



# A política nacional de atenção básica no contexto da policy analysis

*The national basic attention in the context of policy analysis*

**Priscila Ferreira de Paula<sup>1</sup>**

**Karla Maria Damiano Teixeira<sup>2</sup>**

**Suely de Fátima Ramos Silveira<sup>3</sup>**

## Resumo

O objetivo deste trabalho foi discutir o contexto da *policy analysis* a partir da abordagem incremental e do *policy cycle*. Especificamente, analisou-se os pressupostos dos modelos sobre o processo de construção da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). O estudo, de natureza qualitativa e descritiva, trata-se de uma pesquisa bibliográfica e documental. Foi possível perceber que até a consolidação da PNAB foram adotadas uma série de medidas incrementais, como programas e estratégias que propiciaram a formação da política. Além disso, o modelo do ciclo político permitiu realizar um resgate histórico do *policy-making*, desde a percepção da necessidade de se reorientar o modelo assistencial em saúde para a atenção básica, até a formulação, implementação e avaliação da PNAB. Conclui-se que as abordagens são válidas para explicar o contexto de formação da política no Brasil.

**Palavras-chave:** Política Pública; Atenção Primária à Saúde; Saúde Pública.

## Abstract

The objective of this work was to discuss the context of policy analysis from the incremental approach and the policy cycle. Specifically, analyzed the assumptions of the models on the process of construction of the National Basic Attention Policy (PNAB). The study, of a qualitative and descriptive nature, is a bibliographical and documentary research. It was possible to realize that until the consolidation of the PNAB, a series of incremental measures were adopted, such as programs and strategies that provided the formation of the policy. In addition, the model of the political cycle allowed for a historical rescue of policy-making, from the perception of the need to reorient the health care model to basic care, to the formulation, implementation and evaluation of PNAB. It is concluded that the approaches are valid to explain the context of policy formation in Brazil.

**Keywords:** Public Policy; Primary Health Care; Public Health.

1 Mestre em administração pela Universidade Federal de Viçosa.  
[priscilaferreiradepaula@gmail.com](mailto:priscilaferreiradepaula@gmail.com)

2 PhD em Ecologia Familiar pela Michigan State University. Professora Associada do Departamento de Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa.  
[kdamiano@ufv.br](mailto:kdamiano@ufv.br)

3 Doutora em Economia Aplicada pela ESALq/ Universidade de São Paulo. Professora do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Viçosa.  
[sramos1609@gmail.com](mailto:sramos1609@gmail.com)



## 1 Introdução

Os modelos analíticos de políticas públicas têm sido constantemente empregados na literatura da *policy analysis* como forma de compreender o *policy-making*, suas causas, consequências e atores envolvidos. Dye (2005) explica que esses modelos conceituais permitem simplificar e entender os aspectos mais importantes da vida política, além de proporcionarem olhares distintos sobre as políticas públicas, uma vez que cada modelo focaliza um aspecto específico do processo político e pode ser usado de maneira conjunta ou não. Neste trabalho serão usados conjuntamente dois modelos de análise para descrever uma política específica da saúde.

Segundo Fischer, Miller e Sidney (2007), o campo das políticas públicas, incluindo seus modelos de análise, apresentou grande desenvolvimento nas últimas décadas no âmbito das Ciências Sociais, sobretudo como forma de entender o processo político, bem como ferramenta de suporte aos *policy makers* para lidar com os problemas sociais e econômicos emergentes. Souza (2006) aponta que essa ênfase dada aos estudos das políticas públicas pode ser atribuída a fatores como o uso crescente de políticas restritivas de gastos, principalmente em países em desenvolvimento; a reorientação dos papéis dos governos substituindo a adoção de políticas keynesianas por políticas de contenção de gastos; e, a dificuldade enfrentada pelos governos em desenvolver políticas públicas eficientes que promovam o desenvolvimento econômico e a inclusão social.

Considerando a importância do campo, esse artigo tem por finalidade discutir sobre o contexto das políticas públicas a partir de duas abordagens da *policy analysis*: o modelo incremental e o ciclo político. O primeiro vem sendo empregado na literatura como forma de explicar as mudanças marginais que ocorrem no processo político, sob a pauta de que os atores governamentais optam por dar continuidade às políticas e programas já legitimados. E, o segundo, constitui-se como uma abordagem que permite compreender o processo político a partir de seu desmembramento em etapas que vão desde a percepção de um problema público até a avaliação da política resultante deste problema (RUA, 2009; SUBIRATS, KNOEPFEL, LARRUE & VARONE, 2008).

De forma geral, as políticas públicas podem ser vistas como resultado dos processos políticos ou como instrumento de ação do Estado para solucionar problemas que afetam uma determinada ordem social. Saravia (2006) as definem como um fluxo de decisões que objetivam manter ou alterar um determinado *status quo*. No entanto, a tendência de inserção de outros setores da sociedade no campo das políticas públicas vem remodelando o processo político e promovendo uma maior democratização do espaço público, a partir da ação conjunta entre Estado e sociedade.

A partir de tais considerações, este trabalho se propõe a discutir as especificidades do modelo incremental e da abordagem do *policy cycle* em uma política pública específica e, a partir disso, discorrer sobre suas principais potencialidades e limitações. Para tanto, será abordada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que se constitui como modelo principal de atenção primária em saúde no Brasil e que resultou em uma nova visão para a assistência em saúde, agora voltada para a prevenção e para a saúde da família. Além disso, os programas e estratégias da PNAB, como a Estratégia Saúde da Família (ESF) são considerados como porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS).

## 2 Referencial teórico

### 2.1 Políticas Públicas

As políticas públicas enquanto instrumento de ação política são dotadas de dois elementos essenciais: intencionalidade pública, e, resposta a um problema público (SECCHI, 2015). Uma política não se transformará em uma política pública sem que haja uma instituição governamental que garanta isso (DYE, 2005). Nesse sentido, é possível entendê-las como um mecanismo que coloca os *policy makers* em ação para responder às demandas da sociedade.

Existem diversas definições para o termo. Entre as mais conhecidas e utilizadas está a definição proposta por Dye (2002) que entende as políticas públicas como “tudo que um governo escolhe fazer ou não fazer” e refere-se à “o que os governos fazem, por que o fazem e que diferença isso faz” (DYE, 2002, p.1, tradução nossa). Nessa



perspectiva, o protagonismo das políticas públicas é atribuído ao papel do Estado como principal agente executor. Entretanto, essa visão tradicional vindo sendo substituída por um modelo contemporâneo de administração pública em que o governo passa a incorporar outros setores da sociedade no processo decisório político.

Nessa nova visão, Subirats *et al.* (2008) consideram as políticas públicas como um conjunto de decisões ou ações normativas e administrativas, tomadas por atores públicos ou não-públicos, que apresentam diferentes recursos, interesses e nexos institucionais, e que têm por objetivo solucionar um problema politicamente considerado como coletivo. Nesse sentido, o tratamento de um problema público poderá envolver também a ação conjunta entre atores governamentais e não-governamentais.

As políticas públicas envolvem várias dimensões e compreendê-las é essencial para a análise do processo político. Essas dimensões são abordadas na ciência política pelos termos ‘*polity*’, ‘*politics*’ e ‘*policy*’. Segundo Frey (2000), a dimensão da “*polity*” refere-se a própria estrutura institucional do sistema político. As “*politics*” referem-se à dimensão processual do sistema político, como a definição de objetivos, conteúdos e decisões. E, a “*policy*”, aos conteúdos concretos desse sistema, com as próprias políticas públicas (FREY, 2000). Tais dimensões permitem compreender o *policy-making* em suas diferentes óticas, incluindo o aparato jurídico-administrativo que regulamenta as ações políticas, os processos (meios) pelos quais as decisões são formadas e os resultados oriundos desses processos, que se constituem nas próprias políticas públicas estudadas.

As políticas públicas como produto da ação do Estado e demais *policy-makers* estão fundamentadas na dimensão da *policy*, uma vez que se constituem como o próprio resultado da ação coletiva desses atores que participam do sistema político. Essas ações visam solucionar problemas públicos que, prioritariamente, despertam o interesse desses decisores. Birkland (2007) explica que a definição de um problema pode ser chamada de construção social, processo pelo qual a sociedade com seus conflitantes interesses descreve os problemas como eles são. Segundo o autor, nesse momento é possível perceber uma grande competição entre os grupos sociais na tentativa de inserir suas questões na pauta limitada da agenda pública (BIRKLAND, 2007). Nesse sentido, as políticas

públicas buscariam solucionar uma situação considerada como inadequada pelos decisores públicos e pela sociedade que sofre com o problema.

Há uma diversidade de atores envolvidos no *policy-making*, no entanto, ainda é constante o debate sobre o papel que o Estado desempenha nesse processo político. De acordo com Secchi (2015), existem duas abordagens teóricas sobre o papel do Estado: a estadista ou estadocêntrica e a multicêntrica ou policêntrica. A primeira considera os atores estatais como protagonistas desse processo, uma vez que eles detêm a autoridade legítima para elaborar leis e fazer com que as sociedades as cumpram. Além disso, a superioridade hierárquica do Estado permite solucionar problemas que outros setores da sociedade, sozinhos, não conseguem resolver. Em contrapartida, a segunda abordagem considera o processo político como resultado da ação conjunta entre atores governamentais e não-governamentais, sem colocar o protagonismo das ações apenas na figura do Estado (SECCHI, 2015).

Segundo Howlett, Ramesh e Perl (2013) o universo do *policy-making* está envolto de uma multiplicidade de atores, ideias e instituições na busca de respostas à problemas reais. Nesse processo há a participação tanto de atores estatais quanto societários, interagindo entre si em uma infinidade de subsistemas que podem ser entendidos como redes de políticas (HOWLETT *et al.*, 2013). Isso permite entender o processo político como uma atividade dinâmica, em que as políticas públicas não são resultantes apenas da atividade governamental e sim retratam a ação conjunta de inúmeros atores sociais.

Existem diferentes tipos de políticas empregadas para alterar diferentes tipos de situações. Entre as tipologias existentes, a proposta por Theodore J. Lowi, continua sendo uma das mais empregadas pela literatura no campo. Souza (2006) explica que Lowi desenvolveu essa tipologia sob a máxima de que as políticas públicas determinam a política. Isso significa afirmar que, o tipo de política pública adotada, vai determinar todo o processo político (SOUZA, 2006; SECCHI, 2015). A primeira tipologia desenvolvida por Lowi, separa as políticas públicas em três tipos: regulatórias, distributivas e redistributivas.

As políticas distributivas são aquelas que podem ser facilmente desagregadas e seus recursos direcionados a unidades isoladas, sem que haja qualquer critério universalista. Exemplo disso é a “patronagem” ou “clien-





telismo”, o qual se caracteriza como uma atividade em que os favorecidos e os não-favorecidos não entram em confronto direto, pois os interesses são atendidos de forma individualizada. Já as políticas regulatórias diferem-se das políticas distributivas pelo fato de não serem passíveis de desagregação e serem baseadas em leis e regulamentos estabelecidos em termos gerais, sem possibilitar tratamentos individuais. E as políticas redistributivas se assemelham as regulatórias pelo fato de também envolver relações entre amplas categorias de indivíduos, o que não ocorre nas distributivas. Além disso, elas atingem indivíduos de diferentes classes sociais (LOWI, 1964).

## 2.2 O modelo incremental

Dentre os diversos modelos da *policy analysis*, o modelo incremental vê as políticas públicas como “uma continuação das atividades de governos anteriores com apenas algumas modificações incrementais” (DYE, 2005, p. 155). Nesse sentido, o processo político não passaria por grandes transformações e sim, alterações pontuais em políticas já existentes.

Gontijo e Maia (2004) explicam que a vertente incremental veio em contraponto aos pressupostos da visão racional do processo decisório. De acordo com os autores, o modelo se aproxima mais do cotidiano dos tomadores de decisão que, permeados por um ambiente de incerteza e complexidade, optam por alternativas de maior praticidade. Além da complexidade inerente à própria realidade social, esses *policy makers* precisam lidar com os conflitos de interesses resultantes da multiplicidade de atores sociais, fatores estes que acabam limitando a capacidade racional do processo decisório (GONTIJO & MAIA, 2004).

O modelo incrementalista proposto por Charles E. Lindblom reconhece a não praticidade de um processo de elaboração de políticas estritamente racional, uma vez que os tomadores de decisão estão sujeitos a restrições políticas que impedem o conhecimento claro de todos os benefícios e custos das diversas alternativas de ação, além das restrições de tempo, custo e informações que impedem a avaliação de todas as propostas existentes e suas consequências. Sendo assim, Lindblom considerava o processo incremental satisfatório na prática devido às

restrições cognitivas e ambientais que inviabilizam a exploração de toda a gama de políticas viáveis (DYE, 2005; SMITH & LARIMER, 2009).

Para Rua (2009), os tomadores de decisão optam por dar continuidade às políticas já existentes pois a criação de novas políticas demandaria novos recursos que, na maioria das vezes, são limitados, e gera um ambiente de incerteza, uma vez que é difícil prever todas as externalidades da política em questão. Ademais, programas já existentes demandam grandes investimentos para sua operacionalização, o que dificulta a incorporação de mudanças radicais pois estas causariam novos deslocamentos administrativos, organizacionais, físicos e econômicos. E, considerando a sociedade como pluralista e tendo a vista a dificuldade de se chegar em acordos em relação a metas ou valores sociais globais, torna-se mais fácil para os atores públicos alcançar acordos sobre modificações em um determinado programa do que sobre a elaboração de uma nova política (RUA, 2009).

Na mesma vertente, Gontijo e Maia (2004) acreditam que no modelo incremental é possível que uma política seja aceita ou rejeitada sem que todos os atores decisivos estejam em acordo sobre os valores e objetivos da política, fato que não ocorre no modelo racional. A explicação para isso está no fato de que mudanças marginais geram menos conflitos do que mudanças estruturais, o que explica o maior grau de consenso do modelo incrementalista. Além disso, os autores apontam que o modelo apresenta uma grande capacidade de aprimoramento e adaptação por se tratar de um processo de ajustamento contínuo e, portanto, as políticas públicas não são vistas como um passo final e sim como sucessivas aproximações dos objetivos esperados, objetivos estes que também se modificam em um processo gradual (GONTIJO & MAIA, 2004).

Baumgartner e Jones (1991) explicam que as políticas públicas podem ser discutidas de maneira positiva ou negativa, o que os autores chamam de ‘imagem política’. Dependendo do contexto ou do momento em que uma questão é debatida, essas imagens poderão ser favoráveis ou desfavoráveis à uma ação política, portanto ter o controle dessas imagens políticas é essencial para os *policy makers*, uma vez que elas têm o poder de influenciar a opinião dos atores sociais. Como não conseguem empregar um modelo de decisão estritamente racional nem prever como suas ideias serão recebidas em dife-

rentes locais, os decisores políticos realizam suas ações em processo de tentativas e erros. Sendo assim, não é possível afirmar que os atores políticos conseguem prever antecipadamente os locais ou imagens favoráveis a suas políticas, as tentativas fazem parte de uma busca evolutiva e não racional (BAUMGARTNER & JONES, 1991).

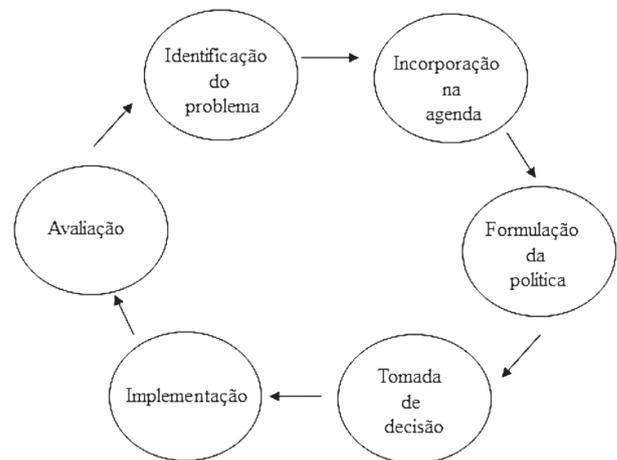
Sendo assim, o modelo incremental torna-se uma explicação útil para responder à pergunta “Por que os decisores políticos tomam as decisões que eles tomam? A resposta: porque eles são limitadamente racionais” (SMITH & LARIMER, 2009, p.55, tradução nossa). Os autores afirmam que os *policy makers* não começam do zero a cada novo problema público pois as suas limitações cognitivas e ambientais afetam a capacidade de visualizar todas as alternativas possíveis e, portanto, esses atores são fortemente dependentes de decisões e ações anteriores (SMITH & LARIMER, 2009).

### 2.3 Ciclo político

A abordagem do ciclo político (*policy cycle*) permite analisar o processo de elaboração e implementação de políticas públicas a partir da sua separação em várias etapas sequenciais, como mostrado na Figura 1. Rua (2009) chama a atenção para o fato de que essas etapas não ocorrem de maneira linear, mas sim como uma unidade contraditória, uma vez que não se tem claramente definido o ponto de partida, além dessas etapas poderem ocorrer simultaneamente ou fora da lógica sequencial. Subirats *et al.* (2008) acrescentam que a abordagem serve como um suporte para analisar a complexidade de decisões que ocorrem no processo político e, portanto, deve ser usada como uma referência para a análise e não como um esquema rígido.

A proposta de entender o *policy-making* através de estágios foi colocada inicialmente por Lasswell que entendia o ciclo político a partir das etapas de inteligência, promoção, prescrição, invocação, aplicação, término e avaliação (JANN & WEGRICH, 2007). Hoje, existem diversas divisões propostas, no entanto, a maioria está em acordo com as etapas de formação da agenda, formulação de alternativas de ação, tomada de decisão, implementação e avaliação. Secchi (2015) explica que, apesar da sua utilidade heurística, o ciclo de políticas pública raramente

reflete a dinâmica real da política pública, pois as etapas se entrelaçam no processo político. No entanto, é grande a sua utilidade para entender o processo político e simplificar sua complexidade (SECCHI, 2015).



**Figura 1: Ciclo político**

Fonte: Elaborado a partir de Secchi (2015), Subirats *et al.* (2008) e Rua (2009).

Para Subirats (2006), a definição de um problema público trata-se de uma construção analítica que vai depender da percepção dos diferentes atores envolvidos, sendo assim, um mesmo problema pode apresentar distintas definições, bem como diferentes propostas de solução. Dessa forma, os problemas públicos dependerão da subjetividade dos analistas, uma vez que são estes que os definem, interpretam e avaliam. Portanto, a decisão de tornar um problema objeto de ação pública vai depender de diversos fatores que influenciam o interesse desses *policy makers* como limitação de recursos, falta de um aparato legal que permita a ação, falta de vontade política, a pressão exercida pelos meios de comunicação e demais atores, entre outros (SUBIRATS, 2006).

Essa delimitação do problema público significa identificar seus elementos e sintetizar a sua essência. Nesse momento também são criados os norteadores para a definição de suas causas, consequências, possíveis soluções, identificação dos culpados e obstáculos ao processo. Dentre os diferentes atores que participam do processo político, nessa etapa, se destacam os partidos políticos, os agentes políticos, bem como organizações não-governamentais. O grau de interesse desses atores na resolução



do problema público, vai determinar a inclusão desse problema na agenda política ou não (SECCHI, 2015).

A etapa de incorporação na agenda política corresponde ao reconhecimento, por parte dos atores decisivos do sistema político-administrativo, de que aquele problema entre todas as demandas sociais existentes, carece de maior prioridade de intervenção (SUBIRATS *et al.*, 2008). Isso significa que, a discussão sobre tal questão pública vai se incorporar ao conjunto de atividades dos *policy-makers*, dentro e fora da esfera do governo (RUA, 2009).

Existem diferentes níveis de agenda pública. De acordo com Birkland (2007), o nível mais elevado da agenda é o universal, que inclui todas as temáticas e questões que poderiam ser trazidas ao debate público. Abaixo, tem-se a agenda sistêmica que consiste nas questões que são comumente percebidas por membros de uma determinada sociedade política. Quando esses problemas apresentam sucesso na dimensão sistêmica e passa a despertar a atenção dos decisores políticos, significa que a agenda se encontra no nível institucional. E por fim, a agenda de decisão é aquela na qual um conjunto de questões serão objeto de intervenção dos *policy makers* (BIRKLAND, 2007). Dada a limitação de recursos para atender todas as demandas sociais, muitas vezes, nem todas as questões que se encaixam na agenda universal ou sistêmica, entrarão para os demais níveis de decisão política. Para um problema chegar ao nível de decisão, ele deve ser considerado relevante e de interesse dos tomadores de decisão do sistema político.

Segundo Sidney (2007), a formulação da política consiste na identificação das alternativas possíveis para solucionar o problema em questão e chegar a uma decisão final. Isso significa avaliar as possíveis abordagens para um determinado problema e identificar as ferramentas necessárias de cada abordagem. Trata-se de uma etapa crítica do ciclo político pois os *policy makers* deverão avaliar os custos e benefícios das alternativas, bem como sua viabilidade e aceitação política e, então, escolher aquela que possa abarcar os interesses de diferentes setores sociais envolvidos (SIDNEY, 2007).

A busca pelo consenso entre os atores decisivos pode ser entendida como a etapa de tomada de decisões. Secchi (2015) explica que, nesse momento, os interesses dos diferentes atores políticos são equacionados de forma

a atender o objetivo de solucionar o problema público. O autor ainda aponta três formas pelas quais a escolha das alternativas acontece: quando os tomadores de decisão já têm os problemas bem delimitados e buscam soluções possíveis; quando os tomadores de decisão vão ajustando os problemas às soluções e vice-versa; e, quando já se tem uma base de soluções em mãos e buscam-se problemas que se adequem a elas (SECCHI, 2015). Vale destacar que, a tomada de decisão não está presente apenas em um momento do ciclo político. Trata-se aqui das decisões tomadas no momento da formulação da política.

Definidos os meios de ação, inicia-se a etapa de implementação da política, momento que vai colocar em execução o programa político estabelecido pelos *policy makers*. Trata-se de umas das etapas mais complexas do ciclo, uma vez que se busca aplicar o programa formulado às situações concretas que se pretende enfrentar (SUBIRATS *et al.*, 2008). Além disso, a implementação está associada diretamente ao monitoramento, como meio de facilitar a consecução dos objetivos através de uma análise preliminar dos resultados e do comportamento da política (RUA, 2009).

Existem três modelos principais que abordam a implementação de políticas públicas: *top-down*, *bottom-up* e as teorias híbridas. Segundo Pulzl e Treib (2007), a essência do modelo *top-down* é que as decisões tomadas na implementação estão concentradas em um governo central que exerce o controle do processo. Já a abordagem *bottom-up* critica essa centralidade e aponta os burocratas locais como os principais atores e articuladores das redes de implementação, uma vez que eles compartilham de um conhecimento melhor da realidade local do que o governo central. E, as teorias híbridas buscam superar a polaridade existente entre esses dois modelos e propõem uma análise conjunta que envolva elementos tanto da direção central quanto da autonomia local, além de incorporar aspectos de outros modelos teóricos (PULZL & TREIB, 2007).

De acordo com Howlett *et al.* (2013), a implementação pode ser vista como a etapa em que se percebe uma maior pluralidade de atores envolvidos, pois eles são necessários para concretizar o projeto de política formulada. Além disso, os autores destacam que apesar da elite política apresentar papel central no processo de decisão



acerca do programa ou ação a ser implementada, nesta fase a burocracia de baixo escalação se destaca como primordial para implementar a política no dia a dia.

E por fim, tem-se a etapa de avaliação que consiste em mensurar os resultados e os efeitos da política para verificar se os objetivos propostos foram alcançados. Nesse momento que é possível visualizar claramente os produtos finais do processo político e mensurar os efeitos reais que foram gerados sobre uma determinada sociedade (SUBIRATS *et al.*, 2008). Assim como o monitoramento, a avaliação das políticas busca auxiliar os gestores na adoção de medidas de ajustes ou correção para ajustar a política aos resultados esperados (RUA, 2009).

Howlett *et al.* (2013) entendem a etapa de avaliação como uma verificação ou apuração neutra e técnica que visa quantificar o sucesso ou insucesso do esforço do governo em resolver um problema político. Os autores consideram que o processo de avaliação faz parte de um processo global de *policy learning*. Secchi (2015) destaca que os principais critérios de avaliação de políticas públicas são a análise de sua economicidade, produtividade, eficiência econômica, eficiência administrativa, eficácia e equidade.

### 3 Metodologia

Quanto à abordagem, o presente artigo é de natureza qualitativa, uma vez que busca compreender os fenômenos abdicando-se dos tratamentos matemáticos e dando-se ênfase as motivações, representações e valores, procurando chegar mais próximo do real. Em função de seu objetivo de discorrer sobre as abordagens da *policy analysis* e relacioná-las à PNAB, esta pesquisa pode ser classificada como descritiva, pois busca descrever as características de tais fenômenos de maneira mais neutra e factual possível (LAVILLE & DIONNE, 1999).

Quanto aos procedimentos técnicos utilizados, a pesquisa se caracteriza como bibliográfica e documental. Bibliográfica pois o trabalho tem como fontes secundárias artigos científicos e livros de autores que abordam a temática da *policy analysis*, e, documental, pois uma das fontes de coleta de dados são documentos como a legislação da PNAB e demais arquivos disponibilizados pelo Ministério da Saúde que podem ser considerados

fontes primárias (LAKATOS & MARCONI, 2003). Para tratamento dos dados, foi utilizado a técnica de análise de conteúdo, a partir de inferências e interpretações (BARDIN, 2011).

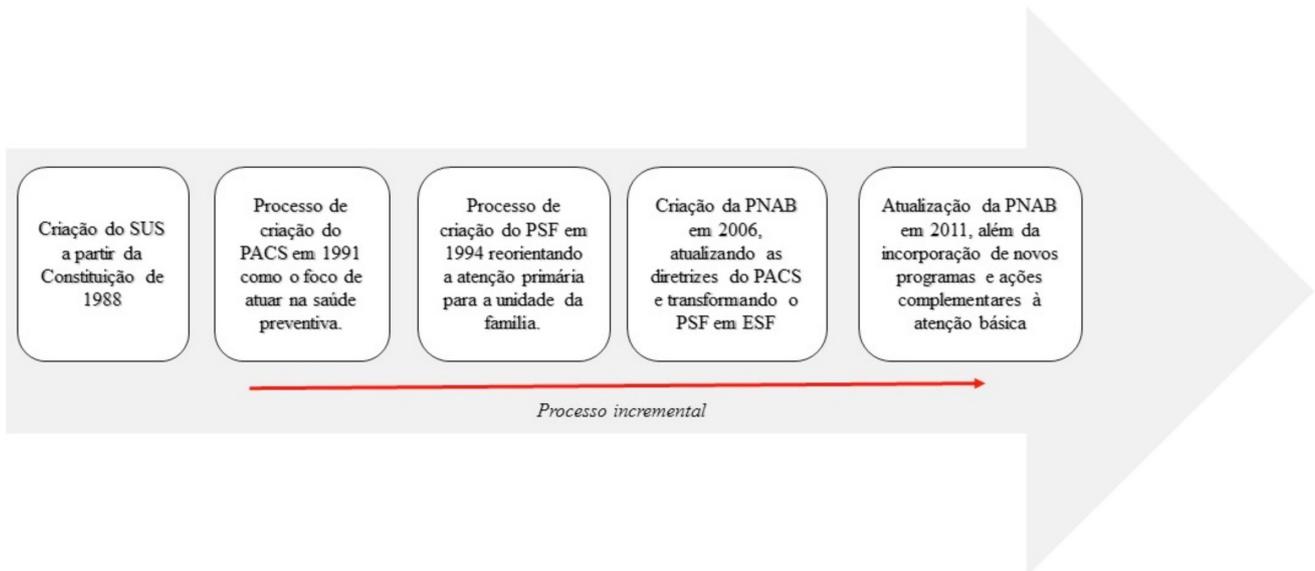
## 4 Resultados

### 4.1 A PNAB sob a ótica do modelo incremental

Sob a ótica do modelo incremental, as políticas públicas não resultam de profundas transformações, mas, sim, de mudanças incrementais em políticas ou programas já existentes. Nesse sentido, a história de criação da PNAB, como mostrado na Figura 2, está atrelada ao próprio contexto de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que a política é vista como resultado da consolidação do sistema, bem como da atuação de movimentos sociais, usuários, trabalhadores e da própria atuação do governo (BRASIL, 2012).

A promulgação da Constituição de 1988, acompanhada pela criação do SUS, consagrou os direitos e garantias fundamentais, sobretudo na saúde, de forma universal e igualitária para todos os cidadãos. A partir disso, uma série de políticas e programas foram desenvolvidos como forma de consolidar o sistema no país. Com a Lei N° 8.080 de 19 de setembro de 1990, foram acrescentados aos princípios norteadores do SUS a “igualdade da assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” (MERCADANTE *et al.*, 2002, p. 250), além da garantia de gratuidade para romper com as barreiras econômicas de acesso à saúde (MERCADANTE *et al.*, 2002).

A década de 1990, para muitos países, foi palco de reformas do tipo *big bang* como também incrementais, frutos de uma agenda global de saúde (VIANA & POZ, 2005). Nesse sentido, é possível perceber uma certa limitação da capacidade analítica do modelo incremental para explicar os períodos em que houveram grandes reestruturações no âmbito da saúde, como a própria Constituição de 1988 que foi o marco para a reestruturação de vários cenários sociais no Brasil. No entanto, para períodos de mudanças marginais posteriores a constituição e a própria criação da SUS, o incrementalismo pode ser observado na continuidade de programas



**Figura 2: Processo de consolidação da Atenção Básica**

Fonte: Elaboração própria.

sobretudo na área de atenção primária da saúde até o momento da consolidação da PNAB.

Nesse sentido, foi criado em 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que tinha por finalidade atuar diretamente na atenção primária juntamente com as famílias, o que reorientou o modelo baseado em atendimento médico-hospitalar para uma atuação voltada às ações de prevenção, tendo a família como unidade básica de ação e não apenas os indivíduos. Posteriormente à criação do PACS, é possível perceber a introdução de ações incrementais voltadas à atenção básica, aqui tratada como sinônimo de atenção primária à saúde. Sendo assim, em 1994 é criado o Programa Saúde da Família (PSF) com o objetivo de incorporar a atuação dos agentes comunitários de saúde dentro de uma estratégia maior, consolidando as ações orientadas à atenção básica e à saúde da família. Viana e Poz (2005) corroboram dessa mesma perspectiva de que a partir da implantação do PACS, inicia-se o período de reforma incremental do SUS.

Entre uma série de estratégias para consolidação da atenção primária em saúde a partir da implementação dos dois programas, é criada em 2006, a primeira Política Nacional de Atenção Básica como o objetivo de adequar os programas PACS e PSF ao estágio de desenvolvimento

da atenção básica no país, além de definir o princípios e diretrizes necessárias à sua implementação (BRASIL, 2006). Um destaque da criação da PNAB foi a transformação do PSF em Estratégia Saúde da Família (ESF), visto que a ideia de programa pressupõe uma finalização, e sua transformação em estratégia pelo Ministério da Saúde aponta para o objetivo de dar continuidade ao processo de consolidação da atenção básica. Mais uma vez, é possível relacionar tal momento ao modelo incremental, dado que a PNAB surgiu como forma de consolidar a atuação dos programas existentes, compartilhando dos mesmos princípios voltados à atenção primária em saúde. Isso mostra que os atores políticos optaram por dar continuidade aos programas já consolidados, uma vez que estes implicaram investimentos para sua operacionalização e se constituem como uma estratégia de ação legitimada (RUA, 2009).

A própria PNAB foi alvo de mudanças incrementais, sendo atualizada a partir da Portaria N° 2.488 de 21 de outubro de 2011. Basicamente, a nova PNAB manteve a mesma essência da anterior, apresentando uma série de alterações marginais como: flexibilização da carga horária dos médicos das equipes das equipes de saúde família; criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); instituição de equipes de saúde da família ribeirinhas e unidades fluviais; incorporação de equipes de

saúde bucal; e, a regulamentação dos Consultórios de Rua e do Programa Saúde na Escola (FONTENELLE, 2012).

O Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS) entende a PNAB como um resultado da experiência acumulada dos vários atores envolvidos historicamente com o processo de consolidação do SUS e das experiências com programas voltados à atenção primária em saúde. Isso se aproxima da ideia proposta por Lindblom (1959) *apud* Gontijo e Maia (2004), de que o processo incremental permite a acumulação de experiências pelos *policy makers*, o que pode resultar em novas estratégias e mecanismos de ação. Além disso, a nova PNAB abriu espaço para uma série de outros programas e ações também voltados à atenção básica como a Academia da Saúde, Consultório na Rua, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), Telessaúde, Requalifica UBS, entre outros criados posteriormente (BRASIL, 2016).

Diante deste contexto, é possível concluir que a abordagem incremental permite explicar o processo de criação e consolidação da PNAB a partir da criação do PACS e das sucessivas modificações incrementais ocorridas no processo de consolidação da atenção básica no país. Dessa forma, é possível perceber como os atores políticos optam por dar continuidade às políticas e programas existentes, o que permite afirmar que a saúde no Brasil passou por períodos tendenciosos a uma certa linearidade. No entanto, cabe destacar também que períodos antecessores à própria Constituição de 1988 e resultados dos movimentos de reforma em saúde não podem ser explicados pelos pressupostos incrementalistas, o que não diminui a sua contribuição teórica para o campo da *policy analysis*.

## 4.2 A PNAB sob a ótica do ciclo político

A etapa de *identificação do problema* pode ser associada, no contexto de formação da PNAB, ao início da década de 1990, quando começou a ocorrer, no âmbito da saúde, uma reorientação do modelo baseado no atendimento médico-hospitalar para ações preventivas e próximas a vida dos usuários do SUS. Somando-se à isso, também se inicia no país uma discussão mais ampla acerca dos problemas familiares, o que levou à adoção da família como unidade básica de ação (RIBEIRO, 2004). O

resultado disso foi a criação do PACS e do PSF que podem ser considerados bases para a consolidação da atenção básica no contexto brasileiro. Visualizando esse processo sob a ótica incrementalista, foi a partir desses programas pioneiros que a PNAB foi posteriormente construída como forma de incorporá-los a uma estratégia nacional voltada à promoção da atenção primária, o que resultou em outros programas complementares.

Para entender a *incorporação do problema na agenda pública*, faz-se necessário remeter as primeiras discussões acerca da orientação à atenção primária em saúde no Brasil. Exemplo formal desse processo foram as propostas aprovadas no 2º Seminário do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) para a Construção de Consensos que ocorreu na Bahia em 2003 e contou com a participação dos secretários estaduais de saúde dos 27 estados brasileiros. Dentre as deliberações, destaca-se a proposta de transformar o PSF na principal estratégia para consolidação da atenção primária no âmbito do SUS, sendo necessário promover sua articulação entre os gestores e as equipes do PSF. Além disso, a atenção primária foi definida como principal estratégia para reorientação do modelo assistencial em saúde e não como um programa de baixa resolutividade. Tais propostas seriam posteriormente incorporadas à PNAB (BRASIL, 2007).

A partir daí, tem-se a *formulação da política e tomada de decisão*, processo que ocorreu em 2006, por meio da Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006, que aprovou a PNAB, além de definir a atenção básica e fornecer as normas e diretrizes necessárias para a operacionalização da ESF e do PACS, ambos integrados à política nacional (BRASIL, 2006). Nesse momento é possível perceber a concentração do poder de decisão na figura do Ministério da Saúde que se apresenta como órgão central da PNAB. No entanto, a política incorpora também uma série de atribuições aos demais níveis de governos como as secretarias estaduais e municipais de saúde.

Posteriormente, atualizada pela Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a PNAB define a atenção básica como um conjunto de ações, individuais e coletivas, que visam promover a proteção e manutenção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. Além disso, define as diretrizes para funcionamento das Redes de Atenção Básica e para a operacionalização das ações





nos municípios (BRASIL, 2011). Nesse sentido, é possível perceber que, por meio da legislação, o MS desenvolve os objetivos e meios necessários para a operacionalização da política (SUBIRTAS *et al.* 2008), fato que pode ser relacionado à ideia de que os atores políticos ajustam os problemas às soluções e vice-versa (SECCHI, 2015). Isso porque a formulação da PNAB não partiu do zero e, sim, incorporou uma série de medidas já definidas, além de ter estabelecido novas diretrizes de ação.

De acordo com o aparato normativo-legal da PNAB, a implementação da política requer uma série de recursos e infraestrutura mínima necessária para a execução do programa de ação estabelecido, como a construção de UBS com espaços para consultórios médicos e de enfermagem, e formação de equipes de atenção básica compostas por médicos, enfermeiros, técnicos, profissionais da área de saúde bucal, além dos agentes comunitários de saúde. Além disso, a PNAB também dispõe das condições de financiamento tripartite para assegurar a operacionalização dos programas. É possível observar a implementação da PNAB sob um olhar conjunto das abordagens *top-down* e *bottom-up*, e, portanto, considerar que a definição do processo ocorre de maneira centralizada na figura do MS. Porém, na implementação cotidiana da política, essa série de atores de linha de frente, além dos coordenadores e gestores municipais, dispõem de certa discricionariedade para moldar os processos estabelecidos pela política (SECCHI, 2015). O próprio CONASS trata dessa liberdade de ação dos atores, ao definir a necessidade de se “estabelecer prioridades de acordo com a realidade local” (BRASIL 2007, p. 66).

Nesse processo de implementação, é possível perceber uma multiplicidade de atores envolvidos que vão desde o próprio MS e secretarias estaduais até o nível municipal que incorpora esses profissionais de saúde. As secretarias municipais de saúde, os conselhos gestores e demais atores da burocracia pública, trabalham em conjunto para a operacionalização da PNAB. A própria portaria da PNAB apresenta as especificidades e atribuições de cada profissional de atenção básica, bem como a estrutura necessária de profissionais em função do número de usuários dos programas.

No ano de 2016, o Brasil contava com 39.941 equipes de saúde da família implantadas que realizavam a cobertura de, aproximadamente, 63,41% da população brasi-

leira. Já em relação aos agentes comunitários de saúde, correspondiam a um total de 266.335, com um percentual de cobertura aproximado de 66,6% da população nacional. Além disso, o país contava com um total de 24.361 equipes de saúde bucal e 4.624 NAFS (BRASIL, 2016). Tal contexto confirma a representatividade da atenção básica como principal estratégia de reorientação da saúde para a ação preventiva e focalizada na família, uma vez que a atenção básica cobria um percentual superior a 50% da população do país, além de reforçar seu impacto na tentativa de alterar o cenário de saúde e promover uma reorientação das ações para a atenção primária.

No tocante à *avaliação* da política, o MS desenvolve juntamente com os estados e municípios, um conjunto de metas de cobertura em saúde. Essas metas são estabelecidas no processo de elaboração do planejamento regional integrado no âmbito da Comissão Intergestores Regionais-CIR, da Comissão Intergestores Bipartite e do Colegiado de Gestão da Saúde do Distrito Federal. Tal acompanhamento é feito a partir de um conjunto de indicadores que, para a área de atenção básica, se configuram como sendo os principais: 1) cobertura população estimada para pelas equipes de atenção básica; 2) proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSA); e, 3) Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (BRASIL, 2013a).

Além disso, também foi desenvolvido, em 2011, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) que tem por finalidade induzir o processo de ampliação do acesso e da melhoria da qualidade da atenção básica. O PMAQ visa garantir um padrão de qualidade a nível nacional, estadual e municipal, além de promover uma maior transparência e efetividade das ações públicas voltadas para a atenção primária (BRASIL, 2013b). Pensando sob o ponto de vista da durabilidade e por se tratar de um programa, o PMAQ pode ser visto como uma estratégia de monitoramento da qualidade da atenção básica, uma vez que se trata de ações constantes que buscam aperfeiçoar a operacionalização da PNAB. Já as metas de cobertura em saúde são métodos de avaliação do impacto da política no que tange ao cumprimento de seus objetivos.

Sob a ótica do ciclo político, é possível perceber todo o processo de construção da PNAB a partir de etapas que se entrelaçam e que não têm uma divisão nítida. Nesse



sentido, essa pode ser considerada uma limitação do modelo, uma vez que não é possível separar claramente as etapas do processo político, fato este que pode ser visualizado, por exemplo, no momento de inclusão da atenção básica na agenda e a própria formulação da PNAB. No entanto, é grande a sua contribuição para permitir visualizar o processo de maneira holística, desde o momento em que se iniciou a tendência de incorporar a família como unidade de ação até a implementação de programas e estratégias para consolidar uma política nacional.

## 5 Considerações finais

A partir da análise da PNAB sob a ótica do modelo incremental e da abordagem do ciclo de políticas públicas, foi possível elencar elementos característicos do processo de *policy-making*. O processo de consolidação de uma política é dotado de complexidade e peculiaridades que podem ser vistas sob a ótica de modelos analíticos de políticas públicas.

A abordagem incremental permitiu entender como a formação de políticas públicas, muitas vezes, é resultado de ações que não provocam grandes mudanças estruturais ou rupturas com políticas anteriores e, sim, ações que dão continuidade às políticas ou programas já consolidados no contexto político. Nesse sentido, pode-se afirmar que a PNAB foi fruto de uma série de ações históricas amplamente voltadas para a mesma direção, que é promover a atenção básica no país. Isso foi possibilitado a partir da criação de programas pioneiros que posteriormente foram incorporados a uma política nacional como forma de unir esforços de todos os âmbitos governamentais em prol da expansão e consolidação da estratégia de atenção primária.

Já a abordagem do ciclo político permitiu compreender que o processo político passa por diversos momentos que vão desde a identificação de uma demanda social até a implementação de uma política resultante dessa demanda e a avaliação de seus resultados. Portanto, o processo da PNAB pode ser analisado, historicamente, desde a expansão de tendências mundiais voltadas para a promoção da atenção primária, pós década de 1990, até a sua formulação e implementação no cenário brasileiro, além dos mecanismos de avaliação e expansão da política

que permitem medir os impactos e externalidades geradas pela sua implantação.

Acredita-se que esse artigo contribui para a compreensão do *policy-making* a partir de uma visão incrementalista que ocorre na maioria das políticas nacionais, além de permitir visualizar a formação da PNAB a partir etapas que permitem reduzir a complexidade do processo. Ademais, o artigo também apresentou as limitações dos modelos para explicar momentos de grandes reformas na saúde no Brasil, datados principalmente no contexto da Constituição de 1988, bem como as limitações do *policy cycle* quanto à separação exata entre as fases de um processo político. No entanto, cabe ressaltar que tais limitações não diminuem a capacidade de explicação dos modelos, sendo suas pressuposições consideradas válidas.

## Referências

- BARDIN, L. (2011), Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70.
- BAUMGARTNER, F. R. & JONES, B. D. (1991), Agenda Dynamics and Policy Subsystems. *The Journal of Politics*, 53(4), 1044-1074.
- BIRKLAND, T. A. (2007). 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, 670p.
- BRASIL. (2006), Portaria N° 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria\\_648\\_28\\_03\\_2006.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf). Acesso em: 25 out. 2016.
- BRASIL. (2007), Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.
- BRASIL. (2011), Portaria N° 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). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em: 25 out. 2016.



- Brasil. (2012), Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. (2013a), Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. – Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. (2013b) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual instrutivo para as equipes de atenção básica. Brasília – DF.
- BRASIL. (2016), Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). Política Nacional de Atenção Básica – PNAB. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>. Acesso em: 25 de out. 2016.
- DYE, T. R. (2002), *Understanding public policy*. 10<sup>a</sup> ed. Upper Saddle River: Prentice Hall, 2002.
- DYE, T. R. (2005), Mapeamento dos modelos de análise de políticas públicas. In: Heidemann, F. G. & SALM, J. F (Org). *Políticas Públicas e Desenvolvimento*. Brasília: Editora UnB, 2010.
- FISCHER, F., MILLER, G. J. & SIDNEY, M. S. (2007), *Handbook of Public Policy Analysis: Theory, Politics and Methods*. CRC Press, 670p.
- FONTENELLE, L. F. (2012), Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. Florianópolis, Jan.-Mar.; 7(22), 5-9.
- FREY, K. (2000), Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. *Planejamento e Políticas Públicas*, 21.
- GONTIJO, A. C. & MAIA, C. S. C. (2004), Tomada de decisão, do modelo racional ao comportamental: uma síntese teórica. *Cadernos de Pesquisa em Administração*, São Paulo, 11(4), 13-30.
- HOWLETT, M., RAMESH, M. & PERL, A. (2013), *Política Pública: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integradora*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- LAKATOS, E. M. & MARCONI, M. A. (2003), *Fundamentos de metodologia científica*. 5<sup>o</sup> Ed. São Paulo: Atlas.
- LAVILLE, C. & DIONNE, J. (1999), *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.
- LOWI, T. (1964), *American Business, Public Policy, Case Studies and Political Theory*. *World Politics*, 16(4), 677-715.
- MERCADANTE, O. A. *et al.* (2002), *Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil*. In: FINKELMAN, J. (Org). *Caminhos da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- PULZL, H. & TREIB, O. (2007), *Implementing Public Policy*. In: FISCHER, F., MILLER, G. J. & SIDNEY, M. S. (Org). *Handbook of Public Policy Analysis: Theory, Politics and Methods*. CRC Press, 670p.
- RIBEIRO, E. M. (2004), As várias abordagens da família no cenário do Programa/Estratégia Saúde da Família (PSF). *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 12(4), 658-64.
- RUA, M. G. (2009), *Políticas públicas*. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC, 130p.
- SARAVIA, E. (2006), *Introdução à Teoria da política pública*. In: *Políticas públicas; coletânea / Organizadores: Enrique Saravia e Elisabete Ferrarezi*. – Brasília: ENAP, 2 v.
- SECCHI, L. (2015), *Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos*. 2<sup>o</sup> Ed – São Paulo: Cengage Learning.
- SIDNEY, M. S. (2007), *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, 670p.
- SMITH, K. V. & LARIMER, C. W. (2009), *The Public Policy Theory Primer*. Westview Press, 277p.
- SOUZA, C. (2006), *Políticas Públicas: uma revisão de literatura*. *Sociologias*. Porto Alegre, 8(16), 20-45.
- SUBIRATS, J. (2006), *Definición del problema. Relevancia Pública y formación de la agenda de actuación de los poderes públicos*. In: *Políticas públicas; coletânea / Organizadores: Enrique Saravia e Elisabete Ferrarezi*. – Brasília: ENAP, 2 v.
- SUBIRATS, J., KNOEPFEL, P., LARRUE, C. & VARONE, F. (2008), *Análisis y gestión de políticas públicas*. Barcelona.
- VIANA, A. L. & POZ, M. R. (2005). A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 15, 225-264.