

PRISCILA FERREIRA DE PAULA

**IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS À LUZ DA *POLICY NETWORK*:  
ANÁLISE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação de mestrado apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Administração, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

VIÇOSA  
MINAS GERAIS – BRASIL  
2018

**Ficha catalográfica preparada pela Biblioteca Central da Universidade  
Federal de Viçosa - Câmpus Viçosa**

T

P324i  
2018  
Paula, Priscila Ferreira de, 1992-  
Implementação de políticas públicas à luz da policy  
network : análise da Estratégia Saúde da Família / Priscila  
Ferreira de Paula. – Viçosa, MG, 2018.  
ix, 121f. : il. (algumas color.) ; 29 cm.

Inclui anexo.

Inclui apêndices.

Orientador: Karla Maria Damiano Teixeira.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa.

Inclui bibliografia.

1. Políticas públicas. 2. Saúde pública no Brasil.  
3. Programa de Saúde da família. I. Universidade Federal de  
Viçosa. Departamento de Administração e Contabilidade.  
Mestrado em Administração. II. Título.

CDD 22. ed. 351

PRISCILA FERREIRA DE PAULA

**IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS À LUZ DA *POLICY NETWORK*:  
ANÁLISE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação de mestrado apresentada à  
Universidade Federal de Viçosa, como  
parte das exigências do Programa de  
Pós-Graduação em Administração, para  
obtenção do título de *Magister Scientiae*.

APROVADA: 20 de fevereiro de 2018.



Suely de Fátima Ramos Silveira



Nelmiros Ferreira da Silva



Karla Maria Damiano Teixeira  
(Orientadora)

## SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS .....	iv
LISTA DE ILUSTRAÇÕES .....	v
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS .....	vi
RESUMO .....	viii
ABSTRACT .....	ix
1 INTRODUÇÃO .....	1
2 REVISÃO DE LITERATURA .....	6
2.1 Saúde Pública no Brasil .....	6
2.1.1 Política Nacional de Atenção Básica .....	11
2.1.1.1 Estratégia Saúde da Família .....	19
3 REFERENCIAL TEÓRICO .....	24
3.1 Políticas Públicas .....	24
3.1.1 Tipologias de políticas públicas .....	26
3.1.2 <i>Policy cycle</i> .....	28
3.1.2.1 Implementação de políticas públicas .....	33
3.2 <i>Policy Network</i> .....	37
3.2.1 Conceituando a <i>Policy Network</i> .....	37
3.2.2 Atores e relacionamento nas <i>policy networks</i> .....	42
3.2.3 Gestão das <i>policy networks</i> .....	48
4 METODOLOGIA .....	51
4.1 Caracterização da pesquisa .....	51
4.2 Coleta e análise de dados .....	51
4.3 Limitações da pesquisa .....	56
4.4 Caracterização da ESF em Viçosa – MG .....	57
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	60
5.1 Atores implementadores da ESF .....	60
5.2 A rede da Estratégia Saúde da Família .....	73
5.3 Gestão da rede .....	89
6 CONCLUSÕES .....	103
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	107
ANEXOS .....	113
ANEXO A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	114
APÊNDICES .....	116

APÊNDICE A: Roteiro de entrevista para gestores e coordenadores da ESF .....	117
APÊNDICE B: Roteiro de entrevista para representantes do conselho .....	119
APÊNDICE C: Roteiro de entrevista para profissionais de saúde .....	121

**LISTA DE TABELAS**

<b>Tabela 1</b> - Modalidades dos NASF.....	21
<b>Tabela 2</b> - Número de Agentes Comunitários de Saúde.....	57
<b>Tabela 3</b> - Número de Equipes de Saúde da Família.....	58
<b>Tabela 4</b> - Número de Equipes de Saúde Bucal .....	58
<b>Tabela 5</b> - Número de Núcleos de Apoio à Saúde da Família.....	59
<b>Tabela 6</b> - Densidade da Rede da ESF.....	74
<b>Tabela 7</b> - Centralidade de intermediação da rede implementadora da ESF.....	75
<b>Tabela 8</b> - Densidade da rede interna das UBS .....	79
<b>Tabela 9</b> - Centralidade de intermediação da rede interna das UBS .....	80
<b>Tabela 10</b> - Centralidade de intermediação da rede dos entrevistados.....	82
<b>Tabela 11</b> - Densidade da rede dos entrevistados.....	83
<b>Tabela 12</b> - Principais indicadores da Atenção Básica no município de Viçosa – MG .....	92

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> - Articulação dos conceitos de atenção .....	13
<b>Figura 2</b> - Atenção Básica e sua relação com o sistema de saúde como um todo.....	15
<b>Figura 3</b> - Ciclo de políticas públicas .....	29
<b>Figura 4</b> - Modelos de análise da implementação .....	33
<b>Figura 5</b> - Gestão municipal da ESF .....	68
<b>Figura 6</b> - A rede implementadora da ESF em Viçosa – MG, 2017. ....	74
<b>Figura 7</b> - A rede interna das UBS, Viçosa – MG, 2017.....	79
<b>Figura 8</b> - A rede dos entrevistados .....	82
<b>Quadro 1</b> - Ações, programas e estratégias de Atenção Básica .....	16
<b>Quadro 2</b> - Conceitos de policy networks .....	40
<b>Quadro 3</b> - Tipos de redes em pesquisa empírica e suas características .....	41
<b>Quadro 4</b> - Passos na análise de ator, jogo e rede .....	47
<b>Quadro 5</b> - Visão geral de estratégias de gestão de redes .....	49
<b>Quadro 6</b> - Atores entrevistados.....	53
<b>Quadro 7</b> - Categorias e subcategorias de análise .....	54
<b>Quadro 8</b> - Conferências Municipais de Saúde de Viçosa.....	99

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AB	Atenção Básica
AIS	Ações Integradas em Saúde
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária à Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensão
CMS	Conselho Municipal de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipes de Saúde da Família
ESB	Equipes de Saúde Bucal
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensão
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MFC	Médicos de Família e Comunidade
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SBS	Serviços Básicos de Saúde
SF	Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde

UBS            Unidade Básica de Saúde  
UBSF          Unidade Básica de Saúde Fluvial

## RESUMO

PAULA, Priscila Ferreira de, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, fevereiro de 2018. **Implementação de políticas públicas à luz da Policy Network: análise da Estratégia Saúde da Família.** Orientadora: Karla Maria Damiano Teixeira.

O presente trabalho se propôs a entender o processo de implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF) a partir da abordagem da *policy network*, considerando a importância da multiplicidade de atores na implementação de políticas, bem como a importância da ESF, enquanto modelo principal de Atenção Primária no país e porta de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo foi identificar o papel desses atores públicos e não-públicos, suas formas de relacionamento e como eles influenciam a implementação da política no âmbito municipal. Para isso, foi realizado um estudo de caso no município de Viçosa – MG. Partiu-se do pressuposto que a ESF, envolve em sua implementação, uma diversidade de atores de diferentes níveis burocráticos, assim como representantes da sociedade civil que interagem entre si por meio de laços de cooperação e solidariedade no processo de condução da política. A pesquisa é de natureza quali-quantitativa e analítica, e os atores foram identificados por meio da técnica *snowball* em uma amostragem por saturação. Também pode ser classificada como documental, uma vez que se utilizou de relatórios governamentais. Foram realizadas entrevistas fundamentadas em um roteiro semiestruturado e o tratamento dos dados se deu por meio da análise de conteúdo. Foi possível perceber que a implementação da ESF no município apresenta restrições econômicas, sociais e políticas. Os dados apontaram para a fragilidade da rede política e para a influência da hierarquia na formação de relações entre os atores. A pesquisa permitiu identificar um conjunto de obstáculos que afetam a resolutividade desse primeiro nível de atenção, tais como: baixa integralização das ações; falta de material e estrutura física adequada às UBS; ausência de políticas de valorização de pessoal, falta de qualificação dos profissionais; e ausência de mecanismos efetivos na resolução de conflitos. Também foi possível visualizar a reprodução de práticas curativistas e imediatistas no âmbito da Atenção Primária, bem como a necessidade de reorganização desse nível de atendimento no município. Em suma, conclui-se que a abordagem das *policy networks* se apresentou válida para compreender o processo político da ESF.

## ABSTRACT

PAULA, Priscila Ferreira de, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, February, 2018. **Implementation of public policies in the light of Policy Networks: analysis of the Family Health Strategy.** Adviser: Karla Maria Damiano Teixeira.

The present work aims to understand the process of the implementation of the Family Health Strategy (ESF) from the policy network approach, considering the importance of multiplicity of actors in the implementation of policies and the importance of the ESF as the main model of primary care in the country and the gateway to the Unified Health System (SUS). The objective was to identify the role of these public and non-public actors, their forms of relationship and how they influence the policy implementation at the municipal level. Therefore, a case study was carried out in the municipality of Viçosa - MG. It was assumed that the ESF, involves in its implementation, a variety of actors from different bureaucratic levels, as well as representatives of civil society that interact with each other through bonds of cooperation and solidarity in the process of conducting the policy. The research is qualitative-quantitative and analytical, and the actors were identified through snowball technique on a sample saturation. It is also be classified as a documentary research, since it uses government documents. The interviews were conducted based on semi-structured scripts and the data treatment was give by content analysis. It was possible to realize that the implementation of the ESF in the municipality presents economic, political and political restrictions. The data pointed to the fragility of the political network and to the influence of the hierarchy in the formation of relations between the actors. The research allowed to identify a set of obstacles that affect the resolution of this first level of attention, such as: low integrality of actions; lack of material and physical structure appropriate to UBS; absence of personnel appreciation policies; lack of professional qualification; and lack of effective mechanisms for resolving conflicts. It was also possible to visualize the reproduction of curative and immediate practices in Primary Health Care, as well as the need to reorganize this level of care in the municipality. In short, it is concluded that the policy networks approach was valid for understanding the political process of the ESF.

## 1 INTRODUÇÃO

O modelo de Atenção à Saúde no Brasil, até meados da década de 1970, apresentava algumas singularidades que deram início ao processo de transição democrática, como: centralização decisória na figura do governo federal, com baixa participação das esferas estaduais e municipais nos planejamentos de saúde; uma estrutura organizacional dividida entre a atuação do Ministério da Saúde no âmbito coletivo e do Ministério da Previdência e Assistência Social na prestação de assistência médica individualizada aos segurados; fortalecimento do setor privado em detrimento da rede pública no atendimento à crescente demanda de cobertura; hegemonia de um modelo de atenção hospitalocêntrico, pautado em ações de caráter individual e curativo; e a base do financiamento do sistema estava na contribuição compulsória de trabalhadores e empresas, o que gerou uma crise financeira da seguridade social no início da década de 1980, dado os aumentos progressivos dos gastos em saúde (LOBATO, 2012).

Esse cenário coincide com o debate mundial sobre a Atenção Primária em Saúde (APS) que culminou na reunião de Alma-Ata em 1978. A declaração resultante dessa primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde enfatizava a ação de diferentes atores internacionais para reduzir as diferenças de saúde entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos e atingir a meta de saúde para todos nos anos 2000. O apelo trazido pela conferência de Alma-Ata foi o ponto de partida para uma série de iniciativas em todo o mundo no âmbito dos cuidados primários (CARVALHO, 2013; MENDES, 2004).

Segundo Reis *et al.* (2009), o início da reforma sanitária no Brasil está associado à 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, com grande participação popular, que trouxe consigo uma proposta de reorganização do sistema, a partir de uma concepção ampliada de saúde como direito universal e dever do Estado. Esses princípios foram, posteriormente, incorporados à Constituição Federal de 1988, também conhecida como Constituição Cidadã, que efetivou os direitos e garantias fundamentais, além de inserir a sociedade civil no campo das políticas públicas.

Para Viana e Poz (2005), a reforma na saúde, fruto da Constituição de 1988, pode ser considerada do tipo *big bang*, uma vez que trouxe modificações significativas no sistema. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, o modelo de assistência em saúde ganhou um novo formato, pautando nos princípios do universalismo das ações, integralidade, regionalização e hierarquização (VIANA & POZ, 2005). Pode-se afirmar que o marco da

reforma da saúde está na criação do SUS, que trouxe uma proposta de gestão descentralizada e participativa, através da atuação das três esferas do governo e da participação social por meio dos conselhos de saúde.

Posteriormente, novas mudanças foram incorporadas ao campo da saúde no país, promovendo uma remodelagem do sistema para à Atenção Básica (AB). Com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, começou a se institucionalizar um modelo orientado à Saúde da Família (SF) e não somente aos indivíduos, transferindo o foco do atendimento médico-hospitalar para ações pragmáticas voltadas à APS. O PACS representou a institucionalização de experiências que já vinham ocorrendo de maneira isolada em diferentes regiões do país, como Paraná, Mato Grosso do Sul e Ceará, através da atuação de agentes comunitários (VIANNA & POZ, 2005).

A partir desses antecedentes, é criado, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), hoje consolidado como Estratégia Saúde da Família (ESF), que tem como finalidade atuar na promoção da saúde por meio de ações preventivas e não mais pautadas na intervenção médica. O programa passou a ser reconhecido como uma estratégia permanente e contínua, a partir da Portaria N° 648, de 28 de março de 2006, rompendo com a ideia de prazo determinado associada a programas. Lobato (2012) aponta que a ESF realiza a cobertura de mais da metade da população brasileira e apresenta alta eficácia em municípios pequenos e áreas rurais, ao passo que enfrenta problemas de implementação em regiões metropolitanas. Além disso, esse primeiro nível de atenção tem capacidade para resolver até 80% dos problemas de saúde (ALFRADIQUE *et al.*, 2009)

Segundo Lotta (2010), a ESF integra um arcabouço de medidas de reorganização do modelo de atenção à saúde da população usuária do SUS e envolve em seu processo de implementação uma complexa cadeia de atores composta pelo Ministério da Saúde (MS), secretarias estaduais e municipais, conselhos estaduais e municipais, gerentes das Unidades Básicas de Saúde (UBS), coordenadores das Equipes de Saúde da Família (eSF), Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e demais profissionais. Vianna e Poz (2005) explicam que a ESF representa uma proposta de superação dos modelos tradicionais de operacionalização da saúde, pois busca envolver a comunidade (objetos da ação) na política e propõe alianças entre gestores locais, técnicos externos à saúde e a própria comunidade.

Para garantir uma gestão democrática, o Estado deve atuar de forma mais descentralizada e abrir espaço, também, para a participação de atores não-estatais, muitas vezes, objetos da própria política a ser implementada. Para isso, essa participação deve ser efetiva, cabendo ao Estado ampliar a capacidade dos outros setores agirem no espaço público

(ANDRADE, 2006). Esse novo formato de gestão coletiva pode ser analisado por meio das *policy networks*, que permitem compreender a complexidade de relações entre os diferentes atores.

A abordagem das redes de políticas públicas, além de oferecer um suporte teórico-conceitual que permite identificar, com maior objetividade, os processos e estruturas que compõem o ambiente político, também oferta ferramentas metodológicas que possibilitam a apreensão de relações empiricamente observáveis e, a partir de então, representar *clusters*, trocas de recursos, fluxo de influências e compartilhamento de metas e objetivos para, então, analisar esses processos sob as óticas desses atores. Isso permite identificar e analisar o posicionamento desses atores individuais ou coletivos dentro dessa estrutura que é formada pela confluência de interesses comuns e, parcialmente, conflitantes (PROCOPIUCK & FREY, 2009).

Esses diferentes *policy makers* podem atuar em um ou vários momentos do processo de políticas públicas. De forma geral, o processo consiste na inclusão de um problema na agenda pública, a formulação de estratégias de ação, tomada de decisões, implementação da política e sua avaliação. Especificamente, na etapa de implementação, é possível visualizar a interação de atores públicos e não-públicos na operacionalização da política. Lima e D'Ascenzi (2012) veem essa multiplicidade de atores como uma característica intrínseca dessa etapa do *policy-making*. A política pública implementada é resultado de tudo o que ocorreu nas etapas iniciais do ciclo político, portanto, a fase de implementação indica que, entre a política e ação, o processo político continuou (HILL & HUPE, 2002).

Para Subirats *et al.* (2012), a implementação é um processo complexo pois busca adequar as propostas da política às situações concretas que envolvem o problema coletivo, além de não poder ser considerada interna à administração da política, pois compreende todo o conjunto de ações e atividades necessárias para realizar o programa. Nesse mesmo sentido, Viana (1996) entende a implementação como um processo que envolve atores governamentais e não-governamentais e que o desempenho da política vai depender de fatores como: as características dos agentes implementadores; as condições políticas, econômicas e sociais do contexto no qual a política se insere; e, a forma pela qual as atividades serão executadas.

Secchi (2015) aponta que a importância de se estudar a implementação de políticas públicas está na possibilidade de visualizar os obstáculos e falhas do processo por meio de esquemas analíticos bem estruturados, além de ser possível identificar erros anteriores como problemas mal definidos, objetivos mal desenhados e otimismo exagerados. Além disso, as análises sobre a implementação devem levar em conta o contexto constitucional e institucional

que regem o sistema político, verificando se as ações dos *policy makers* são legítimas e estão em conformidade com as instituições que as regulamentam (HILL & HUPE, 2002).

Sendo assim, considerando a relevância da multiplicidade de atores no processo de implementação, bem como a importância da ESF no modelo de APS, a presente pesquisa apresenta a seguinte questão-problema: Como diferentes atores influenciam o processo de implementação da política pública ESF? Para isso, se partiu do pressuposto de que a ESF envolve, em sua implementação, atores de diferentes níveis burocráticos, além de atores da sociedade civil por meio dos conselhos de saúde, interagindo entre si por meio de laços de cooperação e solidariedade na condução da política, apresentando, portanto, uma estrutura de atuação em rede.

Faria (2003) explica que nos primórdios da Ciência Política, as políticas públicas eram consideradas como *outputs* do sistema político, o que justificava o fato de os pesquisadores se concentrarem mais nos *inputs*, ou seja, nos processos decisórios de sua formação. Posteriormente, as próprias políticas públicas passaram a ser adotadas como instrumento de análise. Além disso, nas últimas décadas do século XX, os estudos sobre o *policy-making* passaram a reconhecer a não capacidade dos modelos teóricos tradicionais de explicar a complexidade e o dinamismo do processo, que passou a incorporar atores públicos e privados interagindo entre si por meio de relações menos formalizadas e não hierárquicas, como faz a abordagem das redes de políticas públicas (FARIA, 2003).

Ademais, Faria (2003) complementa que, no Brasil, o campo de estudo das políticas públicas ainda carece de análises sistemáticas sobre os processos de implementação. Nesse sentido, buscando contribuir para a temática, esse trabalho se concentrará na etapa de implementação e na abordagem da *policy network*, devido à relevância da pluralidade de atores no desempenho de uma política e como meio de entender como eles interagem a fim de alcançar os objetivos propostos. No entanto, não se descarta a possibilidade de se encontrar conflitos e disputas nos espaços destinados à implementação da política.

Sendo assim, o trabalho teve como objetivo principal: compreender o papel dos atores públicos e não-públicos no processo de implementação da ESF em Viçosa – MG. E, como objetivos específicos, teve-se:

- Identificar os diferentes atores que participam da implementação da ESF, bem como seus papéis no processo;
- Identificar as formas de relacionamento entre esses atores;
- Identificar a influência dos atores na implementação da política;
- Mapear documentos e relatórios das conferências de saúde no município;

- Analisar a efetividade das ações dos atores e de suas formas de interação no que tange ao cumprimento das metas de cobertura.

Além desta introdução, destacando a proposta de estudo e sua relevância, esta dissertação apresenta mais cinco seções. O segundo capítulo traz uma revisão de literatura sobre saúde pública no Brasil, tratando de contextualizar a Política Nacional de Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família. O terceiro capítulo é constituído pelo marco teórico utilizado, trazendo uma discussão sobre a temática das políticas públicas e da *policy network*. O quarto capítulo apresenta os procedimentos metodológicos utilizados, indicando o tipo de pesquisa, os instrumentos de coleta e análise de dados, as limitações do trabalho e uma breve caracterização do objeto de estudo. O quinto capítulo é composto pelos principais resultados da pesquisa, discutidos à luz do marco teórico proposto. E, por fim, o sexto capítulo apresenta as conclusões do trabalho.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura está estruturada em uma seção que trata da Saúde Pública no Brasil, apresentando um breve resgate histórico sobre os principais fatos que contribuíram para a construção das Políticas de Saúde no país. Essa seção está subdividida em dois tópicos, quais sejam: a Política Nacional de Atenção Básica, e, a Estratégia Saúde da Família, com o objetivo de contextualizar o objeto de estudo.

### 2.1 Saúde Pública no Brasil

As políticas de saúde no Brasil emergiram como prioridade do governo a partir do início do século XX, em função da economia exportadora de café na região sudeste. O Estado assumia o compromisso com a melhoria das condições sanitárias nos portos e áreas urbanas como forma de preservar o contingente ativo de trabalhadores e atrair mão-de-obra estrangeira. Em 1901, foi regulamentada a Diretoria Geral de Saúde, que prestava assistência em saúde em casos de epidemia e que eram de interesse do eixo central da economia. A capacidade do poder público de atuar na assistência médica individual era mínima e a saúde no âmbito médico-hospitalar dependia fortemente da atuação de entidades beneficentes e filantrópicas (JÚNIOR *et al.*, 2002).

Em 1923, a Lei Eloy Chaves cria o sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs), dando início a construção da seguridade social no país. Os fundos eram criados a partir da contribuição de trabalhadores e empregadores e tinham a finalidade de prestar assistência médica e previdenciária. Posteriormente, nos anos de 1930, esse sistema é ampliado em função da necessidade de se expandir a industrialização e passa a ser organizado em função das categorias profissionais. Isso resultou em modelo estratificado e excludente que só abarcava os segmentos do mercado formal e, portanto, a maior parte da população não era contemplada pela seguridade social, como, por exemplo, os trabalhadores rurais (LOBATO, 2012).

Segundo Mercadante *et al.* (2002), esse sistema fragmentado das CAPs foi substituído pela criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) durante a Era Vargas, agrupando os trabalhadores por setor de atividade. Reis *et al.* (2009) complementam que a criação dos IAPs foi uma resposta do governo às lutas e reivindicações dos trabalhadores no processo de industrialização e urbanização do país e buscava reforçar a assistência médica através da prestação de serviços próprios, como também da atuação do setor privado.

Nesse contexto também é possível perceber a atuação do MS, criado em 1953, cujas atribuições estavam concentradas na atenção preventiva em saúde, de forma descontinuada e através de múltiplos serviços e departamentos. Já no âmbito da assistência médica, o ministério

apenas atuava na criação e manutenção de hospitais para tratamento de enfermidades crônicas. Esse cenário foi mantido até o início da década de 1960, com o sistema de saúde dividido em três subsistemas: seguridade social, setor privado e o próprio MS (LOBATO, 2012).

De acordo com Luz (1991), a incompetência e ineficiência resultante dessa sobreposição de funções e repetição de serviços foram combatidas com mais programas, serviços e campanhas, o que levou ao aumento da dicotomia existente entre saúde pública e atendimento médico individual. A crescente consciência da dureza nas condições de saúde da população levou à um impasse estrutural no âmbito das políticas de saúde, resultando em um grande movimento social no início dos anos 60, sob a liderança das elites progressistas. Dentre as reformas de base reivindicadas, estava a proposta de uma reforma sanitária, propostas estas que foram abafadas com o golpe militar de 1964 (LUZ, 1991).

A partir do início do regime militar, se inicia uma série de transformações no cenário brasileiro. O fato do atendimento médico apresentar uma importância secundária dentro dos IAPs e os serviços variarem entre os diferentes órgãos, resultou em uma demanda por um sistema unificado e menos desigual. Sendo assim, os IAPs foram unificados, em 1965, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), mesmo com a resistência de algumas categorias de profissionais. Tal acontecimento representou a consolidação de um modelo assistencial hospitalocêntrico, curativo e médico-centrado, características estas que serão visualizadas posteriormente no contexto do SUS (MERCADANTE *et al.*, 2002; REIS *et al.*, 2009).

Bertolozzi e Greco (1996) explicam que a centralização do poder decisório sobre as políticas de saúde nas mãos dos governos autoritários e a consequente exclusão dos trabalhadores e técnicos, abriu espaço para a emergência de um movimento sanitarista no interior das universidades. Ao tempo que o INPS sofria um déficit orçamentário em função de fraudes no processo de compra de serviços privados de assistência à saúde, a queda nas taxas de crescimento econômico dificultava a precária legitimidade popular buscada pelo regime político. Em 1974, é criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, reforçando um modelo de saúde clínico assistencial e curativista (BERTOLOZZI & GRECO, 1996).

O fim do milagre econômico intensificou a insatisfação popular com as políticas de saúde da ditadura e os movimentos sociais de internos e residentes médicos se uniram a outros movimentos em questionamento das políticas sociais vigentes, sobretudo “acusando a ‘política de saúde da ditadura’ de tentar repor com uma mão (a da política de atenção médica) o que subtraía dos trabalhadores com a outra (a da política econômica)” (LUZ, 1991, p. 83). Esses movimentos de contestação cresceram intensivamente entre o final da década de 1970 e início

da década de 1980, com a participação de sindicatos, partidos políticos, associações de moradores, Igreja, entre outros. Os movimentos buscavam denunciar às autoridades e a própria sociedade civil a situação caótica que se encontrava a saúde pública e a previdência social, buscando soluções para os problemas deixados pelo regime militar (LUZ, 1991).

Esse contexto coincide com uma agenda global de saúde pautada na Atenção Primária (AP), fruto, principalmente, da Assembleia da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 1975 e da Conferência de Alma-Ata em 1978. A Assembleia da OMS destacou a necessidade de se adotar práticas simples e de baixo custo, à nível de comunidade, como forma de levar a assistência médico-sanitária a todas as camadas da população (MERCADANTE *et al.* 2002). Já a conferência de Alma-Ata trouxe consigo a meta de “saúde para todos no 2000”, além de recomendar a adoção de uma série de elementos necessários à APS, como: atuar na prevenção e controle de problemas de saúde prevalentes; promoção de uma assistência nutricional adequada; reforçar o abastecimento de água e saneamento básico; atenção materno-infantil; imunização contra das doenças infecciosas mais populares; prevenção e controle de endemias; tratamento apropriado de doenças comuns e acidentes; e fornecimento de medicamentos básicos (BUSS, 2005).

De acordo com Buss (2005), essas recomendações de Alma-Ata reforçaram a estratégia de promoção em saúde, culminando na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, em 1986. O principal produto dessa conferência, a Carta de Ottawa, enfatizava as principais estratégias de promoção à saúde, quais sejam: defesa da saúde; capacitação; e, mediação. Além disso, a Carta propôs que as ações deveriam estar voltadas para elaboração e implementação de políticas saudáveis, a construção de ambientes favoráveis à saúde, a capacitação da comunidade, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos sistemas de saúde, buscando romper com a hegemonia do modelo curativo e individual (BUSS, 2005).

Posteriormente, a Conferência de Adelaide, em 1988, reforçou o tema das políticas públicas saudáveis e a ideia de responsabilidade internacionalista pela promoção da saúde, apontando que os países desenvolvidos devem assegurar que suas políticas tenham impactos positivos nos países em desenvolvimento. Ademais, outras conferências também apresentaram grande importância na construção dessa agenda global voltada para a promoção, como, por exemplo, a III Conferência Internacional sobre a Promoção à Saúde e a Conferência de Jacarta. A primeira, realizada na Suécia, em 1991, focou na relação existente entre saúde e ambiente, considerando os aspectos físicos, sociais, econômicos, culturais e políticos. Já a segunda,

realizada em 1997, reforçou as estratégias propostas em Ottawa, tendo como foco principal a ação comunitária (BUSS, 2005).

Segundo Carvalho (2013), nesse mesmo cenário, várias administrações municipais, no Brasil, começaram a adotar bandeiras progressistas com a ideia de levar a saúde para todos, especialmente, às camadas mais vulneráveis da sociedade, o que culminou na inicialização de um movimento municipalista de saúde. A partir disso, os municípios passaram a adotar as experiências internacionais com a instalação de equipes de AP formadas por médicos, enfermeiros e uma nova categoria denominada agentes de saúde. Além disso, foram implementadas, em 1982, as Ações Integradas em Saúde (AIS), dando ênfase à AP e buscando integrar as diferentes instituições públicas de saúde em uma rede regionalizada e hierarquizada. A essência das AIS estava na atuação conjunta da previdência com os estados e municípios, a prestação de cuidados primários e a transferência de recursos para que essas ações pudessem realizadas a nível estadual e municipal (CARVALHO, 2013; REIS *et al.*, 2009).

Para Lobato (2012), somente na 8ª Conferência Municipal de Saúde, realizada em 1986, que a reforma sanitária vai se exprimir como uma política *strictu sensu*, buscando remodelar as diretrizes do sistema de saúde. Diferentemente das anteriores, essa conferência abriu a participação para representantes da sociedade civil eleitos e as propostas formuladas foram defendidas posteriormente na Assembleia Nacional Constituinte. Com a promulgação da Constituição de 1988, a saúde passa a ser reconhecida como direito de todos e dever do Estado, tendo como base principal: a universalização, sendo direito de todo cidadão brasileiro o acesso à assistência em saúde; a integralização da saúde como componente da seguridade social; a equidade, através do tratamento diferenciado para as diferentes necessidades da população; a criação do SUS; a integralização das ações de saúde e a hierarquização do atendimento; a descentralização e regionalização para estados e municípios; e a participação social por meio dos Conselhos de Saúde (LOBATO, 2012).

O SUS é regulamentado pela Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. A primeira dispõe sobre as condições necessárias para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além de dar as diretrizes, princípios e atribuições de cada esfera de governo, bem como a participação complementar do setor privado. Já a segunda trata da participação social no âmbito da gestão do SUS, das transferências intergovernamentais e institui a criação dos Conselhos de Saúde (REIS *et al.*, 2009). Esse novo modelo reverteu a lógica que antes era orientada ao atendimento médico hospitalar, para uma lógica orientada à vigilância em saúde, além de conceder aos municípios os papéis de

protagonistas nas ações e prestações de serviços na saúde, sendo responsáveis, também, pela articulação com a iniciativa privada (MERCADANTE *et al.*, 2012).

Em 1991 é criada a Comissão de Intergestores Tripartite, com a finalidade de acompanhar a implementação do SUS e fortalecer a ideia de gestão compartilhada entre os diferentes níveis de governo. Já em 1993, é criada a primeira Norma Operacional Básica (NOB-SUS 93), com o objetivo de reforçar a implantação do SUS e a ideia da municipalização. Além disso, foram incluídos serviços de alta complexidade<sup>1</sup> em benefício de toda a população, serviços estes que eram restritos aos contribuintes da previdência. A ênfase dada à municipalização e a criação de organismos colegiados intergovernamentais, como a Comissões Tripartite e Bipartite, representou o início do processo de descentralização político-administrativa no país (REIS *et al.*, 2009).

De acordo com Reis *et al.* (2009), a nova edição norma (NOB-SUS 96), agora em 1996, trouxe inovações importantes que culminaram em uma maior aproximação com o novo modelo de atenção, como a aceleração da descentralização de recursos da união, possibilitando a consolidação da autonomia dos estados e municípios e a ampliação do conceito de saúde (promoção, prevenção, condições sanitárias e ambientais, emprego, moradia, etc.) através de incentivos ao PACS e ao, até então, PSF.

Além disso, em 2002, é dada uma ênfase maior ao processo de regionalização do SUS, através da Norma Operacional de Assistência em Saúde (NOAS-SUS), pois a municipalização regulamentada pelas normas anteriores estava sendo insuficiente, dados os déficits na definição dos mecanismos regionais de prestação de serviços (REIS *et al.*, 2009). A NOAS tem por finalidade a prestação de uma assistência qualificada e de alta resolutividade no âmbito da AB. Para isso, propõe identificar áreas estratégicas essenciais (saúde da mulher, das crianças, bucal, entre outras) e criar módulos assistenciais resolutivos, compostos por um ou mais municípios, para atuar na resolução dos problemas mais frequentes, obtendo ganhos de qualidade e economia (MERCADANTE *et al.*, 2002).

Segundo Mercadante *et al.* (2002), as diversas mudanças que ocorreram no Brasil após o período de transição democrática, em especial, a descentralização de políticas, a integralização das ações e atuação conjunta entre Estado e sociedade, permitiram reduzir práticas clientelistas, bem como o distanciamento das políticas assistenciais, além de dar continuidade aos programas. Além disso, essa nova fase implicou em políticas sociais baseadas

---

<sup>1</sup> “Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade)” (BRASIL, 2009, p.32).

em critérios mais amplos, para além da renda individual, reforçou a seletividade e a focalização a longo prazo, reduziu o estatismo e ampliou a aceitação e o apoio do ramo político no que tange aos programas de transferência monetária direta (MERCADANTE *et al.*, 2002).

Existe no Brasil, além do SUS, uma ampla rede de serviços privados que atuam tanto por meio de desembolso direto, como também através de contratos com empresas do setor privado autônomo. Esse sistema suplementar é semelhante aos planos de saúde norte-americanos, formado por empresas e seguradoras privadas que vendem planos empresariais, familiares e individuais. O acesso aos serviços de saúde no país pode ser considerado bastante diversificado e vai depender de fatores como disponibilidade de renda e região (LOBATO, 2012).

### **2.1.1 Política Nacional de Atenção Básica**

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é regulamentada pela Portaria Nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, que estabelece as diretrizes e normas para a AB no Brasil, para a ESF e para o PACS. De acordo com a Portaria, a AB engloba um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, visando a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde (BRASIL, 2011). Essas ações devem ser realizadas por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, realizadas em equipe, e direcionadas a populações de um espaço delimitado, no qual tal equipe assume a responsabilidade sanitária (BRASIL, 2007a).

Segundo Mello *et al.* (2009), existe um debate constante sobre a terminologia ideal para denominar o primeiro nível de atenção à saúde. No Brasil, é possível encontrar documentos oficiais que utilizam tanto o termo ‘Atenção Primária’, quanto ‘Atenção Básica’. Historicamente, a AB está associada à um programa da OMS, na década de 1950, voltado para a promoção de ‘Serviços Básicos de Saúde’ (SBS). Já a AP foi abordada, pela primeira vez, na Conferência de Alma-Ata que, ao introduzir o termo ‘Atenção Primária à Saúde’, ocasionou o desuso do SBS. A APS pode ser considerada a denominação mais adequada para caracterizar o modelo comunitário da ESF, bem como os princípios de universalização e participação social no âmbito do SUS (MELLO *et al.*, 2009).

Embora existam diferentes derivações, tanto na literatura internacional, quanto na nacional, no Brasil, o MS adotou os termos AB e APS como sinônimos e considera esse primeiro nível de atenção como porta de entrada ao SUS, tendo como estratégia principal, a SF (BRASIL, 2007a). Para Mello *et al.* (2009), apesar dos conceitos refletirem propostas

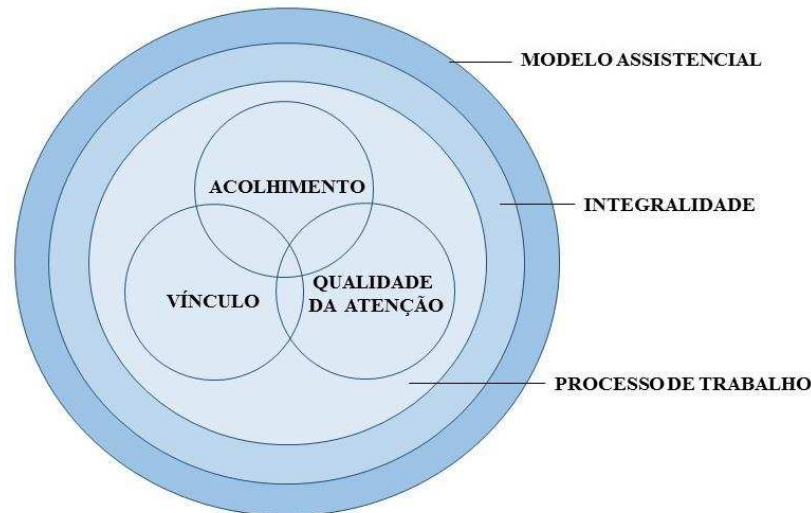
ideológicas diversas, é possível utilizar os termos AB, AP e APS como sinônimos, sem que isso se torne um problema conceitual.

Costa *et al.* (2009) explicam que essa abordagem conceitual no Brasil está associada à necessidade de se construir uma identidade institucional própria, em que a AB deve considerar duas dimensões principais no processo de vigilância à saúde: o indivíduo em sua singularidade, complexidade e contexto sociocultural; e a dimensão coletiva que envolve os principais problemas e agravos que acometem determinadas populações.

Esse primeiro nível de atenção se diferencia dos demais por considerar outros determinantes de saúde, como o meio social e físico no qual as pessoas se inserem e, não, apenas, a enfermidade de maneira isolada. Além disso, a AP trabalha com os problemas mais comuns da comunidade e, portanto, é menos intensiva em termos de capital e trabalho. Se difere das consultas de curta duração da Atenção Secundária e dos tratamentos prologados de enfermidades, típicos da Atenção Terciária. Os pacientes da AP, geralmente, já são conhecidos pelas equipes de trabalho, apresentam problemas e diagnósticos variados e são tratados buscando a prevenção das doenças. A AP também envolve a cura, porém a prevenção e a atenção são seus enfoques principais (STARFIELD, 2002).

Um de seus pontos mais relevantes é a sua capacidade de atuar coletivamente e, portanto, se torna um importante ator no processo de humanização, uma vez que se insere no círculo de convivência do usuário. O processo de humanização no âmbito da saúde vai muito além da qualidade clínica dos profissionais e envolve uma série de transformações políticas, administrativas e subjetivas com a finalidade de transformar a visão acerca do usuário, passando-o de objeto passivo a um sujeito ativo que exerce o seu direito de acesso à um sistema de saúde de qualidade (SIMÕES *et al.*, 2007).

Para Júnior e Mascarenhas (2005), o processo de atenção pode ser visualizado a partir dos conceitos de acolhimento, vínculo-responsabilização e qualidade da atenção, como apresentado na Figura 1. O acolhimento corresponde ao recebimento e tratamento humanizado dos usuários de saúde por parte das equipes de profissionais, escutando e se solidarizando com essas demandas da população. O vínculo-responsabilização está associado a formação de relações satisfatórias entre o profissional e o usuário, envolvendo a escuta e a responsabilidade pela vida. Já a qualidade da atenção se refere ao conjunto de procedimentos necessários para garantir um determinado padrão de qualidade. A partir da articulação entre esses conceitos, se formam os processos de trabalho dentro das unidades de saúde que vão ajudar a construir um modelo assistencial em consonância com os princípios do SUS, em especial, o da integralidade (JÚNIOR & MASCARENHAS, 2005).



**Figura 1** - Articulação dos conceitos de atenção  
 Fonte: Júnior e Mascarenhas (2005).

A instituição da PNAB, em 2006, foi resultado de uma série de experiências de medicina comunitária iniciadas na década de 1970, sobretudo em razão do movimento sanitarista que se formava com o apoio das universidades e dos municípios. No entanto, se tratavam de práticas isoladas e, somente após a municipalização do SUS, no início dos anos 90, que as iniciativas voltadas à AP se configuraram como um modelo de atendimento nacional. Além disso, os resultados positivos gerados pelo PACS e pelo PSF também foram importantes indutores ao processo de consolidação da política. (LAVRAS, 2011).

Outra importante estratégia adotada pelo poder público para reorientar o atendimento em saúde foi a criação do Piso de Atenção Básica (PAB), em 1998, que alterou as condições de repasse dos recursos federais destinados a prestação de serviços médico-sanitários. Com isso, se iniciou no país um processo de descentralização financeira do SUS, tornando os municípios protagonistas na gestão da rede básica. O objetivo do PAB é provocar, a médio e longo prazo, melhorias na oferta de serviços e introduzir a criação de novos programas, principalmente, em municípios mais carentes e com maior déficit de atendimento. A inovação trazida pelo PAB foi direcionar uma parcela dos recursos federais para custeio de procedimentos de AP, de acordo com o número de eSF no município, buscando ampliar o acesso à rede municipal de saúde e melhorar a qualidade da atenção (BODSTEIN, 2002).

A PNAB está fundamentada em desenvolver ações com alto grau de descentralização e capilaridade, mantendo um contato próximo com o usuário de saúde e tem como princípios norteadores a universalidade, a acessibilidade, o vínculo, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social (BRASIL, 2011). Os fundamentos e diretrizes da AB são:

I - ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território sempre em consonância com o princípio da equidade; II - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e responsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde [...]; III - adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado[...]; IV - Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção [...]; e V - estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social (BRASIL, 2011).

Fontenelle (2012) explica que, de maneira geral, a nova PNAB manteve a essência da anterior<sup>2</sup>, incorporando a flexibilização da carga horária dos Médicos de Família e Comunidade (MFC), os Núcleos de Apoio à Saúde das Famílias (NASF), as eSF ribeirinhas e unidades de saúde fluviais e a presença de profissionais de saúde bucal nas equipes. Além disso, uma inovação conceitual trazida pela nova PNAB foi o reconhecimento de que a APS articula com outros serviços por meio de Redes de Atenção à Saúde (RAS) (FONTENELLE, 2012).

A organização das RAS é uma estratégia adotada pela PNAB para promover um cuidado integral e voltado às necessidades de saúde da população usuária. Essas redes são formadas por ações e serviços de saúde de diferentes configurações, articulados de maneira complementar e de base territorial, visando cobrir as necessidades de saúde de toda a população, por meio de equipes multidisciplinares (BRASIL, 2011). Para colaborar com o funcionamento das RAS, a AB deve cumprir algumas funções, das quais:

I - Ser base: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária; II - Ser resolutiva: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais; III - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada

---

<sup>2</sup> Portaria Nº 648 de 28 de março de 2006 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece as normas e diretrizes para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulado também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais[...]; e IV - Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2011).

Tais funções evidenciam a importância das ações de AB como primeiro nível de Atenção à Saúde e como porta de acesso ao SUS. Para tanto, a AB concentra-se na SF como estratégia de ação e necessita dos esforços da União, Estados e Municípios para criar condições favoráveis à sua promoção. Nesse sentido, a AB é reconhecida como campo estratégico para a construção da integralidade da atenção e no desenvolvimento de ações intersetoriais, com o objetivo de reduzir riscos e vulnerabilidades e promover uma melhor qualidade de vida e longevidade para a população (BRASIL, 2007a).

Segundo Almeida e Macinko (2006), essa relação entre a AB e os demais níveis de atendimento especializado é o chamado sistema de referência e contrarreferência, que implica que a AB seja a “porta de entrada” para o sistema de saúde, com o intuito de racionalizar os custos e diminuir a expressividade dos caros serviços especializados, por meio de uma referência formal no nível primário de atenção. Esse papel também está baseado nos princípios de vigilância epidemiológica, em que a AB assume a triagem para os demais níveis do sistema, solucionando a maioria dos problemas da população e evitando intervenções especializadas desnecessárias. Além disso, a AB se relaciona com outros serviços de saúde não-assistenciais, tais como a vigilância sanitária, o controle de vetores, o saneamento e a educação em saúde (ALMEIDA & MACINKO, 2006). Essas diferentes dimensões da AB estão representadas na Figura 2.



**Figura 2** - Atenção Básica e sua relação com o sistema de saúde como um todo  
Fonte: Almeida e Macinko (2006).

Para Júnior e Alves (2007), esse sistema de referência e contrarreferência, na prática, apresenta uma postura prescritiva e presa numa racionalidade formal que não considera as necessidades e os fluxos reais de usuários dentro do sistema. Como os serviços apresentam lógicas de funcionamento distintas, a articulação em si não acontece e os usuários acabam entrando no SUS por todas as portas. Dentre as explicações para isso, está o fato da AB assumir um papel crítico, ao passo que não é valorizada. Em função da estrutura verticalizada, tendo a AB como base e os serviços de alta complexidade no topo, esses serviços terciários acabam sendo mais valorizados pois são considerados mais complexos e resolutivos. Em contrapartida, os serviços básicos são vistos como simples e como não há risco de morte e se utilizam de poucos equipamentos, acabam não recebendo o suporte necessário para resolução dos principais problemas que acometem a população (JÚNIOR & ALVES, 2007).

No Quadro 1, são apresentadas as principais ações, programas e estratégias que fazem parte da PNAB atualmente. As ações e programas se assemelham pelo seu prazo de duração determinado, têm, então, caráter temporário, apresentando, na maioria das vezes, um prazo para finalização. Além disso, os programas correspondem a um conjunto de ações adotadas pelo governo a fim de se concretizar um dado objetivo. Já as estratégias se diferenciam justamente por não preverem um tempo de realização, atuando, principalmente, com objetivos de longo prazo e com a ideia de continuidade.

**Quadro 1 - Ações, programas e estratégias de Atenção Básica**

<b>Ações, programas e estratégias</b>	<b>Finalidade</b>
Programa Academia da Saúde	O programa visa a implantação de polos dotados de equipamentos, estrutura e profissionais qualificados para a promoção da saúde.
Consultório na Rua	O programa tem por finalidade ampliar o acesso da população de rua aos serviços de saúde e ofertar atenção integral à saúde para esses grupos populacionais em situação de vulnerabilidade social e laços familiares fragilizados ou interrompidos.
<b>Estratégia Saúde da Família (ESF)</b>	<b>A ESF visa a reorganização da atenção básica no país, em conformidade com os princípios do SUS, e é tida pelo Ministério da Saúde e pelos gestores estaduais e municipais, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, através de equipes multiprofissionais que atuam diretamente nas Unidades Básicas de Saúde.</b>
e-SUS Atenção Básica	É uma estratégia que visa reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população.
Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)	Têm por objetivo apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações.

*Continua*

**Quadro 1** – Ações, programas e estratégias de Atenção Básica (*continuação*)

Ações, programas e estratégias	Finalidade
Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)	Tem como objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território. Para isso, propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde.
Requalifica UBS	O programa tem como objetivo criar incentivo financeiro para a reforma, ampliação e construção de UBS, provendo condições adequadas para o trabalho em saúde, promovendo melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Envolve também ações que visam à informatização dos serviços e a qualificação da atenção à saúde desenvolvida pelos profissionais da equipe.
Rede Cegonha	É uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.
Programa Saúde na Escola (PSE)	O PSE é uma estratégia de integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras.
Telessaúde Brasil	É um componente do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que objetiva ampliar a resolutividade da Atenção Básica e promover sua integração com o conjunto da Rede de Atenção à Saúde.
Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF)	São embarcações que comportam uma ou mais equipes de Saúde da Família Fluvial, equipadas com os materiais necessários para atender à população ribeirinha da Amazônia Legal (Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e parte do Maranhão) e Pantanal Sul Mato-Grossense. As UBSF são parte da PNAB e buscam responder às especificidades dessas regiões, garantindo o cuidado às suas populações.

Fonte: Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica, 2017.

Para a operacionalização da AB são necessárias UBS com infraestrutura adequada e profissionais especializados em medicina, enfermagem, odontologia e os ACS. Além disso, é de responsabilidade de todas as instâncias do governo a promoção de ações voltadas à AB, a garantia da infraestrutura necessária ao funcionamento das UBS e o financiamento, planejamento e monitoramento das ações. AS UBS correspondem à estrutura necessária para a implementação da ESF. São os espaços físicos destinados à atuação dos profissionais de saúde por meio de equipes que são compostas, basicamente, por médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, ACS, auxiliares administrativos e de serviços gerais (BRASIL, 2011).

Na realidade, se observa que o grande desafio das administrações municipais está relacionado justamente à falta de profissionais de saúde, além da precariedade da qualidade técnica e das condições de trabalho, somado à falta de equipamentos médicos (BODSTEIN, 2002). A ampliação da cobertura da AB no país não foi acompanhada do suporte necessário para que este nível de atenção seja resolutivo. As limitações na capacidade de ofertar exames laboratoriais ou até mesmo apoio nas áreas de saúde mental e reabilitação, por exemplo, acabam

levando a população a procurar diretamente os hospitais. Como os hospitais apresentam uma concepção mais restrita de saúde, sem levar em consideração a subjetividade e o contexto de vida dos pacientes, isso acaba gerando uma fragmentação do cuidado e uma desresponsabilização, o que prejudica o papel acolhedor da AP (JÚNIOR & ALVES, 2007).

Para Lavras (2011), apesar dos avanços no âmbito da APS desde o advento do SUS, ainda é preciso ultrapassar alguns entraves que dificultam o papel da PNAB enquanto organizadora dos cuidados em saúde. Entre esses entraves está a necessidade de se superar a fragmentação nas ofertas de ações e serviços no âmbito do SUS e, especificamente no que se refere à APS, é necessário valorizar e legitimar as práticas vigentes, bem como desenvolver medidas, não necessariamente locais, para solucionar as questões referentes à própria realidade de cada município ou equipe. Dentre essas medidas, é possível apontar a adequação física e tecnológica das UBS existentes, a construção de novas unidades conforme a realidade local, a implantação de mecanismos de valorização e capacitação dos profissionais de saúde, o aperfeiçoamento da gerência dessas unidades e integração dos protocolos clínicos com aqueles consensuados pelas redes, bem como das práticas profissionais, a fim de garantir continuidade no processo assistencial (LAVRAS, 2011).

De acordo com Bodstein (2002), a estruturação da rede de AB representa um grande desafio para a maioria dos municípios brasileiros. O processo de descentralização da saúde tem mostrado, principalmente, o despreparo das administrações municipais e a precarização de sua estrutura técnico-administrativa. Nesse contexto de municipalização dos gastos em saúde, a realidade é que muitos municípios apresentam uma grande fragilidade estrutural, tanto em termos de recursos humanos, quanto de capacidade física. Nesse cenário, as administrações estaduais assumem um importante papel enquanto indutoras de iniciativas microrregionais, como, por exemplo, incentivando a criação de Consórcios Intermunicipais de Saúde. Além disso, são necessários esforços por parte dos três níveis de governo para a integralização da rede básica com os demais níveis de atenção, sendo o fortalecimento da primeira imprescindível (BODSTEIN, 2002).

Júnior e Alves (2007) chamam atenção para o fato de que a AB representa o elo que liga a população aos serviços de saúde, no entanto, não deve ser vista apenas como porta de entrada ao sistema, pois isso cria uma ideia de baixa resolutividade e acaba gerando desqualificação e isolamento na rede. Além disso, a população apresenta necessidades variadas que precisam ser atendidas e, portanto, a AB não pode ser a única porta. Também não deve ser vista como porta obrigatória, pois isso gera uma burocratização da relação dos usuários com o sistema. E, por fim, não pode ser o único meio de acolhimento, pois todos os níveis de atenção devem estar

interligados e serem responsáveis pela prestação de um atendimento integral e contínuo (JÚNIOR & ALVES, 2007).

Starfield (2002), por sua vez, acredita que a ideia de porta de entrada é inerente à organização dos sistemas de saúde. De acordo com a autora, os pacientes não dispõem de conhecimento suficiente para avaliar a melhor atenção para seus problemas. Dessa forma, um ponto de acesso adequado é necessário para garantir se o problema necessita de um atendimento adicional ou não. Portanto, o atendimento médico no nível primário auxilia na identificação da melhor abordagem. Além disso, nem todos os médicos apresentam habilitação em todos os níveis de atenção. Nesse sentido, os médicos da AP lidam com problemas mais vagos e variados, enquanto os especialistas atendem em estágios posteriores e com diagnósticos mais específicos. Sendo assim, a ideia da AP como porta é compreensível (STARFIELD, 2002).

Das diversas ações do MS para a implementação da AB no Brasil, a ESF se configura como modelo principal de assistência à saúde da população usuária do SUS, o que a torna imprescindível para análise do contexto da saúde no Brasil. Tal posição corrobora com a escolha da ESF como objeto de estudo deste trabalho e com o objetivo de entender seu processo de implementação. Sendo assim, a seguir será apresentado o contexto de surgimento da estratégia, bem como suas principais especificidades.

#### **2.1.1.1 Estratégia Saúde da Família**

A ESF foi criada em 1994 pelo MS como PSF, e os resultados positivos das práticas primárias ocasionaram a transformação do programa em estratégia, como forma de dar continuidade à SF, enquanto modelo de reorientação do SUS. A adoção da AB enquanto estratégia de ação, representou a passagem de uma concepção curativa e hospitalar para uma proposta de atenção integral à saúde, tendo como enfoque a relação humanizada entre as equipes de profissionais e as famílias.

Viana e Poz (2005) explicam que o contexto de desenvolvimento da ESF está associado à criação do PACS, em 1991, que tinha por finalidade reduzir a mortalidade infantil e materna, especialmente, no norte e nordeste. A partir de então, o governo começou a focalizar suas ações na família como unidade de ação pragmática e não somente o indivíduo, o que abriu espaço para a ideia de cobertura por família. Além disso, já aconteciam no país algumas experiências positivas com a atuação dos ACS, em destaque, o estado do Ceará, o que levou o MS a perceber os ACS como peças-chaves no processo de reorientação (VIANA & POZ, 2005).

De acordo com a Portaria Nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, a ESF tem por finalidade a reorganização da AB no país, em consonância com os princípios do SUS. Se trata de uma

estratégia de expansão, qualificação e consolidação da AB, uma vez que permite aprofundar suas diretrizes e fundamentos, além de ampliar a resolutividade e o impacto nas condições de saúde da população (BRASIL, 2011). As práticas realizadas no âmbito da ESF estão orientadas ao universalismo, pois a sua implementação pode envolver a cobertura de mais de 80% da população do município. Além disso, a adoção da ESF representou uma reestruturação dos sistemas locais de saúde, bem como influenciou o processo de descentralização dos recursos federais (VIANNA & POZ, 2005).

As equipes que atuam no programa devem ser compostas por, no mínimo, um médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, um auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS, além de poder ser acrescentado à equipe, cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. Cada agente de saúde pode ficar responsável por, no máximo, 750 pessoas em sua área e o total de agentes deve ser suficiente para a cobertura de 100% da população cadastrada na UBS. Além disso, cada eSF pode conter, no máximo, 12 ACS e ser responsável pela cobertura máxima 4.000 pessoas (BRASIL, 2011).

Os profissionais das eSF deverão exercer uma carga horária de 40 horas semanais e só poderão atuar em uma única equipe, com exceção dos médicos, que poderão trabalhar em até duas unidades. Além das equipes de inserção integral, também poderão ser admitidas equipes na modalidade transitória com diferentes configurações de carga horária distribuídas entre os profissionais médicos, o que vai depender do tamanho do município (BRASIL, 2011). As equipes também podem englobar profissionais de saúde bucal, a partir de duas modalidades: a I composta por cirurgião generalista ou especialista em saúde da família e auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal; e a II, por cirurgião generalista ou especialista em saúde da família, técnico de saúde bucal e auxiliar de saúde bucal ou outro técnico de saúde bucal (BRASIL, 2012a).

O MS também instituiu a criação dos NASF, que se tratam de equipes multidisciplinares formadas por profissionais de diversas especialidades e que vão atuar em consonância com as eSF. Não correspondem a uma unidade física e sim uma equipe de apoio às UBS locais e, juntos, vão atuar na discussão de casos clínicos, no desenvolvimento de projetos, entre outras ações voltadas à AB (BRASIL, 2011). As modalidades dos NASF, apresentadas na Tabela 1, se dão em função do número de eSF a qual o núcleo está vinculado enquanto suporte.

**Tabela 1** - Modalidades dos NASF

MODALIDADES	Nº DE EQUIPES VINCULADAS	SOMATÓRIA DAS CARGAS HORÁRIAS PROFISSIONAIS*
NASF I	5 a 9 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	Mínimo 200 horas semanais; Cada ocupação deve ter no <b>mínimo 20h e no máximo 80h</b> de carga horária semanal;
NASF II	3 a 4 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	Mínimo 120 horas semanais; Cada ocupação deve ter no <b>mínimo 20h e no máximo 40h</b> de carga horária semanal;
NASF III	1 a 2 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	Mínimo 80 horas semanais; Cada ocupação deve ter no <b>mínimo 20h e no máximo 40h</b> de carga horária semanal;

Fonte: Ministério da Saúde/ Departamento de Atenção Básica, 2017.

Nota: \*Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas. eCR - Equipe Consultório na Rua; eSFR - Equipe Saúde da Família Ribeirinha; eSFF - Equipe Saúde da Família Fluvial

Conforme observado, o NASF pode apresentar três modalidades distintas. O NASF I pode atender entre 5 e 9 eSF, já os NASF do tipo II e III, podem atender de 3 a 4 e de 1 a 2 eSF, respectivamente. A composição das equipes fica a cargo da administração municipal, podendo envolver atores de diferentes categorias profissionais, cabendo ao gestor identificar a necessidade do município (BRASIL, 2017). A modalidade do NASF do tipo 3 é recente, regulamentada pela Portaria N° 3.124, de 28 de dezembro de 2012, foi criada para permitir que municípios menores possam formar um núcleo de apoio, uma vez que a condição mínima é que tenha pelo menos uma eSF (BRASIL, 2016; BRASIL, 2012b).

De acordo com Alves e Aerts (2011), os trabalhos das eSF estão fundamentados nos princípios de promoção e vigilância à saúde. Isso significa que os processos de trabalho dentro das UBS devem estar direcionados a atender a demanda espontânea que chega à unidade, assim como devem desenvolver ações para captar os usuários que ainda não conhecem ou participam da ESF. Além disso, as equipes devem estimular a participação popular no âmbito da saúde, utilizando a comunicação como um instrumento terapêutico e de promoção. A ideia trazida pela ESF é que esses usuários sejam assistidos antes mesmo do surgimento de problemas e agravos, por meio das visitas domiciliares que são realizadas pelos ACS (ALVES & AERTS, 2011).

Entre os diversos profissionais da equipe, os ACS vêm se destacando enquanto protagonistas na troca de experiências com a população usuária, proporcionando um intercâmbio entre os saberes populares e o conhecimento médico-científico. Além disso, os ACS são considerados o elo que liga a ESF à comunidade e, portanto, assumem papel relevante no enfrentamento dos problemas, uma vez que aproximam as famílias ao atendimento primário. No entanto, a realidade evidencia, muitas vezes, a falta de experiência desses profissionais, a falta de integração com os demais membros da equipe e a pouca motivação desses funcionários,

principalmente, em função do baixo nível salarial se comparado aos demais (SANTOS *et al.*, 2011).

Para Jardim e Lancman (2009), os ACS apresentam um papel transformador pois, através das visitas domiciliares, identificam as necessidades reais da população e fazem a intermediação com o sistema de saúde. A obrigatoriedade dos ACS residirem e trabalharem no mesmo território os levam a apresentar um papel duplo e simultâneo: o de agente e o de sujeito. As autoras acreditam que esse fato pode levar a sérias implicações psíquicas e, até mesmo, patológicas, uma vez que o ACS não apresenta um distanciamento entre o ato de trabalhar e morar, pois ambas as ações acontecem nos mesmos espaços físicos e com a mesma comunidade. E, além disso, acabam absorvendo as consequências da não resolução dos problemas dos usuários, dado o envolvimento afetivo e contínuo que esses profissionais estabelecem com as famílias (JARDIM & LANCMAN, 2009).

Segundo Fernandes *et al.* (2009), as eSF possuem as melhores condições para atuar preventivamente, uma vez que estão quase sempre inseridas em localidades periféricas dos municípios, o que facilita o acesso ao cuidado. Além disso, a longitudinalidade propiciada pela ESF favorece a criação de relações de confiança entre os profissionais de saúde e os usuários, o que contribui favoravelmente para a adesão ao tratamento e para as orientações em saúde (FERNANDES *et al.*, 2009)

Para Besen *et al.* (2007), a ESF é vista como um objeto de educação em saúde a partir do desenvolvimento de um diálogo educativo entre as autoridades sanitárias e a população. O objetivo é melhorar as condições de saúde e bem-estar desses usuários a partir de um processo de *empowerment*, tornando a população sujeitos ativos sobre as suas próprias condições de vida. No entanto, os autores constataram que a formação dos profissionais de saúde acaba sendo um dos principais obstáculos à lógica de atendimento requerida pela ESF. Isso acontece devido a formação na área de saúde no Brasil estar orientada por uma visão verticalizada e impositiva, o que leva ao estabelecimento de relações imediatistas e curativistas dentro do âmbito da AB, prejudicando o próprio esclarecimento da população sobre o que se trata a ESF (BESEN *et al.*, 2007).

Costa *et al.* (2009) complementam que são necessárias mudanças nas grades curriculares desses profissionais de saúde, como forma de construir uma visão orientada ao cuidado, acolhimento e humanização, pois a predominância de um modelo médico-centrado diminui a dimensão cuidadora das eSF, uma vez que os saberes ficam restritos à lógica médica, sem abrir a possibilidade para discussões. Além disso, outro grande desafio apontado pelos

autores é alta rotatividade desses profissionais de saúde, dada a instabilidade do vínculo trabalhista, o que provoca uma sensação de insegurança e a consequente mobilidade.

Para Silva *et al.* (2013, p.228), “a ESF ainda tem refletido o caráter prescritivo de programa, as diferenças nos contextos político, social, econômico e cultural têm resultado muito pouco em estratégias singulares para o enfrentamento dos problemas”. As implantações no âmbito local vêm seguindo os padrões da esfera estadual, devido a baixa capacidade de formulação dos municípios e dentre os principais problemas observados no processo de implementação, se destacam: a falta de auxílio por parte dos governos estadual e federal no desenvolvimento da estratégia a nível local; a falta de recursos humanos nas UBS, problema este que vem sendo solucionado com a inserção de médicos cubanos; e o baixo grau de integração da ESF com os demais programas municipais e níveis de atendimento. (VIANNA & POZ, 2005).

Na mesma linhagem, Silva *et al.* (2013) veem o princípio da integralidade como o mais fragilizado em função dessas deficiências e chamam a atenção para a necessidade de ações nas três esferas de governo, a fim de promover a integração dos níveis de atenção e gerar uma rede resolutive. Além disso, os autores apontam que a ESF ainda vem refletindo práticas características dos modelos hegemônicos de saúde, o que dificulta o cumprimento de papel como reorientador do sistema. Ao tempo que se observa avanços na capacidade instalada e em projetos que priorizam a AB, também se visualizam limitações importantes ao processo de atenção, como falta de integração das práticas, a baixa iniciativa local, os problemas de pessoal e a remota participação popular (SILVA *et al.*, 2013).

A partir de tais considerações, é possível perceber o importante papel que a ESF desempenha enquanto reorientadora do SUS. A formação de relações mais próximas entre a ESF e a comunidade local foi a estratégia adotada pelo poder público para consolidar a AB no Brasil. Também se deve considerar a centralidade e o protagonismo que os municípios assumem no processo de implementação da ESF, em função do advento da descentralização do sistema de saúde. Além disso, a análise de suas deficiências permite compreender o porquê desse nível de atenção não ser satisfatoriamente resolutive. Dada a expressividade da ESF, enquanto promotora dos cuidados básicos, busca-se aqui compreender o seu processo de implementação e suas implicações. Sendo assim, a seguir será apresentada uma revisão teórica sobre a temática das políticas públicas, seus pressupostos e abordagens.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico está subdividido em duas seções, a saber: Políticas Públicas; e, *Policy Networks*. A primeira traz uma discussão teórica acerca da temática de políticas públicas e apresenta as seguintes subseções: tipologias de políticas públicas; *policy cycle*; e, implementação de políticas públicas. Já a segunda trata da abordagem de redes de políticas públicas e está subdividida nos seguintes tópicos: conceituando a *policy network*; atores e relacionamentos nas *policy networks*; e, gestão das *policy networks*.

#### 3.1 Políticas Públicas

O papel do Estado vem se transformando, paralelamente, às mudanças ocorridas na sociedade. Anteriormente, o Estado era o principal responsável por garantir as necessidades de uma determinada coletividade e, hoje, ele articula com outros atores sociais na tentativa de se alcançar o bem público. A partir da consolidação da democracia, seu papel se volta ao bem-estar da social e, portanto, as políticas públicas surgem como instrumento de ação estatal.

Para entender as políticas públicas é necessário diferenciar o que são “políticas” do que é “público”. As políticas se referem às esferas da sociedade que são consideradas públicas, ou seja, aquilo que é coletivo. Já o público corresponde à dimensão da atividade humana que carece de intervenção ou regulação estatal e/ou social (PARSONS, 2007). Sendo assim, as políticas públicas seriam resultado das ações desenvolvidas pelo Estado/sociedade na tentativa de se assegurar uma determinada ordem social.

Uma das definições mais empregadas na literatura continua sendo a proposta por Dye (2002, p.1, tradução nossa) de que as políticas públicas são “tudo que um governo escolhe fazer ou não fazer”. Para Saravia (2006), as políticas públicas podem ser definidas como um conjunto de decisões públicas que buscam manter o equilíbrio social ou alterar uma dada realidade. Dessa forma, elas se constituem como um meio de ação do Estado para alterar uma realidade social considerada inadequada.

De acordo com Howlett *et al.* (2013), embora a definição proposta por Dye pareça simples para muitos tratamentos analíticos, ela resume os aspectos essenciais do *policy-making*. Primeiramente, Dye indica que o governo é o agente primário do processo político e, portanto, as decisões e ações que fogem do âmbito público, não podem ser consideradas, por si só, políticas públicas. Além disso, sua definição enfatiza que a política pública vai depender da decisão dos governos em intervir ou não em um problema coletivo, envolvendo a ação tanto dos atores políticos, quanto burocratas. E, seu conceito também aponta que a política pública é

resultado de uma ação consciente dos governos e, portanto, os efeitos não-intencionais gerados são apenas subprodutos do processo (HOWLETT *et al.*, 2013).

Subirats *et al.* (2012) entendem as políticas públicas como um conjunto de decisões e ações que envolvem diferentes atores, públicos ou não-públicos, que dispõem de recursos e interesses distintos, na tentativa de se resolver um problema considerado politicamente coletivo. Para tanto, é necessário uma série de atividades normativas e administrativas que criarão as condições básicas para que o problema seja solucionado. Nesse processo estão envolvidos um conjunto de atores, tais como políticos, administrativos e sociais. Portanto, o conjunto de decisões complexas que são tomadas por esses atores é o que se aproxima da definição de uma política pública (SUBIRATS, *et al.* 2012).

O campo contou com quatro grandes “pais” fundadores. Nos anos 1930, Lasswell introduziu o conceito da *policy analysis* como meio de conciliar os conhecimentos produzidos na área acadêmica com a produção empírica dos próprios governos. Posteriormente, Simon trouxe a ideia de racionalidade limitada dos *policy makers*, afirmando que a única forma de minimizar essa limitação seria por meio do conhecimento racional. Já Lindblom questionou essa ênfase dada ao racionalismo e chamou a atenção para outras variáveis que também influenciam o processo de políticas públicas, tais como relações de poder, grupos de interesses, eleições, burocracias e partidos políticos. E, por fim, Easton definiu o campo das políticas públicas como um sistema, em que as fases do processo de *policy-making* têm relação direta com o ambiente (SOUZA, 2006).

Segundo Frey (2000), a literatura aponta três dimensões para o campo das políticas públicas: a ‘*polity*’, as ‘*politics*’ e a ‘*policy*’. A primeira refere-se às instituições políticas; a segunda aos processos políticos; e, a terceira, ao conteúdo das políticas. Nas palavras do próprio autor:

1) a dimensão institucional ‘*polity*’ se refere à ordem do sistema político, delineada pelo sistema jurídico, e à estrutura institucional do sistema político-administrativo; 2) no quadro da dimensão processual ‘*politics*’ tem-se em vista o processo político, frequentemente de caráter conflituoso, no que diz respeito à imposição de objetivos, aos conteúdos e às decisões de distribuição; 3) a dimensão material ‘*policy*’ refere-se aos conteúdos concretos, isto é, à configuração dos programas políticos, aos problemas técnicos e ao conteúdo material das decisões políticas (FREY, 2000, p. 216-217).

Secchi (2015) explica que o termo “política pública” está vinculado à dimensão da ‘*policy*’, uma vez que as políticas públicas se referem ao conteúdo concreto e simbólico das decisões políticas, além do processo de formulação e implementação dessas decisões. Para o autor, uma política pública é resultado de dois elementos fundamentais: intencionalidade pública e resposta a um problema público.

Saravia (2006) traz alguns aspectos essenciais que constituem e caracterizam uma política pública, segundo os dicionários de ciência política:

a) institucional: a política é elaborada ou decidida por autoridade formal legalmente constituída no âmbito da sua competência e é coletivamente vinculante; b) decisório: a política é um conjunto sequência de decisões, relativo à escolha de fins e/ou meios, de longo ou curto alcance, numa situação específica e como resposta a problemas e necessidades; c) comportamental, implica ação ou inação, fazer ou não fazer nada; mas uma política é, acima de tudo, um curso de ação e não apenas uma decisão singular; d) causal: são os produtos de ações que têm efeitos no sistema político e social (SARAVIA, 2006, p. 31).

Nesse sentido, as políticas públicas dependem de um conjunto de atores para dar andamento ao processo político, vinculadas, principalmente, à figura do Estado, porém incorporando outros atores sociais no espaço público. O conjunto de decisões e meios pelos quais esses atores vão agir, buscando assegurar uma determinada ordem social, é o que pode ser entendido por políticas públicas.

### 3.1.1 Tipologias de políticas públicas

A tipologia mais conhecida de políticas públicas foi desenvolvida por Theodore Lowi (1964) que as dividia em três formatos principais: distributivas, regulatórias e redistributivas. As políticas distributivas são decisões governamentais que ocorrem sem se considerar o fato dos recursos serem limitados e podem ser facilmente desagregadas e direcionadas a unidades isoladas, sem que haja uma regra geral para isso. Tratam-se de decisões altamente individualizadas, em que não há confronto direto entre os favorecidos e não-favorecidos, como a patronagem e o clientelismo. Já as políticas regulatórias envolvem uma decisão direta de quem será atingido e quem será privado, diferenciando-se das distributivas pelo fato de não serem passíveis de desagregação e serem baseadas em leis e regulamentos gerais que não abrem espaço para o tratamento individual. E, as políticas redistributivas se assemelham as regulatórias por também envolverem relações entre uma ampla categoria de indivíduos, a diferença está na amplitude do impacto, uma vez que nas redistributivas se atinge uma gama maior de classes, como acontece nos programas de proteção social (LOWI, 1964).

Existe uma quarta categoria, as políticas constitutivas, que não foi incluída nesse trabalho original e sim em trabalhos posteriores do autor. De acordo com Smith and Larimer (2009), essa categoria é menos clara que as demais e pelos exemplos dados por Lowi, tratam-se de políticas de baixa relevância e resultam em uma política consensual que inclui tudo aquilo que não se encontra nas três classificações iniciais. Segundo Secchi (2015), essas políticas são chamadas de *meta policies* pois estão configuradas acima dos outros três tipos de políticas e determinam a dinâmica política dessas arenas. Exemplos de políticas constitutivas são as regras

que envolvem a distribuição de competências entre os poderes e esferas de governo, regras que tratam das relações intergovernamentais e da participação da sociedade civil no processo político, bem como regras que regulamentam o sistema político-eleitoral (SECCHI, 2015).

Lowi (1964) explica que, sob a ótica do longo prazo, todas as políticas públicas podem apresentar impactos redistributivos e regulatórios. O primeiro acontece porque parte da sociedade pagará em tributos muito mais do que elas usufruem em serviços públicos e, o segundo pelo fato de todas políticas representarem decisões governamentais que substituem decisões privadas acerca da alocação de recursos, tendo como unidade política o grupo e não indivíduos (LOWI, 1964).

Secchi (2015) aponta que Lowi propôs uma relação causal entre política (*politics*) e políticas públicas (*public policies*), afirmando que as políticas públicas determinam a dinâmica política (*policies determine politics*). Isso implica que o tipo de política pública pode determinar o processo político e, portanto, verificar o tipo de política pública a ser estudada tornou-se essencial para o analista entender as peculiaridades do processo. Para Lowi (1964) isso permite prever a natureza das interações entre os atores do sistema político e seu esquema é proposto da seguinte forma:

1. Os tipos de relacionamentos encontrados entre as pessoas são determinados pelas suas expectativas.
2. Na política, as expectativas são determinadas pelos resultados ou políticas governamentais.
3. Portanto, um relacionamento político é determinado pelo tipo de política em jogo, de modo que, para todas as políticas é provável que haja um tipo distinto de relacionamento político (LOWI, 1964, p. 688, tradução nossa).

Buscando avançar sobre a tipologia de Lowi, Robert H. Salisbury, citado por Rua e Romanini (2013), desenvolveu, em 1968, um modelo que acentuasse as relações entre as modalidades de políticas e o contexto institucional (sistema decisório e padrão de demandas) que as regem. O autor classificou as políticas em distributivas, redistributivas, regulatórias e autorregulatórias. As políticas distributivas são aquelas que apresentam um padrão de demanda altamente fragmentado e um sistema decisório disperso. As redistributivas remetem a demandas fortemente concentradas e com um sistema de decisão também concentrado e centralizado, como forma de mediar os conflitos dos diferentes atores. As políticas regulatórias apresentam um padrão de demandas fortemente fragmentado, ao tempo que possui um sistema decisório concentrado, dada a multiplicidade de interesses envolvidos. E, as autorregulatórias são as políticas que apresentam demandas concentradas e um sistema de decisão fragmentado (RUA & ROMANINI, 2013).

Já James Quinn Wilson, citado por Secchi (2015), construiu, em 1973, uma tipologia baseada nos critérios de distribuição dos custos e benefícios das políticas públicas. Sua classificação permite distingui-las em políticas clientelistas, políticas majoritárias, políticas de grupos de interesses e políticas empreendedoras. As políticas clientelistas são aquelas que apresentam benefícios concentrados e custos difusos, como as distributivas de Lowi. Em contrapartida, as majoritárias apresentam custos e benefícios igualmente distribuídos para a coletividade. As políticas de grupos de interesses concentram os custos e os benefícios em determinadas categorias, como as políticas redistributivas de Lowi. E, as empreendedoras, por sua vez, são aquelas que apresentam benefícios coletivos e custos concentrados em determinadas categorias (SECCHI, 2015).

Outra tipologia é a proposta por Gunnel Gustafsson, citado por Rua e Romanini (2013), em 1983, que adota como critérios de classificação a disponibilidade de conhecimento e a intenção dos *policy makers*. Nessa tipologia, as políticas são divididas em políticas reais, políticas simbólicas, pseudopolíticas e políticas sem sentido. As políticas reais são as que compartilham tanto da intenção efetiva dos governantes em implementá-la, bem como do conhecimento necessário para isso. Já as simbólicas apresentam as condições necessárias para serem implementadas, porém não despertam interesse político. As pseudopolíticas, em oposição, dispõem do interesse dos *policy makers*, entretanto, não se tem o conhecimento necessário para implementá-las. E, por fim, as políticas sem sentido são aquelas que não possuem nem interesse político nem conhecimento necessário para serem desenvolvidas (RUA & ROMANINI, 2013; SECCHI, 2015).

Existem uma infinidade de tipologias e são inegáveis as contribuições que elas trazem para o campo da *policy analysis*, permitindo reduzir a complexidade do processo político para sua compreensão. Nesse sentido, a ESF como parte integrante da PNAB, se enquadra como um instrumento de política distributiva nas tipologias de Lowi e Salisbury, uma vez que visa promover a AB para a população usuária do SUS. Já nas tipologias de Wilson e Gustafsson, a ESF pode ser classificada como clientelista e real, respectivamente, uma vez que seus benefícios estão concentrados nos usuários do SUS e seus custos difusos na sociedade e por se tratar de uma política que objetiva solucionar um problema coletivo que são os agravos em saúde.

### **3.1.2 *Policy cycle***

Dentre as diversas abordagens de análise do processo de políticas públicas, o *policy cycle* (ciclo de políticas públicas) permite entender o processo por meio de etapas ou momentos

interdependentes dentro de um ciclo político que, na maioria das vezes, ocorre de maneira não sequencial. Segundo Howlett *et al.* (2013), Harold Lasswell foi o primeiro a propor a simplificação do *policy-making* por meio de estágios, sendo eles: 1) informação; 2) promoção; 3) prescrição; 4) invocação; 5) aplicação; 6) término e; 7) avaliação. Nesse modelo, o processo começa com a reunião e processamento de informações pelos *policy makers*. Posteriormente, há uma promoção de alternativas possíveis de ação, seguida pela prescrição das ações pelos decisores públicos. Em seguida, o curso de ação é invocado juntamente com as sanções para aqueles que não cumprirem com o estabelecido. Por fim, a política é aplicada até chegar ao seu fim e, posteriormente, seus resultados são avaliados para verificar se os objetivos foram alcançados (HOWLETT *et al.*, 2013).

O modelo de Lasswell serviu de inspirações para muitos autores e, apesar da diversidade de modelos existentes, no geral, todos trazem em comum as etapas da agenda, formulação, tomada de decisões, implementação e avaliação. Jann and Wegrich (2007) explicam que a ideia desenvolvida por Lasswell apresenta um viés mais prescritivo e normativo e foi proposta como um modelo de resolução de problemas. Analisar o *policy-making* como um processo contínuo permite avaliar os efeitos cumulativos da interação entre os diferentes atores e instituições e como estes moldam o processo político (JANN & WEGRICH, 2007).

Para Secchi (2015), apesar da abordagem apresentar uma utilidade heurística, raramente reflete a dinâmica real do processo de políticas públicas, pois as etapas não acontecem de maneira sequencial. No entanto, o modelo permite simplificar a complexidade, além de ajudar os políticos, administradores e pesquisadores na análise de determinados casos (SECCHI, 2015).

Howlett *et al.* (2013) consideram que a principal vantagem do *policy cycle* está no fato dele permitir uma análise multidimensional, a partir da desagregação em estágios e sub-estágios que podem ser analisados em conjunto ou separadamente, reduzindo assim, a complexidade do processo. Já a principal desvantagem é que o modelo poder ser mal interpretado, indicando que os decisores políticos atuam no processo de solução de um problema público de forma sistemática e linear, o que não ocorre na prática (HOWLLET *et al.*, 2013). Na Figura 3 estão representadas as etapas do ciclo de políticas públicas.



**Figura 3** - Ciclo de políticas públicas

Fonte: Elaborado a partir de Howlett *et al.* (2013).

A montagem da agenda pode ser definida como “o processo pelo qual os problemas e soluções ganham ou perdem a atenção da elite política” (BIRKLAND, 2007, p. 63, tradução nossa). Na agenda estão incluídos os problemas, suas origens, consequências, soluções e demais elementos que incorporam sua essência. Trata-se de um conjunto de crenças acerca da magnitude dos problemas públicos e como eles devem ser tratados pelos atores decisivos do processo (BIRKLAND, 2007).

De acordo com Howlett *et al.* (2013), essa etapa pode ser considerada como o momento mais crítico de todo o processo político, pois a maneira pela qual os problemas serão reconhecidos e tratados pelos *policy makers* terá impacto em todas as demais fases. Uma má definição de um problema público pode gerar a adoção de medidas que não irão solucionar eficazmente aquilo que a política se propõe (HOWLETT *et al.*, 2013). Para Subirats *et al.* (2012), a incorporação de um problema coletivo na agenda pública significa que, dentre as várias demandas sociais, esse problema despertou a atenção dos atores decisivos de um sistema político-administrativo. A consideração de um problema como relevante pelos *policy makers* é o que explica o fato de algumas demandas entrarem na agenda pública e, outras, não.

A agenda pública pode ser dividida em diferentes níveis de decisão. Birkland (2007) explica que nível mais alto é a agenda universal que inclui todas as questões e ideias que podem ser objetos de debate público e discutidas em um sistema político. Quando essas questões são comumente percebidas pelos atores políticos, a agenda encontra-se no nível sistêmico. A partir do momento que os problemas são bem-sucedidos na arena sistêmica e despertam a atenção dos *policy-makers*, significa que a agenda se encontra no nível institucional. E, por fim, tem-se a agenda de decisão que inclui os problemas e questões que, de fato, serão objeto de intervenção pública (BIRKLAND, 2007; COBB & ELDER, 1983).

Cabe lembrar que nem todas as questões que se encontram no nível universal ou sistêmico chegarão aos demais níveis de decisão. Isso ocorre porque os decisores políticos enfrentam restrições financeiras que impedem a intervenção em todas as questões públicas e, além disso, há uma diversidade de interesses envolvidos, sendo que os atores não dispõem das mesmas condições de poder e recursos para influenciar o processo.

Posteriormente à inserção do problema na agenda pública, torna-se necessário desenvolver uma série de alternativas possíveis de ação e, a partir disso, escolher aquela que apresentar a melhor relação custo-benefício. Trata-se da etapa de formulação de políticas que “envolve a identificação e/ou a elaboração de conjunto de alternativas políticas para resolver um problema e reduzir esse conjunto de soluções em preparação para a decisão política final”

(SIDNEY, 2007, p 79, tradução nossa). Para Frey (2000), nesta etapa é necessário fazer uma avaliação preliminar de todos os custos e benefícios gerados pelas possíveis alternativas e avaliar a pré-disposição do tema em se tornar relevante na arena política.

Nessa fase do *policy cycle*, os decisores públicos passam por dois tipos de restrições: as substantivas e as procedimentais. As restrições substantivas correspondem aquelas inerentes à própria natureza do problema e sua solução parcial ou total vai depender de recursos financeiros e da capacidade administrativa do Estado. Já as restrições procedimentais são aquelas relacionadas às próprias formas de ação perante um problema público, podendo ser institucionais ou táticas. De toda forma, a busca por alternativas de ação sempre será polêmica e envolta de pressões conflitantes e perspectivas distintas, o que atrapalha os esforços por uma ação racional e maximizadora. Isso porque os atores apresentam capacidades distintas de ação, sendo que alguns estão à frente de outros por apresentarem alguma autoridade para diagnosticar um problema ou estabelecer uma medida de ação (HOWLETT *et al.*, 2013).

Após a formulação das políticas, sucede-se o momento de tomada de decisão. É nessa etapa que “os interesses dos atores são equacionados e as intenções (objetivos e métodos) de enfrentamento de um problema público são explicitadas” (SECCHI, 2015, p. 51). Pode-se complementar, a partir de Howlett *et al.* (2013), que, nesse momento, os atores assumem um compromisso formal com o empreendimento de uma política pública.

Dessa forma, a tomada de decisão pode ser entendida como o estágio do processo político em que os atores envolvidos decidem por um curso de ação no enfrentamento do problema. Vale lembrar que os distintos atores não apresentam o mesmo grau de poder e influência sobre a decisão e, portanto, alguns podem apresentar maior autoridade no que tange à decisão formal. Além disso, nem todos os atores envolvidos no *policy-making* vão participar das deliberações, destacando-se que as distintas fases do processo de uma política pública podem apresentar diferentes atores.

Howlett *et al.* (2013) explicam que o resultado desse processo pode ser decisões positivas, negativas ou não decisões. As decisões positivas são aquelas que tem a capacidade de alterar o *status quo* de uma determinada situação, enquanto as negativas, são aquelas em que se opta por manter o estado atual. E, por fim, as não decisões são aquelas em que não se consideram as alternativas de ação possíveis de alterar o *status quo* (HOWLETT *et al.*, 2013). Pode-se inferir, a partir disso, que as decisões positivas são aquelas que darão continuidade ao processo de políticas públicas por meio de sua implementação. Cabe destacar que essa etapa se refere à decisão de implementar uma política ou não, entretanto, o processo de tomar decisões está presente em todo o ciclo político, desde a formação da agenda até a sua posterior avaliação.

A implementação de uma política pública corresponde ao momento no qual o curso de ação é colocado em prática, bem como à execução das atividades necessárias à ação. Nesse momento é possível perceber uma maior participação de diferentes atores, o que em outras fases, muitas vezes, é restringido. Esses atores vão contribuir com seus conhecimentos e valores no processo de concretização da política formulada. Além da atuação do Estado, torna-se central, nesse momento, a participação dos níveis mais baixos da burocracia pública, que são os atores que, de fato, executam as atividades necessárias à implementação da política (HOWLETT *et al.*, 2013; SARAIVA, 2006).

Segundo Subirats *et al.* (2012), a implementação pode ser considerada como uma das fases mais complexas do ciclo de políticas públicas, uma vez busca adequar as propostas formuladas às situações concretas a serem enfrentadas. Portanto, essa etapa não é interna apenas à administração da política, pois envolve todo o conjunto de atores públicos e privados necessários para que as ações e atividades sejam executadas. Dessa forma, a implementação também pode ser definida como um jogo no qual atores públicos e privados competem entre si na busca por recursos e poder de decisão no processo político (SUBIRATS *et al.*, 2012)

Baptista e Rezende (2011) apontam que na implementação são necessárias uma série de atividades por parte da administração pública como: recursos materiais e financeiros, sistema de gestão e decisão, conjunto de agentes implementadores, sistemas de informação, dentre outros. Basicamente, é nesse momento que os *policy makers* deverão dispor de todos os recursos necessários para que a alternativa de ação escolhida seja efetivada.

Posteriormente à implementação de uma política, é importante realizar uma análise de seus principais efeitos e resultados, para verificar se os objetivos propostos da formulação foram atingidos após a política ser implementada. Saravia (2006) considera a avaliação como uma mensuração dos efeitos que a política pública ocasionou em uma determinada sociedade, principalmente, na relação entre aquilo que foi ou não previsto e as realizações alcançadas.

Para Frey (2000, p. 228) “trata-se de indagar os déficits de impacto e os efeitos colaterais indesejados para poder deduzir consequências para ações e programas futuros”. A análise minuciosa dos efeitos gerados pela política vai determinar o fim do ciclo político ou o início de um novo ciclo. Nesse momento, é necessário a adoção de critérios, indicadores e padrões para se obter um *feedback* das ações implementadas. No entanto, contrapondo a ideia sequencial, podem existir avaliações *ex ante*, anteriores ao processo de implementação, e *ex post*, após a implementação da política (FREY, 2000; SECCHI, 2015).

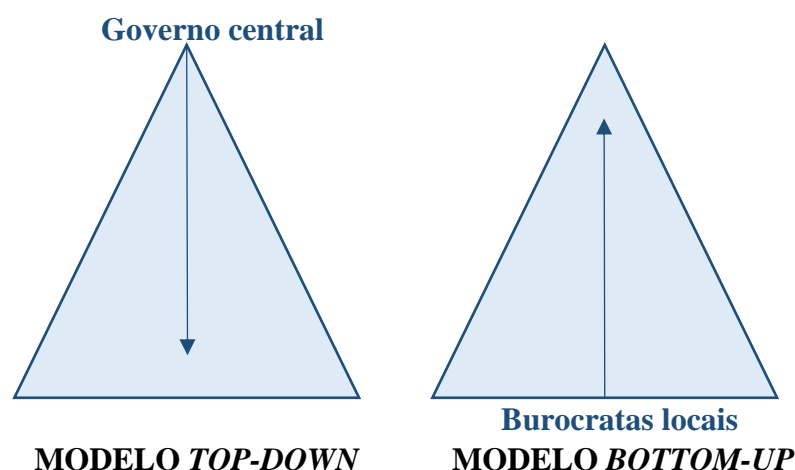
Para identificar os atores que participam da ESF, bem como a influência desses no processo de políticas pública, o trabalho se concentrará na etapa de implementação do programa

pois se pretende compreender e analisar como uma política pública atinge os objetivos propostos. Além disso, é justamente na implementação que é possível perceber a participação dos atores locais, o que muitas vezes não ocorre em outras etapas, como, por exemplo, na formulação, por se tratar de uma política nacional. Claro que a implementação envolve atores de diversas instâncias e, portanto, o objetivo é identificá-los. Porém, o foco do estudo se dará no contexto local. Dada a relevância da implementação para a pesquisa, a seguir, ela será trabalhada de maneira mais aprofundada.

### 3.1.2.1 Implementação de políticas públicas

Subirats *et al.* (2012) definem a etapa de implementação como um conjunto de processos que buscam a concretização de uma determinada política pública. Baptista e Rezende (2011) destacam que é no processo de implementação que se verifica o potencial da política, se identifica os atores que a apoiam e os interesses dos diferentes grupos.

Existem na literatura da *policy analysis*, basicamente, dois modelos hegemônicos de análises do processo de implementação de políticas públicas: o modelo *top-down* (de cima para baixo) e o modelo *bottom-up* (de baixo para cima), como mostrado na Figura 4. O primeiro modelo apresenta uma visão funcionalista e tecnicista do *policy-making*, em que as políticas devem ser elaboradas e decididas pela elite política, enquanto que a implementação fica a cargo da esfera administrativa. Ao contrário disso, o modelo *bottom-up* apresenta uma visão orientada a uma maior liberdade aos burocratas e redes de atores para organizar e moldar o processo de implementação (SECCHI, 2015).



**Figura 4** - Modelos de análise da implementação  
Fonte: Secchi (2015).

De acordo com Pulzl and Treib (2007), o modelo *top-down* coloca o controle do processo de implementação nas mãos de um governo central, enquanto que o *bottom-up* vê os

burocratas locais como principais atores no processo, pois estes dispõem de maior conhecimento da realidade local, o que os tornam protagonistas das redes de implementação. Além disso, os autores apontam um terceiro modelo que vem ganhando força no campo da ciência política, as chamadas teorias híbridas. Tratam-se de um conjunto de abordagens que visam superar a dicotomia existente entre os dois modelos, propondo uma análise que incorpore elementos de um governo central, bem como da autonomia local (PULZL & TREIB, 2007).

Jeffrey Pressman e Aaron Wildavsky, citados por Hill and Hupe (2002), podem ser considerados como os pais fundadores da abordagem *top-down*. Uma das contribuições dos autores foi trazer o conceito de “déficit de implementação”, indicando que o sucesso desse processo vai depender do grau de cooperação entre os atores envolvidos, devendo este ser próximo de cem por cento. No entanto, é difícil garantir essa cooperação entre os agentes, principalmente, quando se tem um número elevado de atores participantes do processo político, dessa forma, essa consideração dos autores é vista de maneira pessimista pela literatura de políticas públicas (HILL & HUPE, 2002). Pulzl and Treib (2007) acrescentam que os autores partilhavam de uma visão racional do processo político, no qual o poder de decisão estaria concentrado numa direção central e a tarefa da implementação seria analisar as dificuldades intrínsecas à consecução desses objetivos.

Apesar da dificuldade existente em garantir essa cooperação, é fato que deve haver uma cooperação mínima para dar andamento aos processos políticos. Principalmente em políticas que envolvem uma multiplicidade de atores implementadores, bem como diferentes instâncias de decisão, é necessário a existência de um consenso mínimo e/ou interesses em comum. Dada a complexidade do *policy-making*, sempre haverá conflitos entre os atores pois os recursos são escassos e não é possível atender a todas as demandas de uma só vez. Além disso, os atores apresentam diferentes graus de influência na tomada de decisão, o que gera ainda mais possibilidades de conflitos. Portanto, deve-se atentar aos otimismo exagerados como uma cooperação em torno de cem por cento, o que não ocorre na prática.

Outros autores clássicos da abordagem *top-down*, Donald Van Meter e Carl Van Horn, citados por Hill and Hupe (2002), contribuíram para a *policy analysis* ao elaborarem um modelo de análise que considera a quantidade de mudança necessária e o nível de consenso do processo político, sendo que, quanto menor a necessidade de mudança e quanto maior o consenso, maior será a possibilidade de sucesso de uma política. Entre outros, Eugene Bardach propôs entender o processo de implementação como ‘jogos’, e que estes jogos devem ser bem estruturados e acompanhados para garantir que a política implementada atinja seus objetivos (HILL & HUPE, 2002).

Já em relação ao modelo *bottom-up*, Hill e Hupe (2002) apontam Michael Lipsky como pai fundador dessa perspectiva. A inovação do autor foi trazer ao campo da *policy analysis* a importância de se considerar o papel dos burocratas de nível de rua nas análises de implementação de políticas. Nesse sentido, as políticas públicas refletem as características desses agentes implementadores, as formas pelas quais eles lidam com a incerteza do processo, bem como suas rotinas, recursos e pressões sofridas no trabalho. Sendo assim, esses atores de baixo escalão são apontados por Lipsky como peças fundamentais do processo político pois apesar de serem oprimidos pela alta burocracia, conseguem influenciar na execução da política, uma vez que dispõem de certa discricionariedade e autonomia no cotidiano em que a política é implementada (HILL & HUPE, 2002).

Na mesma vertente, autores como Benny Hjern, Susan Barret e Colin Fudge, citados por Hill and Hupe (2002), também trouxeram considerações importante para os estudos sobre a implementação de políticas. Os apontamentos enfatizam a necessidade da cooperação entre os atores implementadores e que estes se estruturam por meio de redes interorganizacionais. Além disso, a política é vista como um processo dinâmico que depende do consenso e da cooperação entre uma infinidade de atores políticos e chama a atenção para a diferença de cognição entre eles, o que vai gerar modificações no curso do processo político. Cabe apontar ainda, o avanço em relação ao modelo *top-down* pelo fato de considerarem a dificuldade existente em separar a formulação da implementação pois as políticas a serem implementadas devem estar em conformidade com os objetivos previamente formulados, o que torna os processos interdependentes (HILL & HUPE, 2002).

Lima e D'Ascenzi (2012) reforçam que a diferença entre os dois modelos está no nível de discricionariedade dos atores, uma vez que ambos apontam diferentes níveis de autonomia em relação ao aparato formal que determina os objetivos da política. Para os autores, no modelo *top-down*, o que prevalece é uma visão orientada para a hierarquia do processo político, sendo que, quanto mais próximo da fonte da *policy*, maior será o grau de autoridade e influência do ator na política. Em contrapartida, o modelo *bottom-up* caracteriza o processo de implementação como disperso e descentralizado, havendo influência dos atores de linha de frente sobre os processos e utilização dos recursos, porém baixa ou nenhuma influência no momento de definir os objetivos da política (LIMA & D'ASCENZI, 2012).

Corroborando com as definições propostas anteriormente, Subirats *et al.* (2012) apontam que o ponto de partida do modelo *top-down* são as decisões tomadas pelas autoridades político-administrativas, enquanto que no modelo *bottom-up* parte-se das atividades executadas pela rede implementadora da política no âmbito local. Para avaliar a qualidade do processo de

implementação, o primeiro modelo adota critérios de regularidade e eficácia dos objetivos e processos, enquanto que, o segundo, o grau de participação dos atores, bem como os conflitos decorrentes da implementação (SUBIRATS *et al.* 2012).

A implementação de uma política, na maioria das vezes, é resultado da atuação dos gestores de baixo escalão e não do alto nível político e burocrático que, nesse momento, ficam à margem do processo. Sendo assim, as duas abordagens podem ser vistas como complementares ao invés de contraditórias, uma vez que, o modelo *top-down* parte das decisões do alto escalão para se chegar ao entendimento do que foi proposto e executado, enquanto o *bottom-up* parte da outra ponta da cadeia para incorporar os implementadores da linha de frente (HOWLETT *et al.*, 2013).

Baptista e Rezende (2011) explicam que o modelo *top-down* faculta ao gestor das políticas a possibilidade de considerar os insucessos da implementação como resultado da incapacidade dos atores locais de executar a política da maneira correta. Como consequência disso, os bônus pelo sucesso de uma política são depositados nos altos gestores, enquanto que os ônus dos fracassos, são depositados sobre os executores e sobre os setores da sociedade que sofrem com a não resolução de um problema. No entanto, a abordagem *bottom-up* aponta que sempre existirá um controle imperfeito em todo o *policy-making*, o que influenciará o momento de implementação. Portanto, a implementação é vista como resultado de um processo dinâmico, no qual a política pública será um reflexo do seu contexto, bem como das organizações que as implementam (BAPTISTA & REZENDE, 2011).

Apesar de apresentarem distintas visões acerca do processo de implementação de políticas públicas, ambos os modelos vêm sendo tratados de maneira complementar pelas teorias híbridas. Esse passo é importante ao considerar que todos os atores envolvidos apresentaram um certo grau de influência no processo, não cabendo mais concentrar a análise em apenas um tipo de ator. O desenvolvimento teórico dos estudos sobre implementação serve de suporte teórico às análises empíricas e permite visualizar necessidades de melhorias nos processos políticos-administrativos, além de possibilitar desenvolver soluções para os problemas enfrentados pelos gestores públicos (SECCHI, 2015; LIMA & D'ASCENZI, 2012). Essa aplicação prática possibilita identificar os atores envolvidos no processo, seus papéis, comprometimento com a política, bem como os recursos e competências necessárias para que a política pública possa ser implementada.

Ao pensar o *policy-making* como um processo altamente complexo, torna-se possível focar na complementariedade dos dois modelos e não na dicotomia. Assim, a análise não se concentrará na importância de apenas um nível de atores para a implementação, mas

entendendo o processo holisticamente, uma vez que o próprio desenho da política gera uma grande interdependência entre eles, fazendo-os atuar em rede. Andrade (2006) explica que devido a toda essa complexidade e inter-relação dos atores públicos, a abordagem de redes vem sendo amplamente introduzida nos estudos de administração pública. Portanto, a seguir, essa abordagem será tratada mais especificamente.

## **3.2 *Policy Network***

### **3.2.1 *Conceituando a Policy Network***

A tendência de relações mais cooperativas e horizontais entre as organizações, incluindo o próprio setor público, é fruto da própria interdependência gerada pela dinâmica da globalização. De acordo com Castells (2005), a globalização é outra forma de se referir à sociedade em rede, a qual é global pois a comunicação em rede transcende fronteiras. No entanto, o autor aponta que as redes são seletivas e, portanto, difundem-se por todo o mundo, embora não sejam totalmente inclusivas. Em outras palavras, a maior parte da humanidade é excluída, embora seja afetada pela lógica das redes e das relações de poder (CASTELLS, 2005).

A definição de redes proposta pelo autor é de que elas se tratam de um conjunto de nós interconectados e são consideradas estruturas abertas que podem expandir ou reduzir, acrescentando ou excluindo nós, de acordo com as mudanças necessárias para se atingir os objetivos da rede. Nesse sentido, a sociedade em rede seria uma estrutura social formada por um conjunto de redes que vão gerar, processar e distribuir informações através de tecnologias de informação e comunicação (CASTELLS, 2005).

Os atores sociais estão conectados entre si através dos chamados laços relacionais, que funcionam como canais de transferências de recursos (materiais ou não materiais) entre eles. Além disso, esses atores e suas ações são considerados interdependentes, ao invés de independentes e autônomos, e as relações estabelecidas na rede podem ser de natureza econômica, social, política, entre outras. Esses atores podem ser descritos enquanto indivíduos, organizações ou unidades sociais coletivas (WASSERMAN & FAUST, 1994).

Para explicar como são formadas as conexões entre os indivíduos, Granovetter (1973) desenvolveu uma tipologia de análise das redes sociais que distingue esses vínculos entre laços fortes e laços fracos. Para o autor, “a força de um laço é a (provavelmente linear) combinação de tempo, intensidade emocional, intimidade (confiança mútua) e os serviços recíprocos que caracterizam esse laço” (GRANOVETTER, 1973, p. 1361, tradução nossa). Considerando dois indivíduos A e B e um conjunto S (S = C, D, E....) formado por indivíduos que possuem relação com um ou ambos, o autor aponta que, quanto mais forte for a relação entre A e B, maior será

o número de indivíduos dentro do conjunto S que possuem um vínculo forte ou fraco com eles. Portanto, essa sobreposição de relações na rede será maior quanto mais forte for o laço entre os indivíduos (GRANOVETTER, 1973).

Os laços fortes são formados por relações de grande intensidade e alta frequência entre indivíduos de um mesmo grupo social e, portanto, apresentam alto grau de credibilidade e influência. Já os laços fracos apresentam relações de baixa intensidade e frequência entre indivíduos de círculos sociais distintos. Esses últimos são extremamente importantes para a disseminação de informações, uma vez que funcionam como pontes para novas redes ao conectar esses diferentes grupos, fato que não ocorre nas relações de laços fortes, pois os indivíduos acabam constituindo pontos isolados de interação (GRANOVETTER, 1973).

De forma geral, a estrutura dessas redes é formada por quatro elementos morfológicos principais: nós, posições, ligações e fluxos. Os nós são os pontos focais formados por um conjunto de agentes, objetos ou eventos presentes no contexto da rede. Já as posições referem-se à localização desses pontos nas redes. As ligações representam as conexões entre esses pontos, podendo formar estruturas dispersas (número baixo de ligações) ou saturadas (cada ponto da rede está ligado, praticamente, a todos os demais). Além disso, essas ligações vão determinar o grau de densidade e centralização da rede. A densidade é dada pela relação entre o número real de ligações observado e o número máximo que poderia ocorrer, já a centralização está associada ao número de ligações de um ponto específico, sendo que quanto maior esse número de ligações, maior o grau de centralização. E por fim, os fluxos se referem ao conteúdo dessas ligações, podendo ser tangíveis (insumos e produtos) ou intangíveis (fluxos informacionais) (BRITTO, 2013).

No campo das políticas públicas, as redes vêm sendo empregadas como forma de conectar diferentes atores sociais em prol de um bem comum. De forma geral, a literatura sobre a abordagem da *policy networks* trata as redes como um conjunto de relações entre atores governamentais e não-governamentais que compartilham de um mesmo objetivo. Borzel (1997) traz um dos conceitos mais empregados na literatura que define as redes de políticas públicas como:

Um conjunto de relações relativamente estáveis, de natureza não hierárquica e independente, que vinculam uma variedade de atores que compartilham interesses comuns em relação à uma política, e que trocam recursos para perseguir esses interesses compartilhados, admitindo que a cooperação é a melhor maneira de alcançar as metas comuns (BORZEL, 1997, p.2, tradução nossa).

Waarden (1992) compartilha da ideia de que as *policy networks* representam a caracterização das relações entre o público e o privado. Segundo o autor, tratam-se de ligações

duradouras entre uma infinidade de atores como políticos, burocratas e grupos de interesses que possuem necessidades distintas e, juntos, vão formar essa estrutura de rede. Nas palavras do autor:

Os administradores precisam de apoio político, legitimidade, informação, parceiros de coalizão na competição com outras seções da burocracia e assistência na implementação de políticas. Os grupos de interesse, por outro lado, desejam o acesso à formação e implementação de políticas públicas, e concessões em seus interesses ou aqueles de seus eleitores. Essas diferentes necessidades motivam e produzem trocas ou transações. Quando repetidas muitas vezes, essas trocas podem tornar-se institucionalizadas em estruturas de redes. Tais estruturas de redes restringem as sucessivas opções abertas aos atores e, com o tempo, podem até influenciar a estrutura das organizações participantes (WAARDEN, 1992, p. 31, tradução nossa).

Dessa forma, as redes se propõem a unir atores para perseguir interesses comuns por meio de relações horizontais e cooperativas, diferindo-se da clássica hierarquia proposta pelo modelo burocrático. Borzel (1997) aponta que, apesar dessa definição comum compartilhada pelo campo, a literatura de políticas públicas ainda traz consigo distintas visões sobre a abordagem da *policy networks*. O autor divide essas visões em três grandes grupos: aqueles que consideram as *policy networks* apenas como uma metáfora para entender o processo de elaboração de políticas públicas; os que a veem como uma importante ferramenta analítica para a *policy analysis*, uma vez que permite compreender as relações estabelecidas entre os atores de um sistema político; e, os consideram as *policy networks* como uma metodologia de análise da estrutura social, mas não estão concordam com seu uso como um método qualitativo ou quantitativo (BORZEL, 1997).

Neste trabalho, compartilha-se da ideia de que as redes de política públicas se mostram como uma importante ferramenta de análise, pois permitem compreender a complexidade de relações entre os diferentes atores que participam do *policy-making*, não apenas na figura do Estado, mas também da sociedade civil, grupos de interesses, entre outros atores privados. Santos (2005) faz uma importante consideração ao apontar que a *policy networks* implica uma complexa interação entre os atores e que essa se dá de forma descentralizada, porém, não igualitária, pois diferentes atores apresentarão diferentes graus de influência e poder de decisão:

Isso significa que políticas públicas são o resultado de uma complexa interação entre agências estatais e organizações não-estatais. Rejeita-se com isso a abordagem que parte do Estado como o único ator relevante neste processo. A iniciativa para que um tema seja objeto de política pública pode ser tomada não apenas pelo Estado, mas também por agentes não-estatais. Aqui se estabelece uma distinção marcante entre a formulação de políticas através de rede de políticas públicas, de um lado, e através de dirigismo estatal, por outro lado. A formulação via rede não se baseia em comando e ordem, mas em negociação e intercâmbio. Este intercâmbio não significa, porém, que todos os atores se beneficiem igualmente da relação daí decorrente (SANTOS, 2005, p 4).

Para isso, o Estado precisa garantir que outros atores sociais participem do processo de formulação e implementação de políticas públicas em um dado sistema político. Santos (2005) explica que tal concepção não implica que o Estado seja fragilizado, e sim, que ele perdeu suas pretensões de dirigismo, continuando como ator fundamental no processo de *policy-making*, porém incorporando atores não-estatais no processamento das demandas e implementações.

De acordo com Borzel (1997), a *policy networks* pode ser analisada sob um viés quantitativo ou qualitativo, conforme ilustrado no Quadro 2. A análise quantitativa aborda as redes de políticas públicas como uma tipologia de intermediação de interesses, enquanto que a análise qualitativa, como uma forma específica de governança. A escola de intermediação de interesses nasceu nos Estados Unidos como uma crítica ao pluralismo, que trata a organização e competição dos grupos de interesses como aspectos externos ao Estado. Sendo assim, as redes de políticas são introduzidas para explicar a formação de relações de dependência entre o governo e esses grupos. Já a escola de governança teve sua origem na Grã-Bretanha como forma de estudar as relações intergovernamentais, e compartilha da ideia de que a formação da rede irá delimitar a agenda política, bem como moldar os resultados desse processo (FLEURY, 2005).

**Quadro 2 - Conceitos de *policy networks***

	Conceito quantitativo das redes	Conceito qualitativo das redes
	Escola de intermediação de interesses	Escola de governança
<b><i>Policy networks</i> como ferramenta analítica</b>	<i>Policy networks</i> como uma tipologia de relações Estado/Sociedade	<i>Policy networks</i> como modelo para analisar formas não hierárquicas de interação entre atores públicos e privados na elaboração de políticas públicas
<b><i>Policy networks</i> como enfoque teórico</b>	A estrutura das <i>policy networks</i> como determinantes do processo e resultado políticos.	<i>Policy network</i> como uma forma de governança

Fonte: Borzel (1997, tradução nossa)

Na escola de intermediação de interesses, as redes são vistas como uma ferramenta de análise das estruturas sociais, sendo que as relações entre os atores são estudadas com base em sua coesão, equivalência estrutural e representação espacial, utilizando métodos e técnicas quantitativas. Já na escola da governança, as redes estão orientadas para os processos e o foco de análise está mais associado ao conteúdo das interações entre os atores, do que a estrutura, e utilizam-se métodos e técnicas qualitativas (BORZEL, 1997). Embora não sejam mutuamente excludentes, a primeira vê a *policy networks* como uma tipologia para explicar toda e qualquer relação entre Estado/sociedade, enquanto que a segunda considera apenas as relações de caráter não hierárquico e horizontais.

Klijn (2014) explica que essa tendência de se estudar as redes como mecanismos de governança se justifica pela complexidade dos problemas políticos enfrentados pelos governos e que demandam uma ação conjunta com os demais grupos sociais. Nesse sentido, deve-se haver um esforço conjunto para enfrentar e solucionar os problemas que afligem a sociedade. De acordo com o autor, existem na literatura da *policy analysis*, três vertentes principais que empregam o uso das redes para analisar o processo de elaboração e implementação de políticas públicas: redes de políticas; entregas de serviços e implementação; e redes de governança.

As pesquisas sobre redes de políticas têm como foco de análise os tipos de atores que participam das redes, bem como o grau de poder e influência desses atores na tomada de decisão. Já as pesquisas sobre entregas de serviços apresentam uma perspectiva interorganizacional e focam em como as redes podem ser usadas como mecanismos para entregas de serviços e implementação de políticas públicas. Já as pesquisas sobre redes de governança focalizam na complexidade da tomada de decisões e nas redes existentes nos processos de implementação, buscando avaliar a deliberação entre os atores e potenciais conflitos e resultados que possam emergir dessa interação (KLIJN, 2014), conforme apresentado no Quadro 3.

**Quadro 3** - Tipos de redes em pesquisa empírica e suas características

	<b>Redes de política</b>	<b>Entrega de serviços e implementação</b>	<b>Redes de governança</b>
<b>Origem principal</b>	Ciência política	Ciência organizacional/teoria interorganizacional	Administração pública
<b>Foco</b>	Tomada de decisão e efeitos Relações fechadas e de poder sobre ações e estabelecimento de planos	Coordenação interorganizacional Política/entregas de serviços eficientes Política integrada/serviços	Resolução de problemas sociais Gerenciamento de redes de governança para instituições tradicionais Conexão de redes de governanças a instituições tradicionais Processos de deliberação
<b>Campo principal e questões de pesquisa</b>	Quais atores estão envolvidos na tomada de decisão? Quais as relações de poder e quais são os efeitos sobre a tomada de decisão?	Como podem ser coordenados serviços complexos? Quais mecanismo são eficazes e eficientes (contratos, parcerias, etc.)?	Como gerenciar redes de governança? Como organizá-las e conectá-las a instituições tradicionais? Como melhorar a variedade de conteúdo e combinar vários julgamentos de valores?

*Continua*

**Quadro 3** - Tipos de redes em pesquisa empírica e suas características (*Continuação*)

	<b>Redes de política</b>	<b>Entrega de serviços e implementação</b>	<b>Redes de governança</b>
<b>História</b>	Inicia com a pesquisa de ciência política pluralista dos anos 1960 e continua a fim de pesquisar sobre subsistemas, comunidades de políticas e redes de políticas.	Inicia com os primeiros teóricos interorganizacionais, foca a coordenação interorganizacional e continua a fim de pesquisar sobre entrega de serviços (também sobre contratos) e implementação.	Inicia no meio dos anos 70 com trabalho sobre relações interorganizacionais (Hanf e Sharpf, 1978) e continua com a análise de novas formas de governança e seus efeitos e requisitos de gestão.

Fonte: KLIJN (2014), p.112.

Apesar das diferentes tendências de estudo das redes de políticas públicas, o que se pode observar é uma certa convergência entre elas, principalmente, para o estudo da complexidade dos relacionamentos entre os atores e os esforços em gerenciar essas redes. Além disso, ambas compartilham do ideal de “dependência” mútua entre os atores por motivos de limitação de recursos. Além disso, a maioria das teorias de análise das redes concordam sobre os seguintes aspectos: a política é implementada por uma rede de atores interdependentes, porém autônomos em suas próprias decisões e estratégias; estes atores se relacionam entre si por meio de relações complexas para a tomada de decisão que também é chamada de ‘jogo’; a durabilidade dessas relações garante o desenvolvimento de padrões institucionalizados; e, devido à alta complexidade de atores e diferentes visões, as redes demandam determinado gerenciamento (KLIJN, 2014).

### 3.2.2 Atores e relacionamento nas *policy networks*

Como dito anteriormente, o conceito de redes de políticas públicas vem sendo tratado na *policy analysis* como uma ferramenta para estudar o relacionamento entre uma diversa cadeia de atores que atuam juntos no processo de elaboração e implementação de políticas. Andrade (2006) trata da abordagem do ator-rede para explicar essa ordenação do processo político por meio de um jogo de interesses entre os atores na promoção de políticas públicas de maneira compartilhada e não apenas centralizada nas mãos do governo. De acordo com a autora, desde a Constituição de 1988, as políticas brasileiras não vêm sendo mais atreladas apenas à ação racional de um governo central e, sim, à uma ação conjunta que demanda descentralização de poder e participação social. Nessa nova configuração, as políticas públicas são formadas por “um contexto amplo de forças materializado em redes através do curso de ação dos atores – estatais e não-estatais – que objetivariam estabelecer uma hegemonia na construção de um projeto coletivo para a resolução de problemas comuns” (ANDRADE, 2006, p 56).

Nesse sentido, a teoria-ator rede permite compreender o *policy-making* por meio das relações de poder que ocorrem entre os atores no cotidiano. Portanto, a abordagem adota as redes de políticas públicas como uma realização coletiva e não apenas como mais uma estrutura de coordenação. O objetivo é compreender o processo de elaboração e implementação de políticas públicas por meio do processo dinâmico que ele reproduz. Para que o *policy-making* reproduza essa ordem voltada para a descentralização e participação da sociedade são necessários novos padrões de flexibilidade que permitam a formação de novas relações sociais e políticas para renovar a capacidade de governança pública (ANDRADE, 2006).

Schneider (2005) explica que a governança transcende a ideia tradicional de Estado voltado para direção e se orienta para novas formas de condução social, além de destacar a importância dos atores nesse processo:

Atores “inteligentes” são ao mesmo tempo “sensores” e “atores”. Tanto a formulação e determinação de dimensões finais políticas quanto a problematização e estabelecimento da diferença de deve/é pressupõe suas percepções, decisões e emprego de seus recursos. Como essas funções são resolvidas em sistemas políticos modernos depende de padrões de diferenciação concretos. Por exemplo, uma divisão de trabalho pode predominar, em que atores sociais específicos são responsáveis, sobretudo, pela definição de um problema político, enquanto outros têm a tarefa de mobilizar e empregar recursos políticos específicos, que são necessários para a solução de problemas com base em decisões gerais correspondentes (SCHNEIDER, 2005, p.35-36).

O autor chama a atenção para o fato de que essa nova perspectiva para conduzir políticas públicas está baseada em relações de cooperação, coordenação e sintonia, sem que essa condução esteja centrada em apenas um ator (por exemplo, o Estado), sendo possível desenvolver novas formas de condução do processo político de maneira descentralizada ou policentrada. Esses novos contextos podem ser observados em diferentes níveis e áreas políticas, desde parcerias locais entre público e privado, até o nível nacional e transnacional, onde é possível visualizar redes formadas por organizações governamentais e não-governamentais para solucionar problemas globais (SCHNEIDER, 2005).

Dessa forma, as *policy networks* podem ser vistas como uma expressão dessa multiplicidade de atores sociais, bem como de novas estruturas diferenciadas dos modelos hierárquicos e verticalizados. Fleury (2005) considera as políticas públicas como resultado desse jogo de interdependência entre atores, de recursos como poder, dinheiro, legitimidade, *status*, conhecimento e informação, de regras prevalecentes ou mutáveis e das diferentes visões que os atores apresentam sobre a realidade.

Mandell (1990) trata das diferentes relações de poder que ocorrem nas chamadas redes interorganizacionais e nas redes intra-organizacionais. A autora explica que, apesar de existirem diferentes níveis de governo nas redes interorganizacionais, isso não significa que haja um

relacionamento hierárquico entre eles, pois cada organização atua como uma unidade semiautônoma. Já nas redes intra-organizacionais, as relações são baseadas em uma autoridade legítima que parte da hierarquia. Além disso, a autora acrescenta que a posição de poder de cada membro será determinada pelo grau de influência que ele detém perante a rede e que esse poder aumenta à medida em que se aumenta a sua importância para a preservação da rede.

Essas redes de políticas públicas podem ser analisadas a partir de variáveis como: compatibilidade dos membros; ambiente de mobilização de recursos; e ambiente social e político. A primeira busca identificar os níveis de compatibilidade entre os valores, interesses e objetivos particulares de cada membro com os objetivos gerais da rede em questão. A segunda busca identificar a disponibilidade de recursos para uma determinada rede, bem como esses recursos são controlados. E, a última, permite compreender as relações de poder e conflitos que permeiam a comunidade de atores (MANDELL, 1990).

É possível perceber que a precondição para que o campo das políticas públicas possa ser analisado sob a ótica das redes, é que esse processo incorpore diferentes atores sociais, tanto na relação Estado/sociedade como também a multinível de governo. Schneider (2005) traz algumas generalizações possíveis sobre a abordagem das *policy networks*:

- 1) O denominador mais comum de todas as análises de redes de políticas públicas é que a formulação de políticas públicas não é mais atribuída somente à ação do Estado enquanto ator singular e monolítico, mas resulta da interação de muitos atores distintos. A própria esfera estatal é entendida como um sistema de múltiplos atores.
- 2) Na formulação e implementação de políticas públicas, além de muitos atores públicos, estão envolvidos atores privados de distintos setores sociais e áreas.
- 3) O próprio conceito de rede se refere a vínculos diretos e indiretos relativamente duradouros, através dos quais os atores envolvidos estão integrados na formulação de políticas públicas.
- 4) Embora muitos atores estejam envolvidos direta e indiretamente na produção de políticas, existe entre eles diferença de poder e influência.
- 5) Posições de poder e influência não são determinadas somente através de status político-institucional formal, mas também por meio de vínculos informais (SCHNEIDER, 2005, p. 38).

Para entender toda a complexidade do fenômeno das redes de políticas públicas, é possível analisá-lo a partir de alguns paradoxos que caracterizam essas novas configurações do sistema político. Fleury (2005) faz um resgate desses paradoxos encontrados na literatura de políticas públicas, sendo eles:

- *Organizações/indivíduos*: as redes podem ser vistas como resultado da interação entre organizações, como também entre os indivíduos que compõem essas organizações;

- *Transitoriedade/permanência*: as redes implicam em padrões mais ou menos estáveis de relacionamento entre atores e a própria dinâmica das redes faz com que suas estruturas sejam flexíveis;

- *Cooperação/competição, solidariedade/conflito*: As redes podem ser vistas mais como resultado da negociação de interesses difusos, do que no sentido de consenso prévio entre atores;

- *Igualdade/diversidade*: Apesar de fazerem parte de uma estrutura conjunta, os atores ainda resguardam sua diversidade, ou seja, são autônomos em suas próprias estruturas e dependentes em função da rede;

- *Racionalidade instrumental/comunicativa*: Na gestão das redes é necessária uma ação instrumental que vincula os meios a fins já acordados, como também é necessário um consenso comunicativo entre os membros;

- *Construção/desconstrução*: A própria estrutura flexível e dinâmica das redes implica que possam ser construídos e desconstruídos padrões de relacionamento e interação entre os atores (FLEURY, 2005).

Waarden (1992) traz sete dimensões principais que são abordadas na literatura das *policy networks* e que devem ser levadas em consideração no processo de análise das redes, são elas: 1) *atores*, 2) *função*, 3) *estrutura*, 4) *institucionalização*, 5) *regras de conduta*, 6) *relações de poder* e 7) *estratégia dos atores*. A categoria *atores* se refere ao número de indivíduos que compõem a rede (o que vai determinar o tamanho dessa rede), bem como ao tipo de ator, podendo ser considerados os indivíduos em si ou as organizações representadas por eles. A categoria *função* indica que a finalidade da rede vai depender das necessidades, recursos, intenções e estratégias dos atores envolvidos, podendo apresentar, em ordem crescente de intensidade de relacionamento, as seguintes funções: canalizar o acesso à tomada de decisões; realizar o intercâmbio de informações; possibilitar a mobilização de recursos; coordenar uma ação de forma independente; e promover a cooperação no processo de *policy-making*, desde o desenvolvimento até a implementação e legitimação de uma política (WAARDEN, 1992).

A *estrutura* está associada ao padrão de relações entre os atores, podendo ser definida a partir de variáveis como: o tamanho da rede; os limites da rede (aberta ou fechada); o tipo de membro (voluntário ou obrigatório); o padrão das ligações (caótico ou ordenado); a intensidade das relações (dada pela frequência e duração); a densidade da rede (número de conexões dos atores); a simetria das conexões; a centralidade (nenhuma, pluricentrado ou unidade central); e a natureza das relações ( conflitos, competição ou cooperação). Já a *institucionalização* se refere às características da estrutura da rede e sua estabilidade, sendo que, quanto maior a intensidade e a simetria das relações, maior o grau de institucionalização. E, as *regras de conduta* consistem nas normas de interação ou “regras do jogo” que regulamentam o ambiente da rede. As redes

altamente institucionalizadas apresentam suas próprias culturas e convenções. A categoria *relações de poder* indica que a distribuição de poder dentro da rede é influenciada pela disposição dos recursos, necessidades e estrutura organizacional dos atores (tamanho, grau de centralização e fragmentação). E, por fim, a *estratégia dos atores* aponta que eles desenvolvem estratégias nas redes a fim de satisfazer suas necessidades, interesses e metas, bem como para coordenar suas interações (WAARDEN, 1992).

Ao analisar o grau de centralidade e densidade das redes, é possível identificar atores que podem ser considerados centrais e os periféricos. Os atores centrais são aqueles que se constituem como protagonistas das redes, dado a sua maior capacidade de ação e escolha, já os atores periféricos são aqueles que estão marginalizados dentro da estrutura, apresentando uma posição menos favorável. Essa diferença é dada em função da densidade de relacionamentos que os atores apresentam, sendo que os atores periféricos dispõem de um menor número de conexões e, na maioria das vezes, se tratam de relações locais e homofílicas (entre atores de características semelhantes). Sendo assim, os atores periféricos dependem fortemente das relações que estabelecem com os demais (principalmente os centrais) para alcançar outros espaços nas redes, objetivando o acesso a informação, recursos, participação na tomada de decisão, etc. Quanto maior o universo de relações que os atores possuem, maiores serão as suas possibilidades de ação, dadas as vantagens estruturais de sua centralidade (LAVALLE *et al.*, 2008).

Koppenjan e Klijn (2004) *apud* Klijn (2014) trazem uma tipologia de análise baseada em três dimensões: análise de ator, análise de jogo e análise de rede. De acordo com os autores, os atores são a unidade básica de análise das redes de políticas públicas, portanto é importante identificar esses atores e suas percepções sobre a política em geral, os problemas, as soluções e sobre os demais atores da rede. Além de ser importante também, identificar os recursos que esses atores possuem bem como as relações de dependência. Quanto à análise do jogo, os autores explicam que os produtos das políticas públicas são resultados da complexa interação de atores que ocorrem em diferentes arenas políticas e, portanto, entender esses processos de decisão (também chamados de ‘jogos’) é extremamente importante para entender o processo político. E quanto à análise da rede, os autores apontam que para conhecer a rede e suas características é fundamental mensurar a influência das características institucionais sobre a tomada de decisão. Algumas das dimensões propostas pelos autores e que podem ser relevantes para este estudo estão apresentadas no Quadro 4.

**Quadro 4 - Passos na análise de ator, jogo e rede**

Passos	Intenção	Questões importantes
<p><b>ANÁLISE DE ATOR</b></p> <p>Identificar atores envolvidos</p>	<p>Quais atores devem ser levados em conta?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quem pode ser distinto como as unidades agentes?</li> <li>▪ Quais atores na rede são importantes para os objetivos ou metas individuais de políticas?</li> <li>▪ Quais atores têm interesse em encontrar uma solução para a situação problema?</li> </ul>
<p>Analisar as posições e dependências dos atores</p>	<p>Que posição tomam os atores com respeito à situação problema e quanto os atores dependem um dos outros?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quais meios os diferentes atores possuem à sua disposição?</li> <li>▪ Quão importantes são esses meios?</li> <li>▪ Eles podem ser adquiridos em outro lugar?</li> <li>▪ Há dependência unilateral ou mútua?</li> <li>▪ Os atores são críticos, dedicados e/ou comparáveis?</li> </ul>
<p><b>ANÁLISE DE JOGO</b></p> <p>Determinar as arenas relevantes</p>	<p>Reconhecer grupos coerentes de atores e situações de interação ao redor dos assuntos de políticas demarcados e/ou iniciativas que são significativas para a iniciativa inicial ou o jogo de política</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Onde estão as decisões tomadas que são importantes para a iniciativa/o jogo de política que está sob análise?</li> <li>▪ Quais atores interagem em quais contextos (setor, conteúdo de política, intencionais, etc.)?</li> <li>▪ Quão coerentes são os grupos de atores?</li> <li>▪ Esses grupos de atores possuem relações uns com os outros (ligações)?</li> </ul>
<p><b>ANÁLISE DA REDE</b></p> <p>Inventariar padrões de interação entre atores</p>	<p>Por meio de mapeamento, a frequência e a diversidade de interações de atores, as redes e os atores que pertencem a elas podem ser determinados</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quais atores interagem mais frequentemente e quais interagem mais raramente?</li> <li>▪ Quais atores possuem um padrão variável de contato e quais não o possuem?</li> <li>▪ Quais atores são centrais e quais são periféricos na rede considerando seu padrão de contato?</li> </ul>
<p>Inventariar provisões institucionais que conectam atores em redes</p>	<p>Fazer um inventário e analisar as regras formais e informais do jogo e de outros acordos organizacionais na rede relevantes para o jogo de política</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Que regras formais e procedimentos jurídicos aplicar?</li> <li>▪ Quais regras informais podem ser distintas (p. ex., em relação a fornecimento de informação, oportunidades de acesso, códigos profissionais, etc.)?</li> <li>▪ Quais interseções e procedimentos de consulta ou outras construções organizacionais existem na rede que estruturam o jogo de política?</li> </ul>

Fonte: Adaptado de Koppenjan & Klijn (2004), *apud* Klijn (2014).

Para realizar a análise, os autores apontam que não é necessário utilizar todos os passos analíticos, podendo-se escolher apenas um dos passos ou elementos de vários passos para uma análise mais aprofundada. Além disso, os autores chamam a atenção para o fato das redes apresentarem dinâmicas intensas e que mudam com o passar do tempo, portanto, a análise deve ser repetida posteriormente. Neste estudo, serão consideradas as dimensões propostas pelos autores que permitem caracterizar, especificamente, o processo de implementação.

De forma geral, a abordagem das *policy networks* oferece ferramentas analíticas válidas que permitem compreender o processo político-administrativo que envolve a elaboração, formulação e implementação de políticas. Os novos formatos organizacionais baseados em relações colaborativas entre Estado/sociedade/mercado geram uma maior complexidade de análise por estarem envolvidos uma gama de atores diversificados que atuam, conjuntamente, em prol de um objetivo comum, mas resguardam suas particularidades, preferências, interesses e recursos. É nesse sentido, que Fleury (2005) enfatiza as *policy networks* como um novo paradigma de análise do campo das políticas públicas.

### **3.2.3 Gestão das *policy networks***

A gestão das redes de políticas públicas envolve um conjunto de estratégias que visam produzir resultados coletivos a partir da atuação em rede. Como as redes são compostas por atores autônomos com interesses diversos, clusters de recursos fragmentados, centros dispersos de decisão e ambientes institucionais complexos, torna-se um desafio definir estratégias de gestão capazes de extrair resultados positivos dessas interações. Essas estratégias desenvolvidas para gerir as *policy networks* podem provocar mudanças concretas dentro das próprias estruturas das redes (FLEURY, 2005; KLIJN, 2014).

De acordo com Klijn (2014), existe na literatura de redes um vasto desenvolvimento de tipologias de estratégias de gestão de redes. O autor aponta que para o gestor extrair resultados positivos dessa estruturação é necessária uma combinação de várias estratégias que, basicamente, buscam a ativação de atores e recursos, a coordenação de mecanismos para atingir metas, o estabelecimento de acordos organizacionais que possibilitem a interação de atores e a coordenação desse fluxo de interações, conforme está apresentado no Quadro 5.

**Quadro 5** - Visão geral de estratégias de gestão de redes

	<b>Ativação de atores e recursos</b>	<b>Estratégias para atingir metas</b>	<b>Acordos organizacionais</b>	<b>Condução de interações</b>
<b>Gestão de interações</b>	Ativação seletiva, mobilização de recursos, estabilização, desativação de atores e recursos, iniciação de novas séries de interação, construção de coalizões	Busca por congruência de metas, criação de variações em soluções, influência (e explicação) de percepções, gestão e coleta de informações e pesquisa	Criação de novos acordos organizacionais (conselhos, organizações de projetos, etc.)	Meditação, intermediação, escolha de gestor de processo, remoção de obstáculos à cooperação, criação de incentivos à cooperação
<b>Gestão de rede</b>	Ativação de rede, mudança de composição da rede, mudança de posição de atores, mudança de recursos	Redefinição de percepções, mudanças de papéis decisórios em redes, mudança permanente de fluxo de informação	Criação de construções organizacionais permanentes	Mudanças de regras para regulação de conflitos, para fluxo de informação, mudanças de regras de pagamento ou códigos profissionais

Fonte: Klijn (2005) *apud* Klijn (2014)

Segundo o autor, na gestão das interações, o processo inicia-se com a identificação dos atores necessários ao funcionamento da política por parte do gestor da rede. Nesse processo, o gestor pode ativar e desativar atores cuja participação não é produtiva. A partir daí, busca-se definir as metas e conhecer as percepções dos atores sobre o processo, buscando remodelar o emprego de recursos de tal modo que as metas estabelecidas sejam cumpridas. Há também que se estabelecer acordos organizacionais para garantir que esses atores distintos relacionem entre si de maneira cooperativa, além de gerir essas interações, uma vez que os resultados obtidos são produtos de uma boa coordenação da interação desses atores (KLIJN, 2014).

Já no nível de gestão da rede, Klijn (2014) explica que o gestor também pode intervir, porém orientado a provocar mudanças na rede, em especial, em suas regras. Essas regras podem indicar entradas e saídas de atores, regras de avaliação dos atores e regras para administração dos conflitos. O autor destaca que, no geral, essas estratégias consomem muito tempo e geram muitos conflitos, porém é possível perceber o grande emprego dessas táticas na prática, principalmente em relação a atores públicos centrais que moldam a estrutura das redes (posição de atores, regras para interação, etc.) como forma de atingir diferentes resultados no processo.

Contribuindo com essa perspectiva de gestão, Fleury (2005) traz em seu trabalho algumas características vantajosas da condução de políticas por meio da estruturação em redes, bem como limitações que afetam a eficiência destas. As principais vantagens são uma maior mobilização de recursos e diferentes visões sobre o problema, devido as redes estarem imbuídas de uma diversidade de atores; o processo se torna mais democrático pela pluralidade de atores, além de permitir a incorporação de atores locais que estão mais próximos da origem dos problemas; por relacionar atores governamentais como atores não-governamentais, cria-se um

modelo de interação pública não-burocrático; as redes permitem ações mais flexíveis e adaptáveis as realidades sociais voláteis; o monitoramento das redes é tido como um instrumento de gestão e não apenas de controle; os resultados obtidos nas redes são frutos de consensos a partir da negociação entre os atores e, portanto, geram uma maior responsabilidade e compromisso com essas metas (FLEURY, 2005).

Já em relação às limitações, a autora aponta que, por envolver uma variedade de atores públicos e privados, as redes enfrentariam grandes desafios para garantir a *accountability* do uso de recursos públicos; para se chegar a um consenso ou negociação, o processo pode ser demasiadamente lento, o que não é eficaz para problemas que necessitam de urgência; há uma certa dificuldade para garantir o cumprimento dos objetivos, uma vez que as responsabilidades estão diluídas entre muitos atores; a própria dinâmica flexível das redes pode levar a um afastamento dos objetivos iniciais ou comprometer as ações das redes devido a deserções de alguns atores; dificuldades de controle e coordenação das interdependências entre atores e; quando os critérios de participação não são claros, a rede pode levar a marginalização de alguns grupos sociais, priorizando apenas alguns grupos (FLEURY, 2005).

Nesse sentido, é grande a responsabilidade de gestão das redes de políticas públicas, sendo que, as formas tradicionais de gestão estatais baseadas no modelo burocrático, não são mais adequadas para lidar com a dinâmica que essas novas formas organizacionais trazem. Para gerir uma complexidade de interesses, percepções, recursos e objetivos distintos, a gestão não deve mais ser concentrada apenas na figura do governo, pelo contrário, compartilhada entre líderes dos diversos segmentos que compõem a rede da política. Fleury (2005, p.87) acrescenta que “a emergência de redes de políticas representaria a tentativa de criação de novas formas de coordenação, que fossem capazes de responder às necessidades e características do contexto atual, em que o poder se apresenta como plural e diversificado”. Sendo assim, além de relações baseadas na cooperação dos atores, também é necessário um compartilhamento de poder entre esses integrantes das redes, com vistas a produzir melhores resultados de gestão.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Caracterização da pesquisa**

A presente pesquisa caracteriza-se como qualitativa, pois seu objetivo é identificar e entender a relação entre os diferentes atores que participam do processo de implementação da ESF em Viçosa-MG. Segundo Silva (2005), a pesquisa qualitativa estuda a relação entre o mundo real e o sujeito, considerando que há um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e subjetivo. Sendo assim, essa relação não pode ser traduzida apenas em números, e, sim, em um processo de interpretação dos fenômenos e atribuição de significados (SILVA, 2005).

Também apresenta um viés quantitativo, uma vez que se utilizou de algumas medidas quantificáveis para confirmar as observações empíricas acerca da rede implementadora da ESF. Entre essas medidas tem-se o grau de centralidade e densidade da rede. Dessa forma, esse tipo de pesquisa necessita de recursos de informática e técnicas estatísticas para análise dos dados (SILVA, 2005). Sendo assim, a pesquisa pode ser classificada, quanto à abordagem, em quali-quantitativa.

Além disso, essa pesquisa também se caracteriza como analítica, uma vez que sua finalidade é explicar como os atores influenciam a implementação da política, e não estando focada apenas em descrever o processo. Fontelles *et al.* (2009) afirmam que a pesquisa analítica visa realizar uma avaliação mais profunda, para além de apenas descrever o fenômeno observado. Seu objetivo é avaliar as informações coletadas no estudo, que pode ser observacional ou experimental, para então explicar o contexto de um fenômeno em um determinado grupo, grupos ou populações. Portanto, pode ser considerada mais complexa que a descritiva, já que busca mensurar as relações de causa e efeito (FONTELLES *et al.*, 2009).

### **4.2 Coleta e análise de dados**

Quanto à unidade de análise, o município de Viçosa – MG foi escolhido de maneira intencional, pela proximidade da pesquisadora, o que torna a pesquisa viável de ser realizada. No entanto, considerando o fato da formação de Conselhos Locais de Saúde ainda ser incipiente nos municípios brasileiros e apresentar poucas experiências registradas (JÚNIOR *et al.*, 2006), a escolha se torna interessante por permitir visualizar essa experiência, uma vez que o município possuía, no ano de 2017, 2 Conselhos Locais implantados. Já a ESF foi escolhida por se constituir como estratégia principal de qualificação da AB no país, além de ser considerada porta de entrada do SUS. Além disso, dados do DAB mostraram a sua expressividade na cobertura em saúde da população, sendo que, em agosto de 2017, aproximadamente, 63,7% da população do país foi coberta por meio das eSF, e o município de Viçosa apresentou, aproximadamente, 80% de cobertura.

Trata-se de um estudo de caso, cuja finalidade é um conhecimento profundo sobre um dado objeto que, neste caso, foi a implementação da política. Segundo Laville e Dionne (1999), esse procedimento permite levantar explicações que dizem respeito diretamente ao caso estudado, bem como enumerar os elementos que caracterizam o seu contexto. A principal vantagem deste método está ligada à possibilidade de aprofundamento que oferece e, embora haja críticas em relação à baixa possibilidade de generalizações, *a posteriori* o estudo de caso pode permitir compreender um fenômeno mais complexo, uma vez que ele foi considerado representante de um conjunto maior (LAVILLE & DIONNE, 1999). Cabe ressaltar que, neste estudo, o objeto analisado foi a implementação da ESF, sendo que o município de Viçosa foi escolhido para representar essa implementação. Como a maioria das políticas federais, a ESF apresenta um desenho inicial proposto pelo Ministério da Saúde e, embora os municípios sejam dotados de autonomia, acredita-se que o caso de Viçosa – MG possa vir a permitir generalizações sobre o processo de implementação e a abordagem de redes.

Para identificar os atores que participaram da implementação da ESF a nível local, foi utilizada a técnica da bola de neve (*snowball*) que consiste em indicações feitas pelos próprios atores no momento da entrevista. O objetivo foi identificar todos os atores que participaram da ESF a nível municipal e, para isso, foram entrevistados atores da Secretaria Municipal de Saúde (coordenadores de atenção básica), Conselho Municipal de Saúde (CMS), além dos diversos profissionais das 18 eSF (coordenadores, médicos, técnicos, agentes comunitários de saúde, etc.) instaladas no município. Como Viçosa possuía, em 2017, 16 UBS e 190 profissionais ao todo, a amostragem da pesquisa se deu por saturação, que consiste em suspender a introdução de novos participantes na pesquisa a partir do momento em que os dados obtidos começam a se mostrar repetitivos ou redundantes (FONTANELLA *et al.*, 2008).

Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas fundamentadas em um roteiro semiestruturado (LAKATOS & MARCONI, 2003). Esse tipo de método permite conhecer o assunto com mais riqueza de detalhes do que a simples aplicação de questionários. As entrevistas foram gravadas com a autorização dos participantes e realizadas no período entre 10/03/2017 e 23/05/2017. Além disso, apresentaram um tempo médio de duração de 30 minutos. Essa etapa se estendeu por, aproximadamente, dois meses e meio, dada a necessidade de aguardar a disponibilidade de agenda dos atores. No total, foram realizadas 20 entrevistas individuais e 1 entrevista em grupo, totalizando 23 participantes. Os entrevistados estão identificados por meio de códigos que permitem manter o sigilo de sua identidade, conforme está apresentado no Quadro 6.

**Quadro 6 - Atores entrevistados**

Código	Funções	Órgãos
<b>E1</b>	Coordenador (a) da Rede de Atenção à Saúde	Secretaria Municipal de Saúde
<b>E2a</b>	Psicólogo (a)	NASF
<b>E2b</b>	Farmacêutico (a)	NASF
<b>E2c</b>	Nutricionista	NASF
<b>E3</b>	Coordenador (a) das UBS locais	Secretaria Municipal de Saúde
<b>E4</b>	Enfermeiro (a) / coordenador (a) da equipe	UBS
<b>E5</b>	Enfermeiro (a) / coordenador (a)	UBS
<b>E6</b>	Agente comunitário (a) de Saúde/ conselheiro (a) local	UBS/ Conselho Local
<b>E7</b>	Médico (a)	UBS
<b>E8</b>	Enfermeiro (a) / coordenador (a) da equipe / conselheiro (a) municipal	UBS/ Conselho Municipal de Saúde
<b>E9</b>	Enfermeiro (a) / coordenador (a) da equipe/ conselheiro (a) suplente	UBS/ Conselho Municipal de Saúde
<b>E10</b>	Técnico (a) de enfermagem	UBS
<b>E11</b>	Enfermeiro (a) / coordenador (a) da equipe	UBS
<b>E12</b>	Agente comunitário (a) de Saúde	UBS
<b>E13</b>	Agente comunitário (a) de Saúde	USB
<b>E14</b>	Enfermeiro (a) / coordenador (a) da equipe	UBS
<b>E15</b>	Técnico (a) de enfermagem/ conselheiro municipal	UBS/ Conselho Municipal de Saúde
<b>E16</b>	Agente comunitário (a) de Saúde	UBS
<b>E17</b>	Conselheiro (a) Municipal de Saúde	Conselho Municipal de Saúde
<b>E18</b>	Agente comunitário (a) de Saúde	UBS
<b>E19</b>	Enfermeiro (a) / coordenador (a) da equipe/ conselheiro (a) suplente	UBS/ Conselho Municipal de Saúde
<b>E20</b>	Enfermeiro (a) / coordenador (a) da equipe	UBS
<b>E21</b>	Agente comunitário (a) de Saúde	UBS

Fonte: Elaboração própria.

A pesquisa também buscou mensurar o que está sendo discutido em termos de AB no município por meio das Conferências Municipais de Saúde. Portanto, foram analisados os relatórios das conferências disponibilizados pelo Conselho Municipal de Saúde. Dessa forma, a pesquisa também pode ser considerada como documental, pois uma das fontes de dados foram os documentos públicos que se constituem como fontes primárias sem tratamento analítico (LAKATOS & MARCONI, 2003).

O tratamento dos dados coletados foi realizado por meio da análise de conteúdo. De acordo com Bardin (2011), a análise de conteúdo é realizada por meio de três etapas cronológicas: 1) a *pré-análise* consiste em organizar o material a ser analisado e sistematizar as ideias iniciais, a partir da observação e intuição; 2) A *exploração do material* engloba o momento de codificação e decomposição dos dados obtidos em categorias de análise; e, 3) o *tratamento*, envolve as inferências e interpretações dos resultados (BARDIN, 2011). Transpondo para este trabalho, a pré-análise consistiu na transcrição das entrevistas, leitura prévia e agrupamento dos pontos em comuns. Já a exploração do material representou o momento de relacionar o conteúdo coletado com as categorias de análise definidas. Nesse momento, foi utilizado o *software* UCINET, um programa desenvolvido para a análise de redes

sociais, para desenhar a rede implementadora da ESF, bem como calcular suas medidas de centralidade e densidade. E, por fim, o tratamento dos dados correspondeu à própria análise em si, fazendo relação com o conteúdo teórico abordado.

Para o tratamento dos dados foram adotadas categorias de análise *a priori*, resultantes da própria revisão bibliográfica. Para responder os objetivos propostos neste trabalho, considerando a contribuição dos diferentes autores utilizados, o Quadro 7 traz as categorias e subcategorias de análise que foram desenvolvidas.

**Quadro 7** - Categorias e subcategorias de análise

<b>Categorias de análise</b>	<b>Subcategorias de análise</b>	
<b>GRUPO DE ATORES</b>	Tipos de atores	Públicos
		Não-públicos
	Grau de importância	Papéis na implementação
	Posições e dependências dos atores	Grau de hierarquização
		Dependência mútua/unilateral
		Grau de autonomia
<b>REDE DE IMPLEMENTAÇÃO</b>	Padrões de interação	Intensidade (laços fortes e fracos)
		Vínculos diretos/indiretos
		Regras formais/informais
	Formas de interação	Cooperação/solidariedade
		Competição/conflicto
	Arenas	Atores centrais/ periféricos
Grau de influência na implementação		
Tomada de decisão		
<b>GESTÃO DA REDE</b>	Coordenação das interações	Gestão de conflitos
		Incentivos à cooperação
	Metas e objetivos	Obstáculos a implementação
		Externalidades positivas

Fonte: Elaboração própria.

As três categorias de análise principais ‘*grupo de atores*’, ‘*rede de implementação*’ e ‘*gestão da rede*’ foram definidas com a finalidade de responder aos objetivos específicos propostos e foram inspiradas no modelo teórico trazido por Klijn (2014) que trata de enumerar alguns passos na análise dos atores, do jogo e da rede, bem como estratégias de gestão dessas redes. Do modelo (Quadro 4) trazido pelo autor (KOPPENJAN & KLIJN, 2004 *apud* KLIJN, 2014), foram consideradas as questões que permitiriam caracterizar o processo de implementação da ESF e, a partir delas, foram desenvolvidos os roteiros de entrevistas visando responder a essas questões. Lembrando que, os autores apontam que não é necessário utilizar todos os passos, podendo-se concentrar naqueles relevantes para a análise em questão. O quadro já foi abordado na revisão bibliográfica de maneira adaptada, a versão original trazia mais passos que envolviam outras etapas do *policy making*, que não a implementação.

Esses passos trazidos pelo autor, juntamente com as proposições dos demais autores abordados, deram origem às subcategorias de análise. Para caracterizar o ‘*grupo de atores*’

envolvidos na implementação da ESF, primeiro, buscou-se identifica-los através da subcategoria ‘*tipo de atores*’. Foi observado através da literatura da *policy analysis* (ANDRADE, 2006; FLEURY, 2005; HOWLETT *et al.*, 2013; LIMA & D’ASCENZI, 2012; PARSONS, 2007; SCHNEIDER, 2005; SUBIRATS *et al.*, 2012; VIANA, 1996; WAARDEN, 1992) que as *polícies* envolvem tanto atores *públicos*, quanto *não-públicos*. A subcategoria ‘*grau de importância*’ teve por finalidade identificar os ‘*papéis na implementação*’ e teve origem no quadro trazido por Klijn (2014) que, na análise do ator, trata de identificar quais atores são importantes para atingir os objetivos ou metas das políticas. Portanto, os papéis que os atores da ESF apresentam foram utilizados para descrever a importância deles para a mesma.

A subcategoria ‘*posições e dependências dos atores*’ também foi extraída do quadro trazido por Klijn (2014) e tratou de identificar o ‘*grau de hierarquização*’ da rede, se os atores desenvolvem relações de ‘*dependência mútuas/ unilaterais*’ e qual o ‘*grau de autonomia*’ desses atores perante a rede. A análise da hierarquia da ESF permitiu visualizar tanto relações horizontais, quanto verticais (SUBIRATS *et al.*, 2012). Já a formação de relações de dependência vai depender dos recursos que atores dispõem e de onde eles podem ser adquiridos (KLIJN, 2014; SUBIRATS *et al.*, 2012; BAPTISTA & REZENDE, 2011). E o nível de autonomia dos atores indica que os atores são dependentes em função das redes, porém resguardam sua diversidade em relação às suas estruturas internas (FLEURY, 2005; MANDELL, 1990).

A categoria ‘*rede de implementação*’ foi construída com a finalidade de caracterizar a rede implementadora da ESF a partir dos elementos principais abordados na literatura das *policy networks*. Os ‘*padrões de interação*’ são abordados por diversos autores (BRITTO, 2013; BORZEL, 1997; FLEURY, 2005; KLIJN, 2014; GRANOVETTER, 1973; WAARDEN, 1992) como forma de identificar as características dos relacionamentos estabelecidos dentro da rede. Sendo assim, foi possível identificar a ‘*intensidade*’ desses relacionamentos e classifica-los como laços fortes e fracos, de acordo com o conceito de Granovetter (1973). Para isso, foi considerada tanto a frequência e durabilidade das interações, quanto o grau de confiança e dependência que os atores possuem em relação aos demais (GRANOVETTER, 1973; WAARDEN, 1992). Além disso, foi possível identificar se os atores estabelecem ‘*vínculos diretos/ indiretos*’ (KLIJN, 2014), ou seja, se todos os atores estão interconectados ou se existem atores pontes. E, ainda, as ‘*regras formais/informais*’ que regulamentam a atuação dos atores, bem como a própria estrutura da rede (KLIJN, 2014; WAARDEN, 1992).

A subcategoria ‘*formas de interação*’ foi construída uma vez que as redes estão imersas em um ambiente marcado por interesses difusos. Sendo assim, eles desenvolvem relações

baseadas em ‘*cooperação/solidariedade*’, assim como há a existência de ‘*competição/conflitos*’. A natureza dessas relações vai depender dos recursos que os atores dispõem, bem como do seu grau de influência na rede, podendo levar a disputas ou parcerias (FLEURY, 2005; WAARDEN, 1992). A subcategoria ‘*arenas*’ teve origem na análise do jogo trazida por Klijn (2014) e buscou identificar onde estão concentrados os pontos de decisão da rede. A partir disso, foi possível visualizar os ‘*atores centrais/ periféricos*’ em função do número de conexões que eles estabelecem, o ‘grau de influência na implementação’ em razão dessa posição, e onde estão formados os núcleos de ‘*tomada de decisão*’ (KLIJN, 2014; LAVALLE *et al.*, 2008; WAARDEN, 1992).

A última categoria de análise ‘*gestão da rede*’ foi proposta para analisar quais resultados estão sendo gerados a partir da implementação da ESF e teve origem nas proposições de Klijn (2014) e Fleury (2005). A subcategoria ‘*coordenação das interações*’ teve por finalidade identificar como os gestores administram essa gama de atores, a partir das estratégias adotadas para ‘gestão de conflitos’ e para promover ‘incentivos à cooperação’. Já a subcategoria ‘metas e objetivos’ buscou levantar quais são os principais ‘*obstáculos à implementação*’ da ESF e as principais ‘*externalidades positivas*’ geradas por ela. Especificamente nessa categoria, além da percepção dos atores, também foi utilizado os relatórios das Conferências Municipais de Saúde, do PMAQ e da gestão municipal, que tratam das principais ações adotadas no município.

Definidas as categorias, iniciou-se a análise dos resultados por meio de interpretações e induções. Segundo Bardin (2011), essa etapa consiste em dar significado e tornar válidos os dados brutos. Para isso, os dados coletados foram organizados conforme à categoria a qual pertenciam e os resultados foram apresentados, sequencialmente, de maneira a responder os objetivos propostos inicialmente.

### **4.3 Limitações da pesquisa**

Uma das limitações deste trabalho se deve aos esforços para coleta de dados, uma vez que não se pode exigir a participação dos atores. Alguns responsáveis pelas UBS recusaram-se a participar e, com isso, contribuíram para a diminuição da amostragem. Além disso, alguns profissionais, principalmente, os médicos das eSF, apresentavam uma agenda de trabalho muito estreita e, por indisponibilidade de tempo, não puderam participar das entrevistas. Outro fator limitante foi a própria falta de interesse dos entrevistados em responder algumas perguntas.

A opção por um estudo de caso com uma amostragem limitada também se constitui como uma limitação, pois corre-se o risco de generalizações a partir de uma amostragem que não reflete todo o universo. Para superar esse viés, este presente trabalho optou por uma amostragem por saturação e apenas limitou a inserção de novos entrevistados quando os

resultados das entrevistas começaram a se tornar redundantes. Além disso, cabe destacar que as eSF se constituem como atores semelhantes e, portanto, são passíveis de generalizações.

A indisponibilidade do Relatório referente ao 3º ciclo do PMAQ também restringe a possibilidade de análise da pesquisa, uma vez que esse relatório traria dados mais recentes sobre o contexto da AB no município. O mesmo acontece em relação ao Relatório Anual de Gestão, em que se foi usado o referente ao ano de 2015, pois o de 2016 não traz os principais indicadores da AB. E por fim, o âmbito da pesquisa se delimita a uma análise qualitativa da rede política da ESF, e por tanto, medidas quantitativas aqui não serão aprofundadas e ficarão reservadas a trabalhos futuros. Essas limitações refletem as escolhas da pesquisa, e estas se mostraram adequadas e pertinentes aos objetivos que este trabalho se propõe.

#### 4.4 Caracterização da ESF em Viçosa – MG

Viçosa é um município da Zona da Mata Mineira com uma população de aproximadamente 78.381 habitantes (IBGE, 2017). Em relação à ESF, o município possui 16 UBS implantadas, 18 eSF, 1 NASF e 2 Conselhos Locais de Saúde. Dessas equipes fazem parte 18 enfermeiros, 22 médicos generalistas, 15 técnicos de enfermagem, 80 ACS, 9 dentistas, 8 auxiliares de saúde bucal, 15 auxiliares administrativos, 1 assistente administrativo, 14 auxiliares de serviços gerais e 2 auxiliares de lavanderia. Já a equipe do NASF é composta por 1 assistente social, 1 farmacêutico, 1 fisioterapeuta, 1 nutricionista, 1 educador físico e 1 psicólogo.

Dados do MS, referentes a agosto de 2017, mostraram que o Brasil possuía um total de 248.584 ACS e um percentual de cobertura de 60,91% da população. Já Minas Gerais apresentou um total de 29.907 agentes com um percentual de cobertura superior ao nacional, de 72,26%. O município de Viçosa ficou abaixo da média do estado e do país, apresentando 59,08% de cobertura e um total de 80 agentes. Tais dados demonstram a importância da atuação dos ACS, uma vez que esses profissionais cobrem mais de 50% da população através das visitas domiciliares, como apresentado na Tabela 2.

**Tabela 2** - Número de Agentes Comunitários de Saúde

Competência	Unidade geográfica	AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE		
		Implantados	Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada
Agosto/2017	BRASIL	248.584	125.546.648	60,91 %
	MINAS GERAIS	29.907	15.172.215	72,26 %
	VIÇOSA	80	46.000	59,08 %

Fonte: Ministério da Saúde/ Departamento de Atenção Básica, 2017.

Quanto ao número de eSF, a Tabela 3 mostra que, em agosto de 2017, o Brasil possuía um total de 41.951 equipes com uma cobertura aproximada de 63,07% da população. Já Minas Gerais possuía um total de 5.232 equipes e uma cobertura mais uma vez superior à média nacional, de 76,87%. Já o município de Viçosa apresentou um total de 18 eSF implantadas com uma estimativa de cobertura de 79,76% da população, se posicionando acima da média nacional e do estado em relação à proporção da população coberta pelas equipes das UBS. Novamente, os dados permitem perceber a grande representatividade da ESF em relação à cobertura em AB da população, tanto em relação aos ACS, como em relação às equipes.

**Tabela 3** - Número de Equipes de Saúde da Família

Competência	Unidade geográfica	EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA		
		Implantados	Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada
Agosto/2017	BRASIL	41.951	129.989.151	63,07 %
	MINAS GERAIS	5.232	16.141.036	76,87 %
	VIÇOSA	18	62.100	79,76 %

Fonte: Ministério da Saúde/ Departamento de Atenção Básica, 2017.

Além disso, o MS também apresenta o número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), ambos previstos na PNAB. De acordo com os dados, o Brasil possuía um total de 26.585 ESB, enquanto Minas Gerais possuía 3.076 equipes e o município de Viçosa 8 equipes implantadas, como pode ser visualizado na Tabela 4. Os dados mostram que as ESB não são tão expressivas quanto as eSF, dados os percentuais de cobertura de 40,6%, 46,16% e 35,45% para o Brasil, Minas Gerais e Viçosa, respectivamente. Isso acontece pelo fato de esses profissionais não fazerem parte da composição mínima obrigatória da ESF, podendo as equipes bucais serem implantadas pelos municípios ou não.

**Tabela 4** - Número de Equipes de Saúde Bucal

Competência	Unidade geográfica	EQUIPES DE SAÚDE BUCAL		
		Implantados	Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada
Agosto/2017	BRASIL	26.585	83.690.109	40,60 %
	MINAS GERAIS	3.076	9.691.871	46,16 %
	VIÇOSA	8	27.600	35,45 %

Fonte: Ministério da Saúde/ Departamento de Atenção Básica, 2017.

Quanto aos NASF, a Tabela 5 mostra que o Brasil apresentou um total de 4.593 núcleos de apoio implantados em agosto de 2017, enquanto Minas Gerais apresentou 751 e, o município de Viçosa, 1 núcleo. Os tipos de NASF se diferenciam em função do somatório de carga horária

exercida pelos profissionais e pelo número de equipes de AB vinculadas ao núcleo, conforme apresentado na revisão de literatura.

**Tabela 5** - Número de Núcleos de Apoio à Saúde da Família

Competência	Unidade geográfica	NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA			Total
		NASF 1 Implantadas	NASF 2 Implantadas	NASF 3 Implantadas	
Agosto/2017	BRASIL	2.639	890	1.064	4.593
	MINAS GERAIS	349	177	225	751
	VIÇOSA	1	0	0	1

Fonte: Ministério da Saúde/ Departamento de Atenção Básica, 2017.

Os dados aqui apresentados permitiram uma breve caracterização da AB no município de Viçosa, comparada ao estado de Minas Gerais e ao Brasil. Apesar os índices de cobertura não serem próximos de cem por cento, considerando o princípio da universalidade do SUS, foi possível perceber a representatividade da ESF enquanto primeiro nível de atenção à saúde. A seguir, serão apresentados os principais resultados da pesquisa que permitirão compreender as principais deficiências e resultados positivos da política.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados está subdividida em 3 seções: atores implementadores da ESF; a rede da ESF; e, gestão da rede. A primeira buscou identificar os tipos de atores que participam da implementação da ESF e seus papéis nesse processo. A segunda traz uma análise sobre a rede da política, buscando enfatizar as principais características das interações entre os atores. E, por fim, a última seção trata das principais estratégias adotadas na gestão da rede.

### 5.1 Atores implementadores da ESF

As instituições no nível municipal, que configuram os atores públicos que participaram diretamente da implementação da ESF, são representadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa, as 16 UBS espalhadas pelos bairros do município, nas quais atuavam 18 eSF, e, o NASF. Já o CMS e os 2 Conselhos Locais instalados nos bairros podem ser considerados como atores híbridos, em que há a participação paritária de representantes da sociedade civil e do setor público.

A Secretaria Municipal de Saúde, principal executor do âmbito da saúde, tinha o papel de coordenar e gerir todas as políticas e programas de saúde no município, fornecendo o suporte técnico e financeiro necessário para que as atividades pudessem ser executadas. Dentro da secretaria, os atores sociais que se destacaram como implementadores da ESF, estão representados na figura do coordenador das RAS e do coordenador das UBS locais. Esses atores representavam a principal instância de gestão da rede de implementação, sendo responsáveis pelos demais níveis burocráticos e organizações que incorporavam a ESF. Tal disposição reflete o conceito de políticas públicas trazido por Dye, em que o governo se caracteriza como agente principal do *policy-making* (HOWLETT *et al.*, 2013).

A coordenação da RAS tinha o papel de promover todas as ações que incorporam a rede de saúde, não apenas na AP, como, também, nos demais níveis de atenção. O objetivo desse departamento era coordenar e proporcionar toda a estrutura necessária para a efetivação dos serviços e projetos de saúde, desde o atendimento inicial realizado pelas UBS, até especialidades que correspondem a outros setores, como nutrição, fisioterapia, odontologia, entre outros. Essa operacionalização da política engloba um conjunto de atividades normativas e administrativas, conforme apontado por Subirats *et al.* (2012). Dessa forma, a coordenação da RAS exercia toda essa articulação da rede, com o objetivo de promover a integralização entre os serviços e ofertar à população atendimentos de diferentes configurações. A promoção de uma assistência integral em saúde é uma das precondições do SUS e da própria PNAB (BRASIL 2011). Portanto, as RAS vêm para institucionalizar esse cuidado integral:

[...] a saúde, em si, ela passa por mim, entendeu? E eu delego as ações para cada um [...] é um serviço em conjunto como eu disse no início, eu não faço nada sozinha, eu não crio nada sozinha, eu tenho parceiros. Então, a minha função, hoje, é como se fosse realmente guiar, coordenar uma estrutura em questão de saúde (ENTREVISTA 1).

Paralelamente às ações desenvolvidas pelo coordenador da RAS, se tinha o coordenador responsável pelas 18 eSF implantadas no município de Viçosa – MG. Nesse caso, o ator trabalhava especificamente com o objeto deste estudo que é a ESF, sendo, portanto, suas funções específicas da AB. Seu papel era coordenar toda a estrutura das UBS, dando suporte material, logístico, informativo, e, principalmente, gerenciando o cumprimento das metas por parte das equipes. Sendo assim, a coordenação das UBS possuía um vínculo direto com os profissionais de saúde dessas unidades, “dando suporte [...], tudo que for ligado ao PSF, vamos dizer, de material ambulatorial, de transporte, tudo que eles precisam para realizar o trabalho é através de mim” (ENTREVISTA 3). Essa disponibilização de recursos é uma das condições essenciais para que a política pública seja efetivada (BAPTISTA & RESENDE, 2011). Vale destacar que muitos atores tratam as ‘UBS’ como ‘PSF’ pelo fato da ESF ser definida, anteriormente, como PSF. Ambos os termos estão se referindo às unidades de saúde dos bairros.

O município apresentava, em 2017, 16 UBS, que correspondiam à estrutura física necessária ao processo de implementação da ESF. Dessas unidades, apenas 4 se tratavam de sedes próprias e foram construídas atendendo às especificidades exigidas pelo MS. As demais se tratavam de casas alugadas e que foram adaptadas para o trabalho das equipes. Nas UBS atuavam 18 eSF, e todas apresentavam a composição mínima de 1 enfermeiro, 1 médico generalista, 1 técnico de enfermagem e ACS. Algumas eSF apresentavam também auxiliares de enfermagem, auxiliares administrativos, de serviços gerais e ESB. Como os profissionais da área de odontologia não fazem parte da composição mínima obrigatória, Viçosa apresentava apenas 8 ESB, ao passo que eram 18 eSF. Dessa forma, a maioria das UBS não ofertava esse tipo de atendimento. Além disso, as eSF do município não apresentavam o mesmo quadro de profissionais, uma vez que isso vai depender do número de famílias atendidas em cada região. Também há fatores como defasagem e rotatividade de pessoal que afetavam a composição desses quadros.

As eSF tinham o papel de realizar o atendimento primário às famílias correspondentes à região em que atuavam. Isso envolvia o cuidado, o acolhimento, a atenção, a realização de consultas, exames, grupos educativos, atividades físicas, entre outras ações. Essas práticas promoviam a consolidação da AB no município e permitiam a criação de vínculos humanizados entre os profissionais de saúde e a comunidade dos bairros. O objetivo dessas eSF era atuar na

prevenção e na promoção da saúde e, para isso, os profissionais atendiam às demandas espontâneas que chegavam às próprias unidades, bem como realizavam a busca ativa dos usuários potenciais para os serviços de saúde. A maioria das UBS do município estavam instaladas em bairros periféricos e, portanto, assumiam um importante papel ao levar a assistência em saúde até essas localidades. Fernandes *et al.* (2009) também acreditavam que esse fator facilita o cuidado, pois a proximidade com a comunidade fortalece as relações de confiança e deixam os usuários mais receptivos aos tratamentos. Neste estudo, compartilha-se da visão dos autores de que a relação com o local fortalece os vínculos entre os usuários e as eSF, o que facilita o cuidado e a atenção, pois as famílias desenvolvem uma relação de confiança mútua com as equipes.

O coordenador da UBS a nível local era o próprio enfermeiro da equipe. Ele exercia tanto as funções de profissional de enfermagem, como, também, de coordenador da eSF e gestor administrativo da unidade: “[...] a gente faz as atividades assistenciais da parte da enfermagem, colocando, em prática, os programas de saúde preconizados pelo Ministério da Saúde e, também faz essa parte de coordenação da equipe, dos trabalhos da equipe e gerência da unidade (ENTREVISTA 4). Seu papel era atuar tanto no atendimento médico, quanto na parte administrativa da unidade.

Dessa forma, o enfermeiro podia ser visto como um ator duplo: ao mesmo tempo que realizava o atendimento às famílias através das triagens médicas, visitas domiciliares e atividades rotineiras de enfermagem, também realizava toda a administração da unidade, em termos de infraestrutura, material e pessoal, conforme apontado na entrevista: “nós temos que gerenciar essas metas e, ao mesmo tempo, fazer a parte do cuidado também [...] Então, eu entendo, hoje, que é uma jornada até dupla porque teria que ter [...] um enfermeiro para atendimento e um para coordenação” (ENTREVISTA 19). Sendo assim, seu papel era primordial como coordenador de pessoas e gestor dos relacionamentos entre os membros da equipe, condição necessária ao funcionamento da rede.

O pilar de toda essa estrutura estava figurado no papel dos ACS, que correspondiam ao baixo escalão da burocracia pública, e que, na ESF, apresentavam papel fundamental como o elo que liga a sociedade ao serviço público. Por meio dos ACS, as famílias iniciavam o primeiro contato com a AB, sendo esse relacionamento essencial para trabalhar a prevenção e a promoção à saúde no município. Por meio das visitas domiciliares, os ACS conheciam a realidade desses ambientes, o histórico de saúde dos membros da família e, assim, podiam direcionar essas pessoas aos serviços ofertados pelas UBS. Por irem diretamente à campo, os ACS criavam vínculos humanizados com as famílias e se tornavam porta-vozes das carências

e dificuldades enfrentadas por elas. Além disso, esses profissionais eram residentes dos próprios bairros em que atuavam e, portanto, representavam o interesse de toda a comunidade, uma vez que a maioria também fazia parte da população usuária do sistema.

Claro que todos os profissionais que compunham a equipe são importantes. No entanto, para promover o objetivo da ESF que é o cuidado, o vínculo e proteção, os ACS são os sujeitos-chave apostados pela própria política para operacionalizar esses objetivos no dia a dia. Conforme os relatos, a maioria dos atores reconheciam essa importância e viam esses profissionais como a principal base do processo: “[...] para mim ele é o grande salto quântico da saúde porque ele tem um vínculo muito interessante com a comunidade, ele conhece muito bem esse território, ele é parte desse território” (ENTREVISTA, 17). Autores como Santos *et al.* (2011) e Jardim e Lancman (2009) também destacaram o papel transformador dos ACS, uma vez que eles se constituem como protagonistas na formação de vínculos com a população usuária, aproximando essa comunidade aos serviços de saúde.

Dada à própria multidisciplinaridade das eSF, cada profissional era único em sua função. No entanto, o papel dos ACS se destacou no que se refere à SF. O fato é que esses profissionais podem ser considerados o elo que liga as famílias às UBS (SANTOS *et al.*, 2011) e, portanto, são os responsáveis por dar o *start* ao vínculo buscado pela política. A própria história de consolidação da AB está atrelada à atuação desses profissionais, dado que, anteriormente à própria ESF, o MS criou o PACS, que foi a primeira medida para reorientar o sistema, agora voltado à família como unidade de ação (VIANA & POZ, 2005). A exigência por parte do MS de que esses profissionais façam parte da própria comunidade em que atuam reforça esse papel e demonstra que, para a implementação de políticas públicas, a participação de níveis mais baixos da burocracia é essencial (HOWLETT *et al.*, 2013).

Também participavam das eSF, os Médicos de Família e Comunidade (MFC), técnicos e auxiliares de enfermagem, dentistas, técnicos e auxiliares de saúde bucal. O papel desses profissionais na ESF era delimitado ao atendimento, a prescrição e o diagnóstico de pacientes. Esses profissionais atuavam diretamente nas UBS e, em alguns casos, também participavam de visitas domiciliares, quando havia uma demanda aparente ou dificuldade de locomoção do paciente. Os médicos eram os principais responsáveis pelo diagnóstico dos usuários de saúde, já os técnicos e auxiliares de enfermagem realizavam exames rotineiros e triagens anteriores às consultas. O mesmo acontecia nas ESB, os dentistas eram os principais responsáveis pelo atendimento e realização dos procedimentos odontológicos, enquanto os auxiliares e técnicos de saúde bucal atuavam nos procedimentos mais simples e rotineiros. Apenas 8 eSF possuíam profissionais de saúde bucal, portanto, somente nesses bairros eram ofertados esses serviços.

Além do papel individual de cada um desses profissionais, os atores também participavam coletivamente de algumas ações desenvolvidas no âmbito das UBS, como grupos educativos de gestantes, tabagismo, hiperdia (portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes), educação física e saúde mental.

As equipes das UBS também contavam com a participação de auxiliares administrativos e de serviços gerais e, apesar desses atores não serem profissionais da saúde, seus papéis também eram complementares à operacionalização da ESF. Os auxiliares administrativos, muitas vezes, eram o primeiro contato dos usuários do SUS com a unidade local e forneciam toda a informação necessária para que essas famílias pudessem passar a usar o serviço. Além da busca ativa realizada pelos ACS por meio das visitas domiciliares, a população também procurava diretamente as unidades para atendimento e informação, formando a chamada demanda espontânea. Já os auxiliares de limpeza eram responsáveis pela manutenção das condições de higiene necessárias para o funcionamento da UBS. Foi observado que, em algumas UBS, esse quadro de funcionários encontrava-se defasado e essas atividades, na maioria das vezes, eram realizadas pelos ACS, o que evidenciava a existência de desvio de função.

O NASF se constituía como outro importante ator na implementação da política. Tratava-se de uma equipe multidisciplinar que atuava como suporte para 7 das 18 eSF do município, como apontado no relato: “a gente atua como forma de apoio mesmo. E a nossa principal [...] função é o apoio matricial” (ENTREVISTA 2b). O núcleo era formado por especialistas que não faziam parte da composição das eSF. Viçosa apresentava um núcleo na modalidade I, composto por 1 nutricionista, 1 psicólogo, 1 farmacêutico, 1 educador físico, 1 fisioterapeuta e 1 assistente social. Juntos, esses profissionais davam suporte às eSF na realização de grupos educativos, ações e projetos locais. Além disso, realizavam o apoio à própria gestão administrativa das UBS correspondentes. O NASF não realizava o atendimento de demandas individuais, tão pouco os especialistas atuavam no diagnóstico de pacientes. As ações desenvolvidas pelo órgão estavam voltadas à coletividade, como discussão de casos clínicos, identificação de demandas locais e desenvolvimento de projetos de prevenção e proteção à saúde nos bairros. Essas ações deviam estar integradas ao planejamento interno das eSF, de forma que ambos os atores se corresponsabilizassem por aquele território. Entre as principais atividades desenvolvidas com as eSF, tinham-se: a realização de feiras locais de saúde, a prática de atividades físicas e a realização de palestras e grupos educativos.

A equipe que compunha o NASF não apresentava uma estrutura física própria. Os profissionais atuavam por meio de rodízios nas UBS que faziam parte de seu suporte. Dessa

forma, os profissionais dependiam de locomoção para realizar o trabalho nas unidades de saúde. Em 2017, o município de Viçosa apresentava apenas um NASF e, portanto, a maior parte das eSF não recebiam o suporte do núcleo, dado ao teto limite. Esse cenário demonstrava a necessidade de criação de mais duas equipes de NASF para suprir o atendimento às demais UBS existentes. Outro ponto importante é que a composição do núcleo fica a cargo do gestor municipal. O núcleo pode envolver profissionais de diferentes categorias, de acordo com a necessidade do município. No caso de Viçosa, essa composição foi formada com a finalidade de se debater as principais deficiências locais em termos de saúde, como desnutrição, obesidade, tabagismo e doenças mentais, além da vulnerabilidade social.

O Conselho Municipal de Saúde de Viçosa (CMS), enquanto instância de controle social, foi criado pela Lei Municipal nº 815, de 27 de setembro de 1991 e era composto por 28 membros, sendo 14 representantes de entidades de usuários do SUS, 7 representantes de trabalhadores da saúde e 7 representantes de governo, prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos. Essa divisão buscava garantir a participação paritária da população em relação aos demais setores. Seu papel era atuar na formulação e no controle das políticas municipais, além de promover deliberações acerca dos modelos de atenção à saúde e da própria gestão do SUS à nível municipal (BRASIL, 2007b).

Em outras palavras, o conselho atuava como agente fiscalizador e consultor das políticas de saúde do município. Seu caráter deliberativo o colocava como um importante ator no controle do dinheiro público e das ações da gestão municipal. Além disso, representava a participação da sociedade civil no processo político:

[...] é o empoderamento social, fazer com que a população realmente tenha direito de voz no planejamento das ações de saúde (ENTREVISTA 8).

[...] é fiscalizar, orientar, auxiliar a gestão na priorização desse setor da Estratégia Saúde da Família, na priorização de realmente incentivar a política local na qualificação da atenção primária à saúde porque a gente entende [...] a importância de se pensar a saúde a partir do fortalecimento da atenção primária (ENTREVISTA 17).

Seu papel envolvia o acompanhamento das ações de saúde do município, o controle dos gastos e investimentos públicos, a deliberação sobre questões que envolvem programas e projetos municipais e a fiscalização da prestação de contas anuais. A gestão municipal via o CMS como um ator coadjuvante no processo de gestão local. Através do apoio realizado pelo órgão, eram discutidas as principais prioridades do município e se desenvolviam ações no sentido de suprimir essas deficiências. Apesar da suma importância de seu papel, o CMS, na prática, não participava tão ativamente da ESF como deveria. São inúmeros os fatores que dificultavam a atuação do conselho sobre a política, como: baixa representatividade, conflitos políticos, falta de recursos e pouca mobilização social. Esses fatores serão tratados mais

detalhadamente nos próximos capítulos, esse primeiro espaço da análise foi delimitado a compreender os papéis.

Além do CMS, estavam implantados no município dois Conselhos Locais. Esses conselhos tinham o intuito de promover a participação social, incluindo a própria população usuária dos programas de saúde nas discussões de pautas que atingiam a localidade do bairro:

A importância do conselho é a questão da cidadania mesmo, mobilização social. [...] enquanto atenção primária, a gente tem esse papel de conscientizar a população de que ela tem direitos, de como que funciona, de que ela tem como participar das decisões. A gente começa isso nos conselhos dos bairros, conselhos locais, tentando, a partir daí, tirar representantes que possam falar em nome da comunidade no conselho municipal, que é onde as decisões são tomadas (ENTREVISTA 4).

A proposta de criação dos conselhos locais visava identificar as prioridades e levar essas questões à própria gestão da UBS e ao CMS. No entanto, os conselhos locais também enfrentavam algumas dificuldades que atrapalhavam a sua atuação, como conflitos políticos, baixa adesão e falta de quórum, exemplificando: “ [...] é difícil você conseguir a adesão da população, é difícil você conseguir a adesão até da própria equipe que são moradores do bairro, você tem dificuldade de trazer essas pessoas” (ENTREVISTA 4). Além disso, um dos conselhos ainda se encontrava em processo de implantação e, portanto, as atuações ainda eram incipientes e apresentavam desafios.

Os atores mencionados anteriormente são os que atuavam diretamente com a ESF no município, porém, outros atores esporádicos também existiam, tais como a Igreja Católica, a Associação São Vicente de Paula, a Pastoral da Criança, entre outras entidades sem fins lucrativos. Eram casos mais pontuais em que as equipes das UBS precisavam de um espaço físico para realizar uma ação ou projeto, ou até mesmo para atendimento individual de uma demanda familiar como “por exemplo, uma mãe com uma criança que nasceu prematura, precisa de uma fórmula nutricional e ela não tem dinheiro, então a gente vai até a Pastoral da Criança e explica todo o caso lá, lá tem uma direção que vai ver se pode ajudar ou se não pode” (ENTREVISTA 19). Além disso, essas entidades também procuravam as UBS quando identificavam alguma família que necessitava de acompanhamento médico, havendo, assim, uma troca entre os dois setores. Logo, a participação de outros segmentos da sociedade não estava limitada apenas à figura do conselho, uma vez que essas organizações do terceiro setor também participavam, mesmo que minimamente.

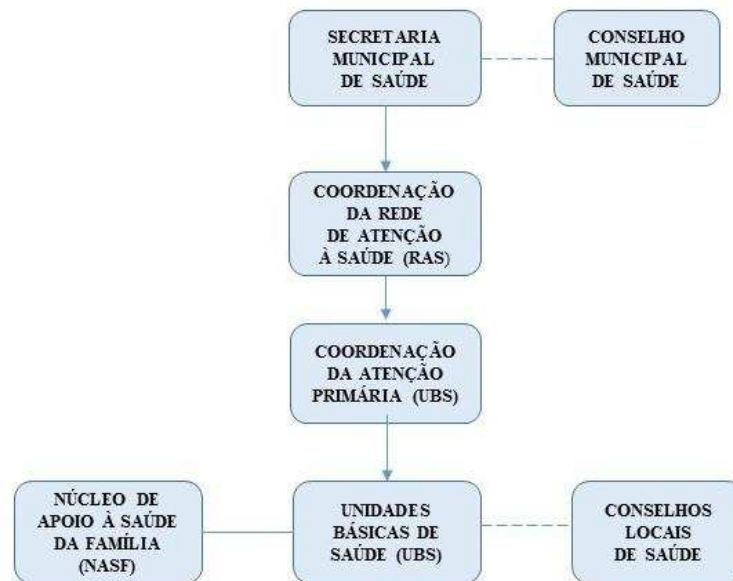
Também foi possível perceber a atuação eventual de outras secretarias municipais, principalmente, nas áreas de cultura, esporte e lazer que, algumas vezes, realizavam projetos em parceria com as UBS. Além disso, a Atenção Secundária, que contempla os serviços especializados de saúde (ambulatorial e hospitalar), também se constituiu como um ator

complementar ao processo de implementação da ESF. A ESF está vinculada à AP, no entanto, a Atenção Secundária dá andamento ao atendimento dos pacientes que necessitam de especializações para além das UBS. Exemplos desses atores foram a Policlínica, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Viçosa (CISMIV), o Centro Municipal de Fisioterapia, entre outros. Como esses atores estavam vinculados ao atendimento secundário e o foco deste trabalho é a AB, não se entrou em detalhes sobre a atuação dessas organizações, pois fogem do âmbito da ESF. Porém, coube mencioná-las como importantes atores que davam continuidade ao processo de promoção da saúde em outras instâncias.

Conforme apresentado anteriormente, o campo das políticas públicas envolve em sua operacionalização a participação de atores públicos e não-públicos. Especificamente, na etapa de implementação é possível perceber mais claramente essa interação, uma vez que são necessários atores de diferentes níveis burocráticos dos governos, bem como a participação da sociedade civil e setor privado no processo (SUBIRATS *et al.*, 2012; HOWLETT *et al.*, 2013, SARAVIA, 2006, SANTOS, 2005). Claro que isso não ocorre em todas as políticas, no entanto, assim como a ESF, a maioria das políticas brasileiras abrem espaço para essa participação por meio das instâncias de controle social, representadas pelos conselhos de políticas.

No campo da *policy analysis*, para compreender o contexto das redes de políticas públicas, é possível concentrar o olhar sobre a interação entre os atores enquanto organizações ou enquanto indivíduos dessas organizações (FLEURY, 2005). Neste trabalho, a análise buscou enfatizar o papel de ambos para a implementação da política, pois foi possível perceber a importância tanto do papel individual de cada profissional de saúde, bem como desses atores enquanto organizações de saúde, representados coletivamente pelas UBS, NASF e conselhos. No entanto, vale ressaltar que o papel dos atores enquanto indivíduos se destacaram perante ao ator instituição, dadas as especificidades e peculiaridades que cada profissional apresentava, como os médicos, enfermeiros, ACS, entre outros.

Após identificados os tipos de atores e seus papéis no processo de implementação, torna-se necessário identificar o grau de hierarquização do processo para que se possa compreender o contexto de formação das relações e posições de dependências entre esses atores (KLIJN, 2014). Apesar das redes de políticas representarem relações horizontais e menos hierarquizadas entre diferentes atores (BORZEL, 1997), elas não estão livres da hierarquia pública, uma vez que o próprio desenho da política já define essa configuração.



**Figura 5** - Gestão municipal da ESF

Fonte: Elaboração própria.

Na implementação da ESF, a gestão do processo segue a hierarquia descrita na Figura 5. De acordo com Subirats *et al.* (2012), é possível visualizar, no contexto das políticas públicas, relações horizontais (mesmo nível governamental) e verticais (diferentes níveis estatais, subestatais e locais) entre atores de uma complexa rede que, juntos, formam os chamados “espaços de interação”. Na ESF, a Secretaria Municipal de Saúde apresentou o mesmo nível organizacional do CMS, uma vez que este se constituiu como um organismo de apoio à gestão e, portanto, não estava subordinado às ações da secretaria, mas trabalhava paralelamente. Abaixo do CMS, tinha-se a coordenação da RAS e das UBS, respectivamente, sendo que ambas realizavam o gerenciamento das unidades locais. Além disso, o NASF e os conselhos locais de bairros estavam no mesmo nível das UBS, pois também se tratavam de organizações de apoio.

Essa dinâmica de gestão nem sempre vai refletir o grau de influência desses atores no processo de implementação. Conforme apontado por Schneider (2005), as posições de poder e influência não são determinadas apenas pelo *status* político-institucional, como também pelos vínculos informais estabelecidos entre os atores. Dessa forma, o grau de influência desses atores na implementação da ESF, que será abordado mais adiante, não necessariamente vai seguir essa mesma hierarquia, como é o caso do CMS que apesar de estar no topo da gestão da ESF, apresentava baixa influência no processo.

Ao analisar as relações de dependência formadas entre os atores, é possível perceber tanto dependências hierárquicas, naturais do próprio desenho da política, como dependências horizontais, frutos das relações informais construídas na dinâmica do dia a dia. Além disso, para a análise do ator também é importante considerar se essas relações se tratam de

dependências mútuas ou unilaterais (KOPPENJAN & KLIJN, 2004 *apud* KLIJN, 2014), bem como o grau de autonomia desses atores.

Observando a cadeia de atores envolvidos na implementação da ESF, foi possível perceber uma dependência unilateral por parte da Secretaria Municipal de Viçosa em relação ao CMS. Ao se falar em secretaria, estavam incluídas as coordenações da RAS e das UBS. Isso acontece pelo fato de as políticas de saúde serem muito expressivas. Sendo assim, a maioria das discussões eram levadas à nível de conselho e, além disso, o conselho tinha o poder de deliberar sobre a aprovação ou reprovação dos relatórios de gestão. Esse papel era importante, sendo um meio de controle social sobre as ações da administração municipal, de forma a garantir que os interesses da população fossem atendidos, conforme foi relatado no trecho a seguir:

Teoricamente tudo passa pelo conselho, [...] é claro que a gestão tem autonomia [...] a gestão eu estou falando enquanto Estado, porque nós também somos gestão. A gestão, enquanto Estado, ela tem autonomia de solicitar o credenciamento de equipes, só que isso é levado para o conselho para que isso seja discutido a nível de conselho. Por que? Porque a gente entende o seguinte, o conselho, de algum modo, ele tem o conhecimento do que a gente já tem de saúde instituída no município, se você vai abrir, vamos supor, mais unidades, isso tem que ser discutido [...] porque isso vai envolver custo, vai envolver questão de processo seletivo, isso vai envolver muitas questões em que o município vai ter que, de fato, tomar uma decisão de modo mais coerente e o conselho vem para dialogar com essas questões (ENTREVISTA 17).

A partir disso, se pode considerar que as ações dos demais atores que incorporavam à rede da EFS estavam condicionadas à aprovação do conselho e, portanto, se tinha uma dependência unilateral por parte de todos esses atores em relação ao órgão. Entretanto, na realidade, por se tratar de uma arena de disputa, havia a existência de conflitos de interesses entre os gestores locais e os representantes do conselho e, além disso, a falta de qualidade técnica enfrentada pelo órgão afetava sua capacidade de julgamento, deixando-o, muitas vezes, sem margens para questionamentos:

O conselho de saúde ele é complexo, não adianta você chegar lá e ficar discutindo lá uma dotação orçamentária dos hospitais, sabe? Aquele membro do conselho lá do bairro ele [...] muitas vezes, ele não questiona, mas eu te falo que se o conselheiro questionar, ele é ouvido, sabe? [...] eu acho que o conselho, às vezes, a qualidade técnica dele não está à altura, mas o conselheiro ele tem voz ativa demais, se um conselheiro, por exemplo, [...] levantar e falar “não, isso aí eu não concordo não, por causa disso”, ele consegue convencer todo mundo falar “então não vamos apoiar não”, entendeu? “Não vamos aprovar” (ENTREVISTA 19).

No entanto, o que foi observado é que essa dependência do conselho ficava limitada à nível de secretaria, já em relação as UBS em suas localidades, ao próprio NASF e demais atores essa relação era incipiente ou até mesmo nula, pois essa lógica de conselho era desconhecida pela maior parte dos atores, que mencionaram não ter tido nenhuma ou pouca relação com o órgão. Até mesmo em relação à própria coordenação das UBS, que estava vinculada

diretamente à Secretaria Municipal de Saúde, foi relatado a ausência de contato com o CMS. Então, o que se pode considerar é que a dependência em relação ao conselho estava ligada ao topo da gestão (secretário de saúde, coordenador da RAS), sendo que, em relação aos demais atores, essa dependência foi quase inexistente. Isso porque, no que tange às ações desenvolvidas em cada bairro, o papel desempenhado pelo CMS não estava visível. Esses relacionamentos serão estudados mais detalhadamente no próximo tópico que tratará da análise da rede.

Em relação aos demais atores implementadores da ESF, foi possível observar a formação de relações de dependência mútua, em que os atores atuavam como parceiros e não subordinados, apesar dos diferentes níveis hierárquicos. A coordenação da RAS apresentou uma dependência mútua em relação aos demais parceiros para identificar as demandas e planejar as ações e serviços desenvolvidos. Os relatos mostraram que os atores sentiam a necessidade do trabalho em equipe e de estarem articulados para que as ações de toda a rede estivessem alinhadas.

No entanto, cabe destacar que a coordenação das RAS resguardava sua autonomia enquanto gestão e era a responsável pelas decisões sobre as ações a serem implantadas. Isso é possível de ser observado em toda a estrutura da rede pois, embora todos estivessem trabalhando em prol de um objetivo em comum, que era a implementação da ESF, cada ator apresentava sua diversidade e autonomia dentro de suas próprias estruturas (FLEURY, 2005). O trecho a seguir exemplifica essa consideração:

[...] essa autonomia, é evidente que ela tem que ser construída e também discutida com os demais, então, assim, é uma troca. Eu tenho autonomia, sim, de estar buscando novas ações, de estar oferecendo, ofertando também novos serviços, entendeu? Mas de uma certa forma, em contrapartida, eu dependo de outras pessoas que estão acima de mim. Mas, assim, até então, eu digo que a administração, ela dá a gente total autonomia [...], se a gente tem uma ideia, se a gente vê a necessidade. Porque a gente quando está na linha de frente do serviço, a gente tem um feedback muito grande com a população, uma troca (ENTREVISTA 1).

Em outras palavras, no âmbito de cada organização ou setor, os atores resguardavam suas particularidades de funcionamento, gestão, e, atuação. Em se tratando dos atores enquanto indivíduos, também foi possível perceber que sua autonomia no que competia ao exercício de sua função.

Quanto à coordenação geral das UBS, o mesmo acontecia. Embora estivesse subordinada à RAS, esse setor detinha autonomia ao que competia às UBS em termos de funcionamento, organização e operacionalização da ESF no âmbito dos bairros. O próprio MS define que essa atuação deve ser feita de maneira descentralizada de forma a atender às necessidades de cada localidade, mas sempre em consonância com a rede de atenção (BRASIL,

2011). Dessa forma os atores são mutuamente dependentes em função da rede e parcialmente autônomos ao que se refere à organização interna.

Por ser a coordenação direta das UBS, existia uma dependência mútua entre esses atores, tanto em função da própria hierarquia, como dos laços desenvolvidos entre as eSF e a coordenação. O mesmo acontecia em relação às UBS e a secretaria em geral, pois as unidades dependiam da infraestrutura oferecida pela secretaria, ao tempo que a secretaria dependia da colaboração desses atores para o funcionamento de toda a rede de saúde: “a gente precisa de insumos, [...] de orientações, [...] de apoio nas decisões, nos planejamentos que a gente faz. Então, assim, a dependência da secretaria é uma dependência grande e é natural” (ENTREVISTA 4).

A coordenação das UBS também era responsável pelas questões que envolviam capacitação, treinamento e aperfeiçoamento desses profissionais. Isso gerava uma relação de dependência entre esses atores, pois todas as exigências que vinham por meio das portarias do MS eram repassadas dessa coordenação para as equipes: “assim como tem o agente de saúde que é o elo entre a população e o PSF, eu sou entre o Ministério da Saúde e eles. Eu tenho que passar tudo para eles de novidade, o que está acontecendo, campanha de vacina, tudo é através de mim que eles ficam sabendo” (ENTREVISTA 3).

O NASF também era um ator de referência para as unidades de saúde, sendo possível perceber uma dependência mútua. As eSF dependiam do suporte desses especialistas na realização dos projetos e grupos educativos e, embora a dependência fosse maior por essa parte, o NASF também dependia dessas unidades estarem abertas à atuação do núcleo, como apontado no relato a seguir: “é dependência total porque a gente está ali para apoiar. Então, tudo que a gente for fazer, eles têm que estar junto conosco” (ENTREVISTA 2c). Por ser um trabalho realizado em conjunto, é difícil de se visualizar em que âmbito os profissionais do NASF necessitavam dispor de autonomia, pois todas as atividades realizadas pelo núcleo ocorriam de maneira compartilhada com os profissionais das UBS. Em casos isolados que necessitassem do atendimento do profissional enquanto especialista, foi possível observar essa liberdade em relação ao diagnóstico do paciente. No entanto, cabe destacar que são exceções, pois o NASF não foi desenvolvido para o atendimento individual.

Em relação às eSF que atuavam nas UBS, de maneira geral, todos os profissionais eram dependentes uns dos outros, como pode ser observado no trecho a seguir:

[...] cada profissional envolvido na equipe é realmente muito importante e a gente não tem como visualizar esse trabalho sem essas pessoas. Desde o auxiliar administrativo que está ali, que recebe, que é o primeiro contato do paciente, que dá todas as informações que a pessoa precisa para o primeiro atendimento. Os agentes

comunitários eu acredito que são os mais importantes da equipe que são eles o nosso vínculo, eles estão lá na ponta, na casa do paciente, então eles que trazem para gente como que está a nossa comunidade, quem são os nossos hipertensos, quem são os pacientes que precisam ser visitados. Então, a partir daí, de todos esses atendimentos, do técnico de enfermagem, do médico, é que a gente pode traçar todo o planejamento para o nosso trabalho (ENTREVISTA 9).

Entretanto, foi possível encontrar graus diferentes de dependência entre eles. Esse foi o caso dos enfermeiros e os ACS, cuja relação de dependência foi mais forte devido à complementariedade de seus papéis. Cada ACS trabalhava em uma determinada micro área e, partir daí, identificava as demandas dos usuários a serem levadas para o enfermeiro que, enquanto gestor, iria definir as ações necessárias para atender às mesmas. Quanto à sua função, os ACS dispunham de autonomia para decidir a logística de suas visitas domiciliares, além de poderem encaminhar os usuários diretamente ao atendimento médico, quando identificavam essa necessidade durante a visita às famílias: “ Eu sou a responsável por aquela área. Então eu decido qual casa eu vou, se tem algum hipertenso para eu medir pressão ou [...] se eu vou chamar alguém para ir lá comigo” (ENTREVISTA 21).

Por ser o coordenador da equipe, o enfermeiro dispunha de autonomia no planejamento de todas as ações que a equipe iria desenvolver no decorrer do ano, mas isso não significava que o fazia de forma centralizada. Foi observado que esses coordenadores prezavam por incluir os demais membros da equipe nas decisões, como forma de garantir a cooperação, o que facilitava o processo, conforme o relato a seguir: “para que os outros membros da equipe sintam-se parte também do planejamento, das decisões que são tomadas, porque se a gente não fizer isso, a gente também não tem colaboração, não é efetivo” (ENTREVISTA 4).

Já os outros profissionais, como os médicos e dentistas, trabalhavam de maneira mais individualizada no que tange às suas funções, pois suas atividades dependiam mais da categoria profissional do que da equipe. Isso não quer dizer que as ações dos médicos e dentistas eram isoladas em sua totalidade, mas, sim, no que referia a prescrição e diagnóstico de pacientes. Nesses casos, os demais membros da equipe não apresentavam participação, com exceção dos técnicos e auxiliares que davam suporte aos procedimentos. Já em relação aos grupos educativos, campanhas de prevenção, feiras de saúde, marcação de consultas, entre outras atividades da unidade, esses profissionais atuavam em conjunto com toda a equipe.

Em relação aos conselhos locais de saúde, não havia uma dependência no sentido de aprovação ou reprovação de ações, como acontecia no CMS, embora eles também atuassem em conjunto com as suas UBS correspondentes. Além disso, esses conselhos dependiam de uma atuação conjunta com os enfermeiros coordenadores dessas UBS, bem como do próprio CMS, para levar as demandas e questões locais para serem discutidas em outras instâncias de decisão:

“a gente pode [...] votar aqui em alguma coisa aqui do bairro, mas a gente tem que levar para lá, para lá ser aprovado também. A gente prioriza e leva para lá” (ENTREVISTA 6). Dessa forma, se pode considerar que esses conselhos desenvolviam uma relação de dependência mútua com as equipes de saúde locais, e, unilateral com o conselho municipal. Quanto à autonomia, os conselhos locais tinham a liberdade de decidir as pautas que seriam levadas à discussão, a partir daquilo que a população usuária apresentava como demandas.

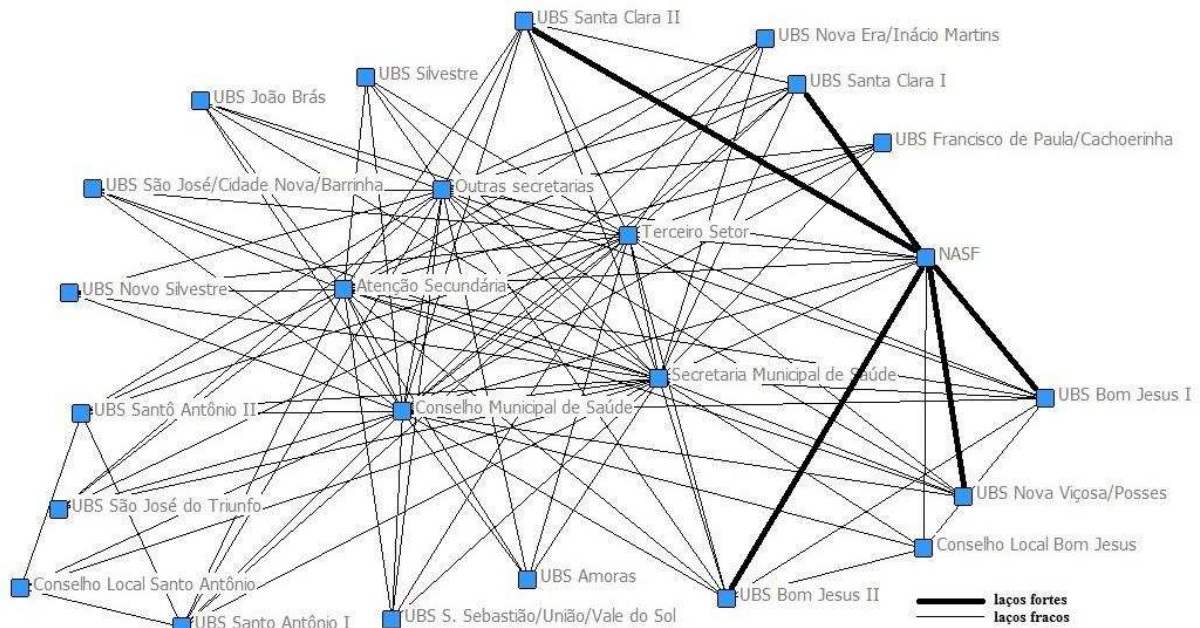
Essa primeira parte da análise permitiu compreender o papel de cada ator para que a ESF fosse concretizada no município, além de permitir perceber a atuação de diferentes segmentos da sociedade no momento da implementação, bem como de diferentes níveis hierárquicos do governo. Apesar da gestão da ESF estar concentrada na burocracia de alto e médio escalão, as ações realizadas no âmbito local, em especial nas UBS, davam protagonismo aos cargos mais baixos da hierarquia pública, principalmente, dos ACS. Essas observações empíricas fazem jus às discussões teóricas acerca dos processos de implementação.

Além disso, observou-se que, apesar da hierarquia inerente a própria estrutura da política, os atores desenvolviam relações de dependência que vão além da posição hierárquica ocupada e que refletem, na maioria das vezes, dependência mútua. Ademais, esses atores resguardavam sua autonomia, principalmente, os que ocupavam cargos de gestão e coordenação, porém os demais também possuíam certa discricionariedade quanto as suas próprias funções. Foram observados graus diferentes de dependência, assim como de autonomia, mas os relatos permitiram chegar à conclusão de que a rede implementadora da ESF, à nível municipal, pode ser considerada como uma rede interorganizacional, em que as relações entre os atores não são explicadas apenas em função dos níveis hierárquicos e que eles participam enquanto unidades semiautônomas (MANDELL, 1990). Essa observação é mais visível em relação às 18 eSF que, apesar de fazerem parte de um todo, possuíam suas particularidades de funcionamento, atuação e relacionamento internamente.

## **5.2 A rede da Estratégia Saúde da Família**

No processo de implementação da ESF foi possível identificar uma rede política composta por, basicamente, 24 nós (atores coletivos), conforme ilustrado na Figura 6. Buscou-se representar aqui tanto os atores que participavam frequentemente da ESF (Secretaria Municipal de Saúde, CMS, 2 Conselhos Locais, 16 UBS e 1 NASF), quanto aqueles cuja participação era esporádica (Atenção Secundária, outras secretarias e entidades sem fins lucrativos), porém complementar. Especialmente, nesta etapa, é possível visualizar uma maior

atuação de diferentes atores, o que nem sempre vai ocorrer em outros momentos do processo político (HOWLETT *et al.*, 2013; SARAVIA, 2006).



**Figura 6** - A rede implementadora da ESF em Viçosa –MG, 2017.

Fonte: Elaboração própria utilizando o *software* UCINET.

A função da rede é justamente a implementação da ESF a nível municipal, característica que reflete, geralmente, relacionamentos de alta intensidade, conforme apontado por Waarden (1992). No entanto, foi observado que os atores não apresentavam a mesma intensidade em todos os seus vínculos. Ao se iniciar a análise dos padrões de interação, no geral, a rede da ESF no município de Viçosa pode ser considerada de baixa densidade, conforme apresentado na Tabela 6. A densidade é dada pela proporção entre o número de relações existentes e número de relações possíveis na rede (VELÁSQUEZ & AGUILAR, 2005). Sendo assim, a rede da ESF, em Viçosa, apresentou um total de 218 conexões, o que corresponde à apenas 36,5% das relações que poderiam ser possíveis, de acordo com o resultado gerado pelo *software* UCINET.

**Tabela 6** - Densidade da Rede da ESF

REDE ESF	Densidade	Nº de conexões
	0.395	218

Fonte: Elaboração própria utilizando o *software* UCINET.

A Secretaria Municipal de Saúde era a unidade central dessa rede, pois recebia o maior número de ligações. Isso se deve ao fato de ela ser a principal unidade gestora no âmbito da saúde no município e, por isso, concentrava a disponibilização de recursos e poder de decisão. Existiam outros pontos que também apresentavam muitas ligações, como a Atenção Secundária, outras secretarias, o Terceiro Setor e o CMS, mas como será observado adiante, se

tratavam de relações de menor intensidade. Portanto, se pode considerar que a rede da ESF, no âmbito das organizações, apresentava apenas uma unidade central.

Essa observação empírica acerca da centralidade ocupada pela Secretaria Municipal de Saúde também pôde ser observada através do cálculo desse índice por meio do *software* UCINET, conforme mostrado na tabela 7. O grau de centralidade representa o número de conexões que um determinado ator possui e indica os atores centrais que funcionam como ponte de informações e recursos dentro da rede (VELÁSQUEZ & AGUILAR, 2005). O software apresenta a ordenação dos atores implementadores da ESF em função do seu grau de centralidade na rede. Dessa forma, pode-se dizer que o ator central da rede era a Secretaria Municipal de Saúde que apresentou um grau de intermediação normalizado de 16%. De acordo com os dados, o CMS também se constituiria como um ator central na rede, o que pôde ser observado pelo seu número de ligações. Entretanto, as observações empíricas apontaram para a baixa influência deste ator perante toda à estrutura.

**Tabela 7** - Centralidade de intermediação da rede implementadora da ESF

	Intermediação	<i>n</i> Intermediação
<b>Secretaria Municipal de Saúde</b>	41.341	16.340
<b>Conselho Municipal de Saúde</b>	41.341	16.340
<b>Terceiro Setor</b>	25.333	10.013
<b>Outras Secretarias</b>	25.333	10.013
<b>Atenção Secundária</b>	25.333	10.013
<b>NASF</b>	3.091	1.222
<b>UBS Santo Antônio I</b>	0.908	0.359
<b>UBS Santo Antônio II</b>	0.908	0.359
<b>UBS Bom Jesus I</b>	0.758	0.300
<b>UBS Bom Jesus II</b>	0.758	0.300
<b>UBS Santa Clara I</b>	0.158	0.062
<b>UBS Amoras</b>	0.158	0.062
<b>UBS S. Sebastião/União/Vale do Sol</b>	0.158	0.062
<b>UBS Santa Clara II</b>	0.158	0.062
<b>UBS Nova Viçosa/Posses</b>	0.158	0.062
<b>UBS Nova Era/Inácio Martins</b>	0.158	0.062
<b>UBS Francisco de Paula/Cachoeirinha</b>	0.158	0.062
<b>UBS São José do Triunfo</b>	0.158	0.062
<b>UBS Silvestre</b>	0.158	0.062
<b>UBS São José/Cidade Nova/Barrinha</b>	0.158	0.062
<b>UBS Novo Silvestre</b>	0.158	0.062
<b>UBS João Brás</b>	0.158	0.062
<b>Conselho Local Bom Jesus</b>	0.000	0.000
<b>Conselho Local Santo Antônio</b>	0.000	0.000

Fonte: Elaboração própria utilizando o *software* UCINET.

As UBS estavam conectadas diretamente à Secretaria Municipal de Saúde, ao CMS e aos atores eventuais. Entre si, as UBS somente apresentavam vínculos diretos nos bairros que possuíam mais de uma unidade (Bom Jesus, Santa Clara e Santo Antônio). Em relação aos

demais, mesmo que houvesse um vínculo entre elas, tratava-se de um vínculo indireto que passava pela Secretaria Municipal de Saúde, enquanto, ponte. Já em relação ao NASF, existiam vínculos diretos somente com as equipes atendidas pelo núcleo, sendo que em relação às demais, essa conexão era inexistente. O mesmo acontecia em relação aos Conselhos Locais, sendo que ambos apresentavam vínculos diretos com a Secretaria e com o CMS. Em relação às UBS, existiam vínculos com aquelas que correspondiam aos seus territórios (Santo Antônio e Bom Jesus). Essas conexões entre os atores, conforme apontado na literatura (WASSERMAN & FAUST, 1994), funcionam como canais de transferências de recursos, sejam eles tangíveis ou intangíveis. No caso de Viçosa, a Secretaria Municipal de Saúde era a principal provisor da rede, entretanto, os atores também realizavam trocas de informações, materiais, espaço físico, entre outros recursos internamente e com agentes externos.

A saúde em si, apresenta uma sobreposição de redes que vão desde a AP, até os demais níveis de atenção. No caso da ESF, apesar de estar vinculada aos cuidados básicos de saúde, a Atenção Secundária se constituía como um ator complementar a esse processo, pois o usuário de saúde era encaminhado das UBS locais até os hospitais, policlínicas, entre outros centros especializados. Por isso, foi possível caracterizar o vínculo entre as UBS e a Atenção Secundária como diretos, dada a própria integralidade necessária às RAS, mesmo que esta apresente fragilidades na prática. O relato a seguir ilustra essas conexões do sistema de referência e contrarreferência:

[...] nós temos referências de atenção secundária onde que eu queria chegar... que é o quê? Um pré-natal de alto risco você tem onde encaminhar, nós temos as redes. Ali dentro dos PSF nós podemos identificar várias situações que nós temos suporte dentro da rede... uma criança prematura, temos o antigo Viva Vida que é o CAE para enviar, o hipertenso descompensado temos o Hiperdia. Então não só o PSF [...] temos referências, que isso é tipo um complemento, que dá atenção primária eles vão para secundária (ENTREVISTA 3).

Foi observado que garantir essa integração com os demais setores da saúde é um dos grandes desafios da AB a nível municipal, conforme apontado na literatura (JÚNIOR & ALVES, 2007; LAVRAS, 2011; BODSTEIN, 2002; VIANNA & POZ, 2005; SILVA *et al.*, 2013). O caso de Viçosa – MG corrobora com esses achados e as maiores dificuldades encontradas foram em relação ao setor de marcação de consultas especializadas, cujas falhas de comunicação e acesso dificultavam a lógica de integralidade do sistema e deixavam os usuários de saúde soltos na rede:

[...] é uma luta diária para você conseguir envolver outros setores, que a gente sabe que se você quer trabalhar com um conceito ampliado de saúde, não tem como fazer isso sem envolver outros setores e é uma coisa, assim, que não é uma prática muito comum ainda. Geralmente, essa integração só se dá quando tem algum problema que você não consegue resolver, eu nem chamaria isso de interação, eu chamaria isso de... é um conflito mesmo, entendeu? Mas não é fácil e isso não é uma prática muito

comum, então, como a atenção primária envolve uma rede muito grande, então a gente tem que estar dialogando com vários setores (ENTREVISTA 4).

Os setores não falam, não comunicam, não tem contrarreferência. Talvez, eu falo que, nós, enquanto Estratégia Saúde da Família, pecamos, os outros setores também pecam. A gente encaminha um paciente, você não sabe para onde ele foi, se você não for na casa dele saber o que foi feito com ele, você não sabe quando ele tem que voltar naquele local. Então, assim, os setores não falam, é CAPS lá, é Viva Vida num canto, é Hiperdia no outro, é hospital brigando porque não quer atender o outro, sabe? Assim. E ninguém fala a mesma coisa, parece que todo mundo quer no final é não atender o paciente “vou ficar livre dele”, se é paciente de alto risco “graças a Deus, vou mandar lá para o Viva Vida, não é minha mais”, meio que assim, sabe? [...] É muito confuso. Na central de marcação tudo muda muito, assim, está tudo muito solto na rede. (ENTREVISTA 8).

Os relatos mostrados confirmam as proposições de Silva *et al.* (2013) de que o princípio da integralidade é o mais fragilizado em função da baixa interação entre a ESF e os outros setores. Com isso, é possível afirmar que os laços desenvolvidos entre as UBS e a Atenção Secundária, bem como os demais níveis de atenção, se tratavam de laços fracos, e, embora funcionassem como ponte para outras redes (GRANOVETTER, 1973), acabavam comprometendo a proposta de reorientação do SUS, uma vez que as ações dessas organizações não estavam integradas e a ideia da ESF como porta de entrada não funcionava. Essa integração está associada à necessidade de consenso e cooperação entre esses agentes implementadores, condições indispensáveis para o sucesso da política (HILL & HUPE, 2002).

Conforme Granovetter (1973), a intensidade dos relacionamentos entre os atores pode ser determinada pela combinação de quatro elementos principais: tempo; intensidade emocional; intimidade; e, os serviços recíprocos. As UBS que recebiam suporte do NASF apresentavam um laço forte com o núcleo, dada a relação de confiança e dependência que era estabelecida entre as eSF e esses profissionais. Quanto à Secretaria Municipal de Saúde e o CMS, as relações com as UBS se tratavam de laços fracos, o que é explicado pelo distanciamento e baixa interação entre esses atores, não contribuindo para o fortalecimento dos vínculos. Apesar de refletirem vínculos diretos, eram menos intensos e, portanto, implicavam em menos resultados. Por exemplo, a atuação do próprio conselho era vista como uma forma de cumprir o que estava no papel, mas, na prática, não refletia a integração que seria necessária:

Eu vejo que, hoje, o conselho é um meio para cumprir regras [...] é um complemento técnico, sabe? Precisa de fazer/passar tal projeto, aí tem reunião no conselho, você vota naquele projeto, mas a gente não tem retorno, sabe? [...] eu estive em todos os lugares, eu já estive como enfermeira, eu estive como coordenadora, sou também conselheira, então, assim, [...] eu acho que precisava ter trocas, sabe? Ter retorno das coisas. Eu acho que eu não vejo muito isso (ENTREVISTA 8).

Apesar do seu papel deliberativo, que colocava o CMS como um ator importante no controle do dinheiro público, os relatos apontaram que o órgão apresentava pouca ou quase nenhuma interação com as realidades dos bairros, o que dificultava o enfrentamento dos

problemas. Mais que um agente fiscalizador, os Conselhos de Saúde tinham a finalidade de representar os interesses da população usuária no que tangia às ações em saúde. Porém, devido à baixa relação com as UBS, o enfrentamento dessas demandas se tornava fragilizado, conforme pode ser observado nos trechos a seguir de atores que representavam ambos os órgãos:

O Conselho Municipal de Saúde delibera algumas coisas, assim, que vem a nível municipal ou mesmo a nível estadual que depende dessas deliberações, que depende desse consentimento, vamos dizer assim, do conselho de saúde que tem que passar por lá, que tem que assinar e tal. [...] mas vejo ainda o conselho de saúde muito distante da nossa realidade. Eu acredito que a maioria dos conselheiros nunca nem veio aqui, não sabe que realmente funciona, visto que são 18 unidades de saúde da família no município e que cada uma tem uma realidade diferente, né, por questões de adaptação das casas adaptadas, por várias questões da comunidade (ENTREVISTA 9).

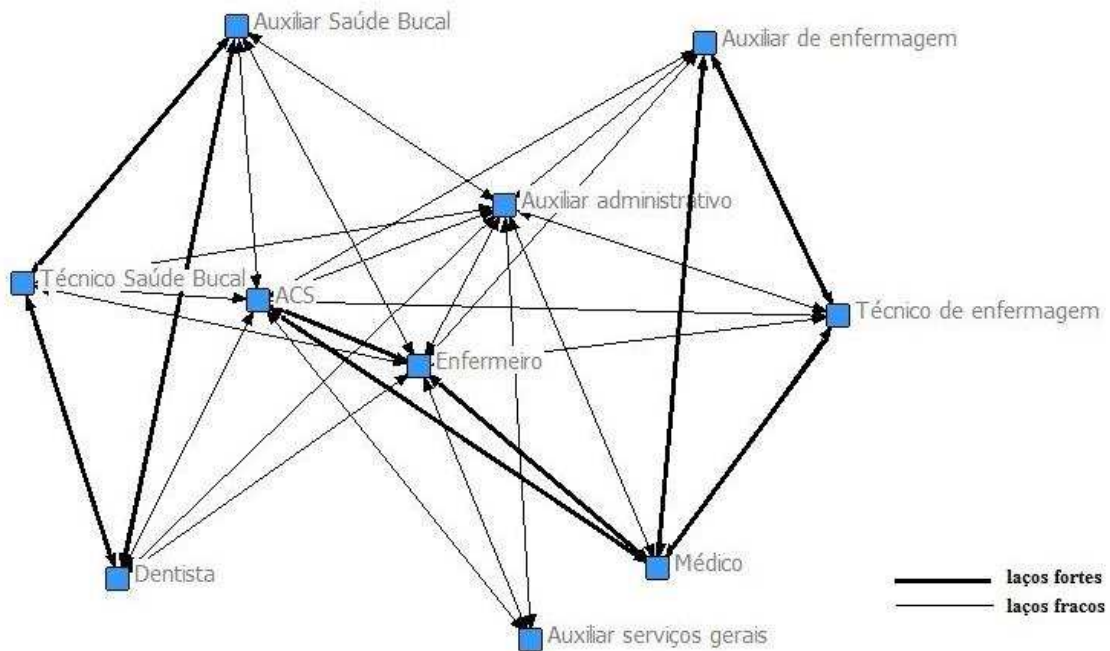
Então, assim, o nosso diálogo é mais com a secretaria de saúde do que com os profissionais. Eu, particularmente, [...] acho que eles não têm nenhuma implicação com o conselho (ENTREVISTA 17).

Os relatos apontavam para a baixa capacidade de articulação do conselho com as UBS e revelava o distanciamento entre aquilo que deveria ser e o que realmente acontecia. A proposta de criação dos Conselhos Municipais de Saúde, pós Constituição de 1988, vai além de garantir o repasse de recursos federais aos municípios. A essência dos conselhos é promover um diálogo entre Estado e Sociedade, o que inclui tanto os usuários de saúde, quanto os profissionais. O que se observou, em Viçosa – MG, foi uma tímida relação do órgão com as UBS e com a própria comunidade, o que refletia na atuação do conselho que, na maioria das vezes, ficava limitada enquanto instância técnica e não como um espaço para expressão das demandas dos diversos segmentos que o compunham. Esse cenário corrobora com as proposições de Subirats *et al.* (2012) de que, no processo de implementação, os atores irão apresentar interesses e recursos distintos na resolução do problema.

Em relação aos Conselhos Locais de Saúde, como se tratava de atuações recentes se comparadas ao municipal, não foi possível chegar a conclusões em relação à efetividade desses relacionamentos. O que se observou é que os conselhos locais estavam em processo de mobilização da comunidade no qual estavam inseridos e, portanto, os laços ainda eram fracos com as eSF, bem como com a comunidade. Isso porque esses espaços de debate estavam em processo de construção: “Como a gente está iniciando agora, claro que não está, assim, as mil maravilhas, a gente está iniciando ainda. Está, assim, em fase de conscientizar, mobilizar mesmo a população para poder participar” (ENTREVISTA 6).

Dada a relevância das UBS para a implementação da ESF nos territórios dos bairros, torna-se interessante entender a sua estrutura interna. Além disso, elas representavam o maior número de atores semelhantes dentro da rede. A rede interna da UBS era composta,

basicamente, pelos profissionais representados na Figura 7. Essa rede reflete um esboço do que seria a estrutura das UBS, considerando o quadro de funcionários proposto pela PNAB. No entanto, como mencionado anteriormente, algumas eSF apresentavam defasagens, principalmente, em relação aos ACS, auxiliares administrativos e gerais. E, além disso, as ESB não faziam parte da composição mínima obrigatória. As relações tratadas na rede refletem a realidade observada, mas é importante ressaltar que nem todas as 18 eSF apresentavam todos esses atores.



**Figura 7** - A rede interna das UBS, Viçosa – MG, 2017.

Fonte: Elaboração própria utilizando o *software* UCINET.

Ao se analisar os padrões de interações entre os atores, foi possível observar que a rede apresenta densidade média. Conforme demonstrado na Tabela 8, a rede interna das UBS apresentou um total de 60 conexões, correspondendo à 66,7% das conexões possíveis. Nesse caso, foi possível visualizar um percentual maior de laços, uma vez que se tratam de equipes pequenas se comparadas ao número total de atores envolvidos na rede geral da ESF. Dessa forma, pode-se inferir que as informações fluíam nas UBS com maior velocidade se comparadas à rede geral. Além disso, a densidade indica que os atores necessitavam de menos pontes para chegar aos demais, pois havia uma maior conectividade.

**Tabela 8** - Densidade da rede interna das UBS

REDE INTERNA	Densidade	Nº de conexões
UBS	0.667	60

Fonte: Elaboração própria utilizando o *software* UCINET.

Também foi possível identificar diferenças na formação dos vínculos entre os atores. Dentro da Secretaria Municipal de Saúde, as eSF apresentavam um laço forte com a coordenadora da AP, sendo que em relação ao secretário e à própria coordenação das RAS, esse laço era menos intenso. Isso acontecia em função da própria hierarquia que os atores buscavam seguir e, além disso, como a coordenadora das UBS era a responsável por toda a gestão, acabava se constituindo como um ator de referência. Esse vínculo era direto e forte entre os enfermeiros e a coordenadora das UBS, sendo que os demais profissionais estavam indiretamente conectados à coordenação por meio deles: “a nossa referência no PSF é o enfermeiro. [...] a gente tem que ter aquela, vamos dizer, aquele elo, aquela confiança, porque eles é que vão coordenar a equipe deles” (ENTREVISTA 3).

Os ACS apresentavam vínculos diretos e laços fortes com os enfermeiros e médicos, dada a proximidade na realização dos trabalhos que acabava gerando uma relação de dependência e confiança maior: “na prática mesmo, a gente depende muito o quê? Do médico, do enfermeiro, porque, às vezes, tem um problema, esses aí que vão tentar solucionar mais rápido” (ENTREVISTA 6). Além de serem pontes entre as eSF e os setores da Secretaria Municipal de Saúde, os enfermeiros podiam ser considerados atores centrais dentro da estrutura interna da UBS. O mesmo acontecia com os ACS, pois ambos eram os que mais recebiam ligações na rede, que refletiam maior intensidade. Os auxiliares de serviços gerais e os profissionais de saúde bucal seriam os atores mais periféricos considerando essa estrutura. Essas observações empíricas também foram confirmadas através do uso do *software* UCINET, conforme apresentado na Tabela 9. O enfermeiro e ACS de saúde eram os atores mais centrais dessa estrutura, apresentando um grau de intermediação normalizado de, aproximadamente, 14%. O auxiliar administrativo também apresentou esse grau de centralidade, uma vez que, na prática, também funciona como ponte de informações para todos os atores da UBS, mesmo seus laços refletindo relações de menores intensidades.

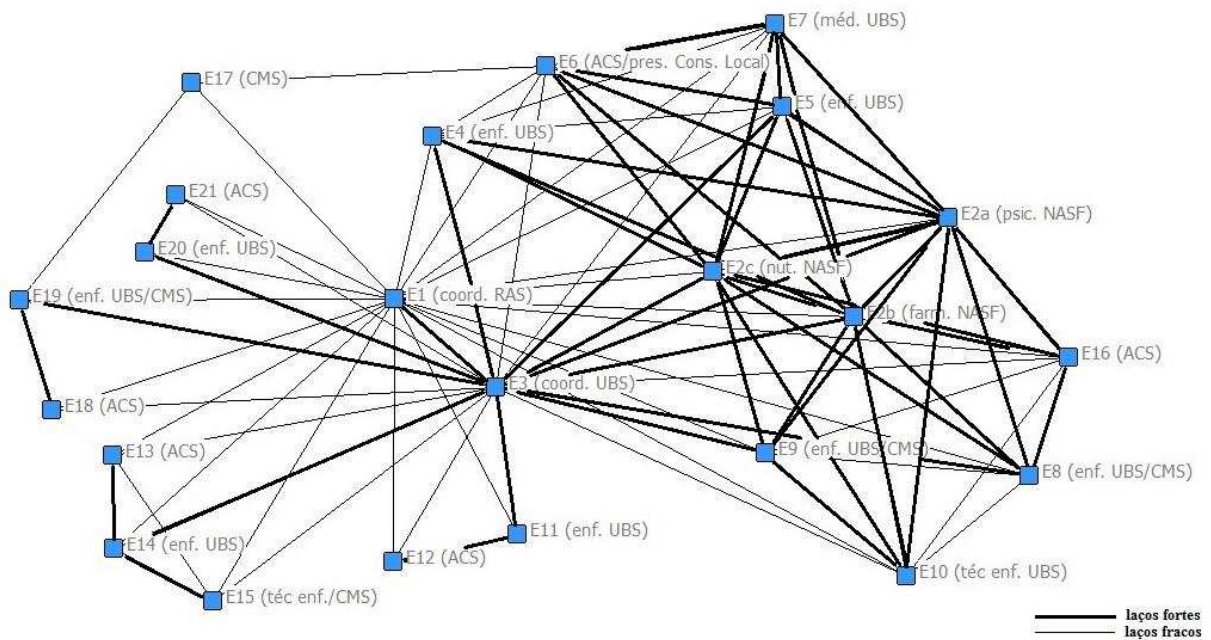
**Tabela 9** - Centralidade de intermediação da rede interna das UBS

	Intermediação	<i>n</i> Intermediação
<b>Enfermeiro</b>	5.000	13.889
<b>ACS</b>	5.000	13.889
<b>Auxiliar administrativo</b>	5.000	13.889
<b>Médico</b>	0.000	0.000
<b>Auxiliar de enfermagem</b>	0.000	0.000
<b>Dentista</b>	0.000	0.000
<b>Técnico de saúde bucal</b>	0.000	0.000
<b>Auxiliar de saúde bucal</b>	0.000	0.000
<b>Técnico de enfermagem</b>	0.000	0.000
<b>Auxiliar de serviços gerais</b>	0.000	0.000

Fonte: Elaboração própria utilizando o *software* UCINET.

Com os demais membros das eSF, os ACS acabavam construindo laços mais fracos: “Eu acho que a equipe poderia interagir mais, não só essa, todas. Eu acho que poderia interagir melhor, mas... triste, complicado” (ENTREVISTA 6). Essa realidade reflete a proposição de Santos *et al.* (2011) de que esses profissionais apresentam baixa integração com o restante da equipe. Já os médicos apresentavam uma integração maior com os ACS, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem. Quanto aos profissionais de odontologia e os demais, essa relação era fraca e indireta. De forma geral, o que se observou é que as eSF apresentavam subgrupos que refletiam relacionamentos de maior intensidade, como acontecia na relação entre ‘enfermeiro, ACS e médico’, ‘médico, técnico e auxiliar’ e ‘dentista, técnico e auxiliar bucal’. Essa formação de *clusters* é típica das relações de laços fortes (GRANOVETTER, 1973) e acaba gerando menos pontes dentro das redes e, conseqüentemente, menos fluxos de informações.

Considerando os atores enquanto indivíduos das organizações, também foi realizada uma análise da rede da ESF, considerando os atores entrevistados. A rede, representada na Figura 8, permitiu visualizar as interações estabelecidas entre esses indivíduos que representam, aqui, o universo da ESF no município de Viçosa. Foi possível observar que a concentração dos laços fortes está nas relações entre os entrevistados representantes do NASF e suas UBS correspondentes. Dessa forma, os entrevistados E2a, E2b e E2c apresentavam conexões de maior intensidade com os profissionais das eSF nas quais atuavam. Conforme dito anteriormente, isso acontecia devido ao cotidiano dos processos de trabalho, em que esses atores construía uma relação de afinidade e dependência maior. O mesmo ocorria entre a coordenadora das UBS e os enfermeiros das eSF. Além disso, também pôde ser observado laços fortes entre enfermeiros, ACS e médico. Além disso, também se observou que a coordenadora das RAS está integrada a todos os demais atores, se constituindo, assim, como a unidade central da rede. A coordenadora das UBS também apresenta vínculos com os demais entrevistados, exceto com o E17, representante do conselho.



**Figura 8** - A rede dos entrevistados

Fonte: Elaboração própria utilizando o *software* UCINET.

Essas considerações também foram confirmadas através do *software* UCINET, conforme apresentado na Tabela 10. Os dados mostraram que o E1 (coordenadora das RAS) é o ator central da rede com um grau de intermediação normalizado de, aproximadamente, 35%. Em seguida, se tem a entrevistada E3 (coordenadora das UBS) com um grau de intermediação de, aproximadamente, 29%. Os demais entrevistados correspondiam aos atores periféricos, ou seja, com menor número de conexões.

**Tabela 10** - Centralidade de intermediação da rede dos entrevistados

	Intermediação	<i>n</i> Intermediação
<b>E1 (coord. RAS)</b>	82.367	35.657
<b>E3 (coord. UBS)</b>	67.533	29.235
<b>E6 (ACS/pres. Cons. Local)</b>	3.333	1.443
<b>E2a (psic. NASF)</b>	3.200	1.385
<b>E2c (nut. NASF)</b>	3.200	1.385
<b>E2b (farm. NASF)</b>	3.200	1.385
<b>E19 (enf. UBS/CMS)</b>	0.833	0.361
<b>E17 (CMS)</b>	0.333	0.144
<b>E5 (enf. UBS)</b>	0.000	0.000
<b>E4 (enf. UBS)</b>	0.000	0.000
<b>E9 (enf. UBS/CMS)</b>	0.000	0.000
<b>E10 (téc enf. UBS)</b>	0.000	0.000
<b>E11 (enf. UBS)</b>	0.000	0.000
<b>E7 (méd. UBS)</b>	0.000	0.000
<b>E13 (ACS)</b>	0.000	0.000
<b>E14 (enf. UBS)</b>	0.000	0.000
<b>E15 (téc enf./CMS)</b>	0.000	0.000
<b>E16 (ACS)</b>	0.000	0.000

*Continua*

**Tabela 10** - Centralidade de intermediação da rede dos entrevistados (*Continuação*)

	Intermediação	n Intermediação
<b>E12 (ACS)</b>	0.000	0.000
<b>E18 (ACS)</b>	0.000	0.000
<b>E8 (enf. UBS/CMS)</b>	0.000	0.000
<b>E20 (enf. UBS)</b>	0.000	0.000
<b>E21 (ACS)</b>	0.000	0.000

Fonte: Elaboração própria utilizando o *software* UCINET.

Em relação à conectividade da rede dos entrevistados, a Tabela 11 mostra um total de 178 conexões, correspondendo à 35% das conexões possíveis. Sendo assim, pode-se afirmar que os atores entrevistados poderiam apresentar muito mais vínculos do que realmente ocorria, o que geraria maior fluxo de informações e recursos na rede. Essa baixa densidade pode ser explicada pelo fato de a maior parte dos entrevistados serem representantes de UBS, uma vez que elas só apresentam vínculos diretos entre si quando estão instaladas no mesmo bairro do município. Portanto, os representantes das UBS só apresentavam conexões com a coordenadora das RAS, das UBS e com o NASF. E, alguns profissionais das eSF, que também eram conselheiros de saúde, também apresentavam conexões com o conselheiro E17.

**Tabela 11** - Densidade da rede dos entrevistados

REDE DOS ENTREVISTADOS	Densidade	Nº de conexões
	0.352	178

Fonte: Elaboração própria utilizando o *software* UCINET.

Quanto às regras formais e informais que regulamentavam a atuação e o relacionamento na rede, foi observado que as formais eram comuns a todos atores, enquanto as informais variavam em função da estrutura interna de cada um. Esse conjunto de regras e normas delimitava a ação desses atores na implementação da ESF, bem como moldava seus relacionamentos. As regras formais estavam prescritas dentro da legislação pertinente à política, enquanto as informais partiam das percepções desses atores do que deveria ser a conduta dentro da rede. Além disso, conforme apontado por Waarden (1992), as redes altamente institucionalizadas apresentam seu próprio conjunto de normas e convenções, fato esse que pode ser percebido dentro de cada UBS.

A principal base legal seguida pelos atores da ESF era a Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que fornecia as diretrizes básicas de funcionamento das eSF, desde a infraestrutura (composição, carga horária), até as atribuições e processos de trabalho das equipes. Os atores também desenvolviam suas ações em conformidade com as proposições da Superintendência Regional de Saúde de Ponte Nova, que tinha por finalidade a gestão de todo

o Sistema Estadual de Saúde. Também foram apontados os princípios do SUS como norteadores das ações dentro das UBS.

Alguns atores mencionaram se basear nos materiais disponibilizados pela OMS que tratavam da AP, nas linhas guias do MS e nos conselhos de classe profissional, como o Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais (COREN – MG). Além disso, as metas do Plano Municipal de Saúde e do PMAQ-AB também eram direcionadoras das ações desses atores. O CMS e os dois Conselhos Locais, apresentavam regimento próprio que dispunham da composição, competências e organização dos colegiados.

Já em relação às regras informais, foi observado a existência, principalmente, de normas de conduta pautadas no compartilhamento de informações, em saber ouvir, respeitar as divergências e normas de organização da própria rotina interna das UBS, conforme exemplificado em alguns trechos a seguir:

Eu acho que essa questão dessa postura de ouvir, de partilhar, é uma coisa que é de cada equipe, de cada líder. [...] é uma coisa que não é formalizada em lugar nenhum, ninguém fala “você tem que fazer assim”, você que decide que você vai fazer desse jeito. (ENTREVISTA 4)

[...] hoje em dia, eu acho que é muito aberto, a gente coloca sempre assim “o que eu não quero para o outro, eu não quero para mim”, “eu posso estar com um problema em casa, mas quando eu chego eu tenho a obrigação de dar bom dia”, isso não está em papel, mas, assim, é um pacto nosso, sabe? (ENTREVISTA 8).

[...] algumas coisas a gente estabelece, a gente vê essa necessidade no dia a dia de estar criando essa questão para que o serviço seja organizado. [...] a gente está fazendo os fluxos que tem que ter, de que forma isso é realizado de acordo com a nossa realidade, então, muitas vezes, por essas adaptações, esses fluxos são/ precisam ser feitos, não é uma coisa que está escrito em lugar nenhum, mas a gente precisa escrever para registrar de que forma a gente faz (ENTREVISTA 9).

[...] eu tenho uma estrutura física que não permite a gente fazer determinado procedimento, mas, às vezes, a gente burla um pouco e faz, por que? Pensando no bem maior que é a satisfação do usuário ali (ENTREVISTA 19).

Essas regras instituídas dentro da rede determinavam o estabelecimento de relacionamentos pautados na cooperação e solidariedade, mas não impediam a formação de conflitos e disputas entre os atores, uma vez que a própria rede se constituía como uma arena de decisão. Ao analisar as formas de interação, foi observado que, em grande parte, os relacionamentos entre dos atores da ESF refletiam a cooperação, valor considerado indispensável para atingir as metas comuns a todos eles (BORZEL, 1997):

[...] cada um tem um olhar diferente e colabora para essas decisões de uma forma. [...] cada ator, na sua importância ali, na sua limitação, contribui de uma forma diferente. Então, quando eu cheguei, por exemplo, tinha umas pessoas que já estavam aqui há mais tempo, que tinham experiência, que conheciam a comunidade, então, tudo isso agrega às nossas ações, ao nosso olhar ali no início, de que forma a gente vai traçar essas metas e realizar as ações (ENTREVISTA 9).

[...] a gente é igual uma engrenagem, um depende do outro. [...] ainda mais na atenção primária, tem que ter um engajamento e tem que ser padronizado, [...] tem que ter uma ligação com todo mundo (ENTREVISTA 11).

Em relação ao NASF, foi relatado que no início de sua atuação gerou-se uma expectativa de atendimento individual e não se tinha clareza sobre o papel que esses profissionais poderiam realizar dentro das UBS. Isso levou ao surgimento de divergências entre as eSF e o núcleo, pois o mesmo não atuava com demandas individuais e, sim, coletivas. No momento da pesquisa, o papel que o NASF realizava estava claro para as eSF que recebiam seu suporte, e os atores atuavam como parceiros no atendimento das demandas da comunidade: “é um trabalho multi, a gente tem que ser dependente o tempo todo um do outro, porque eu sozinha, como profissional, não consigo atender o usuário como um todo, que o foco é esse, ver o usuário como um todo” (ENTREVISTA 2a). Essa compatibilidade entre os interesses e objetivos particulares dos atores e os da rede é essencial para a congruência das ações (MANDELL, 1990), uma vez que essa falta de entendimento é passível de gerar conflitos, conforme pôde ser observado.

Dentro das eSF foi observado que grande parte dos conflitos ocorria em razão da desvalorização dos ACS, o que Santos *et al.* (2011) também trouxeram em seus achados. Esses profissionais se sentiam desmotivados tanto em função da baixa remuneração salarial, quanto em relação ao fato de nem sempre serem incluídos nas tomadas de decisões:

Fala muito que o agente de saúde é os olhos do programa, [...] é mentira. É os olhos quando quer usar a gente, porque quando não quer usar a gente, deixa de ser os olhos, entendeu? Então, até um certo tempo, eu estava iludida de que é os olhos, mas eu vejo que é mentira. [...] na hora de você levar benefícios, você não tem nada de olhos, você não é ninguém. Quando tem alguma coisa para beneficiar é como se você não existisse, você fosse uma sombra. Você que vai lá, você que conhece a realidade, você que sabe os problemas, tudo, mas você não é valorizado não, é mentira. Quando falar que é valorizado, mentira. Não tem valorização (ENTREVISTA 6).

Obviamente isso não acontecia em todas as eSF, mas esse relato reflete a insatisfação dos ACS com a valorização de seu trabalho. Esses profissionais conheciam a realidade de cada família atendida pela UBS e, ao mesmo tempo que levavam conhecimento a essas famílias, também reportavam as suas necessidades para os demais membros da eSF: “Tem muita gente que não dá valor, mas nós damos valor e tem pessoas lá fora que dão valor a isso, que eles são o olho na área de saúde” (ENTREVISTA 15). Conforme apontado na literatura da *policy analysis* (PULZL & TREIB, 2007), esses burocratas, por conhecerem melhor a realidade local, se tornam os protagonistas do processo de implementação. Essa falta de reconhecimento leva à desmotivação desses profissionais e prejudica o seu papel transformador (JARDIM & LANCMAN, 2009), enquanto elo que liga as famílias aos cuidados de saúde.

Além disso, foi identificada a existência de conflitos entre determinados atores em função da incompatibilidade pessoal, falta de cooperação na realização de atividades conjuntas, falta de diálogo, e, disputa interna, principalmente, em UBS que possuíam mais de uma eSF. A cooperação é essencial para o sucesso da implementação, no entanto, é mais difícil garanti-la quando o processo envolve um número elevado de atores (HILL & HUPE, 2002):

Em outras equipes eu via isso, ainda mais quando tem duas equipes dentro da mesma sede, eu trabalhei em 'UBS X' que é assim, é essa concorrência, essa competição, sabe? Essa vontade de ser o melhor. E não, assim, ser o melhor para a saúde da população, ser o melhor em crescer. É muita picuinha, muita fofuquinha. Então, uma coisa que eu acho que atrapalha muito é um grande número de pessoas dentro do mesmo espaço (ENTREVISTA 8).

[...] não adianta eu produzir muito, se o colega não produzir quase nada. Então, a responsabilidade também é minha porque o trabalho é conjunto, então todos têm que render para ter um trabalho bom (ENTREVISTA 13).

Outro ponto importante encontrado é que os Conselhos Locais de Saúde, muitas vezes, eram usados como espaço para política partidária, gerando conflitos entre os atores que realmente reconheciam a importância da mobilização social e aqueles que queriam a posição de conselheiro apenas para conseguir votos e *status*. Um exemplo foi o processo de criação do Conselho Local do Bom Jesus, que coincidiu com a época das eleições municipais e, com isso, surgiram indivíduos interessados, visando a candidatura à vereador. Para barrar essa prática, os responsáveis pela fundação do conselho acabaram, propositalmente, optando pelo adiamento na aprovação do órgão. Esse é mais um exemplo da existência de difusos interesses entre os atores implementadores (SUBIRATS *et al.*, 2012).

Também foi identificada a existência de conflitos entre o CMS e os gestores da ESF, uma vez que o diálogo entre ambos se tornava uma arena de disputa de poder, típica dos processos políticos (SUBIRATS *et al.*, 2012):

[...]conflitos de interesses, é uma arena de disputa, é uma arena política [...] geralmente, a gente busca dialogar, cooperar, entendeu? Tanto é que esse relatório de gestão poderia ter sido recusado agora pelo conselho, porque nós demos 6 meses para que houvesse uma resposta e eles não deram em termos de resultado. [...] o conselho, mais uma vez, assim, entendendo que ele tem poder para negar esse relatório, ele não negou, e a gente fica naquele beco de sinuca, sabe? Porque se não negar parece que a gente está sendo conivente com aquilo que a gestão está fazendo, mas, ao mesmo tempo, a gente se coloca como solidário no processo, assim, o que a gente pode fazer enquanto conselho para ajudar essa gestão a tentar buscar caminhos? (ENTREVISTA 17).

Apesar do conselho ter poder deliberativo sobre as ações em saúde, se observou uma certa autonomia da gestão municipal em relação ao órgão. Isso acontecia tanto em razão do poder político dessa gestão, quanto por falta de qualidade técnica do conselho, o que dificultava o questionamento das ações. Esse cenário fragilizou o papel do conselho, pois nem sempre o que era o proposto pela gestão retratava a real necessidade das UBS no momento. Além disso,

dada a sua fraca relação com essas unidades de saúde, as discussões realizadas no âmbito do conselho ficavam distantes de atender a essas necessidades.

Ao se observar as arenas de decisão formadas nessa rede, foi identificado que a Secretaria Municipal de Saúde se constituía como o ator central, enquanto as demais organizações seriam os atores periféricos. Isso justifica o fato de as decisões importantes estarem concentradas nessa instância e, portanto, esse ator era o que mais influenciava na implementação da política. Apesar de cada UBS apresentar autonomia dentro da sua própria estrutura, a secretaria comandava a rede, sendo que suas ações refletiam uma gestão ainda bastante centralizada.

Essas decisões que competiam à implementação da ESF estavam concentradas, principalmente, na coordenação da AP. No entanto, existiam outras esferas e instâncias de decisão na rede formadas em função dos próprios níveis hierárquicos. Conforme pôde ser constatado, apesar de existirem múltiplos atores envolvidos no processo, principalmente, na própria esfera pública, esses atores não apresentavam simetria de poder e influência. Além disso, apesar da estrutura em rede, esse grau de influência e poder de decisão estava associado, principalmente, à posição político-institucional do que às relações informais (SCHNEIDER, 2005).

Dentro das UBS existia maior envolvimento dos profissionais na tomada de decisão, pois, em se tratando de uma equipe, era necessário que todos estivessem de acordo com a posição tomada. Foi observado que os atores buscavam o consenso, mas o enfermeiro, enquanto coordenador da eSF, algumas vezes, tomava decisões sem o envolvimento dos demais. Nesse sentido, dentro da rede interna da UBS ele seria o ator central. Foi relatado que essa atitude criava dificuldades dentro da equipe, contribuindo para a formação de conflitos, pois os demais membros da eSF, às vezes, se sentiam excluídos por não participarem de todas as decisões:

Tem coisas que a hierarquia já é montada de uma forma que não tem como você ficar perguntando tudo. [...] Eu acho que isso, às vezes, dificulta um pouco o trabalho da gente na unidade porque não existe uma clareza com alguns membros da equipe sobre isso. O fato da gente trazer o que é possível ser discutido para as reuniões de equipe, ser discutidas em grupo, e outras coisas a gente não trazer, não poder trazer, para eles, às vezes, isso fica meio conflituoso. Eles ficam achando que tudo que a gente vai decidir que a gente tem que perguntar primeiro para eles. [...] Não tem como levar os 80 agentes de saúde para a reunião para decidir o que vai ser feito. Imagina. Então, assim, isso eles têm um pouco de dificuldade de entender, não tem muita clareza de entender isso não, sabe? Então, às vezes, eles se sentem preteridos, se sentem desvalorizados ou acham que a gente está fazendo aquilo sem levar em consideração a opinião deles, não colaboram por causa disso. Então, é uma coisa que ainda é bem complicado (ENTREVISTA 4).

A própria resolução da PNAB define que as ações realizadas deveriam ser “democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe” (BRASIL, 2011), mas os

relatos mostraram que essas decisões envolviam toda a equipe quando se tratavam de decisões marginais: “a coisa não anda, centraliza e fica aquela coisa, cria um clima ruim porque prejudica a população. Eu acho o seguinte, por isso que tem o nome de equipe, mas igual eu falei antes, mas, na maioria nas vezes, não funciona como tal” (ENTREVISTA 6). Como a implementação, de fato, acontecia no âmbito das UBS, deveria haver esforços no âmbito da gestão municipal para incluir essas eSF nas decisões mais importantes, pois as equipes eram as principais conhecedoras das deficiências da ESF. Além disso, a falta de recursos básicos gerava essa dependência em relação à secretaria, implicando em pouca margem para tomar decisões:

[...] quanto mais descentralizado, mais próximo da comunidade, mais próximo da realidade, mais fácil da Estratégia Saúde da Família ser a porta de entrada. Porém é preciso dar suporte para isso e é o que a gente não vê. [...] aqui é a porta de entrada para o primeiro atendimento, mas eu tenho que ter como levar ele para o segundo atendimento, eu tenho que ter a consulta, tenho que ter o exame, eu tenho que ter várias coisas que a gente não tem para acontecer essa descentralização e não simplesmente pegar e espalhar um monte de unidades para todos os cantos e falar que descentralizou (ENTREVISTA 8).

Em relação ao NASF, como se tratava de um órgão de apoio às eSF, não existiam imposições de decisões e, sim, consenso: “a gente vai estar se matriciando o tempo todo para tomar qualquer decisão. Então, qualquer ação que for feita, por exemplo, só é feita a ação se todos tiverem de acordo, naquele PSF que não está de acordo não é realizado (ENTREVISTA 2a). O mesmo acontecia em relação aos Conselhos Locais que, somando o fato da atuação ainda ser incipiente, não foi observada a existência de conflitos com as eSF.

Essa segunda parte da análise mostrou que a rede implementadora da ESF envolvia vínculos diretos e indiretos entre os atores, bem como diferentes níveis de intensidade de relacionamento. Foi possível concluir que a Secretaria Municipal de Saúde se constituía como o ator central dessa estrutura e concentrava em si as decisões-chave da política, o que refletia uma rede fortemente centralizada. Apesar dos atores estabelecerem relações de dependências mútuas em função da afinidade, dos processos de trabalho e do dia a dia nas UBS, foi observado que a hierarquia ainda era um fator que determinava a constituição de laços. Além disso, no que se trata a rede interna das UBS, o enfermeiro podia ser considerado o ator central. Esses achados apontam para a necessidade de se desenvolver mecanismos que permitam a constituição de processos coletivos de decisão, uma vez que o processo se trata de uma realização conjunta (ANDRADE, 2006).

Esse cenário demonstrou um modelo de implementação em que o grau de influência na política está associado a posição hierárquica ocupada, mas também indica alguns pontos de discricionariedade dos burocratas de baixo escalão na execução da política. Nesse sentido, é possível afirmar que todos esses atores vão apresentar um certo grau de influência no processo,

mesmo que mínimo. Tal consideração permite visualizar a complementariedade dos modelos de análises dos processos de implementação de políticas públicas: *top-down* e *bottom-up* (LIMA & D'ASCENZI, 2012).

Também se observou a fragilidade do princípio da integralidade das ações, uma vez que as UBS apresentavam grandes dificuldades de interação com a Atenção Secundária. Esse seria um grande desafio para a constituição de RAS resolutivas. Outro destaque importante foi a baixa capacidade de articulação com o CMS, o que dificultava o enfrentamento das demandas locais. E, além disso, foram encontrados conflitos significativos entre os atores da ESF, principalmente, em função da desvalorização dos ACS, da disputa interna nas UBS e da disputa por poder de decisão, o que sinaliza para a necessidade de mecanismos de resolução de conflitos.

### 5.3 Gestão da rede

Considerando que a rede política da ESF estava constituída por uma diversidade de atores com interesses múltiplos, diferentes arenas de decisão, conflitos de relacionamento e deficiências de articulação, torna-se essencial definir estratégias que permitam obter resultados positivos a partir dessa estrutura (KLIJN, 2014; FLEURY, 2015). A gestão da rede da ESF estava concentrada na coordenação das RAS e na coordenação da AP. E, no que se tratava à rede interna das UBS, a responsabilidade de gestão estava na figura dos enfermeiros.

Ao analisar o processo de coordenação das interações entre os atores, foi possível identificar como os gestores administravam os conflitos e os principais incentivos adotados para garantir a cooperação. Quanto à gestão dos conflitos, a principal base para a resolução dos problemas era o diálogo, visto a própria racionalidade comunicativa inerente às redes (FLEURY, 2005). Os gestores buscavam resolver os conflitos por meio da conversa formal ou informal com os envolvidos e, em último caso, havia a possibilidade de advertência. Além disso, esses conflitos eram levados para discussão nas reuniões semanais de equipe. Os relatos apontaram que a gestão dos relacionamentos entre os atores era uma das grandes dificuldades na implementação da política:

O mais difícil de trabalhar em equipe é a gestão de pessoas. [...] porque é determinante, se não tiver um bom relacionamento a equipe/ eu já falo a equipe, se não funcionar todo mundo com o mesmo objetivo, não funciona. E, é muito difícil você fazer essa gestão de pessoas, pelas características pessoais de cada um, sabe? Pela questão de que você também está sendo avaliado o tempo todo por eles. Então, assim, para mim, sem sombra de dúvidas, a parte mais difícil que tem é gerir essa relação entre os membros da equipe. É muito difícil a relação entre os membros (ENTREVISTA 4).

Um fator observado foi que a existência de conflitos estava diretamente associada ao tamanho da equipe. Os relatos apontaram que, em equipes menores, a possibilidade de emergir

conflitos entre os atores era menor se comparado às equipes com maior número de profissionais. Além disso, os conflitos que não eram passíveis de serem resolvidos dentro das UBS eram levados à coordenação da AP. Outro ponto importante é que as dificuldades enfrentadas pelas UBS em termos de infraestrutura, material e recursos humanos, funcionavam como desincentivos à cooperação. A falta de material para realizar uma ação e a sobrecarga de atividades devido à falta de profissionais, foram fatores que desestimulavam a cooperação e, conseqüentemente, afetavam o resultado final do trabalho:

Às vezes eu já acho que eles são desmotivados pelo que eu já falei também, às vezes por uma falta de material para trabalhar, então, uma caneta. Então, isso, há maior desincentivo. Agora incentivados, eu acho que isso é da própria profissão nossa, eu como enfermeira, se eu estou lá como enfermeiro, a gente quer fazer o melhor. E, às vezes, pode acontecer o contrário, ficar desestimulado porque a gente não tem aquilo para fazer (ENTREVISTA 3).

Além disso, o fato dos profissionais das eSF apresentarem cenários diferentes de práticas, contribuía para a geração de conflitos. Isso acontecia em relação aos ACS que trabalhavam diretamente no campo e o restante da equipe na UBS. Com isso, os ACS recebiam mais demandas da população e eram cobrados por isso, o que levava à cobrança dos demais membros: “ [...] os agentes de saúde ficam mais na rua, eles querem trazer o problema, eu entendo que a população cobra muito deles. E eles querem cobrar do médico, que também está sendo cobrado de outro lugar” (ENTREVISTA 20). Essa questão da absorção de problemas foi tratada por Jardim e Lancman (2009), que acreditavam que essa proximidade com a comunidade afetava a saúde mental dos ACS, dadas as relações afetivas que eles desenvolviam com a comunidade. Dessa forma, o processo de implementação é influenciado pelas características desses atores, bem como pelas rotinas de trabalho, pressões e recursos disponíveis, conforme apontado na literatura do modelo *bottom-up* (HILL & HUPE, 2002).

Dentre os principais incentivos à cooperação, a gestão apostava na oferta de treinamentos e capacitações: “isso eu acho que a gente ganha muito porque transmite informação. A gente está aqui nesse bairro escondidinho, mas eu vou numa reunião de um curso lá amanhã, aí eu tenho que multiplicar isso. Então, eu acho que é muito importante essa relação” (ENTREVISTA 19). Também eram realizadas atividades de socialização como ‘aniversariantes do mês’ e confraternizações das eSF. Em algumas UBS, eram realizadas atividades para trabalhar a saúde mental da equipe, por meio de dinâmicas que incentivavam o autoconhecimento e o conhecimento mútuo. Essas atividades de socialização, juntamente com as próprias reuniões semanais da equipe, favoreciam a criação de vínculos, facilitavam o entrosamento e promoviam maior interação entre atores que, no dia a dia, estavam mais distantes. Esses fatores são importantes, uma vez que a cooperação é essencial para o sucesso

da implementação de uma política (HILL & HUPE, 2002). Além disso, o próprio ‘espírito de equipe’ e a comunidade foram outros fatores que incentivavam a cooperação entre a eSF:

O que incentiva a gente a cooperar? Eu acho que é essa questão de sentir pertencente a equipe, sabe? Quando eu vim para cá, tentei muito trabalhar isso com eles, aqui ninguém é melhor que ninguém, ninguém compete com ninguém quem tem a letra mais bonita, quem atende melhor. [...] a nossa concorrência não é entre nós da equipe, [...] e, sim, a gente tentar dar o melhor possível para o paciente (ENTREVISTA 8).

O meu incentivo é a gente vê a população mais agradecida, na verdade, eu acho que a população é o que mais incentiva a gente, a gente vê a necessidade que ela tem, ainda mais aqui que é carente, então isso põe a gente para cima (ENTREVISTA 11).

O PMAQ também se constituía como mecanismo de incentivo pois, por meio dos resultados em termos de cobertura, o município recebia bonificação que podia ser usada para melhorar a infraestrutura das UBS e, com isso, o ambiente de trabalho. Apesar desses instrumentos de incentivo se mostrarem importantes na gestão das eSF, se observou que existiam conflitos internos nas UBS, como de relacionamento, disputa entre atores, falta de diálogo, e, interação. Sendo assim, cabe questionar a efetividade desses mecanismos na remoção dos obstáculos à cooperação. O que se observou é que a gênese desses conflitos ia além da incompatibilidade pessoal, uma vez que as restrições de recursos também prejudicavam diretamente a colaboração, pois os atores se sentiam incapacitados, desmotivados e sobrecarregados. Nesse sentido, torna-se necessário uma melhor gestão dos recursos a fim de se obter soluções resolutivas.

Os resultados dessa gestão das interações afetavam diretamente a qualidade dos serviços prestados pelas eSF e o principal prejudicado, em função dessas deficiências, eram os próprios usuários de saúde. Se os profissionais das equipes não se sentiam motivados, isso refletia na qualidade do atendimento e das ações realizadas:

Talvez a gente não tenha todas as ferramentas em mãos para estar implantando, mas a gente já tem o conhecimento das pessoas, a boa vontade, e, a partir de ali, a gente começa a buscar mesmo um equilíbrio, até a coisa, de fato, estar acontecendo. Então, eu acho que o mais saudável nisso tudo é realmente o interesse da equipe, entendeu? A partir do momento que se mostra esse interesse, as coisas fluem, entendeu? Então, interesse, comprometimento com o trabalho, entendeu? Saber acolher o paciente que chega. Se ali não é ofertado o serviço, saber conduzir, não deixar o paciente perdido na rede, entendeu? (ENTREVISTA 1).

Portanto, a garantia da cooperação depende de uma boa administração de recursos, da mediação resolutiva de conflitos e de incentivos que, de fato, colaborassem para o relacionamento interpessoal. Isso engloba a melhoria da estrutura das UBS (o que inclui novas contratações e suporte material), a adoção de mecanismos que permitam trabalhar o espírito de equipe (nem todas as eSF realizavam atividades de socialização), e, a melhoria na remuneração dos profissionais, principalmente, os níveis mais baixos como os ACS que são os atores que, de fato, executam as atividades no âmbito local. Essas necessidades podem ser associadas ao

que Klijn (2014) propôs como estratégias para a gestão de redes, envolvendo a administração dos recursos, dos relacionamentos e de mecanismos para atingir metas.

Quanto à análise das metas e objetivos da ESF, foi possível perceber que a implementação estava sujeita a restrições políticas, econômicas e sociais (VIANNA, 1996). Dentre os principais objetivos da ESF, estavam a promoção à saúde e a prevenção de agravos, reduzindo, assim, a proporção de atendimento para os níveis de média e alta complexidade. Quanto às metas, as principais eram as de cobertura estabelecidas por meio de pactos entre as três esferas de governos, visando o monitoramento da AB. Os principais indicadores utilizados na avaliação da AB estavam disponíveis no Relatório Anual de Gestão referente à 2015 e apresentados na Tabela 12. O relatório de 2016 estava disponível, porém não apresentava esses dados.

**Tabela 12** - Principais indicadores da Atenção Básica no município de Viçosa – MG

INDICADORES	META 2015	RESULTADO
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	68%	65,86%
Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB)	12%	22,34%
Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família	87%	80,64%
Cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde Bucal.	61%	57,68%

Fonte: Relatório Anual de Gestão, 2015.

Foi possível perceber que o município de Viçosa – MG ficou abaixo, com exceção da proporção de internações por condições sensíveis à AB, de todas as metas estipuladas para a AB no ano de 2015. Em relação à cobertura das eSF, a meta era de 68% e o município apresentou 65,86%. Já o percentual de internações por condições sensíveis à AB foi de 22,34%, o que não era desejável, sendo a meta estipulada de 12%, o que reflete baixa resolutividade e/ou deficiências na cobertura dos serviços (ALFRADIQUE *et al.*, 2009). Esse índice representa a proporção de internações em hospitais por motivos que poderiam ser evitados em função do primeiro nível de atenção, portanto, quanto menor o índice, melhor o resultado. Em relação ao acompanhamento das condicionalidades do Bolsa Família, a meta era de 87% e o município apresentou 80,64% de cobertura. Já em relação às ESB, a meta era de 61% e o percentual apresentado foi de 57,68% (BRASIL, 2015a).

O Relatório Anual de Gestão referente à 2017 ainda não estava disponível. Entretanto, conforme apresentado na caracterização da ESF, o percentual de cobertura foi de 59,08% para os ACS, 79,76% para as eSF e 35,45% para as ESB, em relação a agosto de 2017. Isso demonstra que o município melhorou sua proporção de cobertura, com exceção das ESB que apresentou queda. No entanto, vale ressaltar que as metas para o ano de 2017, segundo os relatos, giravam

em torno de 80%, e o município ainda estava aquém de garantir esse índice em sua totalidade. Além dessas metas de cobertura, as eSF também apresentavam outros parâmetros a serem cumpridos, como: acompanhamento de gestantes e crianças; realização de preventivos; vacinação; pesagens; atividades laborais; grupo educativos; entre outras.

O PMAQ também traz alguns parâmetros que buscavam mensurar a qualidade da AB no município, sendo o programa recente, se encontrando em seu 3º ciclo. O 1º ciclo de avaliação correspondeu ao período 2012/2013, o 2º, ao período 2013/2014, e, o 3º, ao período 2015/2016. Os dados do último ciclo ainda não estavam disponíveis, portanto, só foi possível verificar questões discutidas no Relatório Analítico de 2015, referente ao 2º ciclo. Dentre os principais achados do relatório, tem-se que: 78,8% das UBS instaladas no município apresentavam infraestrutura inadequada ao trabalho das eSF; a oferta de equipamentos e materiais básicos era insuficiente; havia pouca participação dos usuários de saúde nas decisões sobre o funcionamento das UBS; havia pouca valorização dos profissionais da AB (os profissionais são admitidos por contratos temporários, não havendo plano de carreiras e tão pouco gratificação por desempenho); e, o suporte da gestão aos processos de trabalho das eSF era insuficiente (BRASIL, 2015b).

Esses resultados mostram que a ESF no município apresentava deficiências que impediam o cumprimento das metas e, conseqüentemente, afetavam seus resultados. Entre os principais motivos, estava falta de materiais para realização de exames e a defasagem no quadro de ACS, o que implicava negativamente nos percentuais de cobertura. Esses aspectos apontam para problemas no âmbito da gestão da ESF, pois havia falta de planejamento para que as ações pudessem ser realizadas no decorrer do ano, além da necessidade de processo seletivo para novas contratações, o que vinha sendo adiado pela administração municipal, desde o último ocorrido em 2013: “porque faltou um material para, por exemplo, fazer um preventivo. Faltou muito tempo. Uma hora falta um álcool, porque não houve planejamento, não comprou material suficiente para o ano inteiro para cumprir a meta” (ENTREVISTA 4).

Essa falta de materiais básicos foi a principal dificuldade que afetava todas as UBS do município, levando alguns enfermeiros a realizarem a compra desses materiais por conta própria, fato que não deveria ocorrer na prática. Essa foi uma estratégia adotada para conseguir cumprir as metas e refletia as limitações da gestão municipal em garantir as condições básicas de infraestrutura para as eSF:

Eu falo que preventivo, se eu fosse ver, eu não fazia preventivo. Esse mês não tem lençol, mês passado não tinha álcool, uns três meses sem álcool, aí você vai lá e compra o álcool. Porque você compra? Porque você é boba, entendeu? Vou falar a verdade porque compra. Há uns dois meses atrás não tinha lâmina, comprei lâmina,

agora não tem lençol. A escova cervical está vencida, tem umas que estão vencidas (ENTREVISTA 8).

Já comprei muito material aqui do meu bolso, coisa básica que não tinha jeito de ficar sem, sabe? [...] material de preventivo falta muito, material de curativo falta sempre. Às vezes, tem cobertura que é o mais caro, mas não tem um soro, um gazinho, uma fita crepe para você colar um negócio, sabe? Então, assim, material, disponibilidade de carro é pouco, é pouco pela demanda (ENTREVISTA 14).

A maioria das metas não são cumpridas, isso eu estou falando à nível municipal. [...] primeiramente, não conseguimos bater meta por falha não na equipe, mas por falha na gestão mesmo, porque falta equipamento, falta um otoscópio, falta um aparelho que você não consegue fazer determinada ação, veículo você não tem o suficiente, então, isso impacta diretamente. Como eu avalio? Razoável (ENTREVISTA 19).

É possível perceber que o município de Viçosa – MG ainda não apresentava uma AB resolutiva. Essa precariedade das condições de trabalho foi uma realidade observada na maioria dos municípios brasileiros, contribuindo para que os usuários procurassem diretamente os hospitais e demais centros de atendimento (BODSTEIN, 2002; JÚNIOR & ALVES, 2007). Isso prejudicava o papel da AB enquanto prevenção e proteção à saúde e demonstrava a fragilidade desse primeiro nível de atenção:

A gente está muito aquém ainda das metas. [...] para que haja, de fato, um cumprimento daquilo que está prescrito precisa, assim, pensar uma melhor forma de fazer Saúde da Família. [...] tem que ter uma política que, de fato, se oriente para a execução daquilo que se chama Estratégia Saúde da Família, que a gente não tem Estratégia Saúde da Família. Eu não vou falar que a gente não tem em nenhum lugar, porque a gente tem algumas linhas que fazem algumas coisas, mas a gente está muito distante de acessar esse universo e nunca uma população vai mudar a cultura, se quem reorienta o modelo são os profissionais. Com certeza, a saúde da família é feita para prevenção, promoção e habilitação e cura. Não quer dizer que eu não vou tratar dessas situações na Saúde da família, mas quer dizer que eu também vou ampliar esse universo de oferta para que a pessoa compreenda que saúde não é a doença. [...] as pessoas não buscam a unidade por causa de saúde, elas buscam por causa da doença. [...] se a gente pensar, nós, enquanto profissionais, quantas vezes nós que estamos sendo aqueles que estão imprimindo essa visão de que, realmente, aqui a gente trabalha com a doença? Porque a promoção mesmo da saúde ela fica muito distante do exercício cotidiano desses profissionais (ENTREVISTA 17).

Foi observado que muitas UBS funcionavam como ambulatórios, pois os usuários não entendiam o sentido da prevenção e procuravam as unidades com o ideal curativista: “a comunidade ainda não entende bem o nosso papel, ainda procura como uma espécie de ambulatório, procura ainda só quando adoecer” (ENTREVISTA 9). Isso é resultado da falta de qualificação desses profissionais para trabalhar com a AB, uma vez que a ESF deveria funcionar como objeto de educação em saúde. Portanto, o fato da população não compreender o papel da Atenção Básica é um reflexo das práticas curativistas que acabam acontecendo dentro dessas UBS. Autores como Besen *et al.* (2007) e Costa *et al.* (2009), também relatam essas deficiências no processo de formação dos profissionais de saúde e apontam para a reprodução de práticas imediatistas e curativistas dentro da AB no país.

Além dessas dificuldades, também foi apontado que algumas dessas metas não condiziam com a realidade observada nas UBS. Um exemplo disso, foi a meta de controle de tuberculose que determinava que cada eSF realizasse 5 exames por mês. Entretanto, para isso eram necessários pacientes sintomáticos respiratórios, o que nem sempre acontecia: “tem algumas metas absurdas, por exemplo, eles querem que a gente peça cinco exames de tuberculose por mês, mas eu não tenho cinco pacientes com tosse produtiva há mais de duas semanas” (ENTREVISTA 7). Outro exemplo, foi a determinação de que todas UBS realizassem grupos de atividades físicas, independentemente de ter um profissional para isso. Como o NASF não atendia todas as unidades, as que não recebiam suporte desses profissionais não cumpriam a meta. Em alguns casos, as eSF conseguiam apoio de estudantes universitários ou academias para realizar essas atividades gratuitamente, mas isso nem sempre acontecia.

Outro fator que também se constituiu como um obstáculo à implementação da ESF foi a estrutura física das UBS. Das 16 UBS instaladas no município, apenas 4 foram construídas atendendo às condições necessárias exigidas pelo MS. As demais, eram casas alugadas adaptadas para as eSF. Com isso, nem todas apresentavam as salas necessárias para a realização dos procedimentos, rampas de acesso para deficientes físicos, e, espaço físico adequado ao atendimento das famílias.

A rotatividade de profissionais também foi uma questão presente na realidade das eSF, principalmente, em relação aos médicos e enfermeiros, o que prejudicava a formação de vínculos com os usuários da comunidade: “com o troca-troca fica difícil criar vínculo. Exatamente, na hora que começa a criar o vínculo, aí pronto, você já vai sair ou você foi demitido. Então, não funciona o elo (ENTREVISTA 6). Com exceção dos ACS, administrativos e serviços gerais, os demais profissionais das eSF eram contratados por um período determinado. Por exemplo, os enfermeiros eram contratados por um prazo de 2 anos, podendo ser renovado por mais 2. Além disso, também havia rotatividade desses enfermeiros dentro das UBS do município. E, também, havia rotatividade nos cargos de gestão, como o secretário de saúde e as coordenações das RAS e da AP, o que prejudicava a continuidade dos planos e ações desenvolvidas.

Também havia defasagem no quadro de profissionais, principalmente, em relação aos auxiliares administrativos, gerais e ACS. Quando não havia profissionais administrativos e de limpeza nas equipes, essas tarefas eram divididas entre os membros existentes ou alocadas, principalmente, aos ACS. Isso retrata a existência de desvio de função, fator que sobrecarregava e desmotivava esses profissionais. Já as eSF que apresentavam defasagem no quadro de ACS,

tinham áreas descobertas e não conseguiam atingir as metas. Nesse caso, acontecia a distribuição dessas áreas entre os ACS existentes, sobrecarregando-os, mais uma vez.

Além disso, havia perdas e desvios de informação entre os atores da rede, principalmente, em relação à coordenação da AP e as UBS. Como eram 18 eSF, muitas vezes, o que era passado pela coordenação aos enfermeiros, não chegava aos demais membros das equipes, não havendo congruência nas ações. Essas falhas de comunicação também aconteciam entre a própria AB e o setor secundário, dada a baixa integralidade entre esses níveis de atenção. Isso afetava principalmente a marcação de consultas especializadas para os usuários de saúde. As UBS eram as responsáveis por essa marcação com o setor secundário e existiam falhas e morosidade nesse processo:

É muita gente que envolve, muita desinformação e muita falta de vontade de atender bem aquele usuário. Então, se você não tiver disponibilidade de tempo, que é uma coisa que para a gente falta, de pegar, sentar, pegar um telefone e resolver uma coisa para o paciente antes de mandar ele sair daqui, o paciente vai ficar igual uma bolinha de *ping-pong*, pulando de um lado para o outro e voltando (ENTREVISTA 4).

Em Viçosa essas redes não funcionam bem, a gente tem problema de comunicação com o hospital, o hospital tem conosco. As outras redes de Atenção secundária, o Centro Viva Vida e Hiperdia, a gente esbarra em alguns problemas de protocolo, de encaminhamento do Estado. Central de marcação e o consórcio também. Muitas poucas vagas, pouquíssimas vagas e muita demanda, pouca resolutividade dos médicos. Assim, é bem complicada essa rede (ENTREVISTA 20).

Foi apontado que a falta de verba municipal dificultava as melhorias no processo de implementação. Apesar da gestão ter ciência da necessidade de implantar novas UBS, aprimorar as existentes e realizar novas contratações, a falta de recursos próprios estava presente na realidade do município. O PAB, juntamente com as bonificações provenientes do PMAQ não eram suficientes para financiar toda essa estrutura e serviam apenas como suporte. Sendo assim, torna-se necessário definir estratégias no sentido de priorizar as ações que podem apresentar melhores resultados, como, por exemplo, primeiro melhorar a infraestrutura das UBS existentes, antes de iniciar novas implantações. Essa realidade corrobora com a proposição de Júnior e Alves (2007) de que o país apresentou uma grande expansão de cobertura, que não foi acompanhada do suporte necessário para que fosse resolutiva. Isso acontece, principalmente, em função dos serviços de média e alta complexidade serem mais valorizados, pois acredita-se que são mais resolutivos (JÚNIOR & ALVES, 2007). Essa visão limitada da AB refletia tanto nas práticas dos profissionais de saúde, quanto no planejamento da gestão, e impactavam negativamente nos resultados que a política se propõe.

Um outro fator que prejudicava a implementação da ESF era a precária atuação do CMS, devido a fatores como: falta de quórum; baixa adesão; falta de qualidade técnica; conflitos políticos; e, baixo comprometimento dos conselheiros. Isso refletia tanto no atendimento das

demandas locais, quanto na efetiva participação social, devido à baixa interação do órgão com as UBS e com a comunidade no geral: “ a comunidade civil também não quer sentar e fazer o papel dela e o conselho, por parte dele, também quer fazer o que é obrigatório no papel, cumprir as leis que precisam ser feitas (ENTREVISTA 8). Essa adesão da comunidade em relação à ESF também se constituiu como um desafio a ser enfrentado. Tal questão pode ser explicada pela falta de cultura em termos de prevenção, quanto pela insuficiência estrutural que afeta a capacidade dos profissionais da AB em trabalhar a educação em saúde com essa população. Muitas vezes, os usuários procuravam as UBS em busca de atendimentos especializados, o que revelou a falta de informação, uma vez que as eSF contavam apenas com médicos generalistas. De fato, há a necessidade dessas equipes trabalharem, por meio dos grupos educativos e dos conselhos locais, o significado e os objetivos da ESF com a comunidade: “a gente não trabalha ainda como PSF, a gente está aquém de PSF” (ENTREVISTA 11).

Uma estratégia para melhorar a questão da participação social seria o incentivo à criação de novos Conselhos Locais de Saúde. O município apresentava apenas dois que ainda se encontravam em consolidação. A atuação desses organismos é importante no sentido de priorizar as demandas das localidades onde as UBS estão inseridas. Além disso, esses espaços permitem trabalhar o conceito de saúde com a comunidade, uma vez que se trata de um espaço aberto a discussões e, portanto, pode ser usado para inserir práticas educativas: “a gente sente ainda muita falta disso, da comunidade como um todo querer fazer parte disso, querer pegar no colo mesmo e falar ‘isso é meu, nós vamos ajudar a fazer alguma coisa’ ” (ENTREVISTA 9).

Fleury (2005) trouxe em seus achados as principais limitações que ocorrem no âmbito das redes de políticas públicas, e estas também podem ser visualizadas no caso de Viçosa. Entre elas, está a dificuldade em se cumprir os objetivos da política, uma vez que as responsabilidades estão distribuídas entre uma infinidade de atores. Conforme pôde ser observado no município, a AB ainda está longe de ser resolutiva, uma vez que as ações não estão integradas e se tem muitos obstáculos em termos de recursos materiais e humanos. Além disso, por envolver muitos atores, as ações podem se afastar de seus objetivos iniciais, o que acontece nas UBS em relação ao conceito da AB, pois estas vêm funcionando mais como ambulatórios do que como SF. Além disso, há dificuldade no controle dos relacionamentos entre os atores, bem como dificuldades em se chegar a consensos, o que acaba gerando conflitos e até mesmo morosidade na resolução dos problemas (FLEURY, 2005).

Apesar dessas deficiências relatadas, a ESF também apresentou características vantajosas, se constituindo como importante ferramenta de promoção à saúde no município. A cobertura realizada pelas UBS atingia mais da metade da população Viçosense. Isso contribuía

para diminuir as filas de atendimentos nos hospitais e policlínicas da cidade. No entanto, cabe destacar que, devido ao fato de o SUS ser universal, esse percentual não deve ser visto apenas como positivo, uma vez que deveria ser próximo de cem por cento. Além disso, apesar da ESF ainda estar distante de trabalhar com um conceito ampliado de saúde, em algumas UBS era possível perceber o trabalho educativo que as eSF realizavam com as famílias, por meio de oficinas, grupos temáticos, palestras, feiras de saúde e projetos locais. A ESF era vista como a base para toda a rede de atenção: “a Estratégia Saúde da Família, hoje, [...] é a resolução dos serviços da saúde. [...] eu não consigo ver saúde, falar em saúde, sem ter a Estratégia Saúde da Família” (ENTREVISTA 1).

A ESF apresentava um escopo de atuação amplo, englobando os principais grupos prioritários, como: saúde da mulher, criança e adolescente, hipertensos, diabéticos, gestantes e saúde do homem. Por meio das práticas desenvolvidas dentro das UBS, algumas eSF conseguiam trabalhar efetivamente com a prevenção e a promoção. Além disso, a estratégia representava uma descentralização dos serviços de saúde para os bairros, o que permitia maior alcance e resolutividade nos atendimentos, se comparada à morosidade na oferta de vagas no setor secundário. Outro ponto importante era os vínculos criados entre as eSF e as famílias, pois dada a proximidade com a comunidade, se conseguia desenvolver uma assistência longitudinal: “ a gente tenta acompanhar desde o início. Aí depois já vê aquela criança grande, vai acompanhando, então a gente vê que valeu a pena acompanhar” (ENTREVISTA 16).

Esses aspectos positivos também estão associados à própria estrutura de atuação em rede, uma vez que a implementação envolve, principalmente, atores locais. Esse processo permite uma maior flexibilização das práticas, a fim de atender a realidade dos bairros. Além disso, embora as decisões mais importantes estejam concentradas na gestão, os atores periféricos participam de decisões rotineiras e, com isso, são construídos consensos, o que torna o processo mais democrático. Ademais, a pluralidade de atores permite o compartilhamento de diferentes visões acerca das demandas locais, o que a própria política define como práticas participativas e democráticas. Embora não aconteçam em todas as UBS, foi possível visualizar que, algumas, conseguem trabalhar com o conceito ampliado de saúde. Fleury (2005) também traz esses fatores como principais resultados positivos do processo de condução de políticas por meio de redes.

Foi possível perceber uma grande necessidade de corresponsabilização entre os três níveis de governo, de forma a garantir que a ESF acontecesse conforme prescrita. A proposta de tentar reorganizar o SUS por meio de ações voltadas à APS depende de esforços federais, estaduais e municipais. Além disso, a baixa capacidade de formulação dos municípios e o pouco

suporte recebido dos demais níveis de governo, são fatores que prejudicavam a resolutividade da AB. São necessárias estratégias, não necessariamente locais, para legitimar as práticas vigentes e permitir uma maior integração da rede primária com os demais níveis de atenção (BODSTEIN, 2002; LAVRAS, 2011; VIANNA & POZ, 2005). A ESF apresentava potencial para alcançar os resultados propostos pela PNAB, desde que houvesse esforços conjuntos e corresponsabilização na gestão das redes:

O desenho é perfeito, eu acho que é o caminho que se tem para fazer Atenção Primária à Saúde, não tem outro meio a não ser ele. As diretrizes, os objetivos específicos de cada um, a competência de cada profissional é muito bem pautada, muito bem desenhada. Porém, vários e vários fatores inviabilizam para que a gente possa colocar em prática o que está no papel (ENTREVISTA 8).

[...] o grande lance da Saúde da Família é a gente pensar que ela tem uma condição, ela tem uma potência se ela acontecer assim como é descrito, de ir ao encontro do que, de fato, a população precisa. Porque ela está no território onde as pessoas vivem, onde as pessoas nascem, crescem, reproduzem, envelhecem e morrem. O ciclo de vida se dá nesse contato imediato e a saúde pode se apropriar desse território simbólico, desse território social, desse território geográfico e, de alguma forma, se colocar como atores que vão assim, de modo bem singular, atuar diante das necessidades de saúde da população. Confere o acesso à saúde. A Estratégia Saúde da Família vem muito nesse sentido de conferir acesso à saúde no território onde as pessoas vivem, então, assim, eu acho ela de fundamental importância (ENTREVISTA 17).

As Conferências Municipais de Saúde também se apresentavam como importante ferramenta de gestão participativa, pautadas, principalmente, no diálogo e em processos deliberativos que envolviam o governo e diferentes segmentos da sociedade. Esses encontros permitiam a discussão das principais necessidades do município e que deviam ser priorizadas no Plano Anual de Saúde. Nesse sentido, a análise também procurou destacar o que estava sendo discutido no âmbito dessas conferências, principalmente, em relação à AB. A primeira Conferência Municipal de Saúde de Viçosa ocorreu em 1992 e, infelizmente, não se tem dados sobre seu relatório. Os demais relatórios foram disponibilizados pelo Conselho Municipal de Saúde, e, os pontos principais de cada conferência estão descritos no Quadro 8.

**Quadro 8 - Conferências Municipais de Saúde de Viçosa**

Documento	Ano	Tema Central	Principais deliberações
<b>II Conferência Municipal de Saúde de Viçosa</b>	1994	“A Consolidação do SUS”	Buscou discutir melhorias nos postos de saúde urbanos, rurais e no atendimento hospitalar; desenvolver ações de vigilância sanitária e epidemiológica; tratou da atuação do Conselho Municipal de Saúde; e da necessidade de desenvolver conselhos locais.

*Continua*

**Quadro 8 – Conferências Municipais de Saúde de Viçosa (Continuação)**

<b>Documento</b>	<b>Ano</b>	<b>Tema Central</b>	<b>Principais deliberações</b>
<b>III Conferência Municipal de Saúde de Viçosa</b>	1998	“Viçosa em busca da saúde plena”	Tratou da atuação do Conselho Municipal de Saúde; da necessidade de integração entre diferentes secretarias para promover a educação em saúde; propostas de melhorias no controle dos recursos, dos serviços e da qualificação e remuneração dos profissionais; criação do Pronto Socorro/CTI; e discutiu as melhorias necessárias na operacionalização do PSF e do PACS.
<b>IV Conferência Municipal de Saúde de Viçosa</b>	2000	“Viçosa em busca da qualidade”	Reivindicou a participação do Conselho na elaboração do orçamento municipal; tratou da desburocratização no atendimento ambulatorial e hospitalar; melhorias no PSF e no PACS; instrumentos para capacitação dos recursos humanos; e desenvolvimento de ações de Vigilância Ambiental em Saúde (VS).
<b>V Conferência Municipal de Saúde de Viçosa</b>	2002	“A Consolidação do SUS”	Tratou da ampliação da assistência ambulatorial, hospitalar, laboratorial e farmacêutica; da ampliação de cobertura do PACS e do PSF; da necessidade de integrar as ações em saúde com toda a rede pública e privada; e dar continuidade nas ações de VS.
<b>VI Conferência Municipal de Saúde de Viçosa</b>	2005	“Saúde, Cidadania e Políticas Públicas”	Discutiu melhorias de acesso à informação e aos serviços para a população; dar continuidade nas políticas de capacitação da IV Conferência; necessidade de capacitação dos conselheiros e divulgação do órgão; e melhorias em toda a rede de atenção.
<b>VII Conferência Municipal de Saúde de Viçosa</b>	2007	“PSF: Avaliação e Perspectiva”	Discutiu a necessidade de ampliar a participação social na rede de serviços; capacitação das eSF; desenvolver práticas socioeducativas e de formação cidadã; promover a integração dos diferentes níveis de atenção; melhorar o vínculo dos profissionais dos PSF através da realização de concurso público, e criar uma política municipal de coleta seletiva.

*Continua*

**Quadro 8** – Conferências Municipais de Saúde de Viçosa (*Continuação*)

Documento	Ano	Tema Central	Principais deliberações
<b>VIII Conferência Municipal de Saúde de Viçosa</b>	2009	“Viçosa: Gestão Estratégica e Participativa no SUS”	Propôs a criação de um plano de fortalecimento da Atenção Primária; discutiu a necessidade de melhorias no sistema de informação; de criação de um fórum de integração entre os setores; de estimular a criação de conselhos locais; ampliar a assistência farmacêutica; e fornecer capacitação financeira aos conselheiros.
<b>IX Conferência Municipal de Saúde de Viçosa</b>	2011	“Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social – Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro”	Propôs a ampliação da cobertura da Atenção Primária; mobilização da comunidade; criação de ouvidores em todos os setores da saúde; incentivar a criação de Conselhos Locais; tratou de algumas diretrizes de financiamento do SUS; da ampliação dos atendimentos especializados no CISMIV; e da informatização dos setores.
<b>X Conferência Municipal de Saúde de Viçosa</b>	2015	“Redes de Atenção à Saúde: Integralidade do Cuidado”	Propôs a reorganização da Atenção Primária, Secundária e Terciária no município, em termos materiais, de infraestrutura e recursos humanos; estruturação dos fluxos e contrafluxos entre os diferentes níveis de assistência; e melhorias na gestão de pessoas, como elaboração de um plano de cargos e salários e realização de concurso público para a ESF.

Fonte: Conselho Municipal de Saúde de Viçosa, 2017.

Os dados dos relatórios mostraram que, em termos gerais, questões referentes à AB estiveram presentes nas discussões sobre saúde no município, principalmente, a partir da III Conferência, uma vez que neste período os programas PACS e PSF começaram a se consolidar. As discussões apontaram, principalmente, para a necessidade de se ampliar a cobertura realizada pelas eSF, bem como melhorar as estruturas das UBS e as condições de trabalho dos profissionais. Além disso, foi observado a proposta de estimular a criação de Conselhos Locais e inserir a população no âmbito das políticas públicas. Essas necessidades levantadas nas Conferências Municipais de Saúde vão ao encontro de todas as deficiências observadas no processo de implementação e mostram que a AB em Viçosa – MG carece de muitos esforços municipais no sentido de seu fortalecimento.

Essa última parte da análise permitiu observar que a principal base para gestão de conflitos dentro da ESF era o diálogo, embora este se mostrou insuficiente para solucionar as divergências emergentes nas eSF. Além disso, os incentivos à cooperação em equipe se baseavam em atividades de socialização e na oferta de treinamentos e capacitações. No entanto,

essas estratégias não eram comuns a todas UBS e esses obstáculos se mostraram presentes. Em relação ao cumprimento das metas da ESF, os relatos apontaram que o município apresentava dificuldades que afetavam esses resultados, como: falta de insumos básicos; infraestrutura inadequada; falta de qualificação dos profissionais de SF; baixa disponibilidade de recursos financeiros; defasagem e rotatividade de pessoal; e baixa integração dos serviços de saúde.

Essas observações mostraram que os principais obstáculos à implementação da ESF estavam relacionados a problemas de gestão. A falta de planejamento na compra de materiais e a baixa capacidade de formulação de estratégias dificultavam o trabalho das eSF. Esses achados apontam para o despreparado da gestão municipal e para a necessidade de corresponsabilização entre os três níveis de governo, a fim de legitimar e valorizar as práticas de AB (BODSTEIN, 2002). Entre os principais esforços necessários, destacam-se: a reestruturação das RAS de forma a promover a integração entre os serviços; a melhoria nas condições materiais e físicas das UBS; o desenvolvimento de políticas de valorização dos profissionais da ESF; e a própria qualificação da gestão municipal, através da contratação de profissionais especializados em saúde, administração pública, entre outros.

## 6 CONCLUSÕES

O presente estudo buscou contribuir para o campo da *policy analysis*, por meio da investigação empírica e documental sobre o processo de implementação da ESF. As abordagens das políticas públicas e da *policy networks* se constituíram como os principais norteadores teóricos para a concretização dos objetivos da pesquisa. A questão-problema levantada permitiu visualizar os fatores que interferiam na atuação dos atores locais e como estes influenciavam o processo político.

A implementação da ESF no município de Viçosa – MG envolvia atores públicos e não-públicos, bem como a participação de atores de diferentes níveis burocráticos do governo municipal. Na implementação da política, atores correspondentes à burocracia de baixo escalão assumiam o protagonismo das ações locais e se constituíram como importantes atores no processo de colocar em prática as diretrizes da política formulada. Essa observação é pertinente, principalmente, ao papel desempenhado pelos ACS, que se mostraram primordiais na execução da ESF no âmbito dos bairros. Esses profissionais podem ser considerados o elo que liga as famílias aos serviços básicos de saúde.

No que se refere à rede política da ESF, a maioria das relações estabelecidas entre os atores se tratavam de dependências mútuas e estes resguardavam certa autonomia e discricionariedade quanto à sua própria estrutura interna. Além disso, a Secretaria Municipal de Saúde se constituiu como o ator central dessa rede e funcionava como ponte ao conectar os demais atores. Quanto à rede interna das eSF, o enfermeiro assumia esse papel de protagonista. Essa posição ocupada na rede refletia no grau de influência desses atores no processo decisório. A rede da ESF em Viçosa – MG apresentava uma estrutura de baixa densidade e formada por vínculos diretos e indiretos, sendo a gestão da rede concentrada na secretaria municipal. As relações formadas entre os atores refletiam a influência da imposição hierárquica. Apesar da rede poder ser considerada como interorganizacional, a hierarquia pública também foi um fator condicionante na formação dos vínculos, para além das relações informais estabelecidas.

A própria multidisciplinaridade das eSF contribuiu para a importância única de cada indivíduo que compunha as organizações implementadoras. Além disso, esses atores apresentavam graus diferentes de dependência e de intensidade das relações, fruto da proximidade na realização dos trabalhos, o que contribuiu para a criação de vínculos de confiança e dependência mútua. Apesar da cooperação ser um valor intrínseco à própria estrutura das redes, também foi possível observar a existência de muitos conflitos no âmbito da ESF, resultantes, principalmente, de disputas internas nas UBS, conflitos de relacionamento e

conflitos políticos. Esses conflitos, se não administrados, podem levar a rupturas na rede e, conseqüentemente, afetar a lógica de implementação da política.

A implementação da ESF apresentava indícios de obstáculos que dificultavam a resolutividade desse primeiro nível de atendimento, como: falta de materiais básicos nas UBS; inadequação da estrutura física; rotatividade e defasagem de pessoal; baixa integralização com os demais serviços de saúde; falta de políticas de valorização dos profissionais; as deficiências do CMS; e, baixa qualificação da gestão e dos demais profissionais. Há, portanto, a necessidade de se desenvolver estratégias locais no sentido de melhorar a resolutividade da AB, bem como a corresponsabilização entre os três níveis de governos para que esse nível de atenção seja fortalecido. Isso demonstra que o processo de municipalização e regionalização das políticas de saúde não foi acompanhado do suporte necessário aos municípios, uma vez que estes apresentam dificuldades estruturais na administração dos serviços básicos de saúde.

A reprodução de práticas curativistas e imediatistas dentro das UBS, bem como a falta de conhecimento da população sobre o que se trata a ESF foram deficiências que podem explicar o distanciamento entre a atuação das eSF e o conceito ampliado de saúde trazido pela política. Essas deficiências são resultado tanto da falta de qualificação profissional das eSF, como também da falta de cultura de participação e prevenção da população usuária. Além disso, refletem a falta de estratégias que permitam trabalhar a educação em saúde com a comunidade. Também foi observada a dificuldade do município em cumprir com as metas de cobertura, uma vez que os profissionais apresentavam dificuldades de trabalhar com o real significado da AP e, portanto, as UBS vêm funcionando como ambulatórios. Também cabe ressaltar aqui, a fragilidade do princípio da integralidade das ações, uma vez que os atores da ESF apresentavam dificuldades em atuar de forma congruente com os setores de média e alta complexidade. Todas essas limitações apresentadas justificam o fato da ESF não vir cumprindo com as suas principais metas de desempenho.

Em síntese, esta pesquisa permitiu identificar a fragilidade da rede implementadora da ESF, a ausência de mecanismos de resolução de conflitos e valorização de pessoal, a baixa qualidade técnica dos profissionais, um ambiente institucional enraizado na burocracia e as dificuldades de gestão de uma rede de política pública. A análise dos dados apontou para a necessidade de se definir as prioridades do município em termos de AB, bem como estratégias de coordenação dessa rede. Apesar da análise apontar, em sua maior parte, para os aspectos negativos da rede da ESF, cabe mencionar que o problema não está no formato de implementação em rede e, sim, no seu funcionamento. Dessa forma, as limitações encontradas refletem as dificuldades da operacionalização da política e não da estrutura das redes.

Além disso, foi possível chegar à conclusão de que a abordagem da *policy networks* se mostrou satisfatoriamente válida para analisar essa complexidade do processo político. A sua contribuição, enquanto método da *policy analysis*, permitiu identificar os atores implementadores da ESF e analisar as relações resultantes da interação entre eles. Dessa forma, a abordagem se mostrou útil para caracterizar a complexidade dessas relações, bem como apontou para a necessidade de gerenciamento dessas interações de forma a garantir o bom desempenho da rede e evitar a formação de laços negativos. Ademais, a *policy networks* proporciona um suporte teórico-conceitual que permite compreender as estruturas sociais e como os padrões de relacionamentos influenciam o resultado do processo político.

Acredita-se que este trabalho contribui para a compreensão do processo de implementação de políticas públicas no âmbito local, permitindo visualizar as principais dificuldades que afetam a capacidade de atuação dos municípios. Além disso, o trabalho retratou as principais especificidades do âmbito da saúde, desde a discussão teórica sobre a saúde pública do país, até os achados sobre o município de Viçosa – MG, que se mostraram condizentes as observações da literatura. A sua relevância empírica está na visualização de alguns dos elementos que caracterizam as redes de políticas públicas e que influenciam o processo de implementação. Através da análise, foi possível perceber que a implementação da ESF está condicionada a fatores econômicos, sociais e políticos e que estes funcionam como restrições à operacionalização da política no âmbito local. O grande campo empírico trouxe elementos explicativos das políticas de saúde em sentido amplo, portanto, pode-se afirmar que a presente pesquisa, apesar de se caracterizar como um estudo de caso, permite generalizações, uma vez que a realidade observada se reproduz na maioria dos municípios brasileiros. Já a relevância teórica da pesquisa se deve aos avanços que a discussão teórica proporcionou. Buscou-se resgatar um debate acerca do processo de implementação das políticas públicas, bem como da abordagem das *policy networks*, enquanto importantes ferramentas de análise do *policy making*.

Por fim, o trabalho deixa algumas lições que podem orientar os *policy makers* na gestão das redes de políticas públicas, quais sejam: garantir o consenso necessário para que a implementação ocorra conforme previsto, evitando possíveis resistências ao processo; a importância da administração de conflitos para evitar quebras e rupturas nas redes, o que afeta o fluxo de informações e recursos, atrapalhando a sua lógica de funcionamento; as limitações que afetam o bom desempenho das redes está associada ao seu funcionamento e não à rede em si; dados os interesses difusos e as diferentes visões de mundo dos atores, torna-se necessário uma boa administração dos relacionamentos, a fim de garantir o cumprimento dos objetivos; a

necessidade de se garantir estratégias de participação que permitam construir processos de decisões coletivos, evitando, assim, a marginalização de certos atores; e, estimular o contato e o diálogo entre os atores, evitando a formação de *clusters* que resultam em menos fluxos de informações e recursos dentro da rede.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALFRADIQUE, M. E. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, jun., 2009.
- ALMEIDA, C.; MACINKO, J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. **Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde 10**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.
- ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-325, 2011.
- ANDRADE, J. A. Rede de atores: uma nova forma de gestão das políticas públicas no Brasil? **Gestão & Regionalidade**, v. 22, n. 64, p. 52-66, 2006.
- BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F (Org.). **Caminhos para análise das políticas de saúde**, Rio de Janeiro, 2011.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2001.
- BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 30, n. 3, p. 380-398, 1996.
- BESEN C. B. *et al.* A Estratégia Saúde da Família como objeto de educação em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 1, p. 57-68, 2007.
- BIRKLAND, T. A. Agenda Setting in Public Policy. In: FISCHER, F., MILLER, G. J. & SIDNEY, M. S. (Org.). **Handbook of Public Policy Analysis: Theory, Politics and Methods**. CRC Press, 2007.
- BODSTEIN, R. Atenção Básica na agenda de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.
- BORZEL, T. “Qué tienen de especial los policy networks? Explorando el concepto y su utilidad para el estudio de la gobernación europea”, 1977. Disponível em: <http://revista-redes.rediris.es/webredes/textos/policynet.pdf>. Acesso em: 06 out. 2016.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007a.
- \_\_\_\_\_. **Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Viçosa**. Aprovado em 19/03/2007. 2007b.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_az\\_garantindo\\_saude\\_municipios\\_3ed\\_p1.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf). Acesso em: 22 fev. 2018.

\_\_\_\_\_. **Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro, 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em: 06 out. 2016.

\_\_\_\_\_. **Portaria Nº 3.012, de 26 de dezembro de 2012.** Redefine a composição das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família constante na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro, 2012a. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3012\\_26\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3012_26_12_2012.html). Acesso em: 06 out. 2016.

\_\_\_\_\_. **Portaria Nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012.** Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro, 2012b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124\\_28\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html). Acesso em: 11 out. 2017

\_\_\_\_\_. Relatório Anual de Gestão de Viçosa. **SARGSUS – Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão.** 2015a. Disponível em: <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login%21carregaRelatorioExterno.action?codUf=31&codTpRel=01>. Acesso em: 22 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Diálogos sobre o papel da gestão municipal, avaliação da infraestrutura e percepção dos usuários da Atenção Básica. **Relatório Analítico do PMAQ**, 2015b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica.** Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>. Acesso em: 11 out. 2017.

BRITTO, J. Cooperação interindustrial e redes de empresas. In: KUPFER, D. & HASENCLEVER, L. (Org.) **Economia Industrial: fundamentos teóricos e práticas no Brasil.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2005.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.

CASTELLS, M. A sociedade em Rede: do Conhecimento à Política. In: CASTELLS, M. & CARDOSO, G. (Org.). **A Sociedade em Rede: do conhecimento à ação política.** Conferência. Belém (Por): Imprensa Nacional, 2005.

COBB, R. W.; ELDER, C. D. **Participation in American Politics: The Dynamics of Agenda-Building.** Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1983.

COSTA, G. D. *et al.* Saúde da Família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n.1, p. 113-118, 2009.

DYE, T. R. **Understanding public policy**. 10<sup>a</sup> ed. Upper Saddle River: Prentice Hall, 2002.

FARIA, C. A. P. Ideias, Conhecimentos e Políticas Públicas: Um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 18, n. 51, p. 21-29, 2003.

FERNANDES, V. B. F. *et al.* Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**, v. 43, n. 6, p. 1-9, 2009.

FLEURY, S. Redes de políticas: novos desafios para a gestão pública. **Administração em Diálogo**, São Paulo, n. 7, p. 77-89, 2005.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 21, 2000.

FONTANELLA, B. J.; RICAS, J.; TURANO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FONTELLES, M. J. *et al.* Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Revista Paraense de Medicina**, v. 23, n. 3, p. 1-8, 2009.

FONTENELLE, L. F. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 7, n. 22, p. 5-9, 2012.

GRANOVETTER, M. The strength of weak ties. **American Journal of Sociology**, v. 78, n. 6, p. 1360-1380, 1973.

HILL, M.; HUPE, P. **Implementing Public Policy: Governance in Theory and in Practice**. SAGE Publications, 2002.

HOWLETT, M., RAMESH, M.; PERL, A. **Política Pública: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integradora**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **IBGE Cidades**. Disponível em <<http://www.cidades.ibge.gov.br>>. Acesso em 09 nov. 2017.

JANN, W.; WEGRICH, K. Theories of the Policy Cycle. In: FISCHER, F., MILLER, G. J. & SIDNEY, M. S. (Org.). **Handbook of Public Policy Analysis: Theory, Politics and Methods**. CRC Press, 2007.

JARDIM, T. A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 13, n. 28, p. 123-135, 2009.

JÚNIOR, A. F., FARIAS, L. C.; VERDI, M. Comunidades Saudáveis: A efetivação do Controle Social no Sistema Único de Saúde através dos Conselhos Locais de Saúde. **Revista Eletrônica de Extensão**, v. 3, n. 4, p. 1-9, 2006.

JÚNIOR, A. G. S.; ALVES, C. A. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C. & CORBO, A. D. A. (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

JÚNIOR, A. G. S.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC-UERJ/ABRASCO, 2005.

JÚNIOR, J. B. R. *et al.* As condições de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

KLIJN, E. H. Redes de política e implementação: gerenciando interações complexas. In: **Handbook de relações interorganizacionais da Oxford/** Steve Cropper *et al.*: [tradução: Heitor José Cademartori Mendina *et al.*]. Porto Alegre: Bookman, xxii, 2014.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5º Ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LAVALLE, A. G., CASTELLO, G.; BICHIR, R. M. Atores periféricos na sociedade civil: redes e centralidades de organizações em São Paulo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 23, n. 68, p. 73-96, 2008.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas/** Christian Laville e Jean Dionne; tradução Heloísa Monteiro e Francisco Settineri. – Porto Alegre: Artmed; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LIMA, L. L.; D'ASCENZI, L. Implementação de Políticas Públicas: perspectivas analíticas. **VI Encontro Nacional de Pesquisadores em Gestão Social** – ENAPGS, São Paulo, 2012.

LOBATO, L. V. C. **Políticas Sociais e de Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

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

LOWI, T. American Business, Public Policy, Case Studies and Political Theory. **World Politics**, v. 16, n. 4, p. 677-715, 1964.

LUZ, M. D. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. **Revista de Saúde Coletiva** – PHYSIS, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991.

MANDELL, M. P. Network management: strategic behavior in the public sector. In: CAGE, R. W. & MANDELL, M. P. (Org.). **Strategies for managing intergovernmental policies and network**. New York: Praeger, 1990.

MELLO, G. A., FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde: origens e diferenças conceituais. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 12, n. 2, p. 204-213, 2009.

MENDES, I. A. C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 447-448, 2004.

MERCADANTE, O. A. *et al.* Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. In: FINKELMAN, J., org. **Caminhos da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

PARSONS, W. **Políticas Públicas: una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas**. México: FLACSO, 2007.

PROCOPIUCK, M.; FREY, K. Redes de políticas públicas e de governança e sua análise a partir da websphere analysis. **Revista de Sociologia e Política**, v. 17, n. 34, p. 63-83, 2009.

PULZL, H.; TREIB, O. Implementing Public Policy. In: FISCHER, F., MILLER, G. J. & SIDNEY, M. S. (Org.). **Handbook of Public Policy Analysis: Theory, Politics and Methods**. CRC Press, 2007.

REIS, D. O., ARAÚJO, L. C.; CECÍLIO, L. C. O. Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde. **Módulo Político Gestor**. São Paulo: UNIFESP, 2009.

RUA, M. G.; ROMANINI, R. **Para aprender políticas públicas**. Instituto de Gestão, Economia e Políticas públicas, Brasília, n. 1, 2013.

SANTOS, K. T. *et al.* Agente comunitário de saúde: perfil adequado à realidade do Programa Saúde da Família? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 1023-1028, 2011.

SANTOS, H. Perspectivas contemporâneas para a constituição de redes de políticas públicas. **Civitas – Revista de Ciências Sociais**, Porto Alegre, v. 5, n. 1, p. 59-68, 2005.

SARAVIA, E. Introdução à Teoria da política pública. In: SARAVIA, E. & FERRAREZI, E. (Org.). **Políticas públicas**. Brasília: ENAP, 2 v., 2006.

SCHNEIDER, V. Redes de políticas públicas e a condução de sociedades complexas. **Civitas – Revista de Ciências Sociais**, Porto Alegre, v. 5, n. 1, p. 29-58, 2005.

SECCHI, L. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 2º Ed – São Paulo: Cengage Learning, 2015.

SIDNEY, M. S. Policy Formulation: Design and Tools. In: FISCHER, F., MILLER, G. J. & SIDNEY, M. S. (Org.). **Handbook of Public Policy Analysis: Theory, Politics and Methods**. CRC Press, 2007.

SILVA, E. L. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**/Edna Lúcia da Silva, Estera Muszkat Menezes. – 4. ed. rev. atual. – Florianópolis: UFSC, 2005.

SILVA, L. A., CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 221-232, 2013.

SIMÕES, A. L. A. *et al.* Humanização na saúde: enfoque na Atenção Primária. **Texto & Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v. 16, n. 3, p. 439-444, 2007.

SMITH, K. V.; LARIMER, C. W. **The Public Policy Theory Primer**. Westview Press, 2009.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão de literatura. **Sociologias**. Porto Alegre, v. 8, n. 16, p. 20-45, 2006.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**/ Bárbara Starfield. – Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SUBIRATS, J. *et al.* **Análisis y gestión de políticas públicas**. Barcelona, 2012.

VELÁSQUEZ, A. O. A.; AGUILAR, G. N. **Manual introdutório à análise de redes sociais: medidas de Centralidade**. México: Universidad Autonoma del Estado de México, 2005. Disponível em: [http://www2.unicentro.br/lmqqa/files/2016/05/Manualintrodutorio\\_ex\\_ucinet.pdf](http://www2.unicentro.br/lmqqa/files/2016/05/Manualintrodutorio_ex_ucinet.pdf). Acesso em: 25 jan. 2018.

VIANA, A. L. Abordagens Metodológicas em Políticas Públicas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 5-43, 1996.

VIANA, A. L.; POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, n.15, p. 225–264, 2005.

WAARDEN, F. V. Dimensions and types of policy networks. **European Journal of Political Research**, n. 21, p. 29-52, 1992.

WASSERMAN, S.; FAUST, K. **Social network analysis: Methods and applications**. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

**ANEXOS**

## ANEXO A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a), você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa intitulada **“Implementação de políticas públicas à luz da *policy network*: análise da Estratégia Saúde da Família”** desenvolvida pela mestrandia **Priscila Ferreira de Paula**, aluna do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Administração e Contabilidade da UFV, sob a orientação da professora **Karla Maria Damiano Teixeira**. Nesta pesquisa pretendemos entender como diversos atores influenciam o processo de implementação de uma política pública, mais especificamente, a Estratégia Saúde da Família (ESF). Para isso, buscaremos identificar quais são esses atores que participam da implementação da ESF, seus papéis, influência e formas de relacionamento. O motivo que nos leva a estudar a implementação de políticas públicas está na possibilidade de visualizar as principais potencialidades, dificuldades e falhas no processo, além da importância da ESF como modelo principal de atenção primária no país e porta de entrada para o Sistema Único de Saúde.

Acredita-se que, ao evidenciar a realidade na qual a política vem sendo implementada, as informações coletadas pela pesquisa podem contribuir para avaliar o processo de implementação, seus impactos e possíveis limitações, auxiliando a gestão pública, uma vez que os conhecimentos gerados poderão ser aplicados na prática. Além disso, como o foco da pesquisa está na interdependência entre os atores, este estudo também pode ajudar a promover uma maior percepção da necessidade de envolvimento e atuação em rede na área da administração pública.

A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você poderá recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar, retirando o seu consentimento. Sua recusa não lhe trará prejuízos em relação à pesquisadora ou à instituição. Sua participação se fará por meio de entrevista em forma de conversa que será gravada, com a sua permissão, arquivada com a pesquisadora e destruída após cinco anos do término do estudo. Sua participação não lhe trará nenhum custo ou compensação financeira, bem como favorecimento no seu tratamento.

Além disso, sua participação será de forma anônima para preservar sua identidade, não sendo divulgados dados pessoais ou qualquer tipo de informação sem seu consentimento prévio. A entrevista será previamente agendada em horário e local que você considerar mais adequado de acordo com sua disponibilidade no momento e com duração aproximada entre 30 a 40 minutos. Como se trata de uma entrevista em forma de conversa é sabido que este tipo de procedimento pode ocasionar risco relacionados ao desconforto e a inibição em prestar as informações solicitadas, e que nesse caso, você poderá se negar a dar qualquer tipo de

informação que o constranja ou mesmo desistir da pesquisa a qualquer momento, sem a necessidade de explicar o motivo. Durante a pesquisa terá toda liberdade de fazer qualquer pergunta ou questionamento. Os dados coletados serão utilizados com a finalidade de colaborar para o sucesso do trabalho, e para a elaboração da dissertação de mestrado e artigos para divulgação em publicações e encontros acadêmico-científicos.

Eu declaro que entendi as informações contidas nesse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e que fui informado (a) que o uso das informações por mim oferecidas estão submetidas às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), de acordo com a Resolução CNS 466/2012. Declaro que recebi uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por mim, pela orientadora e pela pesquisadora responsável. Fui esclarecido (a) que para obter informações e no caso de irregularidades éticas durante a pesquisa poderei entrar em com como Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa-MGCEP/UFV, no seguinte endereço e contatos: Prédio Arthur Bernardes, piso inferior, telefone 3899-2492, correio eletrônico: cep@ufv.br.

---

Assinatura do (a) Participante

Telefone:

E-mail:

---

Priscila Ferreira de Paula

Telefone: (31) 98341-3228

E-mail: priscilaferreiradepaula@gmail.com

---

Karla Maria Damiano Teixeira

Telefone: (31) 3899-1635

E-mail: kdamiano@ufv.br

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A: Roteiro de entrevista para gestores e coordenadores da ESF

### I – GRUPO DE ATORES

#### Tipo de atores

1. Nome: \_\_\_\_\_
2. Cargo: \_\_\_\_\_
3. Órgão: \_\_\_\_\_

#### Grau de importância

4. Qual o seu papel/função na Estratégia Saúde da Família?
5. O que é a ESF para você? Em sua opinião, a ESF é importante? Por quê?
6. Quais os demais atores/instituições participam da implementação da ESF no município?
7. Qual o papel desempenhado pelo Conselho Municipal de Saúde? Quais os representantes?

#### Posições e dependências dos atores

8. Qual o seu grau de autonomia frente aos demais atores que incorporam a ESF?
9. Qual o seu grau de dependência em relação aos demais atores? Quais são esses atores e em que é baseada essa dependência?

### II – REDE DE IMPLEMENTAÇÃO

#### Padrões de interação

10. Com quais atores você interage mais fortemente e quais mais raramente? E por quê?
11. Quais mecanismos legais (regras formais) que regulamentam a ação dos atores na ESF (leis, regimentos internos)?
12. Existem regras informais no que tange à atuação/relacionamento entre os atores da ESF?

#### Formas de interação

13. Como você avalia a intersetorialidade presente na implementação do programa?
14. Você acredita que a interdependência entre os atores promove uma maior facilidade/qualidade do processo ou dificulta o andamento da ESF? Por quê?
15. De que forma os gestores articulam e se relacionam com o conselho? As deliberações promovidas pelos conselheiros são acatadas pelos gestores? Explique.
16. Existem conflitos entre os gestores da ESF e o conselho? Qual o grau de autonomia/dependência do gestor frente ao conselho e vice-versa?
17. A sociedade civil (usuários) participa ativamente da implementação da ESF? Se sim, de que forma? Quais os canais disponíveis para a participação?

#### Arenas

18. Que tipo de decisões são tomadas exclusivamente por você e quais decisões envolvem demais atores? Quais são esses atores e em que momento eles influenciam?
19. Qual o grau de descentralização da implementação do programa? Os atores dispõem de autonomia para execução de suas funções? Até que ponto?
20. Quais atores são centrais para a implementação da ESF?

### III – GESTÃO DA REDE

#### Coordenação das interações

21. Como são resolvidos os possíveis conflitos/divergências entre os atores?
22. Quais os principais incentivos à cooperação?
23. Quais são as principais dificuldades na gestão dos relacionamentos entre diferentes atores? Quais os obstáculos à cooperação?
24. Quais são os fatores positivos na gestão dos relacionamentos entre os diferentes atores? Como a cooperação entre os atores é incentivada?

---

25. Existe perda/desvio de informação no processo? Se sim, qual (is)? Por que acontecem? Quais os principais meios de comunicação entre os atores?

---

**Metas e objetivos**

---

26. Como você avalia o comprometimento dos atores com a ESF?

27. Quais os principais obstáculos à implementação da ESF no município de Viçosa?

28. Quais as metas estipuladas para a ESF? Essas metas vêm sendo cumpridas? Como você avalia o desempenho do programa/política?

29. O ESF sofreu alguma mudança em relação aos seus objetivos, metas ou funcionamento? Se sim, quais?

---

## APÊNDICE B: Roteiro de entrevista para representantes do conselho

### I – GRUPO DE ATORES

#### Tipo de atores

1. Nome: \_\_\_\_\_
2. Cargo: \_\_\_\_\_
3. Órgão representado: \_\_\_\_\_

#### Grau de importância

4. Qual o papel do conselho para a ESF? Como você avalia esse papel?
5. Qual a estrutura do conselho? Quem são os representantes?
6. O que é o ESF para você? Em sua opinião, a ESF é importante? Por quê?

#### Posições e dependências dos atores

7. Qual o grau de autonomia do conselho frente aos demais atores? Como o conselho influencia a implementação da ESF?
8. Qual o grau de dependência do conselho frente aos demais atores?

### II – REDE DE IMPLEMENTAÇÃO

#### Padrões de interação

9. Com quais atores você interage mais fortemente e com quais mais raramente? E por quê?

#### Formas de interação

10. Como se dá a comunicação do conselho com os demais atores? E com a sociedade civil? Você acredita que existe mais cooperação ou conflito na execução as atividades?
11. Quais os mecanismos legais que regulamentam a atuação do conselho? Existem regras informais compartilhadas entre os membros do conselho e demais atores?
12. Como você avalia o papel dos demais atores na ESF? E o relacionamento entre eles (cooperação/conflito)?
13. A sociedade civil participa ativamente da implementação da ESF? Explique.
14. Além dos representantes, a sociedade civil pode participar de outra forma? Como?

#### Arenas

15. Que tipo de decisões são tomadas no conselho? Quem participa das deliberações?
16. As deliberações do conselho são acatadas pelos gestores? Como você avalia esse processo? Existe conflito de interesses? Explique.
17. Quais atores são centrais para a implementação da ESF?

### III – GESTÃO DA REDE

#### Coordenação das interações

18. Como são resolvidos os possíveis conflitos/divergências entre os atores?
19. Quais os principais incentivos à cooperação?
20. Quais são as principais dificuldades na gestão dos relacionamentos entre diferentes atores? Quais os obstáculos à cooperação?
21. Quais são os fatores positivos na gestão dos relacionamentos entre os diferentes atores? Como a cooperação entre os atores é incentivada?
22. Existe perda/desvio de informação no processo? Se sim, qual (is)? Por que acontecem? Quais os principais meios de comunicação entre os atores?

#### Metas e objetivos

23. Quais os principais obstáculos à atuação do conselho (falta de quórum, recursos, etc.)? Como você avalia essa atuação?
24. Como você avalia o comprometimento dos demais atores com a ESF?
25. Quais os principais obstáculos à implementação da ESF no município de Viçosa?

---

26. Quais as metas estipuladas para a ESF? Essas metas vêm sendo cumpridas? Como você avalia o desempenho do programa/política?

---

## APÊNDICE C: Roteiro de entrevista para profissionais de saúde

### I – GRUPO DE ATORES

#### Tipo de atores

1. Nome: \_\_\_\_\_
2. Cargo: \_\_\_\_\_
3. Órgão: \_\_\_\_\_

#### Grau de importância

4. Qual o seu papel/função dentro da Estratégia Saúde da Família?
5. O que é a ESF para você? Em sua opinião, a ESF é importante? Por quê?

#### Posições e dependências dos atores

6. Qual o seu grau de autonomia frente aos demais atores que incorporam a ESF?
7. Qual o seu grau de dependência em relação aos demais atores? Quais são esses atores e em que é baseada essa dependência?

### II – REDE DE IMPLEMENTAÇÃO

#### Padrões de interação

8. Com quais atores você interage mais fortemente e quais mais raramente? E por quê?

#### Formas de interação

9. Como se dá esse relacionamento? Você acredita que existe mais cooperação ou conflito na execução das atividades?
10. Quais as vantagens dessa cooperação? Como você avalia seu relacionamento com os demais atores?
11. Quais são as principais dificuldades que atrapalham a comunicação/cooperação entre os atores da ESF?
12. Como você avalia a intersectorialidade presente na implementação do programa? Você acredita que a interdependência entre os atores promove uma maior facilidade/qualidade do processo ou dificulta o andamento da ESF? Por quê?
13. A sociedade civil (usuários) participa ativamente da implementação da ESF? Se sim, de que forma? Quais os canais disponíveis para a participação?

#### Arenas

14. Que tipo de decisões são tomadas exclusivamente por você e quais decisões envolvem demais atores? Quais são esses atores e em que momento eles influenciam?

### III – GESTÃO DA REDE

#### Coordenação das interações

15. Como são resolvidos os possíveis conflitos/divergências entre os atores?
16. Quais os principais incentivos à cooperação?

#### Metas e objetivos

17. Como você avalia o comprometimento dos demais atores com a ESF?
18. Quais os principais obstáculos à implementação da ESF no município de Viçosa?
19. Quais as metas estipuladas para a ESF? Essas metas vêm sendo cumpridas? Como você avalia o desempenho do programa/política?