documentos disponíveis na SES-DF e MS, utilizando-se como critério a presença dessas informações ao longo dos diferentes Episódios, de forma a possibilitar o seu acompanhamento no tempo. Ainda, na segunda sessão, apresentam-se os atores e os grupos atuantes no Evento Central.

Na **terceira** etapa discute-se a influência dos eventos relacionados ao evento central, de âmbito nacional e local, no processo de formulação e de implantação das ações (Eventos Relacionados e Contemporâneos Nacionais e Locais). Na **quarta** sessão do Episódio, apresentam-se brevemente os eventos posteriores (Eventos Posteriores) e na **quinta**, a análise a partir do modelo teórico de Kingdon (2003).

Cada uma das narrativas possui dois mapas conceituais. O primeiro foi elaborado a partir das entrevistas e de análise documental, que subsidiou a identificação dos fenômenos relevantes para a narrativa; o segundo foi elaborado aplicando-se o modelo dos múltiplos fluxos, de forma a facilitar a interpretação do Episódio, a partir do marco teórico de Kingdon (2003).

Por fim, no **capítulo 8**, realiza-se uma análise longitudinal da evolução de cada um dos fluxos ao longo dos 30 anos de trajetória. Busca-se apreender os fatores ligados a cada categoria e sua influência nas mudanças realizadas na política de APS no Distrito Federal. A partir dessas reflexões, apresentam-se as conclusões do estudo, bem como novas proposições de pesquisas que poderão contribuir para a melhor compreensão dos limites e potenciais da gestão pública e da gestão da política de saúde no Distrito Federal.

CAPITULO 1

O MODELO DOS MÚLTIPLOS FLUXOS DE KINGDON NA ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

A análise de políticas públicas é, por definição, o estudo do governo em ação ou o estudo do conjunto de ações, que um governo realiza para alcançar objetivos em relação a um problema ou conflito social (BONAFONT, 2004). Nesse aspecto, requer a opção por modelos teóricos únicos ou em combinação, de forma que seus conceitos se complementem e contribuam para ampliar a capacidade de compreensão da realidade das políticas públicas. Nos diversos conceitos sobre políticas públicas, o governo figura como o elemento essencial ou predomina a ideia de orientação política do Estado e de interesse público.

Políticas públicas podem referir-se a um campo específico, descrever uma proposta desejada, referir-se a decisões de governo e, ou a resultados finais de uma ação, ou mesmo, relacionar-se a uma sequência de feitos e decisões, que implicam em avanços ou modificações na realidade (BONAFONT, 2004; SOUZA, 2003). As políticas públicas variam de acordo com a diversificação da economia, com a natureza do regime social, com a visão dos governantes sobre o papel do Estado, e conforme o nível de atuação de diferentes grupos sociais tais como partidos, sindicatos, associações de classe e outras formas de organização social (VIANA e BAPTISTA, 2008: 68).

A complexidade do debate teórico sobre as políticas públicas reflete a diversidade de enfoques, dado que a concepção da política implica em um modelo de análise, com marco teórico próprio, que subsidia conceitos e categorias explicativas a se ter em conta na análise e na formulação das hipóteses de partida (BONAFONT, 2004; SOUZA, 2003).

O estudo das políticas de saúde localiza-se na área de saúde coletiva e constitui uma vertente marcada por desafios, diretamente ligados à conjugação de teorias e práticas, nem sempre possíveis, por questões temporais, limitações técnicas e científicas e, mesmo, de acomodação de interesses. Na área de saúde coletiva, Cohn (2008) afirma que há, basicamente, duas grandes vertentes de análise de políticas de saúde: uma que privilegia a organização dos serviços e do sistema de saúde, e outra que enfatiza o impacto das sucessivas reformulações dos sistemas de saúde de cada país sobre o acesso dos indivíduos aos serviços e à satisfação de suas necessidades básicas de saúde. Nesse último caso, a centralidade é a

equidade no acesso da população aos serviços de saúde. Todavia, estudos de natureza política tratam, necessariamente, de duas dimensões fundamentais que envolvem o processo de formulação e implementação das políticas de saúde: a dimensão do exercício do poder e a dimensão da racionalidade que está envolvida nas propostas de organização, reorganização e escolha de prioridades de ação ante as necessidades de saúde da população (COHN, 2008).

É na dimensão política de nossas sociedades que se verificam os processos de tomada de decisão e imposição para a sociedade, pelo poder do Estado, de determinadas diretrizes de ação e organização setorial sobre outras. A esfera da política, portanto, pressupõe a disputa dentro de determinadas regras do jogo estabelecidas, acordadas socialmente e reconhecidas pela sociedade como legítimas, entre interesses individuais e de grupos sociais ou segmentos da sociedade. No caso do setor saúde no Brasil, além da disputa entre interesses individuais e de grupos, há a disputa entre as dimensões técnicas e políticas nos processos de tomada de decisão, especialmente porque, a dimensão burocrático-administrativa sobrepõe-se à política (COHN, 2008; TOMACHESKI, 2007).

Toma-se, nesta tese, o conceito de política de saúde definido por Fleury e Ouverney (2008: 39-40), os quais apontam sete aspectos, que devem ser considerados na construção e na gestão da política de saúde:

- 1) a definição de objetivos e finalidades voltados para a garantia de padrões mínimos contra riscos sociais e promoção de bem-estar;
- 2) a construção e o emprego de estratégias, planos, instrumentos e técnicas capazes de analisar e monitorar as condições sociais de existência da população e de desenhar estratégias, metas e planos detalhados de ação;
- 3) o desempenho simultâneo de papéis políticos e econômicos diferentes, tais como promoção de igualdade, legitimação política de grupos governamentais e manutenção de dinâmica econômica;
- 4) a construção oficial de arenas, canais e rotinas para orientar os processos decisórios sobre estratégias e planos de ação;
- 5) a assimilação, a contraposição e, ou a contabilização de diferentes projetos sociais oriundos de atores do cenário político do país;
- 6) o desenvolvimento, a reprodução e a transformação de marcos institucionais que representam referenciais valorativos, políticos, organizacionais e econômicos que permeiam, sustentam e interligam o sistema de proteção social;
- 7) a formação de referenciais éticos e valorativos da vida social.

Todos esses aspectos são elementos centrais na construção da política de saúde, presentes no cotidiano dos sistemas de proteção social, ambientando dimensões técnicas e políticas da política.

A ideia central deste capítulo é examinar o modelo dos múltiplos fluxos de Kingdon (2003) e sua aplicabilidade na análise da dimensão política das políticas de saúde. Entende-se por modelo, a construção intelectual, que simplifica a realidade com o objetivo de entender a sua utilidade (SABATIER, 2007), como um mapa. Pressupõe que dados da realidade serão omitidos em nome da coerência interna das categorias ou categorias do modelo. Por meio da aplicação de modelos de análise, busca-se salientar o recorrente, o geral e o típico na forma de atributos ou conjunto de características (VIANA e BAPTISTA, 2008).

1 O MODELO DOS MÚLTIPLOS FLUXOS

No modelo dos múltiplos fluxos (*multiple streams*), o processo de formulação e de implementação de políticas públicas é, fundamentalmente, visto como uma combinação instável de fatores ao longo do tempo, um fluxo de transformação sobre o qual não se tem a expectativa de controle, dentro de uma perspectiva de seleção temporal aleatória², enfatizando o tempo e o acaso (MARTINS, 2003: 40). Os postulados básicos do modelo de Kingdon (2003) são que agenda difusa é uma característica das políticas de gestão pública e, decisões de políticas de gestão pública (formulação e reformulação) acontecem pela combinação de um problema, um fluxo político e um fluxo de política pública, convergida e catalisada pela ação empreendedora de um “líder ou empreendedor da política pública”. Correntes (*streams*) são uma combinação de problemas, soluções e participantes, arregimentados por um empreendedor (MARTINS, 2003: 55-6).

O modelo está mais focado na formulação da política, no que se refere à definição da agenda e do processo decisório, mas pode ser estendido para todo o processo político e para diferentes níveis de governo (ZAHARIADIS, 2007: 65). Nesse modelo, concebem-se as escolhas como a produção coletiva, formulada pelas evidências e recuos de vários fatores; é

² Há outras perspectivas de análise de política pública, como o sistêmico-heurístico em que a análise de políticas públicas envolve os elementos do processo de decisão política (dos *inputs* aos resultados, passando pelo modelo de decisão política e pelo modelo de comportamento dos atores envolvidos); a institucional-racionalista, que privilegia a correlação entre estruturas (regras, papéis e incentivos) e impactos das políticas em questão, segundo critérios avaliativos de eficiência, com enfoque essencialmente normativo, na medida em que presume que estruturas condicionam escolhas e que estruturas devem buscar maximizá-las; e a perspectiva de seleção temporal aleatória enfatiza o tempo e o acaso. Nessa, o processo de formulação e implementação é, fundamentalmente, visto como uma combinação instável de fatores ao longo do tempo, um fluxo de transformação sobre o qual não se tem a expectativa de controle (MARTINS, 2003: 27-47).

sensível ao modo como as informações afetam as escolhas, bem como está atento à complexidade das questões sociais (ZAHARIADIS, 2007: 66).

Um primeiro processo das políticas públicas seria determinar a agenda, ou seja, instituir a lista de ações que precisam ser realizadas, para as quais atores governamentais e da sociedade estão prestando atenção e dedicando esforços. Busca-se entender, então, não somente a composição da agenda, mas como e por que esses objetos da agenda mudam de um tempo para outro (KINGDON, 2003). Há agendas especializadas dentro do governo, como saúde, transportes, relações internacionais, orçamento, entre outros. Um conjunto de alternativas relativas aos problemas priorizados na agenda seria, então, apresentado para decisão e escolha do governo.

A formação das políticas públicas contemplaria distintos processos: de determinação da agenda, que inclui a lista de ações a serem realizadas e, ou que atores governamentais e da sociedade estão prestando atenção e dedicando esforços; de especificação e escolha das alternativas para solucionar as demandas; de implementação da decisão. Assim, conforme essa definição, antes de analisar a política pública é preciso conhecer o processo que a levou a integrar a agenda governamental, e quais as alternativas de ação estavam sendo consideradas. Trata-se, nas palavras de Kingdon (2003), do processo pré-decisório, que precisa ser estudado para que se possa julgar se a política pública implantada correspondeu às demandas que a originaram.

Na dinâmica do modelo, os problemas incorporam-se na agenda governamental, seguindo um processo que se caracteriza pela confluência das três correntes: 1) surgimento ou reconhecimento de um problema pela sociedade em geral; 2) existência de ideias e alternativas para conceituar os problemas e solucioná-los, originadas de especialistas, investigadores, políticos, funcionários públicos, entre outros; 3) um contexto político, administrativo e legislativo favorável ao desenvolvimento da ação (BONAFONT, 2004; ZAHARIADIS, 2007). A formação da agenda governamental seria a resultante da combinação de um problema, um fluxo político e um fluxo de uma proposta, catalisada pela ação empreendedora de um líder político ou empreendedor público (RODRIGUES, 2010: 49).

A origem do modelo dos múltiplos fluxos, proposto por Kingdon (2003), remete-se ao modelo da “lata do lixo” (*garbage can*) de Cohen, March e Olsen (1972). A lata de lixo é onde as ideias políticas, os problemas e as possíveis soluções (metaforicamente) estão localizados, aparentemente sem conexão. Nesse contexto, as escolhas políticas seriam altamente dinâmicas, interativas e cheias de incertezas, sendo moldadas pela intersecção das categorias que podem ou não levar a políticas públicas. As principais categorias do *garbage*

can são problemas, soluções, participantes e oportunidades de escolha (FERRAREZZI, 2005). O resultado é uma complexa e fortuita combinação entre problemas e soluções, incluindo soluções preferenciais à procura de problemas que as justifiquem (TIEMAN e BURKE, 2002). No modelo *garbage can*, destaca-se o tratamento que March e Olsen (1989) dão ao processo decisório, evidenciando elementos não considerados pela abordagem racional, tais como limitações da racionalidade; conflito; ambiguidade de preferência nas organizações; substituição da ordem consequencial pela ordem temporal e rumo não-aleatório das decisões (uma vez que ocorrem em contextos de crenças, normas e papéis que produzem vieses sistemáticos) (MARTINS, 2003: 42):

Trata-se de uma abordagem que considera que as decisões estão sujeitas a influências de dimensões não-formais das organizações (regras tácitas, valores, crenças, papéis institucionalizados, preferências e objetivos pessoais etc.), que se constituem uma restrição à racionalidade (à escolha de alternativas possíveis, sobre e para as quais há informação disponível, baseada em critérios de eficiência, cálculo e consequência). Em síntese, ao presumirem que as organizações influenciam o processo decisório, admitem o descolamento da estrutura organizacional formal da estrutura “real” institucionalizada, pressuposto esse do legado do institucionalismo sociológico.

É possível afirmar que a teoria da lata de lixo é uma antítese da abordagem racional de decisão política, por que concebe o processo político como fragmentado, contingenciado e altamente fluido. Nesse sentido, o modelo de Kingdon (2003), que toma a ideia básica do *garbage can*, inova em relação aos modelos que tomam a formulação de políticas públicas como processos sequenciais e lineares, que incluiriam um primeiro momento de definição da agenda com a inclusão de determinado problema na lista de prioridades de decisão do governo, seguida de melhor delimitação do problema, formulação e especificação de alternativas, decisão política, implementação, monitoramento e avaliação. Para Kingdon (2003), muitas etapas desenvolvem-se de forma independente, mas não necessariamente uma precede a outra de forma cronológica.

O modelo dos múltiplos fluxos, além de enfatizar os processos pré-decisórios de definição da agenda, lida com o processo político sob condições de ambiguidade, referindo-se a essa como uma situação em que há muitos caminhos de pensamento sobre as mesmas circunstâncias ou fenômenos. Caminhos esses que podem não ser reconciliáveis, criando então incerteza, confusão e estresse. A ambiguidade pode ser pensada como ambivalência, cuja incerteza pode ser referida a ignorância ou imprecisão. Enquanto mais informações podem reduzir incertezas, mais informações podem não reduzir a ambiguidade

(ZAHARIADIS, 2007: 66). Esse modelo evidencia as categorias tempo, senso de oportunidade e liderança como cruciais na formação da agenda pública (RODRIGUES, 2010: 49).

1.1 A estrutura do modelo dos múltiplos fluxos

De uma forma esquemática, conforme se visualiza na Figura 3, a estrutura de análise do modelo dos múltiplos fluxos de Kingdon (2003), pressupõe a existência de três grandes fluxos dinâmicos nas políticas públicas: os problemas (*problems*), as soluções ou alternativas (*policies*) e o meio político (*politics*), os quais são unidos e catalisados pela ação empreendedora de um empreendedor da política pública”, no momento em que a oportunidade política ocorre.

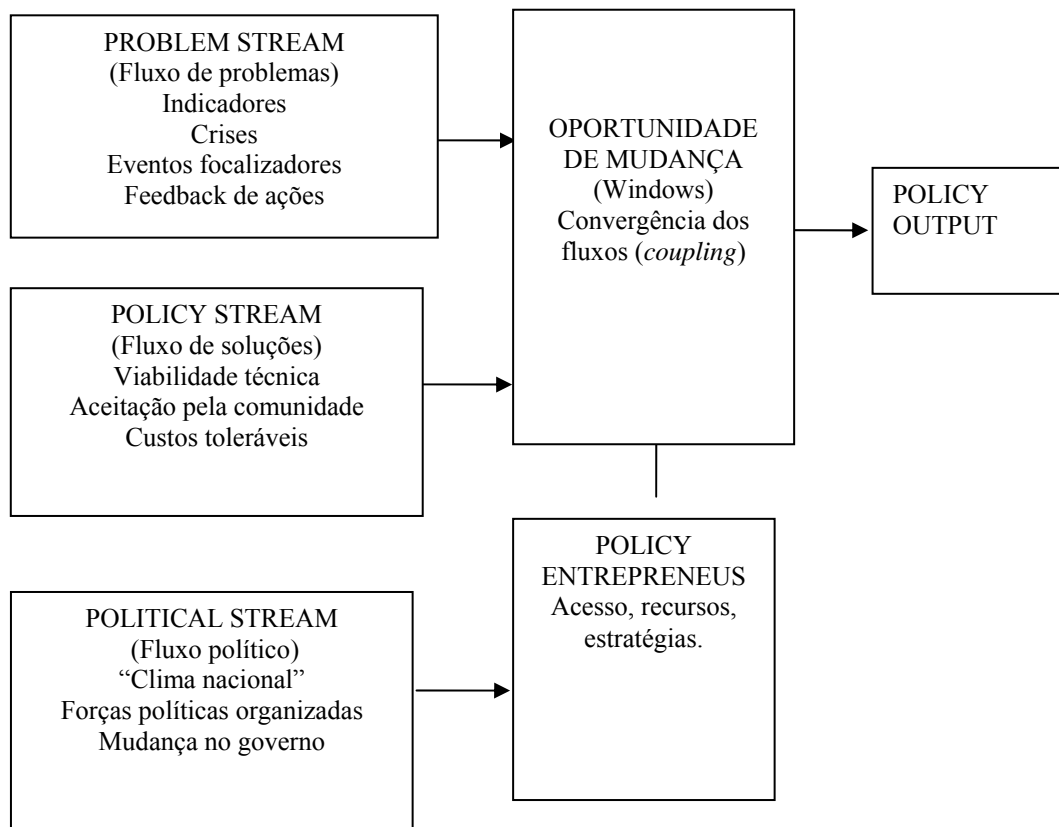


Figura 3 – O modelo dos múltiplos fluxos

Fonte: Capella, 2007 e Zahariadis, 2007 (Adaptado).

No fluxo dos problemas, o modelo busca analisar de que forma as questões são reconhecidas como problemas e os motivos que os levam a compor a agenda do governo. Para Kingdon, a atenção governamental se daria em função de três acontecimentos: 1) indicadores que apontam e mensuram a magnitude de uma situação ou problema, 2) a ocorrência de eventos, crises, desastres ou uma experiência pessoal e 3) o *feedback* oriundo do monitoramento sobre orçamento, custos ou outros problemas. Assim, as situações passam a ser definidas como problemas, quando se acredita que se deve fazer algo para mudá-las (KINGDON, 2003: 198). Há diferenças entre problemas e questões (*conditions*). Uma questão seria uma situação social percebida, mas que não desperta uma ação em contrapartida. Um problema, no entanto, leva os formuladores de políticas a acreditarem que devem fazer algo a respeito.

A resposta dos formuladores, por sua vez, variará dependendo da forma como esses percebem, interpretam e definem os problemas (CAPELLA, 2007). O uso dos indicadores constitui importantes elementos porque pode, tanto apontar a magnitude do problema para os formuladores, como demonstrar a existência de uma questão ainda não observada e, ou contribuir para transformar questões em problemas. Há várias organizações governamentais e não-governamentais, que monitoram de forma mais ou menos sistemática alguns indicadores, sobressaindo-se a área da saúde como uma das mais bem servidas de indicadores. É importante ressaltar que não são os estudos e os dados coletados que determinam a existência de um problema, e sim a interpretação que se faz deles. Por essa razão, a construção de indicadores que facilitem essa interpretação, quando há um problema, é uma preocupação central daqueles que pressionam por uma política pública.

Os eventos, crises e símbolos, por outro lado, podem reforçar a percepção preexistente de um problema ou, quando em grande magnitude, concentrar a atenção em um determinado foco. Contudo, não basta a existência de indicadores, eventos ou o *feedback* que sinalizem a existência de questões específicas; os problemas são construções sociais e envolvem interpretações, as quais vão determinar a sua inclusão na agenda (CAPELLA, 2007). Então, como determinados problemas do cotidiano chamam a atenção de tomadores de decisão em políticas públicas? Para Kingdon (2003), essa avaliação pode ser pautada pelos valores de cada ator, pela comparação a situações ideais ou a modelos e, também, pela categorização dos dados de cada situação problema. Assim, a atenção às demandas sociais é uma das maiores e mais preocupantes funções dos políticos e gestores porque problemas são abundantes, lotam a agenda e, por vezes, alguns se tornam inadministráveis (ZAHARIADIS, 2007).

No caso da saúde, Kingdom (2003) cita a existência de grupos de pressão atentos para os casos de doenças presentes nas famílias de parlamentares, para tirar proveito daquele evento pessoal. O pressuposto da ação desses grupos é de que, quando alguém próximo a um tomador de decisão em políticas públicas sofre com determinado evento, esse político estará mais propenso a defender a resolução daquele problema. Como regra geral, o autor propõe que, quanto mais importante for a área de políticas públicas, menos relevantes serão as crises e os desastres, para que haja mudanças nas políticas públicas da área, pois essas mudanças virão pelo monitoramento da área.

Uma terceira importante forma pela qual problemas passam a ser considerados políticas públicas é a retroalimentação (*feedback*) obtida pela ação governamental. Por meio de canais como o monitoramento sistemático, as reclamações recebidas e a experiência adquirida, os tomadores de decisão obtêm elementos para realizarem as modificações necessárias na agenda de políticas públicas (KINGDON, 2003). A retroalimentação permite, inclusive, constatar consequências imprevistas – positivas ou negativas – das políticas públicas.

Assim como há problemas que ganham destaque, tornando-se políticas públicas, há problemas que perdem importância e saem da agenda governamental, conforme destaca Kingdom (2003). Isso pode ocorrer após o problema ter sido solucionado, ou porque deixou de ser percebido como tal, ou porque um programa ou política governamental fracassou, levando determinado tipo de ação ao descrédito.

O orçamento é um problema que Kingdon (2003) apresenta de forma particular, por estar presente em quase toda discussão sobre políticas públicas. Esse autor destaca que, mesmo havendo casos em que a disponibilidade orçamentária favorece o destaque a determinada política, na maioria das vezes a mesma atua como restrição às ações. Assim, muitas alternativas nem mesmo são consideradas, por serem inviáveis ou irrealis em termos orçamentários. Existem ainda algumas medidas comuns em período de severa restrição orçamentária, como as políticas regulatórias, que visam a controlar o aumento de gastos do governo. Outras políticas, que ganham destaque em períodos de baixa disponibilidade de recursos, são aquelas que acarretam economia para os cofres públicos, maior arrecadação e tenham baixo custo de implantação.

No **fluxo das alternativas ou da política pública propriamente dita**, inclui-se o conjunto de ideias e propostas que competem para ganhar aceitação na rede de políticas. São geradas por atores pertencentes ao grupo dos burocratas, àqueles com mandatos legislativos, acadêmicos e pesquisadores, entre outros, que formatam conceitos em uma área que passam a

ser apreciadas em vários fóruns. Nesse processo, nem todas as ideias recebem o mesmo tratamento: algumas permanecem intocadas, outras são combinadas a novas propostas e outras desaparecem (ZAHARIADIS, 2007: 72). Nessa competição, as ideias que se mostram viáveis do ponto de vista técnico e de custo, geralmente sobrevivem, assim como aquelas que representam valores compartilhados e contam com a aceitação e receptividade de formuladores e do público em geral. Quando consideradas viáveis, as ideias são rapidamente difundidas, ampliando a consciência dos atores. A difusão (*soften up*) ocorre por meio da defesa dessas ideias em diferentes instâncias por indivíduos que tentam sensibilizar a comunidade política e o público em geral, de forma a chamar a atenção e buscar aceitação. A aceitação também não é automática, admitindo-se que pode haver resistência a algumas ideias, mas pode significar a admissão da razoabilidade da proposta. É importante ressaltar que Kingdon (2003) dá grande importância às ideias, às interpretações e às argumentações no processo de formulação de políticas públicas e, refere que, em alguns casos, as ideias são mais importantes que a influência dos grupos de pressão no processo decisório.

Kingdon (2003) afirma que é pouco relevante tentar identificar qual seria a origem ou fonte da ideia que se tornou política pública. Considerando que cada caso é único, ideias podem surgir tanto de maneira incremental, por meio de pequenos ajustes naquilo que já vem sendo feito, quanto por mudanças repentinas na agenda pública, de forma que a procura pela sua origem, além de difícil, pode levar a um “regresso infinito” (KINGDON, 2003: 72). O mais importante seria analisar quais condições permitiram a um determinado item tornar-se proeminente na agenda governamental, levando à sua implementação.

Se por um lado a origem de uma determinada ideia é menos importante, a difusão das ideias é um processo fundamental e constitui-se no ponto chave para entender as condições sob as quais uma proposta sobrevive. Na visão de Kingdon (2003), a evolução do pensamento ocorre mais por recombinação de elementos, ideias e propostas já existentes, e raramente pelo surgimento de novas estruturas que reforçam o caráter incremental ao fluxo de alternativas. Nesse caso, Kingdon (2003) afirma que há padrões entre as alternativas sobreviventes, que originam políticas públicas: confiabilidade técnica, ainda que se reconheça que há propostas implementadas sem atender a esse critério; aceitabilidade e compatibilidade entre os valores presentes na ideia com os da sociedade, tais como equidade e eficiência; capacidade de antecipação de restrições futuras, tais como a orçamentária, que acaba alterando a forma original de muitas propostas para que as mesmas tenham um menor custo de implantação.

Se por um lado a origem de uma determinada ideia é menos importante, a difusão das ideias é um processo fundamental e constitui-se no ponto chave para entender as condições sob as quais uma proposta sobrevive. Na visão de Kingdon (2003), a evolução do pensamento ocorre mais por recombinação de elementos, ideias e propostas já existentes, e raramente pelo surgimento de novas estruturas que reforçam o caráter incremental ao fluxo de alternativas. Nesse caso, Kingdon (2003) afirma que há padrões entre as alternativas sobreviventes, que originam políticas públicas: confiabilidade técnica, ainda que se reconheça que há propostas implementadas sem atender a esse critério; aceitabilidade e compatibilidade entre os valores presentes na ideia com os da sociedade, tais como equidade e eficiência; capacidade de antecipação de restrições futuras, tais como a orçamentária, que acaba alterando a forma original de muitas propostas para que as mesmas tenham um menor custo de implantação.

Ideias circulam em comunidades de especialistas, tanto dentro quanto fora do governo. O debate dessas ideias pode levar anos, combinando-se com outras ideias, recebendo críticas e adaptações, segundo as características daquela comunidade de especialistas. Salienta-se que nas áreas muito fragmentadas, há desperdício de recursos em ações que ocorrem de forma simultânea e dificuldade em chegar a consensos, provocando instabilidade na agenda governamental daquela área (KINGDON, 2003).

As propostas debatidas nas comunidades de especialistas de diferentes áreas passam por um processo de seleção. Os defensores dessas propostas são chamados, por Kingdon (2003), de empreendedores de políticas públicas, cuja característica básica é a disposição para investir seus recursos na expectativa de um retorno futuro. As razões que levam alguém a defender determinada ideia pode ser a defesa de seus interesses, a defesa de determinados valores ou a simples continuidade do jogo das políticas públicas. Esse último caso é presumível ocorrer, mais frequentemente, entre atores governamentais. A atuação dos empreendedores e atores será detalhada mais à frente, neste texto.

No fluxo político, tanto Zahariadis (2007) quanto Kingdon (2003) apontam três elementos a serem considerados: o clima nacional³ (*national mood*), as forças políticas organizadas e as mudanças no governo. Esses fatores têm grande importância, tanto em destacar determinados itens que acabam incluídos nas políticas públicas, quanto em tirar o foco de outras questões. O clima nacional é caracterizado por uma situação na qual há compartilhamento de preocupações e percepções entre as pessoas, configurando o “solo fértil” para algumas propostas e não para outras, de tal forma que possibilita que alguns problemas ascendam à agenda do governo. As forças políticas organizadas referem-se às pressões

³ Tradução da autora.

exercidas por grupos de apoio ou de oposição levando a consenso ou a conflito na arena política, sinalizando aos formuladores se o ambiente é favorável ou não a propostas. Adicionalmente a esses fatores, as mudanças dentro do governo também influenciam muito a agenda, tanto de pessoas em posições estratégicas e de chefias de órgãos e empresas públicas, como na composição do Congresso. Kingdon (2003) chama especial atenção para o início de governos, considerado por ele como o momento mais propício a mudanças e à entrada de demandas que permaneceram por um longo tempo sem uma resposta.

O clima nacional, para além de refletir a maneira como as pessoas do país estão pensando, precisa ser acompanhado porque muda de tempos em tempos, ocasionando importantes alterações na composição política e das políticas públicas. É, porém, muito difícil medir precisamente a disposição nacional, o que leva a uma percepção baseada em dados de diversas fontes. Nesse caso, a mídia e os movimentos sociais representam um papel importante por mobilizar e vocalizar demandas de diferentes grupos sociais.

As forças políticas, por sua vez, são mais frequentemente acompanhadas pelos políticos eleitos, que analisam a posição dessas forças políticas organizadas, reagindo de diferentes maneiras segundo o consenso ou o conflito existente. Kingdon (2003) afirma que, havendo consenso, os políticos tendem a seguir a mesma posição daquele grupo. Porém, numa situação de conflito, esses indivíduos, em geral, avaliam o balanço de forças que defende cada lado, decidindo-se sobre sua própria posição em função da intensidade da comunicação de cada parte, bem como dos recursos que cada grupo dispõe.

O último componente do fluxo político é o governo, em que tanto mudanças no poder executivo, quanto no legislativo podem gerar importantes mudanças na agenda de políticas públicas. Kingdon (2003) afirma que a mudança de pessoal de uma determinada área é responsável por um dramático impacto na agenda de políticas públicas daquela área.

1.2 Os atores no processo político

Os atores que atuam e, grosso modo, desenham as políticas públicas podem ser individuais ou coletivos e públicos ou privados. Os atores privados são aqueles que têm o poder para influenciar o governo por meio da pressão em torno de ações; os atores públicos são aqueles que, de fato, têm o poder de decidir políticas (RODRIGUES, 2010). No modelo dos múltiplos fluxos, os atores de uma política pública dividem-se entre os governamentais e os não governamentais. Entre os atores governamentais, inclui-se o Presidente, seu *staff* e indicados, e os servidores de carreira. O Presidente exerce um papel dominante na formação

da agenda, quando explicita uma prioridade, porque faz com que o assunto tome mais tempo e energia do que se tivesse ingressado na agenda de outra forma. Isso se explica pelos recursos que o Presidente dispõe como a visibilidade pública, o poder de veto e de fazer indicações e pela unicidade do Executivo, que mesmo não sendo absoluta, é muito maior que a existente no Legislativo. Ainda assim, é preciso considerar que a agenda presidencial está sujeita a interferência de eventos externos.

Aos gestores de políticas públicas indicados pelo presidente, ainda que sejam difusores de ideias que não são suas, caberia o papel de “elevar” demandas ao status de políticas públicas. É importante destacar que a posição do Presidente normalmente prevalece, caso seus indicados pensem de forma diferente, até porque há muita rotatividade e descontinuidades desses atores indicados (KINGDON, 2003).

Por sua vez, os servidores de carreira ou burocratas tendem a realizar atividades determinantes para a continuidade das políticas públicas. Embora, muitas vezes, resistam a implementar decisões novas ou a interromper atividades habituais, podem ter um importante papel na especificação de alternativas de uma determinada agenda. Seus principais recursos são a estabilidade no serviço, que permite o desenvolvimento de um conhecimento especializado e as relações que eles estabelecem com grupos de poder como o Congresso e os grupos de pressão (KINGDON, 2003).

O Poder Legislativo, representado em nível federal, por senadores e deputados, é considerado tão importante, quanto a administração, no processo de formulação das políticas públicas. Sua importância está tanto na formação da agenda, quanto na especificação das alternativas. Reconhecendo essa situação, os defensores de mudanças em políticas públicas procuram conhecer os membros do Congresso e antecipar suas posições, para então, ajustar suas propostas para que enfrentem menor dificuldade de aprovação no Legislativo. A importância do Congresso vem principalmente da necessidade de alterar ou criar leis para normatizar políticas públicas, e também pela publicidade que a discussão no Congresso possibilita para as questões. Os congressistas agem, buscando satisfazer seus eleitores, ganhar poder político e defender o que consideram correto. Esses objetivos levam-nos a defender determinadas mudanças na agenda de políticas públicas, normalmente com a incorporação de um elemento distributivo e regionalizado nas agendas (KINGDON, 2003). No caso da esfera Estadual, o Governador e a Câmara Legislativa talvez não tenham tanta influência quanto o Presidente e o Congresso, mas são atores importantes porque também buscam satisfazer seus eleitores e ganhar poder político. Nesse sentido, podem existir alianças entre os atores

nacionais e locais que fortalecem e potencializam questões. Por outro lado, oposições entre atores nacionais e locais podem diminuir a importância de temas em debate.

Ainda no Legislativo, o *staff*, que é o corpo técnico e de assessores do Congresso, possui sua importância, principalmente na formulação de alternativas para as políticas públicas que entram na agenda, além de definir boa parte das formas de encaminhá-las. Assessores de deputados e senadores, em especial, atuando nas comissões do Congresso, constituem um corpo de especialistas que podem dedicar-se a uma matéria específica, da qual possuem conhecimento especializado (KINGDON, 2003).

Entre os atores não governamentais influentes estão os grupos de interesse e os acadêmicos. Algumas questões podem ser consideradas pelo governo, quando grupos de interesse se integram a um debate já existente e esses terão mais peso, quando um tema está para ser votado no Congresso ou na Câmara. O poder de interferir nas eleições é uma função do número de indivíduos que os grupos representam e conseguem mobilizar, além da sua dispersão geográfica e influência (KINGDON, 2003). A coesão é um elemento fundamental, uma vez que os representantes de grupos precisam convencer os demais atores de que são efetivamente representantes de uma coletividade. Em relação aos acadêmicos, o destaque é para a capacidade de influenciar na definição e escolha de alternativas, mais do que na definição da agenda, por se tratar de um grupo especializado em determinadas questões. Seus trabalhos têm mais capacidade de influir no longo prazo, uma vez que no curto prazo os pesquisadores são apenas chamados para discutir temas que estão na agenda, aproveitando estudos já realizados. Contudo, é preciso considerar que muitos setores do governo não confiam, ou não utilizam as recomendações de pesquisadores (KINGOM, 2003; ZAHARIADIS, 2007).

A mídia aparece como um grupo pouco influente no processo de formação de políticas públicas, na pesquisa de Kingdon (2003). A razão para a pouca influência é atribuída ao pouco tempo em que as questões permanecem em pauta na mídia. Normalmente, o que é veiculado são as notícias de cada dia, envolvendo diversas questões, inclusive os efeitos de políticas públicas. Não há, dessa forma, um grande efeito nem na formação da agenda nem na especificação de alternativas. Contudo, é importante considerar a mídia como importante no processo de comunicação de uma determinada questão e para avolumar a adesão a movimentos já iniciados.

Os atores relacionados com o processo eleitoral, como os partidos políticos e as campanhas dos candidatos, também afetam a agenda de políticas públicas. Mesmo não sendo um momento preponderante no processo, as eleições podem trazer novos atores com outros

interesses e direcionamentos ao debate sobre políticas públicas (KINGDON, 2003). As campanhas, por exemplo, podem afetar a agenda por meio das promessas que são feitas para atrair apoiadores, e que depois podem vir a ser cobradas. Kingdon (2003) aponta que, na área da saúde, dá-se mais atenção às campanhas, por normalmente envolver propostas que afetam toda a população. Da mesma forma, coloca-se a importância dos partidos políticos, que apresentam plataformas que podem vir a ser consideradas, ainda que isso não ocorra automaticamente.

Segundo Kingdon (2003), a opinião pública pode ter impacto na agenda de políticas públicas tanto promovendo determinadas propostas, como bloqueando outras, mas há limites para essa influência. O autor conclui que há grupos de atores mais visíveis e grupos escondidos no ciclo das políticas públicas. Os grupos mais visíveis, em função da atenção pública que recebem, são normalmente os políticos dos Poderes Executivo e Legislativo, que costumam ser muito influentes na determinação da agenda de políticas públicas. Por sua vez, os grupos pouco visíveis, ou escondidos, são os especialistas, os acadêmicos e os burocratas, que possuem uma maior importância no processo de especificação das alternativas consideradas para as políticas públicas.

1.3 A janela política unindo os fluxos

A combinação entre problemas-soluções-participantes-escolhas-alternativas (RODRIGUES, 2010: 50) e o meio político favorável ocorre no momento em que Kingdon (2003) denomina como janela de oportunidades⁴ para o governo formatar a agenda pública. Trata-se da oportunidade para os defensores de determinadas propostas apresentarem suas soluções para um determinado problema. Essa janela permanece aberta apenas por um período, fechando-se em seguida, requerendo ação imediata, porque geralmente várias questões competem-se para entrar na agenda de decisões governamentais, que é composta por uma pequena lista de itens. Os limites para a entrada dessas questões na agenda decorrem de considerações estratégicas feitas pelos atores e, também, por restrições lógicas decorrentes de outras decisões governamentais.

⁴ Kingdon (2003) faz uma diferenciação entre janelas de problemas e janelas de políticas. Significa dizer que as janelas podem ser abertas a partir de problemas, quando decisores se tornam convencidos da pressão dos problemas e da necessidade de implementar propostas para resolvê-los. Por outro lado, uma janela pode ser aberta pelo meio político, quando políticos buscam propostas que podem servir para sua reeleição ou outro fato. Nos dois casos, é no meio político que as propostas serão debatidas, deliberadas e adotadas.

A forma de ingresso de propostas na agenda governamental, ou seja, a ocorrência de janela de políticas públicas é afetada basicamente por mudanças políticas ou por problemas. É importante considerar que existem fatos objetivos determinando a abertura da janela, mas esse processo também é definido pela percepção dos atores envolvidos. Por outro lado, o fechamento das janelas ocorre pela tomada de alguma decisão sobre a questão em debate, pelo fracasso em buscar uma solução, pela perda de visibilidade da questão, por mudanças do pessoal envolvido no tema ou, simplesmente, por não haver uma alternativa de ação disponível (KINGDON, 2003).

Os atores que exercem um papel fundamental na integração dos fluxos são os empreendedores de políticas públicas. Esses atores podem ser encontrados em diversos locais, dentro ou fora do governo, e detêm algumas características básicas: possuem capacidade para se fazerem ouvir, para fazerem conexões políticas e para negociarem, além de serem persistentes. Esses empreendedores precisam estar sempre prontos para agir, quando surge a janela, apresentando propostas e integrando os fluxos. Em relação ao papel exercido por esses empreendedores na junção dos fluxos, Kingdon (2003) apresenta algumas implicações:

a) as janelas se abrem por causa de uma série de fatores que estão além do reinado de empreendedores individuais, mas são esses indivíduos que têm a capacidade de perceber a oportunidade;

b) a atuação dos empreendedores, na junção dos fluxos, acontece em diferentes caminhos: ao defenderem suas propostas como no processo de sensibilização do meio político para uma determinada ideia, questão ou problema e, ao atuarem como articuladores e negociadores entre pessoas e propostas. Algumas vezes as duas atividades são combinadas no mesmo sujeito. Outras vezes, os empreendedores especializam-se, podendo transitar entre apresentar posições extremas em um momento e negociar compromissos em outro;

c) de forma livre, os empreendedores promovem criatividade ao deixarem metas suficientemente vagas de forma a possibilitar inovações e novas ideias;

d) os empreendedores são pessoas atentas, que antevêm a abertura de janelas de oportunidades e mobilizam-se no momento certo.

A abertura da agenda governamental, para novos itens, aparenta ser maior nos primeiros anos de uma nova administração. Existem, portanto, ciclos em que a agenda se retrai ou se expande. Um ciclo muito bem definido é o do orçamento anual, que constitui uma oportunidade para debater os programas existentes e a necessidade de novos.

O surgimento de uma janela de políticas públicas, em determinada área, frequentemente contribui para a abertura de oportunidades para que questões correlatas

também entrem na agenda, produzindo efeitos de transbordamento. Esse efeito ocorre porque as mudanças podem estabelecer novos princípios de ação, que possibilitam aos empreendedores de políticas públicas buscarem os mesmos benefícios obtidos por aqueles que já empreenderam em situações semelhantes. De qualquer forma, a possibilidade de “copiar” um determinado tipo de ação, só ocorre enquanto houver uma janela de políticas públicas aberta, o que não dura muito tempo, pois logo se estruturam críticas ao primeiro tipo de mudança realizada.

Uma janela de oportunidade política pode fechar-se porque os atores focalizaram demasiadamente o problema ou impuseram barreiras sobre o assunto; porque o evento que incitou a abertura da janela, saiu de cena como nos casos de crises políticas de curta duração, de “lua de mel” de uma nova administração, de mudança de pessoal do governo ou de pessoas em posições-chave; ou porque não há alternativas disponíveis para serem apresentadas (KINGDON, 2003). Portanto, há necessidade de propostas trabalhadas, discutidas e detalhadas para serem apresentadas, quando as janelas forem abertas. Se a janela passar sem ação, poderá não abrir mais, por um longo tempo.

Kingdon (2003) refere que algumas características definem uma janela política, tais como a mudança de administração, uma renovação ou um iminente colapso na economia, mas janelas existem na percepção dos participantes, os quais percebem a presença ou a ausência, estimam a probabilidade de ocorrência futura e, algumas vezes, subestimam ou deixam de perceber. Mesmo pessoas qualificadas e educadas podem discordar se uma janela está ou será aberta dada a complexidade e a opacidade da questão.

Em síntese, o modelo de Kingdon tem como categorias principais, os problemas, as soluções e propostas e o fluxo político que, quando unidos pela atuação de atores coletivos, ou individuais, criam ou aproveitam janelas de oportunidades de políticas públicas. Essas categorias estão resumidas no Quadro 1.

Quadro 1 – Síntese das categorias do modelo dos múltiplos fluxos

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

Fonte: Capella, 2007 (Adaptado).

1.4 O modelo de Kingdon na área de saúde

O exame dos estudos que aplicaram o modelo dos múltiplos fluxos, na área da saúde, limitou-se à identificação de estudos disponíveis nos bancos de dados ProQuest, CAPES e SCIELO, publicados nos últimos 15 anos, em inglês, português e espanhol. Foram encontradas 4 teses de doutorado, 6 artigos e 1 dissertação (Quadro 2). Foram excluídos uma tese e dois artigos por não se tratarem da área de saúde ou por não detalharem o método. Na análise dessas publicações, buscaram-se as reflexões sobre o uso do modelo e seus potenciais e limites, excluindo-se o detalhamento das demais informações sobre os resultados dos estudos, salvo nos casos em que esses foram necessários para compreender os potenciais e limites da teoria de Kingdon (2003).

Quadro 2 – Síntese dos estudos sobre políticas de saúde com aplicação do modelo de Kingdon, publicados nos últimos 15 anos

<i>AUTORES</i>	<i>OBJETOS</i>
McEldowney (1994)	Examina as grandes deliberações públicas que ocorreram durante o período de um século nos sistemas de saúde dos EUA e da Grã-Bretanha.
Petchey <i>et al.</i> (2008)	Estudaram a relação entre política central e implementação local no contexto da criação de fundos lotéricos para desenvolver sistemas comunitários de cuidados com câncer no Reino Unido.
Exworthy <i>et al.</i> (2002)	Buscam explicar como as questões referentes às desigualdades em saúde conseguiram entrar na agenda política nacional e local e criar oportunidades para a efetiva implementação de ações.
Mannheimer, Lehto e Östlin (2007)	Analisaram a formação da agenda, a formulação, o início e a implementação da política pública intersetorial de saúde, seu impacto nos níveis local e nacional, no município de Estocolmo, na Suécia.
L H Ho (2002)	Estudou o processo de <i>agenda setting</i> para a regulação do trabalho dos médicos tradicionais chineses em Hong Kong.
Onieal (2005)	Examinou as perspectivas governamentais, comunitárias e dos provedores de serviços (profissionais de saúde) a respeito do fechamento do Waltham Hospital em Massachusetts, em 2003.
Mitchell (1998)	Analisou o processo de decisão política de Rudolf Giulianis, que o levou à privatização dos hospitais municipais de Nova York, durante sua gestão como prefeito daquela cidade.
Monteiro (2006)	Analisou os processos de formulação e de implementação do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS, compreendidos entre os anos de 1980 e 2006, identificando a correlação de forças e a articulação entre os atores do Estado e da sociedade civil.
Ferrerazi (2007)	Analisa a reforma da legislação relativa ao terceiro setor no Brasil, na década de 90.
Tieman e Burke (2002)	Analisam a política habitacional da Austrália, na década de 90.
Machado (2006)	Identifica e analisa as políticas prioritizadas pelo Ministério da Saúde brasileiro, entre 1990 e 2002, considerando a relação entre as agendas de reforma que repercutem na saúde e na inserção da política setorial no projeto governamental. Usa o conceito de Kingdon sobre agenda do governo.

Fonte: Göttems, 2010.

A aplicação do modelo de Kingdon (2003) na análise de políticas de saúde tem maior frequência na literatura internacional (MCELDOWNEY, 1994; PETCHEY *et al.*, 2008; EXWORTHY *et al.*, 2002; MANNHEIMER, LEHTO e ÖSTLIN, 2007; L. H. Ho, 2002; ONIEAL, 2005; MITCHELL, 1998), comparando-se com a nacional (MONTEIRO, 2006 e MACHADO, 2006). Em relação ao objeto estudado, observaram-se variações de amplitude, que abrangem as grandes deliberações públicas sobre os sistemas de saúde nos Estados Unidos da América e na Grã-Bretanha (MCELDOWNEY, 1994), a dimensão vertical das políticas de saúde e as relações entre níveis do governo e, desse com a sociedade civil (PETCHEY *et al.*, 2008; EXWORTHY *et al.*, 2002; MANNHEIMER, LEHTO e ÖSTLIN, 2007). É interessante observar que, o modelo estende-se, inclusive, para a análise, da formação da agenda, da formulação, do início e da implantação da política pública intersetorial de saúde até o impacto nos níveis local e nacional (EXWORTHY *et al.*, 2002). O modelo tem sido aplicado também para estudar agendas internas do setor saúde, tais como a regulação do trabalho dos médicos tradicionais chineses em Hong Kong (L H Ho, 2002) e a repercussão das agendas de reformas do Estado brasileiro, e sua influência na política de saúde (MONTEIRO, 2006 e MACHADO, 2006). Em todos os estudos, o governo e suas decisões figuraram como questões centrais, excetuando-se aqueles que se debruçaram sobre a questão da privatização (ONIEAL, 2005; MITCHELL, 1998). Em relação à dimensão temporal das pesquisas, observaram-se análises de processos políticos, que perduraram por um século (MCELDOWNEY, 1994), décadas (ONIEAL, 2005; MITCHELL, 1998; MONTEIRO, 2006; MACHADO, 2006) e outros, cuja categoria tempo não figurou como elemento fundamental na compreensão das mudanças nas políticas públicas.

McEldowney (1994) aplicou a teoria de Kingdon (2003) sobre a formação de agenda, estendendo-a em diferentes caminhos: desenvolveu um estudo comparativo em que mostra que a teoria de Kingdon é válida em sistemas políticos fora dos Estados Unidos da América; refinou a teoria, enfatizando sua aplicabilidade para um período prolongado, por aproximadamente um século de uma política de uma única área e demonstrou que o modelo de *agenda-setting*⁵ pode ser usado para examinar interações contemporâneas das nações. Em sua tese, examinou as deliberações públicas que ocorreram durante um período de um século nos sistemas de saúde dos EUA e da Grã-Bretanha, buscando esclarecer como questões foram desenvolvidas e porque conseguiram, ou não, ser resolvidas, e assim, obter um melhor entendimento dos processos políticos e das forças que o influenciaram em ambos os países.

⁵ Formação da agenda.

O referido estudo baseou-se na análise de registros públicos e documentos, entrevistas com funcionários legislativos, reportagens sobre os assuntos na imprensa e notícias da mídia, assim como na análise histórica. Em relação aos sistemas de saúde, a autora refere que a trajetória do sistema dos EUA começou com a convergência de dois temas: negócios e governo. O governo não poderia manter suas despesas correntes com os cuidados de saúde e não visualizava um fim nos crescentes custos com a prestação de cuidados. Essas foram as duas primeiras ideias-força que proveram o ímpeto para a quarta tentativa de se estabelecer um sistema nacional de saúde no governo de Bill Clinton. Contudo, a convergência dos três fluxos políticos logo foi inviabilizada pelo conflito de interesses e pela desinformação. As forças das ideias originais perderam-se nos numerosos planos de reforma do setor saúde e brigas entre partidos e partidários emergiram, impedindo a união dos três fluxos. Por outro lado, a reforma britânica do setor saúde teve trajetória curta e consolidada. A proposta foi de Thatcher e seguiu o caminho de uma janela política já aberta; teve origem dentro do mais alto escalão do governo e foi rapidamente seguida por uma campanha política que permitiu pouco espaço para dissenso ou soluções alternativas e foi facilitado pelo sentimento de antigoverno, que existia no âmbito da provisão de serviços. A administração competitiva teve sabor de um livre sistema de mercado, ainda com controle legislativo de programas centralizados. Foi uma medida que marcou uma firme ruptura com o passado e conduziu a Grã-Bretanha a uma nova era, em termos de processo político.

McEldowney (1994) relatou que o uso da teoria de Kingdon (2003) possibilitou considerar as influências políticas e ideológicas nas décadas de 80 e 90, evidenciando como uma nova administração pode sinalizar a abertura de uma janela política, cujo exemplo foram as eleições de Margaret Thatcher e de Bill Clinton. Segundo McEldowney, o modelo também contribuiu para explicar melhor a importância dos indicadores econômicos e sociais para incitarem ações de governo. Tanto no governo dos EUA, quanto no da Grã-Bretanha, os fatores-chave que levaram a saúde para a agenda governamental foram o comprometimento orçamentário e financeiro, cada vez mais elevado com os custos dos cuidados com a saúde, as mudanças demográficas e tecnológicas, assim como com os avanços da ciência e com o envelhecimento da população.

Um ponto curioso, destacado por McEldowney (1994), refere-se ao Plano apresentado por Alain Enthouven de “competição gerenciada” para a saúde, que foi aplaudido pelos dois países. Contudo, as duas nações posicionaram-se em lados opostos no espectro ideológico. McEldowney (1994) usa esse exemplo para apontar uma limitação no modelo dos múltiplos fluxos, quando usado em estudos comparativos: não há um conceito para essa associação, ou

seja, o de que a mesma solução possa ser empregada para resolver problemas em sistemas completamente diferentes. McEldowney (1994) também afirma que não há, no modelo, formas de iluminar o impacto no processo político de governos divididos, situações em que é muito fácil obstruir a iniciativa governamental, uma vez que interesses externos têm grande acesso aos legisladores e formuladores de políticas. Acrescenta, ainda, que a comunicação foi outra área pouco desenvolvida no modelo dos múltiplos fluxos e apareceu muito fortemente nos dois casos analisados, constituindo-se em uma diferença importante entre a condução das reformas nos dois países, em favor da Grã-Bretanha.

Petchey *et al.* (2008), em um estudo sobre a criação de fundos lotéricos, para desenvolver sistemas comunitários de cuidados com o câncer no Reino Unido – aplicando o modelo de Kingdon (2003), que denominou de janelas políticas – examinaram a relação entre o fundo lotérico e o governo central; o fundo e os projetos de cuidados com o câncer, e a relação entre esses projetos e os aspectos econômicos da implantação local. Segundo Petchey *et al.* (2008), o impacto dos fundos lotéricos no financiamento de projetos de apoio e cuidado a pessoas com câncer contribuiu, significativamente, para enriquecer e diversificar a provisão de serviços nessa área e priorizar necessidades de populações, antes, ignoradas ou subcobertas por serviços. Mais de 80% dos projetos (Petchey *et al.*, 2008) tiveram sua condução considerada com êxito, o que lhes permitiu existir depois que o financiamento, por meio de fundos lotéricos, acabou. O financiamento só teria futuro se as organizações apresentassem evidências do valor dos serviços que prestavam, o que significa que o resultado foi muito bom. Credita-se aos empreendedores políticos locais, grande parte desse êxito pela capacidade de unir os três fluxos de problemas, ambiente político e soluções (Petchey *et al.*, 2008). Com isso, esses empreendedores produziram inovações que foram, posteriormente, incorporadas à política nacional. Para Petchey *et al.* (2008), o bom desempenho desses empreendedores deu-se pelo bom relacionamento com o nível nacional, pelas inovações e criatividade locais, e por não haver colisão entre expectativas nacionais e locais. Petchey *et al.* (2008), em suas conclusões, salientam que há certa independência na atuação dos empreendedores locais, e evidenciam a importância desses empreendedores, para o sucesso da implantação de políticas descentralizadas.

Exworthy *et al.* (2002) aplicam o modelo dos múltiplos fluxos para explicar como as questões referentes às desigualdades em saúde conseguiram entrar na agenda política nacional e local e criar oportunidades de ações. O estudo possibilitou aprofundar a análise dos empreendedores locais e da abertura de janelas de oportunidade, em diferentes níveis de governo. Exworthy *et al.* (2002) consideraram que a atuação dos empreendedores políticos

locais era influenciada pela ausência de articulação governamental no nível nacional, assim como pelas constantes mudanças nos imperativos políticos que, por vezes, voltavam-se mais para objetivos de desempenho em curto prazo (redução da lista de espera por cirurgias eletivas), do que para ações de longo prazo. Tal fato implicava o fechamento da janela política no nível nacional. A dimensão vertical das políticas foi problematizada nas relações entre os níveis de governo (EXWORTHY *et al.*, 2002), especialmente no que se refere à possibilidade de reinterpretação local das diretrizes nacionais e da capacidade de acompanhamento do nível central.

Exworthy *et al.* (2002) concluíram que os fluxos nacionais e locais, sobre o assunto desigualdades em saúde foram unidos e mantidos com grandes esforços, implicando a descentralização das políticas: as janelas devem abrir-se nos dois níveis de governo. Enquanto essas janelas foram mantidas abertas, por períodos suficientemente longos, o tema representou questão significativa. Nesse estudo, Exworthy *et al.* (2002) sinalizam que, na relação entre diferentes níveis de governos, as prioridades da agenda nacional competem, significativamente, com as prioridades da agenda local.

Os problemas podem ser interpretados e enfrentados de forma diferente, entre os níveis de governo, ou os atores locais podem não identificar a devida retaguarda que assegure a realização das ações. É necessário, portanto, alinhar perspectivas *top-down* e *bottom-up*, na implementação, para compreender as diferentes características entre as janelas nacionais e as locais e averiguar a posição do problema, ou questão em cada agenda política. Por fim, Exworthy *et al.* (2002) relatam, também, que os resultados locais estão fortemente relacionados à atuação dos empreendedores políticos e às características das redes políticas locais, que influenciam na força de cada um dos fluxos e no seu grau de confluência.

Petchey *et al.* (2008) e Exworthy *et al.* (2002) extrapolaram e demonstraram que o modelo das análises dos processos políticos nacionais é aplicado, igualmente bem, no estudo de políticas no nível local e, argumentaram que a existência de prioridades nacionais não garante ação local, porque as prioridades são mediadas por diferentes expectativas nacionais e locais (EXWORTHY *et al.* 2002); que é necessária a questão (ou problema) aparecer na agenda política de ambos os níveis de governo para que a implementação de ações possa ocorrer (PETCHEY *et al.*, 2008); que as relações intergovernamentais são dinâmicas e as diferentes expectativas locais e nacionais podem colidir-se; que tanto no nível nacional, como local, os empreendedores políticos desempenham um papel importante (PETCHEY *et al.*, 2008). Além disso, ambos demonstram que o alinhamento de janelas políticas entre os dois níveis de governo é problemático porque podem ser abertas de forma independente.

Mannheimer, Lehto e Östlin (2007) analisaram a formação da agenda, a formulação, o início e a implementação da política pública intersetorial de saúde, seu impacto nos níveis local e nacional, no município de Estocolmo, na Suécia. O desenho metodológico foi norteado pela questão “como uma janela de oportunidade pode ser aberta para uma política pública e intersetorial de saúde a despeito da baixa prioridade política dada a esta questão?”. As categorias do estudo foram o conteúdo, os atores, o processo e o contexto de formulação da política, assim como a composição da agenda, a iniciação da política, a formulação e a implementação. Os resultados possibilitaram identificar que havia relação entre a política de saúde da Suécia e o contexto internacional; que o processo de mudança foi mais tecnicamente orientado no nível nacional e, politicamente, orientado no nível local; que os interesses na proposta evoluíram ao longo de uma década para, finalmente, ser aprovados com apoio técnico, político e financeiro para sua operacionalização.

Mannheimer, Lehto e Östlin (2007) usaram conceitos de *high politics*⁶ ou macropolítica, referindo-se a questões politicamente priorizadas, que são identificadas entre as principais preocupações para todas as áreas e setores, e estão no foco da coordenação política e orçamentária por atores como Ministros e, ou Secretários da Fazenda, do Tesouro – entre outros – mais próximos do centro das decisões. Em contraste, Mannheimer, Lehto e Östlin (2007) definiram como *low politics*⁷, ou micropolítica, as questões para as quais é dado, relativamente, pouco peso na coordenação global das políticas e, nesse sentido, salientaram um argumento apontado por Kingdon (1995) de que, embora a saúde apareça como universalmente importante no setor público, a saúde pública, como uma questão extensiva ao sistema de cuidados em saúde, raramente aparece entre as questões da alta ou macropolítica.

A regulação do trabalho dos médicos tradicionais chineses, em Hong Kong, é investigada por L. H. Ho (2002). As questões que subsidiaram a análise foram: quais foram os catalisadores da mudança? Por que aconteceu, naquele momento, em particular? Quem foram os envolvidos? Como as questões ascenderam para a agenda do governo e, então, para a agenda de decisões? L. H. Ho (2002) aprofunda diferenças conceituais entre agenda sistêmica, institucional e de governo. A agenda sistêmica é composta por questões em que membros da comunidade política consideram merecedora de atenção pública, enquanto a agenda institucional conteria itens explícitos, nos quais o governo está envolvido (L. H. Ho, 2002). A diferença entre agenda governamental e institucional, no entanto, está baseada em Kingdon

⁶ Macropolíticas

⁷ Micropolíticas

(1995), que afirma que a agenda governamental inclui assuntos em que pessoas ao redor do governo estão prestando especial atenção e a agenda de decisão refere-se aos movimentos em direção a algumas decisões autorizadas. Em resumo, os estudos em relação à *agenda-setting* considerariam como uma questão que se desloca do cotidiano para a agenda governamental e, finalmente, para a agenda de decisão.

L. H. Ho (2002), em sua estrutura de análise, seguiu os três fluxos com algumas subcategorias. No fluxo político, o autor destacou como fatores-chave a atitude do governo Chinês e da população da cidade de Hong Kong, dos médicos tradicionais chineses, dos médicos ocidentais e do público como um todo. No fluxo de problemas da agenda, o mais visível eram os casos de intoxicação provocados pelas práticas dos médicos tradicionais chineses que, por vezes, envenenavam as pessoas devido ao uso de medicamentos adulterados ou fraudados, ou às más práticas. Não houve nenhuma regulação sobre essa prática por mais de 150 anos. No fluxo das soluções, foram apresentadas três propostas: o estabelecimento de um estatuto regulatório para os médicos tradicionais chineses; a regulação das práticas desses médicos, com a exigência de registro dos profissionais existentes e a regulação de medicamentos, tanto no processo de manufatura quanto de comercialização. No fluxo das propostas, destacaram-se como empreendedores políticos os praticantes da medicina tradicional chinesa, os médicos ocidentais e o governo.

A janela política foi possibilitada pelo enfraquecimento do governo, na formulação de políticas, que permitiu que a questão alçasse a agenda governamental (L. H. Ho, 2002). Em relação ao modelo de Kingdon (2003), o estudo de L. H. Ho (2002) focalizou o processo de formação da agenda e a participação dos atores, explorando, também, as relações entre governos não democráticos.

Onieal (2005) e Mitchell (1998) analisam o fenômeno da privatização de serviços de saúde nos Estados Unidos da América. Embora o estudo de Onieal (2005) não tenha aplicado, integralmente, o modelo dos múltiplos fluxos, constitui exemplo de combinação de construtos teóricos para estudos de caso. Onieal (2005) examinou as perspectivas governamentais, comunitárias e dos provedores de serviços (profissionais de saúde) do fechamento do Waltham Hospital em Massachusetts, em 2003, norteando-se por duas questões: 1ª) quais foram as perspectivas governamentais, comunitárias e dos prestadores de serviços de saúde, sobre o fechamento do hospital?; 2ª) qual foi a percepção da população, do impacto do fechamento do hospital no acesso aos serviços de saúde? O arcabouço do estudo foi composto por três estruturas teóricas: o modelo conceitual de enfermagem e a política de saúde

(*Conceptual Modelo of Nursing and Health Policy – CMNHP*), os modelos de Kingdon (1995) e de Stone (1997) de formulação de política pública (ONIEL, 2005).

O modelo de Kingdon (2003) subsidiou a identificação dos informantes-chave do processo. O modelo de Stone (1997)⁸, por outro lado, foi aplicado para analisar o processo político e segundo Oniel (2005) ampliou o modelo de Kingdon (2003), provendo meios para discutir as metas e os valores da política, na perspectiva da comunidade do Waltham Hospital. O modelo de Stone (1997) estabelece três componentes para a formação racional de uma política pública – o modelo argumentativo, o modelo de sociedade e o modelo de formação de política. Segundo o modelo de Stone (1997), a tomada de decisão política envolve uma série de passos bem definidos em uma perspectiva racional. Por fim, o modelo de Fawcett e Russell (2001), estruturou a análise da relação entre políticas de saúde e enfermagem⁹.

Por outro lado, no seu estudo de caso, Mitchell (1998) analisou o processo de decisão política que levou Rudolf Giulianis à privatização dos hospitais municipais de Nova York, durante sua gestão como prefeito daquela cidade.

Mitchell (1998) investigou como a convicção de Giulianis, no arcabouço teórico de Osborne e Gaebler (1994), sobre o “reinventando o governo”¹⁰ levou-o a decidir que a privatização do New York City Health and Hospital Corporation (HHC) seria a melhor solução para os problemas daquela rede hospitalar pública, a maior dos Estados Unidos da América. A pesquisa realiza tanto uma análise em profundidade, dos fatores que levaram Giulianis a tomar essa decisão, bem como das forças políticas que influenciaram o curso das ações. A análise foi guiada pelo modelo de Kingdon (2003) e Birkland (1997). Houve confluência entre um contexto nos EUA, em que era forte a ideia de governo como um negócio (Mitchell, 1998), cujas raízes são remetidas à perspectiva de “reinvenção do

⁸ Stone (1997) concebe o processo de formulação de políticas de forma linear, por meio do qual uma questão chega à agenda, o problema é definido e uma solução é apresentada e implementada.

⁹ O modelo de Fawcett e Russell (2001) é composto por cinco níveis: o primeiro examina a prática de enfermagem, e tem como foco a relação entre a enfermagem e a política de saúde, relativa à capacidade de identificação, de priorização, de planejamento, de implementação e de avaliação de práticas de saúde; no nível dois, examina o sistema de prestação de serviços, com foco na administração dos serviços de saúde; no nível três considera que há subsistemas de cuidados de saúde dentro de um sistema maior, buscando a integração entre as práticas assistenciais e as administrativas. O nível quatro direciona a atenção para o acesso ao sistema de cuidados em saúde em um ambiente geopolítico, verificando-se a produção de equidade de acesso, a distribuição de custos e benefícios está presente no sistema de cuidados. Por fim, o nível cinco relaciona as práticas assistenciais e administrativas ao mundo da saúde, identificando a coerência daquelas com a promoção da justiça social. O modelo, portanto, provê um conjunto de dimensões de análise do sistema de cuidados de enfermagem em uma organização de saúde.

¹⁰ Em *Reinventando o Governo*, Osborne e Gaebler (1994) exploram a ideia do governo empreendedor. Assim, reinventar significa adequação à era da informação, ao desenvolvimento da capacidade criativa e inovadora para enfrentar as limitações impostas pela forte cultura burocrática dominante.

governo” de Osborne e Gaebler (1993)¹¹. A proposta de privatização da rede hospitalar também foi ambientada na ideia de governança, por meio da qual o governo coordena e confia nos mecanismos de mercado para o alcance de metas coletivas.

A abertura de uma janela política para a privatização da rede hospitalar, nos Estados Unidos, foi fruto da convergência de uma longa história de sensibilização da ideia de privatização como uma tendência nacional e para uma nova concepção de governo. Essas ideias foram conjugadas aos eventos políticos nacionais e locais, em torno dos históricos problemas da rede hospitalar de Nova York, que incluíam déficit financeiro, baixa qualidade nos serviços prestados, malversação de recursos públicos, descuido no pagamento dos impostos, entre outros, mais a atuação de um importante empreendedor político que era o próprio prefeito recém-eleito.

O modelo dos múltiplos fluxos permitiu verificar porque, e como, a proposta de privatização do HHC foi para a agenda e foi possível ser realizada (MITCHELL, 1998: 213). Destaca-se que o modelo de Kingdon (2003) foi complementado pela noção de eventos focalizados de Birkland (1997), que enfatiza a influência de desastres na formação da agenda e no processo político. Mitchell (1998) também analisa se a ideia de privatização foi “trazida pelo tempo” como fruto de mudanças na concepção nacional sobre o governo e eventos políticos localizados em relação ao próprio HHC.

No Brasil, Monteiro (2006) analisa os processos de formulação e de implementação do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS, compreendidos entre os anos de 1980 e 2006 e identifica a correlação de forças e articulação entre os atores do Estado e da sociedade civil. Para tanto, Monteiro (2006) reconstituiu os fundamentos e os critérios políticos presentes nos processos decisórios, na formulação e na institucionalização do programa, a partir da demanda de grupos organizados da sociedade civil e do Estado; pautou-se nas relações entre o Estado e a Sociedade Civil, em contextos específicos; em conceitos de análises de políticas públicas; no processo histórico da política de saúde no Brasil; no modelo de Kingdon (2003) sobre a inserção de um tema na agenda pública e especificação de alternativas, bem como na estrutura narrativa de Abbott (2001 *apud* MONTEIRO, 2006: 23), como apoio para o modelo. Os resultados demonstram a complexidade do processo de formulação de políticas de saúde no Brasil, assim como apresentam a dinâmica das inter-

¹¹ Na história da privatização, nos Estados Unidos da América, há duas grandes formas de privatização: a concepção de Ronald Reagan, que concebe a privatização como a transferência de funções e de responsabilidades do estado para o setor privado e a de Osborne e Gaebler (1993) que propõe que o setor privado seja mobilizado para servir o setor público, financiado com recursos públicos quando tratar-se de serviços de interesse público, devendo haver transparência e prestação de contas pela entidade privada, ao governo (Mitchell, 1998: 222).

relações dos atores na formulação e na implementação de políticas públicas. Monteiro (2006), conclui que o movimento social pode ser um ator relevante para a formulação de políticas públicas, quando tem como interesse maior a contribuição para o debate e, quando encontra um parceiro no setor governamental aberto às discussões e às sugestões, fenômeno observado na formulação do Programa de DST e AIDS.

A aplicação do modelo de Kingdon (2003), associada à estrutura narrativa possibilitou reconstruir o processo político de inserção do tema na agenda, identificar os atores e a dinâmica da formulação da política. Embora não tenha havido aprofundamento das categorias analíticas próprias, o modelo foi fundamental para responder como o tema HIV/AIDS entrou na agenda governamental, quais foram os fatores econômicos, sociais e políticos que determinaram a inserção desse tema na agenda, e examinar como se dá o processo de formulação de políticas públicas, que tem como *locus* o Estado.

Ainda, no contexto brasileiro, Machado (2006) aplicou o conceito de agenda de Kingdon (2003) para identificar e analisar as políticas priorizadas pelo Ministério da Saúde brasileiro, entre 1990 e 2002, considerando a relação entre as agendas de reforma que repercutiram na saúde e a inserção da política setorial no projeto governamental. Para o mapeamento das prioridades do Ministério da Saúde, Machado (2006) partiu da definição de Kingdon (2003), segundo a qual “agenda” são temas que, em dado momento, mobilizam fortemente a atenção dos dirigentes governamentais e de indivíduos fora do governo ligados a esses dirigentes. As estratégias metodológicas usadas por Machado (2006) foram: a) realização de 23 entrevistas semi-estruturadas com atores envolvidos na condução da política nacional de saúde no período, e abrangeu seis ministros da saúde, sete outros dirigentes do primeiro escalão do Ministério, três técnicos federais, cinco gestores de outras esferas de governo e dois representantes do Conselho Nacional de Saúde; b) análise documental; c) análise da evolução da execução orçamentária do Ministério da Saúde e d) análise de sistemas de informações em saúde.

Para a identificação das principais prioridades do Ministério da Saúde, no período estudado, foram valorizados os seguintes critérios: continuidade ao longo de várias gestões ministeriais; destaque no discurso dos dirigentes entrevistados; capacidade de mobilização do ministro e de dirigentes de primeiro escalão com maior poder decisório e repercussão significativa no financiamento da saúde. As políticas que reuniram os atributos foram a descentralização, o Programa de Saúde da Família (PSF) e a política de combate à AIDS. Tais políticas têm natureza e escopos distintos, como explica Machado:

A descentralização é uma diretriz de reforma do Estado; o Programa de Saúde da Família se configura como uma estratégia nacional de reformulação do modelo de atenção a partir da atenção básica, de indução federal e implantação descentralizada; e a política de combate à AIDS se volta para o controle de um problema de saúde específico na população e para a atenção às pessoas por ele acometidas, sob forte comando nacional no período estudado (2006: 44-45).

Depois da identificação dessas políticas prioritárias, Machado (2006) analisou-as, buscando responder a “O que fez com que tais políticas convivessem na agenda principal do Ministério da Saúde? E o que sugere a sua priorização em termos da ação federal?”. Os achados indicam que os principais motivos que favoreceram a entrada e a continuidade dessas políticas na agenda da autoridade sanitária nacional foram a confluência de diferentes agendas reformistas, a constituição de uma base social de apoio, a formação de grupos técnicos sólidos no Ministério da Saúde e o caráter atrativo como marca de governo ou de gestão ministerial.

Sem a pretensão de aprofundar e discutir esse estudo, cabe ressaltar que sua construção exemplifica a aplicabilidade de conceitos e categorias oriundos da teoria de Kingdon (2003), também frequentemente elaborados. Nesse caso, a autora aplica o conceito de agenda governamental, o qual contribuiu para identificar prioridades em um período de tempo de pouco mais de uma década.

1.5 O modelo dos múltiplos fluxos na análise das políticas de saúde: potenciais e críticas

Há consenso de que mudanças nas políticas de saúde são extremamente complexas, por um leque de diversificadas razões, incluindo as peculiaridades do mercado da saúde, o *status* dos profissionais de saúde, os conflitos sobre custos, benefícios e cobertura, o acesso à alta tecnologia e o controle sobre a qualidade de vida, entre outras. Isso torna o contexto atual das políticas de saúde mais permeado pela incerteza e pelo conflito, especialmente, pela influência de valores e grupos de interesses na escolha política e na implantação das práticas; pelo contexto histórico, político, econômico e social e pelo processo de decisão sobre o conteúdo das políticas (WALT e GILSON, 1994). Alguns fatores são considerados relevantes nos insucessos das políticas públicas: objetivos inapropriados, assimetria de informação, risco moral, seleção adversa, externalidades e custos, mercado incompleto ou não existente, falhas na relação entre eficiência e equidade, falhas de comunicação, falhas na monitoração da *performance* da política (SCOTT, 2004).

Essas características implicam a necessidade de abordagens amplas para quaisquer tentativas de compreensão e explicação, que podem justificar a multiplicidade de modelos de análises, que vêm sendo usadas para abordar as políticas de saúde. É nessa perspectiva que se examina o modelo dos múltiplos fluxos de Kingdon (2003) para verificar sua aplicabilidade na análise das políticas de saúde brasileiras.

O modelo de Kingdom (2003), tanto pela amplitude das categorias que o compõem, quanto pela incorporação da ambiguidade nas decisões sobre políticas públicas e valorização da consistência das ideias e propostas, vem se constituindo em uma forma didática de análise da composição da agenda pública, da formação e, até da avaliação das políticas públicas. Esse modelo pode ser adequado ao estudo das políticas de saúde no Brasil, especialmente, dos de natureza política que tratam da racionalidade envolvida na definição de prioridades e de escolha de propostas que atendam às necessidades de saúde da população (COHN, 2008).

Essas análises crescem em relevância, uma vez que as políticas de saúde vêm sendo cada vez mais carregadas de ambivalências e incertezas, fortemente permeadas pela influência de valores e de grupos de interesses na escolha política e na implantação das práticas, assim como pelo contexto histórico, político, econômico e social embutido no processo de decisão sobre o conteúdo das políticas (BAGGOT, 2002; WALT e GILSON, 1994). No caso do setor saúde, no Brasil, além da disputa entre interesses individuais e grupais, há a disputa entre as dimensões técnica e política, nos processos de tomada de decisão, especialmente pela sobreposição da dimensão burocrático-administrativa sobre a política.

Vários elementos do modelo vêm sendo aprofundados e ampliados em estudos de políticas de saúde, como é o caso da sua aplicação no estudo de políticas locais, para análises comparativas; no da participação dos empreendedores políticos ou, no efeito das grandes crises ou desastres no processo de formação da agenda governamental.

Essas produções teóricas sinalizam a contribuição do modelo de Kingdon (2003), seja na versão original ou na ampliada, por Zahariadis (2007), para o exame detalhado da participação dos atores e dos empreendedores na abertura de janelas políticas em diferentes níveis de governo. Para a área de saúde brasileira, relativamente rica em colegiados e fóruns de gestão, o modelo contribui para a análise da atuação de atores, grupos e empreendedores na formação das políticas de saúde, de que forma e quais os recursos de que cada um desses atores, grupos e empreendedores dispõe e utiliza para influenciar a entrada de problemas e propostas na agenda governamental.

As categorias do modelo permitem lidar com a complexidade dos problemas, que extrapolam a interpretação epidemiológica, e com a racionalidade técnica, tais como o

processo de captura da atenção dos atores em diferentes níveis de governo e fóruns; a escolha de alternativas e a competição entre elas, assim como as alianças em torno de sua aprovação; a leitura do contexto político nacional e local e, a identificação e a previsão da abertura da janela política.

Trata-se de uma teoria consistente, que é capaz de sustentar o processo de análise de políticas em diferentes regimes governamentais e dinâmicas de formulação. Do ponto de vista acadêmico, há relevância na aplicação do modelo no estudo de políticas de saúde nacionais e locais e no desenvolvimento de metodologias que potencializem as categorias da teoria. O grande desafio na sua aplicação, dada a amplitude de escopo das categorias, está no caminho metodológico a ser seguido, principalmente, quando se inclui a dimensão temporal dos processos políticos.

As principais críticas ao modelo de Kingdon (2003) estão, também, voltadas para o *garbage can* e, de uma forma geral, referem-se à baixa capacidade preditiva (MUCCIARONI, 1992), à subespecificação das forças causais, à concentração nos fatores situacionais e temporais, à sua ênfase descritiva e às dúvidas sobre o caráter incremental na especificação de alternativas (FERRAREZI, 2007). Entretanto, Ferrarezi (2007) e Zahariadis (2007) narram que essas críticas contribuem muito para enriquecer o modelo, em seus potenciais e limites. É importante ressaltar que na combinação com outros construtos teóricos que deem conta das categorias como tempo e história, caso sejam relevantes para o fenômeno sob estudo, é necessário cuidado em relação à coerência entre as abordagens teóricas e metodológicas.

Para Bonafont (2004), as limitações do modelo dos múltiplos fluxos estão no enfoque nos atores e nas relações interpessoais, deixando à margem o marco institucional em que os atores levam suas ideias a cabo. O próprio Kingdon (2003) já admite que é necessário considerar a influência das instituições no processo de formulação de políticas, embora não tenha realizado mudanças no modelo para a incorporação dessa categoria.

Zahariadis (2007) propôs algumas alterações do modelo, que lhe ampliaram a capacidade explicativa e o alcance, para além dos processos pré-decisórios, estendendo-o a praticamente todo o processo político, incluindo a implementação. Essa mudança parece razoável, uma vez que, nas etapas posteriores à decisão e à escolha de alternativas, a articulação entre os diferentes fluxos e a atuação dos atores, por exemplo, ainda constituem um importante objeto de observação. Além disso, Zahariadis (2007) tem aplicado o modelo no estudo comparativo de políticas em países distintos, que servem para importantes alterações na unidade de análise, extrapolam os estudos sobre as questões que envolvem os governos para investigar, também, as privatizações e sua movimentação no processo decisório

(CAPELLA, 2007; ZAHARIADIS, 2007). A última alteração de Zahariadis foi a sintetização das três categorias: clima nacional, grupos de interesse e mudanças no governo, denominando-as de “ideologia”. Contudo, conforme destaca Capella (2007), o modelo continua focalizando a dinâmica das ideias e considera o desenvolvimento de políticas como uma disputa sobre definições de problemas e geração de alternativas.

Outras críticas, que o modelo vem recebendo, referem-se à fluidez de sua estrutura, à operacionalização (SABATIER, 2007) e ao emprego de abstração muito elevado. Mucciaroni (1992) afirma que essa fluidez não permite previsões de mudanças na agenda e sugere a criação de categorias intermediárias. Kingdon (2003), todavia, admite a necessidade de verificação da existência de condições institucionais que favoreçam as demais categorias.

Em que pesem as críticas, o modelo tem grande potencial para análises de políticas de saúde brasileiras pelas razões acima elencadas e pode constituir uma importante construção teórico-metodológica para o estudo dos condicionantes impostos pela burocracia na implementação de políticas; para a compreensão de como os problemas e as propostas são colocados e retirados da agenda governamental (VIANA e BAPTISTA, 2008), bem como para a compreensão do impacto das relações intergovernamentais na formulação e implantação local de políticas e ações de saúde, entre outras.

CAPITULO 2

O PERCURSO METODOLÓGICO

A análise da política de Atenção Primária à Saúde (APS) desenvolvida no Distrito Federal, norteou-se pela questão “que fatores ligados ao fluxo de problemas, de ideias e ao contexto político explicam o processo de formação da política de atenção primária à saúde no Distrito Federal”?

Assim, optou-se por realizar um estudo de caso único que possibilitasse o rastreamento do processo (*process tracing*)¹² de formação da política (GEORGE e BENNETT, 2004) do tipo narrativa analítica (BARZELAY *et al.*, 2003; 2004), por meio do qual o processo de formação da política de APS, no Distrito Federal, foi reconstituído na forma de uma narrativa analítica e, posteriormente, reinterpretado a partir das categorias do modelo¹³ de Kingdon (2003): os problemas, as propostas ou alternativas, o meio político e a atuação dos atores e empreendedores políticos. Buscou-se identificar o processo de abertura e fechamento das janelas políticas e os fatores que mais contribuíram para essa dinâmica.

Utiliza-se uma abordagem qualitativa, concebida como “aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas” (MINAYO, 2000). Por seu turno, a abordagem qualitativa deriva do pensamento compreensivista e hermenêutico, preocupa-se com a compreensão interpretativa da ação social, que inclui todo o comportamento humano quanto e até onde, em quantidade e extensão, a ação individual lhe atribui um significado subjetivo. Assim considerada, essa abordagem atua, levando em conta a compreensão, a inteligibilidade dos fenômenos sociais, o significado e a intencionalidade que lhe atribuem os atores (MINAYO, 2005) e localizando o observador no mundo. Consiste, pois, em um conjunto de práticas materiais e interpretativas, que dão visibilidade ao mundo e aos indivíduos que nele coexistem (DENZIN e LINCOLN, 2006).

¹² Tradução da autora.

¹³ Adota-se o conceito de modelos como um conjunto de variáveis com finalidade explicativa aplicada (MARTINS, 2003: 29).

2.1 O ESTUDO DE CASO DO TIPO RASTREAMENTO DE PROCESSO NA ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS

O estudo de caso do tipo rastreamento de processo¹⁴ (*process-tracing*) (GEORGE e BENNETT, 2004) tem como objeto o processo de formação de políticas públicas, sendo considerado uma instância de uma classe de eventos ou de um fenômeno de interesse científico escolhido para estudo com o objetivo de gerar conhecimentos, testar teorias, identificar diferenças e semelhanças com outros fenômenos.

No domínio das políticas públicas “o caso” refere-se às circunstâncias em que os eventos envolvem a formação de políticas, os quais poderiam levar a mudança na gestão e, ou na rede de eventos (ou episódios) dentro de um período limitado de tempo (BARZELAY *et al.*, 2003). O “caso”, entendido como, um processo implica em concebê-lo como uma série de eventos por meio do qual a formação da política acontece. Nesse sentido, o estudo de caso trata de um fenômeno bem definido, a partir de um episódio histórico em que o investigador escolhe a classe de eventos para a análise, as teorias que serão utilizadas e os dados a serem coletados (GEORGE e BENNETT, 2004: 17).

O termo processo é definido “como uma sequência de eventos que descrevem como os fenômenos mudam ao longo do tempo” (PETTIGREW, 1997: 338). Significa dizer em que tempo, história, contextos em movimentos e mecanismos estão formatando essa dinâmica. Sobretudo, os processos estão inseridos em um contexto e relacionados a resultados dentro de dimensões temporais, onde outros eventos potencialmente relacionados também estão acontecendo. Uma análise do processo objetiva “explicar o que, porque e o como das relações entre contextos, processos e resultados” (PETTIGREW, 1997: 340). Um estudo de caso qualitativo, com foco no processo, constitui-se então em um esforço de análise teórica em que se considera a inter-relação dos atores, problemas, ideias, soluções, regras e estruturas que constituem as partes de um fenômeno complexo (LEVI, 2003: 2; GAETANI, 2008: 33).

George e Bennet (2004: 147) assinalam que o estudo de caso do tipo *process-tracing* ou *rastreamento de processos*:

a) testa teorias em um mundo marcado pelo efeito de múltiplas interações e em situações em que se tem dificuldade para explicar os resultados com duas ou mais variáveis independentes;

¹⁴ Tradução da autora.

b) permite a busca de mecanismos ou microfundamentos que existem por trás dos fenômenos observados, bem como identifica variáveis empíricas, intervenientes e suas implicações em um caso particular;

c) levanta teorias ou modelos de mecanismos causais que sustentam cada passo de um processo hipotético de construção explicativa e histórica do caso, assim como auxilia na definição do processo que pode ter conduzido a um resultado, e na identificação das causas potenciais do fenômeno;

d) força o investigador a buscar trajetórias alternativas por meio das quais os resultados poderiam ter ocorrido e oferece a possibilidade de mapear uma ou mais trajetórias coerentes com os resultados;

e) pode ser aplicado para explicações tanto de macrofenômenos, na economia, quanto em microprocessos, bem como, pode ser utilizado para se estudar formas complexas de causalidades em que os resultados fluem, a partir da convergência de diferentes condições, variáveis independentes ou de cadeias causais;

f) adicionalmente, aplica-se também ao estudo de casos do tipo dependentes da trajetória (*path-dependence*)¹⁵.

O desafio no uso de estudo de caso *process-tracing* é escolher variáveis coerentes com a natureza do processo causal implicado no fenômeno que está sendo investigado. Contudo, o poder do *process-tracing* volta-se ao teste de teorias e desenvolvimento heurístico de novas hipóteses, em parte pelo retorno às abordagens históricas das ciências sociais e renovados interesses em processos com dependência de trajetória, portanto, subsidiado por uma abordagem construtivista (GEORGE e BENNET (2004: 147))¹⁶.

George e Bennett (2004) assinalam que, em estudo do tipo rastreamento de processo, deve-se deixar claro qual o fenômeno ou tipo de comportamento está sendo singularizado para análise; que estrutura teórica será empregada; que aspectos da teoria serão testados; se o objetivo for identificar efeitos causais ou fazer previsões, a teoria é suficiente ou possibilita somente fazer previsões probabilísticas?

¹⁵ A dependência da trajetória também é definida como uma sequência de escolhas condicionadas por opções anteriores, com tendência a reforçá-las sem que essa consequência seja considerada pelos agentes que tomam a decisão (PIERSON, 2005). A análise, nessa perspectiva, tem as seguintes características: destaca a questão do tempo e a sequência das ações desenvolvidas; admite que consequências importantes possam resultar de eventos relativamente medíocres, insignificantes ou contingentes que influenciam o curso da implementação da política pública; contradiz a argumentação e a explicação das ciências sociais, que associam resultados significativos a inúmeras causas (HELLER, 2006).

¹⁶ O construtivismo social repousa em uma dimensão de irreduzibilidade intersubjetiva da ação humana, carregada de significado e interesse. Provê uma compreensão mais rica de alguns fenômenos que comumente não são vistos em outras correntes do pensamento (RUGGIE, 1998).

Os estudos de caso rastreamento de processo abrangem tanto aspectos relativos ao **desenvolvimento de teorias**, quanto ao **teste de teorias** em três níveis, a saber: 1º) podem estabelecer, fortalecer ou enfraquecer a explicação histórica de um caso; 2º) os constituintes de um caso que uma teoria pode ou não explicar, podem ser generalizados a outros tipos de casos ou a categoria de casos; 3º) os resultados podem em alguma circunstância ser generalizados para situações semelhantes ou servir como uma categoria particular em casos diferentes, bem como pode ser extrapolado a todos os casos.

A opção pelo estudo de caso rastreamento de processo para a análise da política de APS, do Distrito Federal, levou em consideração as potencialidades e limites deste tipo de estudo apontados por George e Bennett (2004).

2.1.1 As potencialidades do modelo rastreamento de processo

No que se refere aos estudos de caso, ressaltam-se, pelo menos, quatro vantagens válidas para se testar hipóteses e desenvolver teorias (George e Bennett, 2004):

- 1) o elevado potencial da validade conceitual;
- 2) o forte potencial para gerar novas hipóteses;
- 3) a utilidade para o exame de hipóteses e de mecanismos causais no contexto de casos individuais;
- 4) a capacidade de exploração das relações causais complexas, os efeitos dessas interações complexas e a dependência de trajetória.

Essas potencialidades estão de acordo com o objetivo deste estudo, que busca analisar a política de APS desenvolvida no Distrito Federal, a partir de uma perspectiva processual, e identificar a trajetória, a formação da agenda e da própria política.

2.1.2 Limites do estudo rastreamento de processo

Os principais limites do rastreamento de processo sumarizados a partir de George e Bennett (2004) relacionam-se aos casos únicos e ao escopo das teorias utilizadas para a análise, que podem levar à baixa capacidade de se produzir generalizações. Em relação aos estudos de casos, George e Bennett (2004: 109-111) assinalam:

- a) as explicações históricas aprofundadas sobre casos individuais constituem-se em fundamentos dos estudos de casos e são condições necessárias para generalizações;

b) os pesquisadores precisam transcender a mera descrição dos casos para a produção de explicações, a partir de conceitos e categoria da estrutura teórica empregada. Recomenda-se, também, o uso de narrativas cronológicas como forma de organizar a apresentação do material do caso estudado, considerando o equilíbrio entre a descrição histórica detalhada e a sua fundamentação teórica;

c) na reconstrução do processo decisório ou no processo de formulação de políticas em que o pesquisador está muito engajado, os autores recomendam extrema cautela na escolha da categoria. Deve-se buscar fatos pouco explorados nas análises históricas, pesquisando-se fontes primárias de informações em arquivos, memórias, histórias orais, jornais e novas entrevistas.

Assim, as limitações do estudo de caso único referem-se à relativa inabilidade do pesquisador para fazer julgamentos, em termos de frequência, dada a baixa representatividade de casos particulares e a fraca capacidade dos efeitos causais mensuráveis. Os limites potenciais podem incluir, também, a falta de casos interdependentes (GEORGE e BENNETT, 2004).

No que se refere à escolha das teorias utilizadas para a análise de casos únicos, há necessidade de verificar a coerência da base empírica do caso em relação ao escopo da teoria, questionando-se quão fortemente as categorias podem predizer os resultados e quão únicas são as predições para o caso. Nas análises de processos políticos, há risco de se reconstruir como e porque as decisões foram tomadas, assumindo-se uma ordem mais racional do que a forma como o processo realmente ocorreu que, também, é agravado a depender do modelo de análise empregado, que não contempla um olhar mais amplo sobre os processos decisórios (GEORGE e BENNETT, 2004).

Esta pesquisa refere-se a um estudo de caso único. Procurou-se superar as limitações apontadas por George e Bennett (2004) por meio do rigor metodológico na construção da trajetória histórica da política de APS, com a busca de múltiplas observações durante um período de 29 anos. Nessas observações, tentou-se também superar o risco da descrição do caso, por meio do método de construção da narrativa analítica proposta por Barzelay e Velarde (2004), em que pese a variedade de modelos de *process-tracing* disponíveis. Por sua vez, a escolha do marco teórico implicou ampla análise da sua aplicabilidade nas políticas de saúde, concluindo-se pela sua adequação para o alcance dos objetivos deste estudo.

2.1.3 Descrevendo o estudo de caso rastreamento de processo do tipo narrativa analítica

O método de construção de narrativas analíticas, proposto por Barzelay e Velarde (2004), implica a sistematização dos múltiplos eventos envolvidos em um complexo caso único. O autor diferencia as narrativas em dois tipos: a histórica (detalhada) e analítica.

A **narrativa histórica/estória** constitui uma forma de crônica que pretende explicar como um evento acontece, é altamente específica e não faz uso explícito de teorias ou de categorias teóricas. Em geral, as narrativas não teóricas podem ser necessárias ou úteis para o desenvolvimento posterior de outros tipos de *process-tracing* e para sinalizar processos causais futuros com explicações teóricas (GEORGE e BENNETT, 2004). As narrativas históricas registram eventos relevantes do passado, traçam processos significativos para a análise e objetivam prover uma crônica da experiência histórica (GAETANI, 2008: 35).

As **narrativas analíticas** são construídas a partir de evidências históricas e visam a explicar ações relevantes e atividades, por meio do modelo teórico (GAETANI, 2008: 36), o que possibilita comparabilidade e diferenciação entre o ideográfico e os aspectos teóricos relevantes da investigação. As diferenças entre narrativas históricas e analíticas são sumarizadas por Gaetani (2008: 35): a primeira deveria ser capaz de aumentar a compreensão histórica do fenômeno, enquanto a segunda, deveria possibilitar a explicação dos episódios específicos investigados.

Para a construção de uma narrativa analítica Barzelay *et al* (2003), Barzelay e Velarde (2004) e Gaetani (2008: 36) sinalizam que o elemento básico dentro de uma experiência estudada é um evento. O conjunto de eventos diretamente e intimamente relacionado ao processo de interesse substancial constitui o episódio ou evento central. O episódio está situado dentro de eventos circunvizinhos, incluindo eventos prévios, contemporâneos, relacionados e posteriores. Os eventos prévios ocorrem antes do episódio; os contemporâneos ocorrem no mesmo espaço temporal do episódio; os relacionados coincidem com o episódio e são afetados por esse; os eventos posteriores são aqueles que ocorrem condicionados pelo evento central do episódio (Figura 4). Nesta tese, adaptou-se esta proposição, tendo em vista a forte interdependência das políticas locais e nacionais, associada ao fato de ser o cenário local, a capital política do país (ROCHA, 2008). Sendo assim, cada conjunto de eventos foi subdividido em nacional e local de forma a possibilitar a identificação dos efeitos da interdependência entre Governo do Distrito Federal e Governo Federal.



Figura 4 – Estrutura da narrativa

Fonte: Barzelay *et al.* (2003: 25); Barzelay e Velarde (2004).

Neste estudo, realiza-se um diálogo entre Barzelay e Velarde (2004) e George e Bennett (2004), os quais propõem uma abordagem processual para estudos de caso, a partir do domínio da administração pública e da ciência política. Um processo só pode ser compreendido como uma configuração de eventos em estreita interação com o contexto dinâmico no qual ocorreu (BARZELAY e VELARDE, 2004). Assim, o método que possibilita uma abordagem processual de uma política pública é a narrativa analítica.

O método narrativo consiste, então, em uma aproximação processual centrada na ação da realidade social, que organiza o fluxo de ocorrências do fenômeno sob estudo (ABBOTT, 2001: 185 *apud* BARZELAY e VELARDE; BARZELAY e VELARDE, 2004: 21). O produto do esforço narrativo é o relato, que organiza em uma sequência coerente, os acontecimentos que compõe o fenômeno e sua inter-relação. É diferente de uma cronologia, na qual as ações e ocorrências organizam-se e atendem, exclusivamente, à linha do tempo (BARZELAY e VELARDE, 2004: 22).

Os elementos básicos do relato são os **eventos** e a **trama**. Um **evento** é um conjunto de ações ou ocorrências organizadas em função do seu significado no interior de uma experiência considerada em sua totalidade. Pode-se estruturar um evento, a partir de dois pontos de referência: o resultado ou estado final dos acontecimentos ou a trajetória que seguem esses acontecimentos. Os eventos não são realidades objetivas que o observador registra; são construções conceituais mediante as quais o investigador organiza o fluxo de acontecimentos segundo suas inquietudes (BARZELAY e VELARDE, 2004: 23).

A trama, conforme descrita por Polkinghorne (1985) e Barzelay e Velarde (2004), constitui-se em um conjunto de acontecimentos encadeados uns aos outros para mostrar o desenvolvimento do processo sob estudo. A trama é o argumento organizado do relato, que

identifica o significado e o papel que cada um dos eventos tem no interior do argumento, e constitui uma construção conceitual elaborada pelo investigador, a partir de um marco teórico, semelhante à elaboração de hipóteses, por meio da qual o investigador propõe uma conjectura que é contrastada com os eventos. Produz-se, assim, uma interação das conjecturas do investigador e das evidências relativas aos eventos, constituindo-se em um processo dialético de sucessivas idas e vindas entre os eventos e o tema organizado no relato.

As análises processuais podem ser realizadas, tanto com o uso de variáveis estatísticas, quanto pelo método narrativo (BARZELAY e VELARDE, 2004). Em comparação aos modelos de análises centrados em variáveis estatísticas, a narrativa analítica apresenta vantagens para os estudos processuais, conforme sumarizado no Quadro 3. O método narrativo é mais sensível aos elementos constitutivos de um processo, tais como a sequência de ações, que se desenvolvem em um tempo e contexto, enquanto o método centrado em variáveis estatísticas não pode oferecer uma reconstrução integral de sequências singulares de ações, uma vez que pressupõe a existência de relações entre variáveis que são abstraídas do contexto natural em que existem. Ao tempo em que a capacidade explicativa do método centrado em variáveis estatísticas isola os contextos singulares e busca relações universais entre elas, o método narrativo explica o fluxo de ações, recorrendo ao contexto singular no qual elas ocorrem (BARZELAY e VELARDE, 2004: 21).

Quadro 3 – Diferenças entre análises processuais fundamentadas em variáveis e o método de narrativas analíticas

	Método centrado em variáveis	Método narrativa analítica
Foco de estudo	Variáveis (categorias analíticas observáveis independentemente das unidades de estudo).	Eventos (conjunto de ações encadeadas coerentemente em função do seu significado no interior de uma experiência global).
Procedimento para explicar	Associação de variáveis em função da relação causa-efeito (correlação entre variáveis independentes e dependentes). Busca explicar relações de aplicação universal à população sob estudo.	Encadeamento narrativo dos eventos (ações) de maneira que constituam um processo com sentido. Busca explicar conexões particulares entre eventos singulares
Consideração do contexto	O processo de explicação abstrai-se dos contextos particulares das unidades de estudo, uma vez que só consideram as variáveis sob estudo.	O processo de explicação considera o contexto, sendo possível reconstruir o sentido global das ações no interior de uma experiência situada no tempo e lugar.

Fonte: Barzelay e Velarde (2004: 21).

O método narrativo analítico permite abordar de maneira sistemática e interativa três tarefas: 1ª) formular os distintos tipos de eventos que compõem a experiência em estudo; 2ª) estabelecer relações significativas entre os ditos eventos, a partir da trama geral do relato; 3ª) gerar perguntas de investigações relevantes (BARZELAY e VELARDE, 2004: 26).

O método narrativo proposto por Barzelay e Velarde (2004), tomado assim, no contexto do estudo de caso rastreamento de processo proposto por George e Bennett (2004), pode ser considerado uma proposta detalhada e sistemática da narrativa analítica e constitui-se como antíteses dos métodos de análise de políticas públicas centrados em variáveis estatísticas. Com esse método, propõe-se uma abordagem qualitativa dos mecanismos causais, que constituem o processo de formação de políticas públicas. Assim, tomam o tempo como importante elemento do processo.

2.1.4 As categorias aplicadas à análise da narrativa da política de Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal

As categorias aplicadas para a análise da política de APS do Distrito Federal foram extraídas do modelo dos múltiplos fluxos de Kingdon (2003): o fluxo dos problemas, das propostas e o político, acrescido dos atores e empreendedores e da janela de oportunidade política.

No Quadro 4, apresenta-se uma síntese das questões a serem respondidas em cada uma destas categorias.

Quadro 4 – Questões norteadoras aplicadas em cada uma das categorias oriundas do modelo dos múltiplos fluxos, nesta tese

Fluxo dos problemas	Qual foi a leitura do problema que originou a política de atenção básica à saúde? Quais foram os problemas subjacentes que conduziram à aprovação da política de atenção básica no Distrito Federal? (janela política)?
Fluxo das soluções	Quem as gerou? Quais atores predominaram? Como foram difundidas? Quais eram as demais alternativas de solução?
Fluxo político	Qual era o contexto político institucional que fortaleceu ou enfraqueceu o problema e as propostas? Quais foram os problemas subjacentes que conduziram à política de atenção básica em nível nacional e no Distrito Federal para a agenda dos governos? Quais foram as questões que influenciaram as decisões tomadas em relação à posição da política de AB na agenda dos governos?
Atores	Quais foram os grupos de defesa e de oposição às propostas de reorganização da atenção básica nos diferentes eventos? Como os atores envolvidos, os políticos e administradores/técnicos/experts divergiram em relação à iniciação, formulação e implementação das mudanças?
Janelas de oportunidades políticas	Como foi a atuação dos empreendedores políticos, e em que momento os fluxos foram unidos e sob quais condições? Porque ocorreram as mudanças na política de AB, o que explica a variedade de propostas, como elas entraram na agenda de decisões do governo e que papel os empreendedores públicos desempenharam ao fazê-las viáveis?

Fonte: Göttems, 2010.

2.1.5 A coleta de informações

A coleta de dados para esta tese foi feita em fontes primárias e secundárias. As fontes primárias foram **entrevistas** estruturadas com informantes-chave, caracterizados como aqueles atores que vivenciaram o processo político da formação da agenda, processo decisório e implantação da política de APS no Distrito Federal, nas diferentes fases, a partir de 1979. Foram entrevistados 20 informantes, incluindo-se gestores, ex-gestores, servidores públicos envolvidos com a política de APS, equipe do governo, deputados da câmara legislativa local e federal que advogam pela saúde do Distrito Federal.

Os critérios de escolha foram: ter ocupado cargos no governo, ao longo dos 29 anos de APS, de secretário e, ou subsecretários de saúde, coordenador de ações básicas ou similares lotado na gestão central da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Excluíram-se deste estudo todos os que atendiam a este critério, mas que se recusaram a participar da pesquisa voluntariamente.

A escolha dos respondentes seguiu a estratégia usada por Kingdon (2003): em um primeiro momento os atores foram identificados nos documentos oficiais especialmente os planos, relatórios e portarias. Em um segundo momento, utilizou-se a “técnica da bola de neve” (*snowballing technique*) em que respondentes foram solicitados a identificar outros atores que deveriam ser entrevistados. Essa técnica foi importante para complementar informações, cujo respondente inicial não dominava, assim como para esclarecer pontos controversos dos fatos relatados nas entrevistas ou registrados nos documentos oficiais publicados. Os principais atores selecionados pela técnica da bola de neve foram os coordenadores das ações básicas, visto que pelas diferentes nomenclaturas que essas funções obtiveram ao longo da evolução da política, tornava-se difícil identificá-los somente pelos documentos oficiais. Esses respondentes, por sua vez, foram importantes para evitar a história única dos eventos de cada Episódio. A escolha da entrevista, como principal estratégia de coleta de informações, assim como a forma de escolher os entrevistados foi baseada nos estudos de Kingdon (2003), que originaram o modelo dos múltiplos fluxos.

As entrevistas foram realizadas seguindo-se uma linha do tempo, iniciando-se pelos informantes do primeiro episódio, e assim sucessivamente. Cada entrevista era precedida de análise documental daquele episódio, o que possibilitava que as perguntas fossem adaptadas e direcionadas para cada um dos grupos de respondentes. Entretanto, em algumas situações, como nos entrevistados dos Episódios 4 e 5, essa estratégia apresentou falhas, porque os

atores eram os mesmos e se confundiam nas respostas. Assim, assessores foram acrescentados para ajudar no melhor ordenamento dos fatos.

A análise documental (FRANCO, 2005) constituiu-se em importante estratégia complementar e de fontes secundárias de informações. Os documentos analisados foram selecionados entre aqueles publicados pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, incluindo entre esses, os manuais, portarias, relatórios técnicos e financeiros. Foram, também, analisadas reportagens disponíveis no sítio da SES-DF e de jornais locais, resultados de pesquisas, artigos de periódicos, teses e dissertações, do período de 1980 a 2009. Observaram-se as recomendações de George e Bennett (2004: 100-101) de que as evidências contidas nos documentos não podem ser determinadas sem considerar questões como “para que serviu o documento no processo de formulação de políticas?” e qual era sua relação com outros comunicados e atividades?”. Essas orientações foram consideradas fundamentais para apurar a relevância dos documentos analisados neste estudo. Em síntese, “tem-se de ter o hábito de perguntar por que um documento particular foi escrito – quer dizer, a que propósito servia”¹⁷ (GEORGE e BENNETT, 2004: 107).

Como estratégia de coleta de dados, optou-se pela realização em etapas, seguindo-se a organização dos Episódios e uma linha do tempo. Para cada Episódio, procedeu-se à identificação de documentos e de informantes-chave. As entrevistas com os informantes eram sempre precedidas da análise documental, de forma a possibilitar que a entrevista focasse os eventos daquele período e aprofundasse a sua caracterização, explicação e narrativa.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora, autora desta tese, no período de maio a outubro de 2009. As entrevistas foram gravadas e transcritas e, posteriormente, inseridas no software NVIVO8. O roteiro de entrevista compunha-se de 20 questões abertas que permitiram a condução da entrevista de forma flexível, adaptando-se as questões em cada um dos Episódios. As questões referiam-se aos eventos de cada um dos episódios, incluindo os problemas, as propostas, os atores e a agenda do governo, bem como suas ações e repercussões para o processo decisório (Apêndice 1). A elaboração foi baseada nos objetivos desta tese e em estudos anteriores como os implementados por Kingdon (2003), Gaetani (2008), Barzelay e Velarde (2004), Mitchell (1998) e Monteiro (2006).

Cada entrevista durou, em média uma hora, todas agendadas previamente em contatos diretos entre a pesquisadora e os entrevistados. A entrevista era precedida por uma explicação

¹⁷ “One has to get into the habit of asking why a particular document was written – that is, what purpose it was meant to serve (GEORGE e BENNETT, 2004: 107).

sobre os objetivos do estudo e o levantamento da trajetória profissional do entrevistado com definição do episódio vivenciado pelo ator.

2.1.6 A análise das informações

Para a análise dos dados da pesquisa, utilizou-se o *software* NVIVO8, produzido pela *QSR International*. Esse produto constitui uma evolução do NUD*IST, segundo Babbie (2004: 382), o mais popular programa para suporte de análise qualitativa. Assim, foi adquirida pela pesquisadora, uma licença por um ano do NVIVO8, diretamente na *QSR International*.

É importante ressaltar, entretanto, que a análise seguiu as etapas de análise de conteúdo definidas por Bardin (1977) com o apoio operacional do NVIVO8. Bardin (1977) propõe um primeiro momento de leitura flutuante ou pré-análise do material, seguida de uma exploração do material, momento em que são definidos os códigos de análise documental a serem aplicados na etapa de interpretação.

Na segunda leitura, foram utilizados os três campos para classificação de dados disponíveis no NVIVO8: *free nodes*; *tree nodes*; e *cases*. Os *free nodes*, ou registros livres, não admitem categorias em que se aplica hierarquia. Os *tree nodes*, ou registros em “árvore”, destinam-se às categorias em que se aplica hierarquia. Nesse campo, as categorias adotadas foram as que reproduziram os componentes do código de análise documental, com subcategorias relativas aos eventos prévios, central, relacionados e posteriores. Cada episódio da política de APS do Distrito Federal teve a narrativa construída a partir dos resultados das entrevistas e da análise de documentos do período, correspondendo aos campos dos *cases*, que também admitem estruturas hierarquicamente organizadas.

A construção dos códigos para sistematizar os eventos que compunham os episódios da política de APS no Distrito Federal, foi adaptada dos estudos de Barzelay (2001); Barzelay *et al.* (2003); Barzelay e Velarde (2004) e Gaetani (2008). Para cada tipo de evento (central, prévio, relacionado, contemporâneo e posterior) foi definido um código construído com letras que, ao mesmo tempo, identificavam cada evento e o diferenciavam dos demais. Os códigos dos eventos prévios e relacionados foram subdivididos, uma vez que alguns acontecimentos referiam-se ao contexto nacional e, outros restringiam-se ao cenário local do GDF. Os códigos podem ser visualizados no Quadro 5.

Quadro 5 – Códigos atribuídos aos diferentes eventos do estudo

Eventos prévios nacionais	(EVPN)
Eventos prévios locais	(EVPL)
Eventos centrais	(E)
Eventos relacionados nacionais	(EVRN)
Eventos relacionados locais	(EVRL)
Eventos contemporâneos Nacionais	(EVCN)
Eventos contemporâneos locais	(EVCL)
Eventos Posteriores	(EVPO)

Fonte: Göttems, 2010

2.2 A ORGANIZAÇÃO DOS EPISÓDIOS QUE COMPUSERAM A NARRATIVA ANALÍTICA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Inicialmente procedeu-se à reconstituição da trajetória da implementação da política de APS, a partir de análise documental, identificando-se as mudanças da política ao longo do tempo (30 anos). A primeira análise permitiu a construção de uma periodização ao longo do tempo e por tipo de governo:

- 1979 a 1982 – Aimé Lamaison – eleição indireta.
- 1982 a 1985- José Ornellas de Souza Filho – eleição indireta.
- 1985 – Ronaldo Costa Couto – eleição indireta.
- 1988 a 1990 – Joaquim Domingos Roriz – eleição indireta.
- 1990 a 1991 – Wanderly Vallin da Silva – eleição indireta.
- 1991 – 1995 - Joaquim Domingos Roriz – primeira eleição direta.
- 1995 a 1998 – Cristovan Buarque – segunda eleição direta.
- 1999 a 2002 - Joaquim Domingos Roriz – terceira eleição direta.
- 2003 a 2006 - Joaquim Domingos Roriz – quarta eleição direta
- 2007 a 2009 - Jose Roberto Arruda – quinta eleição direta.

Após esta periodização inicial, procedeu-se à busca de documentos e registros sobre as mudanças na política de APS, no Distrito Federal, realizadas em cada governo, construindo-se então os Episódios da formação da política de APS no Distrito Federal, conforme Quadro 6.

Quadro 6 – Episódios da política de Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, no período de 1979 a 2009

De 1979 a 1994	De 1995 a 1998	De 1999 a 2002	2003 a 2006	2007 a 2009
Governadores Indicados: Aimeé Lamaison e Joaquim Domingos Roriz	Cristovam Buarque	Joaquim D. Roriz	Joaquim Roriz e Maria Abadia	José Roberto Arruda
Episódio 1 - Plano Jofran Frejat (PJF) - organização da AB no DF	Episódio 2: REMA e Programa Saúde em Casa	Episódio 3: Programa Saúde da Família	Episódio 4: Programa Família Saudável	Episódio 5: Estratégia Saúde da Família

Fonte: Göttems, 2010.

2.3 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, como componente do projeto intitulado *Avaliação da Atenção Básica no Distrito Federal: estudo sobre organização, acesso e resolubilidade dos serviços de saúde* e aprovado, conforme Parecer nº 219/2008 (Anexo 1). Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram seguidos à risca todos os cuidados éticos (Anexo 2).

CAPITULO 3

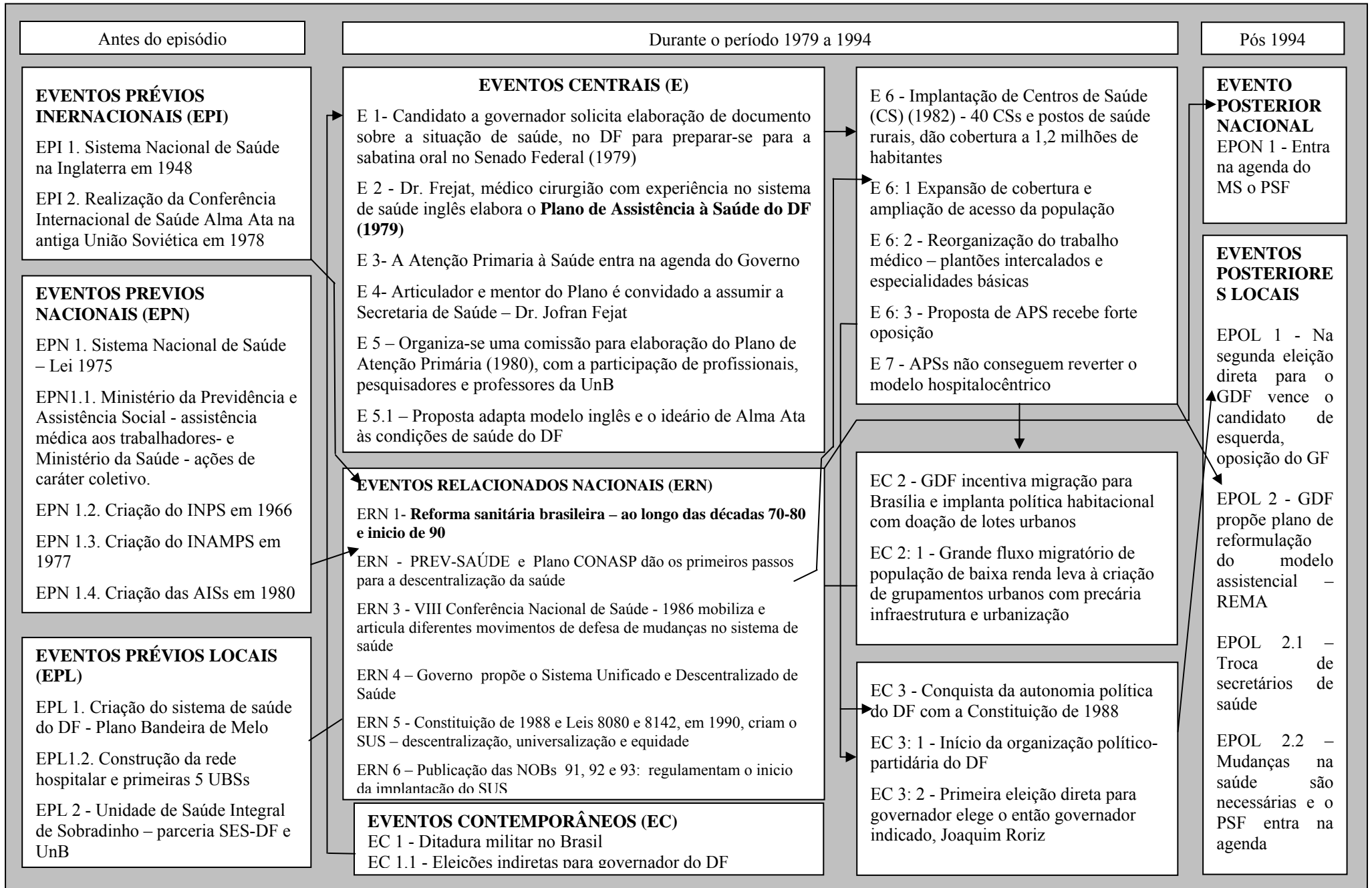
EPISÓDIO 1 – PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL PERÍODO: 1979 A 1994

Este capítulo corresponde ao Episódio 1 e está organizado em cinco etapas: a **primeira** apresenta o contexto do setor saúde e os principais eventos que antecedem o Episódio sob estudo de âmbito nacional e local (Eventos Prévios Nacionais e Locais); a **segunda** (Evento Central) discute o desenho, as diretrizes do plano ou ações e o processo de implantação no período de 1979 a 1994, incluindo-se os atores e grupos envolvidos, bem como as mudanças produzidas no sistema local de saúde. As mudanças foram circunscritas a indicadores gerais de oferta de serviços, de utilização de consultas ambulatoriais e de emergências e cobertura populacional pelos serviços de atenção primária à saúde em suas diversas modalidades. Essas informações foram selecionadas a partir da análise dos documentos disponíveis na SES-DF e MS, utilizando-se como critério a presença dessas informações ao longo dos diferentes Episódios de forma a possibilitar o seu acompanhamento no tempo. Ainda, na segunda sessão, apresentam-se os atores e os grupos atuantes no Evento Central.

Na **terceira** etapa discutem-se os eventos que exercem influência no evento central, de âmbito nacional e local (Eventos Relacionados e Contemporâneos Nacionais e Locais). Na **quarta** etapa do Episódio, apresentam-se brevemente os eventos posteriores e, a **quinta etapa** contém a análise a partir do modelo teórico de Kingdon (2003), aplicando-se as variáveis problemas, propostas, política, atores e janelas de oportunidades.

A narrativa deste Episódio pode ser visualizada no mapa conceitual desenhado na Figura 5, elaborado a partir das entrevistas e análise documental, que subsidiou a identificação dos fenômenos relevantes para a narrativa. Por sua vez, a análise do Episódio com a aplicação do modelo dos múltiplos fluxos está desenhada na Figura 4. Busca-se responder à indagação “que fatores ligados ao fluxo de problemas, de propostas e do contexto político explicam o processo de formação da política de atenção primária à saúde no Distrito Federal em cada Episódio”? Procurou-se, também, demonstrar os atores mais atuantes, os empreendedores – quando existiram – e a abertura da janela de oportunidade política, que possibilitou a entrada da APS na agenda do Governo.

FIGURA 5: Estrutura da narrativa do Episódio 1 - 1979 a 1994.



3.1 EVENTOS INTERNACIONAIS, NACIONAIS E LOCAIS DO SETOR SAÚDE QUE ANTECEDEM À IMPLANTAÇÃO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL, ENTRE OS ANOS 1960 A 1979

3.1.1 Os antecedentes do Sistema Único de Saúde (1960 a 1979)

No contexto brasileiro, o período de 1960 a 1979 foi marcado pelas sucessivas mudanças no sistema de saúde e por iniciativas de organização do Estado. Da deposição de Getúlio Vargas, em 1945, até 1964, o Brasil viveu uma fase de redemocratização, marcada por eleições diretas para os principais cargos políticos, pelo pluripartidarismo e pela liberdade de atuação da imprensa, das agremiações políticas e dos sindicatos (BERTOLLI FILHO, 1996; ANDRADE, 2010; BAPTISTA, 2010).

O estilo populista de Getúlio Vargas era ainda mantido, o que levava o Presidente da República a buscar apoio popular com medidas demagógicas, destinadas a construir sua legitimidade perante a população. Os movimentos sociais, por outro lado, cobravam melhorias das condições de vida, saúde e trabalho. Houve forte crescimento da entrada de capital estrangeiro na economia nacional, impulsionando a modernização econômica e institucional coordenada pelo Estado. O principal personagem desse período foi o presidente Juscelino Kubitschek, que governou o país de 1956 a 1961 (BERTOLLI FILHO, 1996; ANDRADE, 2010; BAPTISTA, 2010), responsável pela construção da nova Capital Federal, Brasília.

O período que antecede a década de 60, também, caracteriza-se pela permeabilidade às ideias de seguridade social, amplamente discutidas no cenário internacional, após a II Guerra Mundial. As ações da Previdência foram ampliadas, elevando-se gastos e diminuindo-se os saldos financeiros, levando ao esgotamento de reservas e déficits orçamentários em função do maior número de pessoas recebendo benefícios, o que provocou o crescimento dos gastos com assistência médica, que em 1966 equivaleriam a 14,9% do total de despesas da previdência (BRASIL, 2006). A assistência médica aos trabalhadores era prestada pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), que se dividiam, conforme os segmentos produtivos do país. É interessante ressaltar que, foi nessa época, que surgiram os primeiros serviços médicos particulares contratados pelas empresas insatisfeitas com o atendimento dos IAPs, dando origem aos futuros convênios das empresas de grupos médicos conhecidos como medicina de grupo, que iriam caracterizar a previdência social posteriormente (GERSHMAN e SANTOS, 2006; ANDRADE, 2010; BAPTISTA, 2010).

No contexto brasileiro, o período de 1960 a 1979 foi marcado pelas sucessivas mudanças no sistema de saúde e por iniciativas de organização do Estado. Da deposição de Getúlio Vargas, em 1945, até 1964, o Brasil viveu uma fase de redemocratização, marcada por eleições diretas para os principais cargos políticos, pelo pluripartidarismo e pela liberdade de atuação da imprensa, das agremiações políticas e dos sindicatos (BERTOLLI FILHO, 1996; ANDRADE, 2010; BAPTISTA, 2010).

O estilo populista de Getúlio Vargas era ainda mantido, o que levava o Presidente da República a buscar apoio popular com medidas demagógicas, destinadas a construir sua legitimidade perante a população. Os movimentos sociais, por outro lado, cobravam melhorias das condições de vida, saúde e trabalho. Houve forte crescimento da entrada de capital estrangeiro na economia nacional, impulsionando a modernização econômica e institucional coordenada pelo Estado. O principal personagem desse período foi o presidente Juscelino Kubitschek, que governou o país de 1956 a 1961 (BERTOLLI FILHO, 1996; ANDRADE, 2010; BAPTISTA, 2010), responsável pela construção da nova Capital Federal, Brasília.

O período que antecede a década de 60, também, caracteriza-se pela permeabilidade às ideias de seguridade social, amplamente discutidas no cenário internacional, após a II Guerra Mundial. As ações da Previdência foram ampliadas, elevando-se gastos e diminuindo-se os saldos financeiros, levando ao esgotamento de reservas e déficits orçamentários em função do maior número de pessoas recebendo benefícios, o que provocou o crescimento dos gastos com assistência médica, que em 1966 equivaleriam a 14,9% do total de despesas da previdência (BRASIL, 2006). A assistência médica aos trabalhadores era prestada pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), que se dividiam, conforme os segmentos produtivos do país. É interessante ressaltar que, foi nessa época, que surgiram os primeiros serviços médicos particulares contratados pelas empresas insatisfeitas com o atendimento dos IAPs, dando origem aos futuros convênios das empresas de grupos médicos conhecidos como medicina de grupo, que iriam caracterizar a previdência social posteriormente (GERSHMAN e SANTOS, 2006; ANDRADE, 2010; BAPTISTA, 2010).

Após o golpe militar de 1964 e instalação do regime ditatorial no Brasil (de 1964 a 1980), além das conseqüentes perseguições das lideranças políticas e repressão às manifestações sociais, os generais promoveram alterações estruturais na administração pública: forte centralização do poder, privilegiando a autonomia do Executivo e limitando o campo de ação dos poderes Legislativo e Judiciário. A burocracia governamental foi dominada pelos tecnocratas, civis e militares, responsáveis em boa parte pelo “milagre

econômico”, que marcou o país de 1968 a 1974 (BERTOLLI FILHO, 1996; ANDRADE, 2010; BAPTISTA, 2010). Houve elevação do Produto Interno Bruto (PIB), como resultado da modernização da estrutura produtiva do país e da inibição das conquistas salariais obtidas na década de 50. Assim, a política econômica e o forte arrocho salarial produziram intensa concentração de renda que resultou no empobrecimento da população. O reflexo foi o crescimento da mortalidade e da morbidade, exemplificadas pelas epidemias de poliomielite e meningite em 1974 (BERTOLLI FILHO, 1996; PAIM, 2007; BAPTISTA, 2010; ANDRADE, 2010).

Após a instalação do regime militar, adotou-se o discurso da racionalidade, eficácia e saneamento financeiro, influenciando a fusão dos IAPs, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, marcando a perda de representatividade dos trabalhadores na gestão do sistema, ao tempo se que ampliou a cobertura de assistência médica aos trabalhadores domésticos e rurais, excetuando-se os informais (BERTOLLI FILHO, 1996; MENDES, 1999; GERSHMAM e SANTOS, 2006). Nesse período, os gastos com a assistência médica cresceram, chegando a representar mais de 30% dos gastos totais do INPS, em 1976. Enfatizava-se a atenção individual, assistencialista e especializada, em detrimento das medidas de saúde pública de caráter preventivo e coletivo, exemplificadas pelo orçamento do Ministério da Saúde que representava menos de 1,0% dos recursos da União (BERTOLLI FILHO, 1996). Nesse período, a atenção à saúde era dividida entre os Ministérios da Previdência e Assistência Social (MPAS) que, por meio do INPS, prestava assistência médica individual aos trabalhadores e o da Saúde, que realizava as ações de caráter coletivo como controle de endemias e vigilância.

No período de 1968 a 1975, generalizou-se a demanda social por consultas médicas como resposta às graves condições de saúde; a medicina transforma-se em sinônimo de cura e de restabelecimento da saúde individual e coletiva; há construção ou reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados com financiamento da Previdência Social; há multiplicação de faculdades particulares de medicina por todo o país; fortalece-se a política de convênios entre o INPS e os hospitais, clínicas e empresas de prestação de serviços médicos em detrimento da criação dos serviços públicos (BERTOLLI FILHO, 1996; BAPTISTA, 2010). Os efeitos foram a predominância de um sistema de atenção médica de massa sobre a proposta de uma medicina social e preventiva, o surgimento e o rápido crescimento de um setor empresarial de serviços médicos constituído por proprietários de empresas médicas, centradas mais na lógica do lucro e menos, na da saúde ou da cura da clientela. O ensino médico volta-se para a especialidade e a sofisticação tecnológica, representada pelas indústrias farmacêuticas e de

equipamentos médico-hospitalares. Consolida-se a relação autoritária, mercantilizada e tecnicizada entre médico e paciente e entre serviços de saúde e população (LUZ, 1991; MENDES, 1999).

No que tange ao processo político brasileiro, o ano de 1974 é considerado emblemático, com o Governo Geisel e seu II Plano Nacional de Desenvolvimento que estabelecia novas estratégias de atuação nas áreas sociais, implantando no setor saúde as políticas racionalizadoras que incorporavam a ideologia do planejamento de saúde como parte do projeto de reforma de cunho modernizante e autoritário (PAIM, 2007). O Estado respondia, então, à crise gerada pelo “milagre econômico”, que se caracterizava com a dificuldade de acesso aos serviços, as precárias condições de vida e saúde, alta mortalidade infantil, epidemias, entre outros.

Nesse contexto, surgem movimentos em torno da questão saúde. Inicia-se a difusão da chamada medicina comunitária com o apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). A medicina comunitária propunha técnicas de medicina simplificada, a utilização de mão de obra local (os agentes comunitários de saúde) e a participação da comunidade. No segmento popular, surgiram as mobilizações contra a carestia (Movimento de Custo de Vida), os clubes de mães, os conselhos comunitários e as organizações da Zona Leste da periferia de São Paulo, muitos vinculados a setores progressistas da Igreja Católica (PAIM, 2007). As universidades voltam-se para a realização de ações integradas aos serviços de saúde, desenvolvendo programas e projetos de medicina comunitária, geralmente financiados por fundações americanas, contemplando a integração docente-assistencial, com ênfase no pessoal auxiliar, na organização de serviços de saúde e participação comunitária (PAIM, 2007: 71). Aqui, cita-se a experiência da Universidade de Brasília, que realizava os projetos denominados IDA financiados pela Fundação Kellogs.

No segmento estudantil, Paim (2007) cita a organização da Semana de Estudos de Saúde Comunitária (SESAC) organizada pelos estudantes de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em 1974, que origina posteriormente o pensamento progressista na saúde; no segmento profissional, há a mobilização dos médicos residentes em torno da regulamentação da Residência Médica que posteriormente orienta o Movimento de Renovação Médica; no segmento intelectual destaca-se a participação de docentes inseridos nos departamentos de medicina preventiva e social e escolas de saúde pública e outros pesquisadores vinculados à Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), cujos debates incidiam em críticas ao regime. Todos esses movimentos são considerados, por Paim (2007), como antecedentes da Reforma Sanitária Brasileira.

No âmbito governamental, citam-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que objetivava a extensão dos serviços de saúde à população carente, formulado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em 1976 e executado pelo MS, que representou um espaço de articulação de grupos progressistas (COSTA, 2001); a realização dos Programas de Expansão de Cobertura (PEC), pelo MPAS; o Programa Nacional de Saúde Materno Infantil, a Campanha da Meningite, o Programa Nacional de Imunização (PNI), o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, a Rede de Laboratórios de Saúde Pública, o Programa Especial da Esquistossomose (PECE), o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (MENDES, 1999; PAIM, 2007).

Em 1975, foi promulgada a Lei nº 6229/1975, que instituiu o Sistema Nacional de Saúde que reforçava a dualidade do setor saúde, dando ao MS funções normativas e ações de interesse coletivo e, ao MPAS a responsabilidade pelo atendimento individualizado (BRASIL, 1975; MENDES, 1999). O Projeto de Lei foi discutido na V Conferência Nacional de Saúde. Contudo, não se pretendia criar um sistema único sob responsabilidade estatal, mas fundamentalmente, organizar atividades do setor público, mais como ação racionalizadora da ação do estado sem a pretensão de estruturar a prestação de serviços de saúde. A referida lei enfrentou dificuldades em sua regulamentação e, paralelo a isso, o governo ampliava sua atuação por meio das PECs. Questionamentos sobre o autoritarismo do governo, incluindo o autoritarismo da própria saúde desde a organização e o planejamento sistêmico até as práticas, ocorriam em todas as dimensões e formas (PAIM, 2007).

Em meio a todos os debates em torno das questões sociais e das políticas racionalizadoras do estado, em julho de 1976, durante a 32ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, realizada na UnB, foi criado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), fortalecendo a discussão sobre a questão da democratização da saúde (PAIM, 2007). O CEBES propiciou debates sobre saúde, editou a *Revista Saúde em Debate*, publicou livros tendo sido considerado pedra fundamental do movimento sanitário (ESCOREL, 1998: 141).

Em 1978, dada a grave crise que o INPS enfrentava, com o aumento dos gastos e da demanda, fraudes nos contratos com a rede de assistência médica privada e inexistência de fiscalização dos serviços (BERTOLLI FILHO, 1996; BAPTISTA, 2010), houve nova tentativa racionalizadora da Previdência, com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) (CORDEIRO, 2004). O SINPAS tinha como objetivo disciplinar a concessão e a manutenção dos benefícios e a prestação de serviços, o custeio de atividades e programas, a gestão administrativa, financeira e patrimonial da Previdência.

Foram criados o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o Instituto de Arrecadação da Previdência Social (IAPAS) que, além de integrar os órgãos já existentes, sinalizava uma tendência de adoção do modelo de seguridade social.

Em 1979, o presidente Figueiredo inicia o governo, apresentando o III Plano Nacional de Desenvolvimento que não traz nada de novo para a saúde (PAIM, 2007; BRASIL, 2007). Contudo, na VII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980, apresenta-se discurso democrático-social, enfatizando a atenção primária à saúde e anuncia-se o Programa Nacional de Serviços Básicos de saúde (PREV-SAÚDE), com três grandes objetivos: estender a cobertura por serviços básicos de saúde a toda a população; reorganizar o setor público de saúde, pela articulação das diversas instituições existentes e pela reordenação da oferta de serviços, implicando a redução dos custos unitários e o aumento da produtividade dos recursos disponíveis; promover a melhoria das condições gerais do ambiente, com ênfase em sistemas simplificados de abastecimento de água e em medidas sanitárias necessárias ao controle da esquistossomose e da doença de Chagas. O programa encontrou boa acolhida entre os profissionais de saúde preocupados com a melhoria dos serviços de saúde para a população, mas recebeu forte oposição de setores do governo articulados com empresários da saúde, expressando contradições que permeavam o setor saúde e revelando os grupos de empresários que dispunham de poder político para barrar ou aprovar reformas (PAIM, 2007).

No âmbito nacional, é possível afirmar que na década de 70, o modelo assistencial privatista era hegemônico e viveu seu apogeu e declínio. Esse modelo caracterizou-se pelo Estado como financiador do sistema, por meio da Previdência; o setor privado nacional como prestador de serviços de assistência médica; o setor privado internacional era o maior produtor de insumos, em especial de equipamentos médicos e medicamentos (BERTOLLI FILHO, 1996; MENDES, 1999; PAIM, 2007). Contudo, algumas iniciativas pontuais e governamentais para a atenção primária à saúde já eram vistas, as quais interiorizavam a assistência médica como o PIASS; ampliavam a cobertura dos serviços médicos como o PEC, Programa Extensão de Cobertura do INAMPS e propunham a ampliação dos serviços básicos como o PREV-SAUDE (MENDES, 1999).

3.2 O PLANO BANDEIRA DE MELO E A CRIAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL – 1960 A 1979

Na década de 60, quando Brasília foi criada, o setor saúde no país caracterizava-se pela busca de novas tecnologias, associada à progressiva especialização da prática médica.

Era visível o contraste entre o enfoque curativo e o preventivo, entre a assistência individual e a coletiva. Para a nova capital, além de uma estrutura arquitetônica arrojada, propunha-se a oferta de serviços públicos modernos em relação, não só às demais regiões do país, mas também do mundo. Com esse propósito, buscou-se uma organização

[...] sistêmica e integral com vistas a oferecer, universalmente, serviços equitativos de saúde, dentro de um modelo assistencial voltado aos diversos aspectos relacionados com a manutenção da saúde e sua pronta recuperação, quando necessário (GDF, 2005a: 35).

As diretrizes gerais do sistema de saúde daquela época foram sumarizadas no Plano Bandeira de Mello, de 1960. A implantação desse plano culminou na criação de uma instância de gestão denominada Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF), subordinada à Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES-DF) e integrada por estruturas hospitalares de diferentes níveis de complexidade e uma rede de serviços básicos em todo o território, capazes de oferecer assistência a uma população de 500 mil habitantes (MELO, 1959; KANIAK, 1999; SILVA, 2000). O Plano de Saúde Bandeira de Mello propunha uma estrutura com a seguinte configuração:

- a) eliminação da multiplicidade de órgãos assistenciais;
- b) distribuição de centros de saúde e hospitais por grupos populacionais;
- c) redução do custo e aumento da eficiência dos serviços, resultante da concentração;
- d) comodidade para a população, evitando-se deslocamentos;
- e) livre arbítrio do usuário na escolha do médico que trataria da sua saúde;
- f) pagamento aos médicos por produtividade;
- g) regime de trabalho integral;
- h) possibilidade de atendimento médico a pacientes particulares;
- i) participação da população na solução de problemas por meio dos Conselhos Comunitários de Saúde;
- j) serviço de atendimento domiciliar a convalescentes, evitando-se a permanência em leito hospitalar.

Além da criação de um órgão de administração central, o plano estruturava os serviços com nítida separação entre as áreas de ação dos órgãos executivos e normativos e propunha a centralização da orientação técnica e a descentralização dos serviços de saúde em três zonas: central, intermediária e rural. O planejamento incluía a construção de um hospital de alta complexidade, onze hospitais gerais e seis hospitais rurais, circundados por Unidades

Satélites. As diretrizes visavam a atender às diversas especialidades clínicas, estimulando a rotatividade de pacientes e reduzindo a permanência hospitalar (KANIAK, 1999).

Ao final da década de 70, cerca de 70% dos atendimentos ocorriam no pronto-socorro. A rede física contava com seis hospitais, cinco postos de saúde e uma Unidade Integrada de Saúde, em Sobradinho, sob a responsabilidade da Universidade de Brasília. O plano Bandeira de Melo, contrastando com o contexto nacional, privilegiava os serviços públicos de saúde com acesso universal da população e já apresentava uma proposta de hierarquização de cuidados, com postos e centros de saúde. Contudo, a estrutura existente se tornaria insuficiente e inadequada para atender à população, após quase duas décadas. Os problemas incluíam o acelerado crescimento demográfico, a insatisfação dos usuários com o atendimento, a demanda reprimida e a limitação na qualificação dos profissionais (GDF, 2005).

No período de 1960 a 1979, dois eventos locais são destaques no sistema de saúde do Distrito Federal pela influência que tiveram nos eventos posteriores: a criação do pró-labore dos médicos, que trabalhavam nos serviços de saúde do Distrito Federal, pagos com recursos da FHDF e a Unidade Integral de Saúde de Sobradinho (UISS) executada em parceria entre UnB, FHDF e SES-DF.

Em relação à remuneração dos médicos, destacam-se dois depoimentos dos entrevistados, que

[...] o pró-labore era uma renda variável decorrente da produtividade dos médicos. A remuneração dos médicos era composta então por uma renda fixa, o salário, e uma renda variável, conforme sua produtividade (Entr 1).

Esta remuneração equivaleria a 70% do salário de um desembargador da república (Entr. 3).

Essa situação gerou um movimento nacional dos demais médicos em busca da equiparação salarial e culminou com a proibição de tal prática no Distrito Federal. Esse fato foi um dos propulsores da criação dos serviços privados no Distrito Federal, que embalados pelo modelo predominante no Brasil, à época, criaram o primeiro hospital privado no Distrito Federal, que venderia serviços para o INAMPS.

A experiência da UISS, por sua vez, foi fruto de uma parceria estabelecida em 1966 entre a Coordenação da Faculdade de Ciências Médicas da UnB, a SES e FHDF, possibilitando que aquele serviço de saúde fosse o cenário de aprendizagem para a formação de profissionais de saúde pela UnB. Essa iniciativa foi reconhecida como a primeira experiência de extensão de serviços básicos de saúde à população e de integração docente

assistencial. Incluía atividades coordenadas por professores universitários e profissionais do serviço, nas unidades básicas, no hospital e na comunidade, que se estenderam para a cidade de Planaltina. O trabalho realizado pela UnB caracterizava-se como ações de promoção e de prevenção, articuladas com ações de tratamento e reabilitação de uma população adstrita (SILVA, 1967). A organização dos serviços previa o acompanhamento da saúde da população pautado na medicina comunitária, incluindo campanhas, educação para a saúde e visita domiciliar, além dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares das clínicas básicas (SILVA, 1967). Aplicavam-se os princípios das ações integradas de saúde em efervescência no país, que posteriormente orientariam o Programa Saúde da Família. Essa experiência chegou a ser referendada nos debates na Reforma Sanitária. Perdurou de 1966 até 1980, quando foi desfeita a parceria pela transferência do cenário de aprendizagem de Sobradinho para o hospital Presidente Médici, atualmente Hospital Universitário de Brasília (HUB) (LISBOA, 2000; HILDEBRAND, 2008).

Um dos entrevistados citou essa experiência como fundamental para a modelagem da proposta que veio a compor a agenda do GDF, a partir da década de 80, assim como a cita como uma das primeiras rupturas entre a SES-DF e a UnB, conforme depoimento a seguir:

Eles faziam um belo trabalho. Era a população mais bem cuidada. Em 1980 o Jair Soares cedeu o hospital antigo Presidente Médici, hoje HUB para a UNB. A universidade demitiu todos os servidores, retirou todos os equipamentos, deixou o hospital sem condições de funcionar (Entr. 2).

No final da década de 70, o contexto nacional do setor saúde sinalizava para necessidade de mudanças no modelo assistencial do Distrito Federal, dado o seu alto custo e à hegemonia da atenção hospitalar, especializada e de baixa cobertura populacional. Na proposição de mudanças no sistema de saúde local, dois eventos se destacaram: a experiência internacional de um dos autores do novo plano de saúde para o Distrito Federal, o Dr. Jofran Frejat, que havia feito residência médica na Inglaterra e a candidatura do Sr. Aymé Lamezon para Governador do Distrito Federal.

A importância da candidatura do Sr. Aymé Lamezon para Governador do Distrito Federal foi corroborada por um dos entrevistados como fundamental para a entrada da APS na agenda política do governo do Distrito Federal, conforme depoimento a seguir:

Em final de 1978, período de regime ditatorial no Brasil, estava indicado para ser eleito governador do DF o Sr. Aimé Lamezon, o então Secretário de Segurança Pública. Ante a proximidade com a sabatina a ser realizada no

Senado Federal, Sr. Ayné Lamezon solicitou ao um trabalho que o subsidiasse nas questões referentes à saúde. Esta demanda foi respondida com a organização de uma equipe de especialistas que formularam o Plano de Assistência a Saúde no DF em 1979, coordenada pelo Dr. Frejat. Posteriormente o mesmo foi nomeado Secretário de Saúde para que pudesse implementar o referido Plano (Entr. 4).

A origem das ideias contidas no Plano de Assistência à Saúde no Distrito Federal foi remetida tanto pelos entrevistados, como em relatos documentais, ao Sistema Nacional de Saúde da Inglaterra (*National Health System*), implantado desde o ano de 1948. Naquele sistema de saúde,

[...] o indivíduo só ia ao hospital em três situações: em caso de urgência, após ser referenciado por um médico de quarteirão, o General Practitioner (GP) ou para acompanhamento de doenças crônicas quando necessitava internação. Os efeitos desta estratégia eram visíveis na organização da demanda para os hospitais, que não apresentavam grandes filas de atendimento. Esta situação contrastava enormemente com a que se tinha no DF: ‘filas formadas desde a noite anterior para a busca de consultas médicas nos hospitais’ (Entr. 2).

Havia, portanto, um modelo de saúde já pautado pela garantia de acesso universal à saúde, por meio da ampliação de cobertura de serviços básicos de saúde. Considera-se esse um importante evento que influenciaria a elaboração do Plano de Assistência à Saúde do Distrito Federal.

Também foi reiterada pelos entrevistados, a Conferência Internacional de Alma Ata como determinante para a consolidação das ideias contidas no Plano e difundidas no País, naquele período. A Conferência, realizada na antiga União Soviética, que originou a Declaração de Alma Ata, enfatizou a saúde como um direito humano fundamental, cuja realização pressupunha:

- a) a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde;
- b) reconhecer o caráter inaceitável das desigualdades no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento;
- c) a importância do desenvolvimento econômico e social baseado numa ordem econômica internacional para o alcance da meta de Saúde para Todos no Ano 2000 e redução das desigualdades;
- d) a promoção e a proteção da saúde dos povos como essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social que contribuiria para melhorar a qualidade de vida e para a paz mundial; o direito e dever dos povos de participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde;

e) os cuidados primários de saúde eram a chave para que essa meta fosse atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social (OPAS, 1978).

Nessa declaração¹⁸, definiu-se também que os cuidados primários de saúde são aqueles baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OPAS, 1978).

O contexto prévio da elaboração do Plano de Assistência à Saúde, do Distrito Federal, caracteriza-se pela associação entre a identificação de problemas relacionados ao aumento dos custos com a saúde; a crise financeira do MPAS; a existência de indicadores epidemiológicos e sociais bastante desfavoráveis; debate nacional e internacional sobre novas formas de organização e provisão de serviços de saúde à população. Havia atores com propostas alternativas àquele sistema de saúde que aproveitaram a oportunidade aberta pela eleição para novo governador no Distrito Federal, para apresentarem proposta que colocava a APS como prioridade na reorganização do sistema de saúde do Distrito Federal consubstanciada no Plano de Assistência à Saúde no Distrito Federal.

¹⁸ Constituem-se os princípios da APS, de acordo com a Declaração de Alam Ata (1978): 1 – A APS reflete e a partir delas evoluem, as condições econômicas e as características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades, e se baseiam na aplicação dos resultados relevantes da pesquisa social, biomédica e de serviços e da experiência em saúde pública; 2 – Consideram os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, cura e reabilitação, conforme as necessidades; 3 - Incluem ações de educação, prevenção e controle de problemas de saúde prevalentes, alimentação e nutrição, água e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, planejamento familiar, imunização, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas e fornecimento de medicamentos essenciais, entre outros; 4 - Envolvem, além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário; 5 – Requer a participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde, usando recursos disponíveis, locais, nacionais e outros; 6 - Devem ser apoiados por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados, levando à progressiva melhoria dos cuidados gerais dando prioridade aos que têm mais necessidade; 7 - Baseiam-se, nos níveis locais e de encaminhamento e nas equipes de trabalhadores disponíveis no local, incluindo médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, assim como em praticantes tradicionais, conforme seja necessário, convenientemente treinados para trabalhar, social e tecnicamente, ao lado da equipe de saúde e responder às necessidades expressas de saúde da comunidade.

3.3 O PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL – 1979 a 1994 – EVENTOS CENTRAIS

O sistema de saúde do Distrito Federal em 1979, visualizado na Tabela 2, privilegiava a atenção hospitalar com iniciativas pontuais de ações básicas em saúde. A rede física era composta por 6 hospitais gerais e um especializado, apoiados por 5 postos de saúde. Utilizando-se os indicadores clássicos para mensuração da oferta de serviços, para uma população de 1.077.988 habitantes, havia uma oferta de 1,8 leitos para cada 1000 habitantes, 1 médico/1000 hab e 0,1 posto de saúde para cada 30 mil habitantes. O único indicador positivo referia-se à disponibilidade de médicos para aquela população estimada.

No que se refere aos dados epidemiológicos, registrava-se no ano de 1977 que 1/3 dos óbitos no Distrito Federal era de menores de 01 ano, 7 vezes maior que os óbitos em pessoas acima de 75 anos. Por outro lado, mais da metade dos óbitos era de menores de 35 anos (GDF, 1979). Reiteradamente, os entrevistados referiram sobrecarga das unidades hospitalares, insuficiência de oferta de serviços básicos e dificuldade de acesso da população aos serviços.

Tabela 2 – Rede de serviços de saúde do Distrito Federal, em 1979

REGIÃO	UNIDADES DE SAÚDE	LEITOS	AMBULATÓRIO	MÉDICOS	DEMAIS PROF. SAÚDE	POPULA ÇÃO
PLANO PILOTO	Hospital de Base do DF	780	84	386	722	273544
	HR* da Asa Sul	211	24	117	280	
	PS* de Brasília	0	11	24	10	
TAGUATIN GA	HR de Taguatinga	325	52	209	350	188760
CEILÂNDIA	PS de Ceilândia	0	10	20	10	257487
GAMA	HR do Gama	294	30	140	265	132940
SOBRADIN HO	Unidade Integral de Saúde de Sobradinho	186	49			62433
PLANALTIN A	HR de Planaltina	35	9	44	48	45813
BRAZLÂND IA	HR de Brazilândia	40	12	44	58	21147
GUARÁ	PS do Guará I	0	6	15	7	75992
	PS do Guará II	0	10	19	0	
NÚCLEO BANDEIRA NTE	PS do Núcleo Bandeirante	0	5	15	10	19872
DISTRITO FEDERAL	Hospital P. de Atendimento Psiquiátrico	92	5	20	48	Geral
TOTAL		1.963	307	1.053	1.808	1.077.988

Fonte: GDF, 1979.

Notas: *Hospital Regional; **Posto de Saúde.

Em uma análise rápida da oferta de serviços, observa-se que o sistema de saúde caracterizava-se pela centralização de recursos e meios, nos hospitais e para determinadas localidades do Distrito Federal. As consequências eram as grandes filas para marcação de consultas e o congestionamento nas emergências para tratamento de problemas resolvíveis por assistência básica (GDF, 1979). Esse panorama também caracteriza uma medicina dispendiosa, beneficiando minorias e voltada para necessidades individuais, especializada e insustentável financeiramente.

3.4 O PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL: DESENHO DA PROPOSTA, OBJETIVOS E DIRETRIZES GERAIS

O Plano Jofran Frejat (Plano JF), como ficou conhecido, proposto para mudar o sistema de saúde do Distrito Federal, tinha como objetivo solucionar o problema dos altos custos da assistência hospitalar e do modelo médico-assistencial centrado no procedimento individual curativo que se mostrava ineficaz para a resolução dos problemas de saúde da população. Considerava, também, a grande insatisfação, por parte da população, com a morosidade e a baixa qualidade do atendimento (GDF, 1979). Além disso, propunha-se enfrentar os impactos da migração rural para os centros urbanos, com a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde de boa qualidade, redução da sobrecarga hospitalar provocada pelos efeitos das precárias condições de vida e dos círculos viciosos doença-hospital-tratamento e alta-retorno-residência-desnutrição-ausência de saneamento-doença (GDF, 1979). Assim, o plano propôs como princípios norteadores, focar-se na saúde e não na doença, utilizar a vigilância sanitária e epidemiológica para o trabalho de saúde nas comunidades, equacionar os problemas, a partir das necessidades dos grupos familiares e regionalizar os recursos por área populacional.

Tanto na leitura do referido Plano, como na fala dos formuladores, consta uma leitura ampliada dos problemas que deveriam ser enfrentados naquele período, que ultrapassavam as questões circunscritas à saúde. Buscava-se ao mesmo tempo ampliar acesso, racionalizar custos e oferta, e atualizar o sistema de saúde para o enfrentamento das questões sociais próprias daquele período tais como a migração intensa, o êxodo rural e as precárias condições de vida.

O desenho do novo sistema de saúde incluía serviços de diferentes (GDF, 1980) complexidades, categorizados da seguinte forma:

- Grupamento I: centros e postos de saúde destinados à assistência primária a adultos e crianças, responsáveis pelo cuidado das doenças imunizáveis e transmissíveis, nutrição e puericultura, endemias, saneamento e educação sanitária, incluindo vigilância domiciliar, pré-natal, primeiros socorros e atendimento odontológico, de uma população de 25 a 30 mil habitantes.
- Grupamento II: hospitais regionais, responsáveis pela assistência intermediária, com especialidades básicas, dando apoio às unidades do Grupamento I. Além disso, teriam pronto-socorro geral, maternidade e berçário e assistência materno-infantil.
- Grupamento III: hospital de base, responsável pelo atendimento aos casos médicos de maior complexidade.
- Grupamento IV: contendo os hospitais encarregados da reabilitação ou redução de sequelas, voltado ao tratamento dos convalescentes, doentes crônicos e psiquiátricos.

As unidades de saúde do Grupamento I foram as que representaram a inovação da proposta, cujas equipes incluíam médicos especialistas em pediatria, gineco-obstetrícia e clínica médica, odontólogos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde, responsáveis pelas ações básicas (GDF, 1980). Esse grupamento propôs a construção de 35 novas unidades, que acrescidas das já existentes, corresponderiam a 40 centros de saúde possibilitando uma cobertura de 100% dos 1,2 milhões de habitantes.

As diretrizes gerais da política de APS davam grande relevo ao componente recursos humanos, com o objetivo de favorecer a admissão, o desenvolvimento e a permanência de pessoal qualificado em quantidade e qualidade. As principais diretrizes para a área de recursos humanos propostas pelo Plano Jofran Frejat, como ficou conhecido, eram:

a) compatibilizar os objetivos do sistema formador e utilizador de recursos humanos. Incluía-se, aqui, o treinamento dos agentes de saúde, reciclagem para o pessoal da rede enfocando “mais as necessidades do sistema de saúde e menos a sofisticação” e o envolvimento da Universidade de Brasília como principal universidade da região, que por meio de adaptações contribuiria para suprir as necessidades regionais do sistema de saúde;

b) utilizar para a maior parte do trabalho nos CSs, pessoal de nível médio e elementar. Para tanto a SES-DF estimularia a utilização de pessoal auxiliar para as atividades simples e extramurais, a criação de empregos e salários e privilegiaria o pessoal que residisse próximo das unidades de saúde;

c) aos profissionais de nível superior, a SES-DF estimularia o trabalho em locais distantes por meio de gratificação salarial, facilidade no transporte e seleção de pessoal

identificado com a comunidade. Por outro lado, desestimularia a valorização do trabalho intra-hospitalar;

d) o pessoal médico selecionado para o trabalho na APS deveria possuir formação em clínica médica ou em algumas das áreas básicas (pediatria ou gineco-obstetrícia) e seria evitada a contratação de especialistas para as atividades clínicas;

e) o odontólogo colaboraria no treinamento de pessoal “paramédico” para a execução de tarefas simples e realizaria avaliação periódica do estado de saúde oral da comunidade;

f) o pessoal de enfermagem treinaria e supervisionaria os agentes de saúde;

g) os especialistas em saúde pública realizariam planejamento, coordenação, supervisão e avaliação das atividades desenvolvidas em nível central, regional e local, participando da formação e da reciclagem do pessoal da equipe de saúde. Ante a pouca oferta desses especialistas, ações conjuntas entre UnB, MS e SES-DF seriam realizadas para a sua formação;

h) no sistema de saúde previam-se atividades de ensino e pesquisa médico-social em todos os níveis;

i) o lema adotado era “aprender trabalhando e trabalhar ensinando”.

Em relação ao processo de formulação da proposta, destacam-se adaptações e modelagens das ideias, que marcariam a trajetória da política, posteriormente:

A primeira ideia era estabelecer o médico de quarteirão como na Inglaterra. Entretanto, isto esbarrava na impossibilidade de credenciamento deste tipo de serviço no INAMPS e na inexistência de médicos generalistas no país, assim como na cultura popular que tinha o hospital como referência para todos os seus problemas. Então adaptou-se a idéia aos recursos disponíveis naquela época. Assim idealizou-se o Centro de Saúde (CS) onde se colocariam as especialidades médicas básicas (pediatria, gineco-obstetra e clínica médica), acrescidos de um diretor epidemiologista, sanitarista. Este último faria avaliação na regional e os demais fariam atendimentos nas especialidades básicas. O CS foi inicialmente pensado com uma forma de T: a equipe administrativa ficaria na vertical e na horizontal as clínicas básicas. Atrás de uma das abas do T teria um local com outra entrada para um pronto atendimento (Entr. 2).

Dois pontos merecem destaque aqui: primeiro, a composição da equipe médica nas unidades básicas de saúde, composta por especialistas, fruto de uma adaptação da APS do modelo inglês para o perfil dos médicos disponíveis no Distrito Federal. Essa característica marcaria uma resistência da corporação médica à ideia da APS, tendo em vista que alterava a organização da profissão até aquele momento, criando diferentes valorações técnicas e sociais entre as especialidades. Nesse período, a medicina vivia o apogeu da fragmentação da

profissão, com a valorização das habilidades técnicas, manuseio de densa tecnologia e da pesquisa, características mais presentes entre os especialistas, tornando a prática generalista impopular e desprestigiada (MCWHINNEY e FREEMAN, 2010: 15-23).

Outro ponto a ser destacado na formação da ideia foi a implementação de serviços de pronto-atendimento dentro do centro de saúde, como forma de promoção de mudanças culturais na população. Segundo um dos depoimentos, a proposta foi motivada por que:

[...] não mudaríamos a cultura da população de querer um atendimento na hora. Então ele dali mesmo retornaria para o CS para agendar o atendimento. Uma tentativa de mudar a cultura da população aos poucos. Não abandonava o pronto atendimento completamente (Entr. 2).

Na verdade, mais do que tentar mudar aos poucos a cultura da população, nessa proposta estava contida uma das estratégias de redução das filas e da sobrecarga das emergências hospitalares. Já continha uma visão sobre a APS como complementar e acessória aos hospitais, cujo impacto positivo seria mensurado pela sua capacidade de modificar a relação entre a quantidade de atendimentos hospitalares e ambulatoriais no Distrito Federal.

O Plano Jofran Frejat também incorporava e dava materialidade a alguns preceitos da Declaração de Alma Ata, tais como a hierarquização da assistência, a referência e a contra-referência, além da regionalização dos serviços. Adicionalmente, incluiu outros profissionais de saúde como atores importantes na ampliação da oferta de serviços de APS, além de apontar a necessidade de mudança na formação dos profissionais, especialmente dos médicos. Do ponto de vista epidemiológico, buscava a melhoria dos indicadores, particularmente, os de mortalidade infantil e materna (FREJAT, 1999).

3.4.1 O processo de implantação do Plano Jofran Frejat no período de 1980 a 1994

O processo de formulação da proposta foi beneficiado pelas características políticas e demográficas do final da década de 70 e início da de 80 quando, iniciada a fase de enfraquecimento do regime ditatorial já se iniciavam a dinâmica da redemocratização do país. Contudo, o processo de implantação do novo plano foi duramente afetado por todos os eventos que caracterizaram o cenário nacional e local.

O primeiro problema para a implantação do Plano Jofran Frejat foi a obtenção dos recursos financeiros para financiamento das novas unidades. Segundo depoimento,

[...] parte dos recursos foram obtidos no MPAS por meio da articulação entre o Ministro da época, Sr. Jair Soares e o Governador do DF, Sr. Lamezon. Aquele Ministério se comprometeu a financiar 17 CS. Outra parte foi obtida na Fundação Banco do Brasil, que se prontificou a financiar 2 CS na Asa Norte onde residiam os bancários. A partir do êxito dos primeiros CS o GDF financiou os demais com recursos próprios (Entr. 2).

Embora citado como dificuldade, foi destacado que o processo de implantação inicial foi relativamente fácil e rápido,

[...] pela existência de recursos para a implantação física e contratação de novos profissionais. A existência da FHDF que realizava concursos, com agilidade para nomeações, facilitava muito. Tanto é que os primeiros documentos nasceram em 1980 e as primeiras unidades já estavam implantadas em 82, e há estudos nos anos de 83-84 que mostram a redução de mais de 50% dos atendimentos nas emergências dos hospitais e com uma participação importante das UBS no atendimento a população (Entr. 5).

Em âmbito federal, a proposta também foi apoiada pelo Projeto de Racionalização Ambulatorial do Plano CONASP (BRASIL, 1982) e posteriormente pela proposta das Ações Integradas de Saúde (AIS) (BRASIL, 1985). Essas propostas consistiam em se efetivar convênios trilaterais entre Ministérios da Previdência e Assistência Social, Ministério da Saúde e Ministério da Educação com municípios para o fortalecimento da rede básica ambulatorial e contratação de recursos humanos. Assim, a construção dos primeiros 33 Centros de Saúde, entre dezembro de 1980 e dezembro de 1981 (GDF, 1982), foi facilitada porque existiam projetos nacionais voltados para a extensão de cobertura da atenção primária à saúde da população, com baixos custos (HILDEBRAND, 2008).

Contudo, nos anos seguintes e, especialmente de 1988 a 1992, a continuidade e a manutenção do ritmo de implantação foram bastante afetadas pelo contingenciamento de recursos financeiros para o setor saúde:

O GDF não participava com mais do que 2% dos recursos para a saúde. Não havia uma fonte definida e tampouco havia Lei que regulamentasse a destinação de recursos para a saúde no DF. Tínhamos que garimpar recursos da previdência disputadas pelo Brasil inteiro, sem normas de distribuição para a saúde em âmbito nacional. O grande problema foi escassez de recursos (Entr. 5).

O financiamento da saúde era um problema nacional que só foi objeto de intervenção em 1996, com a publicação pelo MS, da Norma Operacional Básica (NOB-96) e a criação do Piso da Assistência Básica (PAB). O PAB refere-se aos recursos financeiros, calculados com

base em valor nacional *per capita*, repassados fundo a fundo aos municípios, de forma regular e automática (BRASIL, 2007: 109).

3.4.2 Os atores e grupos envolvidos no desenvolvimento do Plano de Assistência a Saúde do Distrito Federal

Na formulação e implantação da proposta da APS no Distrito Federal, a corporação médica exerceu influência importante. Dentre os gestores e formuladores, temia-se transformar os CSs em unidades sem resolutividade, em “rebocoterapia”¹⁹, com práticas restritas à realização de triagem e transferência dos problemas para os hospitais, assim como temia-se a segmentação entre os médicos dos CSs e dos hospitais, com desvalorização dos primeiros. Propôs-se que todos os médicos contratados pela FHDF começariam a trabalhar nos CSs localizados na periferia, intercalando plantões nos hospitais regionais. Creditou-se a essa estratégia a diminuição das assimetrias na valoração social dos médicos e aumento da responsabilidade na resolução dos problemas de saúde dos usuários nos CSs.

Os pediatras, gineco-obstetras e clínicos, com formação especializada, ao serem removidos dos hospitais para os CSs, passaram a realizar ações básicas, denominando-as de um trabalho “generalista dentro da especialidade”²⁰. Essa reorganização do trabalho médico implicava a criação de vínculo com a comunidade e responsabilização por grupos populacionais, contrapondo-se ao pensamento hegemônico predominante de que a assistência à saúde acontecia de fato no ambiente hospitalar mediante a atuação de especialistas:

Você tinha que saber muito da pequena área em que você estudava. Essa lógica batia frontalmente com a lógica da APS e eram estes médicos que entravam no CS para atuar de forma pactuada. Como ele poderia fazer isto sem acreditar (Entr. 5).

¹⁹ Termo empregado por um dos entrevistados para definir atendimentos médicos que se resumem a ouvir as queixas e encaminhar os casos para outros profissionais ou serviços, sem nenhuma resolutividade para o caso.

²⁰ Informações fornecidas pelo entrevistado nº 3.

A ideia de hierarquização dos serviços assistenciais que se estava adotando, desde a década de 60, pressupunha a existência de três níveis de atenção. No nível primário, os médicos generalistas prestariam atendimento pessoal contínuo e abrangente, e sendo clínico geral²¹ ou especialista, desenvolveriam uma prática voltada ao acompanhamento de adultos e crianças em geral. No nível secundário, lugar dos especialistas, o atendimento médico se voltaria às pessoas com problemas dentro de cada especialidade, em geral encaminhadas por um médico do nível primário; no nível terciário, composto por serviços altamente especializados, disponíveis em centros regionais, de alta tecnologia e alto custo, voltava-se para a resolução de problemas que exigem conhecimento altamente especializado (MACWHINNEY e FREEMAN, 2010; GOTTEMS *et al.*, 2008).

Assim, além dos aspectos relacionados à configuração da medicina, naquela época centrada no modelo biomédico e hospitalocêntrico, a corporação médica opunha-se ao projeto de Jofran Frejat, pela necessidade de remoção dos médicos dos hospitais para os CSs, repercutindo em reorganização do trabalho médico, conforme ilustrado no depoimento a seguir:

A contraposição daqueles que estavam no hospital era de que os recursos que estavam indo para os CS, se fossem para o hospital, resolveriam de fato os problemas de saúde da população (Entr. 5).

A ideia do sistema de referência e de contra-referência, que sustentava a relação entre o hospital e o CS, também, constituiu um ponto nevrálgico da proposta. Segundo um dos entrevistados:

[...] nunca se conseguiu fazer um sistema de referencia e contra-referência que valorizasse o CS. Pensava-se que se você encaminhasse ao especialista, informava ao paciente que você não tinha capacidade para resolver o problema como um todo. Insistia-se para que fôssemos generalistas dentro da especialidade. Se o paciente tinha uma Infecção do Trato Urinário, passível de ser tratada no CS, era para tratar e não encaminhar ao nefrologista; se o paciente tinha uma diarreia, era para tratar e não encaminhar ao gastro, etc. Mas nem todos faziam isto e os encaminhamentos indevidos foram irritando os colegas do hospital que passaram a rasgar os encaminhamentos, denegrindo as ações dos especialistas nas ações básicas (Entr. 3).

²¹ Clínico geral era a denominação dada ao médico com formação generalista, predominante na Europa e na América do Norte, no século XIX, com pouca diferenciação em suas funções. No início do século XX passou a ser relacionado a um tipo obsoleto de medicina, distante do conhecimento científico, entrando em declínio em nome de uma formação especializada, que acompanhava os altos investimentos em pesquisas de laboratório e de desenvolvimento de tecnologias médicas (MACWHINNEY e FREEMAN, 2010: 18-19).

O depoimento reforça a tese que a formação e a cultura médica no Brasil não comportavam o ideário da rede de cuidados de complexidade crescente, que nasceu nos primeiros desenhos de referência e contra-referência e se desenvolveu, posteriormente, nos construtos teóricos sobre as linhas de cuidados (MALTA *et al.*, 2004). Desde a década de 80, essa insuficiência na formação tem sido um obstáculo para a organização de sistemas de saúde a partir da APS.

Entre os demais atores citados pelos entrevistados, importantes neste período, incluem-se os professores e pesquisadores da UnB, especialmente na formulação e gestão da política de saúde, na concepção do papel do que viria a ser o Agente de Saúde, no estímulo da Faculdade de Ciências da Saúde para a proposição de políticas que possibilitassem a mudança da formação dos profissionais de saúde, retirando-os do hospital e atuando na comunidade.

A defesa da ideia da APS também veio da corporação de Enfermagem que apoiou a criação dos Centros de Saúde. Contudo, esse apoio não ocorreu sem restrições. Nos anos de 1984 a 1988 houve movimento da enfermagem que tinha como bandeira a profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem²². Em âmbito nacional, o principal problema eram os atendentes de Enfermagem que deveriam, por determinação legal, ou saírem do mercado de trabalho ou formarem-se como Auxiliares de Enfermagem. No Distrito Federal, esse movimento estendeu-se contra os Agentes Comunitários. Segundo o depoimento de um ex-secretário de saúde, a disputa sobre o ACS foi mais forte de 84 a 88 e, agregado ao êxodo dos médicos, contribuiu para a APS não avançar.

Nesse período, os atores em destaque foram as lideranças médicas da FHDF e da UnB capazes de articulações com os candidatos ao Governo e de apresentar proposta. Houve, então, um desempenho de empreendedorismo político que, tanto aproveitou a oportunidade quanto contribuiu para abrir a janela que permitiu que o Plano JF fosse apresentado, disseminado, aceito e implantado. Tanto a oposição, quanto o apoio à proposta estavam centrados em argumentos técnicos mais do que políticos, dado o momento histórico do país, de ditadura militar.

²² Havia um contingente de aproximadamente 250 mil trabalhadores de saúde que realizavam ações de enfermagem sem qualificação técnica e sem escolaridade fundamental (GÖTTEMS, 2007).

3.4.3 As mudanças no sistema de saúde decorrentes da implantação do Plano de Assistência à Saúde nos anos 1980 a 1994

Além dos problemas, em relação aos recursos e à resistência da corporação médica, a proposta teve dificuldades decorrentes de suas fragilidades, podendo ser citadas críticas à tradução do ideário de Alma Ata e aos problemas relativos à infraestrutura dos serviços implantados. Em relação ao ideário, foi citada a confusão dos termos atenção primeira, como sinônimo de atenção primária, de primarismo, para pobre. Refere-se, que boa parte das resistências foi decorrente dessas confusões.

Em relação às fragilidades da proposta, citam-se os próprios desenhos dos CSs, como uma questão importante, tendo em vista que continuam presentes até o momento²³:

a) os postos foram superdimensionados, com 800m², não sendo possível reduzir o tamanho após a aprovação dos planos e definição dos recursos;

b) os médicos generalistas foram substituídos pelo clínico, pelo gineco-obstetra e pelo pediatra, especialidades consideradas como ações básicas e que deviam ser alocados no centro de saúde. A equipe de um CS era, então, composta por 3 clínicos, 3 pediatras e 3 gineco-obstetras, acrescida da equipe de enfermagem e 10 agentes de saúde para cada centro de saúde;

c) a localização geográfica dos CSs obedeceu ao plano urbanístico de Brasília, que já tinha locais definidos para unidades de saúde, comércio, residências, inviabilizando mudanças que favorecessem a acessibilidade da população às UBSs;

d) a ideia do Pronto-atendimento dentro do CS foi, gradativamente, sendo substituída pela implantação da odontologia nas ações básicas, considerada posteriormente como estratégia extremamente inovadora;

e) a inexistência de pactuação com a população e participação dessa na formulação e implantação.

Conforme depoimento de um dos entrevistados,

[...] o plano foi elaborado, a construção das unidades foi feita, os profissionais contratados, mas a execução em si foi feita por profissionais formados no modelo hospitalar e a pactuação com a população não existiu porque não era a lógica da época. A população era alvo de ação e não atuante dela. E isto é um problema grave porque não existe um modelo de APS sem esta pactuação entre profissionais de saúde e população (Entr. 5).

²³ Síntese a partir das entrevistas.

A despeito das fragilidades no desenho da proposta, ainda que não seja possível precisar as mudanças nos indicadores sociais e epidemiológicos, dada a dificuldade de se obterem registros do início da década de 80, é possível inferir algumas repercussões. A primeira grande mudança foi a estruturação de uma rede física com ampliação do acesso aos serviços pela população do Distrito Federal. Registra-se que, em 1979, o sistema de saúde do Distrito Federal contemplava 1,82 leitos para cada 1000 habitantes e apenas 5 unidades básicas para uma população de 1.077.988 habitantes. Em 1983, já existia 1,2 CS para cada 30 mil habitantes e 1,9 leitos por 1000 habitantes. Houve redução gradativa nos atendimentos hospitalares. Segundo Frejat (1983), o impacto positivo da reorganização do sistema de saúde pode ser verificado na mudança do perfil de atendimentos comparando-se aqueles realizados na emergência dos hospitais e aqueles realizados nos ambulatórios, que incluem principalmente os centros e postos de saúde (Tabela 2).

Tabela 3 – Evolução dos atendimentos e consultas ambulatoriais e emergências no SUS-DF, no período de 1979 a 1982. Brasília-DF, 1983

<i>Ano</i>	<i>Total</i>	<i>Ambulatório</i>	<i>Emergência</i>	<i>Ambulatório</i>	<i>Emergência</i>
1979	2015516	92915288	108636312	46,1	53,9
1980	2178127	101500718,2	101500718	46,6	54,4
1981	2668468	131822319,2	131822319	49,4	50,6
1982	3041034	193105659	193105659	63,5	36,5

Fonte: Frejat, 1983

Dados obtidos na SES-DF indicam, entretanto, que o comportamento desse indicador não seguiu essa tendência nos primeiros anos da década de 90, corroborando as falas dos entrevistados a respeito das dificuldades na manutenção da APS na agenda de prioridades do governo. Em uma rápida análise da Tabela 3, observa-se uma gradativa diminuição nas diferenças dos percentuais de atendimentos ambulatoriais e hospitalares que se aproximam aos dados do início da implantação do Plano Jofran Frejat.

Tabela 4 – Evolução dos atendimentos e consultas ambulatoriais e emergências no SUS-DF. Brasília-DF, 1994

Ano	Total	Ambulatório	Emergência	Ambulatório	Emergência
1993	4.410.000	2.296.000	2.113.000	52%	48%
1994	4.472.000	2.327.000	2.146.000	52%	48%

FONTE: Relatórios Estatísticos Mensais das DRS's / DICOAS/SUPRAC/SES-DF.

Avaliações sobre a proposta Frejat, publicadas em documentos recentes do GDF indicam que, em termos de infraestrutura física, houve avanços no cuidado primário. Todavia, constatou-se limitação na formação de profissionais adequados ao modelo, resultando no “gradativo retorno da demanda espontânea aos serviços de emergência hospitalar e abandono dos centros de saúde pela população e pelos profissionais” (GDF, 2005: 37). Contribuíram para esse regresso a dificuldade de envolvimento da comunidade na vocalização de demandas, a centralização da gestão, a baixa permeabilidade das questões sociais e a intensa mudança demográfica no Distrito Federal.

Em relação aos indicadores epidemiológicos, a situação dos primeiros anos da década de 80 foi profundamente modificada, especialmente exemplificada pela redução da mortalidade infantil. A mortalidade infantil da Regional de Ceilândia, que era de 100 para cada 1000 nascidos vivos, foi reduzida para 30/1000. O Distrito Federal tornou-se referência nacional e houve significativa redução dos atendimentos nas emergências.

3.5 AS INFLUÊNCIAS DOS EVENTOS RELACIONADOS NACIONAIS E LOCAIS NA IMPLANTAÇÃO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL NO PERÍODO DE 1980 A 1994

3.5.1 A Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde

O período de 1980 a 1994 foi marcado por sucessivos eventos nacionais e locais, diretamente relacionados à organização do sistema de saúde do Distrito Federal. No âmbito nacional, citam-se a crise da Previdência e a criação do Plano CONASP, em 1981; a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1987; a proposição do Programa das Ações Integradas de Saúde (AIS), o movimento da Reforma Sanitária; a promulgação da Constituição de 1988; a criação do SUS, com a publicação das Leis nº 8.080 e nº 8.142, em 1990; a publicação das primeiras Normas Operacionais que ordenariam o funcionamento do SUS, nos anos 1991, 1992 e 1993.

No início da década de 80, a crise da Previdência já era pública. O PREV-SAÚDE já havia sido abandonado, a pressão sobre o governo federal era grande, levando-o a editar o chamado “pacote da Previdência”, que limitava o teto financeiro da Assistência Médica em 400 bilhões de cruzeiros (PAIM, 2007). A crise era maior do que o desequilíbrio entre receitas e despesas e resultava de um conjunto de políticas que tinham a haver com a economia:

- a) desemprego crescente e redução do valor real do salário, face à inflação;

- b) redução significativa do número de contribuintes autônomos;
- c) diminuição da parcela de contribuição do governo (10% no início da década de 70 e 3,4% em 1981);
- d) sonegação das empresas, cujas dívidas acumuladas, quando pagas, eram divididas sem juros e correção monetária (PAIM, 1984; 2007).

Assim, em 1981 o Governo criou o Conselho Consultivo de Administração de Saúde e Previdência (CONASP), que formulou o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social. O plano tinha como princípios a prioridade às ações primárias; a integração entre as instituições federais, estaduais e municipais em um sistema regionalizado e hierarquizado; a utilização plena da capacidade de produção; o estabelecimento de níveis orçamentários; a administração descentralizada de recursos; a participação complementar da iniciativa privada; critérios racionais de prestação de serviços, para melhorar as condições de atendimento; simplificação do pagamento de serviços com o controle dos órgãos públicos; racionalização da prestação de serviços de custo elevado e implantação gradual da reforma com reajustes eventuais (BRASIL, 1982; ANDRADE, 2010).

Segundo Paim (2007) o Plano de Reorientação encontrou um ambiente profícuo com as eleições diretas para governador no final de 1982, e a criação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), as quais possibilitaram que os convênios tripartites, que envolviam o INAMPS e as secretarias estaduais e municipais de saúde, transformassem-se no ano seguinte no Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS). As AISs, como ficaram conhecidas, foram expandidas e fortalecidas em termos orçamentários e consideradas como estratégia-ponte para a reorientação das políticas de saúde e para a reorganização dos serviços (PAIM, 1986). As AISs eram caracterizadas por conterem princípios e objetivos consistentes com os do movimento de democratização da saúde; planejamento e administração descentralizados; instâncias deliberativas permeáveis à negociação política; possibilidade concreta da participação popular organizada; percurso para o estabelecimento do sistema unificado de saúde; respeito aos princípios federativos; respaldo das forças sociais atuantes no setor; perspectivas mais concretas de viabilidade; incorporação do planejamento à prática institucional; responsabilidade das universidades na formulação e na implementação das políticas de saúde (PAIM, 1986; MENDES, 1999). No caso do Distrito Federal, essa estratégia é uma das mais citadas como reorientadora para que o sistema de saúde tivesse a APS como centro.

A década de 80, no campo da saúde, foi reconhecidamente o período em que se consolidava o movimento pela Reforma Sanitária²⁴, que induziu e influenciou vários processos que culminaram na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Iniciado intenso debate intelectual e político promovido pelo CEBES, desde 1976, o movimento ampliou-se pela criação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a mobilização nacional pelas “Diretas já”, culminando com a elaboração do Programa de Governo de Tancredo Neves (PAIM, 2007).

A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, foi considerada como o momento mais importante da década (MENDES, 1999), ápice do Movimento da Reforma Sanitária. Debateu-se, nessa Conferência, a saúde como direito inerente à cidadania; a reformulação do sistema nacional de saúde e o financiamento do setor saúde, propiciando as bases para a formulação do capítulo sobre a Saúde, na Constituição de 1988 (PAIM, 2007). Posteriormente, seguiu-se a criação do Sistema Único de Saúde, com as Leis nº 8.080 e nº 8.142, em 1990. Cabe destacar, aqui, que a década de 80 foi marcada pela deterioração da situação cambial do país, da aceleração inflacionária, da recessão e da ruptura de um padrão de crescimento apoiado na articulação solidária entre Estado, empresas multinacionais e empresas privadas nacionais (MENDES, 1999).

Os primeiros passos da implantação do SUS, do período de 1990 a 1994, foram orientados pelas Normas Operacionais Básicas (NOB), instituídas por meio de portarias ministeriais. Tais normas definiram as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados e municípios pudessem assumir as novas atribuições no processo de implantação do SUS; definiram, também, critérios para que estados e municípios se habilitassem a receber recursos do Fundo Nacional de Saúde para seus respectivos fundos de saúde, para verificar as condições de gestão dos novos compromissos. As primeiras Normas foram os instrumentos utilizados para a definição de estratégias operacionais, que reorientaram a operacionalidade do SUS com o objetivo de induzir e estimular mudanças, aprofundar e reorientar as estratégias, prioridades, diretrizes e movimentos tático-operacionais, além de regular as relações entre gestores (BRASIL, 2007).

²⁴ A Reforma Sanitária é profundamente analisada por Paim (2007: 151), que a define como uma reforma social centrada nos seguintes elementos: a) democratização da saúde, o que implica em elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo acesso igualitário e universal e participação social na formulação e gestão das políticas; b) democratização do Estado e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, bem como fomentando a ética e a transparência nos governos; c) democratização da sociedade e da cultura, alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na organização e distribuição justa de riquezas, seja na adoção de uma totalidade de mudanças em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral.

Nos anos 1991, 1992 e 1993, as NOBs defiram as relações entre as esferas de governo, especialmente, no que se refere ao repasse de recursos e à forma de organização da assistência. No Quadro 7, apresenta-se uma síntese das principais características de cada uma das NOBs.

Quadro 7 – Síntese das normas operacionais básicas dos anos 1991 a 1993

NORMA	CONTEUDO/CARACTERISTICAS
NOB - SUS 01/1991	<ul style="list-style-type: none"> • Foi editada ainda pelo Inamps; • Equiparou prestadores públicos e privados, no que se refere à modalidade de financiamento, que passou a ser, em ambos os casos, por pagamento pela produção de serviços; • Centralizou a gestão do SUS em nível federal (INAMPS); • Estabeleceu o convênio como a forma de transferência de recursos do INAMPS para os estados, Distrito Federal e municípios; • Considerou como “municipalizados”, dentro do SUS, os municípios que atendessem aos seguintes requisitos básicos: criação dos Conselhos Municipais de Saúde; criação do Fundo Municipal de Saúde; Plano Municipal de Saúde aprovado pelos respectivos Conselhos; Programação e Orçamento da Saúde (PROS) como detalhamento do Plano de Saúde; Contrapartida de recursos para a saúde do seu orçamento e Constituição de Comissão de Elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) com o prazo de dois anos para a sua implantação; • Criou o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) para o controle dos pagamentos dos prestadores de serviços.
NOB – SUS 01/1992	<ul style="list-style-type: none"> • Aprovada por meio da Portaria nº 234 de 7 de fevereiro de 1992, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde; • Tinha como objetivos: normatizar a assistência à saúde no SUS, estimular a implantação, o desenvolvimento e o funcionamento do sistema, e dar forma concreta e instrumentos operacionais à efetivação dos preceitos constitucionais da saúde; • Mantém o INAMPS como órgão responsável pelo repasse de recursos financeiros aos municípios e estados, dando continuidade ao que estava previsto na NOB 01/91; • Cria o Pró-Saúde, com o objetivo de reorganizar os serviços de saúde com a participação das três esferas de governo.
NOB - SUS 01/1993 (NOB/SUS 01/93)	<ul style="list-style-type: none"> • Editada pela Portaria nº GM/MS 545, de 20 de maio de 1993; • Formalizou os princípios aprovados na 9ª Conferência Nacional de Saúde (realizada em 1992), que teve como tema central “a municipalização é o caminho”, e desencadeou um amplo processo de municipalização da gestão, com habilitação dos municípios nas condições de gestão criadas (incipiente, parcial e semiplena); • Criou a transferência regular e automática (fundo a fundo) dos recursos da assistência para municípios (da União para o Município); • Possibilitou a constituição das Comissões Intergestores Bipartite (de âmbito estadual) e Tripartite (nacional), como importantes espaços de negociação, articulação, integração entre gestores (União, Estados e Municípios).

Fonte: Brasil (1991; 1992; 1993; 2007).

As Normas acompanharam a evolução e o amadurecimento do processo de implantação do SUS, orientando a descentralização dos recursos e do processo decisório, especialmente, para os municípios. É interessante notar que o Distrito Federal, por ser município e estado, poderia ser duplamente beneficiado. Contudo, a questão relativa ao repasse de recursos foi, sem dúvida, uma das questões mais complexas que ocuparam os anos seguintes. Neste ínterim, o sistema de saúde do Distrito Federal já incorporara os princípios de descentralização na execução dos serviços, hierarquização da assistência e participação popular, mas ainda não incorporara a descentralização da gestão dos recursos. Apesar do estímulo e da ambiência para propostas inovadoras e pautadas na APS, a questão do financiamento continuava sendo um dos pontos nevrálgicos da relação entre as três esferas de governo.

3.5.2 O processo político no Distrito Federal no período de 1980 a 1994

De 1960 a 1969, Brasília foi governada por prefeitos indicados pelo Presidente da República²⁵. A partir de 1969, criou-se o cargo de governador pela Emenda Constitucional nº 1, de 1969²⁶. Essa mesma emenda instituiu a Comissão do Distrito Federal no Senado, que funcionava como legislativo, homologava as decisões do Executivo local, apreciava projetos de lei e indicações dos conselheiros do Tribunal de Contas do Distrito Federal (DISTRITO FEDERAL, 2000; ABREU, 2007). Em 1986, a Emenda Constitucional nº 25 assegurou o direito a Brasília, de eleger sua representação política em nível nacional, composta por oito deputados federais e três senadores, e possibilitou, também a eleição dos representantes do Distrito Federal na Constituinte e devolveu aos partidos o direito de reorganização e funcionamento regulamentado em lei (ABREU, 2007).

Em 1988, a Constituição Federal concedeu autonomia política ao Distrito Federal, com eleições diretas para governador e deputados distritais, previstas para 1989. Em 1990, 30 anos depois da criação, assume o primeiro governador eleito do Distrito Federal, além dos 24 deputados distritais eleitos, compondo o Poder Legislativo²⁷ (ABREU, 2007). Brasília foi

²⁵ De 1960 a 1969, 12 prefeitos governaram Brasília, indicados pelo Presidente da República, sendo o primeiro deles o Sr. Israel Pinheiro.

²⁶ Os primeiros governadores nomeados foram Israel Pinheiro, Paulo Tarso, José Sette Câmara, Ivo Magalhães, Plínio Reis, Wadja Gomide, Hélio Prates, Elmo Serejo Farias, Aymé Lamaison, José Ornelas Ronaldo Couto, José Aparecido e Joaquim Roriz.

²⁷ Segundo Rocha (2003), a atividade política dos deputados distritais, desde 1991, quando foi instalada a Câmara Legislativa do Distrito Federal, tem se apresentado sob tensão, tanto pela questão vocacional de Brasília como cidade político-administrativa, quanto pela questão econômica – baseada na existência de um mercado emergente e complexo. A tensão se dá pelo papel de Brasília como importante centro de influência regional do Entorno e quanto à divisão de papéis a serem exercidos pelo Executivo e Legislativo.

emancipada, antes de conquistar a autonomia local, uma vez que elegeu Deputados Federais e Senadores antes mesmo de ter a Câmara Legislativa Local criada. Houve um movimento pró-municipalista para Brasília, liderado por representantes do comércio local e de imobiliárias, vindos principalmente de Taguatinga, que não logrou êxito. Assim, Brasília seguiu a tendência mundial de ausência de Assembleia de Vereadores, assim como Washington D. C. (ABREU, 2007).

A Constituição Federal, de 1988 instituiu as competências legislativas do Distrito Federal e criou as Regiões Administrativas (RAs) para favorecer a descentralização administrativa. As RAs são representadas na Câmara Legislativa. Com as eleições em 1990, o Distrito Federal viveu sua primeira legislatura, no período de 1991 a 1994 (ABREU, 2007). Assim, os anos de 1988, 1989 e 1990 representaram uma época de transição, com a saída do Governador Aparecido e a entrada do Governador Joaquim Roriz, já em uma época de nova república.

No campo da gestão da SES-DF, o depoimento do gestor da época informa que não houve grandes interferências políticas:

As nomeações eram realizadas seguindo-se critérios técnicos, inclusive de tendências partidárias contrárias a do governador. Foi um período de gestão difícil especialmente por falta de recursos. Foram implantadas mais alguns CS, foram criadas gratificações para os profissionais de saúde como tentativa de reverter a evasão destes da APS. Também se investiu em treinamentos e se adotou o slogan “vida nova na saúde” como formas de fortalecendo a APS em uma lógica sistêmica (Entr. 5).

Nos primeiros anos da implantação do Plano de Assistência à Saúde do Distrito Federal, em um contexto de regime ditatorial, as dificuldades eram identificadas e gerenciadas com “mão forte” pelos gestores da saúde, parafraseando a fala de um dos entrevistados. Contudo, no período de 1983 a 1996, a política de saúde e, especialmente a APS no Distrito Federal, foi fortemente influenciada pelo início da organização político-partidária e pelas dificuldades na captação de recursos. A corporação médica, categoria profissional mais organizada, por meio do Sindicato dos Médicos representou a maior oposição à ideia da APS, nos anos de 1984 a 1988, incorporando grande dificuldade na provisão de médicos nas unidades básicas de saúde. Em parte, essa questão é explicada pelas mudanças políticas do país, que já não admitiam decisões centralizadas e ditatoriais. Conforme um dos depoimentos, antes

[...] se administrava com mão forte, porque a lógica política admitia isto. Depois com a nova república, com a lógica da administração de forma mais participativa ficou mais difícil. Quando você tinha uma mão forte no governo você entrava na APS e lá ficava, você acessava a secretaria, como médico de uma das três áreas básicas exclusivamente pela APS. Ninguém ia para o hospital sem passar pela APS, ninguém vinha para o Plano Piloto sem passar pela periferia, não existia cessão. Durante os primeiros anos, de 1980 a 1984-5, os 40 CS estavam plenamente lotados. Aí começa a debandada (Ent. 5).

As consequências desses enfrentamentos são exemplificadas no perfil de atendimentos dos serviços hospitalares, indicador adotado desde o início da implantação do Plano Jofran Frejat, para mensurar o êxito da proposta:

Até o ano de 1984 a atendimento nas emergências representava 50% do total; de 1984 a 1989 aumentou mais de 50% o atendimento nas emergências (Entr. 5).

A primeira conferência de saúde do Distrito Federal, que aconteceu em 1985, foi marcada pela proeminência dos primeiros grupos político-partidários. Realizada em um momento de preparação para uma eleição que se aproximava, os grupos já estavam organizados. De acordo com um dos entrevistados,

[...] este processo de abertura política, obviamente importante para a população, trouxe para a saúde a ideologia partidária além da setorial. Acrescentou um tempero às discussões que são validas para o processo democrático, mas é um fator a mais de dificuldade porque nem sempre as discussões estão na lógica do setor saúde. Este foi o ingrediente que entra no final da década de 80 na 1ª conferência de saúde (Entr. 5).

A transição política do Distrito Federal e os primeiros movimentos partidários têm reflexos no processo de formação da política de APS, seja porque repercutiram em mudanças na gestão do sistema de saúde que deixou de ser centralizador e autoritário, seja porque favoreceram a vocalização das primeiras críticas ao modelo proposto por Jofran Frejat, especialmente publicizados na Conferência Distrital de Saúde de 1985. Segundo depoimentos, as críticas eram de que “a idéia foi muito boa, a execução foi autoritária, não participativa, sem treinamento, sem pactuação, um projeto que não podia dar certo” (Entr. 5).

3.5.3 A transição demográfica do Distrito Federal, no período de 1980 a 1994

A transição demográfica foi um dos problemas mais citados pelos entrevistados, dentre aqueles que impuseram dificuldades para a implantação e manutenção da cobertura populacional pelas unidades básicas de saúde:

O problema foi a superpopulação. O Roriz deu terreno a todo mundo então veio gente de todo o mundo. (Entr. 1).

Aqui em Brasília não ampliaram a rede física conforme o aumento populacional. (Entr. 2).

Desde a sua criação, em 1960, o Distrito Federal tem sido fortemente modificado, em função da intensa transição demográfica que nele operou-se. Em uma rápida retrospectiva, em 1957, quando da construção de Brasília, residiam aproximadamente 12.283 pessoas nas cidades de Planaltina, Brazlândia e fazendas próximas. A partir de então, a população do Distrito Federal tem se formado por fluxos migratórios caracterizados por contingentes populacionais que se diferenciam quanto à origem e função que vêm desempenhar na cidade (GDF, 2006). A evolução da população do Distrito Federal, no período de 1957 a 1996, pode ser visualizada na Tabela 4.

Tabela 5 – Evolução da população do DF, TMGCA* e densidade demográfica, de 1957 a 1996

Anos	População	TMGCA	Hab/Km ²
1957	12.283		2,12
1959	64.314	128,82	11,11
1960	140.164	117,94	24,21
1970	537.492	14,39	92,84
1980	1.176.935	8,15	203,30
1991	1.601.094	2,84	276,57
1996	1.821.946	12,62	314,72

Fontes: Projeções Populacionais - Brasil e Grandes Regiões – IBGE e Censo Demográfico – IBGE - Dados elaborados pela SEPLAN, 1996.

* Taxa Média Geométrica de Crescimento Anual, entre períodos.

Observa-se que, até 1970, há predominância da contribuição migratória sobre a vegetativa, na composição da taxa de crescimento, motivada pela política governamental de incentivo à migração de mão de obra para a construção de Brasília (GDF, 2006). Nas décadas de 60/70 e 70/80, as correntes migratórias constituíam o principal fator de formação da população do Distrito Federal, com 358.014 e 488.546 migrantes, respectivamente (GDF,

2006: 31). No período de 1980 a 1981, ainda de acordo com a mesma fonte, o número de migrantes diminuiu, consideravelmente, apresentando média anual de 8.966, e taxa média geográfica anual de 2,84.

Peluso (2003)²⁸ analisa o processo de ocupação do espaço urbano da capital federal e refere que no GDF, em sua atuação para resolver os problemas de moradia e abrigar os fluxos migratórios, o processo teve quatro momentos distintos: ao primeiro, em que pretendeu fixar Brasília, deu-lhe caráter irreversível. Nesse período buscava-se o “onde” alocar os migrantes, com a construção de cidades satélites. A cidade constituía um imenso canteiro de obras e os migrantes fixavam-se dentro dos limites do Plano Piloto, em habitações criadas pelas próprias construtoras²⁹. No segundo período, no início dos anos 70, Brasília já estava estruturada e polinucleada. As autoridades já se apresentavam temerosas com o grande crescimento populacional de Brasília e com as pressões sobre os equipamentos públicos, sobre a terra e a função da cidade. Entre os anos 70 e 80, Brasília havia duplicado sua população e a oferta de moradias era um grande incentivo às migrações (PELUSO, 2003).

O terceiro período, quase no final do regime ditatorial e início da transição política do país e do Distrito Federal, a gestão do território foi incorporada no projeto eleitoral dos políticos locais (PELUSO, 2003). Era necessário apaziguar as pressões da classe média, do mercado imobiliário e dos pobres sem moradia. As novas invasões multiplicavam-se, e as antigas aumentavam o clima de tensões, de ocupação de terras e retirada de invasores. Foi por essa razão que se criou, por exemplo, em 1984, a cidade de Samambaia, regularizaram-se os antigos acampamentos remanescentes como Candangolândia, propuseram-se programas como o PROMORAR, que cadastrou famílias que residiam em invasões, para providenciar seu assentamento em lotes regularizados e urbanizados, ao tempo em que se propõe a expansão do Plano Piloto com a criação do Setor Sudoeste (PELUSO, 2003).

O quarto período, caracterizado por Peluso (2003), coincide com as eleições no Distrito Federal. A escassez de habitação tornou-se o grande cabo eleitoral dos candidatos, que se comprometiam com os eleitores carentes de moradias, constituindo a terra pública o principal objeto de negociação. Seguiram-se, pelo lado da sociedade civil, várias manifestações e debates sobre as questões sociais, a urgência em atender as reivindicações da

²⁸ Peluso (2003) apresenta em detalhes a ocupação do espaço urbano da Capital Federal, desde o início da sua construção, até meados da década de 2000.

²⁹ Na Vila Planalto, acampavam os operários que construíam a Praça dos Três Poderes; na Vila Paranoá, os que construíam a barragem do lago Paranoá; a Candangolandia e Velhacap foram construídas pela NOVACAP (Companhia Urbanizadora do Planalto Central). A Cidade Livre (posteriormente Núcleo Bandeirante) foi criada e desenvolve-se como o primeiro núcleo de serviços, comércio e lazer para a população dispersa nos acampamentos e invasões (PELUSO, 2003: 11).

população e a obtenção de uma questão fundiária sustentável. As famílias de invasores foram recenseadas e, em 1989, iniciaram-se a destruição das invasões e o realojamento das famílias em lotes semi-urbanizado nas cidades-satélites (AUBERTIN e PELUSO, 1990). Em alguns casos, os assentamentos foram posteriormente transformados em cidades-satélites tais como Santa Maria, Riacho Fundo, Recanto das Emas e São Sebastião.

A ocupação do espaço urbano do Distrito Federal percorreu todo o processo de implementação do Plano de Assistência à Saúde, e representou grande dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde, por um lado, por conta da rapidez na urbanização, pelas condições precárias em que ocorreu e pelo perfil da população migrante, de baixas renda e escolaridade.

Cabe destacar que o último Governador nomeado, autor da maioria das estratégias de ocupação do espaço urbano de Brasília, foi também o primeiro eleito por voto direto. A política habitacional de doação de lotes incentivou um intenso fluxo migratório para Brasília. Ao tempo em que a nova capital incentivava a vinda de profissionais, intelectuais, investidores, etc., para contribuir com o desenvolvimento econômico e social da cidade, também se incentivava a vinda de populações de baixíssimo poder aquisitivo. A cidade que cresceu desordenadamente à custa das invasões e loteamentos com pouca infraestrutura, teve como uma das suas consequências, baixa cobertura pelos serviços médico-hospitalares que já eram distribuídos desigualmente (FREJAT, 1983).

Assim, as eleições diretas no Distrito Federal, e os intensos fluxos migratórios, associados às estratégias de acomodação das diferentes populações que para ali afluíram, trouxeram grandes implicações para a implantação da política de APS no Distrito Federal. Ao tempo em que repercutiram na criação de grupamentos populacionais ao redor da cidade de Brasília – com baixíssima infraestrutura e frágeis condições de vida –, as altas taxas médias de crescimento populacional anual e o aumento da densidade populacional implicaram na impossibilidade do alcance de 100% de cobertura populacional pelos Centros de Saúde. Esse fato, acrescido dos aspectos culturais sobre a predominância dos hospitais como principais centros de cuidados com a saúde, produziram a continuidade dos grandes fluxos de atendimento nos hospitais do Distrito Federal.

3.6 OS EVENTOS POSTERIORES A ESTE EPISÓDIO

Serão pontuados como eventos posteriores, somente aqueles que sinalizam o desenrolar do processo neste Episódio, cujo detalhamento constará dos eventos prévios do Episódio 2.

No ano de 1994, ocorreu o segundo pleito eleitoral no Distrito Federal, para escolha de Governador e representantes legislativos e do senado. Ao fim, sagrou-se vencedor na eleição para Governador, um candidato de esquerda, professor-pesquisador da Universidade de Brasília, derrotando o candidato do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), apoiado pelo então Governador, o Sr. Joaquim Roriz.

Na equipe do novo Governador, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal foi assumida por um professor da Universidade de Brasília, que tão logo assumiu, propôs novo plano de reorganização do modelo assistencial, o REMA, reiniciando o debate sobre o sistema de saúde do Distrito Federal. Passados dois anos do novo governo, já no final da “lua de mel” entre governo e sociedade, mediante as avaliações desfavoráveis sobre o desempenho, o Governador realizou mudanças em sua equipe, incluindo a pasta da saúde. Com a entrada de nova gestora da pasta, realizaram-se alterações na política de saúde, com a implantação do Programa Saúde da Família, denominado Programa Saúde em Casa. Com isso, seriam alterados substancialmente os papéis desempenhados pelos Centros de Saúde, até então considerados a rede básica de saúde do Distrito Federal.

3.7 ANÁLISE DO EPISÓDIO 1, A PARTIR DO MODELO TEÓRICO DE KINGDON

Para melhor compreensão dessa análise, será feita uma divisão didática, conforme as categorias fluxos dos problemas, das alternativas e propostas, o fluxo político, os atores e a janela de oportunidade política.

O **fluxo dos problemas** foi caracterizado pela existência de:

- a) indicadores que apontavam e mensuravam a situação precária de saúde da população;
- b) crise financeira, que limitava o aumento dos serviços médico-hospitalares, que forçava os atores a se ocuparem com a formulação de propostas alternativas.

Havia o reconhecimento das múltiplas faces do mesmo problema, conformando uma conjunção de aspectos do setor saúde nacional e local, amparado pelo debate internacional. O contingenciamento econômico do país, expresso na crise financeira da Previdência do final da

década de 1970 e no reconhecimento da baixa cobertura de serviços de saúde que o modelo INAMPS proporcionava e que orientara o sistema de saúde do Distrito Federal nas décadas de 60/70, acrescidos da baixa cobertura de serviços e suas grandes iniquidades, com indicadores de saúde bastante desfavoráveis, sinalizavam ao Governo local que se deveria fazer alguma coisa.

Segundo informaram os gestores desse período (1979-1994), o contingenciamento de recursos federais abateu fortemente o Distrito Federal, que possuía nessa época um sistema de saúde basicamente hospitalar, centrado nos cuidados especializados, com tecnologia densa e de alto custo, semelhante às demais grandes cidades do país. Além disso, o Distrito Federal apresentava extremas desigualdades internas. Assim, qualquer proposta de intervenção precisava aliar o atendimento às necessidades da população, à racionalização de recursos e à redução de custos. Esses elementos corroboram a proposição de Kingdon (2003) sobre as características dos problemas que, em geral, passam a compor a agenda do governo: havia indicadores que apontavam a situação epidemiológica e social, havia a experiência pessoal dos formuladores e evidências sobre o contingenciamento de recursos, que indicavam crise no financiamento dos serviços de saúde.

No **fluxo das propostas**, é possível afirmar que as ideias surgiram das experiências internacionais nos países europeus, no ideário de Alma Ata e no Programa das Ações Integradas de Saúde do Ministério da Previdência e Assistência Social. A ambiência às ideias foi dada pelo intenso debate político, ideológico e intelectual vivenciado no Brasil, em torno das ações básicas, da medicina comunitária, da participação popular e da extensão de cobertura. A formulação do modelo também marca uma articulação com a UnB, uma vez que, parte dos idealizadores, eram oriundos daquela universidade. As ideias foram geradas por funcionários públicos e acadêmicos, que adaptaram um modelo para a realidade local. Não houve competição com outras propostas em sua formulação, mas ao longo da implantação da APS, no Distrito Federal, foram visíveis as disputas entre o modelo curativo – hospitalocêntrico e centrado em especialidades, que moldava o sistema de saúde, até então – e a proposta centrada na APS, que resgatava a abordagem integral; a participação da comunidade; a assistência em redes de cuidados de complexidade crescente e a ampliação de acesso (MENDES, 1999; PAIM, 2007).

As ideias do médico cirurgião, para a reformulação do sistema de saúde do Distrito Federal, eram compatíveis com as discussões internacionais e nacionais, daquele período (1979-1994), momento de emergência da Atenção Primária à Saúde para ampliação de cobertura e de redução dos custos dos serviços de saúde. No sistema de saúde do Distrito

Federal, a ambiência para o Plano Jofran Frejat e sua entrada na agenda do governo foram facilitadas pela experiência local, que desde a década de 60, já implantara postos de saúde para cuidados básicos e já possibilitara a experimentação, em parceria com a UnB, de projetos de ações básicas pautados na medicina comunitária. Cabe destacar que a experiência da Unidade Integrada de Saúde da cidade de Planaltina criou o Agente de Saúde, em 1964.

A proposta contida no Plano de Assistência à Saúde, no Distrito Federal continha, por sua vez, as características apontadas por Kingdon (2003) como as mais presentes, entre as ideias aceitas e aprovadas: representava valores compartilhados com a comunidade acadêmica e política local e nacional. Sua defesa e difusão se deram por um empreendedor prestigiado no meio político, e atendeu aos requisitos propostos por Kingdon (2003).

O **meio político** caracterizava-se, no início (década de 80), pela ditadura militar e forte centralização administrativa e decisória, o que favoreceu a entrada da proposta na agenda política. Ao longo da década, a transição democrática introduziu novos desafios e uma dinâmica diferenciada no processo de gestão e formulação da política, embora o Plano de Assistência à Saúde do Distrito Federal tenha tido um contexto nacional favorável. Isso se deve ao fato de, além do processo de redemocratização do país, que contribuiu para a autonomia política, haver um intenso movimento pela Reforma Sanitária, exemplificado pela VIII Conferência Nacional de Saúde, pela Constituição de 1988 e pela publicação das Leis Orgânicas, as quais fortaleciam as ideias contidas no Plano Jofran Fejat.

Na esfera local, é fundamental destacar que o período de 1979 a 1994, caracterizou-se a busca pela constituição, no Distrito Federal, de um espaço político próprio, superando-se a vocação burocrática original de ser a capital do país. Esse processo ancorou ambivalências tanto nos aspectos relativos à urbanização da cidade, quanto à constituição do espaço político, ambos fortemente imbricados. A expansão urbana foi fortemente influenciada pelos fluxos migratórios assimétricos e pelos rígidos princípios urbanísticos da capital, os quais deram origem a numerosas ramificações, as cidades satélites (ROCHA, 2008). Por outro lado, a constituição do espaço político brasileiro conjugou a presença dominante de grupos políticos conservadores nas instâncias de poder formal, predominando práticas políticas clientelares, com uma base social ativista, permeada pelos intensos movimentos contestatórios do período (ROCHA, 2008). Esses dois fenômenos influenciam fortemente o fluxo da política de Atenção Primária à Saúde tanto nos aspectos estruturantes, evidenciados pela permanente insuficiência da oferta de serviços básicos, exauridos rapidamente pela rapidez da expansão urbana, como pela dificuldade dos gestores da saúde de lidarem com a oposição às ideias que sustentavam o Plano Jofran Frejat.

A **janela de oportunidade**, para a entrada do Plano de Assistência à Saúde no Distrito Federal na agenda do governo local, foi possibilitada por uma conjunção de fatores tanto do fluxo político, quanto da proposta e da ação de empreendedores políticos locais. No fluxo político, a eleição indireta para Prefeito do Distrito Federal, em 1979, abriu a janela de oportunidade política para apresentação de propostas de mudanças no sistema de saúde local; a proposta ganhou aceitação acadêmica e política e representou alinhamento com o debate nacional (humor nacional); essa articulação foi realizada pelo Dr. Frejat, liderança técnica local, com proximidade e reconhecimento pelo Governo do Distrito Federal e, mesmo com o Governo Federal. O empreendedor, portanto, contava com prestígio social e econômico, experiência internacional e inserção política no Governo Federal e nos debates nacionais sobre o sistema de saúde.

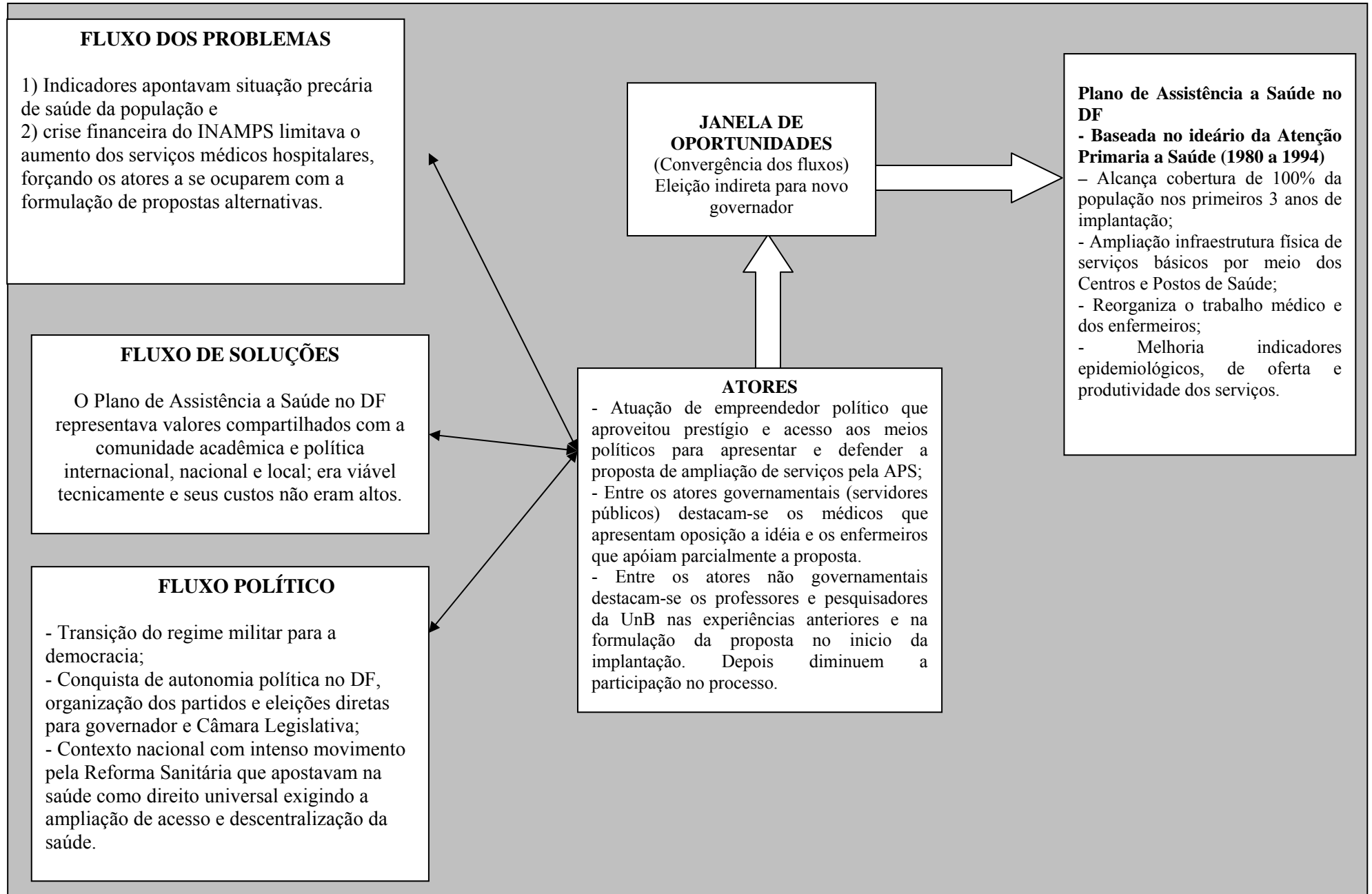
A janela de oportunidade abriu-se tanto no nível nacional, quanto local. Houve um alinhamento dos dois níveis de governo, coincidindo-se a leitura do problema e a diretriz geral da proposta. No nível local, a ação empreendedora de lideranças foi fortalecida pela coexistência de governo forte e movimentos sociais e corporativos com pouco espaço de vocalização, quase incipientes.

Os atores que se destacaram neste período foram os governamentais, especialmente os servidores públicos e os gestores, na formulação da proposta. Houve, também, a participação de atores não governamentais, destacando-se professores da UnB, na difusão e adesão à ideia. Contudo, nos momentos posteriores de implantação da proposta, a corporação médica, liderando os médicos servidores públicos, representou a principal oposição à ideia. A oposição, por parte dos médicos, foi justificada por duas características. A primeira – a reorganização do trabalho médico – contrapunha-se a um perfil centrado na especialidade, nos cuidados hospitalares e no uso de tecnologias de alta densidade, que forçava a realização de ações básicas dentro das especialidades de pediatria, clínica médica e gineco-obstetrícia. A criação de escalões de médicos, problema temido pelos formuladores, nasceu dentro do plano, na medida em que se considerou que algumas especialidades eram básicas e outras não e, essa ideia foi combatida pelos médicos. A segunda característica – a localização periférica dos CSs e a diferença no aporte de insumos e tecnologias disponíveis nos CSs – parece ter composto um desenho ideológico de “medicina de pobre para pobre”, tanto para os profissionais, quanto para a população. Essas duas ideias contidas no plano de Assistência à Saúde (Plano Jofran Frejat) parecem ter mobilizado as principais forças contrárias ao ideário da proposta da APS, especialmente, a partir do final dos anos 80, quando da organização partidária no Distrito Federal. Essas características internas da política contribuíram para o enfraquecimento do

processo de ruptura com o modelo hospitalocêntrico e biomédico predominante no Distrito Federal e que se queria mudar.

Assim, a implantação do Plano amplia a oferta de serviços e melhora os indicadores epidemiológicos, mas não consegue transformar o sistema local de saúde, que se mantém arraigado ao Plano original Bandeira de Melo. Colaboraram para esse cenário a transição política do Distrito Federal, com a implantação das eleições diretas para as representações, e a ocupação do espaço urbano para acomodação dos grandes fluxos migratórios. Essas duas questões se juntam, tendo em vista que foi esse o período de maior crescimento demográfico e de intensa criação das cidades-satélites e assentamentos. Ao tempo em que as novas cidades acomodavam os migrantes, ampliava intensamente a população a ser coberta pelos serviços de saúde, cuja reorganização não conseguiu acompanhar na mesma velocidade, a urbanização do Distrito Federal. Nesse ponto, a realização da primeira eleição direta no Distrito Federal joga importante papel, na medida em que transforma o migrante em principal alvo das campanhas políticas e a questão da terra pública como principal moeda de negociação. Ainda não havia espaço na agenda do GDF, em meados da década de 90, para as questões sociais, as quais competiam com a questão fundiária.

FIGURA 6 – Os múltiplos fluxos do Episódio 1- período 1979 a 1994



CAPITULO 4

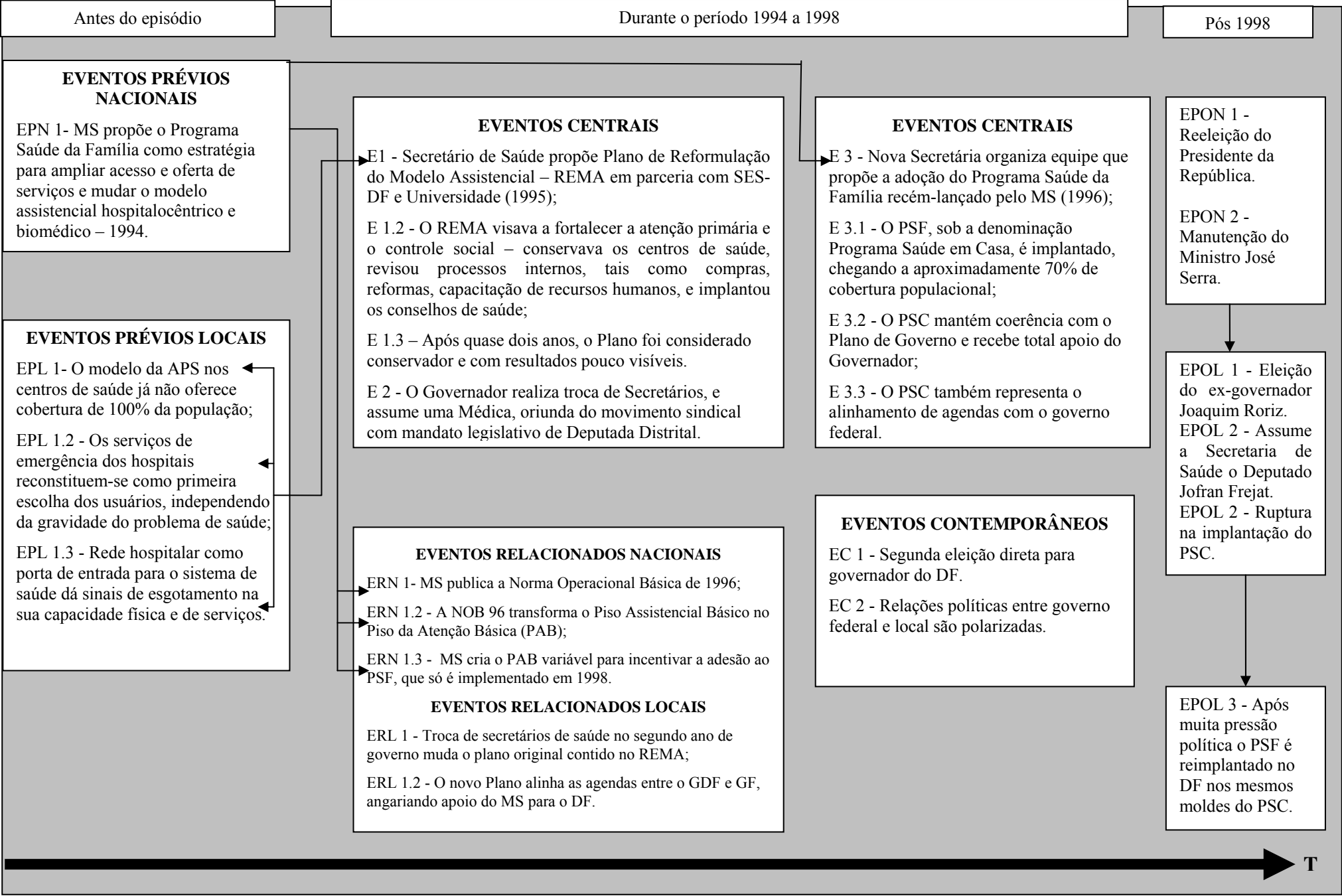
EPISÓDIO 2 – PLANO DE REFORMULAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL E IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE EM CASA (PSC) – PERÍODO: 1995 A 1998

Este capítulo corresponde ao Episódio 2 e, assim como o anterior e os próximos três capítulos, está organizado em cinco etapas: a **primeira** apresenta o contexto do setor saúde e os principais eventos que antecedem o Episódio sob estudo de âmbito nacional e local (Eventos Prévios Nacionais e Locais); a **segunda** (Evento Central) discute o desenho e as diretrizes dos planos e das ações implementados na APS do Distrito Federal, no período de 1995 a 1998, apresentando-se as mudanças produzidas no sistema local de saúde, circunscritas a indicadores gerais de oferta de serviços, de utilização de consultas ambulatoriais e de emergências, e cobertura populacional pelo Programa Saúde em Casa. Essas informações foram selecionadas a partir da análise dos documentos disponíveis na SES-DF e MS, de forma a possibilitar o acompanhamento do comportamento desses indicadores no tempo. Ainda, na segunda sessão, apresentam-se os atores e os grupos atuantes no Evento Central.

Na **terceira** etapa discute-se a influência dos eventos relacionados ao evento central, de âmbito nacional e local que influenciaram o processo de formulação e de implantação das ações (Eventos Relacionados e Contemporâneos Nacionais e Locais). Na **quarta** etapa do Episódio, apresentam-se, brevemente, os eventos posteriores (Eventos Posteriores) e, a **quinta etapa** contém a análise a partir do modelo teórico de Kingdon (2003), aplicando-se as categorias problemas, propostas, política, atores e janelas de oportunidades.

A narrativa deste Episódio pode ser visualizada no mapa conceitual desenhado na Figura 7, elaborado a partir das entrevistas e análise documental, que subsidiou a identificação dos fenômenos relevantes para a narrativa. Por sua vez, a análise do Episódio, com a aplicação do modelo dos múltiplos fluxos está desenhada na Figura 8. Busca-se responder à indagação “que fatores ligados ao fluxo de problemas, de propostas e do contexto político explicam o processo de formação da política de atenção primária à saúde no Distrito Federal em cada Episódio”? Procurou-se, também, demonstrar os atores mais atuantes, os empreendedores – quando existiram – e a abertura da janela de oportunidade política, que possibilitou a entrada da APS na agenda do Governo.

Figura 7 – Estrutura da narrativa do Episódio 2 – 1995-1998



4.1 EVENTOS NACIONAIS E LOCAIS QUE ANTECEDERAM O PLANO DE REFORMULAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL (REMA) E O PROGRAMA DE SAÚDE EM CASA (PSC) – PERÍODO DE 1990 A 1994

4.1.1 A implantação do Sistema Único de Saúde e as normas operacionais básicas no período de 1990 a 1994

O cenário político nacional, do início da década de 90, foi marcado pelo *impeachment* do Presidente Collor, pela abertura da economia ao mercado internacional e pela adoção do pensamento neoliberal na política econômica brasileira.

A conjuntura política e econômica da época era extremamente desfavorável à implantação do SUS, proposto pela Reforma Sanitária, em virtude das estratégias de redução do papel do Estado nas políticas sociais, associado às tentativas de controle da inflação. O aumento das desigualdades sociais e a ocorrência de epidemias marcaram o cenário social.

No cenário político, a crise ética do Governo Collor – que culminou com seu *impeachment* –, contribuiu para a perda da vitalidade do movimento, e para a diminuição da vigilância sobre os procedimentos e implantação da Reforma Sanitária. Apesar desse cenário, na primeira metade da década de 90, foram elaboradas as Constituições dos estados e as leis orgânicas dos municípios (PAIM, 2007), as Leis Orgânicas do SUS (BRASIL, 1990), as primeiras Normas Operacionais Básicas (NOB 91, 92 e 93) e foi realizada a 9ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), cujo tema foi “a municipalização é o caminho”, precedida de mais de 3 mil conferências municipais de saúde e 27 estaduais de saúde (PAIM, 2007). A 9ª CNS foi realizada na mesma semana do pronunciamento nacional “não me deixem só”, do Collor, que convoca o movimento verde-amarelo e, tem como resposta o movimento das roupas pretas.

O relatório da 9ª CNS resumia-se ao Fora Collor e, cumpria-se a lei (PAIM, 2007). Depois do *impeachment* do Presidente Collor, as discussões sobre a implantação do SUS foram retomadas com um forte apelo municipalista, ao tempo em que se evidenciava a coexistência de, pelo menos, três crises: do pacto federativo, da gestão das políticas sociais e, em especial, a da saúde e das finanças (PAIM, 2007).

Logo depois da publicação das Leis Orgânicas da Saúde (Lei nº 8080 e nº 8142/90), a implantação gradativa dos preceitos constitucionais foi regulamentada, principalmente, por meio das Normas Operacionais Básicas do INAMPS, de 1991, e do SUS, de 1992 e 1993. Em cada NOB, novas formas de relação entre os gestores foram sendo introduzidas e, com elas,

novos formatos de alocação de recursos no setor. A descentralização da política da saúde foi acontecendo, paulatinamente, assim como a descentralização do seu financiamento. A cada novo passo do SUS, propunham-se novas formas de participação e de transferência de receita da União para os entes subnacionais (SOUZA, 2001; MANSUR, 2001; BRASIL, 2007).

A NOB 01/91, instituída ainda pelo INAMPS, criou um modelo de repasse de recursos aos Estados e Municípios de acordo com a produção de serviços, dando continuidade ao Sistema de Informação Hospitalar do SUS – chamado de SIH/SUS –, que havia sido criado no ano anterior. Os recursos eram repassados por transferências negociadas, segundo tetos financeiros e de cobertura, por estado, para financiar a rede ambulatorial e hospitalar, por meio do pagamento a todos os provedores (públicos e privados), por procedimento. O pagamento por procedimento, que já existia para os provedores privados, foi estendido aos serviços públicos (MANSUR, 2001; BRASIL, 2007). A NOB 01/92, já publicada pelo MS, normalizou a assistência à saúde no SUS, estimulou a implantação, o desenvolvimento e o funcionamento do sistema; criou instrumentos operacionais à efetivação dos preceitos constitucionais da saúde, mas manteve o INAMPS como órgão responsável pelo repasse de recursos financeiros aos Municípios e Estados, dando continuidade ao que estava previsto na NOB 01/91. É somente com a NOB 01/93 que o estilo INAMPS diminui sua influência no padrão de financiamento e de repasse de recursos entre as Unidades Federadas; em parte pelo debate ocorrido na 9ª CNS, que enfatizou a necessidade da municipalização.

Desse modo, a nova Norma promove grandes mudanças no quadro estabelecido até então, introduzindo formas de gestão como critério de classificação dos Estados e dos Municípios e define formas de habilitação, conforme sua condição de assumir a gestão da saúde³⁰ (incipiente³¹, parcial³² e semiplena³³).

³⁰ Os Estados e Municípios teriam que habilitar-se a uma das três formas de gestão incipiente, parcial ou semiplena, de acordo com o nível organizacional e o comprometimento com o SUS. Para os Estados, havia as formas parcial e semiplena. Cada uma das formas representava um nível diferente e progressivo de transferência de responsabilidades e de autonomia de gestão. Aqueles Municípios e Estados habilitados na condição semiplena receberiam recursos pelo mecanismo de transferência fundo a fundo, como previsto na Lei 8.080/90 (LEVCOVITZ, 1997)

³¹ Na gestão incipiente, o município responsabilizar-se-ia pela contratação e pela autorização do cadastramento de prestadores, programando e autorizando a quantidade de AIH e a dos procedimentos ambulatoriais a serem prestados por unidade, controlaria e avaliaria os serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, demonstrando disposição e condição de assumir o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no município (BRASIL, 1993).

³² Na gestão parcial, além das atribuições descritas na gestão incipiente, o município assumiria o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no município, assumiria a formulação, a execução e o controle das ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado do trabalho e do portador de doença ocasionada pelo trabalho. Para tanto, receberia, mensalmente, recursos financeiros correspondentes à diferença entre o teto financeiro estabelecido e o pagamento efetuado, diretamente, pela esfera federal às unidades hospitalares e ambulatoriais públicas e privadas existentes no município.

A criação dessas diferentes formas de gestão é justificada pelo pressuposto que, a transformação do sistema de saúde não comportaria rupturas bruscas que desorganizassem as práticas até então implantadas, sem que novas formas fossem propostas. Assim, era necessário um período de transição, no qual medidas de caráter inovador seriam instituídas em todos os estados e municípios em intensidade compatível com sua própria vontade e capacidade de absorção de responsabilidades gerenciais e políticas, de modo a evitar solução de continuidade na atenção à saúde da população (BRASIL, 1993).

A NOB-SUS 1/93 criou, também, a transferência regular e automática (fundo a fundo) dos recursos da assistência para municípios (da União para o Município) e possibilitou que as Comissões Intergestores Bipartite (de âmbito estadual) e Tripartite (nacional), fossem os espaços privilegiados para pactuação, articulação, integração entre gestores (União, estados e municípios) (BRASIL, 1993; MANSUR, 2001; BRASIL, 2007). Publicada no Governo Itamar, representou um esforço do MS em avançar na descentralização. Contudo, ainda não avançava na mudança do modelo de atenção à saúde (PAIM, 2007).

Ao tempo em que se propunham avanços com a NOB 1/93, o SUS enfrentava outras ameaças com as tentativas de reformas constitucionais para rever o capítulo da saúde e da seguridade social, o sequestro de recursos da saúde para a previdência, o não repasse da Contribuição Financeira para a Seguridade Social (COFINS), a expansão da assistência médica supletiva (PAIM, 2007). No setor privado, contratado pelo SUS, as queixas eram sobre os baixos valores pagos por procedimentos, havia denúncias de cartelização dos planos de saúde privados pelo Ministério da Fazenda e pressão das empresas pela racionalização dos atos e procedimentos (PAIM, 2007).

Paralela a esse processo, a extinção do INAMPS foi considerada emblemática pela sua lentidão, pelo esforço dos “militantes do SUS” e pela manifestação explícita daqueles que se beneficiavam das suas distorções (PAIM, 2007). Por outro lado, o clima era de extrema preocupação com a saúde da moeda e com a desoneração do Estado, com o Plano Real e com a desvinculação da saúde em relação à Previdência. Assim, em meio aos ajustes econômicos, foram realizados no Governo Itamar a extinção formal do INAMPS; o retorno da interlocução com os movimentos sociais; avanços na descentralização, com a NOB 93; inclusão do Programa Saúde da Família na agenda do MS; início da discussão sobre a reforma

³³ Estados e municípios assumem a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços e recebem, mensalmente, o total dos recursos financeiros, para custeio, correspondentes aos tetos ambulatorial e hospitalar estabelecidos.

psiquiátrica, sobre os medicamentos genéricos e a regulação da saúde suplementar (PAIM, 2007).

Em 1994, é eleito para Presidência da República o Ex-Ministro da Fazenda, Sr. Fernando Henrique Cardoso, autor do Plano Real, em cuja gestão mobilizou forças para realizar revisões na Constituição, em especial, no capítulo referente ao financiamento da saúde. Esse evento prévio é importante porque as eleições no Distrito Federal e no Governo Federal tiveram resultados diferentes, que demarcaram as relações posteriores, com transbordamentos para a saúde. Segundo Mettenheim (2003), as eleições nacionais desde 1988 revelam que a campanha de 1994 foi uma eleição crítica, que realinhou as forças políticas nacionais, e a partir da qual se formaram alianças amplas em torno do governo liderado pelo Partido Social Democrata Brasileiro (PSDB), consolidando um grupo oposicionista.

4.1.2 O novo governo do Distrito Federal e o enfrentamento dos sinais de esgotamento da rede de serviços de saúde do Distrito Federal, no período de 1990 a 1994

A primeira metade da década de 90, no Distrito Federal, foi marcada pela transição política, pelo acirramento das questões relativas à ocupação do espaço urbano e pela organização dos partidos e eleições.

Na década de 90, foram realizados três períodos legislativos no Distrito Federal: o primeiro, de 1991 a 1994; o segundo, de 1994 a 1998 e o terceiro, de 1999 a 2002. As campanhas eleitorais para Governador produziram uma forte polarização dos grupos liderados pelo Governador Joaquim Roriz, do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) e o Governador Cristóvam Buarque do Partido dos Trabalhadores (PT). Essa polarização, embora presente desde a primeira eleição, caracterizada pela forte diversidade da bancada da Câmara Legislativa do Distrito Federal, tornou-se mais acirrada nas eleições de 1994, quando o candidato petista derrotou, no segundo turno, o candidato Valmir Campelo, apoiado pelo Ex-Governador Joaquim Roriz. O resultado da eleição local teve repercussão nacional por ter sido a primeira eleição de candidato do PT para governar uma Unidade da Federação (ROCHA, 2008).

Esse cenário segue demarcando a ambivalência do espaço político brasiliense, conjugando a presença dominante de grupos políticos conservadores nas instâncias de poder formal com uma efervescência “basista” própria aos movimentos contestatórios de esquerda. Contudo, representou um pequeno período de ruptura nesta lógica, correspondendo ao

mandato governamental de 1995 a 1998, retomado nos governos seguintes (ROCHA, 2008). Nesse contexto, as eleições seguiram marcadas pela disputa apertada entre os dois grupos (ABREU, 2007; SILVA, 2007). Cabe ressaltar que ao tempo em que se acirram as disputas políticas locais, o resultado da eleição de 1994 no Distrito Federal e no Governo Federal (GF), com partidos de oposição, demarca relações conturbadas entre o GDF e o GF.

No que se refere à organização do SUS-DF, em 1993 foi promulgada a Lei Orgânica do Distrito Federal, transcrevendo as disposições da Constituição distrital e das Leis nº 8080/90 e nº 8142/90 em seu Capítulo II e artigos 204 a 216. Incluem-se nessa lei orgânica aspectos relativos aos direitos do cidadão; às determinações sociais do processo saúde-doença; ao acesso; à organização da rede de serviços; à gestão de recursos humanos; à complementaridade do setor privado; à participação social na gestão e formulação da política; ao financiamento com recursos da União e do Distrito Federal, incluindo aspectos contemporâneos como a reforma psiquiátrica; ao atendimento aos portadores de necessidades especiais e à saúde do trabalhador (CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL, 1993).

É importante lembrar que o setor hospitalar vivia uma crise orçamentária e financeira decorrente das formas de repasse dos recursos da União para os Estados e Municípios. As NOBs 91 e 92 repassavam recursos mediante convênios e conforme a produtividade dos serviços de saúde. Assim, a SES-DF, por meio da FHDF, passou a cumprir as mesmas regras que o setor privado em relação aos recursos para financiar procedimentos para a saúde. Somente depois da NOB 93, foram criadas outras formas de repasses automáticos do fundo nacional de saúde para o fundo distrital de saúde.

Além disso, desde a proposição das AISs, havia uma clara priorização pelo financiamento federal de ações básicas com forte racionalização das ações de maior complexidade. Essa diretriz abateu fundamentalmente a rede hospitalar do Distrito Federal, provocando

[...] perdas de recursos financeiros, precarização das condições de trabalho, afastamento gradativo dos profissionais mais qualificados que pouco a pouco migraram para o setor privado (Entr. 7).

A rede de serviços do Distrito Federal, como um todo, vivia já o seu esgotamento assim caracterizado³⁴:

³⁴ Sintetizadas, a partir dos depoimentos dos Entrevistados 5, 6, 7, 8 e 9.

a) insuficiência na oferta de atenção básica, que já não oferecia cobertura de 100% pelos Centros de Saúde, em função do crescimento populacional;

b) os serviços hospitalares continuavam a ser a principal referência de serviços para a população;

c) os mecanismos de financiamento eram aspectos de difícil manuseio, tendo em vista a dependência de recursos da União e baixa agregação de recursos próprios do GDF;

d) o Distrito Federal era referência nacional para os tratamentos de alta complexidade e recebia muitos pacientes vindos de todo o restante do país, especialmente dos estados da Bahia, Goiás e Minas Gerais. Também era a principal referência de serviços públicos para a população do entorno, em sua maioria “pobre, desempregada, submetida a um agravamento de doenças, localizadas em um cinturão sem proteção social, ao redor do DF”;

e) a rede de serviços tinha envelhecido, os Centros de Saúde já não eram mais a porta de entrada dos usuários para o sistema de saúde, papel que passou a ser exercido pelas emergências dos hospitais;

f) os profissionais de saúde já não eram suficientes, numericamente, e a relação entre os diferentes serviços não estava organizada em fluxos de referência e de contra-referência.

É nesse contexto que o novo Secretário de Saúde e sua equipe assumem a gestão, em 1995, após a posse do Governador Cristóvam Buarque.

4.2 DO PLANO DE REFORMULAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL AO PROGRAMA SAÚDE EM CASA: PERÍODO DE 1995 A 1998 – EVENTOS CENTRAIS

Após a eleição para o GDF, assume a SES-DF o Dr. João de Abreu Braço Junior, professor da UnB, conhecido pela sua incansável defesa do serviço público e do SUS. Sua gestão se dá no período de 1995 a 1996, momento em que foi proposto o Plano de Reformulação do Modelo de Atenção à Saúde do Distrito Federal (REMA). A elaboração do REMA partiu da análise da situação da rede de serviços desse período e apresentava clara intenção de implantar os princípios do SUS no Distrito Federal, propostos na Constituição de 1988 e em Leis Federais, bem como na Lei Orgânica. O diagnóstico situacional da rede foi explicitado por um dos entrevistados:

Nós encontramos um sistema de saúde muito depauperado, Centros de Saúde acabados, equipamentos obsoletos, máquinas enferrujadas, paredes infiltradas. A primeira tarefa foi coordenar o processo de revitalização da rede. Nós precisávamos de um grande investimento, tanto nas instalações prediais quanto nos equipamentos (tomógrafo, Raio-X, material cirúrgico etc.). A meta era justamente fazer o que estava previsto na Constituição. Nós lutamos na 8ª Conferência, depois na Constituinte, e tinha tudo ali...o SUS estava desenhado. Era colocar em prática aqui o que estava na Constituição e na LOS de 1990 (Entr. 9).

O REMA tinha como diretriz fortalecer a atenção primária, reiterando-a como porta de entrada para o sistema de saúde, além de fortalecer o sistema de referência e de contra-referência. A formulação do REMA foi realizada, a partir de um grande debate em toda a rede de serviços, por meio de oficinas e incluía, além do fortalecimento dos serviços básicos, um grande plano de obras e de aquisição de equipamentos. Segundo um dos entrevistados, até aquele momento, não havia uma discussão profunda sobre o Programa Saúde da Família (PSF), porque era um programa federal e estava começando em alguns estados. O Distrito Federal, por sua vez, possuía uma rede de serviços básicos, estruturada por meio dos centros e postos de saúde. Então, os investimentos propostos pelo REMA, estavam voltados para a revitalização do sistema de saúde local, conforme depoimento de um dos seus idealizadores:

O objetivo do REMA era este, fortalecer capacitando e contratando pessoal, equipando, dando condições de trabalho, estabelecendo uma ponte entre atenção básica, média e alta complexidade. Trabalhar com a população no sentido de que ela entendesse a lógica da organização. Ampliar o tempo de trabalho do CS, reorganizar o trabalho do CS, de acordo com o interesse da população e não os dos servidores. Este era um desafio e continua sendo, porque o CS fica aberto no horário em que as pessoas não podem procurá-lo. Objetivava-se também fortalecer o controle social, reformulando o conselho de saúde do DF, criando os conselhos regionais de saúde, em todas as regiões administrativas (Entr. 9).

O ideário do REMA apostava na criação de Distrito Sanitário (DS); no fortalecimento do controle social; na criação do Fundo de Saúde do Distrito Federal; no redimensionamento e qualificação da rede de serviços básicos (centros e postos de saúde); na criação de mecanismos jurídico-administrativos, para conferir autonomia às unidades hospitalares e DS, além da criação das auditorias técnicas permanentes (HILDEBRAND, 2008). O REMA foi aprovado pelo Conselho de Saúde do Distrito Federal e pela IV Conferência de Saúde do Distrito Federal (CSDF), em 1996.

Essa Conferência foi realizada como etapa preparatória para a X Conferência Nacional de Saúde³⁵, em cujo relatório explicitam-se as relações conturbadas entre o GDF e o Governo Federal, que marcavam aquele período; apontam-se severas críticas às tentativas de revisões do Capítulo da Saúde da Constituição Federal de 1988; o tímido orçamento do MS e os poucos avanços na implantação dos repasses automáticos fundo a fundo entre o MS e os demais níveis de governo³⁶ (GDF, 1996). As principais recomendações contidas no relatório da IV CSDF referem-se ao financiamento da saúde tanto pelo Governo Federal, quanto pelo GDF. Para o Governo Federal, as questões relativas ao orçamento foram as mais citadas, seguidas das relativas ao repasse da União para os Estados e Municípios e o uso das fontes de recursos já previstas. Essas recomendações traduziam o debate, daquele momento no GF, de grandes questionamentos sobre a capacidade de o Estado arcar com o SUS e outras políticas públicas garantidas na Constituição Federal de 1988.

No caso do Distrito Federal, as recomendações referiam-se à regulamentação do Fundo de Saúde, com o Projeto de Lei nº 14/95; a habilitação do Distrito Federal na condição Semiplena de Assistência à Saúde, ampliando o teto global da assistência, as garantia de repasses de recursos do GDF para a saúde e da execução orçamentária, bem como aumento da arrecadação do Distrito Federal. O financiamento da saúde do Distrito Federal naquele momento (1995-1998) era composto por repasses federais, por convênios e ausência de um Fundo de Saúde. Havia quatro Unidades Orçamentárias: a própria da SES, a da Fundação Hemocentro, a do Instituto de Saúde e a da FHDF. Assim, os recursos federais ficavam

³⁵ A qualidade de vida foi o tema central da X Conferência Nacional de Saúde.

³⁶ No governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), a hipótese sobre uma incompatibilidade substancial entre a Carta Magna e os novos desafios estruturais evidenciou-se na formação de uma ampla coalizão de governo que, diferentemente, do pouco sucesso de seus antecessores, conseguiu implementar um conjunto importante de alterações na Constituição (COUTO e ARANTES, 2002). Esses autores (BRASIL, 2002) analisam as propostas de revisões da constituição no período pós 1988, e desenvolvem a hipótese que essas propostas seriam consequência de uma incompatibilidade substancial entre o conteúdo da Carta de 1988 e os desafios que a nova realidade econômica e política, nacional e internacional passou a impor ao país, desde os governos de Sarney e Collor, com mais ênfase no governo de Fernando Henrique Cardoso. Couto e Arantes (2002) argumentam que a Carta brasileira de 1988 caracteriza-se por ter consagrado, formalmente, como norma constitucional, diversos dispositivos com características de políticas governamentais com fortes implicações para o *modus operandi* do sistema político brasileiro: 1) a constitucionalização de políticas públicas fez com que os sucessivos governantes se vissem diante da necessidade de modificar o ordenamento constitucional para poder implementar parte de suas plataformas de governo; 2) a construção de amplas maiorias legislativas passou a ser condição básica para superar o engessamento prévio a que foi submetida a agenda governamental pelo constituinte, algo especialmente difícil no contexto institucional de um Estado Federativo e de um regime presidencialista multipartidário como o brasileiro; 3) esse tipo especial de Constituição causou impacto significativo sobre o funcionamento do sistema de justiça, na medida em que o Judiciário e, especialmente, seu órgão de cúpula - o Supremo Tribunal Federal (STF) - passaram a ser mais acionados para controlar a constitucionalidade das leis e demais atos normativos, nem sempre relativos a princípios constitucionais fundamentais, mas frequentemente relativos a políticas públicas.

dispersos no caixa do Tesouro, à exceção do que era transferido pelo Ministério da Saúde (SAI/SUS e SIH/SUS), que ficava recolhido na conta da FHDF (GDF, 1996).

O Fundo de Saúde do Distrito Federal foi criado em 1996, como uma instância de controle financeiro e social com composição paritária de trabalhadores e usuários no seu Conselho Administrativo, seguindo as recomendações do MS. A função desse Fundo era receber os recursos da União, dando maior flexibilidade gerencial e administrativa à política de saúde (GDF, 1997a; 1997b; HILDEBRAND, 2008).

A implantação do REMA implicou medidas tanto na reorganização do sistema de saúde, quanto no financiamento. Em relação ao total de recursos da saúde do Distrito Federal, registrou-se nesse período um gradativo incremento na participação do GDF na composição da receita, indo de 7,03%, em 1991, para 18,93%, em 1995. Excluídos os gastos com pessoal e investimentos, em 1995 os recursos do tesouro do GDF bancaram 54,14% do custeio da rede de serviços de saúde da FHDF. Outro fator importante a ser considerado refere-se à participação da fonte 030 (recursos da União para a folha de pagamentos), que foi de 75,21%, em 93 para 68,72%, em 95 (GDF, 1996). Esses dados apontam que a composição dos recursos para financiar a saúde no Distrito Federal, caminha em sentidos opostos entre o governo federal e o local, uma vez que, à medida que o GDF aporta recursos próprios, os do GF vão aos poucos diminuindo, tema que não será aprofundado nesta tese.

As principais críticas ao REMA, surgidas ao longo dos dois anos de implantação, consideravam-no com “muito debate, muito filosófico sem nenhuma execução concreta” (Entr. 5 e 7); que as propostas do REMA não alteravam radicalmente o modelo assistencial, porque propunha-se a fortalecer uma “rede que estava totalmente deteriorada, com equipamentos obsoletos e ambiente de trabalho inadequado” (Entr. 9); que resumia-se a “arrumar a casa”, sendo esse um trabalho mais exigente do que visível (Entr. 9).

É importante destacar que as propostas do REMA estavam voltadas para a reformulação da gestão do sistema e visavam à conquista de autonomia administrativa dos hospitais e regionais de saúde que seriam transformados em DS. Naquele momento, o próprio Distrito Federal tinha autonomia limitada: não era habilitado como gestor semipleno da saúde, não tinha Fundo de Saúde³⁷ e o pagamento dos servidores públicos da saúde, educação e segurança pública era feita pelo governo federal. Assim, a mudança no modelo de gestão implicava enfrentamento das determinações federais que impediam um novo desenho organizacional, da resistência de grupos conservadores no GDF tanto da SES-DF, quanto da FHDF (HILDEBRAND, 2008). Passados dois anos do Governo PT, as avaliações sinalizavam

³⁷ Criado em 1996.

pouco êxito no setor saúde, culminando com a troca de Secretários de Saúde. Esse cenário é descrito pelo entrevistado nº 9:

Quando o João foi substituído pela Maninha havia uma percepção equivocada na equipe do governo como um todo, e o Cristóvam também entra neste processo, de que a equipe do João não estava dando a resposta necessária no setor saúde.

Entretanto, a despeito da impossibilidade de mudanças organizacionais profundas no modelo de gestão da SES-DF e FHDF, o REMA, embora sob severas críticas em relação aos seus resultados, representou o momento de enfrentamento dos problemas básicos do sistema, tais como o desabastecimento de medicamento e equipamentos; as reformas e obras em geral; a revisão dos contratos com serviços terceirizados de segurança, limpeza, alimentação, entre outros, criando as condições para a subsequente implantação do Programa Saúde em Casa. Depreende-se, portanto, que o início do governo PT e a proposição do REMA são cunhados pelos enfrentamentos em relação ao financiamento da saúde e à proposição de mudanças na gestão, além da organização da rede de serviços locais para a implantação do SUS-DF.

A nova secretária recebeu uma rede de serviços de saúde do Distrito Federal mais estruturada, mas também sob forte pressão do Governo local, por ações de maior visibilidade. Por outro lado, já havia uma experiência mais consolidada do MS com o Programa Saúde da Família e, no Distrito Federal, alguns princípios básicos do PSF tais como a criação de vínculo entre equipes de saúde e comunidade, já haviam sido debatidos durante o desenvolvimento do REMA. Esse cenário, então, deu ambiência à implantação do Programa Saúde em Casa, projeto similar ao Programa Saúde da Família, do MS.

4.3 PROGRAMA SAÚDE EM CASA (1997-99) – DESENHO DA PROPOSTA, OBJETIVOS E DIRETRIZES GERAIS

O Programa Saúde em Casa (PSC) foi implantado em 1997 pela SES-DF e FHDF como uma das “estratégias de reformulação da atenção à saúde no Distrito Federal, de implantação do SUS e de melhoria da qualidade de vida das pessoas” e levava em consideração a população adstrita das cidades, o perfil epidemiológico, a cobertura completa e a família, como objeto de atenção (GDF, 1997a; 1997b). O Programa Saúde em Casa tem como objetivos:

- a) oferecer suporte às comunidades para que resolvessem seus problemas de saúde no próprio local de moradia;
- b) diminuir a procura aos serviços especializados, principalmente, no Pronto Socorro, garantindo atenção integral e acesso adequado às especialidades;
- c) contribuir para a mudança de indicadores de morbi-mortalidade da população, principalmente, a diminuição da mortalidade infantil;
- d) incentivar as pessoas e a própria comunidade, tanto no aspecto individual, quanto coletivo a contribuírem para a adoção de atitudes para a melhoria da qualidade de vida (GDF, 1997a; 1997b).

Em seus objetivos havia, portanto, intenções relativas à ampliação do acesso, racionalização da oferta e melhoria dos resultados sociais.

O PSC propunha a implantação de equipes de saúde da família, que fariam a atenção a mil famílias em cada área. A equipe era composta por um médico e um enfermeiro generalista, além de 3 auxiliares de enfermagem e 4 ACSs. Para tanto, o Distrito Federal foi mapeado para o cálculo do número de equipes necessárias.

O plano era iniciar com essa equipe mínima e, com o passar do tempo, incorporar novos profissionais. Essas equipes seriam, pois a porta de entrada dos usuários para o sistema de saúde, em uma unidade de saúde mais próxima da comunidade do que o Centro de Saúde. Planejou-se criar essas unidades dentro da comunidade por meio do aluguel de casas e, mesmo, da construção de algumas delas. O fluxo de atendimento seria modificado: essas equipes encaminhariam situações mais complexas para um CS, e desse para um hospital que, se necessário, encaminharia os casos para um atendimento secundário e, assim, sucessivamente até chegar ao HBDF.

A implantação implicava a revisão do papel dos centros de saúde, que teriam um processo de trabalho mais complexo, com a incorporação de especialidades tais como otorrinolaringologia, oftalmologia e outros. O PSC tinha como pressuposto básico, também, a implantação da referência e da contra-referência, o que, por sua vez, implicava uma articulação afinada entre os diferentes serviços (HILDEBRAND, 2008).

Em uma análise sobre a concepção do programa, comparativamente ao modelo anterior, cujo centro da atenção básica era os centros de saúde para cada 30 mil habitantes, um dos entrevistados assim resumiu:

O Programa Saúde em Casa também se baseava nas diretrizes de Alma Ata. A única diferença é que tínhamos generalistas e unidades mais acessíveis. Mas as diretrizes do projeto inicial dos CSs continuavam (Entr. 3).

Admite-se, então, que as principais mudanças no ideário do PSC, em relação ao modelo anterior, foram a ampliação de acesso da população aos serviços e a ruptura com o modelo de atenção básica do Distrito Federal, até então vigente, centrado nas especialidades básicas (HILDEBRAND, 2008). Em relação ao PSF do MS, houve inovações, na medida em que, além do médico e do enfermeiro, incorporou-se também o odontólogo³⁸. Credita-se, também, ao modelo do PSF do Governo Federal, uma maior centralidade ao trabalho dos ACSs, característica contrária à matriz principal do PSC, que deu maior relevo ao trabalho dos profissionais de saúde, especialmente médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos e técnicos de higiene dental (Entr. 8).

Um dos pontos mais destacados pelos entrevistados (Entr. 6, 7, 8 e 9), foi que o PSC constituía a primeira etapa de uma reformulação mais radical do sistema de saúde do Distrito Federal, cuja proposta era reorganizar os CSs e os hospitais, a partir da base, que seriam as equipes de PSC. Para tanto, extrapolou-se o modelo do PSF, buscando experiências internacionais em Cuba, na Espanha e na Inglaterra:

De Cuba veio a inspiração do trabalho do médico de família e sobre a organização do fluxo referencia e contra-referencia; da Inglaterra veio a concepção do vínculo entre a clientela e a equipe; da Espanha veio o modelo sobre a organização da rede hospitalar, inclusive a inspiração para o SAMU que foi depois incorporada pelo MS (Entr. 6).

O PSF, ao entrar na agenda do MS, em 1994, foi considerado como uma estratégia capaz de provocar a reorganização do modelo assistencial por meio da ampliação do acesso da população aos serviços básicos; pela mudança no processo de trabalho e práticas de saúde das equipes; pela formação de vínculos com as famílias; pela capilaridade e poder de mobilização das redes sociais. Contudo, é fato que, naquele momento, ainda não se dispunha de acúmulo suficiente de debates e de experiências que evidenciassem o potencial de reorganização dos demais níveis de atenção à saúde, a partir da atenção primária. Especialmente, não se sabia como operar mudanças nos grandes centros, com estruturas já cristalizadas, tampouco como realizar a regulação da oferta de especialidades diagnósticas e terapêuticas, pertencentes aos serviços de média e alta complexidade (GÖTTEMS *et al.*, 2008; GOTTEMS e PIRES, 2009). Isso demonstra que a implantação do PSC no Distrito

³⁸ Foi proposta uma equipe de odontologia para cada quatro equipes de PSC.

Federal, tomando os países com maior acúmulo de experiências nestas reformas, como exemplo, já se preparava para uma substancial mudança, que requereria o enfrentamento de desafios bem à frente do seu tempo.

4.3.1 O processo de implantação do Programa Saúde em Casa, nos anos de 1996 a 1998

O processo de implantação Programa Saúde em Casa implicou a organização de infraestrutura física para a instalação das equipes e a contratação de um maior número de profissionais de saúde. A SES-DF dispunha de funcionários públicos concursados, com planos de carreira e jornadas de trabalho definidas, situação de difícil manejo e estabelecida constitucionalmente. Pensava-se que, para o PSC, fosse necessário um grande número de profissionais com dedicação exclusiva e salário compatível. A solução proposta foi uma parceria com uma Organização não governamental, o Instituto Candango de Solidariedade (ICS), que atuaria na contratação dos profissionais e no aluguel de imóveis, ambos necessários para a implantação das equipes.

O ICS foi criado em 1995, com a finalidade de desenvolver projetos sociais com os setores governamentais, tendo na presidência, a primeira dama do Distrito Federal. O ICS firmou contrato de gestão (GDF, 1999) com o Governo do Distrito Federal, com base na Lei nº 9.637/99³⁹, que prevê o envio de recursos públicos às organizações sociais com esse tipo de contrato, sem licitação e com a distribuição de atribuições. Firmada a parceria, foi feito o repasse de recursos da SES-DF para aquele Instituto e realizado o concurso simplificado para a contratação dos profissionais, após aprovação pela Câmara Legislativa do DF⁴⁰.

A cidade de Santa Maria foi a primeira a ter o PSC implantado, alcançando a cobertura de 100% da população. Em um processo crescente, o PSC chegou a ser implantado em todas as demais cidades, com exceção de Taguatinga, Plano Piloto e Lago Sul e Lago Norte. A velocidade do processo de implantação foi possibilitada tanto pela parceria com o ICS, como pela “mobilização de profissionais de outros estados por meio da publicação de Editais em jornais de grande circulação, assim como pela oferta de uma remuneração compatível com cada uma das categorias profissionais” (Entr. 6 e 9). A forma de iniciar a implantação foi decisiva, segundo um dos entrevistados, pois “O grande desafio era fazer uma experiência localizada, e depois expandir, ou faz já expandir” (Entr. 8). Optou-se por uma implantação

³⁹ Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 9637 de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências.

⁴⁰ Informações fornecidas pela Entrevistada nº 6.

rápida, visto que “tínhamos pouco tempo de governo e queríamos tirar o hospital do centro do sistema de saúde” (Entr. 6).

A implantação das equipes nas Regionais de Saúde, era precedida por reuniões com a participação da comunidade, utilizando-se a tecnologia do Planejamento Estratégico e Democrático⁴¹ (CAPITANI, 2002) para a construção do diagnóstico da população, como parte do processo de elaboração do orçamento participativo do GDF (HILDEBRAND, 2008). Segundo o Entr. 7, “A sincronia entre essas estratégias contribuiu para que a proposta chamasse a atenção do Governador que ampliou o apoio para a área da saúde”.

No final de 1998, depois de, aproximadamente, dois anos de implantação, haviam sido contratados 1.286 Agentes Comunitários de Saúde e 278 equipes para o Programa Saúde em Casa (GDF, 1997b). A maioria dos procedimentos de saúde era realizada no âmbito do domicílio ou da unidade básica de apoio, tendo como referência os Centros de Saúde e as unidades ambulatoriais e hospitalares da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, alcançando-se uma cobertura de 78% da população do Distrito Federal (REZENDE, 2001; GDF, 1997b).

A população assistida pelo PSC, quando da sua formulação, era constituída de 1.480.291 habitantes do Distrito Federal. Conforme se visualiza na Tabela 6, no final do ano de 1997, a cobertura populacional era de 53,4% (803.900 habitantes), correspondendo a 09 cidades, das quais 07 tinham cobertura de 100% da população. Em 1998, foram incluídas outras 03 localidades e ampliou-se o número de equipes, chegando-se a uma cobertura de 88,2% da população das cidades, onde o PSC havia sido implantado.

⁴¹ CAPITANNI (2002) investigou o processo de implantação do Planejamento Estratégico Democrático - PED - no Programa Saúde em Casa, da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, e constatou que esse dispositivo parece ter sido fundamental na formação individual e grupal dos profissionais e da comunidade.

Tabela 6 – Cobertura do Programa Saúde em Casa, nos anos 1997 e 1998, por localidades, população, famílias cadastradas e número de equipes, Brasília-DF, 1998

<i>Localidade</i>	<i>Pop.</i>	<i>Pop. coberta</i>		<i>Famílias cadastradas</i>		<i>Nº de equipes</i>	
		1997	1998	1997	1998	1997	1998
Santa Maria	86.365	86.365	92.593	17.816	20.855	16	20
São Sebastião	46.883	46.883	46.883	10.376	12.123	9	10
Sobradinho	98.391	55.000	55.000	8.944	8.944	5	8
Planaltina	120.000	120.000	120.000	16.177	16.177	14	29
Samambaia	145.514	145.514	166.669	17.859	34.443	16	32
Paranoá	61.000	61.000	61.000	9.218	9.218	12	12
Recanto das Emas	75.000	75.000	75.000	12.772	13.535	13	14
Ceilandia	365.549	165.000	365.549	31.110	73.109	33	81
Brazlândia	49.138	49.138	49.138	5.655	5.655	10	10
Núcleo Band.	58.071	0	68.532	0	17.081	0	16
Gama	145.760	0	128.342	0	28.828	0	29
Taguatinga	228.620	0	75.819	0	13.792	0	17
Total	1.480.291	803.900	1.304.927	129.927	253.760	131	278

Fonte: GDF, 1997b.

Outro dado importante deste período foi a ampliação do orçamento do GDF para a saúde. Em uma comparação rápida, verificou-se que o orçamento do Setor Saúde no Distrito Federal cresceu a partir nos anos 1995 a 1998, significando um diferença significativa em relação ao ano de 1994 (Tabela 7).

Tabela 7 – Evolução da participação da saúde no orçamento do Governo do Distrito Federal, de 1994 a 1998

Ano	Orçamento do GDF	Orçamento para a Saúde	%
	R\$	R\$	
1994	1.729.274.804	352.599.000	20,4
1995	3.028.720.609	621.359.000	20,5
1996	3.461.485.624	696.493.000	20,1
1997	4.138.377.022	820.358.000	19,8
1998	2.890.181.631	877.237.098	30,3

Fonte: Rezende, 2001.

O aumento dos recursos para a saúde ocorreu com o aumento na captação de recursos do governo federal e, principalmente, pelo maior aporte de recursos próprios do GDF para a saúde. Cabe destacar, que nesse período, o repasse de recursos do MS para estados e municípios ocorria conforme a produtividade registrada nos sistemas de informação ambulatorial e hospitalar (SIASUS e SIHSUS). A produtividade das equipes do PSC repercutiu em maior arrecadação de recursos para custeio, com aumento nos registros dos

procedimentos ambulatoriais. Segundo dados da análise físico-financeira realizada sobre o período 1997 a 1998, o faturamento via SIASUS foi de R\$1.854.713,00 (um milhão, oitocentos e cinquenta e quatro mil e setecentos e treze reais) em 1997, e de R\$ 7.218.654,67 (sete milhões, duzentos e dezoito mil, seiscentos e cinquenta e quatro reais e sessenta e sete centavos) em 1998 (GDF, 1997b).

Além do aumento da captação, houve maior alocação de recursos do GDF e aumento da capacidade de uso dos recursos pela FHDF, permitindo que além da implantação do PSC, fossem realizados investimentos em todos os serviços da SES-DF, conforme depoimento de uma das entrevistadas:

O que acontecia antes: tínhamos os repasses de recursos por programas, mas chegava aqui e empacava. Por exemplo, o programa de DST/AIDS não recebia nem um terço do que devia e nós fomos para cima porque tínhamos que receber este dinheiro. Aí conseguimos o máximo de captação de recursos do governo federal e de recursos internacionais, o orçamento do DF chegou a 30%, muito superior a gestão anterior que era de 7%. Para se ter uma idéia nunca se chegou a tanta vinculação de recursos próprios para a saúde e educação como no governo Cristóvam, e este pool de recursos nos permitiu re-equipar os hospitais, construir o que faltava naquele período, contratar profissionais, fazer concursos público, dar aumento de salário para evitar greve (Entr. 6).

O aumento do aporte de recursos também foi propiciado pela edição em 1996, da Norma Operacional Básica nº 1/1996, pelo MS. Essa Norma apresentou novos mecanismos de transferências governamentais e exigiu a contrapartida dos governos estaduais e municipais, para cada repasse de recursos recebidos.

4.3.2 Os atores e os grupos envolvidos no desenvolvimento do Programa Saúde em Casa

Na formulação do plano, os atores que se destacaram foram os governamentais, atuando como servidores públicos e gestores nomeados pelo Governador. Basicamente, a proposta foi do governo, formulada por gestores e funcionários de carreira, em que pese ter sido debatida na Câmara Legislativa para aprovação de partes da proposta, como a parceria com entidade do terceiro setor e destinação de orçamento.

Contudo, o PSC mobilizou um conjunto de forças políticas e técnicas que apoiavam e, ou se opunham ora ao conteúdo da proposta, ora à forma de implantação. Há consenso entre

os entrevistados⁴² que houve o apoio do Governador, do Conselho de Saúde do Distrito Federal e seus correspondentes regionais, bem como dos profissionais que se engajaram na sua implantação, tanto aqueles da SES-DF, quanto dos contratados pelo ICS. Por outro lado, a oposição do movimento sindical e da base de oposição da Câmara Legislativa do Distrito Federal foram as mais citadas. O primeiro opunha-se à forma de implantação por meio da “terceirização das contratações e diferenças salariais” (Entrs. 6 e 9) e o segundo grupo, composto majoritariamente pelas “forças políticas derrotadas na eleição, era contrário pela visibilidade que o programa dava ao grupo que estava no governo, visto que o PSC era um dos programas do governo mais bem avaliados” (Entr. 9).

O apoio do Governador foi manifesto, graças à visibilidade política alcançada tanto no Distrito Federal, quanto em âmbito nacional, pelo conteúdo da proposta e forma de implantação. No que se refere ao conteúdo da proposta, em sua dimensão técnica, houve o reconhecimento que a atenção básica reduziria os gastos com a assistência hospitalar (HILDEBRAND, 2008). Por outro lado, segundo depoimento (Entr. 6, 7 e 9), o Governador entendeu que o PSC contemplava outros efeitos, como o aumento do emprego, com a criação de novos postos de trabalho, especialmente para os ACS, oriundos da comunidade, representando distribuição de renda. Esses efeitos eram coerentes com as ideias da economia solidária, da qual era partícipe.

A atenção do Governador também foi capturada pela visibilidade política que o PSC lhe proporcionou, tanto no que se refere à aprovação por parte da população do Distrito Federal, quanto nos fóruns da área de saúde e outras localidades no Brasil (Entr. 9). É importante lembrar que o PSC entrou para a agenda do governo em um momento de crise de legitimidade e percepção de que a saúde não estava dando as respostas necessárias com o Projeto REMA. Assim, o êxito do projeto, a forma de implantação com mobilização intensa da comunidade e profissionais de saúde, bem como o reconhecimento das instâncias de gestão do SUS, tais como do MS e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) são citados como indicadores importantes para mensurar a visibilidade do projeto no setor saúde e o apoio dado pelo Governador. Essa leitura da questão é feita por alguns entrevistados, sumarizadas nos depoimentos a seguir:

Quando você falava da saúde do DF em qualquer lugar do país todo mundo falava: ah! Aquele modelo do programa saúde em casa. Eu chegava nas reuniões de Secretários de Saúde e todo o mundo me achava a mágica, entendeu. E não tinha mágica nenhuma: tinha planejamento, estudo,

⁴² Entrevistados 6, 7, 8 e 9.

pesquisa, assessoria [...]. E isto deu ao Governador Cristóvam uma visibilidade política incrível.” (Entr. 6).

Ele comprou a idéia, ele não sabia direito o que era, mas queria a população satisfeita. A medida que a resposta foi grande e boa ele, como era inteligente, apoiou.(Entr. 7).

Outro aspecto que explica a visibilidade local deve-se à implantação de uma política de comunicação na SES-DF que permitiu criar canais com a sociedade, motivada pela necessidade de emissão de respostas rápidas ante a forte pressão da mídia sobre as ações da SES-DF:

Nós fizemos uma equipe de jornalismo na assessoria da Secretaria que era importantíssima. Eles faziam diariamente uma pesquisa de notícias positivas e negativas e iam direto ao foco [...]. Essa política de comunicação envolvia também a edição mensal do Jornal da Saúde, com informações de fácil entendimento, direcionados para a comunidade. Ali se produziam informações sobre a implantação do PSC e sobre cuidados com a saúde (Entr. 6).

O Conselho de Saúde também apoiou a proposta porque foi legitimado pela SES-DF como instância atuante de controle social. Todos os projetos eram aprovados antecipadamente pelo Conselho (Entr. 9). Além disso, realizavam-se frequentemente atividades que envolviam vários segmentos da sociedade como os homossexuais, as prostitutas, os diabéticos, entre outros, com a participação da equipe de gestão da SES-DF e os profissionais das equipes do PSC. Esses últimos foram considerados os principais protagonistas do Programa porque “vestiram a camisa da proposta política de saúde e talvez este tenha sido o ponto mais importante” (Entr. 9).

Contudo, o PSC foi fortemente atacado pelo movimento sindical, especialmente pelos sindicatos dos médicos e dos enfermeiros, pelos profissionais de carreira da SES-DF e pelos partidos de oposição ao Governo. A oposição do movimento sindical girava em torno do argumento de que os trabalhadores do PSC percebiam remunerações superiores em relação aos servidores da FHDF:

Houve incompreensão do movimento sindical e talvez uma incompetência nossa (dos gestores) para tratar isto adequadamente porque o trabalhador do PSC não tinha a estabilidade, então tinha que ter uma compensação que era o FGTS, um salário um pouco melhor, se adoecesse ele tinha direito a 15 dias e depois iria para o INSS e assim reduziria drasticamente a sua remuneração” (Entr. 9).

Havia a oposição política organizada pelo Deputado Luiz Estevão, que era o líder da bancada do PMDB, maioria na Câmara Legislativa. Além disso, os ataques também vinham dos sindicatos da saúde, incluindo-se o dos enfermeiros e médicos, além de grupos dispersos nas regionais de saúde e partidários ligados ao Ex-Governador Roriz (Entr. 6).

Entre os profissionais da rede de serviços da SES-DF, os argumentos referiam-se às diferenças salariais, ao conteúdo da proposta do PSC e em defesa da manutenção do modelo anterior de atendimento à demanda espontânea nos centros de saúde, emergências e ambulatório hospitalar. Há consenso entre alguns entrevistados (Entr. 5, 6, 7, 8 e 9) desse estudo, que corroboram os achados de Hildebrand (2008), de que a oposição à ideia do PSC, manifestada pelos profissionais da rede, explicava-se pela resistência à mudança no processo de trabalho nos centros de saúde e nos hospitais, mais do que na diferença salarial.

Em relação ao Governo Federal, é importante destacar que as relações entre o MS e a SES-DF, eram bastante ambíguas. Por um lado, havia o apoio manifesto do Ministro da Saúde à adoção do PSF como estratégia de reorganização da atenção básica, uma vez que essa era uma proposta do Governo Federal, que contava, inclusive com incentivos financeiros. Mas as relações entre as equipes técnicas do MS e da SES-DF não repercutiam a mesma relação estabelecida entre o primeiro escalão das duas instâncias, explicada pela polarização partidária:

Passávamos muita dificuldade quando íamos discutir um projeto de investimento maior, porque o MS não tinha nenhum interesse em fazer. E isto se devia a questão partidária. Também não conseguíamos fazer parcerias. Era um problema do partido. Havia situações em que o pessoal do partido local não deixava os técnicos do Governo Federal abrir eventos, falar publicamente. Este contexto partidário teve uma influência muito grande (Entr. 7).

[...] o desafio era trabalhar nesse cenário político, inclusive um pouco adverso por que havia diferenças políticas, era um governo do PT aqui e um governo do PSDB, polarizado também no Ministério da Saúde (Entr. 8).

A partir dos depoimentos, depreende-se que os atores e grupos de apoio ao Programa eram tanto governamentais, como não governamentais. Entre os governamentais destacam-se aqueles envolvidos com a implantação da proposta, tais como os profissionais, os gestores em diferentes níveis, e o próprio Governador. Entre os não governamentais estavam os representantes de segmentos populacionais e os Conselhos de Saúde. Entre os atores e os grupos de oposição, entretanto, os governamentais eram representados majoritariamente pelos funcionários públicos da saúde. Os não governamentais eram os sindicatos e os partidos

políticos, com especial destaque para o Governo Federal, que se manteve ambíguo no processo.

A oposição, tanto de políticos, de médicos e demais servidores da SES-DF encontra consonância nas explicações dadas por Vianna e Dal Poz (2005), os quais lembram que a implantação do PSF, em todas as demais unidades da federação, e inclusive, durante o processo de formulação pelo MS, sempre contou com oposições das mais variadas: dos Conselhos Federais de Medicina e de Enfermagem, além das da Associação Brasileira de Enfermagem, preocupados em garantir o mercado de trabalho dos profissionais médicos e de enfermagem; da Pastoral da Saúde e suas comunidades eclesiais, que desenvolviam programas de agentes comunitários e se opuseram ao cadastramento das famílias pelas unidades de saúde do programa e de alguns gestores estaduais. Parte dessa oposição é devida ao próprio ideário da proposta, que busca superar os modelos tradicionais de operações de saúde, com inovações nos tipos de contratos de profissionais, nos perfis profissionais, nos tipos de remuneração, nas práticas, etc., apoiando-se mais nas comunidades (objetos das ações), ao envolvê-las na política de maneira distinta. Com isso, as antigas alianças que se estabeleciam nas políticas de saúde, geralmente centradas em políticos, médicos e construtores de obras públicas, no nível local, foram superadas por formas mais centradas na mobilização comunitária e, principalmente, porque o modelo não está centrado na figura do médico. Assim, é possível afirmar que no Distrito Federal, as oposições foram mais ideológicas, quando se referiam aos profissionais de saúde e político-partidárias, que quando se referiam aos partidos.

4.3.3 As mudanças no sistema de saúde do Distrito Federal decorrentes da implantação do Programa Saúde em Casa nos anos 1995 a 1998

O período de 1995 a 1998 é reconhecido por dois grandes resultados: ampliação de recursos próprios do GDF na saúde e experimentação de um novo modelo de atenção à saúde no Distrito Federal. Nesse período, a rede pública era composta por 13 hospitais, 56 centros de saúde, 29 postos de saúde, 278 equipes de PSC, 127 equipes de saúde bucal e três hospitais conveniados (Hospital Universitário de Brasília e Hospital das Forças Armadas). Houve, portanto, ampliação da oferta de serviços básicos, por meio da implantação de equipes, reabastecimento da rede e contratação de pessoal, e não houve construção de novos hospitais.

A implantação do PSC agregou outras políticas tais como a criação, em 1997, do Pólo de Capacitação e Educação Permanente em Saúde da Família, resultante de uma articulação

entre a SES-DF e a UnB. Essa estratégia possibilitou a realização de sucessivas capacitações técnicas dos profissionais, para torná-los aptos a atuarem nas ações básicas de saúde com enfoque sobre as famílias. As incoerências entre a formação e a atuação dos profissionais foram intensamente debatidas, inaugurando outras políticas, tais como a criação da Escola Superior de Ciências da Saúde no Distrito Federal, que viriam à tona nos anos subsequentes. Além disso, outras propostas inovadoras foram implantadas como o Atendimento Médico Especializado Itinerante (AMEI), em que especialistas iam até às Unidades Básicas de Saúde (UBSs) para atender às demandas e qualificar a equipe, bem como a implantação das práticas alternativas de saúde na SES como a fitoterapia, a acupuntura, entre outras (Entr. 6).

Em relação aos atendimentos realizados nos ambulatórios e nas emergências, o monitoramento realizado pela SES-DF, constantes da Tabela 8, indicam pequena mudança. Em que pese a limitação desses dados, percebe-se que não houve uma inversão significativa nas consultas médicas ambulatoriais e hospitalares. Mesmo no período de maior cobertura populacional, pelo PSF, em 1997, predominam as consultas hospitalares.

Tabela 8 – Evolução do número de consultas e atendimentos no período de 1993 a 1998

<i>Ano</i>	<i>Total</i>	<i>Ambulatório</i>	<i>Emergência</i>	<i>Ambulatório</i>	<i>Emergência</i>
1993	4.410	2.296	2.113	52%	48%
1994	4.472	2.327	2.146	52%	48%
1995	4.535	2.358	2.177	52%	48%
1996	3.971	2.036	1.934	51%	49%
1997	4.223	2.242	1.981	53%	47%
1998	4.186	2.160	2.025	52%	48%

Fonte: GDF. Relatórios Estatísticos Mensais das DRs/DICOAS/SUPRAC/SES-DF, 2000c⁴³.

Em relação à oferta de serviços da SES-DF, observa-se que não houve aumento no número de hospitais nos anos de 1995 a 1998 e, até houve redução no número de leitos hospitalares (Tabela 9). Esse dado, relacionado ao aumento no número de centros de saúde, de 54 para 58 e na cobertura de 70% da população com equipes de PSC, sinaliza a priorização da Atenção Primária à Saúde nesse período.

⁴³ www.saude.df.gov.br

Tabela 9 – Evolução dos serviços públicos de saúde do Distrito Federal, nos anos de 1993 a 1998

<i>Anos</i>	<i>1993</i>	<i>1994</i>	<i>1995</i>	<i>1996</i>	<i>1997</i>	<i>1998</i>
População	1.657.841	1.757.567	1.780.554	1.830.583	1.882.022	1.916.046
Nº Hospitais	11	13	13	13	13	13
Nº CS	49	53	54	54	56	58
Nº Postos Saúde	28	27	27	27	27	27
Nº de Leitos	2.727	2.724	2.683	2.557	2.471	2.471
Nº leitos/ 4 mil hab/ano	1,6	1,5	1,5	1,4	1,3	1,3
UBS/30 mil hab	55,26	58,59	59,35	61,02	62,73	63,87
Consultas	4.409.742	4.472.450	4.534.769	3.970.527	4.222.979	4.185.681

Fonte: Relatórios Estatísticos da SES-DF, 2002⁴⁴.

4.4 A INFLUÊNCIA DOS EVENTOS RELACIONADOS NACIONAIS NA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE EM CASA NO DISTRITO FEDERAL – 1996 A 1998

4.4.1 A adoção do Programa Saúde da Família e do Programa Agentes Comunitários de Saúde, como estratégia de reformulação do modelo assistencial

O PSF foi criado na década de 90, inspirado em experiências advindas de outros países, tais como Cuba, Inglaterra e Canadá, cuja saúde pública alcançara níveis de qualidade com investimento na promoção da saúde e na prevenção de doenças, tendo sido precedido da criação do Programa Agentes de Saúde (PAS) (Ceará-1987) e pelo Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 1991).

Os princípios que norteiam o PSF são originários de propostas de diferentes grupos e articulações, tais como a Medicina Comunitária, as Ações Primárias de Saúde e os Sistemas Locais de Saúde (SILOS). A ênfase na implantação do PSF inicia-se em 1994⁴⁵, justificada pela necessidade de substituição do modelo assistencial, historicamente, centrado na doença e no cuidado médico individualizado por um novo modelo sintonizado com os princípios de universalidade, equidade e integralidade da atenção, incorporando e reafirmando os princípios do SUS. Além disso, teve como princípios básicos ser substitutivo do modelo biomédico

⁴⁴ www.saude.df.gov.br

⁴⁵ O Programa de Saúde da Família foi concebido a partir de uma reunião ocorrida nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993, em Brasília, sob o tema “Saúde da Família”, convocada pelo gabinete do ministro da Saúde, Dr. Henrique Santillo. O PSF foi inicialmente coordenado pela Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC), dentro do Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde (FNS). Em 1995, quando o ministro Adib Jatene assumiu o Ministério da Saúde, o programa foi transferido da FNS para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) (VIANNA e DAL POZ, 2005).

hegemônico, trabalhar em equipe multiprofissional, com território definido e adscrição da clientela e realizar vigilância à saúde. O Programa prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos, quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua (SCHERER *et al.*, 2005; GÖTTEMS e PIRES, 2009; GÖTTEMS *et. al.*, 2008).

O PACS é um antecessor do PSF, pois foi o primeiro a introduzir um enfoque na família e não no indivíduo, dentro das práticas de saúde. O PACS também introduziu uma visão ativa da intervenção em saúde, de não "esperar" a demanda "chegar" para intervir, mas de agir sobre ela preventivamente, constituindo-se assim em instrumento real de reorganização da demanda, além das concepções práticas sobre a integração com a comunidade e um enfoque menos reducionista sobre a saúde, não centrado apenas na intervenção médica.

O PACS foi formulado com o objetivo central de contribuir para a redução da mortalidade infantil e materna, principalmente, nas regiões Norte e Nordeste, por meio da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas. Porém, a partir da experiência acumulada, com a implantação do PACS no estado do Ceará, o próprio Ministério da Saúde percebeu que os agentes poderiam, também, ser peça importante para a organização do serviço básico de saúde no município (VIANNA e DAL POSS, 2005). A partir de 1996, o PSF começa a ter melhor integração com o PACS, o que aponta para uma fusão dos dois programas, pois suas operações podiam ser combinadas, já que a equipe de saúde da família inclui o agente comunitário.

A ampliação da oferta de serviços e de acesso da população, bem como a mudança do modelo assistencial, desafios da década de 90, tiveram no Programa Saúde da Família a sua grande aposta. A esse Programa, creditam-se inclusive, as inovações ocorridas no financiamento dos serviços, pelo Governo Federal, materializadas na NOB-96 (BRASIL, 1996), uma vez que, foi a partir do PSF, que se evidenciou que determinadas atividades não poderiam ser remuneradas por procedimentos, porque se adaptavam melhor a uma remuneração de tipo *per capita*. Outra medida importante desse período, decorrente do PSF, foi a aproximação com a universidade, no sentido da formação e do treinamento dos recursos humanos requeridos pelo Programa, que virão a constituir-se, no ano de 1997, nos pólos de capacitação (VIANNA e DAL POZ, 2005).

O PSC implantado no Distrito Federal, nesse período, ao adotar as diretrizes do PSF, embora com algumas adaptações, também foi a grande estratégia para a mudança do modelo assistencial. Nesse sentido, representou um alinhamento das agendas entre os dois níveis de

gestão do SUS, ainda que sob relações intergovernamentais de forte oposição. Até 1997, a implantação do PSF era o fenômeno mais presente em pequenos municípios e sua implantação no Distrito Federal, com aproximadamente 70% de cobertura da população, produziu grande visibilidade ao Programa, porque constava entre as primeiras experiências de implantação em grandes centros urbanos. Se mais bem apoiada pelo Governo Federal teria agregado maior densidade à agenda do Ministério da Saúde, não fossem os efeitos das relações político-partidárias daquele período.

4.4.2 A Norma Operacional Básica nº 1 do Sistema Único de Saúde de 1996

A NOB 96 (BRASIL, 1996), como ficou conhecida, representou um salto no processo de descentralização de recursos e ampliação do financiamento; apresentou novos mecanismos de transferências intergovernamentais; exigiu a contrapartida dos governos estaduais e municipais, para cada repasse de recursos recebidos e criou duas novas formas de gestão municipal: a “Gestão Plena da Atenção Básica⁴⁶” e a “Gestão Plena do Sistema Municipal⁴⁷”.

No primeiro caso, o município ficaria responsável pela assistência básica, prestada em unidades próprias ou através de contratos com provedores. No segundo, o município seria totalmente responsável pelos serviços ambulatoriais e hospitalares e teria autonomia para decidir sobre a alteração de valor dos procedimentos médicos e de outros pontos relacionados ao pagamento dos serviços (BRASIL, 1996; MANSUR, 2001; BRASIL, 2007).

A edição dessa Norma, ao tempo em que aperfeiçoa a gestão do SUS, aponta para uma reordenação do modelo de gestão e de atenção à saúde, na medida em que redefine:

- a) os papéis de cada esfera de governo;
- b) os instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS;

⁴⁶ O município habilitado como Gestão Plena da Atenção Básica faria jus à transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes ao Piso da Atenção Básica (PAB), Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS), aos recursos correspondentes às ações de epidemiologia e de controle de doenças, e teria o comendo de todas as unidades básicas de saúde, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas), estabelecidas no território municipal (BRASIL, 1996).

⁴⁷ O município habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal receberia, além dos recursos e atribuições da Gestão Plena da Atenção Básica, as transferências regulares e automáticas, do Teto Financeiro da Assistência (TFA); as normalizações complementares relativas ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais em seu território, inclusive quanto à alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima, desde que aprovada pelo CMS e pela CIB; remuneração por serviços de vigilância sanitária de média e alta complexidade e pela execução do Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária (PDAVS), quando assumido pelo município. Além disso, o município se responsabilizaria pelo conjunto de todas as unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas), estabelecidas no território municipal (BRASIL, 1996).

c) os mecanismos e os fluxos de financiamento, para redução progressiva e contínua da remuneração por produção de serviços, e ampliação das transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas;

d) a prática do acompanhamento, do controle e da avaliação no SUS, para superação dos mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorização dos resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade;

e) os vínculos dos serviços com os seus usuários, de modo a privilegiar os núcleos familiares e comunitários e criar assim, condições para uma efetiva participação e controle social (BRASIL, 1996; BRASIL, 2007).

Com isso, a participação relativa dos municípios no financiamento do SUS foi aumentando, progressivamente, no tocante à atenção básica, pela criação do Piso de Atenção Básica (PAB), com repasses de recursos com base em critérios populacionais; suprimindo o pagamento por produção de serviços nesse nível e aprimorado com a criação do PAB variável. Contudo, a operacionalização dos preceitos da NOB-96 (BRASIL, 1996), foi adiada por dois anos, entrando em vigor, efetivamente, apenas a partir de 1998 (SOLLA *et al.*, 2007). Em função desses atrasos, essa Norma não fortaleceu o processo de implantação do PSC no Distrito Federal. Os repasses do PAB variável não foram realizados e a habilitação como Gestão Plena do Sistema de Saúde só foi conseguida em 2002. Não houve, pois alinhamento completo entre as estratégias de fortalecimento da adesão do Distrito Federal ao PSF, por dois motivos: um relativo ao financiamento e outro relativo ao transbordamento das relações políticas partidárias.

4.5 OS EVENTOS POSTERIORES A ESTE EPISÓDIO

Os eventos posteriores a este Episódio serão apenas pontuados com a finalidade de prover maior compreensão do encadeamento dos eventos que compuseram esse período histórico. Contudo, seu detalhamento e sua análise serão realizados no próximo capítulo, para evitar repetições desnecessárias.

Os eventos posteriores ao ano de 1998, que encerram o Episódio 2, foram:

a) a partir de meados do ano de 1998, teve início a campanha política preparatória para a terceira eleição para governador e representantes legislativos, caracterizada pelo acirrado debate em torno das questões fundiárias, da saúde e da educação. Em relação à saúde, havia

grande satisfação da população com o PSC e as comunidades descobertas demandavam-no, como o caso do Plano Piloto e Guará;

b) no final do ano de 1998, foi realizada a eleição, cujos principais candidatos ao Governo eram o então Governador Cristóvam Buarque, que concorria à reeleição e o Ex-Governador Joaquim Roriz;

c) o resultado da eleição de 1998 contrariou as pesquisas sobre as intenções de voto, que de início sinalizavam diferenças grandes entre os candidatos, favoráveis à reeleição do Governador Cristóvam Buarque, creditando-se ao êxito dos programas sociais, especialmente a saúde e a educação;

d) o candidato Joaquim Roriz muda a estratégia de campanha, assume compromissos públicos “registrados em cartório”, que manteria e ampliaria os programas e recebe apoio explícito do Presidente da República, Fernando Henrique Cardoso, eleito no primeiro turno. As diferenças diminuem e o candidato do PMDB vence a disputa eleitoral. A Ex-Secretária de Saúde, por sua vez, foi um fenômeno eleitoral, eleita Deputada Federal, com mais de 100 mil votos;

e) ano de 1999, início do novo governo, é caracterizado por grande inquietação. O Ex-Secretário de Saúde, autor do Plano de Assistência à Saúde no Distrito Federal, de 1979, retorna como Secretário de Saúde. Os compromissos de manutenção do PSC não são confirmados, os profissionais organizam-se e aliam-se ao movimento sindical, fazendo forte pressão sobre os novos gestores. Assim, em 16 de fevereiro de 1999 o GDF publica no Diário Oficial do Distrito Federal, o rompimento do convênio com o ICS, demite todos os trabalhadores contratados para o PSF e extingue o Programa Saúde em Casa. As unidades de saúde, que eram em sua grande maioria, casas alugadas, são desativadas, os equipamentos são armazenados em galpões e os prontuários e demais registros são destruídos.

4.6 ANÁLISE DO EPISÓDIO 2, A PARTIR DO MODELO TEÓRICO DE KINGDON (PERÍODO DE 1995 A 1998)

Os **problemas** que caracterizaram esse período, e que originaram as propostas do REMA e do PSC, referem-se à sobrecarga dos hospitais, ao financiamento reduzido, à baixa cobertura populacional por serviços de saúde e à necessidade de ampliação de oferta de serviços básicos. Na percepção dos gestores, a rede de serviços estava “envelhecida” e dava sinais de esgotamento da capacidade de responder às demandas da população. Os equipamentos estavam obsoletos e a infraestrutura física dos serviços requeria reformas. Além

disso, o sistema de saúde tinha nos hospitais o centro da assistência, e mesmo a ampla rede de centros e postos de saúde, implantados na década de 80, não tinham mais a capacidade de resolver a maior parte dos problemas de saúde, porque estavam com reduzido número de profissionais e baixa incorporação de tecnologias de saúde.

Agregado a um cenário local de precarização da rede de serviços, o momento histórico de implantação do SUS seguia apontando para a necessidade de pensar e implantar serviços alternativos de saúde, menos onerosos e mais voltados para o perfil epidemiológico local. O sistema de saúde do Distrito Federal, que fora alvo de propostas inovadoras nos anos anteriores continuava tendo uma configuração hospitalocêntrica, centrada no atendimento especializado, de alto custo e de baixa capacidade de atender integralmente a toda a população.

Assim, os problemas que despertaram a atenção dos formuladores eram interpretados tanto do ponto de vista dos indicadores de oferta de serviços, quanto do ponto de vista ideológico, respeitando-se a bandeira do movimento da Reforma Sanitária:

A meta era justamente fazer o que estava previsto na Constituição. Nós lutamos na 8ª Conferência, depois na Constituinte, e tinha tudo ali [...] o SUS estava desenhado. Era colocar em prática aqui o que estava na Constituição e na LOS de 1990 (Entr. 9).

O destaque deste Episódio é que a mudança do REMA para o PSC é motivada pela crise de legitimidade do Governador e pela necessidade de se construírem respostas mais rápidas e visíveis do que, tão-somente, investir na reestruturação e reabastecimento das unidades de saúde. Esse cenário corrobora a concepção de Kingdon (2003), segundo o qual, crises podem favorecer a mudança na agenda do governo, assim como vai ao encontro de L. H. Ho (2002). Esse último autor observou que questões internas da saúde modificaram-se mediante o enfraquecimento do governo.

No **fluxo das ideias**, o período foi marcado pelo alinhamento técnico e ideológico entre os governos federal e do Distrito Federal, no campo da saúde, manifestado pelo fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, tanto no REMA quanto no PSC. Entretanto, o PSF parece ter entrado na agenda do governo federal, tecnicamente mais orientado, ao passo que no Distrito Federal, foi politicamente, mais pautado, sinalizando o que Exworthy *et al.* (2002) denominam de diferenças nas expectativas na relação intergovernos. Assim, reiteram-se concepções apresentadas por esses autores, de que é necessária uma questão, ou um

problema, aparecer na agenda política de ambos os níveis de governo, para que a implementação de ações possa ocorrer (PETCHEY *et al.*, 2008).

No campo da coerência entre as ideias, foi possível observar que, a despeito das diferenças partidárias entre os governos, o ideário do SUS foi mais forte, culminando com a adoção do PSF pelo GDF. Contudo, durante o processo de implantação local, o apoio técnico e político do MS não foi substantivo, de forma a construir alianças sobre essa política, o que corrobora outro achado de Exworthy *et al.* (2002) segundo o qual, quando as políticas dependem da relação entre diferentes níveis de governo, os atores locais podem não identificar a devida retaguarda que assegure a realização das ações. Essa questão é exemplificada pela falta de convergência dos incentivos sobre a cobertura pelo PSF, que não produziu efeitos potencializadores e facilitadores da implantação do PSC, até mesmo pelo pouco tempo de duração do PSC no Distrito Federal. Praticamente, nos dois anos de duração do programa, os repasses de recursos foram ainda regidos pela antiga NOB 1/93, pagos sobre a produtividade ambulatorial e hospitalar.

As ideias contidas no REMA e, posteriormente no PSC, também guardavam coerência com o plano daquele Governo, o que garantiu consistência e apoio interno durante praticamente todo o governo. Por outro lado, representavam ideias muito “arrojadas para aquele período” (Entr. 8), uma vez que pressupunham ampliar o tempo de trabalho dos profissionais no CS, reorganizar o trabalho de acordo com o interesse da população e, não com o dos servidores, bem como fortalecer o controle social. Isso explica a resistência que essas ideias enfrentaram durante a implantação do PSC, principalmente, dos servidores que se responsabilizariam pela retaguarda das equipes.

Observou-se então, que as ideias, ainda que oriundas da agenda federal, foram reinterpretadas graças a parcerias externas com outros países. Nesse caso, tiveram papel importante a liderança da secretária de saúde, o apoio do Governador e a organização de uma equipe de técnicos que, na sua grande maioria, tinham inserções nacionais. Mesmo sendo duas propostas dentro de um mesmo Governo, ambas apresentavam valores compartilhados com a comunidade acadêmica e política, tanto local quanto nacional (KINGDON, 2003), tendo a atenção primária como foco. O PSC, nesse quesito, alçou patamares maiores, visto que provocou iniciativas realmente novas no GDF, quais sejam as parcerias com o terceiro setor, a terceirização dos contratos e a locação de UBS, embora essas características tenham sido creditadas à facilidade na sua interrupção pelo Governador seguinte. Além disso, o PSC motivou a busca de parcerias internacionais para que fossem realizadas as etapas seguintes da reformulação do sistema de saúde com a regulação dos serviços, a “revitalização dos fluxos

de referência e de contra-referência, bem como a organização nos serviços de atendimento pré-hospitalar” (Entr. 6), entre outros.

A defesa e a difusão das ideias desses planos, também, tiveram uma característica bastante valorizada por Kingdon (2003): houve a atuação de uma liderança política, com bom trânsito na Câmara Legislativa, no Governo e nas demais instâncias do SUS. Deixou a desejar, entretanto, a articulação com a academia, visto que, são os pesquisadores e os professores que têm grande papel na geração e na difusão de ideias novas nos fóruns desse segmento.

No **fluxo político**, teve papel importante o clima nacional, ainda bastante influenciado pelo processo de redemocratização do país e pelas conquistas do setor saúde, na Constituição e nas Leis Orgânicas. A realização da segunda eleição direta para Presidente da República do período pós-redemocratização, bem como da segunda eleição direta para o GDF, após a conquista da autonomia política do Distrito Federal, ambientava o cenário político, dando força às ideias inovadoras.

Cabe destacar também que nesse período, a proposição do REMA se dá logo após a troca de governo no Distrito Federal, caracterizando um dos momentos clássicos definidos por Kingdon (2003), de que a mudança de governo favorece a entrada de questões na agenda. A segunda proposta do período, o PSC, também entra na agenda, em um momento de troca de equipe, logo após o que Kingdon (2003) denomina de “término da lua de mel” entre o novo Governo e a população.

Desse modo, o clima político local estava, também, contaminado pela mobilização social e pelo ideário do PT, que naquele período histórico representava uma grande virada na esfera política do GDF, até então ocupada por grupos conservadores locais. O setor saúde contava com representantes na Câmara Legislativa, propiciando sua entrada no ambiente político local, passando a ser debatida, disputada e, inclusive, tornando-se tema das campanhas eleitorais dos partidos e de disputas sindicais. Assim, observa-se que o fluxo político foi favorável ao PSC, seja por meio das forças políticas locais e da equipe de técnicos do Governo, que favoreceram sua inclusão na agenda na mudança de secretários de saúde, seja pelo alinhamento parcial entre as agendas para a saúde dos Governos Federal e local, corroborando os indicadores de Kingdon (1995) sobre a agenda.

No que se refere aos **atores**, neste Episódio, participaram tanto atores e grupos ligados ao governo, quanto os não governamentais. Entre os governamentais, estavam os que mais apoiavam a proposta, especialmente os profissionais contratados, os gestores nomeados. O apoio, também, foi dado por grupos não ligados ao Governo, mas que acompanhavam o

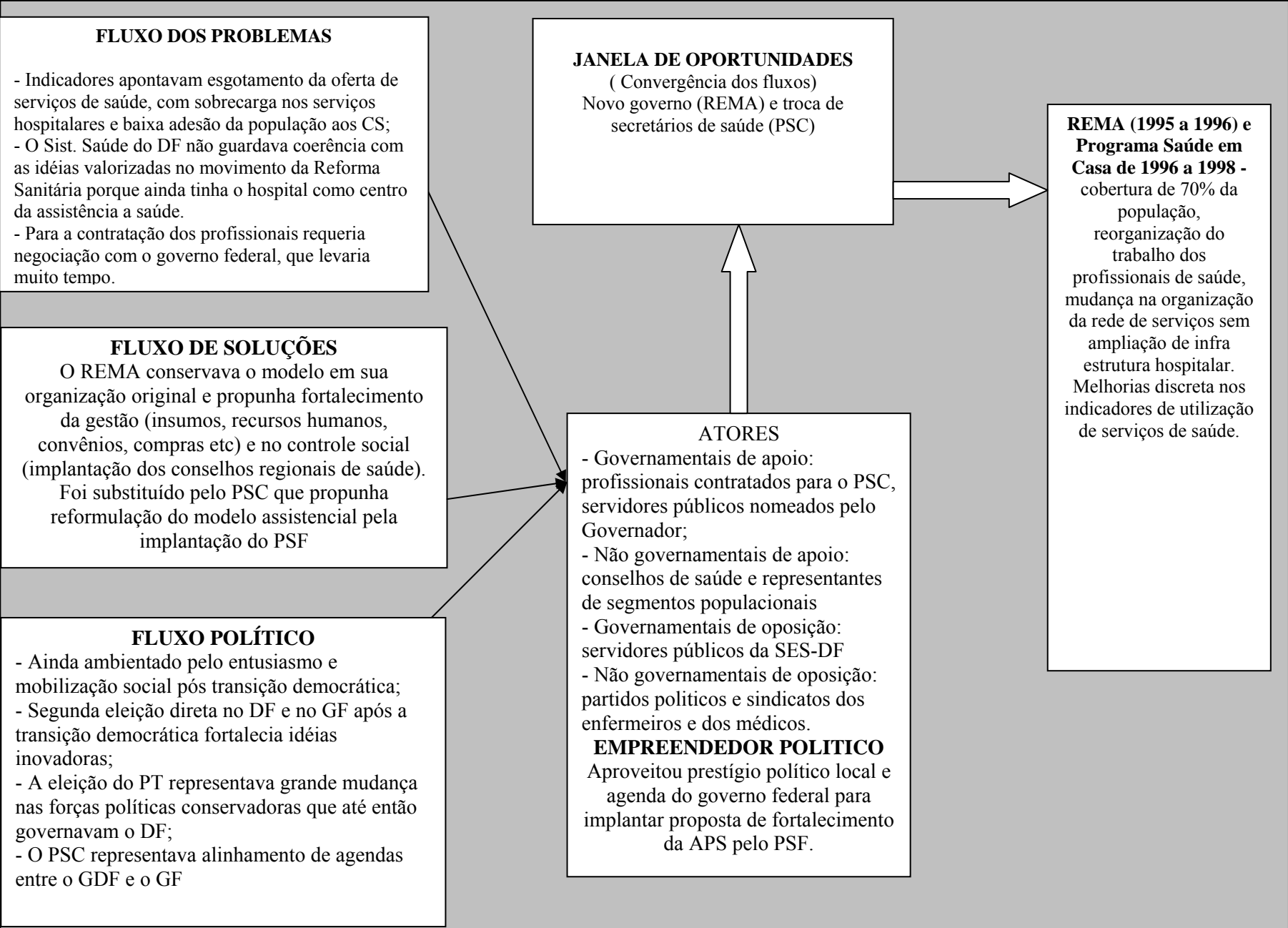
processo de implantação tais como os representantes de segmentos populacionais e os Conselhos de Saúde. Em contrapartida, entre os atores e grupos de oposição, os governamentais eram representados majoritariamente pelos funcionários públicos da saúde e, os não governamentais eram os sindicatos e os partidos políticos, com especial destaque para o Governo Federal que se manteve ambíguo no processo.

A mídia, por outro lado, foi um ator importante, nesse período, visto que atuou fortemente no questionamento ao Governo, induzindo a organização de estratégias de resposta da SES-DF, aumentando a visibilidade das ações na saúde, especialmente, do PSC.

Em relação à **janela de oportunidade**, para a entrada do PSF na agenda pública, observou-se que a participação da secretária de saúde foi fundamental na junção dos fluxos de problemas, propostas e política. A nova secretária possuía desenvoltura e ousadia, assim como aguçada leitura panorâmica do cenário nacional e local; tinha mandato legislativo e carreira política consolidada e, assim, exerceu o papel de empreendedora política, nesse período, apresentando a proposta do PSC, tão logo assumiu seu novo posto. Por outro lado, demarcou posição e oposição a outro empreendedor político, inaugurando uma fase de disputa de ideias e de modelos de atenção básica à saúde no Distrito Federal, visíveis nos episódios posteriores.

Quanto às relações intergovernamentais, observou-se que as janelas não se abriram completamente no Distrito Federal e no Governo Federal. A pequena abertura da janela deveu-se à capacidade dos empreendedores locais, que aproveitaram as “brechas” e apresentaram propostas. Contudo, não houve a abertura simultânea entre os dois níveis de governo, especialmente, no que se refere à questão do financiamento, que foi objeto de debate nas instâncias do SUS e obteve avanços com a NOB 1/96, mas só foi operacionalizado a partir de 1998, já no final do Episódio.

FIGURA 8 - Os múltiplos fluxos do Episódio 2 – 1995 a 1998



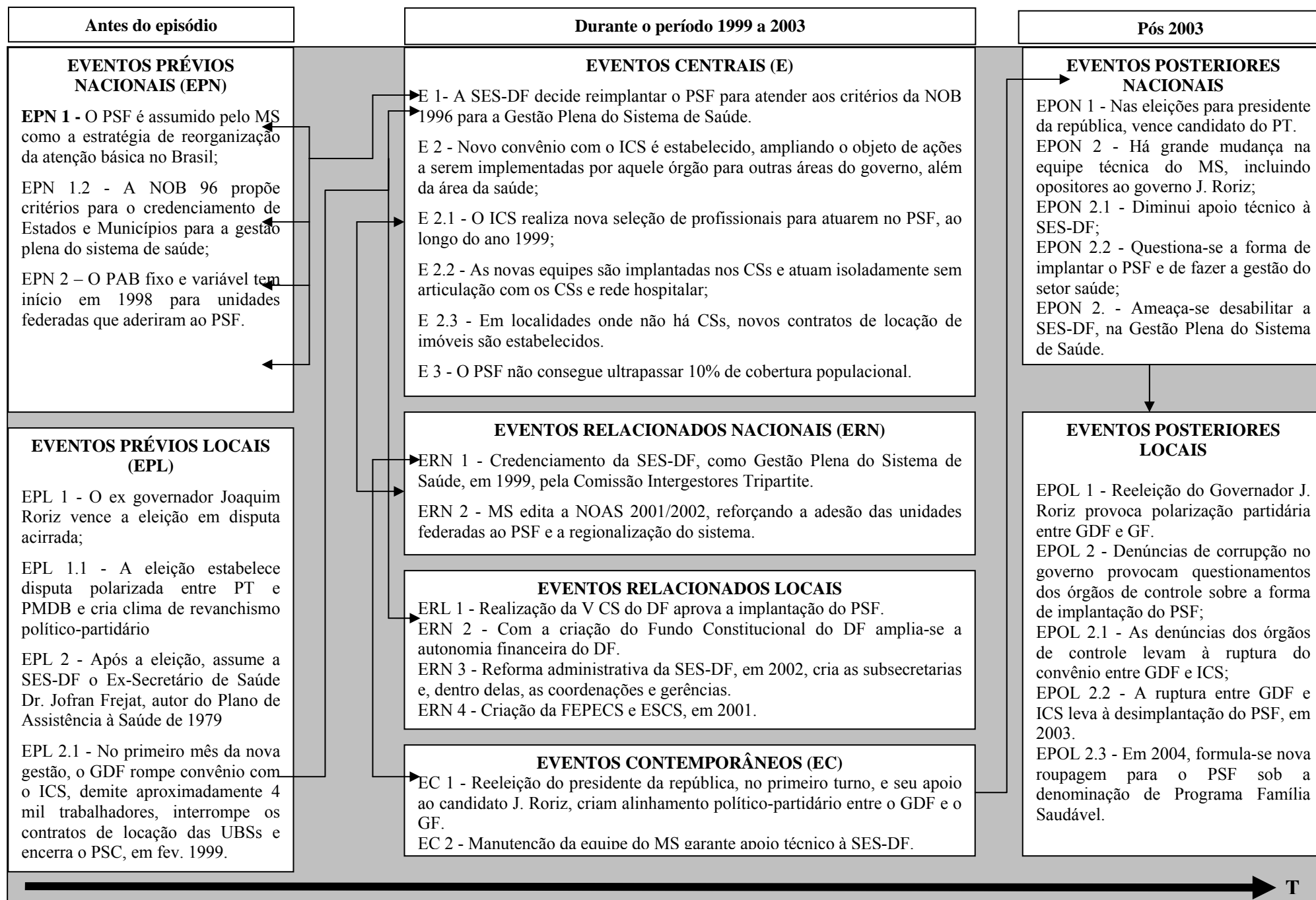
CAPITULO 5

EPISÓDIO 3 – A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) – PERÍODO: 1999 A 2003

Este capítulo corresponde ao Episódio 3 e, assim como os capítulos 3, 4, 6 e 7, está organizado em cinco etapas: a **primeira** apresenta o contexto do setor saúde e os principais eventos que antecedem o Episódio sob estudo de âmbito nacional e local (Eventos Prévios Nacionais e Locais); na **segunda** (Evento Central) discute-se o desenho e as diretrizes do Programa Saúde da Família, implantado no período de 1999 a 2003, no Distrito Federal, apresentando-se as mudanças produzidas no sistema local de saúde, circunscritas a indicadores gerais de oferta de serviços, de utilização de consultas ambulatoriais e de emergências e cobertura populacional pela APS em suas diversas modalidades. Essas informações foram disponibilizadas pela SES-DF e MS, e possibilitam o acompanhamento desses indicadores ao longo do tempo. Ainda, na segunda sessão, apresentam-se os atores e os grupos atuantes no Evento Central.

Na **terceira** etapa discute-se a influência dos eventos relacionados ao evento central, de âmbito nacional e local que influenciaram o processo de formulação e de implantação das ações (Eventos Relacionados e Contemporâneos Nacionais e Locais). Na **quarta** etapa do Episódio, apresentam-se brevemente os eventos posteriores (Eventos Posteriores) e a **quinta etapa** contém a análise a partir do modelo teórico de Kingdon (2003), aplicando-se as categorias problemas, propostas, política, atores e janelas de oportunidades.

A narrativa deste Episódio pode ser visualizada no mapa conceitual desenhado na Figura 9, elaborado a partir das entrevistas e da análise documental, que subsidiou a identificação dos fenômenos relevantes para a narrativa. Por sua vez, a análise do Episódio com a aplicação do modelo dos múltiplos fluxos está desenhada na Figura 10. Busca-se responder à indagação “que fatores ligados ao fluxo de problemas, de propostas e do contexto político explicam o processo de formação da política de atenção primária à saúde no Distrito Federal em cada Episódio”? Procurou-se, também, demonstrar os atores mais atuantes, os empreendedores – quando existiram – e a abertura da janela de oportunidade política, que possibilitou a entrada da APS na agenda do Governo.



5.1 EVENTOS NACIONAIS E LOCAIS DO SETOR SAÚDE QUE ANTECEDERAM A INTERRUPÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE EM CASA E IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA – DE 1994 A 1998

5.1.1 Os ajustes econômicos e a implantação do Sistema Único de Saúde, no período de 1995 a 1998

No primeiro mandato do Presidente Fernando Henrique Cardoso, realizou-se a X Conferência Nacional de Saúde e, foram envidados esforços para a implantação da Norma Operacional Básica nº 1, de 1996 (NOB-96), ao tempo em que se estimulavam estados e municípios a aderirem ao PSF, como principal estratégia de mudança do modelo assistencial brasileiro.

A convivência entre democratização e liberalização econômica, marcou a agenda de reformas do Estado caracterizada por:

a) no plano econômico, ênfase na estabilização monetária e no controle da inflação, abertura comercial, contenção de gastos públicos, privatização de empresas estatais e fragilidade da política industrial e das estratégias de desenvolvimento no longo prazo;

b) no plano administrativo, ênfase nas medidas de enxugamento da estrutura e do funcionalismo público, com destaque para a descentralização e novas relações entre público e privado;

c) na área social, restrições à lógica abrangente de proteção social, contenção de gastos, expansão da prestação privada (inclusive na saúde) e trajetória fragmentada das políticas sociais, com avanços institucionais esparsos e resultados limitados para a população (MACHADO, 2006).

No campo das políticas de saúde priorizadas pelo MS, três questões ganham destaque: a descentralização, como diretriz de reforma de Estado; o Programa de Saúde da Família (PSF), como estratégia de reformulação do modelo de atenção básica à saúde, de indução federal e de implantação descentralizada e a política de combate à AIDS voltada ao controle de um problema de saúde específico na população e para a atenção às pessoas por ele acometidas, sob forte comando nacional (MACHADO, 2006).

No campo da luta e do Movimento da Reforma Sanitária, vivia-se um “recoo dos movimentos sociais” e certo deslocamento da ABRASCO e do CEBES para a busca de legitimidade junto a instâncias do Estado, na área de pós-graduação (CNPq e CAPES). Com isso, os espaços políticos passaram a ser ocupados por gestores, que tinham de responder a

demandas da saúde no curto prazo, ao tempo em que precisavam ocupar-se da “lealdade” aos governadores e prefeitos, que os escolheram, mais do que aos determinantes da saúde (PAIM, 2007).

Paim (2007) destaca três pontos da gestão federal, nesses anos (1995-1998) que, em parte, corroboram Machado (2006): os dilemas do financiamento da saúde com a criação, pelo ministro Adib Jatene, em 1997, da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF); o lançamento, pelo ministro Carlos César de Albuquerque, do “ano da saúde no Brasil em 1997”, com várias metas para o Programa Saúde da Família; a descentralização, com gestão plena; a prioridade das ações para a saúde da mulher e da criança; a regulação dos planos de saúde e a revisão da tabela SUS; a entrada, em 1998, do então senador Jose Serra (PSDB-SP), que substituiu o ministro Albuquerque na saúde e se comprometeu com o fortalecimento do PSF e com a qualidade da atenção à saúde (PAIM, 2007).

O financiamento da saúde ocupou grande espaço entre os dilemas da implantação do SUS, durante toda a década de 90. No final da década, a situação financeira da Previdência estava deteriorada pela baixa arrecadação das contribuições sociais, como reflexo do não crescimento da economia; pelas altas taxas de desemprego e o pelo crescimento do mercado informal do trabalho. Com isso, a Previdência incorporou os demais recursos, que integravam a Seguridade Social, além de já utilizar, de forma exclusiva, as contribuições sobre a folha de salários, constringendo ainda mais os recursos para a saúde (MARQUES e MENDES, 2005).

Como forma de encontrar fontes alternativas de recursos, o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão de Seguridade Social da Câmara propuseram a criação de um Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira, que só veio vigorar a partir de 1997 sob a forma de Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF). O novo volume de recursos da CPMF não significou o volume de recursos esperado, uma vez que a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS) e a Contribuição sobre o Lucro Líquido das empresas (pessoa jurídica) foram reduzidas, especialmente em 1997, e passaram a ser transferidas, crescentemente, para a área previdenciária. Além disso, parte dos recursos da CPMF foi destinada a atividades alheias à saúde, pela desvinculação do Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), de então, e atual Desvinculação de Recursos da União (MARQUES e MENDES, 2005).

A partir de 1995, tornou-se mais clara a adoção de um conjunto de iniciativas voltadas para o ajustamento das finanças públicas (MARQUES e MENDES, 2005). A defesa da construção da universalidade das ações e dos serviços de saúde, que reduz a expansão da política econômica de austeridade fiscal (corte nos gastos sociais), manifestou-se de duas

formas: na luta pelo rompimento da centralização das ações e recursos em nível federal, por meio do conflito pela descentralização/municipalização, e no conflito contra os ditames dessa política econômica, que defendia a garantia de recursos financeiros.

Por outro lado, a efetivação da descentralização, como um princípio de organização do SUS, ocorreu nos anos 90, quando assumiu lugar de destaque na agenda do SUS, entre outros motivos, porque os diferentes níveis de governo manifestaram interesses diversos. Esses interesses, somados ao fato de o governo federal não apresentar um projeto que delimitasse as responsabilidades de cada esfera de governo, fizeram da descentralização um palco de disputa política. Os resultados da descentralização ocorreram em diferentes caminhos: aumentou o comprometimento das esferas subnacionais no financiamento da saúde, principalmente, dos municípios⁴⁸; aumentou a importância das transferências “fundo a fundo”, a partir da NOB 96 (MARQUES e MENDES, 2005; SOUZA, 2001); diminuiu a autonomia dos municípios, que se tornaram mais dependentes dos recursos federais, na determinação da política de saúde e passaram a ser meros executores da política estabelecida no âmbito federal, uma vez que os recursos eram vinculados a programas específicos (recursos carimbados)⁴⁹.

Do ponto de vista dos resultados, estimava-se que o SUS era responsável pelo atendimento, em atenção primária, de 95% da população brasileira, na secundária, de 70% e, na de alta complexidade, 90%; 27 estados e 436 municípios respondiam pela gestão plena do sistema; 4228 municípios respondiam pela gestão da atenção básica; 15,3% das cidades e 17% das populações não participavam do SUS (PAIM, 2007).

5.1.2 A política de saúde do Distrito Federal, nos anos de 1998 e 1999

O último ano da gestão do Governador Cristóvam Buarque, no Distrito Federal, assim como a disputa eleitoral, foi marcado pela inclusão, na agenda política, das questões sociais como a educação, a saúde e o trânsito nas plataformas de campanhas.

No caso da saúde, o PSC havia sido forjado em uma ampla oposição de ideias sobre a formulação de políticas de saúde, marcado por um lado pela defesa da atenção básica centrada nos centros de saúde e por outro, pela defesa à adesão ao PSF. Além disso, a implantação do

⁴⁸ A participação dos municípios, que passou de 17,2% para 21,3%, entre 1994 e 2001, ocorreu, em especial, a partir do histórico documento “Municipalização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”, que introduz a Norma Operacional Básica SUS 01/93 (NOB 93). Mesmo assim, o governo federal é responsável pelo maior aporte de recursos (contribuindo com 56,4% do total dos recursos, em 2001). (MENDES e MARQUES, 2005).

⁴⁹ “Isto porque, a maioria dos recursos financeiros é vinculada aos programas de saúde, não podendo ser redirecionados para outros fins, criando constrangimentos à autonomia do gestor – já exercida quando do período da NOB 93” (MARQUES e MENDES, 2005: 164).

PSC introduziu as parcerias entre o Estado e o terceiro setor, para a contratação de profissionais; alavancou a alocação de recursos próprios para o financiamento da saúde local, e assim construiu uma identidade partidária sobre a saúde; melhorou os processos de gestão e fortaleceu o controle social, mas, antes de tudo, produziu uma mobilização social em torno da saúde.

Por outro lado, para compreender às mudanças no setor saúde que se iniciam no Distrito Federal no período de 1999 a 2003, é importante observar que o Governo do PT no Distrito Federal representou uma ruptura da predominante atuação dos grupos conservadores nas instâncias burocráticas locais (ROCHA, 2008). O retorno do Governador Roriz restabelecia essas forças políticas, cujas ações iniciais sinalizam efeitos no setor saúde. É mister ressaltar ainda que o governo Roriz é caracterizado pelo predomínio de práticas clientelistas que indicam um tipo de relação entre atores políticos que envolve concessão de benefícios públicos, na forma de empregos, benefícios fiscais, isenções, em troca de apoio político, sobretudo na forma de voto (CCARVALHO, 1997).

Ao retornar ao governo, o Governador Roriz nomeou como secretário de saúde, o Dr. Jofran Frejat, defensor da APS e autor do primeiro Plano de Assistência à Saúde no Distrito Federal, em 1979. Uma das primeiras ações do novo governo foi a interrupção do convênio entre a SES-DF e o ICS. A implantação do PSC foi interrompida, por meio da interrupção do convênio, o que implicou a imediata demissão de, aproximadamente, 4 mil trabalhadores entre médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e ACSs. As etapas seguintes foram a ruptura dos contratos de locação de imóveis, onde funcionavam as Unidades Básicas de Saúde e o armazenamento dos equipamentos e mobiliários nas dependências da SES-DF. A autoria dessa decisão não foi assumida pelo secretário de saúde da época, remetendo-se ao próprio Governador, que a tomou, motivado por “questões políticas”, conforme sumarizadas nos depoimentos abaixo:

Em 1999 quando assumimos foi uma decisão do governador extinguir o PSC e começar um novo programa nos moldes do MS. Muito semelhantes, a metodologia era a mesma e foi-se então implantando as diversas equipes. [...] A decisão de interromper o PSC foi baseada na utilização política do programa. O governo então quis mudar este perfil. Chegou ao conhecimento do Governador sobre muitas manifestações políticas de pessoas do governo, que faziam política partidária. Então isto influenciou na decisão (Entr. 10).

Muita gente que ganhou emprego por entrevista, mas por trás tinha a política, os indicados pela cúpula. Não era um processo seletivo com uma prova, com um teste, com um concurso público. Esta falta de segurança dos

profissionais fazia com que tudo fosse muito rotativo. Então era um investimento caro (Entr. 11).

O depoimento dos entrevistados sinaliza o pensamento do primeiro ano (1999), do governo Roriz. Havia uma avaliação de que o PSC estava muito identificado com o PT. Além disso, não se aceitava a forma de implantação, que rompia com a tradição de contratações por concurso público, introduzindo a seleção simplificada e a terceirização das contratações por meio de entidades do terceiro setor. Contudo, pode-se afirmar que foi a “partidarização da saúde”, fenômeno reiterado pelos entrevistados, o maior propulsor da decisão do novo Governador, de interromper o PSC. Como havia um processo frágil de contratação, tal fato facilitou, em muito, a radicalização da medida.

Essa iniciativa gerou grandes impactos no âmbito da SES-DF e FHDF. As manifestações de apoio e de oposição ao governo foram intensas no início, oriundas dos profissionais de saúde, que tiveram prejuízos trabalhistas com a demissão sem o imediato pagamento das verbas rescisórias. Foram inúmeros, também, os processos judiciais, em função da interrupção dos contratos de aluguéis dos imóveis onde funcionavam as UBSs, conforme um dos entrevistados:

Quando o PT saiu, as pessoas ficaram desempregadas. Neste período, a SES-DF teve um gasto enorme, porque eram casas alugadas para colocar as equipes. Todos os equipamentos e materiais, incluindo mesas, cadeiras, computadores, vassoura, pano de chão, balde, etc.; isto tudo foi retirado e armazenado nos galpões quando acabaram com o programa (Entr.11).

Assim, o início do processo de implantação do PSF foi marcado pelo clima conturbado, com severas críticas ao governo e com certo descrédito por parte dos profissionais de saúde e pela população.

5.2 O PLANO DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO DISTRITO FEDERAL – 1999 A 2002 (EVENTOS CENTRAIS)

5.2.1 O Programa Saúde da Família (1999 a 2002): desenho da proposta, objetivos e diretrizes gerais

O desenho do PSF, implantado a partir de 1999, seguia as diretrizes preconizadas pelo MS. Como não foi elaborada uma proposta específica, o principal documento desse período foi o Plano de Saúde de 1999 (GDF, 1999), embora não contenha uma descrição detalhada da

proposta. Por outro lado, no Plano de Saúde para o período 2001-2003, consta como uma das suas metas “prestar na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade, de boa qualidade, adequadas às necessidades de saúde da população.” (DISTRITO FEDERAL, 2001: 58). Tanto a composição da equipe quanto o processo de implantação seguia a proposta do MS, com territorialização, adscrição de clientela, cadastramento das famílias, entre outros. Nesse período, a implantação do PSF em todo o país ocorria por meio de parcerias entre Secretarias Municipais ou Estaduais de Saúde, e outras entidades do terceiro setor, com ou sem fins lucrativos. Estudos indicam que a expansão do PSF foi um dos principais responsáveis pela precarização dos vínculos trabalhistas na saúde, fruto destas parcerias (GIRARDI e CARVALHO, 2002; VIANNA e DAL POZ, 1998; 2005; PIERANTONI *et al.*, 2008).

As diretrizes para a implantação do PSF, no Distrito Federal, no período de 1999 a 2002, ao contrário do PSC, indicavam que as equipes fossem localizadas dentro dos Centros de Saúde e que se privilegiassem, inicialmente, os profissionais da SES-DF, estimulando-os a atuarem no PSF, por meio de incentivo financeiro. As mudanças no processo de organização da APS foram explicadas pelos depoimentos dos entrevistados 2 e 5:

Após a ruptura com o aluguel das casas, buscou-se um lugar no CS para essas equipes. Ali eles estariam entrosados com as equipes dos CS, poderiam conversar com os colegas. Foram lotados médicos antigos no PSF para que se criasse uma certa hierarquia com os colegas. A idéia era amenizar os conflitos porque estava uma guerra (Entr. 2).

Então além de não ser da mesma instituição, eles eram de menor valia. Tentou-se resolver com o G-7⁵⁰ que existe até hoje. Havia uma confusão porque criaram uma Diretoria da Estratégia Saúde da Família, que visava as equipes de PSF e os ACS, que estavam dentro de uma unidade formal da Secretaria. Havia outra área da SES que cuidava dos CS e que não interagira e nem se articulava com estes profissionais. A gestão termina nessa lógica. (Entr. 5).

Os depoimentos sinalizam para alguns dos principais problemas da implantação do PSF, nesse período. A superposição de funções entre o PSF e os CSs, uma vez que não houve mudança no papel desempenhado pelos CSs bem como a falta de critério para a escolha das regionais de saúde e serviços, onde implantar as equipes de PSF. Apostou-se, também, que a resistência dos profissionais da SES-DF ao PSC se transformaria em motivação para a adesão desses profissionais ao PSF, fato que não se consagrou. Assim, é possível inferir que houve uma leitura simplória dos aspectos relacionados à implantação do Programa, organização do

⁵⁰ Gratificação aos profissionais que trabalham em unidades básicas com PSF.

trabalho das equipes e articulação com os demais pontos de atenção. Atrelar a articulação das equipes com os CSs à ocupação do mesmo espaço físico simplificava, em muito, os conflitos entre os profissionais da rede e do PSF.

O processo de decisão pela implantação do PSF, de 1999, ocorreu no âmbito do Governo, seja na forma de contratação de profissionais de saúde, seja na localização das equipes. O debate só ocorreu no ano de 2000, quando da realização da V Conferência de Saúde do Distrito Federal (V CSDF), momento em que a plenária ratificou o SUS como modelo de atenção, seus princípios e suas diretrizes e defendeu a estratégia do PSF como uma forma de atenção básica, que visa a garantir a universalização do acesso à Rede (GDF, 2000a).

A V CSDF, cujo tema “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social” discutiu, a partir do roteiro do tema central da XI Conferência Nacional de Saúde, o acesso universal com equidade aos serviços e ações de saúde; à qualidade – sua capacidade de responder, com eficiência às demandas; à humanização – o acolhimento e o estabelecimento de vínculos humanos imprescindíveis para o sucesso, na relação entre usuários e trabalhadores da saúde. Essa Conferência foi precedida das conferências dos Conselhos Regionais de Saúde do Distrito Federal, cujos relatórios foram consolidados em 05 (cinco) troncos básicos, que guiaram os Grupos de Trabalho da V CSDF: o acesso e Ações Básicas, o Modelo de Saúde e estrutura das Unidades, a Humanização, Qualidade e Recursos Humanos do SUS, o Controle Social, Recursos Financeiros, o PSF (GDF, 2000a).

Em relação ao PSF, as recomendações foram:

- a) permitir aos Conselhos acompanharem as atividades do PSF;
- b) ampliar as equipes para todas as regionais, na busca de atingir 100% de cobertura, aproveitando os espaços existentes para a sede;
- c) oferecer condições dignas de trabalho aos profissionais ao PSF: sede condizente, mobiliário, materiais, equipamentos e democratização administrativa;
- d) praticar e divulgar a avaliação e o acompanhamento estratégico;
- e) inserir Nutricionista e Psicólogo nas equipes, e um Assistente Social para cada duas equipes;
- f) possibilitar o contrato de 20 horas, como forma de garantir médico, diariamente, em todas as equipes;
- g) melhorar a integração da rede de saúde, como forma de avançar na referência e na contra-referência;

h) discutir com os Conselhos Regionais a área de abrangência na implantação de cada equipe nova;

i) permitir estágio profissional nas Equipes PSF, como forma de atualização do saber e do conhecimento científico;

j) discutir o cadastramento, levantamento e consolidado de dados e elaborar, com a comunidade, a programação das equipes;

k) ampliar o número de equipes odontológicas e possibilitar a oferta de atendimento para adulto.

A defesa do PSF na V CSDF, garantiu que no Plano de Saúde do Distrito Federal, proposto para os anos 2001 a 2003 (GDF, 2000b; 2001a), fosse incluído entre seus objetivos e metas, a implantação do PSF, de acordo com as normas preconizadas pelo MS, propondo-se uma distribuição de equipes de PSF conforme Tabela 10.

Tabela 10 – Distribuição das Equipes do Programa Saúde da Família e cobertura populacional propostas no Plano de Saúde 2001-2003. Brasília-DF

Regional de Saúde	Nº de Equipes de PSF	População	Hab./Equipe SF	% Cob. ESF
Brazlândia	7	52.696	7.528	66,42
Ceilândia	21	343.000	49.000	30,61
Gama	11	130.000	18.571	42,31
Guará	4	115.192	16.456	17,36
Núcleo Bandeirante	10	36.441	5.206	137,21
Paranoá	9	54.928	7.847	81,93
Planaltina	12	147.061	21.009	40,80
Recanto das Emas	9	93.000	13.286	48,39
Samambaia	10	163.000	23.286	30,67
Santa Maria	12	98.615	14.088	60,84
São Sebastião	9	64.192	9.170	70,10
Sobradinho	10	129.059	18.437	38,74
Taguatinga	9	243.159	34.737	18,51
Varjão (Regional Norte)	1	-	-	0,00
TOTAL	134	1.670.343	238.620	40,11

Fonte: Plano de Saúde 2001-2003 de DIESF/SAS/SES/GDF (2001a: 55) (Adaptado).

Ao todo, propunham-se 134 equipes de PSF, estimando-se dar cobertura a 70% da população. Contudo, se comparadas às populações totais de cada uma das regionais, observa-se que não seria possível essa cobertura, se fossem respeitados os princípios do PSF do MS de atender, em média, 1000 famílias por equipe e, ou aproximadamente, 5000 pessoas por equipe. Observa-se, ainda, que algumas regionais estavam sobrecobertas com equipes, como o Núcleo Bandeirante, ao tempo em que, regionais com indicadores sociais, historicamente

mais desfavoráveis, como Ceilândia, Samambaia e Planaltina tinham baixíssima cobertura. Além disso, remetiam-se às equipes de PSF as ações voltadas para a saúde da criança, do adolescente e da mulher, incluindo pré-natal de baixo risco, planejamento familiar e climatério. Incumbiam-se, essas equipes também, das ações em relação à DST/AIDS (adulto e idoso); hanseníase e tuberculose, bem como de ações transversais voltadas para o combate do tabagismo e do alcoolismo (GDF, 2000b).

Enfim, observou-se que havia fragilidade na proposta, que não atendia aos princípios básicos da ESF em relação à cobertura populacional e à adscrição de clientela que, conseqüentemente, inviabilizaria todos os demais princípios de vínculo e de responsabilização. Houve, também, a pulverização das equipes nas regionais e a pouca vinculação das regionais com indicadores sociais mais vulneráveis.

5.2.2 O processo de implantação do Programa Saúde da Família, 1999 a 2002

A implantação do PSF ocorreu em meio a vários outros processos de reorganização da SES-DF, entre os quais cita-se a habilitação da SES-DF, como Gestão Plena do Sistema Estadual de Saúde, no ano de 1999, por meio da Portaria nº 1.300/GM de 20 de outubro de 1999. A partir de então, o Distrito Federal tem um teto financeiro definido no valor total de R\$143.803.196,00 (cento e quarenta e três milhões, oitocentos e três mil, cento e noventa e seis reais) e passa a perceber, mensalmente, o valor mensal correspondente a 1/12 (um doze avos) do teto financeiro publicado, com vigência a partir de outubro de 1999 (BRASIL, 1999b). No mesmo ano, uma reforma administrativa na SES-DF propôs a extinção da FHDF, por meio do Decreto nº 21.478, de 31 de agosto de 2000 (GDF, 2000a)⁵¹. A reestruturação administrativa do Distrito Federal foi fruto de estudos da Fundação Getúlio Vargas e definida no Decreto nº 21.170, de 05 de maio de 2.000 (GDF, 2000b). No âmbito da SES-DF, as alterações realizadas compreendiam apenas a Administração Central. Foi criada então a nova Estrutura Orgânica da Secretaria de Estado de Saúde, conforme disposta no Decreto nº 21.477, de 31 de agosto de 2000 (GDF, 2000c), alterado pelo Decreto nº 22.130, de 30 de abril de 2.001.

Em síntese, as mudanças na SES-DF contemplavam a (GDF, 2000d):

⁵¹ Com a extinção da FHDF, os servidores ocupantes de cargos efetivos do quadro de pessoal permanente dessa instituição passaram a integrar o quadro de pessoal permanente do Distrito Federal, permanecendo em seus respectivos cargos e carreiras, sem prejuízo de seus direitos e vantagens, tendo lotação na Secretaria de Estado de Saúde (GDF, 2000).

a) extinção da FHDF, cujas funções foram repassadas para a Subsecretaria de Atenção à Saúde da SES-DF;

b) extinção do Instituto de Saúde do Distrito Federal, que passou a compor a estrutura da Diretoria de Vigilância Sanitária e o Laboratório Central de Saúde Pública do Distrito Federal (LACEN/DF);

c) criação da Coordenadoria de Captação de Órgãos e Tecidos Humanos e do Núcleo de Convênios da Subsecretaria de Planejamento e Políticas de Saúde, cujas modificações estão dispostas no Decreto nº 22.129, de 30 de abril de 2001;

d) transformação do Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Saúde (CEDRHUS), em uma Faculdade de Medicina, com o objetivo de suprir a carência de formação de médicos no Distrito Federal;

e) criação da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), conforme Lei nº 2.676, de 12 de janeiro de 2001, com personalidade jurídica de direito público de caráter científico-tecnológico, educacional, sem fins lucrativos, vinculada diretamente, à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal;

f) manutenção da Fundação Hemocentro de Brasília e Fundo de Saúde do Distrito Federal.

A reforma administrativa não trouxe implicações diretas para o PSF, uma vez que, recorreu-se novamente, à parceria com o Instituto Candango de Solidariedade (ICS). Segundo depoimentos dos entrevistados, durante o processo de implantação identificou-se a pouca oferta de médicos e dos demais profissionais de saúde para atuar nas equipes⁵². Para ampliar o número de profissionais e identificar perfis mais adequados, era necessário realizar concurso público, o que requereria vários procedimentos administrativos demorados. Assim, ante o clima de indignação da sociedade, com a gestão da saúde e a premência de se produzir respostas, o Governo decidiu refazer a parceria com o ICS. Essa medida foi tomada, seguindo-se uma tendência nacional que se repetia em outras unidades federadas e que não passava por regulação do MS.

Nesse período, o que chama a atenção é que as mesmas avaliações, que conduziram o GDF a romper a parceria anterior com o ICS e finalizar o PSC, foram usadas para refazer o

⁵² Credita-se a essa constatação, a proposição da criação da Escola Superior de Ciências da Saúde mantida pela FEPECS, em 2001. Segundo o GDF (2000a), a criação da ESCS visava a devolver à sociedade, profissionais de saúde mais bem capacitados, humanizados, com preocupação social, e identificados com os preceitos do Sistema Único de Saúde, implantando cursos de graduação na área da saúde, inicialmente, com a implantação do Curso de Medicina.

convênio e implantar o PSF, em relação à contratação de pessoal e locação de imóveis. Segundo o Entrevistado nº 11,

Houve pequena mudança porque as casas não eram mais alugadas; eram contrato em comodato. Algumas equipes ficaram no CS. Outras que não tinham CS ficavam em casas cedidas em comodatos. Era uma burocracia muito grande, demandava-se muito tempo para ter esta casa e isto atrasou muito.

O processo de seleção dos profissionais foi o que chamou mais atenção. Apesar da avaliação de que houvera, no governo anterior, uma seleção simplificada e a contratação de “cabos eleitorais”, o processo de seleção, no novo governo, não sofreu diferenciação. Pelo depoimento de entrevistados, observa-se que talvez este tenha sido, em muito, piorado em relação à publicidade e à transparência:

Eles [os profissionais] se inscreviam como pretensos servidores do PSF; nós da Diretoria dávamos um parecer sobre o perfil do candidato e encaminhávamos para a Subsecretária que o encaminhava para o ICS para que este o contratasse [...] (Entr. 11).

Em relação aos ACSs, o processo de seleção era, ainda, mais frágil:

O PSF tinha um desenho em que o ACS deveria ser da área onde morava. Não se fazia concurso. Eles eram cabos eleitorais durante toda a campanha e depois pediam emprego e o ACS era a forma mais fácil. Principalmente para os Deputados Distritais (Entr. 11).

O processo de supervisão e acompanhamento das equipes de PSF, também, chamou a atenção em relação a sua pouca estruturação e pelo clima de perseguição. Conforme depoimentos,

[...] assim como tínhamos indicação para contratar tínhamos também indicação para tirar. Eram indicações camufladas porque quem tá na cúpula que tinha interesses, não podia aparecer. Então [...] tinha que cumprir as determinações do Sr. Secretário que cumpria as determinações do Sr. Governador [...]. Havia excelentes profissionais que foram perseguidos, foram mandados embora porque tinham falado mal do governador, da mulher do governador, ou que tinham brigado com o ACS que não fazia nada e o ACS era indicado pelo governador ou sua mulher (Entr. 11).

As dificuldades de implantação do PSF incluíam a falta de médicos e, ou a falta de profissionais com perfil adequado, o que levava à grande rotatividade nas equipes e a

dificuldades para a SES-DF receber os recursos do MS, relativos ao PAB variável, que só ocorriam com as equipes completas:

O cadastramento das equipes no SIAB do MS cruzava dados com outros municípios e foram relatados casos de prejuízo ao DF em função de médicos que tinham vínculos também com os municípios do entorno (Entr. 11).

O processo de supervisão das equipes e de suporte, em termos de insumos, foi destacado como um ponto de grande dificuldade. Como as equipes foram instaladas em locais distantes, e havia clima de perseguição política, o acompanhamento do trabalho das equipes de PSF foi descrito em sua complexidade, no depoimento do Entrevistado nº 11:

Nós andávamos atrás como detetives dos profissionais do Saúde da Família, médico, enfermeiros, todos. Tínhamos que supervisionar diariamente em 14 regionais de saúde em carros velhos. Nós encontrávamos ACS pescando, jogando bilhar; enfermeiro que não ia na equipe; às vezes ele era o coordenador de equipe; pegamos servidor nosso que durante o trabalho do PSF ele estava de plantão nos hospitais das regionais ou mesmo privados e não eram denunciados pelos colegas. Havia cumplicidade entre os profissionais. Recebíamos denuncia ou da comunidade ou dos profissionais que cumpriam horários e era assim que nós ficávamos sabendo. Tínhamos médicos que saíam para a visita domiciliar e/ou não iam ou não voltavam. Médicos no PADF faziam churrasco com os ACS. Outros que faziam política no horário de trabalho. Então problemas eram grandes com os RH e com a falta de materiais. Com os dentistas também porque contratar odontólogo sem o material para atender ele desiste mesmo. Recebíamos muita reivindicação das equipes que trabalhavam em condições subumanas mesmo. Então era uma coisa para inglês ver (Entr. 11).

Desse depoimento, depreende-se que a interrupção brusca do PSC, além dos investimentos maciços para a reconstituição das condições objetivas para a implantação do PSF – novo convênio com o ICS, nova seleção de profissionais, aluguel de casas para as UBSs – não se conseguiu recuperar a adesão dos profissionais manifestadas no desrespeito às diretrizes e, até na sua banalização.

Assim é que ao final de 2002, das 134 equipes implantadas, restavam apenas 38 delas com composição completa. Aponta-se essa experiência como um fracasso, concorrendo para tal, alguns fatores: redução dos salários dos trabalhadores das novas equipes, desmotivando a adesão do profissional; evolução apendicular, com tênue ligação com os serviços de saúde; fragmentação da gestão, com pouco envolvimento das áreas normativas da SES, em relação ao Programa (GDF, 2005b).

5.2.3 Os atores e grupos envolvidos no desenvolvimento do Programa Saúde da Família

Na implantação do PSF, no período de 1999-2002, observou-se que as decisões sobre as mudanças envolveram a equipe do governo e o próprio Governador. Não houve publicação, ou aprovação no Conselho de Saúde de planos específicos para a reorganização da APS; portanto, não houve participação dos Conselhos de Saúde no processo decisório e de formulação da proposta, que ficou circunscrita aos atores governamentais, na figura dos servidores públicos e dos gestores nomeados pelo Governador.

A atuação dos grupos de oposição à ideia da implantação do PSF foi mais evidenciada no ano de 1999, tendo em vista que a discussão política era bastante polarizada, principalmente, em função da forma como o novo governo extinguiu o PSC, conforme se evidencia nos depoimentos abaixo:

Na época a discussão política era muito polarizada. Como havíamos extinguido o PSC havia os contra de palanque e de discurso. A questão era muito politizada. Se um lado fazia uma coisa o outro era contra. Era muito polarizada a questão do Roriz X PT (Entr. 10)

Se pegar o jornal vê-se o bombardeio. Na época era tudo política. As lideranças políticas partidárias pegavam o que não estava funcionando e jogavam na mídia. Tanto é que é uma mudança que não tem fim (Entr. 11).

Entre os grupos de apoio durante a implantação, foi muito destacado o papel dos Conselhos Regionais de Saúde e dos servidores públicos, além do sindicato dos enfermeiros:

Os grupos que apoiavam eram os conselhos comunitários de saúde. Aonde o Conselho funciona você tem assistência melhor e mais ganhos para a comunidade. Neste período os conselhos apoiavam. Se tínhamos um conselho comunitário organizado e atuante junto com a equipe, você conseguia reverter tudo até a falta de alguma coisa na comunidade. Até falta de UBS, construir barracão, horta comunitária, etc. (Entr. 11).

O apoio do Sindicato dos Enfermeiros é explicado pela oposição ao modelo anterior (PSC). Os demais servidores públicos apoiaram, mediante a melhoria dos salários e da equivalência entre aqueles do PSF e da SES-DF. Segundo o Entrevistado nº 2 “quando fizemos a equivalência dos salários e se acomodaram os conflitos, os servidores públicos passaram a me apoiar”.

É importante destacar que, se o apoio dos servidores públicos da saúde representou a diminuição das críticas e ataques ao governo, não representou adesão à proposta do PSF, especialmente, entre médicos e enfermeiros. Mesmo com a criação de uma gratificação salarial, para estimular a adesão ao PSF, a manutenção das equipes completas e a organização do processo de trabalho, seguindo as diretrizes do PSF, já citadas anteriormente, foram obstáculos praticamente intransponíveis durante esse período.

Em relação ao próprio Governador, a descrição da sua participação é ambígua entre os entrevistados. Por um lado, a ele se credita a decisão de interromper abruptamente o programa, por outro, refere-se que havia pouco envolvimento do mesmo na implantação do PSF:

Em 1999 quando assumimos foi uma decisão do governador extinguir o PSC e começar um novo programa nos moldes do MS (Entr. 2).

O governador pouco sabe das necessidades das secretarias. Naquele período eu senti isto. O governador tem outras atribuições mais importantes a tratar que não chega nestas coisas. Isto é mais da Secretaria de Estado (Entr. 11).

O MS, nesse período, destacou-se no apoio ao GDF no processo de reorganização da APS e da própria SES-DF, como um todo. O PSF estava atrelado ao credenciamento da SES-DF na Gestão Plena da Assistência à Saúde, proposto na NOB nº 1/96, fato que, o tornava foco de atenção das duas instâncias de gestão do SUS. Além disso, havia relações de apoio mútuo entre o GDF e o Governo Federal, manifestos na campanha eleitoral do ano anterior.

A partir das entrevistas, depreende-se que a preocupação do governo, em relação às manifestações de oposição e de apoio referia-se aos atores governamentais, na figura da equipe de governo, servidores de carreira da SES-DF e movimentos sindicais, assim como na relação com o MS. Apostou-se na remodelagem da proposta do PSF, acomodando-se as questões que provocavam maiores incômodos aos servidores e ao governador, tais como a diferença salarial e a localização das equipes fora dos tradicionais CSs. Em relação ao MS, apostou-se no PSF para o alcance da autonomia de gestão da SES-DF.

5.2.4 As mudanças no sistema de saúde decorrentes da implantação do Programa Saúde da Família, nos anos de 1999 a 2002

Nesse período, observou-se que houve mudanças no organograma da SES para acomodar a ampliação das unidades de saúde e das funções, com a extinção da FHDF. Entre as mudanças, mais diretamente ligadas ao PSF, citam-se a criação da Escola Superior de

Ciências da Saúde, em 2001, do curso de medicina e a realização das especializações em Saúde da Família para profissionais do PSF:

Então a SES criou os cursos de especialização que o primeiro foi em 1998, depois o segundo em 2006 que eu fiz. Todos nos éramos da SES-DF, mas não éramos do PSF. Quando nós terminamos de fazer o curso, pergunta quem desta turma está no programa. Ninguém foi aproveitado nem para atuar e nem para coordenar. Já que a SES-DF está pagando o mínimo que ela poderia estar fazendo é me aproveitar em uma equipe de PSF (Entr. 11).

Nesse período, a implantação do PSF no Brasil ambientava um debate em torno do perfil dos trabalhadores da saúde, especialmente, dos médicos e dos enfermeiros. Propunha-se que os Estados e Municípios criassem articulações com as instituições de ensino superior locais para a criação de Pólos de Educação Permanente em Saúde que ofertassem cursos de aperfeiçoamento e especialização *lato sensu*, como estratégias para a adequação dos profissionais ao trabalho na APS. No Distrito Federal, essa estratégia repercutiu, inicialmente, no convênio entre a UnB e a SES-DF, que permitiu a realização do I Curso de Especialização em Saúde da Família, no período de 1998-1999. Também motivou a criação da Escola Superior em Ciências da Saúde e um curso de medicina, remetendo-se este fato, à constatação do “perfil inadequado dos médicos contratados para o PSF deste período” (Entr. 10).

Essa iniciativa também se destacou pela inventividade no desenho do curso de graduação, que tomou como foco principal, para mudar o perfil dos egressos do curso de medicina, a adoção do método de Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP). A institucionalização da ABP, no âmbito da educação médica, tem seu marco em meados dos anos 60, na Faculdade de Medicina de McMaster (Canadá), seguido de outras experiências como Maastrich (Holanda) e na Universidade do Novo México (EUA). No Brasil, as experiências na graduação da Faculdade de Medicina de Marília (SP) e da Universidade Estadual de Londrina (PR) (BATISTA *et al.*, 2005) foram pioneiras e serviram como referência para a ESCS, no Distrito Federal. O currículo, organizado por meio da ABP, exige que haja articulação entre a organização e a produção do conhecimento, conectados com os desafios da prática e com as lutas, que emergem nos diferentes campos sociais (BATISTA *et al.*, 2005).

Em relação ao perfil de atendimento dos serviços de saúde da SES-DF, observado por meio da relação entre atendimentos ambulatoriais e de emergência (Tabela 11), observa-se que há pequena variação em favor do atendimento ambulatorial, nos anos em que foram implantados os programas Saúde em Casa (1996-1998) e Saúde da Família (1999-2002)

(GDF, 2003a).

Tabela 11 – Evolução do número de consultas e atendimentos no período de 1993 a 2002

	Total	Ambulatório	Emergência	Ambulatório	Emergência
1993	4.410	2.296	2.113	52%	48%
1994	4.472	2.327	2.146	52%	48%
1995	4.535	2.358	2.177	52%	48%
1996	3.971	2.036	1.934	51%	49%
1997	4.223	2.242	1.981	53%	47%
1998	4.186	2.160	2.025	52%	48%
1999	4.489	2.362	2.127	53%	47%
2000	4.722	2.438	2.284	52%	48%
2001	5.449	3.017	2.432	55%	45%
2002	5.839	3.317	2.522	57%	43%

Fonte: GDF. Relatórios Estatísticos Mensais das DRSs/DICOAS/SUPRAC/SES-DF, 2000c; 2001a; 2001b; 2002a; 2002b⁵³.

É possível concluir que houve repercussões no padrão de atendimento, com discreto aumento dos atendimentos ambulatoriais e diminuição daqueles realizados nas emergências, sem, contudo representar a apregoada inversão do modelo assistencial.

No que se refere à oferta de serviços (Tabela 12), observou-se aumento, em termos de unidades básicas de saúde e hospitais, assim como na relação leitos/4000 mil hab/ano.

Tabela 12 – Oferta de serviços da SES-DF nos anos 1999-2002. Brasília, DF, 2002

Anos	1999	2000	2001	2002
População	1.962.031	2.043.169	2.097.450	2.145.838
Nº Hospitais	13	13	13	15
Nº Centros de Saúde	59	63	61	61
Nº Postos de Saúde	24	29	30	30
Unidades Mistas	-	-	3	3
Nº de Leitos	2.427	2.706	2.780	2.683
Nº leitos/ 1 mil hab/ano	1,2	1,3	1,3	1,3
UBS/30 mil hab	65,40	68,11	69,92	71,53

Fonte: GDF. Relatórios Estatísticos Mensais das DRSs/DICOAS/SUPRAC/SES-DF, 2000c; 2001a; 2001b; 2002a; 2002b.

⁵³ www.saude.df.gov.br

Em relação à cobertura populacional pelas equipes do PSF, dados do DAB/SAS/MS indicam que houve diminuição da cobertura da população do Distrito Federal no período, conforme se visualiza na Tabela 13.

Tabela 13 – Evolução do Programa Saúde da Família, no Distrito Federal, 2002

	<i>1998</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>
Nº de ACS	1286	439	618	710	658
Nº de ESF	277	121	60	60	40
% Cob. ACS	39,4	13,4	18	19,5	18
% Cob. ESF	50,9	22,2	10,5	9,9	6,6

Fonte: DAB/SAS/MS/BRASIL 1998; 1999d; 2000b; 2001b; 2002b.

Ratifica-se, então, a diminuição significativa no número de equipes e na cobertura populacional, gradativamente, ao longo dos anos de 1998 a 2002. Comparando-se, os dados com a discreta diferença no padrão de atendimento entre serviços ambulatoriais e emergenciais no período, questiona-se então qual foi a participação do PSF no atendimento ambulatorial.

5.3 AS INFLUÊNCIAS DOS EVENTOS NACIONAIS DURANTE A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA, NO DISTRITO FEDERAL – 1999 A 2002

Os eventos nacionais, além da expansão do PSF, com implicações diretas no Distrito Federal foram a edição das Normas Operacionais da Assistência à Saúde dos anos 2001 e 2002.

5.3.1 A expansão do Programa Saúde da Família no Brasil, no período de 1999 a 2002

A aposta no PSF, pelo Governo Federal, representou o fortalecimento de iniciativas cujo objetivo era consolidar o Programa. Além do reajuste e da manutenção do Piso de Atenção Básica (PAB), foram propostas a criação de Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente dos profissionais das equipes de PSF; a criação do Departamento de Atenção Básica (DAB), no MS, e a elaboração de planejamento estratégico para o

desenvolvimento da Saúde da Família no Brasil, no quadriênio (1999/2002) (BRASIL, 1999a). Tais iniciativas levaram à criação e à implantação de 10.473 Equipes de Saúde da Família para atuarem em 3.090 municípios, beneficiando-se 22,04% da população brasileira no final do 2º semestre de 2000, com aproximadamente, 145.299 ACSs, atuando em 4.610 municípios e beneficiando 50,96% da população (LOURENÇÃO e SOLER, 2004; RODRIGUES e RAMIRES, 2008).

A pesquisa *Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa Saúde da Família – PSF*, realizada pelo MS, entre abril e julho de 1999, identificou que 83% dos municípios pesquisados haviam implantado o programa, entre 1997 e 1998. Apenas nos estados do Ceará e de Santa Catarina, havia um número maior de municípios com implantação anterior a 1997. Um ano depois, em dezembro de 1999, o PSF estava implantado em 1.870 municípios, nas 27 unidades federadas (BRASIL, 2000a). No entanto, ao longo de 1999, o MS diagnosticou que o sucesso da implantação do PSF, em grande número de municípios encobria a baixa cobertura de suas populações. A partir do ano de 2003, houve uma aceleração da expansão do PSF em todo o país, resultando na ampliação da cobertura populacional (BRASIL, 2007). Os dados dessa evolução constam na Tabela 14.

Tabela 14 – Evolução do Programa Saúde da Família no Brasil e no Distrito Federal, de 1998 a 2002

	1998		1999		2000		2001		2002	
	DF	Brasil	DF	Brasil	DF	Brasil	DF	Brasil	DF	Brasil
Nº de ACS	1286	78705	439	104215	618	134273	710	152865	658	175463
Nº de ESF	277	3062	121	4114	60	8503	60	13155	40	16698
% cob. ACS	39,4	26,9	13	34,4	18	42,8	20	46,6	18	52,6
% Cob. ESF	50,9	6,6	22	8,8	11	17,4	9,9	25,5	6,6	31,9

Fonte: DAB/SAS/MS. Brasil 1998; 1999d; 2000; 2001b; 2002b.

Comprando-se os dados da Tabela 14, observa-se a expansão do PSF no Brasil e a retração do Programa, no Distrito Federal. Tomando-se o ano de 1999 – primeiro ano da nova gestão – como parâmetro, verifica-se a redução para 60 equipes nos anos de 2000 e 2001, caindo para 40 equipes no último ano de governo, em 2002.

As avaliações indicavam dificuldades na expansão do PSF no Brasil, também presentes no Distrito Federal: dificuldade para trabalhar a prevenção das doenças, decorrente da resistência de parcelas da população a uma nova cultura assistencial; dificuldade para

referência de paciente em média e alta complexidades, em algumas regiões do país; falta de organização do processo de municipalização em alguns municípios; perfil de escolaridade inadequado dos Agentes Comunitários de Saúde; morosidade no repasse dos recursos financeiros; dificuldade na contratação de profissionais em municípios longínquos e de difícil acesso (RODRIGUES e RAMIRES, 2008). Os depoimentos dos entrevistados, sobre o PSF no Distrito Federal, corroboram a ocorrência de dificuldades, especialmente, em relação à cultura da população em preferir o hospital, a dificuldade na contratação dos profissionais de saúde e o perfil inadequado dos médicos.

5.3.2 A Norma Operacional de Assistência à Saúde nº 1, de 2001

Em 2001, o MS editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde nº 1 (NOAS-SUS-2001), com o objetivo geral de “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção” (BRASIL, 2001a). Para atingir esse objetivo, definiu-se nessa Norma a regionalização como macroestratégia de reorganização assistencial, que deveria

[...] contemplar uma lógica de planejamento integrado de maneira a conformar sistemas funcionais de saúde, ou seja, redes articuladas e cooperativas de atenção, referidas a territórios delimitados e a populações definidas, dotadas de mecanismos de comunicação e fluxos de inter-relacionamento que garantam o acesso dos usuários às ações e serviços de níveis de complexidade necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (BRASIL, 2001a).

A NOAS-SUS 01/01 abordou três grupos de estratégias articuladas para promover a regionalização em saúde e a descentralização com equidade no acesso:

1) Elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR)⁵⁴ e de diretrizes para a organização regionalizada da assistência, visando à conformação de sistemas de atenção funcionais e resolutivos nos diversos níveis.

⁵⁴ O PDR deveria ser aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde e conter minimamente: (a) a divisão do território estadual em regiões/microrregiões de saúde, definidas segundo critérios sanitários, epidemiológicos, geográficos, sociais, de oferta de serviços e de acessibilidade; (b) o diagnóstico dos principais problemas de saúde e das prioridades de intervenção; (c) a constituição de módulos assistenciais resolutivos, formados por um ou mais municípios, que dessem conta do primeiro nível da média complexidade, visando a garantir o suporte às ações de Atenção Básica; (d) os fluxos de referência para todos os níveis de complexidade e os mecanismos de relacionamento intermunicipal; (e) o Plano Diretor de Investimentos, que procura suprir as lacunas assistenciais identificadas, de acordo com as prioridades de intervenção (BRASIL, 2001a; FLEURY, 2007).

2) Fortalecimento das capacidades gestoras do SUS, que compreendem um conjunto de estratégias voltadas para consolidar o caráter público da gestão do sistema, por meio da instrumentalização dos gestores estaduais e municipais para o desenvolvimento de funções como planejamento/programação, regulação, controle e avaliação, incluindo instrumentos de consolidação de compromissos entre gestores.

3) Atualização dos critérios e do processo de habilitação de estados e municípios às condições de gestão do SUS, visando a torná-lo coerente com o conjunto de mudanças propostas⁵⁵.

A NOAS-SUS 2001 foi substituída pela Norma Operacional da Assistência a Saúde nº 1, a NOAS 1/2002, que ampliou as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, reiterando o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade. Essa Norma criou, também, mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS, atualizando os critérios de habilitação de estados e municípios (BRASIL, 2002e). A NOAS, seja em sua versão 2001, seja na versão 2002, consagrou-se, então como um dispositivo para o desenvolvimento de redes regionais de sistemas de saúde. Essa estratégia situa-se em um modelo de reforma sanitária em que a descentralização vem ocorrendo como delegação paulatina de autonomia, condicionada à construção induzida de competências gerenciais nos níveis estaduais e municipais do SUS (FLEURY, 2007).

O Distrito Federal, para adaptar-se à NOAS nº 1/2002, realizou mudanças e adaptações no sistema de saúde, para além da elaboração dos documentos requeridos para sua habilitação – Plano Diretor de Regionalização, Plano Diretor de Investimentos, entre outros.

Em maio de 2002, o Distrito Federal (GDF, 2005a), encaminhou ao MS sua proposta de regionalização da assistência à saúde e a submeteu para deliberação ao Conselho de Saúde do Distrito Federal. Em junho de 2002, o MS publica a Portaria nº 1.122/GM, em 17 de junho de 2002 a qual habilitou o Distrito Federal na Gestão Plena do Sistema Estadual, nos termos da NOAS 01/2002 e apresentou o valor anual que comporia parte do limite financeiro do Distrito Federal, inclusive o valor do Piso de Atenção Básica Ampliado – PAB-A Fixo. Nessa mesma portaria, é mantida a qualificação do Distrito Federal para o recebimento do recurso relativo ao incentivo às Ações Básicas de Vigilância Sanitária, conferindo-lhe também a prerrogativa de qualificar suas microrregiões, conforme o Plano Diretor de Regionalização

⁵⁵ Os municípios podem credenciar-se como gestão plena da atenção básica ampliada e como gestão plena do sistema municipal. Os estados credenciam-se como gestão avançada do sistema estadual e como gestão plena do sistema estadual (BRASIL, 2001a).

(PDR), o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI). Esses documentos foram aprovados, por unanimidade, em julho de 2002, pelo Conselho de Saúde do Distrito Federal, em Decisão nº 05/02, publicada no DODF nº 132, de 15 de julho de 2002.

Ao longo desse processo de adaptação à NOAS de 2002, o Distrito Federal realizou sucessivas mudanças assim enumeradas: 1) reorganização da Atenção Básica incluindo a construção de novos Centros de Saúde; 2) reavaliação e reclassificação do Nível de Atenção de algumas unidades assistenciais; 3) aquisição do Hospital Regional de Samambaia; 4) reaparelhamento de Unidades Assistenciais (Alta Complexidade); 5) reordenamento do Serviço Assistencial de Oncologia, Saúde Mental e sistema prisional; 6) criação do Centro de Informação e Assistência Toxicológica; 7) implantação da Central de Regulação, Cadastramento/Recadastramento dos Estabelecimentos de Saúde; 8) contratação de Prestadores de Serviços; 9) implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU/DF), dentre outros (GDF, 2005a; 2005b).

Relacionando e analisando os eventos nacionais os locais, verifica-se que a forte indução do MS, por meio de mecanismos financeiros e normativos, influenciou a decisão da SES-DF em dar continuidade na implantação do PSF. Além disso, havia uma relação política mais alinhada entre o Governo Federal e o GDF e uma situação fragilizada do recém-eleito governador no Distrito Federal, que ambientou a decisão pela reimplantação do PSF. A NOAS, por sua vez, além de fortalecer as responsabilidades sobre a atenção básica, introduziu fortemente a proposta da regionalização e hierarquização da assistência à saúde, aportando ferramentas de planejamento como o PDR. O processo de elaboração do PDR exigiu a reorganização do sistema de saúde do Distrito Federal em regionais de saúde com referência e contra-referência, fortalecendo os princípios que já estavam presentes, desde os Planos Bandeira de Melo e Jofran Frejat.

5.4 OS EVENTOS IMEDIATAMENTE POSTERIORES A ESTE EPISÓDIO

Os eventos posteriores a este Episódio, resumidamente, são:

a) as eleições para presidente e governadores restabeleceram posições partidárias de oposição entre o Governo Federal e o Governo do Distrito Federal. Para a Presidência da República, sagrou-se vencedor o candidato do Partido dos Trabalhadores e para o Governo do Distrito Federal, reelegeu-se Joaquim Roriz;

b) o Ministério da Saúde mantém o PSF como estratégia para reformulação do modelo, reformula a política de Atenção Básica com a Portaria nº 666/2003, propõe o Pacto de Gestão, Pela Vida e em Defesa do SUS, mas estabelece uma relação bastante conflituosa com o GDF;

c) no âmbito do GDF, inicia-se um período político muito conturbado, com extravasamento para a saúde, que inclui tentativas de *impeachment* para o governador, Comissão Parlamentar de Inquérito na Saúde, e tentativa de desabilitação da SES-DF da condição de Gestão Plena do Sistema de Saúde. Neste ínterim, a SES-DF propõe nova roupagem para o Programa Saúde da Família, com a denominação de Programa Família Saudável, que representa um misto entre PSF e PSC, com nova parceria com o terceiro setor.

5.5 ANÁLISE DO EPISÓDIO 3 (1999 a 2002) A PARTIR DO MODELO TEÓRICO DE KINGDON

Para a análise desse Episódio, é necessário fazer uma retrospectiva dos eventos que o antecedem e das condições iniciais do novo governo.

Havia, no Distrito Federal, um governo de esquerda com uma política de saúde centrada no PSF, bem aceita pela população e pelas instâncias de gestão do SUS, o que lhe rendeu grande visibilidade e certa identificação partidária. Tal fato motivou uma tomada de decisão intempestiva do Governador recém-eleito, em 1999, de interrompê-lo, contando com o apoio dos servidores públicos e do movimento sindical. Contudo, derivou-se daí, uma crise interna no Governo e, desse, com a população e com o Governo Federal, especialmente com o MS, já que o PSF era a grande aposta da política de saúde brasileira, a partir de meados da década de 1990. Além disso, a adesão ao PSF era critério para a conquista de maior autonomia administrativa e financeira do GDF, constante tanto na NOB nº 1, de 1999, quanto na NOAS nº 1, de 2001. Os recursos sobre cobertura populacional pelo PSF, agregados à criação do Fundo Constitucional e credenciamento em Gestão Plena do Sistema de Saúde, representariam avanços no financiamento da saúde do Distrito Federal. Há, ainda, a ressaltar que o PSF também constava do Programa Avança Brasil (1999-2002), do Plano de Governo do FHC, reeleito em 1998.

Assim, no **fluxo dos problemas**, a necessidade de se retomar a política de saúde centrada no PSF surge como reconhecimento de uma crise política interna e da pressão normativa e política do MS. Esse cenário corrobora as afirmações de Kingdon (2003), segundo o qual, as crises políticas, também, são importantes formas de sensibilizar

formuladores de políticas públicas de que se deve fazer alguma coisa. Também vai ao encontro das evidências encontradas por L H Ho (2002), em seu estudo sobre a entrada da regulação dos médicos tradicionais chineses em Hong Kong, na agenda do governo, na China. O autor reforça que a fragilidade e a existência de fortes pressões externas, são fatores importantes para a entrada de questões na agenda do governo.

Neste Episódio, também se evidencia a singularidade da configuração político-administrativa do Distrito Federal, que o diferencia das demais unidades da federação e o mantém com forte interdependência em relação ao Estado Federal e impõe competências executivas e legislativas limitadas (ROCHA, 2008).

Não foi formulada uma proposta específica para a implantação do PSF, no Distrito Federal, mas suas diretrizes iniciais relacionavam-se à busca pela instalação das equipes nos CSs tradicionais, apostando-se que a co-existência, no mesmo espaço físico, provocaria uma articulação entre as equipes do PSF e do CS. Incluía-se, também, nessas diretrizes a diminuição das diferenças salariais entre os profissionais do PSF e da SES-DF, como uma das principais estratégias para a redução dos conflitos e da oposição à ideia do PSF. Contudo, ao longo da evolução da implantação, a SES-DF restabeleceu as condições administrativas anteriores, uma vez que essas estratégias conservadoras não estavam garantindo a manutenção das equipes de PSF. A parceria com o ICS foi refeita e o GDF retomou a contratação terceirizada de profissionais e a locação de imóveis, semelhante ao que fez o Governo anterior, na implantação do PSC. Entretanto, não houve maior investimento na reorganização do trabalho dos CSs e, tampouco, das equipes, produzindo-se sobreposição e conflito entre atividades e funções, ainda que as equipes ocupassem o mesmo espaço físico.

Assim, no **fluxo das propostas**, observou-se que na origem da proposta não houve conflito de ideias e de alternativas, visto que o GDF parecia não ter alternativa senão, adotar a proposta do MS. Sem abertura ao debate com os segmentos envolvidos, as poucas discussões se deram no processo de implantação, buscando-se mudar a forma que havia sido adotada para o PSC. Neste Episódio, portanto, os fatores ligados ao fluxo das propostas e das ideias que se sobressaem, estão relacionados à gestão do sistema de saúde, seja nos aspectos políticos, administrativos e financeiros, de modo que, o PSF caracterizou-se, mais, como um critério a ser cumprido do que como uma ideia-força capaz de originar mudanças na política de saúde vigente. Tal fato pode explicar seu desempenho discreto e pouco visível nesse período, evidenciado pelos indicadores de cobertura populacional pelas equipes de PSF.

Comparando-se este Episódio com os anteriores, verifica-se que tanto no Episódio 1 quanto no 2, houve inovação com a adoção de ideias que provocaram mudanças no sistema de

saúde, bem como adaptação das propostas nacionais à realidade local. Nesse Episódio, a proposta foi adotada e buscou-se tão-somente gerenciar os conflitos internos, entre o modelo tradicional de APS centrada nos Centros de Saúde e as diretrizes do PSF. A proposta implantada configurou-se como um arranjo feito pelos atores pertencentes ao grupo ligado à burocracia, com mandatos legislativos (ZAHARIADIS, 2007), que formataram um pacote de estratégias já existentes, com pequenos ajustes, caracterizando um incrementalismo nas ideias (KINGDON, 2003). Tanto na forma, quanto no conteúdo, a proposta implantada repetia-se, mesmo na estratégia de contratação terceirizada de profissionais de saúde, tão fortemente combatida no Episódio anterior.

O terceiro fluxo de Kingdon (2003), o **político**, configura-se pela existência de clima nacional (*national mood*) favorável, porque havia alinhamento político entre o GDF e o governo federal. O resultado das eleições promoveu um ambiente político propício ao Distrito Federal, visto que, sagraram-se vencedores, candidatos aliados politicamente. Além disso, a equipe do MS fora mantida e o PSF fortalecido na agenda ministerial, especialmente quando foi atrelado às estratégias de consolidação da gestão do SUS por meio das Normas Operacionais (NOB 1/96 e NOAS 1/2001/2002).

No âmbito local, as forças políticas organizadas, principalmente as derrotadas na eleição, foram ferrenhas na crítica ao governo, dada a forma de interrupção do PSC, o que induziu a produção de respostas imediatas. Cabe ressaltar que o novo governador, embora dotado de patrimônio político, inicia o mandato provocando rupturas importantes na política de saúde, cuja repercussão local foi a reação dos segmentos sociais e institucionais, ligados ao SUS e ao Partido dos Trabalhadores, veementes na defesa da causa, forçando o governo a retroagir em sua decisão e incluir a política de APS em sua agenda. O fluxo político deste Episódio caracteriza os efeitos da rivalidade política entre as duas principais forças partidárias – PT e PMDB – presentes em todas as eleições, até o ano 2000, no Distrito Federal, embora existisse uma estrutura multipartidária (ROCHA, 2008).

Entre os **atores e grupos**, no período de 1999 a 2002, verificou-se que houve o predomínio dos atores governamentais, em todos os momentos do processo político. Não há evidências apresentadas por entrevistados, ou nos documentos analisadas, de participação ativa de outros atores não governamentais, tais como especialistas ou pesquisadores. As decisões sobre as mudanças, assim como a implantação das decisões, incluindo a articulação entre a agenda do Governo Federal e a do GDF, na adesão ao PSF, envolveram somente a equipe do governo e o próprio Governador.

O Governador foi atuante nas primeiras decisões, que levaram à interrupção do PSC,

mas, depois abrandou-se com o impacto negativo que essa medida gerou. A liderança, então, passou a ser assumida pelo Secretário de Saúde, que retomou o PSF como pauta do governo, negociando apoio com MS e reconstituindo as condições necessárias para a implantação. Essa ação foi favorecida pela inclusão do PSF entre os critérios de credenciamento da SES-DF, em conformidade à NOB-96 e, depois, à NOAS 2001. Assim, o MS nesse período, destacou-se no apoio ao GDF, no processo de reorganização da APS e da própria SES-DF como um todo, por meio dos recursos administrativos, normativos e financeiros, além dos políticos, justificados pela relação de alianças políticas entre o GDF e o Governo Federal.

Por meio das entrevistas, depreende-se que a preocupação do governo do Distrito Federal, em relação às manifestações de oposição e de apoio, referia-se aos atores governamentais, na figura dos servidores de carreira da SES-DF e dos movimentos sindicais, assim como na relação com o MS. Desse modo, a aposta foi na remodelagem da proposta do PSF, buscando-se acomodar as questões referentes à diferença salarial e à localização das equipes fora dos tradicionais CSs, que provocavam maiores incômodos aos servidores e ao governador.

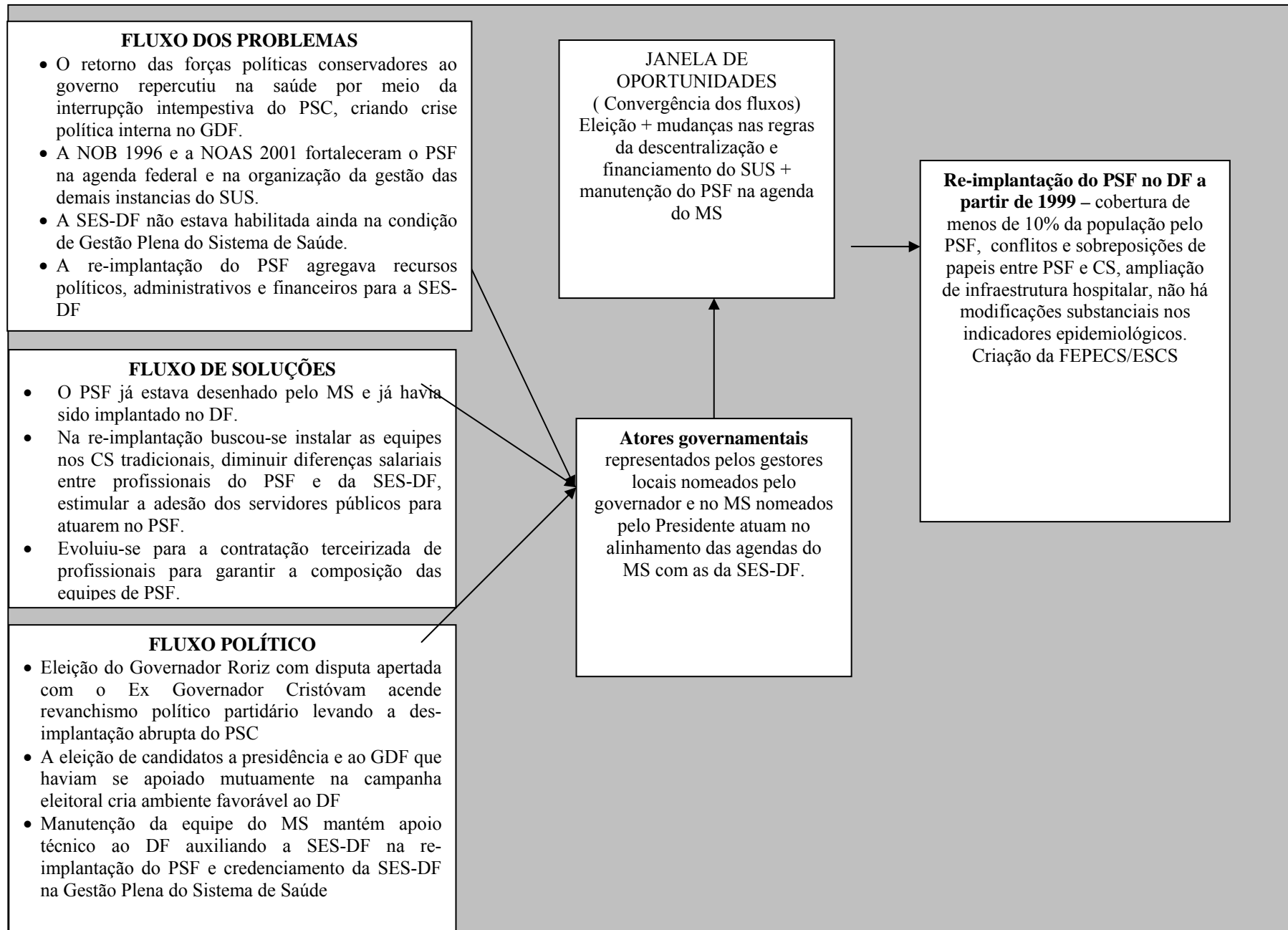
Os grupos de oposição – partidos políticos derrotados no pleito eleitoral de 1998 (minoridade na Câmara Legislativa do DF) e o movimento sindical – que representavam os profissionais prejudicados com a ruptura do PSC, não dispunham de recursos políticos suficientes para pautar o Governador e pressionar por mudanças. Assim, com oposição silenciada, funcionários públicos satisfeitos e alianças fortes de apoio ao governo, o PSF foi interrompido e implantado, sem grandes repercussões políticas e técnicas.

A **janela de oportunidade** foi aberta pela conjunção entre mudança no governo local, crise de legitimidade do novo governo e forte oposição às primeiras decisões da nova gestão, associadas ao clima nacional favorável, com compartilhamento de ideias entre os níveis diferentes de governo. O estudo de Petchey *et al.* (2008), sobre as relações entre níveis de governo na implantação dos fundos lotéricos para financiamento de cuidados oncológicos, evidenciou que o êxito na implantação descentralizada, se dava pelo bom desempenho dos empreendedores locais. No estudo de Exworthy *et al.* (2002), sobre a entrada das desigualdades sociais como questão na agenda dos governos, os resultados vão ao encontro de Petchey *et al.* (2008) e indicam que o êxito da execução descentralizada das políticas está, fortemente, relacionada à atuação dos empreendedores políticos e às características das redes políticas locais, que influenciam na força de cada um dos fluxos e no seu grau de confluência.

Assim, é possível afirmar que no caso do Distrito Federal, a liderança do Secretário foi importante nas decisões sobre a retomada do PSF, mas não foi suficiente para a continuidade

na implantação e adesão do funcionalismo público à proposta. Os resultados da reorganização da APS foram tímidos e retrocederam-se, em relação aos alcançados no episódio anterior. Em outras palavras, a baixa intensidade no processo de implantação e a alta resistência da rede de serviços, formada pelo funcionalismo público, contribuíram para um resultado muito aquém da capacidade que o PSF tinha nesse período.

FIGURA 10 - Os múltiplos fluxos do Episódio 3 - 1999 a 2003



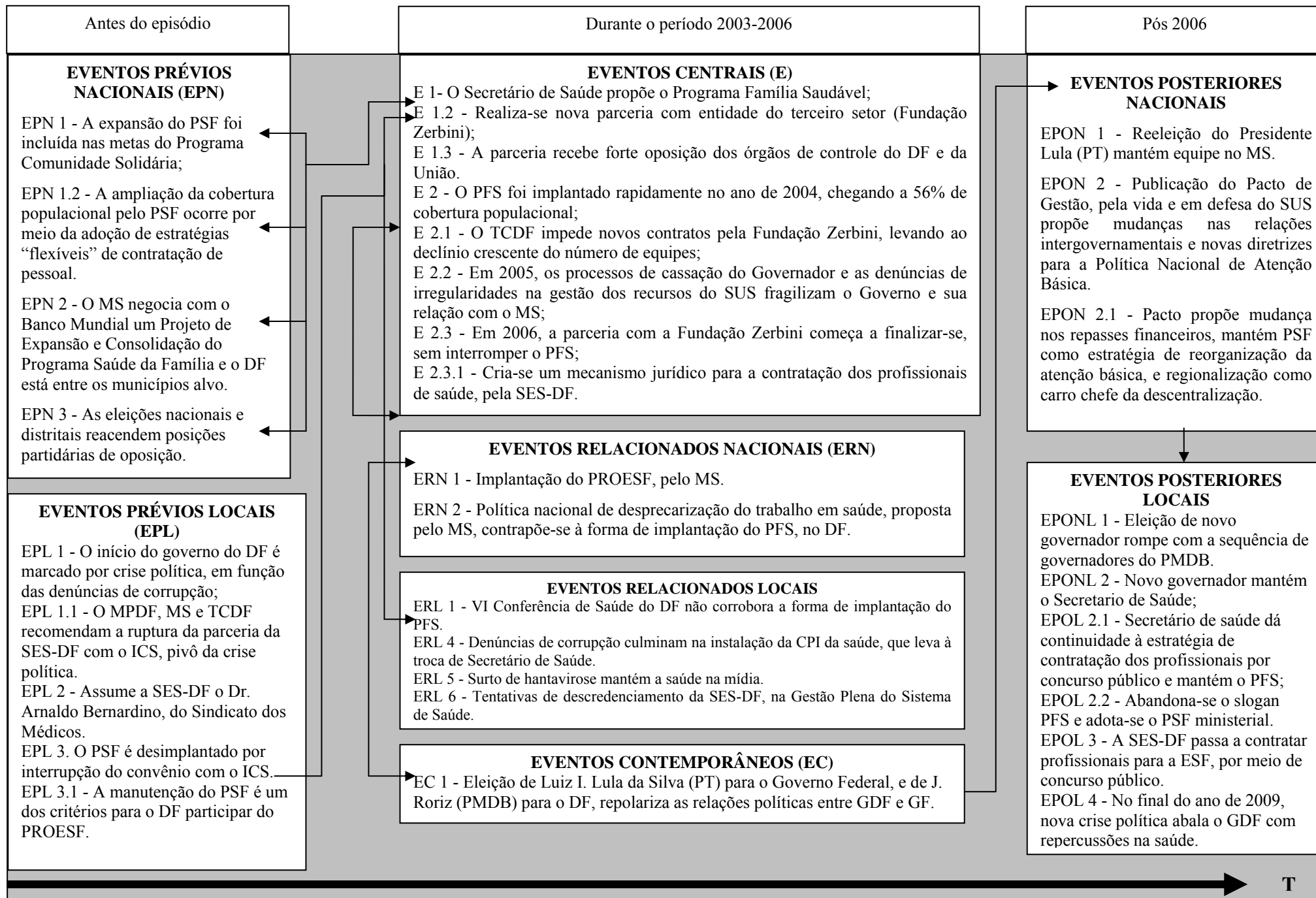
CAPITULO 6

EPISÓDIO 4 – PROGRAMA FAMÍLIA SAUDÁVEL (PFS) PERÍODO: 2003-2006

Este capítulo corresponde ao Episódio 4, e assim como os capítulos anteriores e o seguinte, está organizado em cinco etapas: a **primeira** apresenta o contexto do setor saúde e os principais eventos que antecedem o Episódio sob estudo de âmbito nacional e local (Eventos Prévios Nacionais e Locais); na **segunda** (Evento Central), discutem-se o desenho e as diretrizes do Programa Família Saudável implantado no Distrito Federal, no período de 2003 a 2006, apresentando-se as mudanças produzidas no sistema local de saúde, circunscritas a indicadores gerais de oferta de serviços, de utilização de consultas ambulatoriais e de emergências e cobertura populacional pelos serviços de atenção primária à saúde em suas diversas modalidades. Essas informações foram selecionadas a partir da análise dos documentos disponíveis na SES-DF e MS. Ainda, na segunda sessão, apresentam-se os atores e os grupos atuantes no Evento Central.

Na **terceira** etapa, discute-se a influência dos eventos relacionados ao evento central, de âmbito nacional e local, que influenciaram o processo de formulação e de implantação das ações (Eventos Relacionados e Contemporâneos Nacionais e Locais). Na **quarta** etapa do Episódio, apresentam-se, brevemente, os eventos posteriores (Eventos Posteriores) e a **quinta etapa** contém a análise, a partir do modelo teórico de Kingdon (2003), aplicando-se as categorias problemas, propostas, política, atores e janelas de oportunidades.

A narrativa deste Episódio pode ser visualizada no mapa conceitual desenhado na Figura 11, elaborado a partir das entrevistas e da análise documental, que subsidiou a identificação dos fenômenos relevantes para a narrativa. Por sua vez, a análise do Episódio com a aplicação do modelo dos múltiplos fluxos está desenhada na Figura 12. Busca-se responder à indagação “que fatores ligados ao fluxo de problemas, de propostas e do contexto político explicam o processo de formação da política de atenção primária à saúde no Distrito Federal em cada Episódio”? Procurou-se, também, demonstrar os atores mais atuantes, os empreendedores – quando existiram – e a abertura da janela de oportunidade política, que possibilitou a entrada da APS na agenda do Governo.



6.1 EVENTOS NACIONAIS E LOCAIS QUE ANTECEDEM A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA FAMÍLIA SAUDÁVEL NO DISTRITO FEDERAL: PERÍODO DE 2002 e 2003

6.1.1 A “flexibilização” dos contratos dos profissionais de saúde para a expansão do Programa Saúde da Família (2002 e 2003)

O ano de 2002 foi marcado pelas eleições diretas para Presidente da República, cuja campanha eleitoral tem sido destacada por não ter tido a saúde como objeto de disputa, tampouco o SUS e o PSF foram alvo de manifestações contrárias pelos candidatos. Pela primeira vez na história da República, todos os candidatos à eleição presidencial de 2002 apresentaram propostas voltadas para o fortalecimento do setor saúde, embora ressaltassem as restrições impostas pela política econômica, como um dos grandes desafios a serem enfrentados (MENDONÇA *et al.*, 2005: 121-122).

Em âmbito nacional, a descentralização da gestão dos serviços de saúde potencializou problemas crônicos e desencadeou a utilização de soluções irregulares na contratação de pessoal para a saúde nos municípios, face às restrições ampliadas da esfera jurídico-legal (BRASIL, 2005a; 2006a). Ao PSF, como ícone da expansão de cobertura por serviços básicos, creditou-se a ampliação dos vínculos precários⁵⁶ no setor saúde. Os municípios que aderiram ao PSF, induzidos pelo MS, experimentaram sucessivas iniciativas de burlar a recém-criada Lei de Responsabilidade Fiscal⁵⁷ e o Ministério Público do Trabalho, com

⁵⁶ São aqueles que não garantem aos trabalhadores o conjunto de direitos trabalhistas e previdenciários (aposentadoria, férias remuneradas, licença maternidade, entre outros). No âmbito do SUS, a precariedade do trabalho está relacionada a alguma irregularidade existente, no que diz respeito à situação de obediência às normas vigentes do direito administrativo e do direito do trabalho (BRASIL, 2006a; 2005b).

⁵⁷ A Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, visa a regulamentar a Constituição Federal, na parte da Tributação e do Orçamento (Título VI), cujo Capítulo II estabelece as normas gerais de finanças públicas a serem observadas pelos três níveis de governo: Federal, Estadual e Municipal. A LRF vem atender à prescrição do artigo 163 da CF de 1988, cuja redação é a seguinte: “Lei complementar disporá sobre: I - finanças públicas; II - dívida pública externa e interna, incluída a das autarquias, fundações e demais entidades controladas pelo poder público; III - concessão de garantias pelas entidades públicas; IV - emissão e resgate de títulos da dívida pública; V - fiscalização das instituições financeiras; VI - operações de câmbio realizadas por órgãos e entidades da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios; VII - compatibilização das funções das instituições oficiais de crédito da União, resguardadas as características e condições operacionais plenas das voltadas ao desenvolvimento regional”. A LRF, também atende ao artigo 169, da Carta Magna, que limita as despesas com pessoal ativo e inativo da União; revoga a Lei Complementar nº 96, de 31 de maio de 1999, a chamada Lei Camata II (artigo 75 da LRF); atende ao artigo 165 da CF, no que se refere às normas de gestão financeira e patrimonial da administração direta e indireta, bem como condições para a instituição e funcionamento de Fundos”. Finalmente, atende à prescrição do artigo 250 da Constituição de 1988 que assim determina: “Com o objetivo de assegurar recursos para o pagamento dos benefícios concedidos pelo regime geral de previdência social, em adição aos recursos de sua arrecadação, a União poderá constituir fundo integrado por bens, direitos e ativos de qualquer natureza, mediante lei, que disporá sobre a natureza e administração desse fundo.” (NASCIMENTO e DEBUS, s.d.).

formas “flexíveis” de contratação de profissionais de saúde. A primeira estabeleceu “normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal” (NASCIMENTO e DEBUS, s.d.), impondo maior austeridade com o endividamento e gasto público; o segundo fiscalizava a contratação de pessoal sem garantias trabalhistas.

As formas flexíveis de contratação de profissionais de saúde referiam-se às três principais estratégias de contratação para as equipes do PSF: na forma de cargos em comissão, o contrato via Organização Não Governamental (ONG) e o estímulo à formação de cooperativas profissionais. Argumentava-se que o Regime Jurídico Único (RJU) e a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) eram muito rígidos e agregavam custos muito altos às contratações (BRASIL, 1999a). Posteriormente ao ano de 1999, com a aprovação da Lei do Terceiro Setor (BRASIL, 1999b; MARTINELLI, 2006), as Organizações Sociais e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP)⁵⁸, também passaram a constituir estratégias de flexibilização dos vínculos trabalhistas na saúde, especialmente estimulados pelo Programa Comunidade Solidária, que tinha como uma das suas bandeiras, o fomento às parcerias entre o setor público e o privado (MARTINELLI, 2006). O Programa Comunidade Solidária elegeu o PSF, o PACS e o programa de redução da mortalidade infantil nas suas ações prioritárias, no setor saúde, constituindo-se como um importante instrumento de legitimação e de expansão do grau de visibilidade do PSF, de articulação da saúde com outras áreas como trabalho, previdência e saneamento e, na adoção do PSF pelos Estados. O PSF ganhou visibilidade, especialmente, porque os representantes do Programa Comunidade Solidária, com grande capacidade de articulação, vocalizavam diretamente aos governadores, as demandas do PSF (VIANNA e DAL POZ, 2005).

Em relação à flexibilização dos vínculos, a título de ilustração, em 2001, um estudo realizado pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado de Trabalho, da Universidade Federal de Minas Gerais, com o objetivo de conhecer os tipos de instituições e modalidades contratuais e empregatícias utilizadas pelas Prefeituras e Secretarias Municipais de Saúde, na implantação do PSF, retratou o impacto das formas flexíveis de contratação de profissionais de saúde nos municípios brasileiros. Os resultados indicaram que em dezembro de 2001, os postos de trabalho oferecidos pelo PSF representariam em torno de 6%, o contingente de médicos ativos; pouco mais de 2% dos de dentistas e, cerca de 15% do contingente de

⁵⁸ As OSCIPs foram concebidas, no Brasil, como instrumento de viabilização e de implementação de políticas públicas, no governo de Fernando Henrique Cardoso e ficaram conhecidas como a Lei do Terceiro Setor. A lei apresentou algumas “inovações”, como o Termo de Parceria, o qual constitui um instrumento jurídico para a realização de parcerias, unicamente, entre o Poder Público e a OSCIP para o fomento e a execução de projetos. Essa “parceria” é concomitante ao processo de retração do Estado e às privatizações das políticas sociais (MARTINELLI, 2006).

enfermeiros. Entretanto, ao peso do PSF na economia do emprego formal, agregavam-se também níveis elevados de utilização de formas "precárias" e informais de contratação dos profissionais para o Programa.

As entidades do terceiro setor – a exemplo de ONG; associações comunitárias, sindicais e profissionais, Organizações Sociais, OSCIP e consórcios intermunicipais – respondiam por cerca de 9% das instituições utilizadas para contratação de ACS; 6% das utilizadas para médicos e 5% para enfermeiros e pessoal auxiliar de enfermagem. As cooperativas, por seu turno, somavam 3% dos agentes contratantes de médicos e enfermeiros e 3% dos de ACSs. Era pouco frequente o uso de empresas e sociedades civis (grupos profissionais) como agentes contratantes (GIRARDI e CARVALHO, 2002).

No que se refere às modalidades de vínculos, a contratação temporária de trabalho e o vínculo de prestação de serviços predominavam, amplamente, sobre todas as outras formas de contrato nos municípios pesquisados. Com relação aos médicos, os contratos temporários não especificados e por prestação de serviços chegavam a 70% das formas de contratação, contra 16% de vínculos com a CLT, 10% de vínculos estatutários e 2,5% de vínculos como servidores não efetivos (cargos comissionados, cargos de confiança e regidos por legislação especial). Os ACSs estavam com o maior grau de formalização nas contratações, predominando os contratos temporários não especificados (48%), os vínculos celetistas (23%), os vínculos estatutários (14%) e servidores públicos não efetivos (2,7%).

Entre os motivos citados pelos representantes dos municípios, para a adoção de formas precárias de contratação de profissionais para o PSF, contavam a “flexibilização” dos contratos (58%); as restrições impostas pela LRF (54%); menores custos (37%) e problemas de instabilidade no financiamento do PSF (35%). O PSF passou, então, a ser destacado como uma das políticas governamentais com grande potencial de impacto sobre os mercados de trabalho das principais profissões do setor saúde. Contudo, os altos níveis de fragilidade dos vínculos de trabalho do PSF – quase 2/3 dos empregos gerados não se revestiam dos graus de formalização e de institucionalidade de relações de trabalho, típicas do setor público e do mercado de trabalho privado formal – desconsideravam, não apenas, os direitos trabalhistas consagrados, como ameaçavam a própria continuidade da prestação de serviços de qualidade (GIRARDI e CARVALHO, 2002).

No cenário nacional, observou-se então, que até o ano de 2002, houve uma conjunção de fatores que contribuíram para que o PSF fosse expandido por meio de estratégias de flexibilização da administração pública, especialmente, relativas aos mecanismos de provisão de profissionais de saúde. Esse cenário, todavia, foi modificado a partir de 2003, com a

mudança presidencial e a nova configuração do MS, que elevou a questão da gestão do trabalho em saúde, do terceiro para o primeiro escalão, por meio da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) (PIERANTONI *et al.*, 2008). Essa secretaria propôs ações amplas e incisivas, voltadas para a desprecarização do trabalho em saúde (BRASIL, 2005) debatidas na III Conferência Nacional Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, em 2003. A precarização dos vínculos de trabalho, todavia, antes tratada como flexibilização das formas de contratação, não era mais atribuída somente ao PSF, mas a todas as formas de implantação do SUS, sem a devida regulação do trabalho⁵⁹.

No documento base da III Conferência, considerou-se que o trabalho precarizado estava relacionado à desobediência de normas vigentes nos direitos administrativo e trabalhista e definiu-se o trabalho precário como uma situação de não-proteção social, quando exercido na ausência dos direitos previstos na legislação. Entretanto, considerou-se que do ponto de vista da administração pública, proteção social não significa, tão-somente, o pleno gozo de direitos laborais, pois

O fato de existir a cobertura social, legalmente exigida, com direitos e benefícios garantidos ao trabalhador, não é suficiente para caracterizar o trabalho como regular. Na administração pública, a contratação sem concurso público foi implementada por meio da terceirização de serviços. Nesse caso, o trabalho é considerado precário: o trabalhador foi admitido sem concurso público e, portanto, seu vínculo com o Estado não tem base legal (BRASIL, 2005: 9)

O Ministério Público do Trabalho (MPT), por sua vez, passou a exigir dos órgãos competentes a realização de concurso público como única forma de ingresso dos ACSs na administração pública, criando um impasse para a regularização desses vínculos, visto que a universalidade do concurso público (inciso II, do art. 37 da Constituição Federal) e a exigência de o trabalhador residir, previamente, por dois anos, no local de atuação eram condições incompatíveis.

A SGTES (BRASIL, 2005a), diante da necessidade de regularizar os vínculos dos ACSs, assumiu várias medidas:

a) motivação dos Municípios em promoverem o ingresso do ACS por concurso público – ou processo seletivo público –, para o exercício de cargo permanente ou emprego público;

⁵⁹ Pereira (2004) realiza análise aprofundada do fenômeno da precarização das relações de trabalho nos anos 1990.

- b) promoção do aumento da cota de financiamento do trabalho dos ACSs, para contribuir com parte do custo da regularização dos vínculos de trabalho;
- c) encaminhamento de projeto de lei, para regulamentar a Emenda Constitucional que resultou na PEC nº 007/2003, para criar o processo seletivo público para ACS;
- d) estabelecimento de diretrizes orientadoras, para elaboração de editais de concurso público – ou processo seletivo público – de ACS;
- e) promoção de entendimentos entre o Ministério Público do Trabalho e os gestores locais do SUS, para o implantação dessas iniciativas.

O reforço dessa temática na agenda do Ministério da Saúde produziu efeitos importantes na implantação do Programa Família Saudável, no Distrito Federal, conforme se verificará neste capítulo.

6.1.2 O Projeto de Consolidação e de Expansão do Programa Saúde da Família (PROESF)

No âmbito dos eventos prévios nacionais, identificou-se que o Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família (PROESF) influenciou a proposta de reorganização da atenção básica no Distrito Federal. O PROESF⁶⁰ foi uma iniciativa do MS, ainda em desenvolvimento, apoiada pelo Banco Mundial com o objetivo de realizar investimentos para a expansão da estratégia Saúde da Família nos municípios com mais de 100 mil habitantes e tem como objetivo a melhoria e a qualificação do processo de trabalho e desempenho do PSF (BRASIL, 2005c). Esse Projeto tem como origem o entendimento, por parte do Ministério da Saúde, que o modelo de assistência à saúde da família no SUS precisava passar a um novo patamar de operacionalização. O pressuposto teórico adotado a esse respeito é o de que o PSF constitui, antes de tudo, uma estratégia para mudar a maneira como o SUS presta cuidados de saúde e, para tanto, esse tipo de estratégia deveria fundar-se em profissionais com boa capacitação técnica e consciência do impacto dos serviços sobre as condições de saúde da comunidade. Daí, a necessidade de conferir destaque para o planejamento, para o monitoramento e para a avaliação das ações realizadas (BRASIL, 2006).

⁶⁰ O contrato de empréstimo foi assinado em setembro de 2002, mas as ações tiveram início, propriamente dito, com a primeira Convocatória Pública para classificação dos 231 municípios com mais de 100 mil habitantes. A primeira Convocatória Pública foi realizada em julho de 2003 e resultou na habilitação de 98 municípios (Portaria GM 1.099) e a segunda Convocatória Pública foi realizada em outubro de 2003 (Portaria GM 1.945) a qual resultou na classificação de mais 101 municípios com mais de 100 mil habitantes. Foi realizada, também, em dezembro de 2003, a seleção de instituições de ensino e pesquisa para realizarem estudos de linha de base em todos os municípios brasileiros com população acima de 100 mil habitantes.

O desenho do Projeto contemplava ações para intervir na dificuldade de expansão do Saúde da Família nos grandes centros, com o objetivo de ampliar o acesso das populações dos grandes municípios brasileiros; interferir no processo de trabalho das Equipes, por meio da capacitação dos profissionais, adoção de processos sistemáticos de planejamento, monitoramento e avaliação. Na mudança de governo, o desenho original do Projeto sofreu modificações, principalmente, nas ações voltadas para o Componente Desenvolvimento de Recursos Humanos, que passou a ser assumido pela recém-criada SGTES, por meio da Política de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2005c).

6.2 A ELEIÇÃO QUE NÃO ACABOU E AS DENÚNCIAS DE CORRUPÇÃO NO GOVERNO DE DISTRITO FEDERAL (2002 E 2003)

No âmbito do Distrito Federal, o ano de 2002 foi marcado pela eleição para governador, em uma disputa acirrada. O resultado da eleição direta, para Governador e para Presidente da República, retomou a polarização político-partidária entre o GDF e o Governo Federal: para a Presidência foi eleito o candidato do PT e, para o GDF, foi reeleito o Governador Joaquim Roriz, do PMDB. Essa polarização foi reiterada pelos entrevistados (12 e 13) e sintetizada pelo Entrevistado nº 12:

Em Brasília, na época se travou uma batalha pela destituição do governador eleito que era o Roriz, buscava-se o terceiro turno (Entr.13).

Na oposição ao governo Roriz, estava o PT que tinha perdido as eleições. Aqui tinha uma situação que era a seguinte: o Roriz se manteve, mas o Presidente da República tinha mudado, saiu o Fernando Henrique e entrou o Lula. O DF foi visto como um inimigo do governo federal que estava começando (Entr. 12).

O novo governo do Distrito Federal enfrentou severa oposição, desde as eleições em 2002, cujo resultado foi questionado na justiça, caracterizando uma “eleição que não se aceitou o resultado das urnas partindo-se para a justiça” (Entr. 12). Posteriormente, a questão evoluiu para tentativas de *impeachment* do Governador recém-eleito.

No setor saúde, o Secretário, oriundo do sindicato dos médicos, e conhecido pela oposição à gestão do PT, nos anos de 1995 a 1998, havia assumido a SES-DF, no final do ano de 2002 e, tão logo as eleições findaram, houve a sua confirmação para o cargo, já que o Governador que o nomeara, reelegera-se. No início da nova gestão, no ano de 2003, o Secretário de Saúde foi surpreendido pelas denúncias de uso irregular dos recursos do SUS

pelo GDF, que resultaram em ameaças de desabilitação da SES-DF na condição de Gestão Plena do Sistema de Saúde, bem como na criação de uma Comissão Parlamentar de Inquérito no âmbito da Câmara Legislativa do Distrito Federal:

Era uma situação de apagar fogo, sob um ataque muito grande porque havia uma situação política complicada e a saúde era o alvo, o calcanhar de Aquiles do Governador (Entr. 12).

As denúncias contra o Governador versavam, principalmente, sobre irregularidades na parceria entre o Instituto Candango de Solidariedade e o GDF na contratação de pessoal, que culminaram com o rompimento dessa parceria e de todos os contratos de trabalho das diferentes áreas, incluindo os profissionais de saúde que atuavam no PSF, logo no início do ano de 2003. Com esse desfecho,

[...] veio uma ordem para demitir todos os trabalhadores com vínculo com o ICS e isto foi feito. Todo mundo foi demitido sem receber nada. Aí começamos a trabalhar na reestruturação. Foram 6 meses de trabalho árduo e nós montamos o Família Saudável (Entr. 13).

Foi nesse clima que o Secretário de Saúde solicitou a elaboração de um projeto para reformular o sistema de saúde e fortalecer a atenção básica à saúde no Distrito Federal, culminando com a formulação do Programa Família Saudável.

6.3 O PROGRAMA FAMÍLIA SAUDÁVEL NO DISTRITO FEDERAL (2004-2007)

6.3.1 O Programa Família Saudável: desenho da proposta, objetivos e diretrizes gerais

O Programa Família Saudável (PFS) foi elaborado ao longo do ano de 2003 e seu processo de implantação teve início em 2004. Consistia na terceira iniciativa da SES-DF em mudar o modelo assistencial do Distrito Federal, por meio da Estratégia Saúde da Família. Contudo, semelhante ao PSC do período 1995-1998, e diferente do PSF do período 1999-2002, pautou-se pela formulação local de uma proposta que adaptasse as diretrizes do MS à realidade do Distrito Federal, incluindo-se as experiências acumuladas nos períodos anteriores. Esse Programa representava a motivação da equipe de gestores da SES-DF de retomar as investidas para a mudança no modelo assistencial no Distrito Federal, como resume um dos entrevistados a seguir:

O principal problema da SES era a definição de um modelo de Atenção Básica que pudesse ser implantado no DF. A SES vinha de uma experiência muito inconstante e fragmentada no desenvolvimento de projetos de atenção básica. O maior desafio foi elaborar um projeto do conhecimento público que pudesse ser discutido por todas as regionais de saúde e fosse da compreensão de todos os servidores. E foi nisso que trabalhamos [...] entre março e agosto de 2003, no plano Família Saudável (Entr. 14).

O PFS priorizava a reorganização e o fortalecimento da atenção primária, com ampliação e consolidação da ESF, de maneira a aumentar o acesso aos serviços e propiciar a melhoria da situação de saúde da população, tomando por base sua evolução histórica e as características institucionais vigentes (GDF, 2005b: 4). Havia o reconhecimento das iniciativas anteriores, remetendo-se à origem do Plano Jofran Fejat, de 1979, e destacava-se a necessidade de a APS ocorrer para além das unidades de saúde; de continuidade da atenção nos demais níveis e a necessidade de evitar a pulverização das equipes nas demais regionais.

Assim, fortaleceu o argumento que a conversão e a expansão da APS teriam de ocorrer de forma “gradativa sem desconhecer a estrutura atual e estendendo-se paulatinamente a todas as demais regiões de saúde” (GDF, 2005b: 4). O depoimento a seguir sintetiza essa visão e sinaliza para a clareza dos gestores sobre os problemas locais a serem modificados:

O problema era a questão do acesso, facilitar o acesso das pessoas. Não era um programa de pobre para pobre, queríamos facilitar o acesso das pessoas que moravam em lugares onde não havia centro de saúde. Acreditávamos que a ESF era coerente, válida e oportuna para o DF e então adotamo-la. Tentamos aplicá-la no sistema de saúde do DF sempre a vinculando a uma estrutura já existente para não criar um modelo dissociado. Não era nem uma ruptura e nem um confronto, mas uma adequação ao modelo existente (Entr. 14).

O plano de implantação do PFS continha uma exaustiva análise da situação da saúde no Distrito Federal, a partir de indicadores socioeconômicos, demográficos e epidemiológicos, destacando-se dois grandes problemas clássicos, que inviabilizaram os Planos Bandeira de Melo e Jofran Frejat, quais sejam o crescimento populacional e o perfil dos profissionais de saúde, centrados no modelo biomédico e hospitalocêntrico. A esses problemas, atribuíam-se também, a centralização dos processos de formulação e de gestão das políticas de saúde, no Distrito Federal, e seu distanciamento da população, como causas da manutenção da excessiva demanda por atendimento médico.

O desenho, no PFS, tomou o conceito de APS como aquele voltado para desenvolver

[...] ações gerais de saúde, de caráter individual e coletivo, baseadas na visão e na abordagem integral da pessoa, em seu contexto familiar e visando à promoção da saúde, à proteção específica de agravos, ao diagnóstico e ao tratamento (GDF, 2005a: 58; GDF, 2005b).

O processo de implantação das equipes do PFS foi planejado para efetivar-se, com base nos serviços já existentes em cada região de saúde do Distrito Federal, privilegiando aquelas com os piores indicadores sociais, demográficos e epidemiológicos. Assim, a implantação se iniciaria nas regiões de saúde periféricas, até chegar ao centro e se recomporia a capacidade operacional de cada CS. Em relação ao modelo de APS, a proposta previa a implantação da ESF, o resgate do PACS a ser implantado nos Centros de Saúde tradicionais, a construção de Unidades Básicas de Saúde e de policlínicas, para ampliar a rede física de serviços básicos e de média complexidade. Advogava-se a implantação do PACS, como estratégia de adequação dos centros de saúde tradicionais, como fase preparatória para a implantação da ESF em etapas subsequentes.

Planejou-se, com o Programa Família Saudável, implantar 45 equipes de PSF rurais e 96 urbanos que, somados, corresponderiam a uma cobertura de 87% da população do Distrito Federal. Foram, também, incluídas, ações voltadas para a população prisional, para a saúde mental e para os centros de atenção psicossocial, além da saúde bucal (GDF, 2005a).

A VI Conferência de Saúde do Distrito Federal, em 2003, ao debater o tema proposto pelo Conselho Nacional de Saúde, “Saúde: um direito de todos e dever do estado – a saúde que temos, o SUS que queremos”, tomou a organização do sistema de saúde como ponto de pauta, fortalecendo as ideias contidas no Programa Família Saudável. No relatório final da conferência, constavam recomendações para a conversão do modelo, cujo eixo estruturante seria a APS e a otimização dos princípios do SUS, de modo a garantir o acesso universal, a qualidade e a humanização do atendimento (GDF, 2003).

Em resumo, as estratégias propostas pelos conferencistas para o alcance desse objetivo, foram a implantação do PFS, buscando 100% de cobertura nos locais necessários, contratando os profissionais de saúde por meio de concurso público. É importante ressaltar que no plano que detalhava a implantação do PFS propunha-se o estabelecimento de parceria com entidade do terceiro setor, para a contratação de profissionais de saúde. Contudo, não houve consenso entre os conferencistas sobre essa proposta, embora já estivesse em curso, a seleção da OSCIP, que viria a viabilizar a implantação do PFS.

6.3.2 O processo de implantação do Programa Família Saudável

Em 2003, depois da ruptura da parceria entre o GDF e o ICS, por demanda judicial motivada por denúncias de irregularidades no uso dos recursos públicos, foi realizada a seleção de outra entidade do terceiro setor, credenciada como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), a Fundação Zerbini. A parceria entre o GDF e a Fundação Zerbini teve início em outubro de 2003, quando da assinatura do Termo de Parceria N°. 01/2003-2005. Em fevereiro de 2005, a entidade deixou de ser OSCIP e a parceria foi revista, passando as relações com a SES-DF a vigorar na forma de convenio (N° 01/2005), com ampliação das ações para outros projetos vinculados ao PFS, tais como o da saúde mental e o da atenção prisional. Posteriormente, foram realizados dois termos aditivos, prorrogando-se a parceria até 30 de setembro de 2006 (GDF, 2003a; 2005g; 2005h).

Na implantação do PFS, a SES-DF equiparou os salários dos trabalhadores da APS, que poderiam ser contratados por meio da parceira ou já pertencer ao quadro de profissionais de saúde da SES-DF, da mesma forma que aconteceu durante a implantação do PSF, no período de 1999 a 2003. Com isso, pretendia-se “qualificar e integrar a atenção básica e não discriminá-la” (GDF, 2005a: 99).

A parceria com a Fundação Zerbini propiciava, além da seleção e contratação dos profissionais de saúde, a criação de espaços físicos para a instalação das UBSs, agilidade na provisão dos insumos necessários para o cotidiano dos serviços de saúde, bem como a coordenação da política. A locação de espaço físico apareceu como um gargalo quase insuperável pela gestão pública, especialmente, nos aspectos relativos à localização dos espaços públicos, que ao serem definidos no plano urbanístico de Brasília e das demais cidades, não favoreceram a extensão de cobertura e ampliação da acessibilidade aos serviços de saúde no Distrito Federal, conforme o depoimento a seguir:

O serviço público tem uma dificuldade tremenda de aluguel, contratação, escolha de uma casa e principalmente na adaptação do modelo do MS que é muito rígido e que na época tornava-se impossível que se pudesse alugar uma casa. E a construção de espaços físicos esbarrava na indisponibilidade de terras públicas para este fim. Não tinha, não tem e não terá terra pública para este fim no plano urbanístico do DF porque este é um descompasso entre as necessidades que a saúde imagina e o que os arquitetos e urbanistas desenham para as cidades (Entr. 14).

No que se refere à coordenação da política e à provisão de insumos, as dificuldades do processo de implantação, identificadas nas entrevistas, indicaram a duplicidade de comando

como o mais evidente. Em parte, esse problema tinha origem na organização da SES-DF que, nesse período, contava com uma Gerência de Saúde da Comunidade (GESCOM), uma Diretoria de Estratégia Saúde da Família (DIESF) e uma Coordenação de Atenção Primária à Saúde (COAPS). Além disso, nas Diretorias Regionais de Saúde, além da GESCON, havia núcleos com representações da Fundação Zerbini. Desse modo, tanto no nível central como nas regionais, havia uma expressiva fragmentação de coordenação, o que enfraquecia duas das principais diretrizes do programa: a articulação entre as equipes e a conversão do modelo de atenção básica:

Tínhamos três unidades gestores sobre a mesma atenção primária. A GESCON nas regionais e no nível central gerenciava as áreas programáticas (mulher, criança, idoso, etc.), mais voltadas para os CS. A DIESF gerenciava as áreas ligadas a implantação e monitoramento da ESF. A Fundação Zerbini criou no nível regional, um núcleo de apoio para supervisionar as questões ligadas ao apoio logístico, de RH e demais questões administrativas. As diretrizes vinham da DIESF. Mas quem executava na ponta eram os servidores da Fundação Zerbini e estes entendiam que deveriam atender as determinações da FZ. Os papéis se misturavam e se duplicavam (Entr. 19).

Em relação aos profissionais de saúde, os entrevistados salientaram-nos como o componente da parceria de maior vulto, visto que o alcance das metas de cobertura, pelo PFS, implicava a contratação de grande quantidade de profissionais para “315 equipes com 10 membros em cada, que correspondia a pelo menos 3 mil pessoas” (Entr. 14). A seleção pública e a contratação por meio da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) foram o maior alvo de pressões políticas locais, seja por parte dos órgãos de controle do Estado, seja pelos Deputados Distritais, que demandavam a inclusão dos seus “apadrinhados políticos” (Entr. 14).

Além disso, essa forma de contratação de profissionais de saúde confrontava as novas diretrizes, em debate pelo MS, naquele período, sobre o combate aos vínculos precários de trabalho na saúde. Mesmo que o contrato de trabalho, por meio das OSCIPs, não se caracterizasse como vínculo precário, na visão do MS, uma vez que era regido pela CLT e previa direitos trabalhistas, a posição do movimento sindical e dos órgãos de controle público eram desfavoráveis a esse tipo de iniciativa. Assim, todos os processos seletivos realizados pela Fundação Zerbini foram tensos e alvo de questionamentos jurídicos, administrativos e políticos, cujo exemplo foi o concurso para ACS, conforme depoimento de um dos entrevistados:

Como se tratava de dinheiro público, a contratação (de profissionais) precisava ser por meio de seleção. Fizemos os Editais para selecionar os profissionais que iriam trabalhar no FS. Primeiro foi o ACS. Havia uma norma do MS que determina que o ACS tem de residir na área, no bairro, onde trabalha. Quando íamos selecionar, a exigência era que a seleção fosse seguida de um curso básico de 60 horas. Então, abrimos o curso na FEPECS, treinamos 2800 pessoas em 6 meses. À medida que terminávamos o curso, que durava uma semana, e meia, íamos fazendo a seleção de candidatos dentro daquela turma [...]. O concurso de auxiliar de enfermagem, fizemos 3 vezes. Fazíamos e as pessoas chegavam atrasadas e o MP derrubava concurso. Refizemos 3 vezes, até que o último deu certo (Entr. 13).

Seguiram-se sucessivas denúncias de irregularidades nos concursos, os quais foram suspensos pelo Ministério Público do Trabalho; houve proibição da parceria com a Fundação Zerbini, pelo Tribunal de Contas do Distrito Federal e suspensão da proibição, pelo Tribunal de Justiça do Distrito Federal, depois de pedido da Procuradoria Jurídica do Distrito Federal, até a suspensão definitiva pelo TCDF, motivada por denúncias do Ministério Público do Distrito Federal, ao TCDF. Nessa denúncia, alegavam-se irregularidades na execução do trabalho e, especialmente, na locação de automóveis, aluguel de prédios e reforma de imóveis (JUSBRASIL, 2006; MPCDF, 2005).

Ressalte-se que a parceria entre o GDF e a Fundação Zerbini foi alvo de questionamentos desde as primeiras tratativas. Esse fato pode ser ilustrado com reportagem do *Correio Brasiliense* (2003), publicada no sítio do Sistema Nacional de Auditoria do Ministério da Saúde. Nessa reportagem, o MPDF afirmava que o “GDF estava insistindo na mesma irregularidade, motivo do fim do Saúde da Família: a burla do concurso público na contratação de funcionários” (MINISTERIO PÚBLICO, DF, 2003; BRASIL, 2003b).

Assim é que, em 14 de julho de 2005, o Portal do Cidadão da SES-DF publica a notícia oficial:

O Governo do Distrito Federal busca solução legal para que o Programa Família Saudável da Secretaria de Saúde não fique comprometido com o término do contrato com a Fundação Zerbini, que fornece funcionários para execução dos serviços. Nesta quarta-feira (13), em nota oficial divulgada pelo site da secretaria (www.saude.df.gov.br), o órgão informa que os postos do programa não serão fechados e que a população não precisa se preocupar com a ‘suposta suspensão dos serviços’.

Sobre o Programa Família Saudável, a Secretaria de Saúde (SES) informa:

1. O Programa Família Saudável vai continuar.
2. Não haverá fechamento dos Postos de Saúde do Programa Família Saudável.
3. O convênio firmado entre a SES e a Fundação Zerbini se encerra em 11 de agosto, mas deverá ser assinado novo instrumento legal para que o PFS não seja interrompido.

4. As equipes contratadas pela Fundação Zerbini continuarão a fazer os atendimentos normalmente.
5. A questão do aviso prévio é uma medida cautelar, possível de ser revogada a qualquer tempo (GDF, 2005d)⁶¹.

O clima tenso que se instalou no Distrito Federal alcançou as equipes do PFS, trouxe insegurança e fragilidade ao trabalho cotidiano, resgatou a percepção que se tratava de mais uma tentativa fragilizada de implantação do Programa no Distrito Federal, de caráter transitório e com possíveis repercussões negativas para os profissionais, com interrupções contratuais, sumarizadas no depoimento de um dos entrevistados:

Em 2006, o que se viveu com a ruptura do PSC e PSF retornou como temor na população e nos profissionais. Então tudo que deveria andar não andava e nada dava certo. Tudo que se queria fazer para a qualificação do trabalho, o profissional não estava disposto, porque sempre havia a sombra da demissão. Isto perdurou o ano de 2006 inteiro. Perpassou o ano eleitoral e a desincompatibilização do governador, coordenador, etc., para a eleição. Tinha-se a impressão de que o PSF não tinha vindo para ficar. Esta sensação era também da coordenação. Além disso, as equipes ficaram incompletas por muito tempo porque não se repunham os profissionais (Entr. 19).

Contudo, esse processo repercutiu, favoravelmente, para os profissionais de saúde, uma vez que a SES-DF apresentou Projeto de Lei na Câmara Legislativa, para que pudesse celebrar os contratos, justificando a manutenção do programa e a proteção social dos trabalhadores. Houve, no âmbito do governo, mudanças legislativas e técnicas para acomodar os trabalhadores e manter o programa funcionando:

Eram mais de 1000 profissionais, sem contar com os ACSs. O ACS foi absorvido com a Emenda Constitucional nº 51 e este foi o primeiro problema solucionado. Tivemos que criar o cargo de ACS, rever contratação, tramitar todos os documentos... Além disso, tivemos que criar o quadro de médicos do PSF para podermos contratar. Até hoje, temos profissionais com estes contratos. Até hoje os concursos são para a rede geral. Só temos concurso específico para o ACS e para o médico de família. E isto é um grande problema para o PSF. Foi feita a negociação com o Fundo de saúde, com a SAS, com o governo em geral para que o Família Saudável não acabasse. Naquela época já se sentia que isto era importante (Entr. 19).

A análise do período de 2003 a 2006 indicou que o GDF, ao iniciar a implantação do Programa Família Saudável, por meio da parceria com uma OSCIP, o fez em um momento em que o contexto nacional não favorecia esse tipo de procedimento. Ao tempo em que

⁶¹ www.saude.df.gov.br

propunha nova investida em favor da mudança do modelo assistencial no Distrito Federal, o faz por meio de uma estratégia contrária à política nacional de despreciação do trabalho no SUS, o DespreciaçãoSUS. No ano de 2003, especialmente, o debate em torno dessa questão, na esfera federal, era permeado por diferentes interpretações sobre o vínculo precário, o que, certamente, contribuiu para os enfrentamentos iniciais da proposta no GDF. A título de ilustração, o CONASS e o CONASEMS, entendiam trabalho precário relacionado aos vínculos de trabalho no SUS, que não garantiam os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, seja por meio de vínculo direto ou indireto, e acrescentavam a necessidade de processos seletivos e relações democráticas com os trabalhadores. Para as entidades sindicais, que representam os trabalhadores do SUS, trabalho precário caracterizava-se, não apenas, como ausência de direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, mas também como ausência de concurso público ou processo seletivo público para cargo permanente ou emprego público no SUS. O MS definiu que os únicos vínculos trabalhistas que garantem proteção social são o estatutário e o celetista, ambos respaldados pela Constituição de 1988 (BRASIL, 2006).

Contudo, algumas mudanças desse período, tais como a criação de uma Diretoria única para a ESF e a sensibilização do Governo e da Câmara Legislativa sobre o PFS, especialmente quanto ao drama vivido pelos profissionais de saúde, que seriam demitidos pela segunda vez na mesma gestão, merecem destaque. A mobilização que se seguiu resultou no engendramento de formas legítimas e legais de acomodação dos profissionais do PFS, por meio da própria SES-DF. Na sensibilização do Governo e da Câmara Legislativa, teve especial importância a participação da imprensa local, do Ministério Público do Distrito Federal e, também do MS, especialmente do Departamento Nacional de Auditoria do SUS.

6.3.3 Os atores e os grupos envolvidos no desenvolvimento do Programa Família Saudável

A formulação da proposta do PFS, semelhante aos períodos anteriores, esteve a cargo da equipe do governo do Distrito Federal e composta por servidores públicos de carreira. A proposição foi realizada por solicitação da equipe do governo que estava à frente da SES-DF, conforme os depoimentos a seguir:

Quando nós chegamos, ele [o PSF] estava lá embaixo. Então pedimos a um técnico da SES-DF [...] que já tinha sido Secretário de Saúde [...]

que ele fizesse, desenhasse para nós, uma reestruturação da atenção básica (Entr. 12).

[...] ele pediu para montar um plano de atenção primária para [...] pactuei pontos com ele e elaborei o plano durante 6 meses, surgindo o Família Saudável (Entr. 5).

Não houve disputa entre propostas alternativas, tampouco houve a participação de atores oriundos da academia e mesmo dos movimentos sociais. Na implementação, houve a participação de atores fora do governo, mas a esse vinculados, por meio da parceria com a entidade do terceiro setor. Nesse ponto, observou-se que houve contribuição importante da instituição parceira, agregando agilidade ao processo de implantação, embora também, gerasse conflitos de papéis com a SES-DF.

A participação dos atores e grupos, fora do governo, foi mais evidente no processo de implantação, especialmente na oposição à forma escolhida pelo governo para implantar o PFS, identificada nos depoimentos dos entrevistados 12, 13 e 14, em parte, transcritos:

Então, buscavam levantar todos os questionamentos. Chamavam o DENASUS. Havia inversão partidária: o PT estava no governo federal. O pessoal do DENASUS com questionamentos equivocados. Então, as avaliações não tinham critérios técnicos. Achavam que o projeto era político-partidário (Entr. 5).

Era a questão política, porque ainda estávamos nesta fase “da eleição que não tinha acabado” (Entr. 12).

Dentro da área da saúde, nós tínhamos apoio dos servidores. Fora da saúde, dificuldades políticas. Nunca tivemos oposição do ponto de vista técnico. Nunca tivemos uma proposta rejeitada no Conselho de Saúde [...] tínhamos oposição na PROSUS do MP e no CRM [...] o MS fez oposição ao GDF o tempo inteiro (Entr. 13).

Não tivemos oposição à ideia. Fizemos reunião com todos os diretores regionais e conselhos de saúde. Como já tínhamos a visão da importância do controle social, não pulamos esta etapa. Não enfrentamos nenhuma oposição interna. O apoio foi total, com exceção dos políticos e daqueles que queriam tirar proveito político [...] A oposição à Secretaria era para manter a mesma estrutura do ICS com os apadrinhados. Isto foi feito, principalmente, pela Câmara Legislativa. O MP não compreendeu a importância do projeto e se empenharam apenas em derrubar o governador (Entr. 14).

Identificou-se, então, que entre os atores que fizeram oposição, estavam os órgãos de controle do Estado, especialmente o Ministério Público do DF e o DENASUS do MS. Entre os recursos usados por esses grupos de oposição encontravam-se argumentos jurídicos e

administrativos, em relação ao não cumprimento, por parte do GDF, de preceitos que delimitavam a atuação do gestor público da saúde. A atuação dos órgãos de controle foi mobilizada pelas denúncias de corrupção no governo, como desvios e malversação de recursos públicos, seleção pública irregular de profissionais e falta de transparência na parceria com a entidade do terceiro setor.

A Câmara Legislativa, por meio dos deputados da base aliada do governo, apareceu como oposição à proposta, quando do momento de maior fragilidade do governo. Os deputados reivindicavam maior liberdade para barganhas políticas, por meio da parceria com a Fundação Zerbini, para a contratação de apadrinhados políticos, para a implantação de equipes nas comunidades, que continham maior base eleitoral, e influência nas decisões sobre o Programa. Com a resistência da equipe técnica da SES-DF e da Fundação Zerbini, em atender às reivindicações, a Câmara pressionava o Governador que, para a sua sobrevivência política, realizou mudanças na condução do Programa e da própria SES-DF. A oposição ao PFS não era uma questão técnica; era política. Segundo os entrevistados, não houve oposição por parte dos servidores, do conselho de saúde e dos sindicatos dos médicos e demais.

A oposição, segundo os depoentes, veio de grupos de fora da saúde e bem posicionados politicamente: deputados de oposição e dissidentes do governo, procuradores do Ministério Público, Associação Médica de Brasília e Ministério da Saúde; dos deputados, que buscavam atingir o governador, em troca de espaço no governo, bem como inibir o crescimento de uma liderança que despontava: a do então Secretário de Saúde (Entr. 12); dos procuradores, que se voltavam, especialmente para o questionamento da parceria com a OSCIP e a terceirização dos contratos; do Ministério da Saúde, no que se referia ao uso dos recursos do SUS pelo GDF.

Entre os atores que apoiavam a proposta, o principal ator citado foi o Governador. Há consenso entre os entrevistados que, embora distanciado, e talvez sem grandes compreensões, o Governador apoiou o setor saúde e, especialmente a implantação do PFS. Esse apoio custou um preço alto para a gestão da política, uma vez que todas as intempéries e oposições ao governador, tiveram a saúde como principal alvo:

O apoio nós tivemos do governador. Mas este apoio do governador gerou uma ciúmeira dentro do próprio secretariado dele. No momento que ele começa a dar muito apoio a uma liderança que tava nascendo dentro do governo dele, já começou a ser visto como uma pessoa que iria competir por cargos eletivos futuramente (Entr. 12).

6.3.4 As mudanças no sistema de saúde decorrentes da implantação do Programa Família Saudável nos anos 2003-2007

Conforme o realizado nos Episódios anteriores, buscaram-se possíveis mudanças nos indicadores de cobertura populacional pelo PFS; oferta de serviços e a relação entre atendimentos ambulatoriais e na emergência, visto que os objetivos do PFS, assim como nos períodos anteriores, continuava sendo ampliar o acesso, diminuir a sobrecarga nos hospitais e inverter o padrão de atendimento entre atenção básica e atenção hospitalar.

Em relação ao perfil das consultas médicas, comparando-se as ambulatoriais e de emergência, conforme se visualiza na Tabela 15, observa-se que semelhantemente, aos episódios anteriores, não houve mudança significativa no padrão de atendimento com a implantação do PFS. Os atendimentos ambulatoriais e nas emergências sofreram um aumento de 2 pontos percentuais em favor dos atendimentos ambulatoriais, nos anos 2005 e 2006.

Tabela 15 – Evolução dos atendimentos e consultas ambulatoriais e emergências no Sistema Único de Saúde do Distrito Federal – 1993-2006. Brasília-DF, 2009

	Total	Ambulatório	Emergência	Ambulatório	Emergência
1993	4.410.000	2.296.000	2.113.000	52%	48%
1994	4.472.000	2.327.000	2.146.000	52%	48%
1995	4.535.000	2.358.000	2.177.000	52%	48%
1996	3.971.000	2.036.000	1.934.000	51%	49%
1997	4.223.000	2.242.000	1.981.000	53%	47%
1998	4.186.000	2.160.000	2.025.000	52%	48%
1999	4.489.000	2.362.000	2.127.000	53%	47%
2000	4.721.639	2.437.876	2.283.763	52%	48%
2001	5.449.498	3.017.099	2.432.399	55%	45%
2002	5.839.119	3.317.335	2.521.784	57%	43%
2003	5.672.231	3.160.969	2.511.352	56%	44%
2004	6.177.762	3.414.572	2.763.190	55%	45%
2005	6.395.232	3.676.264	2.718.968	57%	43%
2006	6.357.129	3.632.111	2.725.018	57%	43%

FONTE: GDF. Relatórios Estatísticos Mensais das DRSs/DICOAS/SUPRAC/SES-DF, 2000c; 2001a; 2001b; 2002a; 2002b; 2003b; 2004a; 2004b; 2005f; 2006a; 2006c.

Mesmo considerando-se as limitações desse indicador, foi possível analisar que o objetivo principal dos planos até o momento implantados, de mudar o modelo hospitalocêntrico do Distrito Federal, ainda não foi alcançado. Os sucessivos planos de reorganização da APS, por meio da ESF, não conseguiram provocar alterações substanciais no padrão de atendimentos, no que se refere à utilização dos serviços de consultas médicas.

Em relação à oferta de serviços, indicador que sinaliza as mudanças do sistema de saúde para adequação às demandas locais, observou-se a criação de novas unidades básicas de saúde e hospitais (Tabela 16). Quando se comparou com parâmetros clássicos de oferta de serviços proposto pela Portaria GM 1101 do MS, observou-se que a relação Leito/hab/ano continuou distante dos parâmetros ideais (2,5 a 3 leitos/1000/hab/ano), mesmo com o aumento do número de hospitais.

Tabela 16 – Evolução da oferta de serviços de saúde no Distrito Federal, no período 1993-2006. Brasília, DF, 2006

ANO	POP.	Nº Hospita is	Nº de Leitos Operaci onais	Nº leitos/ 4 mil hab/ano	Nº CS	Nº Postos de Saúde Urbano e Rural	Total UBS	UBS/ 30 mil hab	UBS/ 12 mil hab
1993	1.657.841	11	2.727	1,6	49	28	77	55	138
1994	1.757.567	13	2.724	1,5	53	27	80	59	146
1995	1.780.554	13	2.683	1,5	54	27	81	59	148
1996	1.830.583	13	2.557	1,4	54	27	81	61	153
1997	1.882.022	13	2.471	1,3	56	27	83	63	157
1998	1.916.046	13	2.471	1,3	58	27	85	64	160
1999	1.962.031	13	2.427	1,2	59	24	83	65	164
2000	2.043.169	13	2.706	1,3	63	29	92	68	170
2001	2.097.450	13	2.780	1,3	61	30	91	70	175
2002	2.145.838	15	2.683	1,3	61	30	91	72	179
2003	2.189.792	15	2.860	1,3	61	31	92	73	182
2004	2.233.613	15	3.741	1,7	61	33	94	74	186
2005	2.277.258	15	3.911	1,7	61	37	98	76	190
2006	2.383.614	15	3.980	1,7	56	42	98	79	199

Fonte: GDF. Relatórios estatísticos da DICOAS/SUPRAC/SES-DF 2000c; 2001a; 2001b; 2002a; 2002b; 2003b; 2004a; 2004b; 2005f; 2006a; 2006c;

Em relação às unidades básicas, observou-se aumento no número de unidades. Se comparado com o indicador clássico da SES-DF, de uma UBS para cada 30 mil habitantes, é possível afirmar que o SUS-DF atende a esse parâmetro. Entretanto, se se considerar o parâmetro de uma UBS/12 mil habitantes, proposta pela Portaria nº 648, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006c), o Distrito Federal esteve com um déficit, em 2006, de 101 unidades (Tabela 17).

Tabela 17 – Comparação entre a cobertura populacional pelo Programa Agentes Comunitários de Saúde e Programa Saúde da Família, no Brasil e no Distrito Federal, nos anos de 2003 a 2006. Brasília, DF, 2006

	2003		2004		2005		2006	
	DF	Brasil	DF	Brasil	DF	Brasil	DF	Brasil
Nº de ACS	0	184.341	598	192.735	467	208.104	453	219.492
Nº de ESF	0	19.068	38	21.232	40	24.564	24	26.729
% Cob. ACS	0	54	16	56	12	58	11	59
% Cob. SF	0	36	56	39	6	44	4	46

Fonte: DAB/SAS/MS/BRASIL 2003b; 2004; 2005d; 2006f.

A cobertura por equipes de PFS/PSF, que se visualiza na Tabela 17, indica a dinâmica de implantação desse período. A ruptura da parceria com o ICS, em 2003, levou à ausência completa de equipes e ACSs. Em 2004, com a parceria com a Fundação Zerbini para a implantação do PFS, a SES-DF alcançou a cobertura de 56% da população por equipes de PFS. Em 2005, ante a restrição para novas contratações impostas à Fundação Zerbini, a cobertura populacional por equipes diminuiu para 6%, caindo para 4%, em 2006. É importante lembrar que todo o processo de implantação do PFS perdurou nos anos de 2003-2005. A meta era, em 4 anos, alcançar 40% de cobertura da população, exigência do MS para a participação do Distrito Federal no PROESF. Essa meta foi superada em 2004, mas não se manteve nos anos subsequentes. Cabe ressaltar, também, que no restante do país, a ampliação foi crescente, chegando-se, em 2006 a uma cobertura populacional de 46,2% por ESF e 59,1% por ACS.

6.4 A INFLUÊNCIA DOS EVENTOS RELACIONADOS NACIONAIS E LOCAIS DURANTE A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA FAMÍLIA SAUDÁVEL

6.4.1 A participação da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal no Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

O período de 2003 a 2006, em âmbito nacional, foi marcado pelo redirecionamento feito pela nova equipe do MS ao SUS, conforme apontam Mendonça *et al.* (2005), Bravo (2006), Paim (2007) e Teixeira e Paim (2005).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) seguiu na agenda do Governo Federal e sofreu influência da política de desprecarização do trabalho na saúde, da implementação da Reforma Psiquiátrica, do Sistema de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) e da política de saúde

bucal. Especialmente em relação à ESF, destacou-se o início da implantação do PROESF, e a elevação do Piso de Atenção Básica Ampliada (PABA) repassado aos municípios. A ampliação da cobertura da ESF foi significativa no período, alcançando em 2006, cerca de 5.028 municípios e mais da metade da população brasileira (TEIXEIRA e PAIM, 2005).

O Distrito Federal era um dos municípios-alvo do PROESF, por ser município com população acima de 100 mil habitantes. Como o PROESF teve início em 2003, não poderia haver participação do Distrito Federal no Projeto, porque a parceria com o ICS fora interrompida, naquele período e, por consequência, a implantação do PSF. Essa situação colocava ao Distrito Federal o desafio de retomar, rapidamente, a implantação do PSF para atender aos requisitos daquele Projeto, situação que pode explicar a decisão de nova parceria com uma instituição do terceiro setor. Assim, a participação do Distrito Federal, no PROESF, só foi oficializada em 2004, por meio da Portaria nº 1.706/GM, de 17 de agosto de 2004.

O trecho da Ata de reunião da Comissão Intergestores Tripartite, de fevereiro de 2004, ilustra a situação do Distrito Federal, naquele período:

Foi solicitada pelo CONASS uma definição quanto à situação de qualificação do DF, que apesar de ter tido seu pleito aprovado, não havia recebido nenhum repasse de recursos financeiros. O MS informou que o repasse de recursos havia sido suspenso por determinação do Tribunal de Contas da União (TCU). Foi esclarecido pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal que a proibição de transferência feita pelo TCU se referia exclusivamente a repasses realizados ao Instituto Candango, cujo contrato de prestação de serviços relativos ao Programa havia sido rompido pela Secretaria em setembro de 2003. A CIT deliberou pela inclusão da SES/DF no PROESF pelo Ministério da Saúde, após consulta jurídica sobre a existência de algum impedimento para a transferência dos recursos.⁶²

A despeito de todas as dificuldades de participação do Distrito Federal no PROESF, os entrevistados concordaram que esse projeto teve papel importante para que a atenção básica à saúde, no Distrito Federal, ocupasse lugar na agenda dos gestores. Até agosto de 2005, o MS não havia realizado nenhum repasse de recursos do PROESF, para essa unidade federativa, em virtude da situação política e técnica do PSF, cujos esforços para participação no Projeto foram significativos:

O PROESF fomentou muitas mudanças. O PFS foi atrelado ao PROESF. Quando mudou a gestão do DAB, facilitou muito a relação entre o MS e a SES-DF. Daí, evoluímos muito. O PROESF fez com que tivéssemos um prazo apertado e gerou um movimento interno grande. Mobilizou-se muita gente aqui e obteve-se o apoio do MS. Os gestores passaram a olhar para o

⁶² dtr2002.saude.gov.br/proesf

PSF com outro olhar. Deu *status* ao PSF. Até o Secretário sabia o que se tinha que executar (Entr. 19).

O PROESF, portanto, influenciou em duas medidas o PSF no Distrito Federal: de um lado, induziu a adoção de medidas rápidas para restabelecer o Saúde da Família, depois da ruptura com o ICS, em 2003; por outro, contribuiu para a abertura de espaço na SES-DF, para a execução rápida dos processos administrativos atrelados ao Projeto, tais como licitações, contratações, reformas.

6.4.2 O cenário político do Governo do Distrito Federal, no período 2003 a 2006, e a influência na implantação do Programa Família Saudável

O cenário político do Distrito Federal, no período 2003 a 2006, foi marcado pelas tentativas de *impeachment* do governador Roriz; de descredenciamento da SES-DF da condição de Gestão Plena do Sistema de Saúde; pelo surto de hantavirose e uma Comissão Parlamentar de Inquérito na área de saúde, na Câmara Legislativa do Distrito Federal.

Logo no início do mandato do Governador Roriz (PMDB), o Ministério Público Federal enviou ao Superior Tribunal de Justiça (STJ) três pedidos de abertura de inquérito contra o governador, acusando-o de envolvimento em crimes de grilagem, formação de quadrilha, peculato e desobediência à Lei de Responsabilidade Fiscal. A denúncia de peculato referia-se à suspeita do uso de recursos públicos na campanha eleitoral. Argumentava-se, também, que o GDF havia extrapolado os gastos com a folha de pagamento, previstos na Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), ao formalizar contratos de gestão com o ICS. Esses contratos permitiam a terceirização de servidores para diversos órgãos do governo, assim como viabilizava deslocamentos de recursos previstos no Orçamento, como os 40 milhões de reais transferidos da área de Saúde, para as obras da terceira ponte do Lago Sul (CORREIO BRASILIENSE, 2003).

As denúncias consubstanciaram um processo de cassação do governador, que perdurou pelos anos de 2003 a 2005. Ao todo, foram 35 processos, dos quais 34 foram julgados pelo Tribunal Regional Eleitoral (TRE). O de número 35 foi julgado pelo Tribunal Superior Eleitoral (TSE), em fevereiro de 2005. Abuso de poder político e de poder econômico, uso indevido da máquina administrativa, do dinheiro público e de terras públicas, compunham os cerca de 34 itens de acusação do processo contra o governador do Distrito Federal. Todos os itens das denúncias, que pediam a cassação do mandato do governador e de

sua vice-governadora, Maria de Lourdes Abadia, foram desmontados pelo Ministro Carlos Veloso, relator do processo. O recurso ingressou no Tribunal, pela coligação Frente Brasília Esperança (PT/PCB/PC do B/PMN).

A despeito do desfecho, a maior influência do pedido de cassação sobre a gestão da saúde no Distrito Federal, deu-se pelo tempo em que o processo perdurou: do início, até aproximadamente, metade do mandato, a gestão da saúde esteve extremamente conturbada:

O governador foi julgado e foi absolvido. Mas tanto o MS quanto as forças políticas locais (Câmara Legislativa e Ministério Público) tomaram isto como bandeira e então tudo era motivo para se bloquear qualquer iniciativa, mesmo defensável e legal (Entr. 12).

O principal problema que ocupou 70% da agenda foi a disputa política pelo poder. Nessa briga, todas as entidades sérias estavam rachadas. As pessoas eram cooptadas e re-cooptadas. As pessoas faziam oposição a coisas muito elementares em detrimento das coisas essenciais para a população, mas se deixavam de lado os princípios e partia-se para a disputa. A disputa partidária foi marcante na nossa gestão que se arrastou até fevereiro de 2005 quando o Roriz foi absolvido no segundo processo. Ele foi absolvido no primeiro em 2004 e do segundo em fevereiro de 2005 (Entr. 13).

Paralelamente ao processo de cassação do Governador Roriz, o MS realizou sucessivas investidas para desabilitar a SES-DF da condição de Gestão Plena do Sistema de Saúde, conforme a NOAS/2002. Por sua vez, em exames mais detalhados, observou-se que as denúncias não estavam incluídas nos critérios de credenciamento da SES-DF, constantes dessa Norma, fato que favoreceu o Distrito Federal, mantendo-se o credenciamento:

Aos 52 dias da gestão Lula, nós enfrentamos um processo de descredenciamento da SES-DF na gestão plena baseado na auditoria do ano de 2002 do DENASUS. Foi criada uma força-tarefa para responder à auditoria. Ficamos de fevereiro a julho de 2003 enfrentando esse processo de descredenciamento (Entr. 13).

A relação conturbada com o MS está explicitada, também, no que se refere ao financiamento de projetos para a SES-DF. Conforme relatório de gestão do ano de 2003, a SES-DF apresentou ao MS, no decorrer do exercício, 20 (vinte) projetos para formalização de convênios, dos quais 06 (seis) foram provenientes de Emendas Parlamentares (EP) no montante de R\$ 13.350.000,00 (treze milhões, trezentos e cinquenta mil reais) e 14 (quatorze) de Programas Próprios do MS (PP/MS), no montante de R\$ 8.686.077,00 (oito milhões, seiscentos e oitenta e seis mil e setenta e sete reais), atingindo um valor global de R\$

22.036.077,00 (vinte e dois milhões, trinta e seis mil e setenta e sete reais). Com argumentos referentes ao contingenciamento orçamentário e financeiro do MS, pelo segundo ano consecutivo, não foi celebrado nenhum convênio com a SES/DF, deixando-se de repassar, como consequência, os recursos previstos no orçamento desse órgão federal (GDF, 2004a).

No ano de 2004, outro evento inusitado assolou a SES-DF: a epidemia de uma doença até então desconhecida no Distrito Federal, a Hantavirose. A gestão local mudou a sede para a cidade de São Sebastião, a mais atingida e com maior número de óbitos. Em função do enfrentamento da Hantavirose, havia a necessidade de ampliação dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com a participação dos hospitais privados, por meio de diferentes parcerias. Essas parcerias foram consideradas irregulares, porque foram feitas com dispensa de licitação e resultaram na instauração de uma Comissão Parlamentar de Inquérito, em 2005.

As investigações do Ministério Público do Distrito Federal (MPDF) indicavam que a Secretaria havia repassado 98% da verba do SUS, destinada à internação de pacientes em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) na rede privada para um único hospital; que havia irregularidades no funcionamento desse hospital; que havia favorecimento no repasse de recursos para esse estabelecimento, em relação aos demais prestadores de serviços; que havia envolvimento pessoal de funcionários daquele serviço e da SES-DF no favorecimento (TC-DF, 2007; GDF, 2005). As suspeitas de irregularidades e de favorecimento, no repasse de verbas públicas, fizeram com que o Secretário de Saúde pedisse seu próprio afastamento, no dia 7 de março de 2005, sendo substituído por José Geraldo Maciel, primeiro Secretário não médico da SES-DF.

A entrada do novo Secretário implicou a retomada imediata do diálogo com os órgãos de controle e comunidade política e a correção de rumos na política do Distrito Federal. Nas palavras de um dos entrevistados, sua primeira missão foi “tirar a saúde da mídia” (Entr. 14). Assim, imediatamente depois da posse do novo Secretário, começaram os procedimentos para a mudança na forma de implantar o PFS, especialmente, com relação às contratações dos profissionais, incluindo-se a prorrogação da parceria com a Fundação Zerbini, até que fosse possível a própria SES-DF realizar contratações diretas.

6.5 OS EVENTOS POSTERIORES A ESTE EPISÓDIO

Para evitar repetições, os eventos posteriores ao ano de 2006 (quando finda a quarta etapa legislativa do Distrito Federal) e este Episódio, serão apenas pontuados, visto que compõem os eventos prévios do próximo Episódio. Assim:

- No ano de 2006, ocorre o quinto pleito legislativo no Distrito Federal, elegendo-se Governador, o candidato Jose Roberto Arruda, que mantém o Secretário de Saúde nos dois primeiros anos de gestão.
- A SES-DF realiza as contratações dos profissionais de saúde para manter a implantação do Família Saudável e assim evita interrupções bruscas do Programa.
- Em 2007, realiza-se mudança no organograma da SES-DF, que unifica a coordenação da Atenção Primária à Saúde, com a criação da Diretoria de Atenção Primária e Estratégia de Saúde da Família (DIESF), diminuindo a fragmentação na coordenação da política. Além disso, abandona-se, gradativamente, o *slogan* Família Saudável e assume-se o nome oficial do MS, de Estratégia de Saúde da Família.
- Além da mudança no organograma, ressalta-se a mudança na diretriz da política. Adota-se como ideário a Portaria 648 do MS, de 2006, incluindo-se a meta de implantação dos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF).
- A própria SES-DF operacionaliza a forma de implantação da Estratégia de Saúde da Família, nela incluindo a provisão de profissionais de saúde (enfermeiros e médicos), que passam a ser convocados, de acordo com o resultado do concurso público, realizado no ano de 2005.
- A SES-DF passa a realizar concursos por especialidades médicas, que serão gratificadas, para estimular profissionais de saúde a atuarem nas equipes de ESF.
- A provisão de profissionais de saúde e a adoção irrestrita da diretriz do MS em relação à ESF talvez tenham sido as principais mudanças ocorridas.
- No que se refere aos profissionais de saúde, a SES-DF vem enfrentando nova configuração no problema: a recusa dos profissionais, especialmente dos médicos, em trabalhar nas ESFs. Essa situação está bem ilustrada no resultado da última convocatória de médicos: dos 90 médicos convocados, apenas 14 assumiram.
- O GDF firmou contrato de empréstimo com o Banco Mundial para investimentos em infra-estrutura e apresenta a ESF como contrapartida do GDF no contrato de empréstimo, e tem como meta, chegar a 50% de cobertura até 2010.

- No ano de 2008, segundo ano do novo Governador, ocorreram duas trocas sucessivas de Secretário de Saúde: Geraldo Maciel deixa o cargo e assume seu Secretário Adjunto, Rubens Iglesias, que nele se mantém por, aproximadamente, um mês e meio. A partir de então, assume a SES-DF, o Deputado Federal, Augusto de Carvalho, conhecido pela sua bandeira pela austeridade nos gastos públicos.

- O ano de 2009 finda com novo escândalo político, que atinge os poderes legislativo, executivo e judiciário do Distrito Federal, culminando com nova troca da equipe do governo, e saída do Governador.

6.6 ANÁLISE DO EPISÓDIO, A PARTIR DO MODELO TEÓRICO DE KINGDON

A interpretação do Episódio 4 requer uma rápida retrospectiva do início do segundo mandato do Governador Roriz. É importante lembrar que o novo governo teve início bastante fragilizado pela forte oposição dos partidos políticos derrotados na eleição; por denúncias apresentados pelo Ministério Público Federal, de envolvimento do Governador eleito em crimes de grilagem, formação de quadrilha, peculato (uso de recursos públicos na campanha eleitoral por meio do ICS), bem como pela desobediência à Lei de Responsabilidade Fiscal.

As irregularidades na relação com o ICS na contratação de pessoal, culminaram com o rompimento da parceria e de todos os contratos de trabalho das diferentes áreas, incluindo os dos profissionais de saúde que atuavam no PSF, no primeiro ano de governo, em 2003. Além disso, é importante destacar que o Presidente da República e o Governador do Distrito Federal, recém-eleitos, estavam vinculados a partidos opostos e com histórico de disputas políticas acirradas no Distrito Federal. Desse modo, restabelece-se uma polarização político-partidária que, associada à fragilidade do novo governo distrital, contribuiu para aumentar a vulnerabilidade local, especialmente por ser a saúde, um dos objetos das denúncias contra o GDF.

A ruptura com o ICS e a conseqüente desimplantação do PSF colocaram a SES-DF em uma situação delicada na relação com o MS. A implantação do PSF continuava entre as prioridades do Governo Federal e era um dos principais critérios para a manutenção do credenciamento da condição de gestão e dos repasses de recursos federais ao Distrito Federal, incluindo aqueles previstos no PROESF.

Assim, no **fluxo dos problemas**, que mantiveram a APS na agenda do GDF, o que ficou evidente foi a presença de uma crise na gestão do setor saúde, na política local e nas

relações intergovernamentais. Acrescenta-se que havia evidências de problemas de gestão da SES-DF, no acompanhamento da parceria com a Fundação Zerbini, na relação com o MS e na condução do processo de reorganização da APS. Assim, a saúde mobilizou a atenção do Ministério Público do Distrito Federal, do Tribunal de Contas e do Ministério Público do Trabalho. A má condução do PSF provocou, também, a interrupção dos repasses de recursos do MS ao Distrito Federal, ameaçou o credenciamento da SES-DF da condição de Gestão Plena do Sistema de Saúde e atrasou a entrada da SES-DF no PROESF.

A caracterização dos problemas desse período corrobora tanto o pensamento de Kingdon (2003), que aponta a crise política como um dos indicadores que contribuiu para a entrada de questões na agenda dos governos, quanto às observações de Mitchell (1998), que alguns problemas são construídos com o tempo.

Mitchell (1998), também observou, em seu estudo sobre privatização dos hospitais municipais de Nova York, que os eventos políticos nacionais e locais que propiciaram a privatização daqueles hospitais, estavam associados a problemas específicos, que incluíam déficit financeiro, baixa qualidade nos serviços prestados, malversação de recursos públicos, descuido no pagamento dos impostos, etc., e que haviam sido construídos ao longo do tempo.

Assim, pela análise dos problemas ocorridos, nesse período, no Distrito Federal percebe-se que houve uma conjunção de fatores políticos, administrativos e jurídicos que propiciaram uma reinterpretação e novos encaminhamentos de questões que se arrastavam desde a década anterior, especialmente a terceirização dos contratos e a malversação de recursos públicos. O fluxo dos problemas, portanto, caracterizou-se por crise na política, de governança e de governabilidade do GDF, com transbordamentos para o setor saúde.

No **fluxo das ideias**, verificou-se que não houve competição entre propostas alternativas. O Programa Família Saudável surgiu no âmbito da gestão da SES-DF, formulada pelos servidores públicos que compunham a equipe do Governo, e segue a tendência dos episódios anteriores. Não houve a participação de atores não governamentais na formulação da proposta, embora a implantação do Programa tenha contado com a parceria entre Governo e entidade do terceiro setor. Contudo, o que chamou a atenção neste Episódio, como nos anteriores, foi a baixa permeabilidade do Governo à participação dos demais atores e grupos como os movimentos sociais, a academia e as instâncias de controle social do SUS.

Essa observação pode ser ilustrada, ao se retomar o relatório da VI Conferência de Saúde do Distrito Federal, que apreciou a proposta do Família Saudável; discordou de sua forma de implantação, especialmente, no que se refere à parceria com a entidade do terceiro

setor e às contratações terceirizadas; recomendou entre outras, a cobertura de 100% da população, mas não produziu mudanças nas decisões já tomadas pelo Governo.

Em relação às ideias contidas no PFS, cuja origem remete aos programas já existentes e já implantados no Distrito Federal e em todo o país, não havia diferenças significativas entre o PFS e as propostas contidas no PSC (1995-1998) e PSF (1999-2002). O ideário do PSF estava todo estampado no PFS. As inovações referiam-se ao Saúde Prisional e à Saúde Mental, que passaram a ser ambientadas na APS. Contudo, o que chamou a atenção, no PSF, foi a insistência na parceria com o terceiro setor e na terceirização das contratações de profissionais de saúde, em um momento em que a *humor nacional* estava extremamente desfavorável para essa iniciativa.

O novo direcionamento que o MS estava imprimindo ao SUS incluía a reinterpretação da “flexibilização dos vínculos de trabalho”, por meio das parcerias entre o Estado e o Terceiro Setor, fortemente estimulado no governo Fernando Henrique Cardoso por meio do Programa Comunidade Solidária. A nova interpretação denominava essas estratégias como “precarização do trabalho”, que seriam evitadas e remodeladas por meio da Política Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS – o DesprecarizaSUS. A insistência do GDF em uma estratégia combatida pelo MS e por todos os órgãos de controle do Estado, contribuiu para o fortalecimento da oposição à implantação do PFS tanto no cenário local, como no nacional.

No fluxo político, verificou-se que não havia solo fértil para o PFS, devido a um conjunto de fatores. O contexto político-partidário era de confronto aberto para qualquer iniciativa do Governo local. Havia a fragilidade política do Governo e de toda a sua equipe, que atingia o setor saúde, especialmente, pela proximidade entre aquele e o Secretário de Saúde. Além disso, as relações políticas entre a SES-DF e o MS eram conturbadas, seja pelas denúncias sobre a gestão da saúde, seja pela polarização política entre os dois níveis de governo, dificultando o apoio técnico do MS a SES-DF.

Nesse sentido, os indicadores de Kingdon (2003), em relação ao fluxo político, ao humor nacional (*national mood*), às forças políticas organizadas e às mudanças no governo, estavam desfavoráveis e podem ser sintetizadas da seguinte forma:

1) Mudanças no governo: apesar de não ter ocorrido troca no governo local, houve no governo federal. Essa situação recuperou a polarização política desfavorável ao Distrito Federal, semelhante ao que houve no Episódio 2, no período de 1995 a 1998.

2) Forças políticas organizadas: as forças políticas locais estavam organizadas em oposição ao GDF, dada a fragilidade do Governador: ameaçado de cassação, durante mais da metade do mandato (2003 a 2006), por um lado, as negociações para garantir legitimidade

ocuparam completamente sua agenda política; as denúncias de irregularidades na gestão (35 processos), por outro lado, abalavam em muito a sua reputação, contribuindo para que o apoio dado ao Secretário de Saúde, repercutisse negativamente sobre a gestão da saúde.

3) Clima nacional: além do contexto político-partidário desfavorável, o humor nacional foi completamente modificado, em relação à estratégia de implantação com parcerias entre o setor público e o setor privado. O Desprecariza-SUS modificou, completamente, a posição dos movimentos sindicais, dos órgãos de regulação do trabalho e dos próprios gestores da saúde em relação aos vínculos trabalhistas. Embora sem consenso entre movimento sindical, gestores e órgãos reguladores do trabalho, o Desprecariza-SUS colocou no cenário, posições bem definidas que forneceram munição para que, no Distrito Federal, fosse inviabilizada a implantação do PFS pela parceria com a Fundação Zerbini.

Com relação aos **atores e grupos** que se evidenciaram neste Episódio, observou-se que houve uma mudança significativa, quando comparado com os Episódios anteriores. O movimento sindical dos profissionais de saúde, fortemente, atuantes na oposição às mudanças propostas pelo Plano de Assistência à Saúde (1979 a 1994) e pelo Programa Saúde em Casa (1995 a 1998) apresentou, desde o Programa Saúde da Família (1999 a 2002), certa desmobilização, culminando na ausência de participação desse segmento sindical no Programa Família Saudável (2003 a 2006). Não houve oposição à proposta, certamente, explicada pelo fato de ser o Secretário de Saúde desse período, oriundo daquele movimento. Tampouco, houve apoio manifesto, capaz de contribuir para a manutenção do Programa e, ou do Secretário.

O Governador, que nos episódios anteriores figurou com um importante papel, especialmente, nas mudanças propostas nos anos de 1979 a 1994 e de 1995 a 1998, exerceu um papel ambíguo, desde o Programa Saúde da Família (1999 a 2002). Naquele programa, sua decisão de interromper o PSC provocou efeitos negativos na política de saúde do Distrito Federal, corrigidos posteriormente, graças à habilidade do então Secretário de Saúde. Na implantação do PFS, entretanto, o apoio político declarado ao Secretário de Saúde foi considerado um dos elementos que fragilizou a gestão da política no Distrito Federal, visto que a saúde foi objeto de denúncias e de barganhas políticas entre o GDF e a Câmara Legislativa.

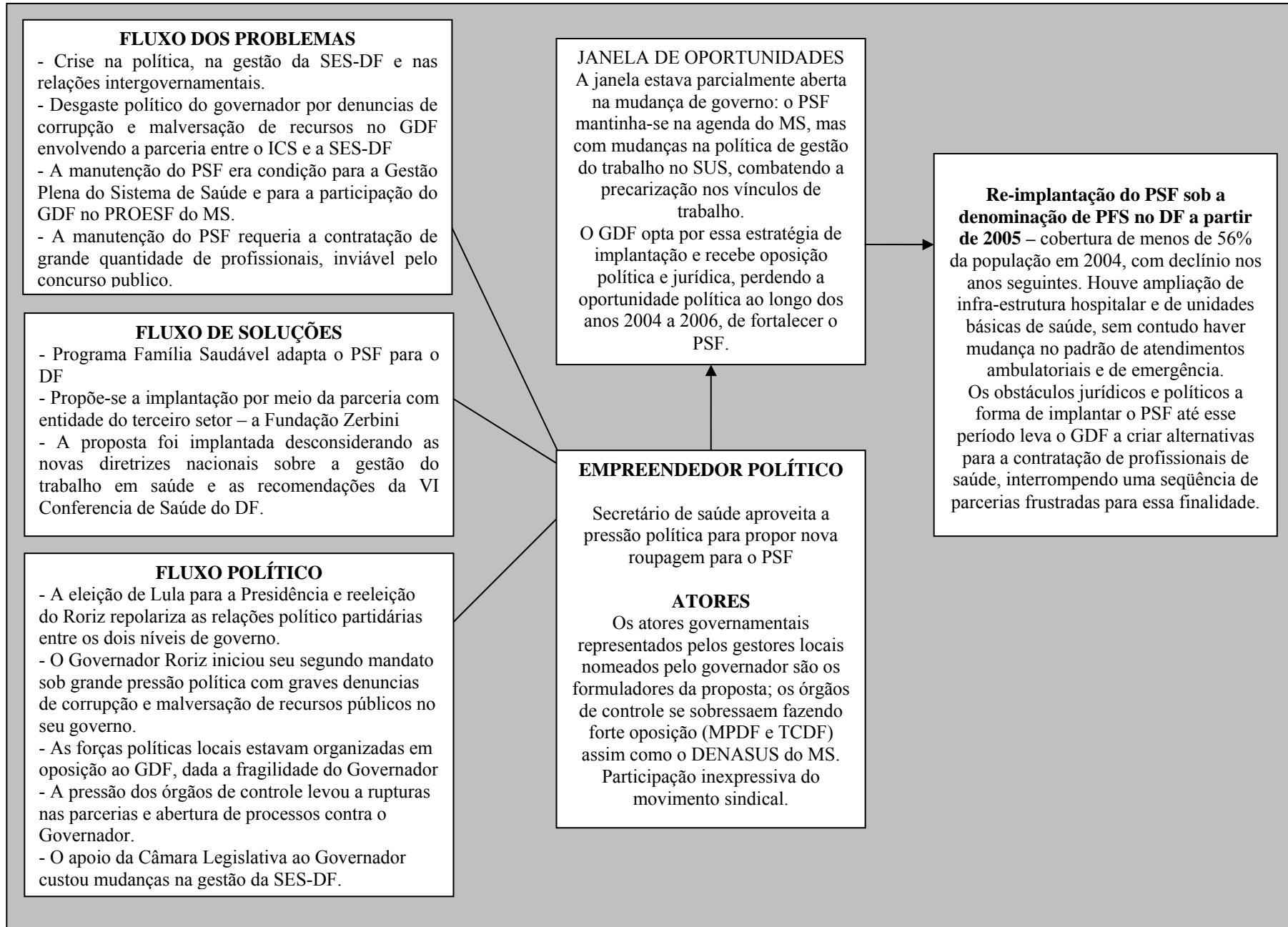
Assim, os novos atores mais influentes, nesse período, foram o Ministério Público e o Tribunal de Contas da União e do Distrito Federal, que passaram a figurar e a influenciar as decisões no setor saúde, pela capacidade de vocalizar e obstruir pautas e processos, seja por meio de recursos jurídicos e administrativos, seja por recursos políticos.

Assim, é possível afirmar que a **janela de oportunidade** para a entrada da APS na agenda do governo local, nesse período, manteve-se parcialmente aberta em função de características próprias de cada um dos fluxos e pela ausência de lideranças locais. A má condução da política de atenção primária e o envolvimento da saúde nas denúncias de corrupção, associados à crise política local e intergovernamental, e a estratégias de implantação não coerentes com as diretrizes políticas nacionais, produziram um cenário em que a APS manteve-se na agenda como um nó crítico do GDF, sem produzir o alcance dos objetivos propostos.

Embora a APS estivesse na agenda dos dois níveis de governo, e o Plano formulado pelos atores locais fosse bem fundamentado e coerente com as diretrizes nacionais, em termos de modelagem técnica, a forma de implantar escolhida pelo GDF não teve respaldo político e jurídico no Governo Federal e entre os órgãos de controle do Estado. Assim, o esforço dos atores locais, na implantação da política, foi esvaziado por não haver bom relacionamento com os atores do nível nacional (PETCHEY *et al.*, 2008) e pela ausência de articulação política intergovernamental (EXWORTHY *et al.*, 2003), dada a forte oposição política entre os níveis de governo.

Observou-se, também, neste Episódio, a dificuldade entre os atores locais para conduzir a gestão da saúde, em um período de instabilidade política. Esses atores não conseguiram distanciar-se do contexto político-partidário, o que corrobora os achados de Petchey *et al.* (2008), para quem o sucesso da implantação de políticas descentralizadas depende, mais dos empreendedores locais, do que dos atores nacionais. Assim, os atores de maior protagonismo foram aqueles que se opunham à forma de implantação da proposta e possuíam recursos jurídicos e administrativos para fazer oposição ao Governo.

FIGURA 12 - Os múltiplos fluxos do Episódio 4 - 2003 a 2006



CAPITULO 7

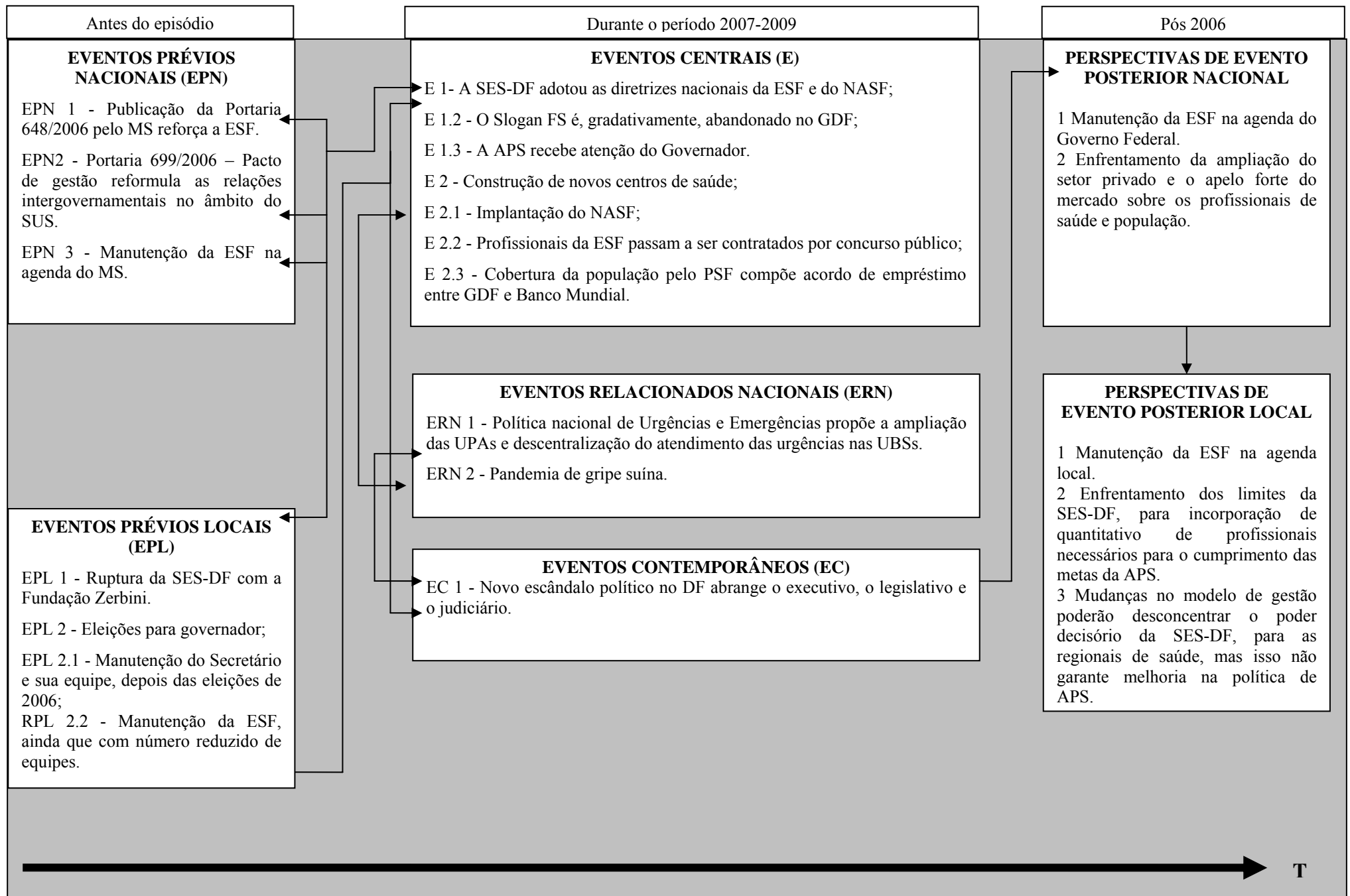
EPISÓDIO 5 – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

PERÍODO: 2007-2009

Este capítulo corresponde ao Episódio 5, e está organizado em cinco etapas: na **primeira** apresenta-se o contexto do setor saúde e os principais eventos que antecedem o Episódio sob estudo de âmbito nacional e local (Eventos Prévios Nacionais e Locais); na **segunda** (Evento Central) discute-se o desenho e as diretrizes do plano de reformulação da Estratégia de Saúde da Família, no Distrito Federal, proposta para o período de 2007 a 2009, apresentando-se as mudanças produzidas no sistema local de saúde, desde o ano de 1993 até o momento, relativas aos indicadores gerais de oferta de serviços, de utilização de consultas ambulatoriais e de emergências e cobertura populacional pelos serviços de atenção primária à saúde, em suas diversas modalidades. Essas informações foram selecionadas a partir da análise dos documentos disponíveis na SES-DF e MS, de forma a possibilitar o seu acompanhamento no tempo. Ainda, na segunda sessão, apresentam-se os atores e os grupos atuantes no Evento Central.

Na **terceira**, etapa discute-se a influência dos eventos relacionados ao evento central, de âmbito nacional e local, que influenciaram o processo de formulação e de implantação das ações (Eventos Relacionados e Contemporâneos Nacionais e Locais). Na **quarta** etapa do Episódio, apresentam-se brevemente os eventos posteriores (Eventos Posteriores) e a **quinta etapa** contém a análise, a partir do modelo teórico de Kingdon (2003), aplicando-se as variáveis problemas, propostas, política, atores e janelas de oportunidades.

A narrativa deste Episódio pode ser visualizada no mapa conceitual desenhado na Figura 13, elaborado a partir das entrevistas e da análise documental, que subsidiaram a identificação dos fenômenos relevantes para a narrativa. Por sua vez, a análise do Episódio, com a aplicação do modelo dos múltiplos fluxos, está desenhada na Figura 14. Busca-se responder à indagação “que fatores ligados ao fluxo de problemas, de propostas e do contexto político explicam o processo de formação da política de atenção primária à saúde no Distrito Federal em cada Episódio”? Procurou-se, também, demonstrar os atores mais atuantes, os empreendedores – quando existiram – e a abertura da janela de oportunidade política, que possibilitou a entrada da APS na agenda do Governo.



7.1 EVENTOS NACIONAIS E LOCAIS QUE ANTECEDEM O PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL: PERÍODO DE 2005 A 2006

7.1.1 A reeleição de Lula, a reconfiguração do Ministério da Saúde e as estratégias de fortalecimento do Sistema Único de Saúde

O ano de 2006 foi marcado pelas campanhas para reeleição de Lula, para Presidente da República, e pelas eleições e reeleições de governadores e demais representantes legislativos dos Estados. O Presidente Lula, ao disputar a reeleição, em 2006, pouco valorizou as conquistas do seu próprio governo na área da saúde. O CEBES chegou a publicar que “a saúde ainda não é prioridade para os partidos políticos. Esta é uma eleição sem política e não há nos programas de saúde nenhum caráter político inovador que diferencie uns dos outros” (PAIM, 2007).

Nos anos de 2005 e 2006, ocorreram mudanças substanciais no primeiro escalão do MS, iniciando-se com a saída do Ministro Humberto Costa, do PT, que ocupou a pasta entre janeiro de 2003 e julho de 2005, e parte do secretariado, o que favoreceu as relações com o GDF. Os Ministros seguintes foram José Saraiva Felipe (julho de 2005 a março de 2006), deputado Federal, pelo PMDB de Minas Gerais, sucedido por Agenor Álvares (março de 2006 a março de 2007), funcionário público do MS (BRASIL, 2009a).

O Presidente Lula manteve a gestão em coalizão com o PMDB, e o MS passou a ser comandado pelo Dr. José Gomes Temporão, reconhecido ator do movimento da Reforma Sanitária e defensor do SUS. Temporão foi Secretário de Atenção à Saúde, durante a gestão dos Ministros Saraiva Felipe e Agenor Álvares. As agendas políticas dessas gestões incluíram a continuidade na ampliação da ESF, a implantação da reforma Psiquiátrica, a instituição do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), a política de Saúde Bucal e a elaboração e aprovação do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006c; PAIM, 2007).

No setor saúde como um todo, foi marcante o retorno, à arena de defesa do SUS, das entidades CEBES e ABRASCO, que histórica e classicamente sempre estiveram envolvidas com a reforma sanitária brasileira. Por outro lado, as representações dos gestores, por meio do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) consolidaram nova proposição, em relação à gestão e aos compromissos de defesa do sistema de saúde brasileiro. As bandeiras que

mobilizavam tanto gestores, como entidades acadêmicas tinham em comum o sentimento de frustração e de angústia perante a manutenção do subfinanciamento da saúde e a impossibilidade da retomada efetiva da construção do SUS. Os colegiados de gestores mobilizaram-se em direção a uma revisão do pacto federativo do SUS com reformulação das relações entre as esferas de governo, até então baseadas substancialmente nas Normas Operacionais. Esses movimentos afloraram em uma primeira reunião informal entre dirigentes do MS, CONASS e CONASEMS em agosto de 2004, prosseguiram contatos pontuais, retornaram ao Simpósio Nacional de Política de Saúde, em junho de 2005, avançaram no segundo semestre desse mesmo ano e geraram, em fevereiro de 2006, a matriz básica do ‘Pacto pela Vida, em defesa do SUS e de gestão’ (SANTOS, 2009).

O arcabouço do “pacto” como se tornou conhecido, foi composto por três dimensões: a dimensão pela Vida pressupõe o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades sobre a situação de saúde da população brasileira⁶³. Na dimensão “em defesa do SUS”, o compromisso é com a consolidação da Reforma Sanitária, explicitada na defesa dos princípios do SUS estabelecidos na Constituição Federal. Por fim, na dimensão “gestão”, o documento estabelece diretrizes para a descentralização, a regionalização, o financiamento, o planejamento e programação, a regulação, a participação e controle social e para a gestão do trabalho e educação na saúde (BRASIL, 2006c; FADEL *et al*, 2009).

Por sua vez, as entidades acadêmicas realizaram sucessivos debates e formulações de documentos com o objetivo de influir nos planos de governo dos candidatos à presidência, para que incluíssem os desafios do SUS em suas agendas. Destacou-se, nesse período, o documento formulado pelo Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, assinado pela ABRASCO, CEBES, Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES), a Rede UNIDA⁶⁴ e a Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde (AMPASA), denominado “O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade”. Nele, são listados nove grandes postulados para os candidatos aos cargos governamentais:

1) Romper o insulamento do setor saúde, envolvendo outras áreas comprometidas com as necessidades sociais e os direitos de cidadania (Previdência Social, Assistência Social,

⁶³ Definidas como as áreas de saúde do idoso, controle do câncer do colo do útero e da mama, redução da mortalidade infantil e materna, fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza, promoção da Saúde e fortalecimento da Atenção Básica (BRASIL, 2006c).

⁶⁴ A Rede UNIDA é um movimento social que reúne projetos, instituições e pessoas interessadas na mudança da formação dos profissionais de saúde e na consolidação de um sistema de saúde equitativo e eficaz com forte participação social. Tem como principal ideia-força a proposta de parceria entre universidades, serviços de saúde e organizações comunitárias (REDE UNIDA, s.d.).

Educação, Segurança Alimentar, Habitação, Urbanização, Saneamento e Meio Ambiente, Segurança Pública, Emprego e Renda);

- 2) Estabelecer responsabilidades sanitárias e direitos dos cidadãos usuários;
- 3) Intensificar a participação e o controle social, revitalizando os Conselhos e as Conferências e propondo a criação de instâncias de coordenação e cooperação entre gestores do SUS, Ministério Público e Poder Legislativo;
- 4) Aumentar a cobertura, a resolutividade e mudar, radicalmente, o modelo de atenção à saúde, fortalecendo a APS, por meio da ESF, equipando e expandindo serviços, incluindo incentivo ao desenvolvimento científico e tecnológico de produção de fármacos e de equipamentos;
- 5) Formar e valorizar os trabalhadores da saúde, propondo-se medidas para enfrentar o desafio de superar as barreiras legais, que dificultam a combinação das imprescindíveis agilidade e eficiência da gestão, com a vinculação regular dos trabalhadores ao SUS, de modo a evitar não apenas a burocratização, mas também a precarização, privatização e terceirização das relações de trabalho do SUS;
- 6) Aprofundar o modelo de gestão, reforçando o Pacto de Gestão, pela Vida e em Defesa do SUS;
- 7) Aumentar a transparência e o controle dos gastos;
- 8) Ampliar a capacidade de regulação do Estado;
- 9) Superar a insegurança e o subfinanciamento da área social. Propôs-se a criação de mecanismos substitutivos para a eliminação da DRU⁶⁵ e denunciou-se a falta de regulamentação da Emenda Constitucional nº 29.

No que se refere aos aspectos diretivos da política nacional de saúde e sua influência no Distrito Federal, ressalta-se a reformulação das diretrizes da ESF, por meio da Portaria GM 648 de 2006 (BRASIL, 2006), que ratificou a visão clássica da APS enquanto primeiro nível de atenção, estratégia e filosofia para organizar os serviços de saúde (STARFIELD, 2002).

⁶⁵ A desvinculação de receitas da União (DRU) foi adotada, em 1994, quando da implementação do Plano Real. Até então, a alta taxa de inflação permitia que o setor público apresentasse resultados operacionais positivos com relativa facilidade. Isso era possível porque o valor real das despesas sofria o efeito da erosão inflacionária e, assim, o governo podia controlar seus gastos, adiando reajustes ou postergando o efetivo pagamento. Cessados os efeitos da inflação, a desvinculação possibilitou a melhoria das contas públicas, enquanto não se implantassem as reformas constitucionais pretendidas. Nesse contexto, em 1994, foi criado o Fundo Social de Emergência (FSE) como medida necessária à estabilização da economia. Desde então, esse instrumento foi prorrogado, com algumas alterações, até 31 de dezembro de 2011, pela Emenda Constitucional (EC) nº 56, de 20 de dezembro de 2007, com o nome de Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) e, atualmente, Desvinculação de Receitas da União (DRU). Essa desvinculação tem como principal efeito, transferir recursos de contribuições sociais do orçamento da seguridade social para o orçamento fiscal da União. Com isso, aumentam-se as receitas primárias, que são essenciais para o alcance das metas do superávit primário, reduzindo-se os gastos com as áreas sociais, especialmente, com a previdência, a saúde e a educação (DIAS, 2008).

Essa portaria é descrita como “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2006). Acrescente-se, ainda, o caráter democrático, participativo e integrado das ações, bem como os princípios que vêm norteando a organização dos serviços pela ESF, como o trabalho em equipe, a territorialização, a co-responsabilidade sanitária, o foco nas necessidades da população e a Unidade Básica de Saúde (UBS) como contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde.

A diretriz da política nacional de atenção básica à saúde adotou, também, algumas prioridades e pautou-se pela gestão por resultados⁶⁶; abrangeu ações relativas à assistência, ao monitoramento e à avaliação, à gestão, às parcerias, à gestão do trabalho e da educação permanente, além da co-responsabilização das esferas de governo na geração de dados consistentes e na aplicação dos recursos do PAB fixo e variável. Além disso, propôs novos parâmetros para a implantação das UBSs.

Assim, em grandes centros urbanos, recomendou como parâmetro uma UBS sem Saúde da Família para até 30 mil habitantes, localizada dentro do território, pelo qual tem responsabilidade sanitária. Para UBS com Saúde da Família, em grandes centros urbanos, recomendou como parâmetro uma UBS para até 12 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária.

Observa-se que a referida portaria incluiu outros modelos de Atenção Básica que não a ESF (BRASIL, 2006).

7.1.2 As eleições de 2006 no Distrito Federal e a manutenção do Secretário de Saúde e sua equipe na Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal

No ano de 2006, findou a quarta etapa legislativa do Distrito Federal⁶⁷. Concluindo seu segundo mandato consecutivo, Joaquim Roriz não podia concorrer à reeleição e seu grupo não conseguiu chegar a um nome de consenso para o cargo. Em função dos anos de

⁶⁶ Entre as prioridades assistenciais estão a eliminação da hanseníase e da desnutrição infantil, o controle da tuberculose, da hipertensão arterial, do *diabetes mellitus*, o acompanhamento da saúde da criança, da mulher, do idoso, bucal e a promoção da saúde e, também, prevê outras prioridades regionais, que devem ser pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite (BRASIL, 2006).

⁶⁷ A quinta etapa legislativa do Distrito Federal refere-se ao período 2007-2010. Entretanto, neste estudo, será limitado ao ano de 2009. O primeiro período legislativo correspondeu aos anos 1991-1994, e teve como Governador o Sr. Joaquim Roriz; a segunda legislatura correspondeu aos anos 1995-1998, tendo como Governador o Prof. Cristóvam Buarque; a terceira legislatura refere-se aos anos 1999-2002 com o Governador Roriz; a quarta legislatura correspondeu aos anos de 2003-2006 com Joaquim Roriz e Maria Abadia. Para a quinta legislatura (2007-2010), foi eleito José Arruda para Governador.

hegemonia na política local, havia um excesso de postulantes aos cargos majoritários, o que gerou cisões na base de apoio. O PSDB lançou o nome da vice-governadora Maria de Lourdes Abadia, com apoio do PMDB, do Partido Trabalhista Brasileiro (PTB) e de algumas microlegendas.

O candidato do PFL, escolhido depois de desgastante disputa interna, foi o deputado federal José Roberto Arruda, apoiado pelo Partido Progressista (PP), Partido Popular Socialista (PPS), Partido Liberal (PL), Partido de Reedificação da Ordem Nacional (PRONA), Partido da Mobilização Nacional (PMN), Partido Social Cristão (PSC) e Partido Trabalhista Nacional (PTN) (MIGUEL, 2006).

O candidato José Roberto Arruda foi eleito no primeiro turno, com 663 mil votos, isso é, obteve 50,3% do total de votos válidos. O Ex-Secretário de Obras da segunda gestão de Roriz (a partir de 1991) elegera-se senador, em 1994 e, após envolvimento no caso da violação do painel do Senado Federal, quando da cassação de Luiz Estevão, renunciou ao mandato, em 2000. Sem efeito negativo sobre a carreira política, em 2002 elegeu-se Deputado Federal com votação recorde – obteve cerca de um em cada quatro votos válidos para a Câmara dos Deputados no Distrito Federal – credenciando-se para disputar o governo em 2006 (MIGUEL, 2006).

A candidata Maria de Lourdes Abadia ficou em segundo lugar, com 315 mil votos, seguida por Arlete Sampaio, com 275 mil. O fraco desempenho do PT, que reduziu sua votação para o governo e suas bancadas federal e distrital, é explicável, em grande medida, pelo desgaste do partido junto à sua base tradicional no funcionalismo público, o que levou ao afrouxamento de seus elos com os sindicatos, bem como pela sensibilidade de parte do eleitorado local, bastante politizado e pela crise ética que afetava os petistas (MIGUEL, 2006).

O Governador Jose Roberto Arruda, após sua posse, manteve o então Secretário de Saúde, o Sr. Geraldo Maciel, nos dois primeiros anos do governo. A manutenção do Secretário possibilitou a continuidade do processo de retomada da política de APS no Distrito Federal, especialmente, com relação à regularização dos vínculos dos profissionais de saúde.

Ressalte-se que um dos pontos relevantes da campanha eleitoral, referentes à saúde, é que Arruda, ao lançar seu plano de governo, prometeu reduzir a demanda de pacientes em hospitais regionais, garantindo o funcionamento 24 horas de postos de saúde, assim como implantar hospitais no Gama e em Recanto das Emas (Entr. 19). Essas promessas de campanha influenciariam ações posteriores dos gestores locais da saúde, quando das decisões sobre novas Unidades Básicas de Saúde.

Quanto à APS, o início do novo governo foi marcado pela continuidade dos procedimentos de regularização dos vínculos dos profissionais de saúde da ESF, ante a ruptura definitiva com a fundação Zerbini. Gradativamente, abandonou-se o *slogan* Família Saudável e assumiu-se o nome oficial do MS, de Estratégia de Saúde da Família. Assim, a coordenação da política passa a ser realizada pela Diretoria de Atenção Primária e Estratégia de Saúde da Família (DIESF), também responsável por todas as ações relacionadas à APS, incluindo núcleos e coordenações. Essa mudança foi reiterada pelos entrevistados como bastante favorável, na medida em que a fragmentação de comando foi sinalizada como um dos problemas no episódio anterior.

7.1.3 O Plano de Reorganização da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal: Estratégia de Apoio à Consolidação de Redes de Atenção à Saúde – 2007-2009⁶⁸

A política de APS constituiu um ponto de tensão no início do governo, especialmente, no ano de 2007. Ainda sob os resquícios dos eventos dos anos 2003 a 2006, havia pressões de toda a ordem, especialmente, vindas da Câmara Legislativa, por meio dos Deputados Distritais, para que se desenvolvessem ações nesse nível de assistência. Entretanto, chamou a atenção, dar-se demanda por Unidades de Pronto Atendimento 24 horas, em alusão às promessas de campanha do Governador, conforme depoimento do Entrevistado 19:

[...] vários documentos de deputados, todos pediam unidades 24 horas. Nós respondíamos a todos na mesma língua, aos poucos foram nos ouvindo. Alguma informação chegou lá. A população também entendia que o 24 horas resolveria os problemas. Houve demora no concurso, na construção das unidades, enfim [...] o tempo passou [...].

O cenário enfrentado pela nova Diretoria, para a retomada da atenção primária, incluía, além da fragmentação de comando e da baixa cobertura por UBS, o descrédito da população em relação às UBSs, e à desmobilização dos profissionais. Esse cenário foi descrito pelos entrevistados, da seguinte maneira:

Havia muitos comandos. Coordenação da saúde primária, saúde prisional, DIESF, GESCON [...] muita gente mandando e ninguém focando de forma organizada para resolver problemas. O segundo ponto, a não resolutividade dos CSs, que caíram em descrédito perante a população. O paciente ao invés de procurar a atenção primária começou a ir para os hospitais. Ela não

⁶⁸ O Plano de reorganização da APS no Distrito Federal apresenta propostas a serem implantadas até 2014. Nesta tese, foi delimitada a análise dos seus efeitos, até o ano de 2009.

creceu na medida em que deveria ter crescido de acordo com a população. Muitas cidades foram sendo criadas e a APS não acompanhou este ritmo. Nos lugares onde ela estava bem dimensionada e a população não explodiu, ela conseguiu fazer um trabalho interessante. Outro problema: o CS tem uma determinada filosofia que é diferente do PSF. Mas o pior de todos foi uma luta por siglas: Saúde em Casa, Saúde da Família, depois Família Saudável. Ou seja, mais preocupação com definir slogans e não políticas (Entr. 15).

[...] era um PSF com 75 equipes, das quais só 30 estavam completas. Todas estavam esparramadas pelas regionais do DF. Uma APS que não existia, profissionais desestimulados e desvalorizados, sem acreditar em nada, mais casas alugadas bem precárias. Não havia diretriz. Muitos projetos escritos, muita análise e nada colocado em prática (Entr. 17).

As estratégias iniciais foram a “implantação de serviços de acolhimento nas unidades de saúde e a reaproximação com o MS, por meio da adoção das diretrizes da Portaria 648/2006” (Entr. 18). É importante ressaltar, também, que nesse período, optou-se pelo enfrentamento inicial dos “problemas cotidianos relativos à gestão da política, nos seus aspectos substantivos, adiando-se a reformulação dos planos” (Entr. 17).

7.1.4 O Plano de Reorganização da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal: desenho da proposta, objetivos, diretrizes gerais

O desenho do Plano de Reorganização da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, atualmente em vigor, partiu da constatação que a rede física existente⁶⁹ precisava ser ampliada; do reconhecimento da existência de “aproximadamente cinco mil profissionais, atendendo as demandas da doença, na maioria das vezes com atividades centradas nos ‘programas’ resultando em alta fragmentação da rede assistencial” (GDF, 2009a); da retomada de alguns indicadores de saúde que definem prioridades assistenciais⁷⁰, bem como a baixa cobertura da ESF, já que, em 2009, apenas 7% da população do Distrito Federal estavam cobertos por equipes de PSF e 19%, acompanhados pelos ACSs. O desenho o plano reiterou outros problemas na política de APS no Distrito Federal, tais como a insuficiência de insumos, infraestrutura e equipamentos necessários à resolubilidade das equipes do PSF; a

⁶⁹ A rede física contava, em 2009, com 61 centros de saúde (cinco aguardam inauguração); 77 equipes de saúde da família (46 completas); 49 Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS); 20 equipes de saúde bucal; 10 equipes de Saúde Prisional (duas completas); 10 equipes de atenção domiciliar (cinco incompletas) 12 CAPS (GDF, 2009).

⁷⁰ Dentre os indicadores salientados, estão a taxa de mortalidade materna, que oscila entre 45 e 60/100.000 nascidos vivos, o crescente aumento das doenças crônico-degenerativas e as doenças cardiovasculares, que ocupam a primeira causa de morte (28,6%), seguido pelo câncer (18,5%) e pelas mortes por causas externas (16,5%); incluem, também, o aumento das doenças crônico-degenerativas e da mortalidade infantil por complicações de eventos evitáveis, tais como diarreias e sífilis congênita; o aumento dos casos de doenças do aparelho respiratório, de adultos internados por complicações de AVC, de fraturas por quedas, bem como a crescente incidência de *diabetes mellitus*, as quais merecem atenção especial nas ações de prevenção e promoção à saúde na Atenção Primária (GDF, 2009).

falta de incorporação de instrumentos de gestão e de planejamento, com expressiva morosidade para decisão e execução de processos; o isolamento da rede básica em relação aos demais serviços da rede e a falta de integração dos profissionais nos vários níveis de atenção (secundária/terciária) (GDF, 2009a). Tais situações confirmam os efeitos da descontinuidade no processo de implantação da ESF e explicam a baixa expectativa, por parte da população, dos profissionais e lideranças loco-regionais, relativos à sustentabilidade e à consolidação da APS no Distrito Federal.

Assim, o novo Plano tem como objetivo contribuir com a reorganização da APS no Distrito Federal, a partir da expansão e da qualificação da ESF, até 2014. Visa-se, dessa forma, à elevação da resolubilidade das equipes, com incorporação de recursos humanos qualificados e de tecnologia adequada, no campo da infraestrutura e da gestão dos serviços, e com incorporação de instrumentos e metodologias, em rede integrada de atenção à saúde, que permitam o acompanhamento e a avaliação permanentes da melhoria da situação de saúde das famílias, especialmente a dos grupos mais vulneráveis a riscos de contrair doenças e de sofrer danos à saúde (GDF, 2009a).

O novo Plano propôs eixos para o fortalecimento da APS, incluindo a reestruturação da infraestrutura física, de equipamentos, de insumos e de recursos humanos (Eixo I); a organização do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família (Eixo II); o monitoramento e avaliação das ações de saúde desenvolvidas nos serviços de APS (Eixo III) e o desenvolvimento de estudos e pesquisas sobre a APS (Eixo IV).

Em relação à cobertura populacional pela ESF, o Plano apresentou metas de curto, médio e longo prazos. Entre as metas de curto prazo, estava a cobertura de 27,5% da população do Distrito Federal, com 195 ESFs implantadas, até dezembro de 2009, e de 50% até o final de 2010, com 365 ESFs. As metas de médio prazo prevêm a cobertura de 60% da população, com implantação de 438 ESFs, até 2012. Por fim, as metas de longo prazo incluem a cobertura de 73% da população, que corresponderá a 100% da população SUS dependente, com implantação de 532 ESFs, até 2014 (GDF, 2009a: 18).

Em relação aos planos anteriores, destaca-se a clara e explícita intenção de se adequar às Diretrizes do MS tanto no que se refere à APS, quanto às diretrizes políticas para a gestão do trabalho e para a educação permanente (BRASIL, 2007). Do ponto de vista da formulação, é, também, relevante destacar uma preocupação e um detalhamento com os serviços atualmente existentes na SES-DF. Por fim, reitera a necessidade de investimentos maciços nos serviços, atualmente, existentes e a ampliação de novas UBS e associa a ESF a outra

política do MS: a indução à construção das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e à implantação dos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF).

7.1.5 O processo de implantação da Estratégia Saúde da Família, dos anos 2007 a 2009

Diferentemente dos episódios anteriores, não houve proposta de parcerias externas para a gestão do Programa. Os profissionais de saúde, especialmente enfermeiros e médicos, passaram a ser convocados entre os aprovados nos concursos públicos. Além disso, segue-se estimulando os servidores públicos antigos da SES-DF, a desenvolverem o processo de trabalho na lógica da ESF, contribuindo para que as unidades básicas tradicionais adotem os princípios da APS.

Com essa estratégia, ao tempo em que se resolveu a terceirização das contratações, tão combatidas pelos órgãos de regulação do trabalho e pelo movimento sindical, verificou-se que muitos profissionais passaram a não tomar posse, após aprovação no concurso público, quando direcionados para as equipes de ESF. Quase quatro mil profissionais de saúde foram aprovados em concursos nos últimos três anos (2007 a 2009), contudo, 1.360 não assumiram e outros 500 pediram exoneração, deixando um déficit de quase 2 mil profissionais. Além disso, 800 servidores da área aposentaram-se nos dois últimos anos. O impacto deste cenário é explicado pelo Ex-Secretário da Saúde, Sr. Augusto Carvalho, à *Revista Brasília Médica* (AMBr) e pelo Entrevistado 18:

Queremos fortalecer o atendimento à população, mas nos deparamos com um quadro de pessoal muito menor que a demanda. O Programa Saúde da Família é um exemplo disso, nomeamos 80 profissionais e assim que assumiram os cargos, 63 pediram exoneração (AMBr, 2009: 18).

É muito difícil segurar os profissionais na APS. Ainda perdura a ideia de uma coisa menor. E não se submetem facilmente. Chamamos um contingente de clínicos, de pediatras, de médicos de saúde da família que são difíceis de ter no mercado, os quais são adaptados por meio de capacitação. Em um primeiro momento eles são distribuídos, mas eles não ficam. Logo pedem remoção (Entr. 18).

Credita-se a resistência dos médicos em trabalhar nas ESFs, e nas demais unidades de saúde da periferia, aos baixos salários, condições precárias de trabalho e grande desgaste (AMBr., 2009). Contudo, talvez o fenômeno seja mais explicado pelo avanço do subsistema privado de saúde, constitucionalmente designado como complementar, que vem crescendo e legitimando-se socialmente (FEUERWERKER, 2005).

De acordo com Santos (2004: 14),

O subsistema privado reforça na sociedade e junto aos profissionais de saúde valores que o SUS procura desconstruir. O direito à saúde é traduzido como direito a consumir serviços médicos, procedimentos e medicamentos, já que existe uma supervalorização da especialização, dos procedimentos e da incorporação de tecnologia a qualquer preço.

A oferta de serviços diferenciados de acordo com o poder de compra da pessoa ou do segmento populacional é considerada “normal”. Persiste a supervalorização do trabalho do médico, em detrimento do trabalho dos demais profissionais de saúde, e também a centralidade do hospital como instância articuladora do sistema, por ser este o serviço que concentra equipamentos e tecnologia dura.

O crescimento do mercado privado de saúde no Brasil (OCKE-REIS, 2006) pode ser um dos fatores explicativos para essa recusa em aderir à ESF, visto que o Distrito Federal é uma das capitais onde esse setor mais cresce. Contudo, há que se considerar também a dificuldade de os profissionais de saúde, especialmente os médicos, em lidar com a complexidade dos problemas de saúde mais frequentes, tanto em seus aspectos estritamente clínicos, como em sua relação com as questões sociais como as condições de vida e a violência, por exemplo, (FEUERWERKER, 2005).

Sobre a questão do provimento de profissionais de saúde à APS, é importante ressaltar que o abandono da estratégia de contratação por meio de parcerias com o terceiro setor, ou por mecanismos flexíveis de contratação, está longe de resolver a questão, uma vez que não é um problema exclusivo da APS. A contratação de profissionais de saúde para toda a rede de serviços, exclusivamente, por concurso público desvelará o limite imposto pela Lei de Responsabilidade Fiscal, agravada pelo fato de o Distrito Federal ter a maioria do seu funcionalismo público (educação, segurança e saúde) pagos pelo Governo Federal. Esse é um problema a ser enfrentado nos próximos anos e o GDF o reconhece em seu Plano de Saúde, para o período 2008-2010:

[...] esse é hoje o maior problema enfrentado pela SES e de difícil solução a curto, médio e longo prazos. Até o ano de 1990, as contratações eram feitas pelo regime da Consolidação das Leis Trabalhistas, pela extinta Fundação Hospitalar do Distrito Federal, o que permitia uma dinâmica mais ágil e um ônus menor para o orçamento do DF. Com a mudança determinada pela Constituição, o nível salarial definido nos Planos de Carreiras e a necessidade de expansão da rede de serviços, em virtude do aumento populacional do DF, o percentual de gastos com a folha de pagamento, em relação à receita corrente líquida do estado, é crescente e muito próxima dos limites determinados pela Lei de Responsabilidade Fiscal. Em 2008, essa despesa alcançava 42,42%, sendo o limite prudencial estabelecido em 46,55% (parágrafo único do art. 22 da LRF). Tal situação se mostra ainda

mais crítica no contexto atual, em que é prevista uma redução da receita. Torna-se, assim, cada vez mais imperativo considerar **alternativas** que possibilitem obediência ao texto da Constituição, no que se refere ao provimento irrestrito de serviços de saúde a toda a população (GDF, 2008b: 43). (Grifo da autora).

Em outras palavras, significa dizer que essa questão, se não enfrentada nas próximas gestões, inviabilizará o alcance das metas de cobertura pela ESF, assim como a ampliação do número de leitos e todos os demais serviços de saúde.

Estima-se que o crescimento populacional do Distrito Federal seja de 48.912 habitantes/ano (média percentual de 10%), até 2011. Desse modo, as diferenças socioeconômicas e culturais entre as regiões de saúde no Distrito Federal (GDF, 2008b: 8) e o aumento da expectativa de vida da população, propiciada pelas melhorias das condições sanitárias e de saúde; a diminuição das taxas de natalidade, de fecundidade e do coeficiente de mortalidade infantil (aumento proporcional dos idosos e diminuição proporcional dos jovens) demandarão do setor público de saúde novas estratégias que vão além da ESF, para um novo perfil populacional.

No que se refere à infraestrutura física, as estratégias incluem tanto a conversão dos atuais CSs em Unidades de Saúde da Família ou NASF, quanto a construção de novas Unidades, além da criação das Unidades de Pronto Atendimento e das Salas de Estabilização (SE) do paciente nas unidades em que há ESF. Esse processo está se desenvolvendo, paulatinamente, transformando-se as unidades antigas em modelos novos e criando-se novas UBSs:

É o modelo dos NASF e teias, partindo do hospital regional que já existia. O que está ficando do modelo velho: a estruturação das regionais, alguns postos e centros de saúde continuaram. Alguns funcionam no modelo antigo e os que estão sendo inaugurados, funcionam no modelo novo. O NASF funciona na mesma estrutura física que os CS ou que algumas ESF. Alguns NASF foram adaptados em alguns casos para incorporar o ensino. Adaptações são feitas, mas mantém a lógica do MS. Está tudo no plano. Bem, o modelo antigo não tem como ser desativado. (Entr. 18)

As dificuldades de coordenação da ESF continuam, no que se refere aos insumos e à infraestrutura, questões reiteradas (Entrs 17, 18 e 19; GDF, 2008) como problemas de difícil manejo, tendo em vista a forte centralização das decisões, das compras e de todos os demais dispositivos necessários para a implantação da política, pois “A gestão feita exclusivamente pela SES-DF com pouca capacidade de resposta representa uma dificuldade de gestão quase intransponível” (Entr. 18).

As prioridades da política de APS no Distrito Federal, sumarizadas a partir dos depoimentos dos gestores entrevistados (Entr. 17, 18, 19 e 20) e constantes do Plano de Saúde do Distrito Federal para o período de 2008 a 2011 (GDF, 2008), incluem a realização de concurso público específico para provimento de profissionais de saúde, especialmente, médicos; implantação da residência, em serviço; construção e incorporação de insumos e tecnologias nas UBSs; melhoria na infraestrutura das unidades de saúde, por meio de reforma e construção, bem como da gestão da SES-DF, no que se refere a compras e decisões; alcance dos 50% de cobertura previstos até 2010, acordados no contrato de empréstimo entre GDF e Banco Mundial; implantação de remuneração por produtividade dos profissionais.

Outras dificuldades atuais, reiteradas pelos entrevistados 17, 18, 19 e 20, referem-se à necessidade de reverter a atual porta de entrada dos pacientes no sistema, que vem se dando pelo pronto-socorro, porque esses “preferem ir para o pronto-socorro”. Essa questão chegou a mobilizar a adoção de estratégias de transporte de pacientes entre as unidades, descrita pelo Entrevistado 20:

Também estamos tentando desviar o fluxo do paciente. A ideia era que o paciente sairia da Atenção Básica para o hospital, passando pelos vários níveis até chegar nos locais com competência para atender àquela necessidade. Nós percebemos que é o contrario que acontece hoje [...]. A maioria dos pacientes que procura os hospitais não precisava estar ali. Estamos tentando inverter esse fluxo, criando solidez no atendimento do CS, completando as equipes de PSF, revitalizando os programas para que o CS tenha credibilidade [...] no hospital o acolhimento e o critério de risco [...] A população tem respondido bem. Quando a gente educa, ela responde bem. Nós colocamos os transportes sanitários no CS que é a ambulância e colocamos um transporte do hospital para o CS que é a van. Os pacientes que chegam vão para o acolhimento e é dito para ele se ele vai ficar no hospital ou se vai para o CS. Se vai para o CS o carro leva e vice versa.

Chama a atenção que, semelhante aos Planos anteriores, ainda persista a ideia de ser a ESF capaz de inverter o fluxo de usuários, os quais deixariam de ir aos Pronto-socorros, que funcionam 24 horas por dia e de “portas abertas” para irem às equipes de ESF que, geralmente, funcionam em horários comerciais, estão próximas dos seus domicílios, com trabalho centrado no território e nas famílias e presença de ACSs, entre outras características e, que, agregariam vínculo com a população (FEUERWERKER, 2005; GÖTTEMS e PIRES, 2009). Ainda que a inversão seja possível, chama a atenção que uma das ideias-força, que mobilizam os gestores do Distrito Federal a adotar a ESF e outras políticas alternativas ao tradicional modelo hospitalar é a tentativa de disciplinar a demanda, reafirmando a atenção básica como porta de entrada do sistema, em muitos casos, sem se preocupar em criar outros

mecanismos de acolhimento e de inclusão em outras portas de entrada, efetivamente, operantes (FEUERWERKER, 2005). No caso do Distrito Federal, neste Episódio, o destaque foi para a combinação de diferentes políticas com a ESF, tais como o mapeamento de risco e o acolhimento, além das UPAs e NASF.

7.1.6 Os atores e grupos envolvidos no desenvolvimento do Plano de Reorganização da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal

O plano de reorganização da APS no Distrito Federal foi formulado pela equipe do governo. Contudo, há participação de docentes e pesquisadores da Universidade de Brasília, na condição de especialistas na temática atenção primária à saúde, segundo informações de entrevistados (Entr. 17), o que indica abertura ao debate e articulação entre as Instituições de Ensino Superior e alguns setores da SES-DF. Na formulação, não foi referida a participação do Conselho de Saúde e, tampouco, a proposta foi submetida àquela instância.

Chama a atenção, a baixa manifestação de oposições à política de APS. Não houve posições declaradamente contrárias, certamente explicadas pelo abandono por parte do governo da combatida terceirização da contratação de profissionais. No cenário atual, houve um deslocamento desse debate para a terceirização da gestão e dos serviços, que passaram a ser estratégias adotadas pelo novo governo.

A oposição à proposta da APS, referida pelos entrevistados, vem se dando em relação à ideia de mudança do processo de trabalho das UBSs, pelos profissionais da rede de serviços:

Não enfrentamos oposição ao PSF. Mas temos oposição pela forma tradicional de funcionar. Alguns ainda não crêem que o PSF veio para ficar (Entr. 19).

Mas quando esta proposta foi para o CS houve uma resistência assustadora por parte dos profissionais que trabalhavam no CS. Os depoimentos eram: mas eu trabalho aqui há 20 anos o que vou fazer agora. Eu não vou para o PSF e nem vou ser referência. Ninguém quer mexer em uma situação que tem 10 a 20 anos (Entr. 15).

O apoio do Governador foi reiterado pela maioria dos entrevistados. Seja pela necessidade de produzir resultados, seja pela necessidade de melhorar a avaliação do Governo nessa área. Há consenso, entre os entrevistados, que a APS captou a atenção do Governador e da equipe de outros setores:

Em geral, os governantes não têm percepção do que é o programa e nem têm paciência de ouvir. Mas nós conseguimos neste governo que ele entendesse, tanto que ele autorizou a construção dos novos CSs, colocando equipes de PSF como foi feito no Itapuã, Estrutural, etc. (Entr.15).

A partir do momento em que houve discussão para a inauguração da Estrutura, o próprio governador solicitou mais informações sobre esta metodologia e ela tem sido levada à frente (Entr.15).

Sim totalmente. É prioridade da SES-DF declarada pelo Secretário e declarada pelo Governador. Eu tenho certeza que está na pauta e é prioridade do governo (Entr. 18).

Nos grupos de apoio, o MS aparece como o mais citado nesse período, ratificando o realinhamento das agendas e uma busca de parceria entre o GDF o MS para apoio técnico. Nesse aspecto, há uma grande diferença em relação aos episódios anteriores, cujas proposições de políticas seguiram curso próprio e autônomo no Distrito Federal, muitas vezes opondo-se às diretrizes nacionais. No depoimento dos entrevistados, sumarizados na transcrição a seguir, observou-se que a equipe da SES-DF buscou o apoio do MS, requerendo o convencimento da equipe do Governo local:

No momento inicial a prioridade foi se aproximar com o MS [...] além da dificuldade cultural, foi convencer a área política de que aderindo a política do MS não prejudicaríamos os objetivos políticos que também são importantíssimos na área social e conseguiríamos satisfazer as partes (Entr. 18).

Assim, observou-se que nesse período, semelhante aos episódios anteriores, os atores mais atuantes foram a equipe do governo, especialmente os indicados pelo Governador para a ocupação dos cargos, na formulação da proposta, ainda que se tenha buscado a participação da academia no aprofundamento das ideias detalhadas na proposta. Coube, também, a essa equipe restabelecer as relações intergovernamentais com o MS, fortalecendo a adesão da SES-DF junto às diretrizes políticas do MS. Os Conselhos de Saúde e o movimento sindical tiveram participação inexpressiva, assim como outros órgãos de controle do Estado, reiterando-se a forte mobilização que as questões relativas aos vínculos de trabalho provocaram no Distrito Federal, presentes nos episódios anteriores.

Essa dinâmica de atuação dos atores corrobora o pensamento de Cortes (2009) para quem, no setor saúde brasileiro, os governos são os decisores fundamentais em torno dos quais se organizam as disputas. Fora esses, as organizações profissionais e de trabalhadores seriam os mais influentes nas arenas políticas da área de saúde. O Conselho de Saúde, desde a criação das instâncias representativas dos gestores, vem tendo papel secundário. Nesse

sentido, verificou-se que não há espaço e, tampouco, motivação para um debate aberto entre os diferentes segmentos envolvidos na política de saúde sobre suas diretrizes. Há uma arena de disputa de interesses, que somente se evidencia, quando estão envolvidas as questões relativas aos profissionais e trabalhadores.

7.1.7 As mudanças no sistema de saúde do Distrito Federal, no período de 2007 a 2009

Embora com alguns avanços processuais, o Distrito Federal mantém o indicador de perfil das consultas médicas ambulatoriais e de emergência quase inalterados, com pequena diferença a favor dos atendimentos ambulatoriais, mas ainda distante da relação 80% ambulatorial/20% emergencial proposta pela OPAS e, que se vem buscando, desde a década de 80 no Distrito Federal (Tabela 18). A análise desses dados comprova que os serviços de pronto-atendimento funcionam como a principal porta de acesso ao sistema e que há necessidade de investimentos maciços para a redefinição do modelo assistencial, com ênfase na atenção primária e de reorganização de fluxos entre os diferentes pontos de atenção à saúde, como possibilidades para a reversão desse quadro (GDF, 2009a).

Tabela 18 – Evolução dos atendimentos e consultas ambulatoriais e emergências no SUS-DF–2007-2008. Brasília-DF, 2009

Ano	Total	Ambulatório	Emergência	Ambulatório	Emergência
1993	4.410.000	2.296.000	2.113.000	52%	48%
1994	4.472.000	2.327.000	2.146.000	52%	48%
1995	4.535.000	2.358.000	2.177.000	52%	48%
1996	3.971.000	2.036.000	1.934.000	51%	49%
1997	4.223.000	2.242.000	1.981.000	53%	47%
1998	4.186.000	2.160.000	2.025.000	52%	48%
1999	4.489.000	2.362.000	2.127.000	53%	47%
2000	4.721.639	2.437.876	2.283.763	52%	48%
2001	5.449.498	3.017.099	2.432.399	55%	45%
2002	5.839.119	3.317.335	2.521.784	57%	43%
2003	5.672.231	3.160.969	2.511.352	56%	44%
2004	6.177.762	3.414.572	2.763.190	55%	45%
2005	6.395.232	3.676.264	2.718.968	57%	43%
2006	6.357.129	3.632.111	2.725.018	57%	43%
2007	6.794.072	3.935.063	2.859.009	58%	42%
2008	6.729.679	3.779.424	2.950.255	56%	44%
2009	7.080.479	4.138.642	2.941.837	58%	42%

Fonte: GDF. Relatórios Estatísticos Mensais das DRSs/DICOAS/SUPRAC/SES-DF (2000c; 2001a; 2001b; 2002a; 2002b; 2003b; 2004a; 2004b; 2005f; 2006a; 2006c; 2007a; 2009a).

No que se refere à cobertura populacional, por equipes de SF e de ACS, os dados demonstram pouco avanço nos anos 2007 e 2008, contrastando com as decisões políticas de

priorização da ESF presentes tanto nos discursos dos gestores, quanto nos documentos institucionais analisados (GDF, 2008; 2009a; 2009b). Observa-se que a evolução da cobertura populacional tanto por ACS, quanto por ESF, teve padrão irregular, com momentos de cobertura próxima a 50%, que não se manteve mais do que por 1 ano. Esses dados indicam que, ao contrário do que vem ocorrendo no restante do país, cujos municípios continuam expandindo a implantação do PSF, no Distrito Federal, a implantação é descontínua e inexpressiva, em relação aos indicadores de cobertura populacional (Tabela 19).

Tabela 19 – Comparação entre a cobertura populacional pelo Programa Agente Comunitário de Saúde e Programa Saúde da Família, no Brasil e no Distrito Federal, nos anos 1998 e 2008, Brasília-DF, 2009

<i>ANO</i>		<i>Nº de ACS</i>	<i>% cob. ACS</i>	<i>Nº de ESF</i>	<i>% Cob. ESF</i>
1998	DF	1286	39,4	277	50,9
	Brasil	78705	26,9	3062	6,6
1999	DF	439	13,4	121	22,2
	Brasil	104215	34,4	4114	8,8
2000	DF	618	18	60	10,5
	Brasil	134273	42,8	8503	17,4
2001	DF	710	19,5	60	9,9
	Brasil	152865	46,6	13155	25,5
2002	DF	658	18	40	6,6
	Brasil	175463	52,6	16698	31,9
2003	DF	0	0	0	0
	Brasil	184341	54,1	19068	35,7
2004	Brasil	192.735	56	21.232	39
	DF	598	15,7	38	55,5
2005	Brasil	208.104	58	24.564	44
	DF	467	12,3	40	6,3
2006	Brasil	219.492	59	26.729	46
	DF	453	11,2	24	3,5
2007	Brasil	210964	56,8	27324	46,6
	DF	581	14	33	4,8
2008	DF	564	13,6	39	5,6
	Brasil	230244	60,4	29300	49,5

Fonte: DAB/SAS/MS/BRASIL, 1998; 1999d; 2000; 2001b; 2002b; 2003b; 2004; 2005d; 2006f; 2007b; 2008b.

Observa-se que, quanto à oferta de serviços, não houve a criação de novas unidades básicas de saúde e tampouco de hospitais (Tabela 20). Sendo assim, todos os parâmetros de cobertura populacional, por serviços tanto de leitos, como de UBS estão defasados⁷¹. O número de UBSs ainda se destaca como um dos mais deficitários, de maneira que, para uma

⁷¹ A Portaria GM 1101 do MS define, como parâmetros, de 2,5 a 3 leitos/hab/ano. A Portaria 648 do MS, de 2006, define 1 UBS para cada 30 mil habitantes, sem PSF ou, 1 UBS para cada 12 mil habitantes com PSF.

cobertura ampliada de equipes de ESF, será necessário aumentar o número de unidades, para atender às metas contidas no Plano de Saúde, para o período 2008 a 2011. Em grandes centros urbanos, como é o caso do Distrito Federal, a Portaria nº 648 de 2006, do Ministério da Saúde, propõe como parâmetro de cobertura de atenção básica, uma UBS para até 30 mil habitantes, sem Saúde da Família, e uma UBS para até 12 mil habitantes, com Saúde da Família. Assim, se a SES-DF optar pela cobertura de 100% da população por ESF, terá de construir, aproximadamente, 119 novas UBSs.

Tabela 20 – Evolução da oferta de serviços de saúde no Distrito Federal, no período de 1993-2009. Brasília, DF, 2009

ANO	POPULAÇÃO	Nº Hosp.	Nº de Leitos	Nº leitos/ 1 mil hab.	Nº CS	Nº Postos de Saúde	Total UBS
1993	1.657.841	11	2.727	1,6	49	28	77
1994	1.757.567	13	2.724	1,5	53	27	80
1995	1.780.554	13	2.683	1,5	54	27	81
1996	1.830.583	13	2.557	1,4	54	27	81
1997	1.882.022	13	2.471	1,3	56	27	83
1998	1.916.046	13	2.471	1,3	58	27	85
1999	1.962.031	13	2.427	1,2	59	24	83
2000	2.043.169	13	2.706	1,3	63	29	92
2001	2.097.450	13	2.780	1,3	61	30	91
2002	2.145.838	15	2.683	1,3	61	30	91
2003	2.189.792	15	2.860	1,3	61	31	92
2004	2.233.613	15	3.741	1,7	61	33	94
2005	2.277.258	15	3.911	1,7	61	37	98
2006	2.383.614	15	3.980	1,7	56	42	98
2007	2.434.033	15	3.886	1,6	62	41	103
2008	2.483.505	15	3.886	1,6	61	31	92
2009	2.532.488	15	3.886	1,5	61	31	92

Fonte: Relatórios estatísticos da DICOAS/SUPRAC/SES-DF e GDF, de 2000 a 2008b.

7.2 A INFLUÊNCIA DOS EVENTOS NACIONAIS E LOCAIS NO PLANO DE REFORMULAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL NO PERÍODO 2007 A 2009

7.2.1 Os Núcleos de Apoio ao Programa Saúde da Família e a Política Nacional de Urgências

A atual política de APS, no Distrito Federal, sofreu grande influência de duas diretrizes do MS, propostas nos anos de 2008 e 2009. A primeira refere-se à proposta de criação dos NASFs, e tem como objetivo ampliar a abrangência, o escopo e a resolubilidade

das ações da atenção básica, como meio de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização, a partir da atenção básica (BRASIL, 2008). A segunda refere-se à Política Nacional de Urgências, que propõe a descentralização do atendimento dos casos agudos na Sala de Estabilização do paciente (SE) e nas Unidades de Pronto Atendimento à Saúde (UPAs) (BRASIL, 2009a; 2009b).

A ideia central do NASF é a incorporação de profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem na ESF. Os NASFs não constituem porta de entrada do sistema, e devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, de acordo com as demandas identificadas no trabalho conjunto das equipes Saúde da Família (BRASIL, 2008). Essa ideia está centrada na concepção de responsabilização compartilhada entre as equipes de SF e do NASF⁷², e na revisão da prática do encaminhamento, com base nos processos de referência e de contra-referência.

Para cumprirem o papel de apoio ao SF, a Portaria determinou que os NASFs devem funcionar em horário de trabalho coincidente com o das equipes de Saúde da Família, e que a carga horária dos profissionais dos NASFs, considerada para repasse de recursos federais seja de, no mínimo, 40 horas semanais. O financiamento se dá com recursos do MS, com valores diferenciados: para o NASF 1 o valor é de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) e para o NASF 2 o valor é de R\$ 6.000,00 (seis mil reais), em repasses mensais, fundo a fundo (BRASIL, 2008).

Outra diretriz do MS, que tem influenciado a política de APS no Distrito Federal é a da atenção às urgências, especificamente, no que se refere à descentralização do atendimento de urgências de baixa e média complexidades, com o intuito de diminuir a sobrecarga dos hospitais de maior porte. Desse modo, a descentralização somente será atingida com a implantação de Unidades Não Hospitalares de Atendimento às Urgências ou de Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Essa proposta é orientada pela Portaria nº 2.922/GM, de 03 de dezembro de 2008, e pela Portaria Nº 1.020, de 13 de maio de 2009, que estabelecem diretrizes para o fortalecimento e a implantação do componente de “organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências” da Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2009a; 2009b).

As UPAs constituem um dos componentes pré-hospitalares fixos para a organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências, assim como as Salas de

⁷² O NASF tem duas modalidades. O tipo 1 compõe-se de, no mínimo, cinco profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes: Médicos nas especialidades Acupuntura, Homeopatia, Ginecologia, Pediatria e Psiquiatria, Assistente Social, Profissional da Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional. O tipo 2 seria composto, de no mínimo, três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes: Assistente Social, Profissional da Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional.

Estabilização⁷³ (SE). Uma UPA⁷⁴ é um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária às UBSs e à rede hospitalar; deve compor, junto a essas, uma rede organizada de atenção às urgências e deve ser implantada em locais ou unidades estratégicos, para a configuração das redes de atenção à urgência, com acolhimento e classificação de risco em todas as elas. As UPAs são classificadas em 3 diferentes portes, de acordo com a população da região a ser coberta, com a capacidade instalada (área física, número de leitos disponíveis, recursos humanos e capacidade diária de atendimentos médicos). Para cada porte, foi instituído um incentivo financeiro de investimento e despesas de custeio mensal, para implantação dessas unidades de atendimento.

Parafrazeando o depoimento do Entrevistado 17, tudo o que o MS preconiza para um sistema de saúde, foi adotado na política de APS do Distrito Federal, porque do contrário não se conseguem recursos. Assim, observou-se que nesse período houve, explicitamente, no Distrito Federal, a adoção das políticas do MS, cujas diretrizes parecem adequar-se à rede de serviços já existente e às demandas da população local, seja motivado pela coerência entre os problemas locais e as diretrizes nacionais, seja pela indução realizada pelo MS com o aporte de recursos. Além da ampliação de acesso, as atuais propostas incorporam problemas clássicos e recorrentes em vários cenários: a referência e a contra-referência, o atendimento às situações agudas, a racionalização e a readequação dos serviços hospitalares.

A reaproximação da SES-DF com o MS destacou-se, porque ambas as instâncias vinham com relações conturbadas, desde o final da década de 90. As políticas locais, embora guardassem algumas interfaces com as nacionais, tinham aspectos, como a manutenção do modelo tradicional de APS centrada nas especialidades básicas, entre outros que, muitas vezes contrapunham-se. Nesse período, houve a busca declarada pela adesão ao MS, conforme se visualiza no depoimento a seguir:

⁷³ A Sala de Estabilização (SE) é uma estrutura, que funciona como local de estabilização de pacientes para posterior referência à rede de atenção à saúde e, poderá ser instalada em unidades de menor porte, destinadas à interiorização dos cuidados urgentes, sendo aceitável a presença de apenas um médico, previamente, treinado e habilitado, para o atendimento das urgências, mais frequentemente observadas, em cada localidade (BRASIL, 2009b).

⁷⁴ As responsabilidades da UPA incluem o funcionamento durante 24 horas, em todos os dias da semana; implantação do processo de Acolhimento com Classificação de Risco, considerando a identificação do paciente, que necessite de tratamento imediato, estabelecendo o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento em sala específica para tal atividade, de modo a garantir atendimento ordenado, de acordo com o grau de sofrimento ou a gravidade do caso. Além disso, precisa estar articulada às demais estratégias de atendimento, tais como ESF, SAMU, unidades hospitalares e de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde do sistema loco-regional, Centrais de Regulação Médica de Urgências, entre outros; precisa estar equipada para prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos de quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, cirúrgica ou de trauma, e estabilizar os pacientes e realizar a investigação diagnóstica inicial, de forma a definir, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.

Resolvemos retomar tudo e partimos do MS, passo a passo, fazendo cumprir as políticas do MS. Assim o fizemos e começamos com as APSs que estavam completamente dissociadas. Em 2008, quando começamos, os conceitos de teias, NASF já eram bem conhecidos no Brasil inteiro, mas aqui nem se sabia o que eram estas siglas, embora tivessem uma proposta interna que se aproximava disto e que poderia ser adequada [...]. A SES é uma fonte de RH quando precisam de especialistas em diversas áreas. Esta troca tanto vem do MS para cá quanto vai daqui para lá. Na APS e Vigilância teve uma boa aceitação. Nós declaramos que tínhamos uma política traçada que não estava falando a linguagem do MS, mas na intenção tinha muito a ver com as teias, com o NASF, com a ESF e toda a capilarização que o MS estava propondo (Entr. 18).

A aproximação com o MS, embora recomendável e salutar, não se deu de forma tranquila. Houve resistências no âmbito do GDF, sinalizando a sobreposição e o confronto de orientações e requereu da equipe de gestores da SES-DF uma sensibilização da equipe do Governo:

Houve um momento de enfrentamento quase público, quando da inauguração de uma unidade de saúde que na proposta da equipe do governo, não era para ser NASF e sim um posto 24h. Tivemos que adaptar para funcionar em três turnos. Apesar do desgaste momentâneo houve uma compreensão, aceitação e um retorno quase imediato do governador. A repercussão foi positiva porque a área política do governo entendeu que haveria vantagem pelo apoio do MS, pelos recursos que viriam destinados ao DF, pelo intercâmbio político entre o GDF e o GF (Entr.18).

Contudo, e em que pese a completa adoção das diretrizes nacionais da política, o Distrito Federal padece das mesmas mazelas apontadas por Santos (2009) e Paim (2009) em relação à avaliação que se faz do SUS nesses 20 anos. Excetuando-se o financiamento, que no Distrito Federal é estável, graças aos recursos do Fundo Constitucional, há poucos avanços na reestruturação do modelo assistencial e de gestão. Por outro lado, na atenção básica à saúde, os desafios do Distrito Federal estão coerentes com o SUS nacional, de acordo com Santos (2009):

a) a atenção básica expande-se aos estratos mais pobres da população, mas na média nacional, estabilizou-se na baixa qualidade e resolutividade, não conseguindo constituir a porta de entrada preferencial do sistema, nem reunir potência transformadora na estruturação do novo modelo de atenção, preconizado pelos princípios constitucionais;

b) os serviços assistenciais de média e alta complexidades, cada vez mais congestionados, reprimem as ofertas e as demandas (repressão em regra iatrogênica e frequentemente letal);

c) os gestores municipais e os do Distrito Federal complementam valores defasados da tabela SUS, na tentativa de aliviar a repressão da demanda dos serviços assistenciais de média e alta complexidades;

d) o crescimento das empresas de planos privados, e a conseqüente agressividade da captação de clientela, das camadas médias da sociedade, incluindo os servidores públicos, justificam e reforçam sua opção pelos planos privados de saúde;

e) as diretrizes da integralidade e da equidade pouco ou nada avançam;

f) a judicialização do acesso a procedimentos assistenciais de médio e alto custos às camadas média e média-alta aprofunda a iniquidade e a fragmentação do sistema;

g) o modelo público de atenção à saúde estabiliza-se em pobre e focalizado nos 80% pobres da população, e em complementar e menos pobre nos 20% compradores de planos privados;

h) o modo de produzir serviços e práticas de saúde permanece centrado nos procedimentos médicos de diagnose e terapia, e grande parte dos avanços citados constitui elevações de cobertura possíveis já no período ‘pré-SUS’, nos anos 1980.

7.2.2 A VII Conferência de Saúde do Distrito Federal e o Acordo de Empréstimo do Governo do Distrito Federal com o Banco Mundial

No final do ano de 2007, foi realizada a VII Conferência de Saúde do Distrito Federal, sob o tema “Saúde e Qualidade de Vida: políticas de Estado e Desenvolvimento”.

Em uma síntese dos desafios indicados pela Conferência, a serem superados pelo SUS-DF, encontram-se a qualificação do modelo de atenção à saúde, a implementação das medidas de qualificação de pessoal especializado, a desprecarização da saúde, o incremento do projeto de educação permanente e o fortalecimento do controle social (GDF, 2007: 9).

Observa-se que não houve grandes mudanças em relação aos caminhos de fortalecimento do SUS, exaustivamente, debatidos nas conferências anteriores, salvo em relação ao financiamento, que não aparece mais como objeto central do debate.

Em relação à APS, no Distrito Federal, as propostas dos conferencistas, contidas no Relatório Final da VII CSDF (GDF, 2007: 18-22), a exemplo do Relatório Final da VI CSDF, continua sendo a ampliação para 100% a cobertura dos programas Família Saudável (PFS/PSF) e PACs, com abertura de concurso público, sob o regime estatutário (Lei 8.112/90), para ACS. Propôs-se também a ampliação da equipe multiprofissional, incluindo-se fisioterapeuta, educadores físicos, psicológicos, psiquiatra, infectologistas, fonoaudiólogos,

comunicador social, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, garantindo o atendimento integral e universal com base na Política Nacional de Humanização (PHN);

Nessa VII CSDF, foram reiteradas as proposições das Conferências V e VI (ratificando-se, de forma mais contundente, as proposições da VI), em especial, a contratação de profissionais somente por concurso público para a SES-DF. Contudo, observou-se também que nessa conferência, recomenda-se a construção de mais hospitais, no Recanto das Emas e no Guará, além de centros de saúde e outras reformas e ampliações (GDF, 2007: 19).

No início do ano de 2009, o GDF e o Banco Interamericano de Desenvolvimento assinaram contrato de empréstimo para modernização e reestruturação do transporte público coletivo no Distrito Federal (GDF, 2009b). Um dos destaques, desse contrato, é que parte da contrapartida do GDF fosse a ampliação da cobertura populacional com equipes de ESF, cuja meta, seria alcançar 50% de cobertura, até 2010. A inclusão da ESF na agenda estratégica do governo pode implicar na manutenção dos esforços para sua consolidação, uma vez que há cobranças institucionais, que requerem demonstrações periódicas ao organismo financiador. Estão em andamento outras propostas, como a criação de uma Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde.

A APS, no período 2007-2009, entrou para a agenda do governo Arruda, por meio da manutenção do Secretário de Saúde e da consequente equipe técnica responsável pela condução da APS, que sobrevive, inclusive, às trocas de secretários. Tiveram papel importante, para que a APS continuasse na agenda, o debate na VII CSDF, as novas diretrizes nacionais para a política de atenção básica e a aproximação da SES-DF com o MS. Foram relevantes, também, as avaliações da população em relação ao governo e à saúde pública no Distrito Federal, realizadas por encomenda do Sindicato dos Médicos, ao Instituto Vox Populi⁷⁵, e publicadas pela mídia local. Essas avaliações indicaram que, para 52,8% da população do Distrito Federal, a saúde pública é ruim ou péssima; 61% dos pesquisados apontaram o Governador do Distrito Federal, à época, José Roberto Arruda, responsável pela situação atual da Saúde Pública do Distrito Federal; 13%, o Presidente da República e 6%, o Secretário de Saúde, Augusto Carvalho (CORREIO BRAZILIENSE, 2009).

A manutenção da atenção do GDF sobre a saúde, em função do apelo midiático, também foi reiterada por uma das entrevistadas, segundo a qual as ações passaram a ser mais

⁷⁵ A pesquisa foi feita entre os dias 11 a 15 de maio de 2009 com 400 pessoas. A margem de erro da pesquisa é de 5%. Do total de entrevistados 54% são mulheres e 46% são homens. Sobre o perfil sócio-econômico, 48% ganham entre um e dois salários mínimos e apenas 4% possuem ensino superior (CORREIO BRAZILIENSE, 2009).

concretas depois da percepção do governo que se não priorizasse, teria muito prejuízo político (Entr. 18).

7.3 PERSPECTIVAS SOBRE OS EVENTOS POSTERIORES

O mandato governamental tratado neste Episódio continuará até o final do ano de 2010, com eleições nacionais e locais. O Distrito Federal, desde final de 2009, vem sendo palco de novas denúncias de corrupção, envolvendo o Governador e sua equipe, a Câmara Legislativa e o Judiciário, configurando nova crise política e de gestão.

A repercussão para o setor saúde local, até o final do ano de 2009 foi a troca do Secretário de Saúde e de sua equipe. O novo Secretário retoma em seu discurso de posse, antigo e recorrente jargão dos atores técnicos e políticos locais, de que o desafio da SES-DF é desafogar as emergências dos grandes hospitais, por meio do Programa Saúde da Família, com investimentos em postos e centros, próximos às casas dos usuários. A título de ilustração, cita-se trecho da entrevista do secretário, concedida a jornalistas locais, afirmando que “os pronto-socorros hoje são uma chaga aberta porque mais de 85% das pessoas atendidas não deveriam estar ali. É preciso redirecionar esse fluxo para os postos e centros de saúde”. Acrescenta que suas estratégias incluiriam um trabalho conjunto entre Governo e Ministério Público do Distrito Federal, para que esse “aponte tudo o que estiver errado”, e compromete-se submeter todos os contratos às equipes jurídicas (CORREIO BRASILIENSE, 2009).

O discurso do novo gestor, guardadas as devidas ressalvas quanto ao contexto político do momento, em plena crise de legitimidade, credibilidade e governança, além de não trazer nada novo em relação à interpretação das ESFs, sinaliza para os graves problemas da gestão do setor saúde.

Com um orçamento estável, graças aos recursos da União e garantido pelo Fundo Constitucional do Distrito Federal, acrescido do cumprimento dos percentuais exigidos pela Emenda Constitucional nº 29, o setor saúde tem sido alvo de sucessivos escândalos de corrupção e má gestão. Nos episódios anteriores, o pivô das crises foram as parcerias entre o GDF e organizações do terceiro setor para a implantação da APS. Neste Episódio, os objetos de denúncias são os contratos que terceirizaram outras áreas do governo. Assim, as palavras do novo gestor reforçam as fragilidades técnicas e jurídicas da gestão atual da SES-DF, o que a torna sempre refém dos órgãos de controle como os Tribunais de Contas e o Ministério Público. Além disso, os sucessivos escândalos de corrupção no GDF construíram um clima de eterna desconfiança entre governo e órgãos de controle do Estado, bem como entre o governo

e a população. Sem pretensões de aprofundamento nesta tese, cabe ressaltar que esse tema deve ser objeto de análises mais profundas.

Em relação ao modelo assistencial, estudos (GÖTTEMS, 2008; GÖTTEMS *et al.*, 2009) demonstram que a população tem optado pela procura dos hospitais, abertos 24 horas, principalmente, pela sua capacidade de abordar, em uma mesma oportunidade de ida do usuário ao serviço, procedimentos que vão da escuta das queixas e apoio diagnóstico, até a oferta de medicamentos. São os hospitais que funcionam como porta de entrada para o sistema e, talvez, detenham a maior capacidade de reverter o modelo assistencial, se indicarem aos cativos e fiéis usuários, a procura pelas UBSs para acompanhamento, quando for o caso. Além disso, há oferta ampliada de atendimento hospitalar, determinante da maior procura por esses serviços, o que não ocorre nas UBSs.

As queixas sobre a sobrecarga hospitalar, verbalizada por profissionais, gestores e população, precisam ser enfrentadas com esforços conjuntos, maciços e contínuos, com implicação dos diferentes atores governamentais e não governamentais. A constatação que um sistema de saúde centrado em hospitais e em procedimentos médicos complexos e de alto custo, identificado na década de 80, continua sendo uma grande bandeira dos gestores e dos profissionais de saúde comprometidos com a construção do SUS.

No que se refere à gestão, os maiores desafios a serem enfrentados parecem ser a descentralização administrativa da SES-DF para Diretorias das Regionais de Saúde, conforme o que foi proposto no Plano de Saúde para o período de 2008 a 2011; a gestão e regulação do trabalho, incluindo a forma de contratação de profissionais de saúde, bem como a implantação de dispositivos que vinculem remuneração e resultados; o resgate dos compromissos e da militância dos profissionais de saúde em prol do SUS, em oposição à exclusiva luta pelos privilégios corporativos, a respeito da qual, os profissionais só debatem com os gestores, reivindicações salariais. Além disso, há que se enfrentar a evasão dos médicos do setor público para o crescente e rentável setor privado, bem como a atuação e formação desses profissionais, excessivamente centradas em especialidades complexas, que valoriza procedimentos com uso de tecnologia densa.

7.4 ANÁLISE DO EPISÓDIO A PARTIR DO MODELO TEÓRICO DE KINGDON

Em uma breve retrospectiva, o novo governo do período de 2007 a 2010 teve início com a permanência do Secretário de Saúde, Sr. Geraldo Maciel, e sua equipe que estavam à frente da SES-DF, desde meados de 2005.

O debate em torno das questões relativas à APS, que assolavam a equipe do Governo, centrava-se na terceirização dos contratos dos profissionais de saúde para a ESF, por meio da parceria com a Fundação Zerbini. Em final de 2006, após a reorganização do amparo jurídico para a contratação dos profissionais de saúde e locação dos imóveis, para evitar a ruptura da implantação do Programa Família Saudável, a Fundação rompia, definitivamente, com o GDF. Havia uma sensibilização no âmbito do Governo e da Câmara Legislativa, que era necessário evitar os desgastes políticos do Governo e da SES-DF com as interrupções bruscas do Programa, tendo então, o Secretário de Saúde, conseguido mobilizar as entidades políticas, técnicas e de controle do estado, em torno da construção de alternativas para a questão.

Assim, verifica-se que, no **fluxo dos problemas**, concorreram para a manutenção da APS, na agenda do novo governo, o rescaldo das denúncias sobre corrupção com recursos da saúde ainda do final da gestão 2003-2006; a ruptura da parceria com entidade do terceiro setor; a iminente descontinuidade no PFS e a conseqüente necessidade de construção de estratégias para “tirar a saúde da mídia” (Entr. 14).

A forma de contratação dos profissionais de saúde foi o problema mais citado e que mobilizou os gestores, os órgãos reguladores e os parlamentares. Trata-se, portanto, de um problema que envolve a APS, é desvelado por essa política e desenvolve-se ao longo de aproximadamente 10 anos. Essa característica, certamente, influenciou a percepção e a interpretação dessa demanda naquele momento, corroborando Kingdon (2003) e Capella (2007), para os quais os eventos e crises podem reforçar a percepção preexistente de um problema ou, quando em grande magnitude, concentrar a atenção em um determinado foco. Mas são as interpretações sobre as demandas, mais do que a constatação da existência delas por meio de indicadores, que vão determinar sua inclusão na agenda (CAPELLA, 2007). Nesse caso, é possível afirmar que a interpretação dos vínculos precários dos trabalhadores da APS como um problema de governo, foi o foco da atenção dos atores neste Episódio. Essa questão mobilizou as atenções durante a maior parte do mandato, cedendo lugar, apenas, ao escândalo político do final de 2009, que culminou com a mudança da maior parte da equipe do governo.

Assim, não foram, exatamente, aos problemas que a APS busca dar resposta que mobilizaram as atenções, e sim, às questões institucionais e processuais do campo da administração pública que se tornaram foco das atenções.

No **fluxo das ideias**, pode-se afirmar que esse, não foi um período em que a política de APS seja na esfera nacional, seja na local, caracterizou-se por mudanças incrementais, com pequenos ajustes naquilo que já vinha sendo feito (KINGDON, 2003: 72). O plano proposto para o Distrito Federal segue o ideário da APS; agrega diretrizes das Portarias do MS, sobre a Política Nacional de Atenção Básica, sobre a Política Nacional de Urgência e Emergência e sobre a Proposta do Pacto de Gestão pela Vida e em Defesa do SUS, e investe no diálogo e na parceria entre a SES-DF e o Ministério da Saúde.

Assim, nesse período, não foram as propostas locais que chamaram a atenção e sim, a reaproximação da SES-DF e do MS, e a adoção das ideias nacionais. Contudo, a implantação da proposta, paulatinamente e no ritmo possível da administração pública, não produziu até o final de 2009, nenhuma mudança substancial nos indicadores de cobertura populacional, por ESF e, tampouco, na oferta de serviços de saúde, em geral. Houve adoção, no discurso e nos documentos da SES-DF, de uma concepção de APS ainda carregada da missão de inverter os fluxos dos usuários, que buscam, preferencialmente, atendimentos nas emergências hospitalares. Observou-se que há aceitação da ESF como proposta de mudança do modelo de saúde, pela maioria dos gestores que estiveram à frente da pasta da saúde ao longo dos anos de 2007 a 2009, todos com uma interpretação similar sobre a capacidade, quase milagrosa, dessa proposta. Assim, não houve disputa por modelos alternativos, no âmbito discursivo.

Contudo, as alternativas políticas mais debatidas foram aquelas que buscavam dar respostas ao componente “profissionais de saúde”, nos aspectos qualitativo e quantitativo, incluindo-se a forma de contratação e a readequação da formação. Entre as alternativas para a contratação, a realização de concurso público foi irretocável, mas agregou nova roupagem a essa questão, com a recusa dos profissionais de assumirem seus postos.

Ainda, em relação ao fluxo das ideias, é possível afirmar que o plano que vem sendo implementado, mantém coerência com as diretrizes nacionais, com a comunidade política e acadêmica, em relação ao ideário da APS. Entretanto, a proposta de contratação por concurso público, exclusivamente, configura uma questão que enfrentará restrições orçamentárias, o que poderá impor mudanças nessa proposição em um futuro próximo.

No que se refere ao **fluxo político** (*politics stream*), o ambiente foi bastante favorável, até o final do ano de 2009, para a condução da política de saúde. Internamente ao GDF, as avaliações feitas pelo governo, com o intuito de monitorar sua aceitabilidade junto à

população, indicavam que havia insatisfações em relação ao desempenho da saúde. Esses resultados favoreceram o gradativo apoio da equipe do governo aos investimentos na APS, à qual se creditou a capacidade de racionalizar recursos, diminuir a procura pelas emergências e resgatar a credibilidade no governo. Parte da compreensão do Governador, sobre a APS, deveu-se à nomeação, para a Diretoria de Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família (DAPESF) de pessoa próxima e de sua confiança, capaz de dialogar com ele e sua equipe.

A manutenção da maior parte da equipe do governo local também favoreceu a compreensão dos problemas e encaminhamentos, incluindo-se a criação da Lei que possibilitou a SES-DF contratar os profissionais. A eleição não causou, então, rupturas e sim continuidades. As mudanças posteriores de Secretários foram realizadas em momentos em que a APS já estava mais fortalecida, garantindo espaço e notoriedade na SES-DF. Os indicadores dessa notoriedade são: o interesse do secretário – que por ser parlamentar – em formular projetos para enfrentar o problema da recusa dos médicos em atuarem no PSF; a necessidade de fortalecer a coordenação da APS, propondo-se a criação de Subsecretaria específica e o encaminhamento da construção de novas UBSs. Nesse período, também, as relações com o MS foram favoráveis, dado o intercâmbio estabelecido com os técnicos da SES-DF e do MS.

Assim, estavam presentes neste Episódio, até o final de 2009, dois elementos do fluxo político, que favorecem a entrada e a manutenção de questões na agenda governamental: o clima nacional favorável e as forças políticas locais organizadas em defesa da manutenção da APS. A mudança no governo potencializou a busca de soluções para questões relativas à política de APS, que não dispunham de aceitação social, política e acadêmica (ZAHARIADIS, 2007; KINGDON, 2003). O início do governo, em especial, foi o momento, por exemplo, que propiciou que a questão do vínculo trabalhista precário fosse considerada um problema a ser enfrentado, o qual estava há tempo sem resposta.

Quanto aos **atores**, observou-se a atuação do movimento sindical, dos órgãos de controle do estado, bem como dos governamentais: o movimento sindical, no seu campo de luta em prol dos profissionais de saúde; os órgãos de controle, no combate à corrupção, e os atores governamentais, na construção de alternativas para a operacionalização da política. A bandeira em prol do SUS e da APS, nesse caso, apareceu quando do combate a todo tipo de terceirização.

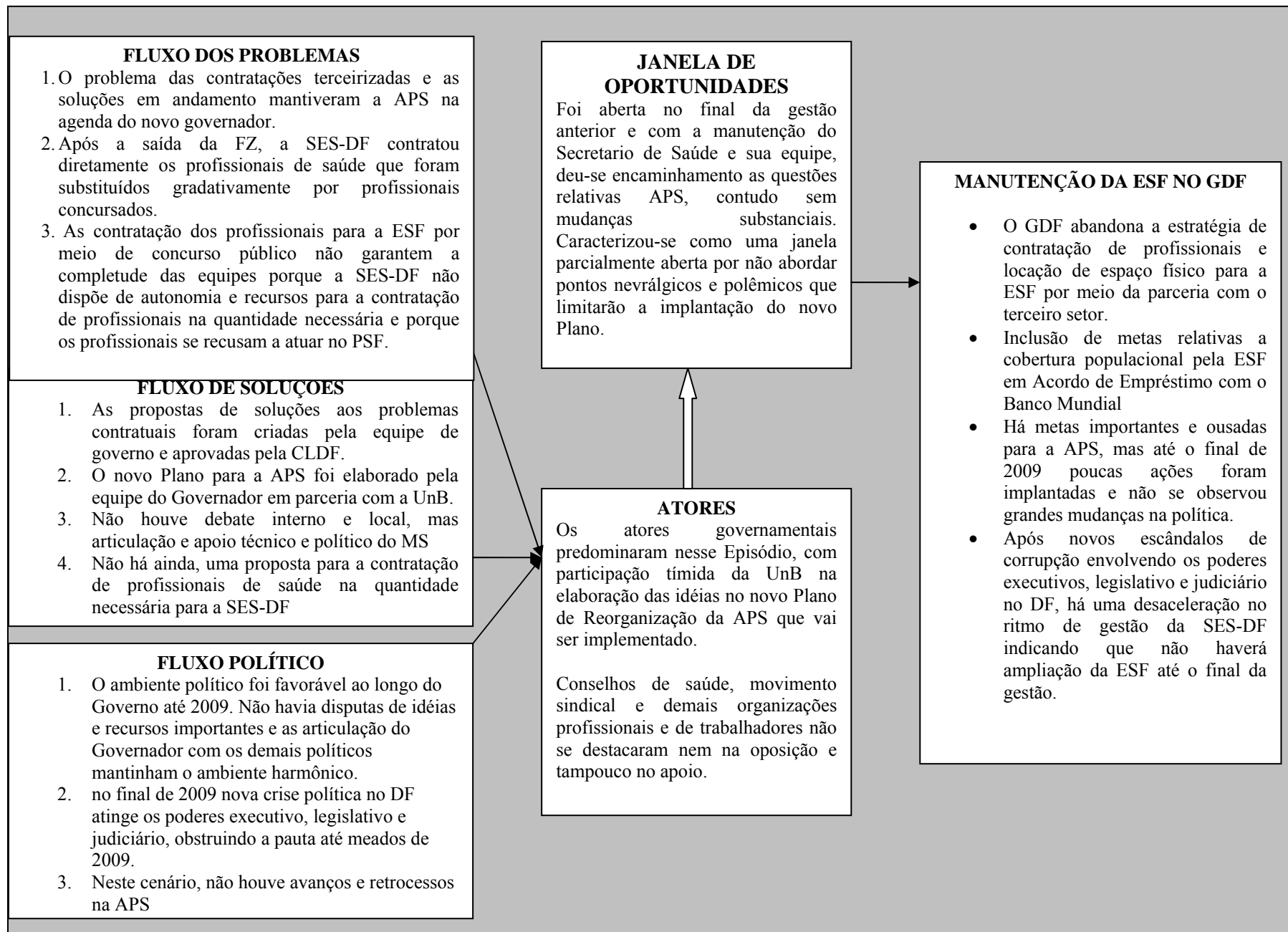
Em relação à APS, especificamente, observou-se certo abandono por parte dos grupos – sindicatos e os órgãos de controle do estado – à medida que se resolveu a forma de contratação dos profissionais, esvaziando-se o debate local. As atenções deslocaram-se para

as estratégias de terceirização de serviços, que mobilizaram, além dos sindicatos, o movimento estudantil. O apoio institucional e político para a APS foi mantido pelo CONASS, pelo MS e pela UnB; do ponto de vista político, citam-se o próprio governador e alguns deputados federais e distritais, oriundos da carreira pública de assistência à saúde, com importantes formulações sobre a APS. Assim, pode-se afirmar que as propostas desse período eram bem aceitas pelos segmentos sociais, políticos e acadêmicos locais e nacionais.

As questões salariais foram demandadas, principalmente, no final do ano de 2009, quando o movimento sindical adotou nova estratégia para captar a atenção do governo, contratando um instituto de pesquisa para uma avaliação da saúde pública do Distrito Federal, a partir da percepção da população. O resultado da pesquisa apontou o Governador como principal responsável pelos problemas de infraestrutura e de insumos, e desonerou os médicos da responsabilidade pela qualidade e resolutividade da assistência. Desse modo, sobressaíram-se nesse episódio o *staff* do governo e o movimento sindical. Não se observou atuação de empreendedores políticos, capazes de unir os fluxos e abrir oportunidades para mudanças mais ousadas na política. Tampouco, identificou-se a atuação de grupos de especialistas, oriundos da comunidade acadêmica, com capacidade de atuar na melhoria das propostas políticas.

Em relação à **janela de oportunidade**, observou-se que essa foi aberta no Episódio anterior e, permitiu a entrada da APS na agenda após a crise política do governo, que deixou rescaldo para o mandato 2007-2010. A saída da crise levou à construção de alternativas para a contratação de pessoal para a APS no primeiro governo. Entretanto, não se visualizou melhor aproveitamento dessa janela, para a apresentação de propostas mais ousadas e consistentes sobre a APS. Faltou a atuação de uma liderança da saúde para complementar a atuação do Secretário que, embora gozasse de proximidade com o Governador, não militava na área da saúde e optou pela realização de atividades importantes para a continuidade da política, sem decisões novas, e de caráter “burocrático”.

Ao longo dos anos de 2007 a 2009, perdeu-se a oportunidade, aberta no primeiro ano do governo, esvaziou-se a atuação de grupos depois da solução dos pleitos trabalhistas e, ao final, sucumbiu-se ante o advento dos novos escândalos políticos. Segundo Kingdom (2003), a janela permanece aberta, apenas, por um período, fechando-se em seguida, porque as questões competem para entrar na agenda de decisões governamentais. Assim, a janela política abriu-se, parcialmente, e não se manteve aberta.



CAPITULO 8

A FORMAÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL A PARTIR DO MODELO DOS MÚLTIPLOS FLUXOS

Neste capítulo retomam-se os objetivos e as premissas iniciais da tese e, em uma perspectiva longitudinal, busca-se responder às questões que nortearam cada uma das categorias, perpassando todos os Episódios. Por fim, apresentam-se as conclusões sobre a política e algumas observações sobre a aplicação do modelo de Kingdon (2003).

Em relação à política de APS, partiu-se da concepção que o modelo de sistema de saúde no Distrito Federal, hoje, é predominantemente hospitalocêntrico e biomédico, em que pese a APS ter entrado na agenda do governo local, desde o final da década de 70 e ter sido alvo de sucessivos planos de reorganização ao longo de, aproximadamente, 30 anos. A evolução dessa política ocorreu de forma descontínua e fragmentada e, atualmente, caracteriza-se pelo baixo potencial resolutivo para os problemas de saúde da população; está submissa e acessória ao modelo hospitalar, com frágil capacidade de operacionalização dos princípios de coordenação do sistema, longitudinalidade, abordagem familiar, orientação comunitária, e não se impõe como porta de entrada ao sistema e à atenção integral (STARFIELD, 2002).

Nesse sentido, um dos argumentos centrais desta tese, era que as explicações para a atual situação da APS, no Distrito Federal, estivessem no processo de formação da agenda governamental; nos aspectos relativos às decisões tomadas; na leitura e na interpretação dos problemas; nas alternativas escolhidas para enfrentá-los; no meio político e na atuação dos atores, o que quer dizer que, explicações estão na dimensão política da política de saúde. Uma análise pormenorizada dos aspectos da formação dessa política poderá construir uma explicação plausível para o cenário atual, desvelar aspectos a serem observados na gestão, na evolução dessa política e, até, recomendar componentes e dimensões de gestão, que deverão ser observados com mais rigor por formuladores e gestores.

Em um olhar longitudinal, observaram-se o fluxo dos problemas, das soluções propostas, do político, da atuação dos atores e das janelas de oportunidades políticas. Para facilitar o acompanhamento dos fluxos, todos serão precedidos de um quadro com dados remissivos.

8.1 FLUXO DOS PROBLEMAS

O fluxo dos problemas, na formação da política de APS no Distrito Federal, foi analisado, buscando-se responder às seguintes questões: Qual foi a leitura do problema que originou a política e motivaram as mudanças posteriores? Quais foram os problemas subjacentes que conduziram a APS para a agenda do governo local (janela política)? Partiu-se das três formas como os problemas capturam a atenção governamental, propostas por Kingdom (2003):

- 1) indicadores que apontam e mensuram a magnitude de uma situação ou problema;
- 2) ocorrência de eventos, crises, desastres ou uma experiência pessoal;
- 3) *feedback* oriundo do monitoramento do orçamento, dos custos ou dos problemas.

Desse modo, e conforme se visualiza no Quadro 8, verificou-se que os indicadores demográficos, epidemiológicos e sociais, abundantes no setor saúde, foram usados para justificar as propostas de forma mais evidente, nos Episódios 1 e 2. Nos demais, os indicadores, embora presentes, não agregaram aspectos importantes para a decisão. Além disso, no Episódio 3, sequer houve projeto que dificultasse a observação sobre os indicadores no processo decisório. Verifica-se, então, que o *feedback* oriundo do monitoramento do orçamento, custos ou problemas, exerceu pouco ou nenhum papel na leitura e na interpretação dos problemas da APS, sinalizando a baixa capacidade de legibilidade social na gestão local.

Isso implica dizer que não foram os problemas clássicos do setor saúde, que mobilizaram a formulação e as mudanças na política de APS nas suas diferentes modificações ao longo dos 5 Episódios, salvo no primeiro. Além disso, uma visita rápida aos indicadores de cobertura populacional pelo PSF e oferta de serviços hospitalares e de emergência, evidencia baixíssima modificação ao longo do tempo, com, ou sem PSF. Essa constatação corrobora a percepção construída ao longo desta tese, que não são os indicadores da situação de saúde que alavancam a entrada da APS na agenda do governo local. Esse papel tem sido desempenhado pelas crises, quando são produzidas pela ação dos movimentos sociais locais, ou ação dos órgãos de controle ou em virtude da adaptação às mudanças nos marcos institucionais.

QUADRO 8 – O fluxo dos problemas

PLANO J F (1979 a 1994)	<ul style="list-style-type: none"> • Indicadores apontavam situação precária de saúde da população e crise financeira do INAMPS limitava o aumento dos serviços médicos hospitalares, forçando os atores a ocuparem-se com a formulação de propostas alternativas.
REMA e o PSC (1995 a 1998)	<ul style="list-style-type: none"> • Indicadores apontavam esgotamento da oferta de serviços de saúde, com sobrecarga nos serviços hospitalares e baixa adesão da população aos CSs; • O Sistema era hospitalocêntrico e dispendioso. • A contratação dos profissionais para ampliação de serviços requeria negociação com o Governo Federal. • A SES-DF não dispunha de autonomia para gerir o sistema de saúde. • Interrupção intempestiva do PSC cria crise política interna no GDF.
PSF (1999 a 2002)	<ul style="list-style-type: none"> • O PSF foi fortalecido pelo GF nos aspectos políticos, normativos e financeiros. • A NOB 1996 e a NOAS 2001 fortalecem o PSF e a organização da gestão do SUS nas diferentes esferas de governo • A SES-DF ainda não era credenciada como Gestão Plena do Sistema de Saúde. • A reimplantação do PSF esbarra na dificuldade de contratação de profissionais de saúde em grande quantidade e com perfil adequado. • Crise na política, na gestão da SES-DF e nas relações intergovernamentais.
PFS (2003 a 2006)	<ul style="list-style-type: none"> • Desgaste político do governador por denúncias de corrupção e malversação de recursos no GDF, envolvendo a parceria entre o ICS e a SES-DF. • A manutenção do PSF era condição para a Gestão Plena do Sistema de Saúde e para a participação do GDF no PROESF do MS. • A provisão de profissionais de saúde continua sendo o grande obstáculo à implantação do PFS, assim como a provisão dos insumos cotidianos. • O problema das contratações terceirizadas e as soluções em andamento mantiveram a APS na agenda do novo governador.
ESF (2007 a 2009)	<ul style="list-style-type: none"> • Após a saída da Fundação Zerbini, a SES-DF contratou diretamente os profissionais de saúde que foram substituídos gradativamente por concursados. • As contratação por meio de concurso público não garante a completude das equipes pela recusa dos profissionais em atuarem na ESF, gerando insuficiência quantitativa.

Fonte: Göttems, 2010.

Verificou-se, nos Episódios (à exceção do primeiro) que as crises políticas foram os eventos que mais contribuíram para a captura da atenção governamental para a APS. Observou-se uma situação paradoxal, nas quais o PSF exerceu um duplo papel: nos momentos

de fragilidade do governo local, a saúde é a área social escolhida para a produção de respostas rápidas para a população, por meio do PSF.

Por outro lado, a operacionalização desse Programa, ou Estratégia, requereu do governo maior flexibilidade administrativa para contratação de pessoal, locação de imóveis e provimento de insumos, justificando as parcerias com o terceiro setor por três vezes consecutivas. Se, por um lado, essas parcerias foram as primeiras experiências de flexibilidade administrativa, por outro, parecem ter contribuído para a organização dos primeiros esquemas de corrupção no governo local, configurando-se como pivô central de novas crises em, pelo menos, dois episódios. O paradoxo é que, o PSF, no Distrito Federal, parece ter produzido tanto um efeito placebo, como um iatrogênio nesses momentos. No primeiro caso, pelas próprias características do PSF, que encenava uma boa resposta do GDF aos problemas sociais, instalando equipes nas comunidades mais fragilizadas, construindo-se um imaginário de grandes expectativas; no segundo, pela forma de operacionalizar o PSF que, contrariando os dispositivos contrários, produzia ou agravava crises.

Para melhor compreensão do que se está denominando de “crises”, citam-se os momentos de maior fragilidade do governo local, seja pelo confronto com o marco institucional, seja pela baixa capacidade de resposta ou quando a relação com a sociedade civil dá sinais de desgaste na aceitação do governo. Esses são os momentos em que as atenções dos políticos, gestores e funcionários públicos, entre outros, foram mais capturadas, levando-os a decisões mais efetivas sobre os problemas da realidade cotidiana. Os fenômenos mais frequentemente encontrados no desenvolvimento da política de APS no Distrito Federal, foram os confrontos com grupos de pressão, órgãos de controle do estado, mudanças nas diretrizes das políticas de saúde e das mudanças nas relações intergovernamentais. Todos contribuíram para a entrada de questões cotidianas na agenda do GDF.

É mister lembrar, para ilustrar as afirmações acima, que no final do Episódio 1, a SES-DF viveu um primeiro confronto com o movimento sindical em função da repercussão da APS sobre o trabalho médico, desgastando a implantação do Plano Jofran Frejat, com a evasão de profissionais dos centros de saúde para os hospitais; no segundo Episódio viveu-se a fragilidade do governo pela baixa visibilidade do setor saúde, que gerou troca de secretário e proposição do PSC como estratégia de mudança no sistema de saúde e aproximação com o governo federal, entre outros; no terceiro, ocorreu a ruptura intempestiva da implantação do PSC, com a retomada imediata desse modelo sob a denominação PSF; no quarto, dá-se a conjunção entre denúncias de corrupção e mudança das diretrizes da regulação do trabalho na saúde, que conduziram a APS à agenda estratégica do governo. Em 2009, ocorreu o fenômeno

da corrupção generalizada no Governo, cujos efeitos ainda não podem ser apontados nessa tese visto que os efeitos estão em curso.

As formas de contratação de pessoal para o PSF exemplificam bem a dinâmica da entrada de questões na agenda do governo local. Tratada como uma questão da micropolítica, durante o período de 1994 a 2009, resumia-se à questão: “Como contratar profissionais de saúde na quantidade e com o perfil necessário para atender às metas de cobertura definidas no plano e pactuadas com o MS”? Essa foi a principal indagação que mobilizou gestores, ao longo de, pelo menos 15 anos, no Distrito Federal e, certamente, em outros lugares do país.

A condição do Distrito Federal agravava o problema, porque nessa unidade federativa o emprego público predomina e o Governo Federal custeia a maior parte dos servidores (saúde, educação e segurança). As soluções propostas e assumidas pelo GDF, durante os anos de 1995 a 2007, eram as parcerias com o terceiro setor, ambientadas no clima nacional, que engendrava o marco regulatório do terceiro setor e das parcerias público-privadas. Somente, depois de as parcerias público-privadas tornarem-se combatidas pelos Ministérios da Saúde e Público do Trabalho, assim como pelo movimento sindical, é que esse problema ascendeu à agenda do Governo do Distrito Federal. A partir daí, entre 2006 e 2007, a construção de soluções envolveu o executivo, o judiciário e o legislativo, retirando-se da agenda as parcerias com o terceiro setor para contratação de pessoas, as quais passaram a ser usadas para a contratação de serviços de média e alta complexidades.

A mudança das diretrizes da política de recursos humanos na saúde e as denúncias de corrupção, que fragilizavam o Governo, associadas à iminência de um terceiro desfecho caótico para o PSF, no Distrito Federal, criaram uma crise de credibilidade no GDF, que levou a APS para a agenda estratégica do governo. Entretanto, sem a pretensão de esgotar e aprofundar essa questão, foi possível verificar que, depois de solucionado o problema, por meio da criação de Lei e da realização de concurso público, entre outras ações, a provisão de profissionais de saúde reconfigurou-se e desvelou outros entraves que fugiram do domínio do Governo. Nessa questão, situa-se a recusa dos profissionais de saúde em atuarem nas unidades básicas de saúde, na ESF, na periferia, enfim, na Atenção Primária à Saúde, o que reforça a concepção do PSF como “cuidado de saúde de pobre para pobre”. Esse cenário, mais evidente, a partir de 2008, requererá exame detalhado por diferentes grupos envolvidos nas políticas de saúde – especialistas, corporações, políticos, gestores, entre outros –, sob o ponto de vista jurídico, legal e administrativo. Essa questão, se não tratada com a complexidade requerida, poderá inviabilizar a ampliação da oferta de serviços de saúde no Distrito Federal, em todos os níveis, atingindo, especialmente, a APS.

Por fim, é importante ressaltar que embora a corrupção não tenha sido abordada com profundidade, nesta tese, foi possível observar que esse fenômeno permeia e assombra a gestão da saúde e tem efeitos perversos: gera desconfiança generalizada e desmotivação nos atores que movem a micropolítica de saúde; alimenta insatisfação e descuido da população com o uso dos serviços de saúde, além de provocar rupturas e descontinuidades no desenvolvimento da política de saúde. Pelos efeitos nocivos que produzem na gestão da saúde sugere-se que em outros estudos, esse fenômeno seja mais bem aprofundado.

8.2 O FLUXO DAS PROPOSTAS E SOLUÇÕES

O fluxo das propostas na formação da política de APS no Distrito Federal foi analisado, buscando-se responder às seguintes questões: como surgiram e evoluíram as ideias que compuseram os diferentes planos voltados para a APS no Distrito Federal? Quem as gerou? Quais eram as demais alternativas de solução? Sendo assim, buscaram-se a evolução do pensamento sobre APS, bem como as características das propostas que sinalizavam para a existência de confiabilidade técnica, aceitabilidade e capacidade de antecipação de restrições futuras.

No fluxo de propostas, sumarizado no Quadro 9, observou-se que houve mudanças incrementais na concepção, nas ideias e nos valores sociais, entre os Planos apresentados e aceitos nos períodos de 1979 a 1994, entre 1995 a 1998, e depois desse período.

QUADRO 9 - O fluxo das propostas

<p>PLANO JOFRAN FREJAT (1979 a 1994)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O Plano de Assistência à Saúde no DF representava valores compartilhados com a comunidade acadêmica e política internacional, nacional e local; era viável tecnicamente e seus custos não eram altos.
<p>REMA e o PSC (1995 a 1998)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • REMA: conservava o modelo em sua organização original e propunha fortalecimento da gestão (insumos, recursos humanos, convênios, compras, etc.) e no controle social (conselhos regionais de saúde). • Foi substituído pelo PSC proposto pelo MS, que propunha reformulação do modelo assistencial, implicando em contratação de profissionais, por meio da terceirização, e locação de imóveis.
<p>PSF (1999 a 2002)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O novo governo rompe com o PSC e propõe o PSF; • Na reimplantação, buscou-se instalar as equipes nos CSs tradicionais, diminuir diferenças salariais entre profissionais do PSF e da SES-DF, estimular a adesão dos servidores públicos ao PSF. • Manteve a contratação terceirizada de profissionais e sucumbiu à locação de imóveis.
<p>PFS (2003 a 2006)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O PSF é denominado PFS; • Mantém a terceirização dos contratos dos profissionais e locação de imóveis; • Ocorre mudança da entidade parceira, do ICS para Fundação Zerbini (OSCIP). • A forma de implantação desconsidera as novas diretrizes nacionais sobre a gestão do trabalho em saúde e as recomendações da VI Conferência de Saúde do DF.
<p>ESF (2007 a 2009)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O PFS passa a ser denominado ESF; • Rompe-se com as parcerias e com a terceirização contratual; • O novo governo aproveita a “lua de mel”, cria Lei que permite à SES-DF contratar profissionais e resolve a fragmentação na gestão da APS; • Novo Plano para a APS elaborado pela equipe do Governador, em parceria com a UnB e apoiado pelo MS. • O concurso público ainda não é suficiente para a quantidade necessária de profissionais de saúde e enfrenta resistência dos profissionais.

Fonte: Göttems, 2010.

No primeiro período (Episódio 1), a proposta adotava o ideário da APS apresentado na Conferência de Alma Ata e pelo sistema de saúde inglês. No segundo Episódio, foi apresentada uma alternativa para enfrentar o esgotamento da primeira proposta, com a incorporação do Programa Saúde da Família, que objetivava ampliar a oferta e facilitar o acesso aos serviços, implicando o aumento quantitativo de profissionais e de unidades

básicas. A mesma proposta repetiu-se nos dois episódios seguintes, com algumas modificações no último (Episódio 5). Assim, o fluxo das propostas caracteriza-se pela persistência da mesma ideia, durante aproximadamente 13 anos, com mudanças incrementais, geralmente, orquestradas pelo Governo Federal. Como exemplos, citam-se as recentes associações entre o ideário da APS e outras propostas, como a descentralização do atendimento de urgência, que geraram novos serviços como as UPAs, na segunda metade dos anos 2000-2010.

Na origem das ideias que compuseram as propostas implantadas no Distrito Federal, o Ministério da Saúde figurou como a entidade com maior capacidade de difusão, gerando mudanças e soluções. Com isso, a adesão no nível local foi influenciada pela existência, ou não, de alinhamento político-partidário, de interesses recíprocos de ambos os governos, além da capacidade de indução do MS por meio de incentivos e diretrizes.

No nível local, foram as sucessivas tentativas de implantação da mesma ideia, que chamaram a atenção. Sem inovações entre uma proposta e outra, todas sucumbiram ante seu maior desafio: produzir rupturas no modelo hospitalar, oneroso e pouco resolutivo, por meio do fortalecimento da APS. Por outro lado, com exceção do primeiro Episódio (1979 a 1994) e do último (2007-2009), todas as propostas insistiram no mesmo modelo de implantação, paralelo ao sistema público de saúde, o que favoreceu a construção do caráter provisório e acessório da APS, concedendo-lhe frágil potencial de resolutividade e de articulação com os demais pontos da assistência. As mudanças, sempre foram incrementais e tiveram pouca capacidade de antever restrições futuras, que no caso, referiam-se à regulação do trabalho. Em parte, a incompletude das propostas pode ser explicada pela predominância dos atores governamentais, especialmente, dos servidores públicos e do *staff* do governo, na sua formulação, com pouca capacidade de difusão das soluções entre grupos de interesse e especialistas.

Em todos os Episódios, os planos eram formulados e apresentados no âmbito da administração, por meio da equipe da SES-DF, liderada pelo gestor da saúde. A participação da Câmara Legislativa é pouco destacada, com exceção dos Episódios 2 (1995-1998) e 3 (1999-2002), em que o Secretário de Saúde era profissional de saúde com mandato legislativo. Nesses momentos, o Secretário de Saúde foi o articulador do debate com a comunidade política. Foi, também, pouco expressiva em todos os Episódios, a participação da comunidade acadêmica, grupo especialmente preparado para opinar e contribuir na geração de novas ideias, o que pode explicar as mudanças incrementais entre uma proposta e outra.

A partir dessas evidências, algumas proposições podem ser emitidas nesse fluxo das propostas. A primeira delas diz respeito à intencionalidade presente nos planos e projetos de implantação da ESF no Distrito Federal. É fundamental superar a ideia de implantar a ESF para desafogar os hospitais, expectativa descrita em todos os planos. A ESF é uma estratégia de ampliação de acesso e de reorganização do modelo assistencial, que pressupõe articulação em rede com os demais pontos da atenção à saúde; deslocamento do foco dos problemas de saúde agudos para os crônicos; anteparo da média e alta complexidades, entre outros aspectos. Na condição de complemento e de retaguarda dos hospitais, não há potencial de mudança.

Outro aspecto relevante a ser apontado é a necessidade de o GDF e, especialmente a SES-DF, criar canais de articulação com outras instituições, especialmente, com universidades e centros de pesquisa nacionais e internacionais, que podem contribuir para a construção de alternativas políticas mais adequadas à condição do Distrito Federal. Tais alternativas devem, igualmente, responder aos princípios de acesso universal, de equidade e de integralidade, e ser sustentáveis no contexto de transição demográfica que o Distrito Federal seguirá enfrentando. A insistência no mesmo modelo já deu mostras de insuficiência para grandes centros, com características semelhantes às do Distrito Federal.

8.3 O FLUXO POLÍTICO

O fluxo político foi analisado com base nas questões: Qual era o contexto político-institucional que fortaleceu ou enfraqueceu o problema e as propostas? Quais foram os problemas subjacentes que conduziram a política de APS, no Distrito Federal, para a agenda dos governos? Quais foram as questões que influenciaram as decisões tomadas em relação à posição da política de APS na agenda dos governos? Realizou-se um mapeamento do clima nacional, das forças políticas organizadas e das mudanças no governo, bem como de aspectos que favoreciam, ou não, as mudanças na política de saúde em cada Episódio (Quadro 10).

QUADRO 10 - O fluxo político

<p>PLANO JOFRAN FREJAT (1979 a 1994)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Transição do regime militar para a democracia; • Conquista de autonomia política do DF, organização dos partidos e eleições diretas para governador e Câmara Legislativa; • Contexto nacional com intenso movimento pela Reforma Sanitária que apostava na saúde como direito universal e exigia a ampliação de acesso e descentralização da gestão.
<p>REMA e o PSC (1995 a 1998)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Clima nacional e local de entusiasmo e mobilização social pós-transição democrática; • Segunda eleição direta no DF e no GF depois da transição democrática, fortalecendo ideias inovadoras; • A eleição do PT representava grande mudança nas forças políticas conservadoras que até então governavam o DF; • A adoção do PSC pela SES-DF representava alinhamento de agendas entre o GDF e o GF (PSF).
<p>PSF (1999 a 2002)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Eleição do Governador J. Roriz com disputa apertada com o Ex-governador Cristóvam Buarque acende revanchismo político-partidário, levando à ruptura intempestiva do PSC; • A eleição de candidatos aliados à Presidência e ao GDF cria ambiente favorável ao DF; • Manutenção da equipe do MS mantém apoio técnico ao DF, auxiliando a SES-DF na “re-implantação” do PSF e credenciamento da SES-DF na Gestão Plena do Sistema de Saúde, bem como na conquista de Lei que regulamenta o Fundo Constitucional para o DF.
<p>PFS (2003 a 2006)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A eleição de Lula para a Presidência e reeleição do J. Roriz polariza as relações político-partidárias entre os dois níveis de governo. • O Governador Roriz iniciou seu segundo mandato sob grande pressão política com graves denúncias de corrupção e malversação de recursos públicos. • As forças políticas locais faziam forte oposição ao Governador. • A pressão dos órgãos de controle levou à ruptura com as parcerias entre GDF e ICS e abertura de processos contra o Governador. • O apoio da Câmara Legislativa ao Governador custou mudanças na gestão da SES-DF.
<p>ESF (2007 a 2009)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O ambiente político foi favorável ao longo do Governo até 2009. • Não havia disputas de ideias e de recursos importantes; as articulações do Governador com os demais políticos mantinham o ambiente harmônico. • No final de 2009, nova crise política no DF atinge os poderes executivo, legislativo e judiciário, obstruindo a pauta para propostas em todas as áreas. • Nesse cenário, não foi possível aferir avanços ou retrocessos na APS.

Fonte: Göttems, 2010.

Observou-se que as relações intergovernamentais, especialmente, entre o MS e o GDF por meio da SES-DF, figuraram um divisor de águas nos diferentes Episódios. Além disso, o processo de constituição no Distrito Federal, de um espaço político próprio após a conquista da autonomia política, superando o seu papel de capital do país exerceu um papel importante na formação da política de saúde.

A dinâmica da relação intergovernamental foi marcada por intensa polarização e repolarização político-partidária, fato que pode ser exemplificado com a seguinte situação: no período de 1999 a 2002, o GDF interrompeu a implantação do PSC e implantou o PSF, com a mesma proposta e com a mesma parceria, em um período de aproximadamente 8 meses, sem nenhuma manifestação do MS. A conduta ministerial é, certamente, explicada pelas relações de apoio mútuo entre o Governador Joaquim Roriz e o Presidente da República, Fernando Henrique Cardoso. Movimento contrário ocorreu no período de 2003 a 2006, em que houve um “patrulhamento”⁷⁶ do MS sobre o GDF, culminando com a interrupção do PSF, semelhante ao ocorrido no ano de 1999. O primeiro argumento da relação conturbada era a parceria do GDF, com entidade do terceiro setor, para a operacionalização da ESF, combatida pelo Governo Federal. O segundo argumento era a polarização política entre os governos do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva e de Joaquim Roriz.

O processo de formação do espaço político do Distrito Federal e suas ambivalências sumarizadas pelas disputas entre forças conservadoras e bases oposicionistas, especialmente representados pelos partidos políticos PMDB e PT, acrescidas da complexa expansão territorial do Distrito Federal, exercem forte influência na formação da política de Atenção Primária, observada em todos os episódios. O **Episódio 1** representou o período de busca pela constituição deste espaço político local.

Verificou-se que, embora o contexto político nacional fosse favorável, pela ditadura militar, contribuindo para a entrada da APS na agenda do governo local, o desenvolvimento da política de saúde sofreu influências da organização dos partidos políticos no Distrito Federal, porque tornou a gestão do setor saúde complexa. Tal fato culminou na demonstração de forte oposição da corporação médica ao plano Jofran Frejat, principalmente, a partir de 1985. A realização da primeira eleição direta no Distrito Federal tem importante papel, na medida em que transforma o migrante em principal alvo das campanhas políticas e a questão da terra pública como principal moeda de negociação. Ainda não havia espaço na agenda do GDF, em meados da década de 90, para as questões sociais, que competiam com a

⁷⁶ Termo usado por um dos entrevistados para descrever o grau de tensão na relação entre os dois governos.

questão fundiária. Nesse sentido, a saúde seguia como problema da micropolítica, com pouco debate entre os grupos locais.

No **Episódio 2**, o ambiente político aprofundou suas ambiguidades. Por um lado, havia um clima nacional de entusiasmo frente a recente democratização do país, com eleições diretas, bem como com as conquistas das Leis que configuraram o SUS, cuja implantação era um grande desafio, iluminado pela entrada na agenda federal do Programa Saúde da Família.

No nível local, a eleição do PT significava uma grande mudança nas forças políticas que até então governavam o Distrito Federal, mas, por outro lado, implicava em assumir-se uma polarização político-partidária entre os dois níveis de governo. Assim, a adoção pela SES, do PSF como estratégia para a implantação do SUS, no Distrito Federal, representava compartilhamento de ideias e alinhamento político entre os governos, mas representava demarcação de diferenças com os grupos conservadores do Distrito Federal. O alinhamento das agendas entre os dois níveis de governo, se por um lado, contribuiu para neutralizar a oposição ao PSF/PSC, no Distrito Federal, pelo menos durante o período de 1995-1998, por outro, materializou a disputa de propostas no nível local e foi o vetor de mudanças no Episódio seguinte.

O contexto político local estava, positivamente, contaminado pelo anseio democrático e pela participação popular, pela mobilização social e pelo ideário do Partido dos Trabalhadores. A saúde invadiu o ambiente político, tornando-se tema das campanhas eleitorais dos partidos, de debates na Câmara Legislativa Local e de disputas sindicais. Desse modo, é possível afirmar que o clima nacional era favorável ao PSC, pois as forças políticas locais estavam, suficientemente, organizadas para a sua inclusão na agenda, atendendo aos indicadores de Kingdon (2003).

No **episódio 3**, o fluxo político caracteriza-se da seguinte forma: havia clima nacional favorável, representado pelo alinhamento político entre o GDF e o Governo Federal, associado à forte indução do MS em prol do PSF; as forças políticas organizadas locais foram ferrenhas na crítica ao governo, pela forma de interrupção do PSC, o que induziu a produção de respostas imediatas, destacando-se as dos partidos políticos que perderam a eleição, no caso o PT; houve a mudança no governo local, com troca do secretário de saúde e do governador, assim como de todo o corpo administrativo do GDF. O PSF foi interrompido e implantado ao longo de um ano, com repercussões negativas para a população, para os profissionais de saúde e para os demais segmentos sociais, sem ruídos nas relações intergovernamentais.

Neste Episódio, ao contrário do anterior, o PSF foi reduzido em sua capacidade de mudança no sistema de saúde, mas foi mantido como símbolo do alinhamento de agendas entre os governos nacional e local. Além disso, a proposta sofreu influência do retorno dos grupos conservadores ao GDF e suas práticas clientelistas ao longo do processo de desenvolvimento do PSF no período. São exemplos dessas práticas, a criação de incentivos financeiros para a participação de servidores públicos no PSF e isonomia salarial entre terceirizados e concursados, entre outros, voltados para a acomodação de interesses, em detrimento de ações que fortalecessem o PSF em seu potencial de mudança do sistema de saúde.

No **Episódio 4**, o fluxo político sofre novas mudanças. As relações intergovernamentais são polarizadas do ponto de vista político-partidário. Por outro lado, o MS dá sinais de intolerância ao GDF e SES-DF, sobre as irregularidades que envolviam o setor saúde. No Distrito Federal, o contexto político-partidário era de confronto aberto e a fragilidade política do governador era visível. O setor saúde configura-se em parte importante na crise política do governador.

Em outras palavras, nesse Episódio todos os indicadores de Kingdom (2003), sobre o fluxo político, tais como as mudanças no governo, as forças políticas organizadas e o clima nacional não eram favoráveis ao Distrito Federal. A alternância de governo local não aconteceu, embora tenha ocorrido no Governo Federal, desfavorecendo o Distrito Federal. Além disso, ameaçado de cassação, durante mais da metade do mandato (2003-2006), as negociações para garantir legitimidade e governabilidade ocuparam, completamente, a agenda política do Governador. Por outro lado, as denúncias (35 processos) abalaram, em muito, sua reputação e contribuíram para que o apoio dado ao setor saúde repercutisse, negativamente, na gestão da SES-DF, pelo Secretário de Saúde.

Além do contexto político-partidário desfavorável, a estratégia de implantação do PSF, com parcerias entre o setor público e o setor privado passou a ser combatida com a criação do Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS – Desprecariza-SUS, o que atingiu, radicalmente, o GDF, colocando-o em situação mais vulnerável política e juridicamente.

No **Episódio 5**, o contexto político inicial foi bastante favorável a mudanças profundas e estruturantes na política de APS, até o final do ano de 2009. As avaliações feitas pelo governo, com o intuito de monitorar a aceitabilidade da população, indicavam que havia insatisfações em relação ao desempenho da saúde. Esses resultados favoreceram o gradativo apoio da equipe do governo aos investimentos na APS, para a qual foi importante, a

nomeação da Diretora da DIASP, pessoa próxima e de confiança do governador, o que resultou na aposta de melhoria da avaliação do governo, na área da saúde, com a melhoria da APS.

Nesse período, também, as relações com o MS foram favoráveis, dado o intercâmbio estabelecido entre os técnicos da SES-DF e os do MS. A migração de técnicos do MS para a SES foi determinante para a melhoria da relação entre esses dois órgãos. É possível identificar, ainda, que o avanço nas resoluções de questões nevrálgicas da APS, tais como a forma de implantação e de contratação de profissionais, foi facilitado porque, depois das eleições para governador do Distrito Federal, não houve troca de Secretário de Saúde e de sua equipe, os quais já conheciam os problemas do setor saúde. Por outro lado, havia confiança e proximidade entre secretário e governador, possibilitando o encaminhamento de Projetos de Lei, para a contratação de profissionais pela SES-DF. Nesse caso, a eleição não causou rupturas e, sim, continuidades. As mudanças posteriores de Secretários foram realizadas em momentos em que a APS já estava mais fortalecida e a proposta evoluía na formulação e no debate e ganhava espaço e notoriedade na SES-DF.

Os indicadores dessa notoriedade são o interesse do secretário Augusto de Carvalho que, por ser parlamentar, dedicou-se a formular projetos para enfrentar o problema da recusa dos médicos em atuarem no PSF; a necessidade de fortalecimento da coordenação do Estado na APS, com a criação de Subsecretaria específica para a APS; o encaminhamento da construção de novas UBSs e o enfrentamento de resistências à conversão dos CSs tradicionais em UBS, com ESF, os quais não enfrentaram forças políticas contrárias.

8.4 OS ATORES

A identificação dos atores pautou-se pelas questões: Quais atores predominaram no desenvolvimento da política de APS: servidores públicos, membros da câmara legislativa, acadêmicos e, ou pesquisadores? Quais foram os atores e grupos de defesa e de oposição às propostas de reorganização da APS no Distrito Federal? De uma forma sintética as respostas podem ser visualizadas no Quadro 11.

Assim, em relação aos **atores**, observou-se que nas décadas de 80 e 90, os trabalhadores da saúde, por meio do movimento sindical, tinham participação expressiva nas decisões sobre as políticas de saúde, e eram capazes de pautar o governo do Distrito Federal, principalmente, por meio de greve.

QUADRO 11 - Os atores

<p>PLANO JOFRAN FREJAT (1979 a 1994)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atores governamentais: servidores públicos: Os médicos apresentam oposição à ideia da APS; Os enfermeiros apóiam parcialmente a proposta. • Atores não governamentais: professores e pesquisadores da UnB desenvolvem experiências inovadoras que influenciam a elaboração do Plano Jofran Frejat. Retiram apoio ao longo do processo.
<p>REMA e o PSC (1995 a 1998)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atores governamentais: profissionais contratados para o PSC, ocupantes de cargos nomeados pelo Governador apóiam o PSC; servidores públicos da SES-DF opõe-se; • Não governamental: conselhos de saúde e representantes de segmentos populacionais apóiam o PSC; partidos políticos e sindicatos dos enfermeiros e dos médicos, opõem-se.
<p>PSF (1999 a 2002)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atores Governamentais: servidores públicos locais, staff do GDF, MS apóiam o PSF; • Não governamentais: sindicato dos médicos e associação médica opõem-se ao PSF.
<p>PFS (2003 a 2006)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atores governamentais: servidores públicos apresentam apoio parcial; • Não governamentais: os órgãos de controle sobressaem-se, fazendo forte oposição (MPDF e TCDF) assim como o DENASUS do MS. • Participação inexpressiva do movimento sindical.
<p>ESF (2007 a 2009)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atores governamentais: servidores públicos predominam e apóiam. • Não governamentais: Conselhos de saúde, movimento sindical e demais organizações profissionais e de trabalhadores não se destacaram, nem na oposição e, tampouco, no apoio. UnB participa, apoiando o nono Plano de Reorganização da APS.

Fonte: Göttems, 2010.

Entretanto, observou-se que, ao longo do desenvolvimento da política de APS, a formulação e a apresentação de propostas estiveram, majoritariamente, centradas nos atores governamentais, geralmente, servidores públicos, que assumiam funções gerenciais, indicadas pelo governador. Todas as propostas surgiram do governo que mobilizava suas forças políticas para apreciação e aprovação, seja na Câmara Legislativa, no Conselho de Saúde ou nos Colegiados de Gestão do SUS – CONASS, CNS e CIT. A obstrução das propostas ocorria por meio de pressões políticas da mídia, dos sindicatos e das associações profissionais. A partir do ano de 2000, a capacidade de forte oposição às propostas do governo passa a ser feita, principalmente, pelo Ministério Público do Distrito Federal e, em alguns casos, pelo

Governo Federal, por meio das relações políticas intergovernamentais e pelo forte poder indutivo do MS.

Do final de 1990, até o de 2009, os atores capazes de pautar o GDF concentraram-se nos órgãos de controle, especialmente, no Ministério Público (MPT-DF) e, em grau bem menor, no Tribunal de Contas e no DENASUS do MS, os quais, por meio de mecanismos legais e jurídicos, forçaram a abertura do governo ao debate e, até ao recuo nas decisões tomadas. Contudo, essa participação limitou-se ao debate de questões micro e específicas da gestão cotidiana do sistema de saúde, com imposições que até se contrapunham ao ideário do SUS. O controle social, exercido pelo Conselho de Saúde e pelas Conferências, demonstrou-se pouco relevante, haja vista, os momentos de completo desacordo com as decisões do GDF, sem que isso provocasse mudança nos processos em curso. Além disso, observou-se inexpressiva participação da comunidade acadêmica e da Câmara Legislativa, especialmente na formulação de propostas e difusão de ideias.

8.5 AS JANELAS DE OPORTUNIDADES POLÍTICAS

A análise da abertura de **janelas de oportunidade política**, traduzida como os momentos em que a APS saiu da micropolítica para a macropolítica, requer igualmente que se revisitem os Episódios que compõem este trabalho, facilitada pelo Quadro 12.

QUADRO 12 - As janelas de oportunidade política

PLANO JOFRAN FREJAT (1979 a 1994)	<ul style="list-style-type: none"> • Eleição indireta para novo governador; • Empreendedor político aproveitou prestígio e acesso aos meios políticos para apresentar e defender a proposta de ampliação de serviços pela APS.F4
REMA e o PSC (1995 a 1998)	<ul style="list-style-type: none"> • Novo governo (REMA) e troca de secretários de saúde (PSC); • Empreendedor político: aproveitou prestígio político local e agenda do governo federal para implantar proposta de fortalecimento da APS pelo PSF.
PSF (1999 A 2002)	<ul style="list-style-type: none"> • Eleição, mudança no governo, má gestão local da saúde, mudanças nas regras da descentralização e do financiamento do SUS e manutenção do PSF na agenda do MS ambientam a proposta de nova roupagem para o PSF no DF.
PFS (2003 A 2006)	<ul style="list-style-type: none"> • Eleição, mudança no GF, manutenção do GDF, polarização político-partidária, mudanças na política de gestão do trabalho no SUS, combatendo a precarização nos vínculos;
ESF (2007 A 2009)	<ul style="list-style-type: none"> • Decisão do GDF pela parceria e pela terceirização; • Crise gerada pela má gestão do PSF no governo anterior; • Manutenção do Secretário de Saúde e sua equipe;

Fonte: Göttems, 2010

No **Episódio 1**, a janela de oportunidade para a entrada da APS na agenda pública abriu-se tanto no nível nacional, quanto local. Houve um alinhamento dos dois níveis de governo, coincidindo as leituras do problema e da diretriz geral da proposta. Se no nível nacional as propostas sobre a atenção primária à saúde foram frágeis, pontuais e localizadas em alguns municípios com iniciativas inovadoras, no nível local, a ação empreendedora das lideranças locais foi fundamental para aproveitar a oportunidade e implantar um projeto com características locais. O momento de entrada na agenda foi o da eleição para Prefeito do Distrito Federal.

No **Episódio 2**, os fluxos foram unidos pela secretária de saúde, dada sua desenvoltura e ousadia, assim como pela sua aguçada leitura panorâmica do cenário nacional e local. Por ter mandato legislativo e, por ter uma carreira política consolidada, a secretária exerceu o papel de empreendedora política, demarcou, por outro lado, posição e oposição a outro empreendedor político, e inaugurou uma fase de disputa de ideias e de modelos de atenção básica à saúde no Distrito Federal, visíveis nos episódios posteriores. Credita-se à sua ação empreendedora, a entrada do PSF na agenda local.

O **Episódio 3**, em contrapartida, caracterizou-se pelo clima nacional favorável, representado, pelo alinhamento político entre o GDF e o Governo Federal. Esse clima, associado à forte indução do MS em prol do PSF e a ação dos partidos políticos de oposição local, induziu a retomada imediata do Programa. Desse modo, a janela de oportunidade foi aberta pelo Secretário de Saúde, em uma ação política de adoção da proposta do MS, como condição para a ampliação de recursos para o GDF e de maior autonomia administrativa.

No **Episódio 4**, a janela abriu-se, parcialmente. Embora não houvesse restrições à proposta da APS, não havia solo fértil para a forma como o Programa foi implantado. O momento era de intenso confronto partidário, de frágil governança por parte do Governador e, de acirramento do debate em torno das formas de precarização do trabalho. A proposta era questionável, desde a ideia inicial até seus resultados e não havia um empreendedor político capaz de gerir e controlar as forças e pressões locais.

No **Episódio 5**, a janela para a entrada da APS foi, sem dúvida, a crise política do governo anterior, que atingiu a SES-DF, profundamente. A saída da crise levou à construção de alternativas para a contratação de pessoal para a APS, à reaproximação com o MS, ao abandono dos projetos milagrosos e à adoção de estratégias mais sustentáveis de implantação da ESF. Contudo, não foi suficiente para ampliar a cobertura populacional e a oferta de serviços básicos. Não se observou a atuação de empreendedores políticos. A crise de

legitimidade do governo, entretanto, teve papel preponderante, mais do que a atuação dos atores.

Em síntese, as **janelas de oportunidade** política foram abertas nos dois primeiros episódios (1979-1994; 1995-1998), por lideranças políticas do Distrito Federal, que somavam mandatos legislativos, liderança sobre a categoria médica e a sua carreira como profissionais de saúde. Foram essas lideranças que uniram os fluxos e produziram as maiores mudanças na política de saúde local. Nos episódios 3, 4 e 5 (1999-2009), não se identificou nenhuma liderança capaz de unir os fluxos e abrir janelas políticas para a APS. As janelas foram abertas por crises políticas e de gestão da saúde nos períodos de 1999 a 2002 e, novamente, de 2003 a 2006. No período de 2007 a 2009, a janela manteve-se, parcialmente, aberta pela permanência da equipe de gestores da SES-DF, que passou, integralmente, de um governo a outro, dando continuidade à agenda e conseguiu resolver a midiática questão da terceirização dos contratos, por meio da Fundação Zerbini. Contudo, não houve proposições mais ousadas em relação à organização da rede assistencial, que caracterizassem melhor aproveitamento dessa janela.

É importante observar que, ao contrário do que propôs Kingdon (2003), as eleições e as mudanças de governos, no Distrito Federal, não representaram os fatores mais relevantes na abertura da janela de oportunidade. Isso se explica, em parte, pela pouca alternância de governadores e dos demais gestores no poder, visto que, ao longo de praticamente três décadas, o GDF foi governado três vezes por Joaquim Roriz (PMDB); uma vez por Cristóvam Buarque (PT) e outra, por José Roberto Arruda, pertencente ao mesmo alinhamento político do primeiro. Os secretários de saúde obedeceram à mesma lógica, uma vez que, a SES-DF foi gerida, por aproximadamente 10 anos pelo mesmo ator, alternada por outros da mesma linhagem ideológica.

O monitoramento e o *feedback* das condições de saúde não parecem, também, representar grandes dispositivos para a mudança na agenda. Os diversos indicadores que o setor saúde acompanha, mensuram em diversas dimensões as condições de vida da população e os resultados das ações implementadas, assim como sinalizam direções para o sistema de saúde que são usadas para justificar planos e projetos. Contudo, exercem baixa influência sobre a agenda do Governo, salvo quando o monitoramento diz respeito à aceitação do Governador, em fases pré-eleitorais. O a baixa utilização do monitoramento do impacto das políticas de saúde na tomada de decisões também encontra coerência na dinâmica da gestão do setor saúde no Distrito Federal.

O desempenho da função de Secretário de Saúde tem sido feita majoritariamente por profissionais de carreira da SES-DF, atuando em uma lógica (CONTANDRIOPOULOS,

2006) moldada pela micropolítica do trabalho cotidiano, predominando as dimensões técnicas e as ações burocráticas na tomada de decisões voltadas para a continuidade das ações de saúde pública. Agrega-se ainda o forte apego às idéias conservadoras sobre a política de saúde e a defesa dos interesses das corporações profissionais, que associados à pouca pressão do controle social, tornam a gestão da saúde centrada nos atores governamentais e insulados no poder executivo,

Nesse contexto, observou-se que as crises políticas e demais fenômenos com grande repercussão, são sem dúvida as que têm maior capacidade de capturar a atenção do Governo e constituem-se em vetores de mudanças na agenda. A fragilidade política dos governos também repercute no setor saúde. A explicação está no fato de que, quando se busca aceitação popular dos Governadores e seus aliados políticos, a saúde é uma das áreas sociais que lhes confere maior e mais rápida visibilidade. Em uma cidade como Brasília, com os melhores indicadores epidemiológicos e sociais do país, o proselitismo político e as ações clientelistas inconsequentes desempenham esse papel político, sem grandes estragos, e demoram em demonstrar-se equivocadas, configurando-se, pois um ambiente favorável para esse tipo de conduta.

8.6 CONCLUSÕES

Os objetivos que originaram esta tese eram analisar, a partir de uma perspectiva processual, a política de Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, de modo a identificar a trajetória, a formação da agenda e a formação da política, no período de 1979 a 2009, aplicando-se o marco teórico de Kingdon (2003); analisar, como os **problemas**, as **alternativas** e o **meio político** inter-relacionaram-se na inserção da APS na agenda e na formação da política no Distrito Federal e identificar a atuação dos **grupos** e dos **atores** envolvidos nas mudanças na organização da atenção primária à saúde.

A partir de análise longitudinal, foi possível concluir que a inter-relação dos problemas, das propostas e do meio político, que promove a inserção da APS na agenda do governo, local tem sido feita pela atuação de lideranças políticas locais; pela mudança de diretrizes nacionais para a política de atenção primária à saúde e pelas crises políticas locais, traduzidas como os momentos de fragilidade dos governos. Observou-se ainda que questões como as relações intergovernamentais, a acomodação de interesses dos diferentes segmentos locais (sindical, controle social, acadêmico e político), a baixa capacidade de legibilidade

social e de apresentação e difusão de propostas também vêm interferindo no desenvolvimento da política de Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal.

Em relação à ESF, é urgente ampliar o debate com comunidades de especialistas, bem como atrelá-las a outras agendas, tais como a da regulação do trabalho em saúde e a retomada da discussão sobre modelos sustentáveis de saúde para os grandes centros. O ajuste das metas, também, se faz necessário, visto que uma cobertura de 70% da população geral do Distrito Federal, conforme o proposto no último Plano de Saúde constitui uma meta inatingível e insustentável, por razões ligadas ao contingente de profissionais de saúde necessário. Ainda que uma reforma geral do Estado e do Direito Administrativo seja feita, e que possibilite a agregação de um contingente expressivo de profissionais, resta refletir sobre a capacidade de coordenação do Estado sobre uma estrutura vasta, que lida com regionais de saúde diversificadas e desiguais.

Em relação aos atores e grupos, verificou-se a predominância dos servidores públicos e demais representantes do poder executivo local e a baixa participação de atores não governamentais. Agrega-se a participação inexpressiva de especialistas e pesquisadores, assim como dos movimentos sociais, aos processos da dinâmica do desenvolvimento da política de saúde local. Sobre a atuação dos atores do poder legislativo, observou-se baixa atuação e, quando ocorreu, a participação foi permeada pela baixa capacidade propositiva e por práticas clientelistas, que configuram o setor saúde como moeda de troca em negociações com os Governadores e sua equipe, em nome da ampliação da base eleitoral.

Além disso, observou-se que os gestores têm tido baixa capacidade de liderança e de negociação, especialmente demonstrada pela dificuldade na condução das demandas do espaço da micropolítica cotidiana da saúde para a agenda estratégica do Governo; o que significa dizer que é necessário agregar à autoridade sanitária local, competências políticas e técnicas para a defesa da saúde internamente ao governo e junto à sociedade local. Implica, também, afirmar que é necessário resgatar a militância e os compromissos dos profissionais; da população; dos conselheiros; do meio acadêmico e dos movimentos estudantis, entre outros segmentos, que compõem as redes sociais locais, em prol dos princípios do SUS e da APS, visto que os sucessivos escândalos de corrupção corroeram valores e confiança, requerendo a mobilização de forças políticas e sociais para sua reconstrução. A saúde tratada apenas como vetor ou placebo para as crises políticas está sujeita a avaliações apressadas e a formulações incompletas que, quando implementadas, sucumbem ao cotidiano.

Os resultados e as limitações desta pesquisa possibilitam estabelecer proposições para novos estudos, que poderão aprofundar aspectos da política de APS, pouco abordados até o momento, a saber:

a) formas atuais de alocação e execução de recursos financeiros e orçamentários próprios do Distrito Federal e sua repercussão para a APS. Não foram abordadas neste estudo, mas poderão desvelar questões relativas ao financiamento e à alocação de recursos, bem como à relação dos custos da saúde no setor público.

b) efeitos nas políticas públicas do Distrito Federal, provocados pela constituição de um espaço político ambivalente – o de capital do país, que lhe conferiu relativa autonomia financeira e orçamentária, obtida com a conquista do Fundo Constitucional do Distrito Federal e de espaço político próprio. Observou-se que essa condição ambígua conferiu ao Distrito Federal maior aporte de recursos orçamentários e financeiros, que fortaleceram práticas de gestão pública imbricadas com o estilo clientelista e favoreceram a corrupção e o enfraquecimento das políticas sociais.

c) efeitos na formação da política de saúde dos diferentes estilos de governo. Observou-se que as políticas de saúde são influenciadas pelos estilos de governo e, o Programa Saúde da Família, pela sua conformação, é vulnerável à mudança da agenda dos governos.

c) alternativas e limites da atual política de recursos humanos no GDF e no setor saúde. Do ponto de vista prático, para a evolução e a continuidade do Programa Saúde da Família no Distrito Federal, a gestão do trabalho em saúde requererá exame minucioso que desvele a relação entre os aspectos financeiro-orçamentários, os jurídicos, os políticos e aqueles da estrutura social que limitam a atuação dos governos e da gestão pública.

Conclui-se que o **modelo dos múltiplos fluxos** é aplicável às investigações sobre a dimensão política da política de saúde, requerendo todavia, coerência entre o objeto pesquisado e o desenho metodológico proposto. As categorias amplas do modelo de Kingdon (2003) são flexíveis para análises processuais, estudos comparativos e pesquisas avaliativas. Podem, também, ser aplicadas em estudos sobre as relações intergovernamentais, pouco realizados no Brasil.

Vários elementos do modelo vêm sendo aprofundados e ampliados em estudos de políticas de saúde tanto no âmbito local, quanto nacional, predominando na literatura internacional, conforme se destacou no Capítulo 1, desta tese. Essas produções teóricas sinalizam as contribuições do modelo de Kingdon (2003), seja na versão original, seja na ampliada por Zahariadis (2007), para a possibilidade de exame detalhado dos fatores que mais

contribuem para a abertura de janelas políticas; para a entrada de questões na agenda de diferentes níveis de governo; para a formação da política; para a participação dos atores, entre outros.

No caso brasileiro, o modelo de Kingdon (2003) agrega grande contribuição teórico-metodológica, uma vez que o setor saúde é relativamente rico em colegiados e fóruns de gestão. Analisar como atuam os atores, grupos e empreendedores na formação das políticas de saúde, de que forma, quais os recursos cada um dispõe e utiliza para influenciar a entrada de problemas e propostas na agenda governamental, são algumas das contribuições da teoria de Kingdon (2003).

As categorias – problemas, alternativas e o meio político – permitem lidar com a complexidade dos problemas do setor saúde, para além das questões epidemiológicas e da racionalidade técnica: as diferentes interpretações dos problemas e como esses captam a atenção dos atores, em diferentes níveis de governo e fóruns; a escolha de alternativas e a competição entre elas, assim como as alianças em torno de sua aprovação; a leitura do contexto político nacional e local, e a identificação e a previsão da abertura da janela política, estão entre as possibilidades do modelo.

Todavia, observaram-se limitações do arcabouço teórico de Kingdon (2003) na interpretação do processo. No fluxo dos problemas, observou-se relativa facilidade para a identificação dos fatores que caracterizaram o fluxo em cada um dos Episódios. A área de saúde, pela sua complexa realidade e micropolítica cotidiana, dispõe de inúmeros indicadores e fenômenos focados, de fácil interpretação, coerente com a forma como Kingdon conceitua esse fluxo. Contudo, um dos pontos de discordância em relação aos preceitos de Kingdon (2003), refere-se ao valor dado por esse autor ao papel das crises na tomada de decisões e mudanças na política de saúde. O autor dá relevância às crises em áreas pouco carregadas de ideologias, afirmando que “quanto mais ideológica for a área, menor será o efeito das crises”. Entretanto, observou-se que no Distrito Federal, as crises internas ao governo, geradas pelas relações intergovernamentais, no confronto com os marcos regulatórios, entre outras, exercem papel importante na mudança da agenda do governo.

No fluxo das propostas, observou-se o predomínio do poder executivo e dos atores governamentais em todos os Episódios, não evidenciando disputa de ideais e de propostas, que poderia ter caracterizado esse fluxo. Cabe ressaltar que a ideia sustentada ao longo dos 30 anos, sobre APS no Distrito Federal, sofreu pouquíssima modificação e não representou polêmica entre os atores e entre os Episódios, com exceção da mudança entre os Episódios 1 e 2.

A apreensão do fluxo político por meio das subcategorias propostas por Kingdon (2003) – clima nacional, forças políticas e mudanças no governo – torna-se complexa nas políticas de saúde brasileiras. Além disso, possuem certa limitação para a interpretação da política de saúde por não considerar a força das instituições locais e nacionais e a dependência da trajetória. A Constituição Federal e as Leis Orgânicas da Saúde têm conformado um arcabouço institucional forte, regulando as propostas e as ações dos governos para o setor saúde. Por outro lado, no caso do Distrito Federal, os dois primeiros modelos de sistema de saúde seguem influenciando a formação da política de atenção primária à saúde (GOTTEMS *et al.*, 2009). Assim, observou-se que nesse fluxo há a necessidade de complementação do modelo com outros constructos próprios da Ciência Política para possibilitar a compreensão ampliada da rede política e sua influência sobre as políticas públicas.

REFERÊNCIAS

ABBOTT, A. Times matter. On theory and method. The University of Chicago Press, Chicago, 2001:185 *apud* BARZELAY, M; VELARDE, J. C. C. *Una guía practica para la elaboración de estudios de caso sobre buenas practicas en gerencia social. Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES)*. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington D. C., 2004. p. 21. Disponível em: <www.preval.org/files/2202.pdf>. Acesso em: 02 de fevereiro de 2009.

ABREU, Priscila Assis. *Democracia em discursos: investigação dos pronunciamentos parlamentares da Câmara Legislativa do Distrito Federal*. 2007. 86 f. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Instituto de Ciência Política, Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. *Do nascimento da saúde pública ao movimento PRÉ-SUS*. Fundamentos do SUS. Curso de Qualificação dos Gestores do SUS. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2010.

ARAÚJO, Suely Mara Vaz Guimarães de. *Coalizões de advocacia na formulação da Política Nacional de biodiversidade e florestas*. Orientador: Paulo Carlos Du Pin Calmon. 2007. 332 f. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Instituto de Ciência Política, Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE BRASÍLIA. A recuperação da saúde. *Revista da AMBr*, nº 110, a. IX, jul. 2009, p. 18.

ATA DA REUNIÃO CIT. DE 12 fevereiro de 2004. Disponível em: <dtr2002.saude.gov.br/proesf>. Acesso em: 12 nov. 2009.

AUBERTIN, C.; PELUSO, M. L. (1990). Du symbole au lot semi-urbanisé. Les politiques de l'habitat dans le dsitricit fédéral. *Cah. Sci. Hum.* Paris, v. 26, n. 4, 1990, p. 731-847.

BABBIE, Earl. *The Practice of Social Research*. 10. ed. Belmont: Thompson, 2004.

BAGGOTT, Rob. Public health: political issues and policy dilemmas. *Consumer Policy Review*. UK, v. 12, n. 1, jan./fev.2002: 2-8.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. *História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde*. Fundamentos do SUS. Curso de Qualificação dos Gestores do SUS. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2010.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Portugal: Edições 70, 1977.

BARZELAY, Michael. *The new public management: improving research and policy dialogue*. Oxford, England: University of California Press: Russell Sage Foundation, 2001. 218 p.

BARZELAY, M. *et al.* Reserch on public management policy change in the Latin América Region: a conceptual framework and methodological guide. *International Public Management Rewiew* v. 4, n. 1, 2003. Disponível em: <<http://www.ipmr.net>>. Acesso em 04 de fevereiro de 2009.

BARZELAY, M.; VELARDE J. C. C. Una guía practica para la elaboraci3n de estudios de caso sobre buenas practicas en gerencia social. Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES). Banco Interamericano de Desarrollo. Washington D. C., 2004. p. 21. Disponível em: <www.preval.org/files/2202.pdf>. Acesso em: 02 de fevereiro de 2009.

BATISTA, Nildo *et al.* O enfoque problematizador na forma3o de profissionais da sa3de. *Revista Sa3de P3blica*. S3o Paulo, v. 39, n. 2, p. 231-237, 2005.

BERTOLLI FILHO, C. *Hist3ria da sa3de p3blica no Brasil*. S3o Paulo: 3tica, 1996.

BID-BANCO INTERAMERICANO DE DESENVOLVIMENTO. Banco Interamericano de Desenvolvimento e Governo do Distrito Federal assinam Programa de Transporte Urbano. Comunicados de imprensa, 31 jan. 2008. Disponível em: <www.iadb.org/comunicados-de-imprensa/2008-01/portuguese/bid-e-governo-do-distrito-federal-assinam-programa-de-transporte-urbano-4401.html>. Acesso em: 04 dez. 2009.

BIRKLAND, Thomas A. *After disaster: agenda setting, public policy and focusing events*. Washington, DC: Georgetown University Press, 1997.

BODSTEIN, Regina Cele de Andrade. As ci3ncias sociais e os servi3os de sa3de. In: CANESQUI, Ana Maria (Org.). *Ci3ncias Sociais e Sa3de*. S3o Paulo: Hucitec, 1997.

BONAFONT, Laura Chaqu3s. *Redes de pol3ticas p3blicas*. Montab3n, Madrid: Centro de Investigaciones Sociologicas, 2004.

BRASIL. Lei n3 6.229, de 17 de julho de 1975. Disp3e sobre a organiza3o do Sistema Nacional de Sa3de. Di3rio Oficial da Uni3o. Rep3blica Federativa do Brasil, Bras3lia, DF, set. 1975.

BRASIL. Minist3rio da Previd3ncia e Assist3ncia Social. Conselho Consultivo de Administra3o da Sa3de Previdenci3ria (CONASP). Portaria n3. 3062 de 23 de agosto de 1982. *Di3rio Oficial [da] Rep3blica Federativa do Brasil*, Bras3lia, DF, 1982.

BRASIL. Minist3rio da Sa3de. A33es Integradas de Sa3de. Bras3lia, DF, (s. n.)1985.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disp3e sobre as condi33es para a promo3o, prote3o e recupera3o da Sa3de, a organiza3o e o funcionamento dos servi3os correspondentes e d3 outras provid3ncias. *Di3rio Oficial [da] Rep3blica Federativa do Brasil*, Bras3lia, DF, 20 set. 1990a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/>>. Acesso em: 19 ago. 2009.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/>. Acesso em: 19 ago. 2009.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução nº 258 de 07 de janeiro de 1991. Norma Operacional Básica nº 1/91. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 1991.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Portaria nº 234 de 07 de fevereiro de 1992. Norma Operacional Básica nº 1/92. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SuS 01/93. *Diário Oficial da União*, Brasília, v.81, n.96, p.6960, 24 maio 1993a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema único de Saúde, NOB - SUS 01/96. *Diário Oficial da União*, Brasília, v. 64, n.21 6, p.22932, 6 nov. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal, em atuação*. Competência dez. 1998. Relatório. Disponível em: <dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico>. Acesso em: 10 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família no Brasil: linhas estratégicas para o quadriênio 1999-2002: desenvolvimento de recursos humanos – delineamento dos projetos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1999a. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_familia_brasil.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1300/GM. Habilitação da SES-DF como Gestão Plena do Sistema Estadual de Saúde, de 20 de outubro de 1999. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1999b.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei 9790 de 1999. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1999c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal, em atuação*. Competência

dez. 1999d. Relatório. Disponível em: <dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico>. Acesso em: 10 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Institui a Norma Operacional da Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde – NOAS-SUS 01/2001. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal, em atuação*. Competência dez./2000b. Relatório. Disponível em: Disponível em: <dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico>. Acesso em: 10 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal, em atuação*. Competência dez./2001b. Relatório. Disponível em: Disponível em: <dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico>. Acesso em: 10 nov. 2009.

BRASIL. Lei nº 10633 de 27 de dezembro de 2002a. Institui o Fundo Constitucional do Distrito Federal – FCDF, para atender o disposto no inciso XIV do art. 21 da Constituição Federal. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 30 dez. 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal, em atuação*. Competência dez./2002b. Relatório. Disponível em: Disponível em: <dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico>. Acesso em: 10 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1122, de 17 de junho de 2002. Habilita o Distrito Federal na condição de gestão plena do sistema de saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2002c.

BRASIL. Secretaria Executiva. Portaria GM nº 1101, de 12 de junho de 2002. Estabelece parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2002d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Institui a Norma Operacional da Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde – NOAS-SUS nº 1/2002. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2002e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Auditoria. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Fundação Zerbini: distrital requer informações sobre emprego de recursos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2003a. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/>. Acesso em: 22 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal, em atuação*. Competência dez./2003b. Relatório. Disponível em: Disponível em: <dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico>. Acesso em: 10 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal, em atuação*. Competência dez./2004. Relatório. Disponível em: Disponível em: <dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico>. Acesso em: 10 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde*. Trabalhadores de Saúde e a Saúde de Todos os Brasileiros: práticas de trabalho, gestão, Formação e participação. Documento Base. Brasília, junho de 2005a. Disponível em: <www.retsus.epsjv.fiocruz.br/upload/documentos/documentobase-site.doc>. Acesso em: 12 nov. 2009.

BRASIL. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório de Progresso nº 1, referente ao período de setembro de 2002 a 30 de agosto de 2005*. Brasília, DF, 2005c. (Mimeografado).

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal, em atuação*. Competência dez./2005d. Relatório. Disponível em: Disponível em: <dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico>. Acesso em: 10 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. *Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: perguntas & respostas*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF: 2006b.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada BOLETIM IPEA. *Políticas sociais - acompanhamento e análise*, nº 75, 12 de fev. 2006c. Disponível em: <www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/bpsociais/bps_12/06_saude.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 648 GM, de 28 de março 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2006d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006e – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2006d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal, em atuação*. Competência dez./2006f. Relatório. Disponível em: <dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico>. Acesso em: 10 nov. 2009.

BRASIL. *Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Sistema Único de Saúde. Brasília: CONASS, 2007a. (Coleção PROGESTORES).

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal, em atuação*. Competência dez./2007b. Relatório. Disponível em: <dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico>. Acesso em: 10 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2007c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2922, de 2 de dezembro de 2008. Estabelece diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente de "Organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências" da Política Nacional de Atenção às Urgências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Orientações técnicas para o planejamento arquitetônico das unidades de pronto atendimento (UPA) e salas de estabilização (SE). 2009a. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/orientacoes_upas070109.pdf>. Acesso em: 10 nov. de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 1.020, de 13 de maio de 2009b. Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2009. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1020_13_05_2009.html>. Acesso em: 10 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal, em atuação*. Competência dez./2008b. Relatório. Disponível em: Disponível em: <dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico>. Acesso em: 10 nov. 2009c.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTTA, Ana Elizabete (Org.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL. Lei Orgânica do Distrito Federal, de 08 de junho 1993. *Diário Oficial do Governo do Distrito Federal*. Brasília, DF, 1993.

CAPELLA, A. C. N. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta *et al.* (Orgs.). *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. p. 87-121.

CAPITANI, Gislene Regina de Sousa. *PED: planejamento estratégico democrático ou processo educacional democrático? (a experiência no Saúde em Casa)*. 2002. 201 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de Brasília, 2002.

CARVALHO, A. G. Programa Saúde da Família resgata compromisso social do início de Brasília. *Revista de Saúde do Distrito Federal*. Brasília, v. 10, n. 10, p. 60-65, 1999.

CARVALHO, José Murilo de. Mandonismo, Coronelismo, Clientelismo: Uma Discussão Conceitual. *Dados*. vol. 40, n.º. 2 Rio de Janeiro 1997.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. *20 anos do SUS: celebrar o conquistado. Repudiar o inaceitável*. Disponível em: <www.cebes.org.br/SUS_CEBES.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2009.

COHEN, M. D., MARCH, J. G.; OLSEN, J. P. A Garbage Can Model of Organizational Choice. *Administrative Science Quarterly*. Ithaca, v. 17, n.1, Mar. 1972.

COHN, A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al.* *Tratado de saúde coletiva*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008: 219-246

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 18, p. 191-202, 2002. (Suplemento).

CONILL, E. M. *et al.* Sobre a importância da parcimônia, do diálogo e da continuidade para a institucionalização da avaliação da atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 2006, p. 564-566.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *Nota técnica nº 6*. Orientações sobre a Portaria GM/MS nº 1020, de 13 de maio de 2009. Disponível em: <www.conass.org.br/arquivos/file/nt_062009.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2009.

CONSULTOR JURÍDICO. Juiz suspende concurso da Fundação Zerbini no Distrito Federal. São Paulo, 7 nov. 2003. Disponível em: <www.conjur.com.br/2003-nov-07/juiz_suspende_concurso_fundacao_zerbini_df>. Acesso em: 22 nov. 2009.

CORDEIRO, H. O Instituto de Medicina Social e a Luta pela Reforma Sanitária: Contribuição à História do SUS. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 343-362, 2004. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/physis/v14n2/v14n2a09.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2009.

CORREIO BRAZILIENSE. Corte no Saúde da Família. TCU suspende repasse de dinheiro da União para o programa do GDF. Para ministros, contratações devem ser feitas por meio de concurso. Brasília, 10 ago. 2003. Disponível em: <www.jacoby.pro.br/tcu_saude_familia.html>. Acesso em: 10 nov. 2009.

CORREIO BRAZILIENSE. Mais ações contra Roriz no STJ. Brasília, 01 fev. 2003.

CORREIO BRAZILIENSE. Mais de 50% da população do DF afirma que a saúde pública é ruim ou péssima. Brasília, 20 jul. 2009. Disponível em: <www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/182/2009/07/20/cidades>. Acesso em: 10 out. 2009.

COSTA, Nilson do Rosário. A descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva. In: NEGRI, Barjas; GIOVANNI, Geraldo Di (Org.). *Brasil: radiografia da saúde*. São Paulo: UNICAMP, 2001. p. 307-321.

CORTES, Soraya Vargas. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, jul. 2009, p. 1626-1633.

COSTA, Nilson do Rosário; RIBEIRO, José Mendes; SILVA, Pedro L. B. *A descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva*. 1999. (Mimeografado).

COUTO, Cláudio Gonçalves; ARANTES, Rogério Bastos. Constituição ou políticas públicas? Uma avaliação dos anos FHC. In: LOUREIRO, Maria Rita; ABRÚCIO, Fernando Luiz (Orgs.). *O Estado numa era de reformas: os anos FHC*. Brasília: Enap., 2002.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. *O planejamento da pesquisa qualitativa: teoria e abordagens*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DIAS, Fernando Álvares Correia. *Desvinculação de receitas da união, gastos sociais e ajuste fiscal*. Texto para discussão nº 38. Consultoria Legislativa do Senado Federal. Coordenação de Estudos. Brasília, fev. 2008. Disponível em: <www.senado.gov.br/conleg/textos_discussao/texto38-fernandodias1.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2009.

DISTRITO FEDERAL (Brasil). Câmara Legislativa. Grupo de Resgate da Memória da Câmara Legislativa do Distrito Federal. *Memória da Câmara Legislativa do Distrito Federal, 1998-2000*, Brasília, v. 1-2.

ELIAS, Paulo Eduardo *et al.* Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, set. 2006.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. ABRASCO. CEBES. Carta à Frente Parlamentar da Saúde, de 5 de dezembro de 2006. Disponível em: <www.cebes.org.br/anexos>. Acesso em: 12 dez. 2009.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. *et al.* (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 59-81.

ESCOREL, S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

EXWORTHY, M.; BLANE, D.; MARMOT, M. Tackling Health Inequalities in the United Kingdom: The Progress and Pitfalls of Policy. *HSR: Health Services Research*. United Kingdom, v. 38, n. 6, Dec. 2002, part II.

FADEL, Cristina Berger *et al.* Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. *RAP*. Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, mar./abr. 2009, p. 445-56.

FAWCETT J.; RUSSELL, G. A conceptual model of nursing and health policy. *Policy, politics & Nursing Practice*. New York, NY, v. 2, n. 2, 2001, p. 108-116.

FEUERWERKER, L. M. Technical healthcare models, management and the organization of work in the healthcare field: nothing is indifferent in the struggle for the consolidation Brazil's Single Healthcare System. *Interface. Comunic., Saúde, Educ.* Botucatu (SP), v. 9, n.18, p. 489-506, Sept./Dec. 2005.

FLEURY, Sonia; OUVERNEY, Assis Mafort. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Ligia, ESCOREL, Sarah, LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa (Orgs.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 23-64.

FERRAREZI, Elisabete Roseli. *A reforma do marco legal do terceiro setor no Brasil: a criação da Lei das OSCIP (Lei 9.790/99)*. 2007. 308 f. Tese (Doutorado Sociologia) – Departamento de Sociologia, Universidade de Brasília, 2007.

FERREIRA, C. M. M. Crise e reforma do Estado: uma questão de cidadania e valorização do servidor. *Revista do Serviço Público*. Brasília, v. 120, n. 3, set/dez 1996, p. 5-33.

FREJAT, J. Sistema de saúde do DF: modelo para o país. *Revista de Saúde do Distrito Federal*, Brasília, v. 10, 1999, p. 53-59.

FREJAT, Jofran. Política de Saúde do Distrito Federal. In: CONGRESSO DE CIRURGIA DO CENTRO OESTE BRASILEIRO, 5. SEMINÁRIO SOBRE RESIDÊNCIA EM CIRURGIA, 1., 1983. Brasília, DF, 1983.

GAETANI, Francisco. *Constitutional public management reforms in modern Brazil 1930-1998*. 2008. 500 f. Tese (Doctor of Philosophy in Political Science) – Department of Government. London School of Economics and Political Science. London, England, 2008.

GEORGE, A. L.; BENNETT, A. *Case studies and theory development in the social sciences*. BCSIA Studies in International Security. Harvard University, Cambridge, Massachusetts, 2004.

GERSCHMAN, S; SANTOS, M. A. B. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 21, p. 177-227, 2006.

GIRARDI, Sábado Nicolau; CARVALHO, Cristina Leite. *Contratação e qualidade do emprego no Programa de Saúde da Família no BRASIL*. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <www.nescon.medicina.ufmg.br/pdf/%5B2003%5Dcontracao_qualidade_emprego.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2009.

GÖTTEMS, Leila Bernarda Donato; ALVES, Elioenai Dornelles; SENA, Roseni Rosângela de. A enfermagem brasileira e a profissionalização de nível técnico: análise em retrospectiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto (SP), v. 15, n. 5, 2007.

GÖTTEMS, Leila Bernardo Donato *et al.* *Análise da relação dos serviços de média complexidade com a rede básica de saúde do Distrito Federal e entorno: buscando prioridades para ampliar acessos e resolubilidades*. Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal. Universidade de Brasília/Universidade Católica de Brasília/Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. Brasília, 2008. 112p. Relatório.

GÖTTEMS, Leila Bernardo Donato; PIRES, Maria Raquel Gomes Maia. Para além da atenção básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. *Saúde Soc.* Rio de Janeiro, v.18, n.2, p.189-198, jun. 2009.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde. *Plano de Assistência à Saúde no Distrito Federal*. Brasília, DF, 1979. (Mimeografado).

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde. *Atenção Primária em Saúde no Distrito Federal*. Brasília-DF, 1980. (Mimeografado).

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. *Implantação dos centros de saúde*. Brasília (s.n.), 1982, 87p.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado da Saúde. *CONFERÊNCIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL*, 4. 1996, Brasília. *Relatório Final*. Brasília, DF, 1996. (Mimeografado).

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. *Programa Saúde em Casa: uma estratégia de mudança do modelo de atenção, de implantação do SUS e de melhoria da qualidade de vida das pessoas*. Brasília: Secretaria de Saúde, 1997a. (Mimeografado).

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. *Análise física e financeira das atividades do Programa Saúde em Casa*. Brasília: Fundação Hospitalar do Distrito Federal, 1997b. (Mimeografado).

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Fundação Hospitalar do Distrito Federal. *Plano de Saúde de 1998*. (s.n.) 1998a, 99p. (Mimeografado).

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Instituto Candango de Solidariedade. Termo Aditivo nº 063/99 celebrado entre GDF e ICS. *Diário Oficial do Distrito Federal*. Brasília: (s.n.), nov. 1999. 20p.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Conselho de Saúde do Distrito Federal. CONFERÊNCIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 5., 2000, Brasília, DF, 2000a.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde. Subsecretaria de Planejamento da Saúde. *Plano de Saúde 2000*. Brasília-DF, 2000b. Disponível em: <www.saude.df.gov.br>. Acesso em: 12 nov. 2009.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. *Resumo dos serviços médico-hospitalares realizados nas unidades da SES-DF por Diretoria Regional de Saúde (DRS) e Região Administrativa (RA) – ano 2000*. Brasília, DF, 2000c. Disponível em <www.saude.df.gov.br>. Acesso em: 12 nov. 2009.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Decreto nº 21.478, de 31 de agosto de 2000. Distrito Federal, 1 de setembro de 2000. Republicado no Diário Oficial do Distrito Federal, 26 de outubro de 2000. Dispõe sobre a extinção da Fundação Hospitalar do Distrito Federal e dá outras providências. *Diário Oficial do Distrito Federal*, Brasília, DF, 2000d.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde. Subsecretaria de Planejamento da Saúde. *Plano de Saúde SES/DF 2001-2003*. Brasília, DF, 2001a. Disponível em <www.saude.df.gov.br>. Acesso em: 12 nov. 2009.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. *Relatório Estatístico 2000*. Brasília, DF, 2001a. Disponível em: <www.saude.df.gov.br>. Acesso em: 12 nov. 2009.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. *Resumo dos serviços médico-hospitalares realizados nas unidades da SES-DF por Diretoria Regional de Saúde (DRS) e Região Administrativa (RA) – ano 2001*. Brasília, DF, 2001b. Disponível em <www.saude.df.gov.br>. Acesso em: 12 nov. 2009.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. *Resumo dos serviços médico-hospitalares realizados nas unidades da SES-DF por Diretoria Regional de Saúde (DRS) e Região Administrativa (RA) – ano 2002*. Brasília, DF, 2002a. Disponível em <www.saude.df.gov.br>. Acesso em 12 de novembro de 2009.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado da Saúde. *Relatórios Estatísticos da SES-DF, 2002*. Brasília, DF, 2002b. Disponível em: <www.saude.df.gov.br>. Acesso em: 10 nov. 2009.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. Termo de parceria nº. 001/2003. *Diário Oficial do Distrito Federal*. Brasília (DF), 2003a.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. *Resumo dos serviços médico-hospitalares realizados nas unidades da SES-DF por Diretoria Regional de Saúde (DRS) e Região Administrativa (RA) – ano 2003b*. Brasília, DF, 2003b. Disponível em <www.saude.df.gov.br>. Acesso em: 12 nov. 2009.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Planejamento e Políticas de Saúde. *Relatório de atividades ao Conselho de Saúde do DF - 4º Trimestre de 2003*. Brasília, DF, 2004a. Disponível em: <www.saude.df.gov.br>. Acesso em: 12 nov. 2009.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. *Resumo dos serviços médico-hospitalares realizados nas unidades da SES-DF por Diretoria Regional de Saúde (DRS) e Região Administrativa (RA) – ano 2004*. Brasília, DF, 2004b. Disponível em: <www.saude.df.gov.br>. Acesso em: 12 nov. 2009.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. *Plano Diretor de Regionalização*. Brasília, DF, 2005a. Disponível em: <www.saude.df.gov.br>. Acesso em: 12 nov. 2009.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. *Programa Família Saudável no Distrito Federal: plano de conversão da atenção primária à saúde no DF sob a estratégia de saúde da família – 2005 a 2008*. Brasília, DF, 2005b. Disponível em: <www.saude.df.gov.br>. Acesso em: 12 nov. 2009.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Planejamento e Políticas de Saúde. *Relatório de atividades ao Conselho de Saúde do Distrito Federal: 4º trimestre de 2004*. Brasília, DF, 2005c. Disponível em: <www.saude.df.gov.br>. Acesso em: 12 nov. 2009.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. *Nota Oficial*: Governo garante continuidade dos serviços do Programa Família Saudável, Brasília, 14 de julho de 2005. Brasília, DF, 2005d. Disponível em: <www.df.gov.br/003/00301009.asp>. Acesso em: 15 nov. 2009.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Comunicação Social. Agência Brasília de Notícias. *Justiça*: Roriz é julgado e absolvido pelo TSE. Brasília, 17 de fevereiro de 2005. Brasília, DF, 2005e. Disponível em: <www.previdencia.df.gov.br/003/00301009.asp>. Acesso em: 14 nov. 2009.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. *Resumo dos serviços médico-hospitalares realizados nas unidades da SES-DF por Diretoria Regional de Saúde (DRS) e Região Administrativa (RA) – ano 2005*. Brasília, DF, 2005f. Disponível em <www.saude.df.gov.br>. Acesso em: 12 nov. 2009.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. *Convenio nº. 001/2005-SES-DF*. Brasília, DF, 2005g. Disponível em: <www.saude.df.gov.br>. Acesso em: 12 nov. 2009.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. Primeiro Termo Aditivo ao convenio nº. 001/2005 – SES-DF. *Diário Oficial do Distrito Federal*. Brasília, DF, 2005h

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Companhia de Desenvolvimento do Planalto Central. *Distrito Federal: síntese de informações socioeconômicas*. Brasília, DF, 2005i. Disponível em: <www.saude.df.gov.br>. Acesso em: 12 nov. 2009.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Planejamento e Políticas de Saúde. *Relatório de atividades ao Conselho de Saúde do Distrito Federal - 4º Trimestre de 2005*. Brasília, DF, 2006a. Disponível em: <www.saude.df.gov.br>. Acesso em: 12 nov. 2009.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação e Avaliação em Saúde. *Relatório de Eventos Vitais 2005*. Distrito Federal. Brasília, DF, 2006b

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. *Resumo dos serviços médico-hospitalares realizados nas unidades da SES-DF por Diretoria Regional de Saúde (DRS) e Região Administrativa (RA) – ano 2006*. Brasília, DF, 2006c. Disponível em: <www.saude.df.gov.br>. Acesso em: 12 nov. 2009.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. *Plano Estadual de Saúde. 2004-2007*. Brasília, DF, 2007a. Disponível em: <www.saude.df.gov.br>. Acesso em: 12 nov. 2009.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do DF. Conselho de Saúde do Distrito Federal. *VII Conferência de Saúde do Distrito Federal. Saúde e Qualidade de Vida: políticas de estado e desenvolvimento*. Relatório final. Brasília, DF, 2007b. (Mimeografado).

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. *Plano de Saúde do Distrito Federal: 2008 a 2011*. Brasília, DF, 2008. p. 208.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Atenção à Saúde. Diretoria de Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família. *Plano de Reorganização da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal: Estratégia de Apoio à Consolidação de Redes de Atenção à Saúde*. Brasília, DF, 2009^a. p. 96.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. *Programa de Modernização da Gestão Pública do DF: programa gestão GDF*. Brasília, DF, 2009b. p. 101.

HELLER C. *Path-dependence, lock-in e inércia*. In: PELAEZ, V.; SZMRECSÁNYI, T. (Orgs.). *Economia e inovação tecnológica*. São Paulo: Hucitec: Ordem dos Economistas do Brasil, 2006. p. 260-284.

HILDEBRAND, Stella Maris. O modelo político-tecnológico da atenção a saúde da família no Distrito Federal: 1997-2006. 2008. 318 f.. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2008.

IBAÑEZ, N. *et al.* Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciênc. Saúde Coletiva*. v. 11, n. 3, 2008, p. 683-703.

JUSBRASIL. *MP denuncia Fundação Zerbini por irregularidades em contratos*. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/noticias/134617/mp-denuncia-fundacao-zerbini-por-irregularidades-em-contratos>>. Acesso em: 22 nov. 2009.

KANIAK C. E. A. Plano geral da rede médico-hospitalar para o Distrito Federal de Henrique Bandeira de Mello. *Revista de Saúde do Distrito Federal*, Brasília, v. 10, p. 52-53, 1999.

KINGDON, J. W. *Agendas, alternativas and public policies*. 1. ed. The University of Michigan, 1995.

KINGDON, J. W. *Agendas, alternativas and public policies*. 2. ed. The University of Michigan, 2003.

LEVCOVITZ, E. *Transição x consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS*. Um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde, 1974/1996. 1997. 211 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

LEVI, M. An analytical narrative approach to puzzles and problems. Estudio/working paper 2003/192. Disponível em: <www.march.es/ceacs/ingles/publicaciones/working/archivos/2003_192.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2009.

L. H. HO, Polly. Agenda-setting for the regulation of traditional Chinese medicine in Hong Kong. *Asian Journal of Public Administration*, v. 24, n. 2, Dec. 2002, p. 257-285.

LISBOA, Antônio Márcio Junqueira. A Unidade Integrada de Saúde de Sobradinho: o primeiro Hospital Universitário de Brasília. *Revista de Saúde do Distrito Federal*, Brasília, v. 9, n. 3, jan/dez. 2000, p. 16-18.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. *Physis*. Rio de Janeiro, v.1, n.1, 1991, p. 77-91.

MACHADO, Cristina Vieira. Prioridades de saúde no Brasil nos anos 1990: três políticas, muitas lições. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. Washington DC , v. 20, n. 1, 2006.

MALTA, D. C. *et. al.*. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 9, n.2, 2004, p. 433-444.

MANNHEIMER, L. N; LEHTO, J.; ÖSTLIN, P. Window of opportunity for intersectoral health policy in Sweden-open, half-open or half-shut? *Health Promotion International*, Victoria, Australia, v. 22, n. 4, 2007: 307-315.

MANSUR, M. C. *O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 1990-2001*. 2001. 190 f. Dissertação (Mestrado Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquila. Os dilemas do financiamento do SUS no interior da seguridade social. *Economia e Sociedade*, Campinas, v. 14, n. 1, p. 159-175, jan./jun. 2005.

MARTINELLI, Tiago. Organizações da sociedade civil de interesse público: espaço de enfrentamento à questão social através de políticas sociais? *Revista Virtual Textos & Contextos*, n. 5, nov. 2006. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 12 dez. de 2009.

MARTINS, Humberto Falcão. Uma teoria da fragmentação de políticas públicas: desenvolvimento e aplicação na análise de três casos de políticas de gestão pública. 2003. 258 f. Tese (Doutorado em Administração). Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2003.

MATIAS-PEREIRA, José. *Manual de gestão pública contemporânea*. São Paulo: Atlas, 2007

MCELDOWNEY, R. P. A century of democratic deliberation over american and british national health care: extending the Kingdon model. 1994. 101 f. Tese (Doctor of Philosophy) – Virginia Polytechnic Institute and State University. Blacksburg, Virginia, 1994.

MCWHINNEY, Ian R. (Org.); FREEMAN, Thomas. *Manual de medicina de família e comunidade*. 3. ed. Tradução Anelise Teixeira Burmeister. Porto Alegre: Artmed, 2010. 472 p.

MELO H. B. Plano Geral da Rede Médico-Hospitalar de Brasília, *Revista do Serviço de Saúde Pública*. Brasília, t. XI, n. 1, 1959 (Mimeografado).

MENDES, Áquila; MARQUES, Rosa Maria. *Crônica de uma crise anunciada: o financiamento do SUS sob a dominância do capital financeiro*. Disponível em: <www.apufpr.org.br/artigos/Trabalho_Cronica_de_uma_crise_anunciada_Financiamento_SUS_Aquilas_Mendes_e.pdf>. Acesso em: 31 out. 2009.

MENDES, Eugênio Vilaça. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1999.

MENDONÇA, Ana Carolina Oliveira *et al.* Políticas de Saúde do Governo Lula: Avaliação dos primeiros meses de gestão. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 29, n. 70, p. 109-124, maio/ago. 2005.

METTENHEIM, Kurt von. A presidência e a separação dos poderes no Brasil (1999-2002). *Tempo Soc.* São Paulo, v. 15, n. 2, nov. 2003 .

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7. ed. São Paulo: Hucitec: Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MINAYO, M. C. S. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Orgs.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

MINISTERIO PÚBLICO DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL. Relatório final da CPI/SAÚDE/CLDF, instaurada para investigar pagamentos realizados pela SES/DF em internações em unidades de terapia intensiva - UTI no Hospital Santa Juliana, no período de 2002 a 2005, e condutas de agentes públicos envolvidos. Disponível em: <www.tc.df.gov.br/MpjTcdf/ementario1.php>. Acesso em: 12 nov. 2009.

MINISTERIO PÚBLICO DO DDISTRITO FEDERAL. Auditoria coordenada pelo MPDFT aponta irregularidades em contratos da Fundação Zerbini. 2003. Disponível em: <www.mpdft.gov.br/noticias/exibirnoticia.asp?id=311>. Acesso em: 22 nov. 2009.

MITCHELL, Maria K. Privatizing New York city's public hospitals: the politics of policy making. 1998. 342 f. Tese (Doutorado em Filosofia.) – Graduate Faculty in Political Science. The City University of New York. New York, 1998.

MONTEIRO, Ana Lúcia de Oliveira Monteiro. A relação estado e sociedade civil no processo de formulação e implementação de políticas públicas: análise do Programa Nacional de DST e AIDS (1980-2006). 2006. 342 f. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciência da Informação e Documentação (FACE). Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

MUCCIARONI, G. The garbage can model and the study of policy making: a critique. *Polity* n. 24, p. 459-482, 1992.

NASCIMENTO Edson R.; DEBUS, Ilvo. *Lei Complementar nº 101/2000. Entendendo a Lei de Responsabilidade Fiscal.* Disponível em: <tesouro.fazenda.gov.br/hp/downloads/EntendendoLRF.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2009.

OCKE-REIS, Carlos Octávio; ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky; SILVEIRA, Fernando Gaiger. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do estado? *Rev. Economia Contemporânea*. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, abr. 2006.

ONIEL, M. E. F. *Hospital closures in Massachusetts: a case study of the Waltham Hospital closure.* Dissertation. University of Massachusetts. Nursing Program. Boston, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Declaração de Alma Ata. Disponível em <www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 26 set. 2009.

OSBORNE, David; GAEBLER, Ted. *Reinventing government.* Redding, MA.: Addison-Wesley Publishing Company, 1992.

PAIM, J. S. As políticas de saúde e a conjuntura atual. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, n. 15, v. 16, 1984, p. 8-15.

PAIM, J. S. Ações integradas de saúde (AIS): por que não dois passos atrás. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, 167-183, abr./jun, 1986.

PAIM, J. S. *Reforma Sanitária Brasileira: compreensão para uma compreensão crítica.* 2007. 300 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

PAIM, J. S. Uma análise sobre o processo da reforma Sanitária brasileira. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, jan./abr. 2009, p. 27-37.

PELUSO, Marília Luíza. Brasília: do mito ao plano, da cidade sonhada à cidade administrativa. *Revista Espaço & Geografia*. Brasília, v. 6, n. 2, 2003, p. 1-29.

PEREIRA, Larissa Dahmer. A gestão da força de trabalho em saúde na década de 90. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 2004, p. 363-382.

PETCHEY, R; WILLIAMS, J; CARTER, Y. From street-level bureaucrats to street-level policy entrepreneurs? Central policy and local action in lottery-funded community cancer care. *Social Policy & Administration*. Wiley Drive (EUA), v. 42, n. 1, Feb. 2008, p. 59-76.

PETTIGREW, A. What is a processual analysis? *Scandinavian Journal of Management*, v.13, p. 338, 1997.

PIERANTONI, Célia Regina *et al.* Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, 2008, p. 685-704.

PIERSON P. *Politics in time: history institutions and social analysis*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 2005.

PICCINI, R. X. *et al.* Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 2006, p. 657-667.

PINTO, Luiz Felipe; SORANZ, Daniel Ricardo. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2004.

PIRES M. R. G. M. Ciência e reconstrução em saúde: Disrupção e provisoriedade como possibilidades emancipatórias. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.9, n. 2, p. 469-478, 2004.

POLIGNANO, M. V. *História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão*. 2003. Disponível em: <www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo-23p.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2009.

POLKINGHORNE, Donald E. *Narrative Knowing and the Human Sciences*. New York State: University of New York, 1988.

REDE UNIDA. Portal da Rede UNIDA. Disponível em: <www.redeunida.org.br/index.php>. Acesso em: 02 nov. 2009.

REZENDE, A. P. *Experiências de gestão estadual de sistemas de saúde nos governos petistas*. Disponível em: <www.pt.org.br/assessor/30-11-2001>. Acesso em: 18 out. 2009.

ROCHA, Marisa P. C. Desenvolvimento de referencial teórico para um sistema de informações gerenciais (SIG) para parlamentares e assessores na Câmara Legislativa do Distrito Federal: em busca de um modelo conceitual. *Revista Ci. Inf.* Brasília, v. 32, n. 3, set./dez. 2003, p. 80-88.

ROCHA, Daniella de Castro. Da configuração urbana ao espaço político. A “crise urbana” e a especialização de um espaço político autônomo no Distrito Federal (DF, Brasil). VI Congresso Português de Sociologia. Mundos sociais: saberes e práticas. 25 a 28 de junho de 2008. Disponível em: [HTTP://www.aps.pt/vicongresso](http://www.aps.pt/vicongresso) Acesso em 23/08/2010 as 23h33.

RODRIGUES, Maria M. Assumpção. *Políticas públicas*. São Paulo: Publifolha, 2010.

RUGGIE, John Gerard. What Makes the World Hang Together? Neo-utilitarianism and the Social Constructivist Challenge. *International Organization*. Cambridge, v. 52, n. 4, Aut 1998, p. 855-885

SABATIER, Paul A. *Theories of the policy process*. University of California. Colorado, 2007.

SANTOS, N. R. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, jan./abr. 2009, p. 13-26.

SANTOS, N. R. *Ética social e os rumos do SUS*. CONASSEMS, 2004. Disponível em: <www.conasems.org.br/mostraPagina.asp?codServico=1327&codPagina=1334#>. Acesso em: 12 abr. 2010.

SCARTEZINI, M. Hospital Juscelino Kubitschek de Oliveira (Ex-hospital do IAPI). *Revista de Saúde do Distrito Federal*, Brasília v. 10, p. 66-70, 1999.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; MARINO, Selma Regina Andrade; RAMOS, Flávia Regina Souza. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. *Interface (Botucatu) [online]*. v. 9, n.16, 2005, p. 53-66. ISSN 1414-3283.

SCOTT, W Guy. Public policy failure in health care. *Journal of American Academy of Business*. Cambridge, v. 5, n. 1-2, Sept. 2004, ABI/INFORM Global. p. 88.

SILVA, Alan Rodrigues. Influência dos valores humanos, tipo de julgamento e atribuição de significado na intenção de voto ao cargo de governador do Distrito Federal. 2007. 159 f. Dissertação (Mestrado Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, 2007.

SILVA E. *A Saga da Fundação Hospitalar no Distrito Federal e a medicina da poeira e da lama*. Brasília: Copacabana, 2000.

SOLLA, Jorge José Santos Pereira *et al*. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v. 7, n. 4, p. 495-502, out./dez., 2007.

SOUZA, Celina. Estado do campo da pesquisa em políticas públicas no Brasil. *RBCS*. São Paulo (SP), v.18, n. 51, fev. 2003.

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

SOUZA, Renilson Rehen. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, 2001, p. 451-455.

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

STONE, D. *Policy paradox: the art of political decision making*. New York: WW. Norton & Company, 1997.

SUBIRATS, J. El analisis de las politicas publicas. *Gac Sanit.* Barcelona (Espanha), v. 15, n. 3, 2001, p. 259-264.

SZWARCWALD, C. L.; MENDONCA, M. H. M.; ANDRADE, C. L. T. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 2006, p. 643-55.

TIEMAN, A; BURKE, T. A load of old garbage: applying garbage-can theory to contemporary housing policy. *Australian Journal of Public Administration*. v. 61, n. 3, Sept. 2002, p. 86-97.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; PAIM, Jairnilson Silva. A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, set./dez. 2005, p. 268-283.

TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. *Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

TOMACHESKI, João Alberto. Condições sociais de surgimento e implementação de uma política pública: burocratas e médicos na formação das políticas de saúde no Brasil (1963-2004). 2007. 316 f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Departamento de Sociologia, Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília, 2007.

TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL, Anexo I da Ata nº 4177 Sessão Ordinária de 19 de junho de 2008. Processo nº 4587/08 A (v. I e II; apenso nº 4919/2008), Brasília, 2008.

VIANA, A. L.; DAL POZ, M. R. (Coords.). *Reforma em Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1998. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 161).

VIANA, Ana Luiza D'ávila; DAL POZ, Mário Roberto. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis* [online]. v. 15, p. 225-264, 2005. Suplemento.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila *et al.* Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, set. 2006.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; BAPTISTA, Tatiana Wagner de Faria. Análise de políticas de saúde. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa (Orgs.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

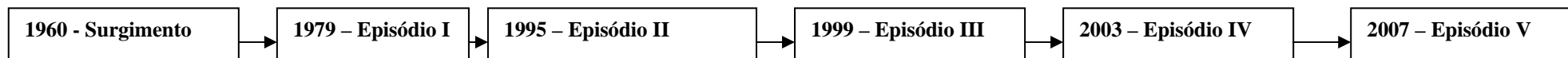
WALT, Gill; GILSON, Lucy. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health policy and planning*. v. 9, n. 4, 1994, p. 353-370.

ZAHARIADIS, N. The multiple streams framework: structure, limitations, prospects. In: SABATIER, Paul (Org.). *Theories of the policy process*. University of California. Colorado, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – MATRIZ DE EPISÓDIOS E QUESTÕES PARA ENTREVISTADOS

Questão norteadora: “Que fatores ligados ao fluxo de problemas, das soluções e alternativas, do contexto político e da atuação dos atores explicam a situação atual da política de APS no DF”?



EPISÓDIOS E QUESTÕES PARA ENTREVISTAS

De 1960 a 1978	De 1979 a 1994	De 1995 a 1998	De 1999 a 2002	De 2003 a 2006	De 2007 a 2009
Prefeitos e Governadores indicados pelo Governo Federal	Governador Indicado – Aimeé Lamaison <u>Joaquim Domingos Roriz</u>	<u>Cristovam Buarque</u>	<u>Joaquim Domingos Roriz</u>	Joaquim Domingos Roriz e <u>Maria de Lourdes Abadia</u>	<u>José Roberto Arruda</u>
EVENTOS RELACIONADOS - Criação do sistema de saúde do DF: - Implantação do Plano Bandeira de Melo (PBM) - Transição entre governo indicado para governo eleito - Primeiras conferências de saúde (I, II e III)	EVENTOS RELACIONADOS - Proposição e implantação do Plano Jofran Frejat (PJF) - Elaboração da Lei Orgânica do DF - Primeiro modelo de organização da AB no DF com o PJF	EVENTOS RELACIONADOS - Plano de reformulação da atenção básica - Primeira implantação do programa saúde em casa (PSF) - IV conferência de saúde do DF - 1º parceria público-privada para a saúde no DF	EVENTOS RELACIONADOS - Plano de saúde 2000 - 1º desimplantação do Saúde em Casa - - Implantação do PSF - 2º parceria público-privada no DF para a saúde	EVENTOS RELACIONADOS - Desimplantação do PSF - Implantação do Família Saudável	EVENTOS RELACIONADOS - 2ª DESIMPLANTAÇÃO DO Família Saudável pela parceria com a Fundação Zerbini - REIMPLANTAÇÃO DO PSF com profissionais concursados
Questões para as entrevistas: 1- Como a atenção básica entrou para a agenda do GDF 2- Que problemas no setor saúde o DF enfrentava e como foi definido? 3- Havia uma segunda alternativa de política de atenção básica a saúde diferente desta que entrou para a agenda? 4- Quem as gerou? Quais atores predominaram? 5- Porque o Governador ou Presidente apoiou a proposta que foi implementada ? 6- Quais foram os principais fatores que influenciaram a decisão de implementar esta política 7- Qual era o contexto político institucional que fortaleceu ou enfraqueceu o problema e as propostas neste momento? 8- Quais foram os problemas subjacentes que conduziram a política de atenção básica em nível nacional e no DF para a agenda dos governos? 9- Quais foram os grupos defesa e de oposição a proposta de reorganização da atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família? 10- Como foi a atuação dos empreendedores políticos e	Questões para as entrevistas: 1- Quais foram os problemas do setor saúde mais marcantes que ocuparam mais a agenda do GDF neste período? 2- Quais eram os principais problemas da atenção básica a saúde no DF, neste período? 3- Porque a proposta anterior de organizar a atenção básica por meio de centros e postos de saúde, tendo o ACS como elo com a comunidade, foi rejeitado? 4- Porque decidiu-se implantar por meio da parceria com o Instituto Candango de Solidariedade? 5- Como surgiu a idéia de implantar a AB por meio do programa saúde em casa?Foram realizados estudos? Contaram com outras experiências 6- Como esta proposta entrou para a agenda do GDF? 7- Porque o Governador apoiou esta proposta?	Questões para as entrevistas: 1- Quais foram os problemas do setor saúde mais marcantes que ocuparam mais a agenda do GDF neste período? 2- Quais eram os principais problemas da atenção básica a saúde no DF, neste período? 3- Porque a proposta anterior de organizar a atenção básica, foi rejeitado? 4- Como surgiu a idéia de implantar a AB por meio do programa saúde da família?Foram realizados estudos? Contaram com outras experiências 5- Como esta proposta entrou para a agenda do GDF? 6- Porque o Governador apoiou esta proposta? 7- Quem foram os atores que mais influenciaram nas decisões? Quais eram suas posições?	Questões para as entrevistas: 1- Quais foram os problemas do setor saúde mais marcantes que ocuparam mais a agenda do GDF neste período? 2- Quais eram os principais problemas da atenção básica a saúde no DF, neste período? 3- Porque a proposta anterior de organizar a atenção básica, foi rejeitado? 4- Como surgiu a idéia de implantar a AB por meio do programa família saudável?Foram realizados estudos? Contaram com outras experiências 5- Como esta proposta entrou para a agenda do GDF? 6- Porque o Governador apoiou esta proposta? 7- Quem foram os atores que mais influenciaram nas	Questões para as entrevistas: 1- Neste momento, quais são os problemas do setor saúde mais marcantes que ocupam mais a agenda do GDF? 2- Quais são os principais problemas da atenção básica a saúde no DF, neste período? 3- O que se mantém das propostas anteriores de organização da atenção básica? 4- Como está organizada hoje? Como este modelo de organização foi construído? Foram realizados estudos? Contaram com outras experiências 5- A atenção básica a saúde está na agenda atual do GDF? 6- O Governador apóia esta proposta? 7- Quem são os atores que mais influenciam nas decisões? Quais eram suas posições? 8- Alguma reivindicação de algum dos atores ou grupos não foi contemplada?	

<p>em que momento os fluxos foram unidos e sob quais condições?</p>	<p>8- Quem foram os atores que mais influenciaram nas decisões? Quais eram suas posições? 9- Alguma reivindicação de algum dos atores ou grupos não foi contemplada? Qual e porque ? 10- Houve algum acontecimento extraordinário que contribuiu para a decisão de colocar a política de AB na agenda e implementá-la daquela forma? 11- As diretrizes da política de AB foram discutidas e debatidas com diferentes atores e instancias? Quais? 12- Qual o grau de prioridade que foi dado pelo GDF a política de AB neste período? 13- Quais foram as questões prioritárias da AB no DF neste período? 14- Quais foram os obstáculos ou desafios da política de AB no DF neste períodos ? 15- Naquele período, qual era o contexto nacional e internacional sobre a AB?</p>	<p>8- Alguma reivindicação de algum dos atores ou grupos não foi contemplada? Qual e porque ? 9- Houve algum acontecimento extraordinário que contribuiu para a decisão de colocar a política de AB na agenda e implementá-la daquela forma? 10- As diretrizes da política de AB foram discutidas e debatidas com diferentes atores e instancias? Quais? 11- Qual o grau de prioridade que foi dado pelo GDF a política de AB neste período? 12- Quais foram as questões prioritárias da AB no DF neste período? 13- Quais foram os obstáculos ou desafios da política de AB no DF neste períodos ? 14- Naquele período, qual era o contexto nacional e internacional sobre a AB?</p>	<p>decisões? Quais eram suas posições? 8- Alguma reivindicação de algum dos atores ou grupos não foi contemplada? Qual e porque ? 9- Houve algum acontecimento extraordinário que contribuiu para a decisão de colocar a política de AB na agenda e implementá-la daquela forma? 10- As diretrizes da política de AB foram discutidas e debatidas com diferentes atores e instancias? Quais? 11- Qual o grau de prioridade que foi dado pelo GDF a política de AB neste período? 12- Quais foram as questões prioritárias da AB no DF neste período? 13- Quais foram os obstáculos ou desafios da política de AB no DF neste períodos ? 14- Naquele período, qual era o contexto nacional e internacional sobre a AB?</p>	<p>Qual e porque ? 9- Houve algum acontecimento extraordinário que contribuiu para a decisão de colocar ou não a política de AB na agenda e implementá-la daquela forma? 10- Com quais problemas a AB compete hoje pela atenção do GDF? 10- As diretrizes da atual política de AB foram discutidas e debatidas com diferentes atores e instancias? Quais? 11- Qual o grau de prioridade que foi dado pelo GDF a política de AB neste período? 12- Quais foram as questões prioritárias da AB no DF neste período? 13- Quais foram os obstáculos ou desafios da política de AB no DF neste períodos ?</p>
---	--	---	--	--

Principais documentos analisados previamente as entrevistas

<ul style="list-style-type: none"> • Plano de saúde Bandeira de Melo • Silva, E. A Saga da Fundação Hospitalar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Plano Jofran Frejat • Relatórios da I, II e III conferências de saúde • Lei Orgânica do DF 	<ul style="list-style-type: none"> • Reformulação do modelo assistencial do DF (REMA); • Reportagens sobre a saúde no DF • Relatórios de gestão • Relatórios da IV conferencia de saúde • <i>Programa Saúde em Casa</i>: uma estratégia de mudança do modelo de atenção, de implantação do SUS e de melhoria da qualidade de vida das pessoas. • <i>Análise física e financeira das atividades do Programa Saúde em Casa</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reportagens e pesquisa sobre as eleições no GDF • Reportagens sobre a saúde no DF • Relatórios de gestão • Planos de saúde 2000, 2001-2002 • Relatórios da V e VI conferência de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Plano de conversão dos CS em Saúde da Família • Plano de Saúde • Relatórios de Gestão • Relatórios estatísticos • Plano Diretor de Regionalização 	<ul style="list-style-type: none"> • Reportagens sobre as eleições • Reportagens sobre a saúde no DF • Relatórios de gestão • Planos de saúde • Relatórios da VII conferencia de saúde • Plano de Reorganização da Atenção Primária a Saúde no DF • Plano de Modernização da Gestão Publica
---	--	---	--	---	--

ANEXOS

ANEXO 1 – Parecer nº 219/2008



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER Nº 219/2008

PROTOCOLO Nº DO PROJETO: 243/08 – Avaliação da atenção básica no DF: estudo sobre organização, acesso e resolubilidade dos serviços de saúde.

Área Temática Especial: Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde;

Validade do Parecer: 02/09/2010

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela **APROVAÇÃO DO PROJETO**.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto. **Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes.**

Brasília, 02 de setembro de 2008.

Atenciosamente.

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF
Coordenadora

AMS/CEP/SES-DF

ANEXO 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O Sr. está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada “análise da política de atenção básica a saúde do DF a partir do marco teórico multi-streams de Kingdon” que tem como objetivos analisar a trajetória de 48 anos da política de atenção básica a saúde no DF e testar a aplicação do *multiple streams model* para a análise de políticas de saúde brasileiras. Esta pesquisa é importante para aprofundar modelos teóricos de análise de políticas de saúde no Brasil e para apontar fragilidades e potencialidades da política de atenção básica no DF.

Sua participação será por meio da concessão de entrevista, com a duração de no máximo 60 minutos, respondendo questões sobre a política de atenção básica a saúde no DF. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do DF – SES/DF no âmbito do projeto “**Avaliação da Atenção Básica no Distrito Federal: estudo sobre organização, acesso e resolubilidade dos serviços de saúde**”. Por meio deste termo lhe garantimos os direitos abaixo relacionados:

- 1) solicitar, a qualquer momento, maiores esclarecimentos sobre esta pesquisa, através dos telefones: - CEP/SES/DF: 61- 3325.4955; Leila Gottens: 61-3614617 ou 8417-5175;
- 2) sigilo absoluto sobre nomes, local de trabalho, residência e quaisquer outras informações que possam levar à identificação pessoal e da instituição a qual pertence;
- 3) ampla possibilidade de negar-se a responder a quaisquer questões ou a fornecer informações que julgar prejudicial à sua integridade física, moral e social;
- 4) solicitar que parte das falas e/ou declarações não sejam incluídas em nenhum documento oficial, o que será prontamente atendido;
- 5) desistir, a qualquer tempo, de participar da pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão publicados em jornais e revistas científicas, apresentados em eventos científicos. Uma cópia deste termo permanecerá com o Sr(a) e a outra ficará arquivada, juntamente com os demais documentos da pesquisa, com o pesquisador responsável, na sala 19, no 1º Andar da Faculdade de Ciências da Saúde (FS) da Universidade de Brasília, localizada no Campus Universitário Darcy Ribeiro, CEP 70910-900 Brasília-DF – Brasil.

Brasília-DF, _____ de _____ 2009.

Participante: _____

Assinatura do pesquisador responsável:

Leila B. D. Gottens