

**FUNDAÇÃO**

**GETULIO VARGAS**

**ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA  
CENTRO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA E PESQUISA  
MESTRADO EXECUTIVO**

**GESTÃO DE RECURSOS EXTERNOS EM PROJETOS  
NA ÁREA SOCIAL**

**O Caso do Projeto de Serviços Básicos de  
Saúde no Nordeste – PNE I**

**Patrícia Raupp Machado Leal**

**BRASÍLIA  
2001**



**ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA  
CENTRO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA E PESQUISA  
MESTRADO EXECUTIVO**

## **ORIENTAÇÃO ACADÊMICA**

**ALUNO:** Patrícia Raupp Machado Leal

**TURMA:** Mestrado Executivo BSB - 1999

**Professor Orientador:** Dra. Sônia Maria Fleury Teixeira

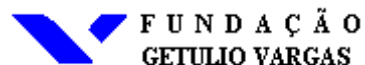
**Rio de Janeiro,**

---

**Assinatura do Aluno**

---

**Assinatura do Professor**



**FUNDAÇÃO  
GETULIO VARGAS  
ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA  
CENTRO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA E PESQUISA  
MESTRADO EXECUTIVO**

**VERSÃO PRELIMINAR DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

APRESENTADO POR

**Patrícia Raupp Machado Leal**

**FINANCIAMENTO EXTERNO EM PROJETOS NA ÁREA SOCIAL**

**O Caso do Projeto de Serviços Básicos de**

**Saúde no Nordeste – PNE I**

**PROFESSOR ORIENTADOR ACADÊMICO: Sônia Maria Fleury Teixeira**

**VERSÃO PRELIMINAR ACEITA, DE ACORDO COM O PROJETO APROVADO:**

**DATA DA ACEITAÇÃO:**

---

***ASSINATURA DO PROFESSOR ORIENTADOR ACADÊMICO***

## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS.....   | 05 |
| LISTA DE ABREVIATURAS.....   | 06 |
| RESUMO.....  | 08 |
| ABSTRACT.....  | 08 |
| APRESENTAÇÃO.....  | 09 |
| INTRODUÇÃO.....  | 13 |
| CAPÍTULO I – FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E O PROJETO DE<br>SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE NO NORDESTE..... | 18 |
| CAPÍTULO II - POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE.....  | 45 |
| CAPÍTULO III - O PROJETO DE SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE NO<br>NORDESTE – PNE I.....                          | 62 |
| III.1 – Histórico e Características .....  | 63 |
| III.2 – Objetivo e Componentes.....  | 65 |
| III.3 – Desempenho e Vigência.....   | 66 |
| III.4 – Estrutura Organizacional.....  | 67 |
| III.5 – Análise do Desenvolvimento do PNE I.....   | 69 |
| CONCLUSÃO.....   | 87 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....  | 91 |

## LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

|  |    |
|--|----|
| ◆ Figura 1 - Modelo Iterativo e Interativo de Políticas e Programas Sociais.....                           | 23 |
| ◆ Figura 2 - Modelo de Integração.....   | 32 |
| ◆ Figura 3 - Avaliações <i>ex ante</i> .....   | 36 |
| ◆ Figura 4 - Ciclo do Projeto.....   | 37 |
|  |    |
| ◆ Quadro 1 - Modelo de Hoppe, Van de Graaf e Van Dijk.....   | 28 |
| ◆ Quadro 2 - Relação quantidade de mudança / consenso.....   | 29 |
| ◆ Quadro 3 - Ação Social.....  | 33 |
| ◆ Quadro 4 - Utilização dos Modelos.....   | 39 |
|  |    |
| ◆ Tabela 1 - Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): Ranking dos estados do PNE I.....                     | 66 |
| ◆ Tabela 2 - Região Nordeste: evolução do IDH.....   | 66 |
|  |    |
| ◆ Tabela 3 - Distribuição de Municípios Segundo a Existência de Conselhos de Saúde.....                    | 47 |
| ◆ Tabela 4 – Distribuição dos Recursos Financeiros Previstos no Acordo de Empréstimo por Executor.....     | 70 |
| ◆ Tabela 5 - Demonstrativo da Utilização dos Recursos Financeiros Externos por Período e por Executor..... | 84 |
| ◆ Tabela 6: Período de Criação de Secretarias Municipais de Saúde.....                                     | 86 |
| ◆ Tabela 7: Condição de Gestão dos Municípios Pesquisados.....   | 87 |
| ◆ Tabela 8: Ano de Realização da Última Reunião do CMS Criados de 1987 a 1995.....                         | 87 |
| ◆ Tabela 9: Apresentação no Âmbito dos CMS de Assuntos de Interesse Local.....                             | 88 |

## LISTA DE ABREVIATURAS

|          |  |
|----------|--|
| ABRASCO  | - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva                         |
| AIS      | - Ações Integradas de Saúde  |
| BIRD     | - Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento                          |
| CEBES    | - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  |
| CIB      | - Comissão Intergestores Bipartite   |
| CIPLAN   | - Comissão Interinstitucional de Planejamento                                      |
| CIS      | - Comissões Interinstitucionais de Saúde   |
| CIT      | - Comissão Intergestores Tripartite  |
| CF       | - Constituição Federal   |
| CNS      | - Conselho Nacional de Saúde   |
| CONASP   | - Conselho Consultivo de Administração Previdenciária                              |
| CONARES  | - Conselho Nacional de Representantes Estaduais de Secretários Municipais de Saúde |
| CONASS   | - Conselho Nacional de Secretários de Saúde  |
| CONASEMS | - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde                             |
| CONSU    | - Conselho de Saúde Suplementar  |
| CPMF     | - Contribuição Provisória de Movimentação Financeira                               |
| GGPNE    | - Gerência Geral do Projeto Nordeste   |
| GM       | - Gabinete do Ministro   |
| IDH      | - Índice de Desenvolvimento Humano   |
| INAMPS   | - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social                    |
| IPEA     | - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada   |
| LDO      | - Lei de Diretrizes Orçamentárias  |
| MEC      | - Ministério da Educação e Cultura   |
| MF       | - Ministério da Fazenda  |
| MP       | - Ministério do Planejamento   |
| MPAS     | - Ministério da Previdência e Assistência Social                                   |
| MP       | - Ministério Público Federal   |
| MS       | - Ministério da Saúde  |
| MSBS     | - Módulo de Serviços Básicos de Saúde  |
| ONU      | - Organização das Nações Unidas  |
| OSS      | - Orçamento da Seguridade Social   |

|        |  |
|--------|--|
| PDRI   | - Programas de Desenvolvimento Rural Integrados              |
| PIASS  | - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento |
| PNE I  | - Projeto de Serviços Básicos de Saúde no Nordeste           |
| POI    | - Programação e Orçamentação Integrada                       |
| PPA    | - Plano de Pronta Ação                                       |
| PPT    | - Probabilidade Proporcional ao Tamanho                      |
| PROCON | - Instituto de Defesa do Consumidor (IDC)                    |
| SAS    | - Secretaria de Assistência a Saúde                          |
| SEAIN  | - Secretaria de Assuntos Internacionais                      |
| SEPLAN | - Secretaria de Planejamento da Presidência da República     |
| SES    | - Secretaria Estadual de Saúde                               |
| SIA    | - Sistema de Informações Ambulatoriais                       |
| SIH    | - Sistema de Informações Hospitalares                        |
| SMS    | - Secretaria Municipal de Saúde                              |
| SNS    | - Sistema Nacional de Saúde                                  |
| SOE    | - "Statment of Expenditures"                                 |
| SUDENE | - Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste            |
| SUDS   | - Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde            |
| SUS    | - Sistema Único de Saúde                                     |

## **RESUMO**

O presente trabalho analisa os aspectos gerenciais e operacionais do Projeto de Serviços Básicos de Saúde no Nordeste (PNE I) - contratado na década de 80 e financiado pelo Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) – com o objetivo de propor lições e recomendações na formulação, implementação e avaliação de projetos com financiamento externo. Considerando que as mais profundas mudanças e inovações na Política Nacional de Saúde ocorreram durante a vigência do PNE I, principalmente no que se refere à organização dos serviços com prioridade ao processo de descentralização e à participação da sociedade organizada como instrumento de controle social, obtêm-se no texto uma discussão sobre a situação política à época. A expectativa de divulgação e disseminação deste trabalho configura-se na garantia de que estas recomendações possam, efetivamente, contribuir na redução de surpresas e na ampliação de variáveis a serem consideradas pelos responsáveis por projetos com características semelhantes ao PNE I.

## **ABSTRACT**

The following paper analyses the managerial and administrative aspects of a project named “Projeto de Serviços Básicos de Saúde no Nordeste (PNE I)” - initiated in the 80's and has been funded by the International Development and Reconstruction Bank (IDRB) – for the construction of a series of lessons and recommendations to be observed along the formulation, implementation and assessment of projects performed under external financing. During the Project time the most important and deep changes and innovations have occurred involving the national politics for health, which have been mostly decisive at directing the Project, specially concerning the organization of services with emphasis to the process of decentralization as well as the participation of the organized society as a tool of social control. The expectations towards the publicizing and the dissemination of the paper presented are laid upon the warranty that the recommendations hereby given shall, effectively, contribute for the decrease of unwanted results and for the magnification of variables to be considered in projects with the scope and characteristics similar to PNE I.



## **APRESENTAÇÃO**

## APRESENTAÇÃO

O Projeto de Serviços Básicos de Saúde no Nordeste (PNE), financiado com recursos de empréstimo externo junto ao Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), foi inicialmente previsto para atender a região nordeste, além do norte de Minas Gerais. Com base em uma análise sobre a capacidade institucional das Secretarias de Saúde dos estados envolvidos, realizada por consultores do Banco, ficou definido que apenas quatro estados reuniam condições técnicas e administrativas para implementar adequadamente o Projeto naquele momento.

Aos demais estados foi alocada uma parcela de recursos desse empréstimo, com o objetivo estratégico de introduzir uma proposta de fortalecimento institucional de suas Secretarias de Saúde de forma que reunissem condições mínimas de gestão para executar um novo projeto com recursos do BIRD.

Portanto, seguindo orientação do Banco financiador, o PNE foi dividido e operacionalizado em duas fases distintas, mesmo possuindo características e objetivos similares:

- (i) PNE I - Acordo de Empréstimo n.º 2699/BR, no valor global de US\$59,5 milhões, para os estados da Bahia, Piauí, Rio Grande do Norte e Minas Gerais, com início em dezembro de 1986 e vigência até dezembro de 1995; e
- (ii) PNE II - Acordo de Empréstimo n.º 3135/BR, no valor global de US\$267,0 milhões, para os estados de Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe, com início em dezembro de 1990 e vigência até dezembro de 1997.

O foco de análise deste trabalho de dissertação restringe-se às ações implementadas apenas pelo PNE I, mesmo considerando que o acesso as informações gerenciais disponíveis sobre a execução de ambos os Projetos ser praticamente igual e, que durante 4 anos os Projetos foram executados

concomitantemente e coordenados por uma única estrutura gerencial<sup>1</sup> no âmbito do Ministério da Saúde. Para escolha dessa opção a autora baseou-se nos seguintes critérios:

- (i) Problemas de maior complexidade ocorreram durante a fase inicial de formulação e de implementação do Projeto;
- (ii) prazo de vigência do Projeto que foi prorrogado duas vezes em função do volume de recursos disponível e do baixo alcance das metas programadas. Esse longo tempo transcorrido gerou graves distorções entre os propósitos descritos no Acordo de Empréstimo e as novas diretrizes da Política Nacional de Saúde para a região;
- (iii) período de menor autonomia gerencial por parte dos executores;
- (iv) participação mais efetiva na busca de soluções para enfrentamento dos problemas durante sua execução, considerando o desconhecimento dos procedimentos técnicos e administrativos; e
- (v) engajamento no processo de avaliação de desempenho do PNE I.

Não apenas para cumprir cláusula contratual do Acordo de Empréstimo mas também para conhecer os resultados das ações realizadas com recursos do financiamento, a Gerência Geral do Projeto Nordeste (GGPNE) constituiu um Grupo de Trabalho (GT) para avaliar o PNE I. Esse Grupo foi composto pelos gerentes das áreas técnicas do Projeto e por consultores externos que desenvolveram a proposta metodológica da avaliação.

O processo de levantamento e análise dos dados da avaliação durou quase um ano e apresentou resultados significativos que possibilitaram a reformulação gerencial e operacional do PNE II. A introdução de nova sistemática de trabalho associada à motivação dos gestores proporcionou a correção de rumos necessária para que o

---

<sup>1</sup> A Gerência Geral do Projeto Nordeste (GGPNE) era composta por um Gerente Geral e mais três Gerências Intermediárias: Administrativa e Financeira; Informações e Monitoramento; e Infra-estrutura Física.

PNE II conseguisse executar, integralmente, os recursos disponíveis em conformidade com as demandas da população.

Este trabalho apresenta e discute parte das informações e dos resultados apresentados no Relatório de Avaliação de Desempenho do PNE I, devido ao engajamento da autora no processo de avaliação, quando fez parte do Grupo Técnico, mas também, se valeu do conhecimento proporcionado enquanto a mesma esteve à frente da Gerência de Informações e Monitoramento do PNE, no contato direto e constante com os estados discutindo problemas de gestão e, na interlocução com os atores responsáveis pelo gerenciamento de projetos com financiamento externo hoje no Ministério da Saúde.

## INTRODUÇÃO

## INTRODUÇÃO

O Estado Brasileiro cresceu de forma desorganizada e acabou assumindo funções e atribuições em setores onde sua presença era necessária apenas como agente regulador e não executor. Isso se deveu principalmente à falência e às imperfeições de um mercado formado por vícios e pela força de pressão de diferentes atores sociais, que, no decorrer dos tempos, resultou numa crise profunda, causando um ônus financeiro muito pesado para a sociedade.

A agudização da crise fiscal e financeira, associada ao processo incontrolável de inflação, impossibilitava a geração de poupança interna que permitisse a realização de investimentos capazes de atender quantitativa e qualitativamente as demandas da população quanto à provisão dos serviços essenciais.

Com o intuito de minimizar a carência de recursos para investimentos na área social e de garantir a efetividade nas ações implementadas, o governo federal buscou fontes de financiamento complementares que viabilizassem a introdução de uma política em apoio ao desenvolvimento da região Nordeste, a mais carente do país, especificamente, para as áreas de saúde, saneamento e educação. Para tanto, a alternativa encontrada foi a contratação de um empréstimo junto ao Banco Mundial, para implementação do Programa de Desenvolvimento da Região Nordeste – Projeto Nordeste visando ao desenvolvimento econômico e social da região.

Com relação a proposta do setor saúde enviada em janeiro de 1995, foi aprovada e então contratado um primeiro Acordo de Empréstimo n.º 2699/BR - Projeto de Serviços Básicos de Saúde no Nordeste – PNE I - no valor total de US\$ 59,5 milhões para os estados do Rio Grande do Norte, Piauí, Bahia e Minas Gerais (região norte do estado), considerando também nesse valor um montante significativo para o desenvolvimento institucional do próprio Ministério da Saúde e dos demais estados do Nordeste não selecionados.

Vale destacar que o PNE I, formulado com o objetivo principal de melhorar as condições de saúde de pequenos produtores residentes em áreas específicas da região Nordeste, constituiu-se, apenas um, entre muitos de diferentes setores que

receberam recursos externos para financiar investimentos na implantação de infraestrutura básica.

O objetivo deste trabalho é o desenvolvimento de um estudo de caso que, a partir do referencial teórico da formulação de políticas públicas, identifique os aspectos gerenciais, administrativos, operacionais e financeiros que influenciam, decisivamente, o desempenho de projetos com características semelhantes ao PNE I.

Como objetivos específicos do estudo propõem-se algumas análises: (i) da capacidade e autonomia gerencial e administrativa dos executores do PNE I, nos diferentes níveis de governo; (ii) do processo de descentralização das ações implementadas pelo PNE I; (iii) dos mecanismos de integração entre as instituições executoras do Projeto nos três níveis de governo; e (iv) dos mecanismos de controle social na área de abrangência do PNE I.

O presente trabalho está estruturado da seguinte maneira: no CAPÍTULO I - FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E O PROJETO DE SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE NO NORDESTE apresenta-se à fundamentação teórica para subsidiar a análise das ações implementadas pelo PNE I e as recomendações para os projetos futuros financiados com recursos externos.

O CAPÍTULO II – POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE apresenta a evolução da política de saúde no país e as conseqüentes mudanças de comportamento e de legislação empreendidas em função da inserção de novos atores sociais no processo de formulação e implementação. Essa abordagem justifica-se pelo fato de possibilitar um entendimento melhor do contexto político no qual o PNE I foi elaborado e executado, e além disso, os efeitos das mudanças em sua condução.

No CAPÍTULO III – O PROJETO DE SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE NO NORDESTE – PNE I, trata dos objetivos, características e estratégias de desenvolvimento do PNE I, bem como dos principais problemas enfrentados durante a sua vigência, considerando as dimensões operacionais, gerenciais e financeiras. Apresenta também, o perfil da mudança empreendida ao longo do tempo, em função de adequações à Política Nacional de Saúde e das demandas dos gestores nos diversos níveis de governo.

Na CONCLUSÃO apresentam-se os resultados das análises realizadas e recomendações a serem observadas na formulação de políticas públicas, especialmente àquelas que se traduzem em projetos com financiamento externo.

Para o alcance dos objetivos propostos neste trabalho foram extraídos dados da Pesquisa de Avaliação do PNE I, que utilizou instrumentos metodológicos na reconstrução dos aspectos quantitativos e qualitativos da comparação entre seus objetivos e metas iniciais, o seu real desenvolvimento e os resultados efetivamente alcançados.

A relevância e oportunidade deste trabalho estão relacionadas com a possibilidade de inserção de uma nova cultura de gestão, na busca da eficiência no gerenciamento de projetos, utilizando como parâmetro o aprendizado obtido durante a execução do PNE I.

A introdução de um novo modelo de gestão torna-se imprescindível e necessária à sobrevivência dos projetos e à possibilidade de contratação de novos empréstimos externos, considerando, principalmente, as limitações orçamentárias existentes no setor social. A rápida evolução das formas de gerenciamento, bem como de diretrizes políticas, tem gerado demandas crescentes por transformações e adaptações nas rotinas dos projetos.

Um trabalho que apresente, simples e objetivamente, as dificuldades decorrentes da contratação de um empréstimo externo e as soluções para conseguir implementá-lo com a utilização dos recursos de forma mais econômica possível e com custo-efetividade compatível às demandas, será de grande valia aos gestores do Sistema Único de Saúde - SUS. O tempo a ser economizado em resolver situações que geram grandes conflitos na condução dos projetos poderá ser direcionado e concentrado para combater as novas dificuldades que surgirão e que deverão ser vencidas para garantia de êxito dos projetos.

Um importante ponto ainda a ser destacado refere-se à necessidade dos gestores estarem permanentemente atentos e abertos para a introdução de mudanças e adaptações na estrutura operacional ou nos aspectos conceituais dos projetos de modo que esses possam refletir e atender às reais demandas da população.



Portanto, este trabalho proverá subsídios necessários a uma eficaz tomada de decisão por parte dos responsáveis diretos pela execução de projetos, introduzindo novos conceitos, demonstrando a necessidade de construir indicadores qualitativos e quantitativos, buscando parcerias inter e intrainstitucionais e incentivando a mobilização da sociedade como instrumento de controle social.

## **CAPÍTULO I**

### **FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E O PROJETO DE SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE NO NORDESTE**

## **CAPÍTULO I – FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E O PROJETO DE SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE NO NORDESTE**

A discussão do processo de formulação de políticas públicas tem sofrido mudanças importantes através dos tempos, as quais podem ser observadas quando comparamos as novas etapas consideradas no processo, a sofisticação dos instrumentos de planejamento e avaliação e a quantidade e variedade de novos atores envolvidos. Os textos que serão apresentados a seguir trazem uma importante discussão sobre conceitos e percepções que serão utilizados como subsídio na análise das ações do PNE I e que podem ser reproduzidos, também em outros projetos com financiamento externo.

“Política pública é um conjunto de decisões que se traduzem em ações estrategicamente selecionadas dentre alternativas, conforme uma hierarquia de valores e preferência dos interessados. Sua dimensão é pública pelo tamanho do agregado social no qual se insere, e, sobretudo por seu caráter imperativo revestido da autoridade legítima e soberana do poder público” Rua (1997).

Na conceituação acima explicitada pode-se destacar três elementos fundamentais do processo:

- (i) A importância das decisões - como serão analisadas as propostas apresentadas e quais serão os critérios de seleção;
- (ii) a existência das ações – como estão sendo conduzidas as articulações para definição da política; e
- (iii) o alcance do público – se as políticas atendem às demandas apresentadas pela sociedade.

Nioche (1997) discute a urgência e a impessoalidade no planejamento de algumas ações, que, por mais importantes que possam ser, não geram resultados que se traduzem em benefícios diretos para a população. O autor dá ênfase à necessidade de introduzir uma cultura de planejamento, evitando os freqüentes “apagar de incêndios” que são ações intempestivas, paralelas e não repercutem em melhorias

ou solução de problemas para a sociedade: “política pública é uma seqüência de ações que conduzem (ou se traduzem) a uma resposta mais ou menos institucionalizada, a uma situação julgada como problemática”.

Segundo Duran (1999) a ação pública envolve (i) a capacidade de definir objetivos coletivos; (ii) a mobilização dos recursos necessários para sua execução; (iii) a decisão para implementação; e, por fim, (iv) a responsabilização das conseqüências inerentes à ação desenvolvida. Portanto, a análise de uma ação pública deve enumerar as escolhas, os processos de ação conduzidos para a sua realização e as suas conseqüências, ou seja, “políticas públicas são resultados da ação social, e essa ação não é só exercício de vontade (ato heróico) ou determinada por razões de ordem estrutural (fatalismo)”.

A ação pública estuda o tratamento dado pelas autoridades públicas para os problemas da sociedade, apresentando o papel e a legitimidade do Estado, a lógica presente nas diferentes formas de intervenção e a relação entre atores públicos e privados.

O objetivo do estudo de uma política pública é a identificação de mecanismos de construção da ação pública de modo a permitir uma análise de suas causas e conseqüências, propiciando assim um novo olhar sobre os métodos e instrumentos do Estado, as modificações em sua estrutura e em suas concepções.

Como destacado por Molina (1996) em seu documento sobre formulação de políticas públicas, programas sociais na América Latina sempre tiveram como característica uma forte influência do contexto político autoritário, onde as ações realizadas obedeciam às decisões previamente tomadas, geralmente sem consulta aos reais beneficiários da ação.

O que se observa atualmente, é a necessidade de inserir uma mudança de atitudes e de concepção, com maior flexibilidade na formulação das políticas e dos programas e, no fortalecimento de seu caráter participativo. Além disso, pretende-se introduzir, também, uma rotina de avaliação permanente das ações planejadas e implementadas, possibilitando assim, o alcance dos objetivos e um bom relacionamento entre as partes envolvidas.

O mesmo autor apresenta ainda como estratégia para enfrentar desafios “um modelo iterativo e interativo de formação de políticas e programas sociais. Esse modelo propõe um processo de formulação e execução de políticas e programas que se caracteriza por uma estreita relação entre seus componentes chave - formulação e gestão - de tal forma que os dois interagem entre si e respondem aos interesses dos diversos envolvidos”.

No modelo proposto de formulação de política pública apresentam-se quatro componentes tradicionais:

- (i) Definição do problema – deve indicar a prioridade da intervenção, com a delimitação de seu âmbito de ação e as atividades a serem implementadas;
- (ii) geração e seleção de opções – escolha, entre várias opções existentes, da melhor para resolver o problema e qual estratégia será utilizada;
- (iii) gestão da opção selecionada – após a escolha de que maneira será implementada a ação; e
- (iv) monitoramento e avaliação – ação que permite o re-direcionamento e a correção de rumos para alcançar melhores resultados.

Apesar de tradicionais, esses quatro componentes apresentados são essenciais no processo de formulação de políticas e permitem uma interação<sup>2</sup> e iteração<sup>3</sup> dos componentes do modelo. Essa proposta evidencia a necessidade de entrosamento entre as atividades desenvolvidas sem ter que, obrigatoriamente, obedecer a uma seqüência previamente definida ou hierarquizada verticalmente, ou seja, de cima para baixo.

---

<sup>2</sup> interação: ação que se exerce reciprocamente entre dois ou mais objetos, agentes, forças, funções, etc.(dicionário da língua espanhola).

<sup>3</sup> iteração: ação e efeito de iterar. Iterar: repetir algo. Repetição de ações análogas. Repetir, reiterar. (dicionário Larousse).

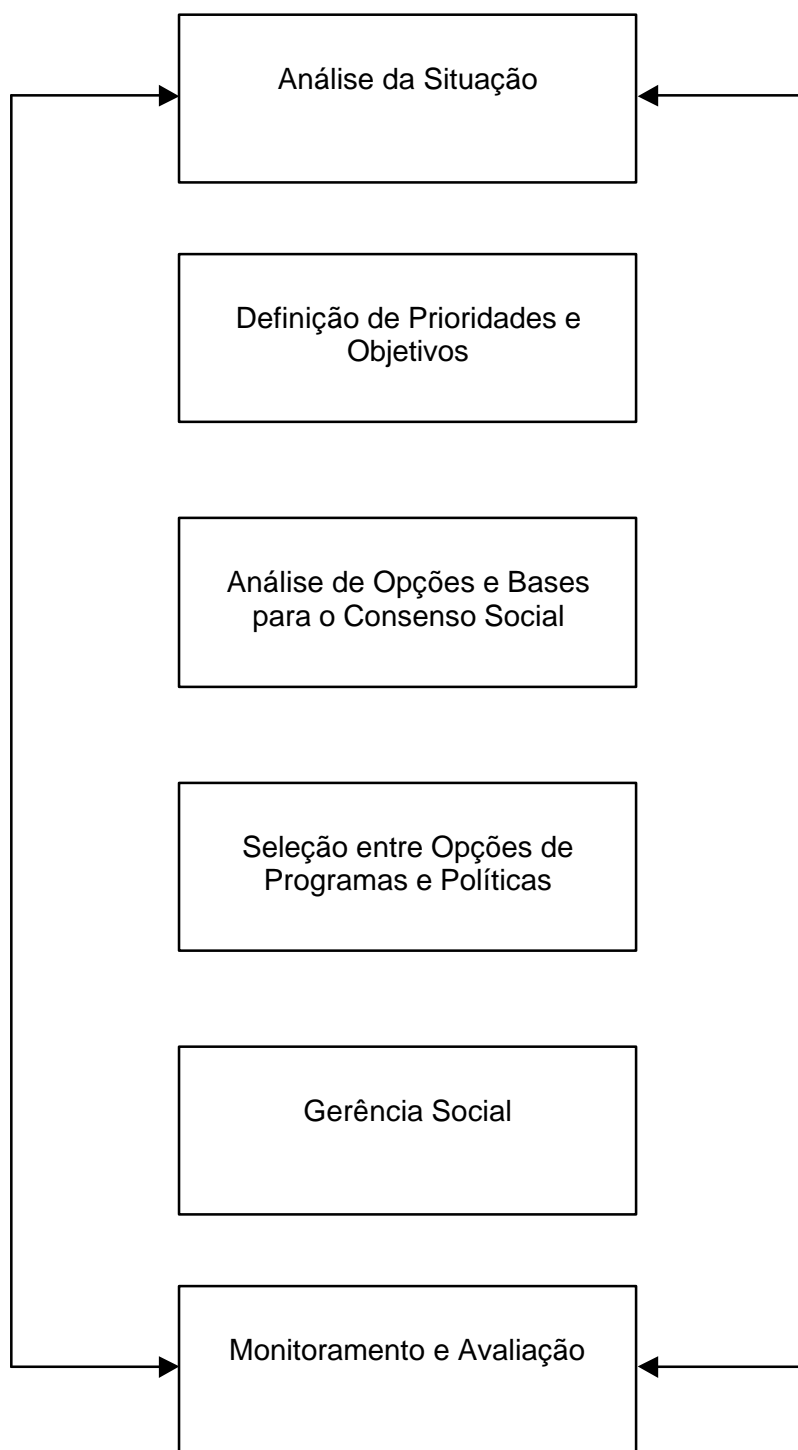
Considerando que o modelo possui características flexíveis, a definição inicial do problema pode ser alterada a medida que se inicia a implementação do projeto, fazendo com que novas ou antigas alternativas possam ser incorporadas. Isto permite um constante intercâmbio de informações e viabiliza uma evolução permanente em busca de melhores resultados.

O intercâmbio e a possibilidade de adaptação às novas situações são totalmente viáveis mediante a interação entre os quatro componentes do modelo. Os resultados alcançados com a implementação do projeto podem ser diferentes daqueles inicialmente planejados, mas isso não significa que não sejam desejáveis, apenas foram atualizados e adequados às novas necessidades identificadas e à política vigente.

Essa situação é ainda mais evidente no setor social onde as características da população são transitórias e evoluem constantemente, demandando ajustes rotineiros nos serviços executados. Isto só é possível quando se dá a iteração ou uma busca contínua para alcançar um objetivo convergente ainda que não fixo, ajustando-se continuamente às mudanças do ambiente.

Portanto, o Modelo Iterativo e Interativo de Formação de Políticas e Programas Sociais propõe inovações quanto aos modelos tradicionais, pois busca uma maior flexibilidade e inversão do fluxo gerencial. Esse modelo está estruturado da seguinte maneira:

**Figura 1 - Modelo Iterativo e Interativo de Políticas e Programas Sociais**



Esse modelo considera a interdependência entre a formulação e o gerenciamento de projetos, necessitando de um permanente processo de monitoramento dos resultados de modo a viabilizar a correção de rumos necessários aos contextos inconstantes. Resgata a importância da participação – na definição do problema, nas decisões sobre os instrumentos a serem utilizados e na execução – como um processo democrático de decisões.

Considerando a complexidade da política social, os modelos que são implementados de forma mais democrática são difíceis de serem aplicados, pois requerem condições técnicas, capacidade de gestão e a existência de forças motivadoras que rompam com as rotinas existentes.

O autor conclui que para melhorar os resultados das políticas sociais e públicas em geral há necessidade de fortalecer a relação existente entre as diferentes etapas da formulação de políticas, priorizando a interdependência existente e o tempo de maturação de cada uma das fases, características próprias dos modelos iterativos e interativos aqui apresentados.

Uma percepção também importante sobre o tema de formulação de políticas está contida no trabalho “Abordagens metodológicas em políticas públicas” realizado por Viana (1996). A autora discute o modo de operar do Estado como o ato de “fazer” políticas públicas e traz uma análise das características das agências públicas; dos atores participantes do processo; dos mecanismos, critérios e estilos decisórios utilizados; das inter-relações entre essas variáveis; e das variáveis externas que influenciam esse processo.

A análise dessas variáveis visa construir modelos explicativos para o processo de decisão inerente à formação e ao desenvolvimento de políticas. As várias etapas das políticas públicas, principalmente a de formulação e de implementação, são cuidadosamente discutidas de modo a demonstrar todo o processo de articulação que envolve o ciclo de vida de uma política.



## Fase 1 - Construção da Agenda

Na formulação de uma política, segundo Kingdon (1984), deve-se considerar uma série de fases: elaboração da agenda; especificação de alternativas; escolha de uma alternativa; e implementação da decisão. A agenda é apresentada como uma lista de problemas ou assuntos que chamam a atenção do governo e da sociedade. Existem três tipos de agenda: (i) sistêmica ou não-governamental – contém lista de assuntos que são preocupação constante do país, porém sem atenção do governo; (ii) governamental – problemas que merecem atenção do governo; e (iii) de decisão – lista dos problemas a serem decididos.

Como fatores que influenciam a construção da agenda governamental destacam-se dois: (i) os participantes ativos que são atores governamentais – alto *staff* da administração, funcionalismo de carreira, parlamentares e funcionários do Congresso; e não-governamentais – grupos de pressão ou interesse; acadêmicos, pesquisadores e consultores; mídia; participantes das campanhas eleitorais; (partidos políticos e opinião pública); e (ii) o processo pelo qual alguma alternativa e algum item se tornam proeminentes, ou seja, as características dos órgãos, das instituições e dos aparelhos vinculados à produção de políticas públicas que podem responder melhor pelos tipos de processo e, portanto, pelo modo de selecionar os problemas.

Concluindo o pensamento de Kingdon (1984), "nos meandros da *political stream* conforma-se a agenda governamental, e nos da *policy stream*, a especificação de alternativas (formulação de políticas)". O autor acrescenta ainda "o conceito de *policy entrepreneurs* – pessoas que investem seus recursos em favor de determinadas políticas, atuando em qualquer fase da política, com poder de provocar-lhes alterações, podendo ser burocratas, acadêmicos, jornalistas ou políticos".

Uma outra seleção de assuntos para fazer parte da agenda e das decisões governamentais, é a que Hofferbert (1974) apresenta. Sua constituição inicia a partir do meio social e político no qual a política é formulada. Identifica, com base em Simon (1966), três aspectos nos processos de decisão: (i) normas que governam a permanência e as mudanças da atenção pública; (ii) princípios que governam a ação

política; e (iii) condições que determinam que ações serão escolhidas. Os meios sócio-econômico e político refletem os limites de forma e magnitude dos processos de formação de políticas. Um outro problema refere-se às tipologias criadas para a sua classificação, que são mais apropriadas para os estudos de avaliação de políticas do que de processo decisório.

Cobb e Elder (1971) partem do princípio que os cidadãos não querem saber do governo e muito menos se verem como sujeitos da ação governamental, identificando a necessidade de valorizar a democracia e a participação da população. Portanto, os autores reforçam a idéia de repensar o conceito de democracia como sinônimo de pluralismo social, de consenso das elites sobre o papel da competição democrática e de eleições que permitam aos cidadãos participar da seleção de *public officials* – e não de participação, como normalmente se pensa.

Os autores concordam com Walker (1966) quando destaca que a agenda governamental quase não muda, pois são os mesmos temas que estão sempre em cena. Ressaltam que um assunto ou tema para atingir o *status* de agenda, precisa ser alvo de atenções, e que esse processo está relacionado com a mobilização de tendências e as influências e reações das comunidades de políticas, referendadas por um consenso geral das elites.

O processo decisório envolve duas questões: onde surge a demanda e quem participa. Existem dois tipos de agenda: a sistêmica (assuntos de ordem mais geral e abstrata) e a institucional (assuntos mais concretos). O processo de construção da agenda envolve os *officials* governamentais<sup>4</sup> que seriam o Congresso e os partidos políticos. Por outro lado há um diferente processo que é o acesso das comunidades de política aos *officials* governamentais, dependendo das relações existentes entre estes e as comunidades quanto aos recursos, a localização na estrutura social e os tipos diferentes de comunidades existentes.

A conclusão dos autores é que "estudar a construção da agenda é importante porque revela a natureza da relação entre o meio social e o processo

---

<sup>4</sup> os "guardiões" da agenda.

governamental, permitindo até mesmo pensar na possibilidade de a agenda produzir estabilidade estrutural, do mesmo modo que o voto confere estabilidade conjuntural".

Essa conclusão nos faz pensar nas relações de forças que são necessárias para que se consiga introduzir uma demanda da população na agenda governamental, demonstrando a interface entre as políticas públicas, o gerenciamento inter e intra-institucional e o controle social.

## **Fase 2 - Formulação de Políticas**

Segundo Hoppe, Van De Graaf e Asje Van (1985) as fases das políticas públicas são as seguintes: (i) construção da agenda; (ii) elaboração do projeto; (iii) adoção do projeto; (iv) implementação; (v) avaliação; e (vi) reajuste. O processo pode ser entendido como um diálogo entre intenções e ações, ou seja, "um processo contínuo de reflexão para dentro e ação para fora".

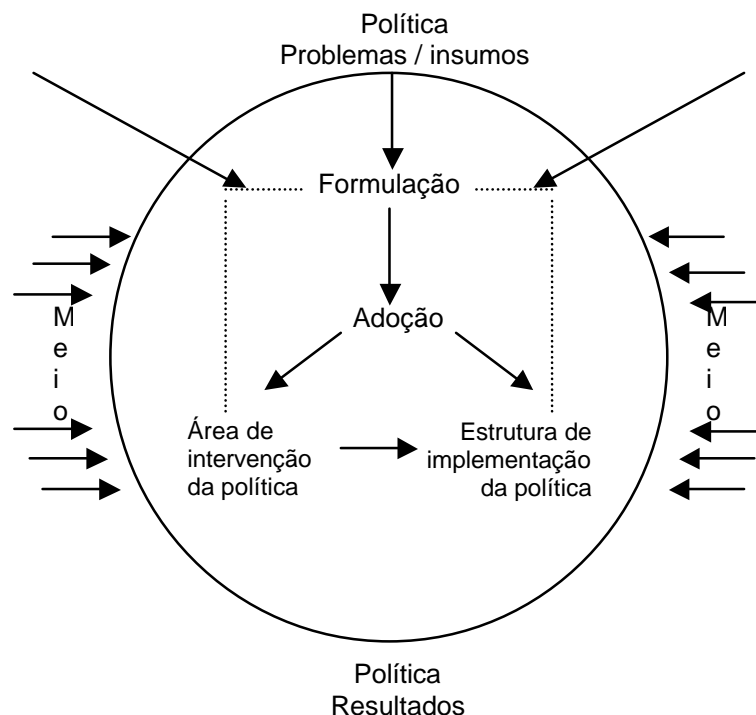
Destacam que as duas fases de maior importância em todo o processo são a formulação e a implementação. A primeira ocorre em um espaço político de trocas, conflitos e poder e a segunda é definida em um contexto administrativo, concebido como um processo racional de estabelecimento de procedimentos e rotinas.

Há uma relação de dependência muito estreita entre essas fases, pois o sucesso de uma é diretamente proporcional à maneira pela qual a outra foi elaborada ou pensada. A implementação não pode restringir-se apenas a um aspecto burocrático operacional, deve mostrar resultados que sirvam de exemplo para os formuladores de políticas.

Portanto, a conclusão dos autores sobre as condições para que uma determinada política tenha sucesso é que depende de uma perfeita interação entre as fases de formulação e implementação.

Ressaltam ainda que, há necessidade de se aprofundar os estudos sobre os aspectos internos referentes à ação governamental pois, até o momento, apenas a análise dos aspectos externos que influenciam as políticas produziu resultados significativos. Considerando a contribuição de Richard Elmore (1979/1980), Modelo de *forward* e *backward*, os autores apresentam a seguir um modelo que demonstra a aproximação das duas fases da política:

**Quadro 1**  
**Modelo de Hoppe, Van de Graaf e Van Dijk**



Fonte: Viana, Ana Luiza. 1996. "Abordagens metodológicas em políticas públicas" na Revista de Administração Pública, vol. 30 No 2

Para Lewis Schneider (1971) o processo de políticas públicas sugere a inclusão dos seguintes momentos: (i) percepção da necessidade; (ii) elaboração de um plano preliminar; (iii) equacionamento do problema do financiamento; (iv) plano detalhado; (v) aprovação institucional; (vi) implementação e *feedback*.

James Anderson (1975) apresenta as seguintes fases de formação de políticas públicas: demandas políticas; decisões políticas; articulação política; produto da política; e resultados da política. No processo decisório o autor destaca três teorias fundamentais: (i) teoria racional; (ii) teoria incremental; e (iii) teoria de "*mixed-scanning*", de Etzione (1968). As variáveis estudadas que influenciam os "fazedores" de política na tomada de decisão são a cultura e as condições sócio-econômicas.

O autor sugere algumas indagações importantes ao processo de formação de políticas: (i) como os assuntos chamam a atenção dos "fazedores"?; (ii) como são formulados?; e (iii) como uma determinada proposição é escolhida entre outras alternativas?

Assim como Cobb e Elder (1971), o autor faz sua análise considerando dois tipos de agenda: (i) a sistêmica, que permite discussão e reflexão sobre novos temas; e a (ii) institucional, de caráter específico e concreto.

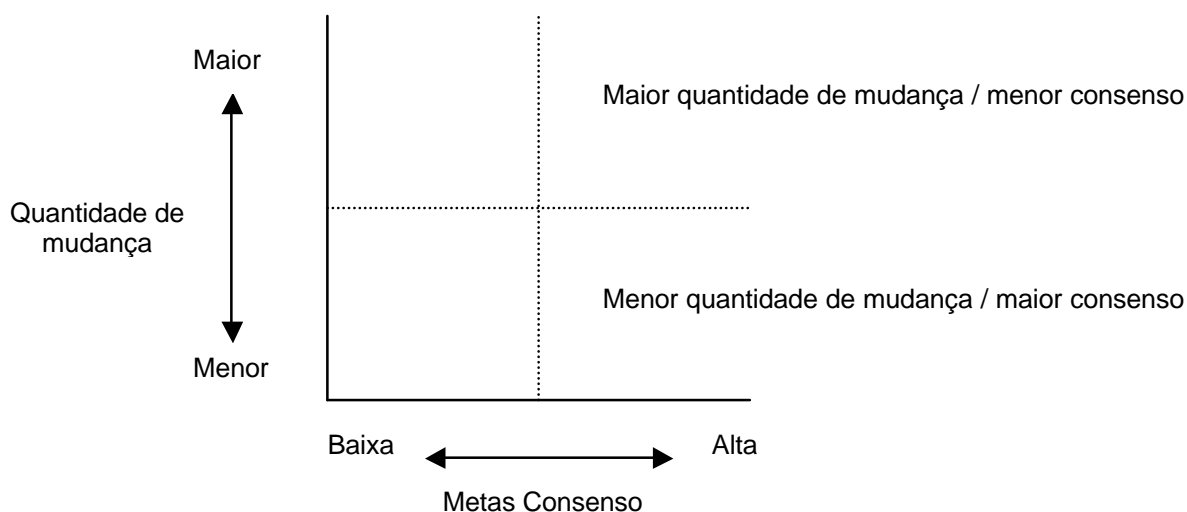
Com base nas observações apresentadas, o autor conclui que o principal problema no processo decisório é a identificação de todos os atores envolvidos, pois a decisão governamental deve respeitar as regras e as alianças pré-estabelecidas pelos partidos, pelo congresso ou pela opinião pública.

A conclusão apresentada é que “nos sistemas pluralistas modernos, “fazer” política é geralmente um processo político muito complexo, podendo a análise de processo decisório trazer muitas contribuições para o estudo da natureza e da operacionalização dos sistemas políticos.”

### Fase 3 - Implementação de Políticas

Para Donald S. Van Meter e Carl E. Van Horn (1975) o processo de decisão considera as seguintes características de elaboração: (i) a quantidade de mudança envolvida; e (ii) a extensão do consenso sobre os objetivos e as metas da política. Existe uma relação inversamente proporcional entre mudança e consenso. A sintonia entre os formuladores e os implementadores é essencial para o êxito da política, como pode ser observado no Quadro 2 a seguir:

**Quadro 2**  
**Relação quantidade de mudança / consenso**



Porém, o consenso entre os implementadores depende do esclarecimento de uma série de questões como: (i) compreensão da política; (ii) resposta; e (iii) intensidade da resposta. No modelo apresentado pelo autor o desempenho da política depende das características das organizações responsáveis pela implementação, das condições políticas, econômicas e sociais e da forma de execução das atividades.

Markku Kiviniemi (1985) utiliza a definição de Sverker Gustavsson (1980), que, como Robert Dahl (1980), conceituou “políticas públicas como: “à relação que se estabelece entre governo e cidadãos, na qual aquele induz estes a agir até mesmo do modo que desejam”. E a implementação, segundo o autor é “a fase em que se implantam intenções para obter impactos e conseqüências.

A implementação caracteriza-se como ação social onde há uma relação estreita entre as intenções e os diferentes atores. O nível de relacionamento estabelecido entre os diversos implementadores depende da intenção ou do conteúdo de determinada política pública. Assim, diferentes combinações de reações podem ser estabelecidas, impondo limites à ação governamental.

Sverker Gustavsson (1980), reelabora a tipologia de Lowi (1972)<sup>5</sup> e a de Wilson (1974)<sup>6</sup>, e propõe que a análise sobre a implementação deve considerar as expectativas dos efeitos de custo-benefício por grupo de atores envolvidos. Além disso, a implementação deve observar:

- Recursos governamentais envolvidos;
- Ação dos atores governamentais;
- Burocratas do “*street-level*”;
- Características das organizações públicas.

O autor apresenta o trabalho de Etzione (1968), onde destaca a diferença entre exercer poder (atitude que não modifica os valores e as preferências) e influência (que interfere nas decisões). Portanto, “buscar uma aproximação entre a distância

---

<sup>5</sup> O modelo de Lowi separa as políticas pelo tipo de influência que exercem na ação/conduita individual. Assim, as políticas distributivas e regulativas influenciam de forma direta a ação individual, e as constituintes ensejam sanções remotas, e as regulativas e re-distributivas, sanções imediatas.

<sup>6</sup> O modelo de Wilson foi elaborado com base na distribuição dos custos/benefícios de determinada política.

cognitiva e ideológica entre os “fazedores” de política e os atores não-governamentais é extremamente importante no processo político.”

A teoria do equilíbrio de Benson (1978), sobre rede interorganizacional<sup>7</sup> demonstra a existência de equilíbrio quando há elevado grau de coordenação e interação cooperativa entre os participantes, refletindo assim, consenso e respeito mútuo entre as partes. Para o autor as quatro dimensões que demonstram a existência de equilíbrio em uma organização são: o consenso dominante; o consenso ideológico; a avaliação mútua; e o trabalho coordenado.

Conclui que as reações do público-alvo das políticas ainda não mereceu a atenção dos estudiosos, onde o foco de suas análises sempre esteve voltado para o lado governamental, deixando de lado a percepção da implementação como uma ação social. Dessa forma, os atores não-governamentais caracterizam-se apenas como objeto das políticas. A ação social pode ser assim entendida:

**Quadro 3**  
**Ação Social**

| <b>Rede de componentes</b>       | <b>Rede de dimensões</b>                  |
|----------------------------------|---|
| Grupo de “fazedores” de política | Consenso dominante<br>Consenso ideológico |
| Grupos de implementadores        | Avaliação mútua                           |
| Grupos de atores de fora         | Trabalho coordenado                       |

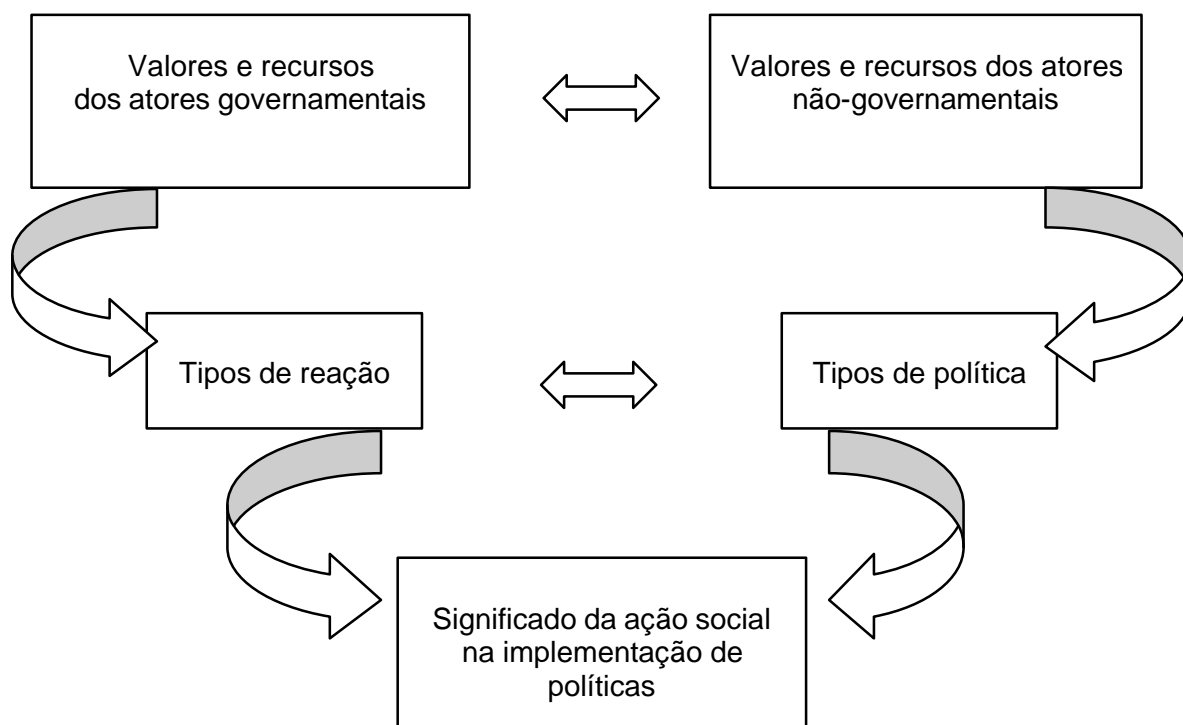
Fonte: Viana, Ana Luiza. 1996. “Abordagens metodológicas em políticas públicas” na Revista de Administração Pública, vol. 30 No 2

Portanto, o equilíbrio entre os participantes depende da congruência cultural entre os grupos envolvidos, e “haverá desequilíbrio para os “fazedores” quando a política não for implementada; para os implementadores, quando a implementação for fragmentada; e para os grupos de “fora”, quando houver alteração na distribuição dos benefícios da política.”

<sup>7</sup>Grupo de atores em complexa interação.

Essa proposta demonstra a necessidade de repensar a idéia de que “os governantes são sujeito, e os atores não-governamentais, objeto das políticas públicas.” A deficiência de entrosamento entre as fases de políticas públicas e os diferentes atores nelas envolvidos resulta, necessariamente, em ações desastrosas e desvinculadas das reais necessidades da população. Buscando demonstrar a relação dos atores envolvidos no processo, Kiviniemi (1985) propõe o seguinte modelo de integração:

**Figura 2**  
**Modelo de Integração**



Fonte: Viana, Ana Luiza. 1996. “Abordagens metodológicas em políticas públicas” na Revista de Administração Pública, vol. 30 No 2

Um importante aspecto a ser destacado nesse modelo de integração, é justamente a necessidade de fortalecer o entrosamento entre os diferentes atores sociais envolvidos no processo, pois a relação de dependência entre as fases é determinante para a eficácia no desenvolvimento de projetos.

Segundo Ring and Perry; Summer (1980); Wheelen and Hunger (1984) quando analisam o Comportamento Estratégico do setor público, destacam a importância de uma série de decisões e ações gerenciais que determinam a performance da



organização. Para tanto, demonstram a existência de uma conexão entre as fases de formulação e a de implementação de estratégia, onde o comportamento do indivíduo e a habilidade deste em controlar as relações externas determinam a conexão.

Os modelos de gerenciamento estratégico propostos pelos autores possuem diferentes perspectivas, na qual destaca-se, principalmente, a forma como o controle é exercido: (i) intraorganizacional - a questão hierárquica é marcante. As estratégias são desenvolvidas no topo da hierarquia organizacional, porém isso não garante que elas sejam implementadas conforme desenhadas; e (ii) interorganizacional - os membros envolvidos representam diferentes instituições ou níveis de governo, que podem e fazem ações simultâneas e cada membro dessa rede pode agir independentemente de todos os demais.

A natureza do poder em uma rede interorganizacional fundamenta-se em como organizações individuais possam apoiar-se em outras para conseguir seus objetivos (Gage, 1984; Hanf and Scharf, 1978; Rogers and Whetten, 1982). O gerenciamento de uma rede não pode estar baseado na imposição de poder de nenhum dos gerentes, mas deve basear-se na habilidade de barganhar e negociar efetivamente com os membros da rede (Mandell, 1984; Rosenthal, 1984).

Finalmente, o modelo de uma perspectiva intraorganizacional baseia-se em ações de uma gerência individualizada em uma organização específica. A consequência dessa distinção é que uma rede de gerenciamento requer gerentes para lidar com suas ações dentre um sistema de redes e para fazer o melhor uso das relações realizadas fora desses sistemas de redes.

Richard Elmore (1979/80) faz uma retrospectiva das contribuições dos estudos de implementação, considerando dois tipos distintos de abordagem para a análise:

- (i) “*forward mapping*” pressupõe que os formuladores influenciam a implementação, definindo-a no topo da pirâmide da administração e indicando o que esperam em cada fase. Com isso, esse conceito trabalha com a noção de que os “fazedores” de política controlam o processo organizacional, político e técnico que envolve a implementação de políticas”.

- (ii) “*backward mapping*, ao contrário, pressupõe que os “fazedores” de políticas não controlam a implementação. Critica-se a visão de que as diretivas políticas explícitas, clareza nas funções de responsabilidades, objetivos e metas bem definidos sejam as razões do sucesso de uma determinada política. A implementação não se define no topo da administração, mas no ponto em que ações administrativas interceptam escolhas privadas”.

O autor observa que a análise *forward* refere-se a uma política onde a autoridade é centralizada onde há comando e controle; e na *backward* a autoridade é dispersa e há delegação e entendimentos, em uma política descentralizada.

Para Elmore (1979/80) a teoria da implementação constata que decisões não são auto-executadas, sendo necessário aprofundar os estudos de implementação com orientação econômica e os da linha administrativa e política.<sup>8</sup> O processo de implementação pressupõe a barganha e, por isso incompatível com a análise *forward*, essencialmente autoritária.

Eugene Bardach (1977) “vê o processo de implementação como o processo de interação estratégica entre numerosos interesses especiais, no qual todos defendem seus próprios interesses – que podem apresentar maior ou menor incompatibilidade com a política - tendo cada grupo sua própria agenda. Cada parte desse processo situa-se em algum lugar, e a barganha se estabelece justamente quando se deve agregar as partes em função de um objetivo”.

Merilee Grindle (1980) elabora um modelo de processo político onde os limites e condicionantes ocorrem em função do: (i) conteúdo da política; (ii) contexto político da implementação; e (iii) espaço administrativo em que se desenvolve a política. A

---

<sup>8</sup> Elmore faz crítica a esses tipos de estudos. Os de linha econômica vêem a implementação de políticas como a escolha influenciada por organizações que utilizam ou mecanismos de mercado (privados) ou de não-mercado (públicos). Assim, por exemplo, Shultze (1977) vê a implementação como o uso de técnicas que modificam a estrutura dos incentivos privados; e Kenneth Arrow (1974) e Oliver Williamson (1975) caracterizam a implementação como a tradução do fracasso das teorias do não-mercado (fracasso das organizações). Em relação aos estudos da linha administrativa e política, o autor critica Bardach (1977) , e Pressman e Wildavsky (1973), para quem o sucesso depende do controle hierárquico e da fixação dos pontos de intervenção. Também critica Weatherly e Lipsky (1977) por considerarem que é o entendimento do burocrata do *street level* que responde pelo sucesso de uma política. Segundo Elmore, confunde-se tipos de comportamento (Bardach) e entendimento, juízo e critério (Weatherly) com análise estratégica.

análise do comportamento dos atores deve considerar a capacidade de poder, os interesses, as estratégias e as características do regime com o qual interagem.

À luz dos conceitos apresentados conclui-se que o ponto de equilíbrio na implementação de políticas públicas será alcançado quando existir responsabilidade com flexibilidade, suporte técnico compatível com a demanda, *feedback* das informações transmitidas e controle sobre a distribuição de recursos para atingir as metas estabelecidas.

#### **Fase 4 - A Avaliação de Políticas**

Com o objetivo de identificar os estudos de avaliação de políticas sociais Rolando Franco e Ernesto Cohen (1988) relacionam quatro tipos de análise: (i) investigação; (ii) investigação avaliativa; (iii) avaliação; e (iv) monitoramento, com algumas características do estudo: (i) momento de realização; (ii) objeto e objetivos definidos; (iii) técnicas utilizadas; e (iv) relação estabelecida com a política.

Portanto, fazendo-se um paralelo entre as alternativas acima explicitadas pode-se estabelecer uma relação entre as fases das políticas e os tipos de avaliação demandada:

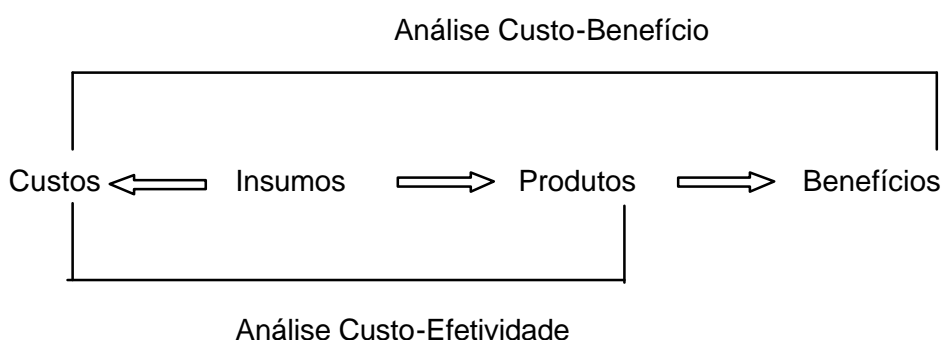
- ◆ fase de construção da agenda: estudos de processo decisório;
- ◆ fase de formulação: estudos de processo decisório, de custo-benefício e custo-efetividade;
- ◆ fase de implementação: estudos de processo decisório e de avaliação do processo de implementação (avaliação de processo); e
- ◆ fase de avaliação: estudos avaliativos.

Apresentam-se dois tipos de estudos de avaliação: a investigação avaliativa e a avaliação propriamente dita, que é *ex-post*, distingue-se pela natureza, modelo de avaliação, tamanho, métodos e lógica da avaliação e ocorrem durante e depois da fase de implementação, podendo ser de processo ou de impacto. A primeira estuda a fase de implementação de determinada política e a segunda estuda o efeito dos resultados de uma política, como a seguir apresentado:

- “Avaliação de processo – seu objeto é a aferição da adequação entre os meios e os fins, considerando no contexto em que a política está sendo implementada os aspectos organizacional e institucional, social, econômico e político. O objetivo do estudo é permitir a correção do modelo de causalidade da implementação, visando reorientá-lo em função dos objetivos propostos”.
- “Avaliação de impacto – objetivo de medir os resultados dos efeitos de uma política e determinar se houve modificação; a magnitude dessa modificação; quais segmentos afetaram e em que medida; e quais foram às contribuições dos distintos componentes da política na realização de seus objetivos”.

As avaliações *ex ante* têm como conteúdo o custo-benefício e o custo-efetividade de uma política, podendo ser apresentadas na Figura 3 a seguir:

**Figura 3**  
**Avaliações *ex ante***



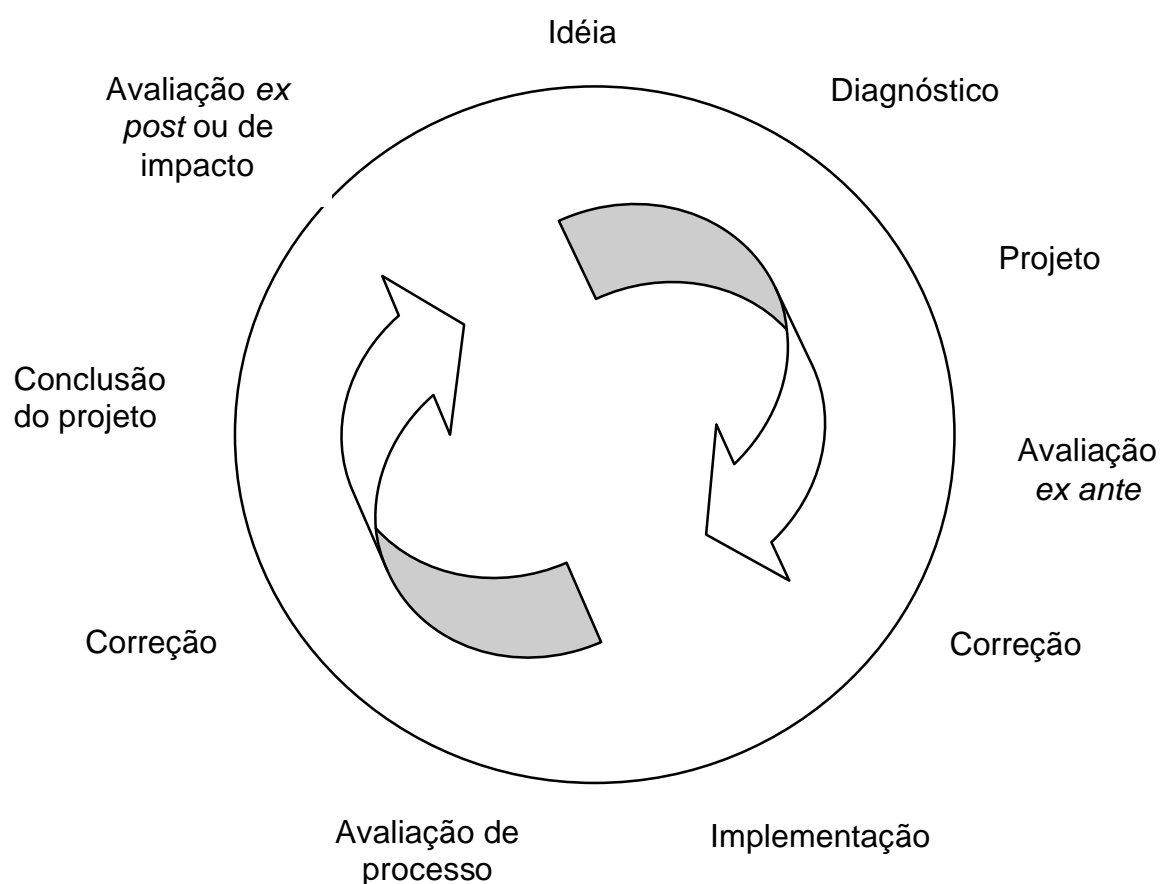
Fonte: Rolando Franco e Ernesto Cohen (1988) citado em Viana, Ana Luiza. 1996. “Abordagens metodológicas em políticas públicas” na Revista de Administração Pública, vol. 30 No 2

- **Custo-Benefício** – configura-se em uma relação monetária entre os custos e os benefícios de uma política. Para que uma política seja aceitável os benefícios têm que ser superiores ao seu custo e esse cálculo deve comparar bases de informações de um mesmo período, ou seja, o valor atual líquido dos benefícios sobre o valor atual líquido dos custos. Utiliza-se, preferencialmente, análise de custo-benefício para projetos econômicos, pois seus benefícios são mais facilmente qualificáveis.

- Custo-efetividade – definido como: “dado um montante limitado de recursos, estes devem ser aplicados de forma tal que permitam um maior número de unidade de resultados ou benefícios, qualquer que seja o valor da unidade de resultado”. É geralmente empregado em projetos sociais devido a sua natureza de análise não requerer uma relação monetária.

Rolando Franco e Ernesto Cohen (1988) definiram um esquema dos estudos de avaliação de uma política onde as ações realizadas em determinado projeto transformam uma situação atual em uma nova situação objetivo. Esse esquema permite um detalhamento das análises a serem realizadas nos diferentes momentos da política, formando um verdadeiro ciclo.

**Figura 4**  
**Ciclo do Projeto**



As variáveis são o instrumento de análise das políticas e podem dividir-se em: (i) variáveis-parâmetro – indicam as condições de uma política; (ii) variáveis-instrumento – independentes da política; e (iii) variáveis-objetivo – dependentes da política ou que designam o objetivo da política.

A avaliação deve submeter-se a dois critérios: validade - indica a sintonia entre o que se mediu e o que se pretendia medir; e confiabilidade – indica as variações de tempo, de indicadores e de leitura. Quanto maior o erro admitido na avaliação menor será o grau de confiabilidade, pois um é razão inversa do outro. “É possível haver confiabilidade mas não validade, porém não há validade sem confiabilidade”.

Com base em todos os conceitos coletados e apresentados por Viana (1996), apresentam-se a seguir os **Modelos Explicativos** propostos para as diferentes fases das políticas públicas:

- **modelo de processo burocrático** caracteriza-se pela identificação dos objetivos, dos papéis e das tecnologias definidas para sua operação dentro da estrutura organizacional responsável pela implementação da política. Essa estrutura condiciona o sucesso da implementação da política em função das rotinas estabelecidas em cada nível da organização e entre os “trabalhadores de linha” (burocracia local ou do *street level*), ou seja, os que tem contato com o cliente.

Segundo Medina (1987), “a implementação falha porque os formuladores de política não compreendem as condições reais sob as quais são prestados os serviços, e a tendência à inércia mina os propósitos iniciais dessa política”.

Para Viana (1996), o ponto fraco desse modelo é a ausência de percepções quanto: “as necessidades psicológicas e sociais dos atores; os problemas relativos ao conflito de interesses e à barganha intra e interorganizações; e as ambigüidades e incertezas na solução de problemas e no processo de tomada de decisão”.

- **modelo de recursos humanos** destaca a importância do relacionamento das pessoas e organizações, na busca de cooperação, consenso e laços interpessoais. Segundo Medina (1987), “seu foco está na melhor maneira de

conjugar as necessidades dos indivíduos, bem como suas habilidades e valores, papéis e relacionamentos, de forma a atingir os propósitos da política. A chave do sucesso seria ajustar pessoas a organizações, encontrando a forma organizacional mais adequada para que os indivíduos realizem o seu trabalho gostando do que estão fazendo”.

O principal aspecto desse modelo é à busca da obtenção de consenso e acomodação entre formuladores e implementadores, entretanto, segundo Viana (1996) “não trata as condições de conflito, instabilidade e dissensão, e reforça isoladamente a cooperação, o consenso e a criação de laços interpessoais fortes, o que implica um caráter mais normativo que descritivo”.

- **modelo político** caracteriza-se pela ênfase dada ao conflito, a barganha, a coerção e o compromisso ao invés do consenso dentro das organizações. É como se as organizações fossem sistemas de indivíduos e grupos interatuantes, defendendo interesses e ideais particulares pelo uso de poder.

Para Viana o ponto fraco e o forte do modelo se confunde: “na medida em que permite interpretar eventos isolados, sem atribuir-lhes um propósito geral, ele não oferece um critério rigoroso para o sucesso ou fracasso de uma política, pois todos os seus julgamentos normativos são simples assertivas de vantagens relativas no processo de barganha”.

- **modelo simbólico** enfatiza o significado de um acontecimento, não simplesmente pelo que ocorreu, mas como as pessoas o interpretam. As pessoas criam símbolos quando se deparam com situações de duplicidade e incerteza dos processos das organizações e isto, dificulta o enfoque racional necessário para promoção de uma análise consistente.

A seguir apresenta-se um quadro contendo a indicação do momento de utilização de cada modelo, considerando as características das políticas:

**Quadro 4**  
**Utilização dos Modelos**

| <b>Características</b>                     | <b>Racional /<br/>burocrático</b> | <b>Recursos<br/>Humanos</b> | <b>Político</b>      | <b>Simbólico /<br/>anárquico</b>         |
|--|-----------------------------------|-----------------------------|----------------------|--|
| Objetiva ou<br>subjetiva                   | Objetiva                          | Subjetiva                   | Objetiva e subjetiva | Subjetiva                                |
| Técnica ou<br>distributiva                 | Técnica                           | Técnica ou<br>Distributiva  | Distributiva         | Distributiva                             |
| Nível de<br>ambigüidade                    | Baixo                             | Moderado                    | Moderado a alto      | Alto                                     |
| Recursos                                   | Escassos a<br>moderados           | Moderados a<br>abundantes   | Escassos             | Escassos a<br>abundantes                 |
| Nível de conflito                          | Baixo a moderado                  | Moderado                    | Moderado a alto      | Moderado a alto                          |
| De cima p/ baixo<br>ou de baixo p/<br>cima | De cima p/ baixo                  | De baixo p/cima             | De baixo p/cima      | De cima p/baixo<br>ou de baixo<br>p/cima |

Fonte: Viana, Ana Luiza. 1996. "Abordagens metodológicas em políticas públicas" na Revista de Administração Pública, vol. 30 No 2

A opção de utilização do modelo ideal está associada ao momento político em que se está implementando o projeto, ao grau de autonomia que uma organização tem e ao tipo de administração que se pretende implementar. Uma proposta que parece interessante seria a possibilidade de adaptação de parte de um modelo associada a outro de modo a complementar e aumentar as alternativas conforme cada necessidade.

De algum modo, segundo Chiavenato (1989), sempre existiu na história da humanidade alguma forma de administração, mesmo que improvisada. Após a 2ª Revolução Industrial, por exemplo, ocorreu uma significativa expansão de grandes empresas, tornando-se imprescindível a implementação de uma forma mais organizada e sistematizada de gerenciamento na busca da eficiência, com a redução de desperdício e dos custos de produção.

Para entendimento da evolução das Teorias das Organizações pode-se tomar como exemplo dois paradigmas do pensamento gerencial apresentado por Guerreiro Ramos (1983): O Fordismo (período caracterizado pela produção em série, em



massa) e o Pós-fordismo (caracterizado pela flexibilização). Esses extremos são pontos de referência para a identificação da evolução das Teorias fundamentadas segundo a natureza da relação sujeito-objeto, e também nas racionalidades instrumentais (meios e fins) e substantiva (valores e conhecimentos).

Considerando que as organizações são sistemas probabilísticos e não determinísticos, as Teorias Organizacionais, em geral, cometem enganos quando tratam empiricamente seus fundamentos, sem a preocupação com a comprovação científica. Além disso, por mais completa que seja uma teoria, existem variáveis e cenários que não foram pensados no momento de sua elaboração, tornando-as deficientes quanto à resolução de novos problemas.

A evolução das organizações tem observado um “*continuum*” – de Fordista a Pós-fordista – que transita entre a Abordagem Clássica do Homem-Econômico e vai até a Contingencial do Homem-Complexo. Entretanto, esse *Homem* não conseguiu, ainda, lidar com o todo da organização, com os problemas de intersubjetividade da organização, de forma a garantir seu êxito.

A Teoria Crítica Habermasiana vem tentar fazer esse elo de ligação, seria uma reconstrução na busca da razão por meio da interação de indivíduos nos seus diversos papéis, ou seja, a racionalidade comunicativa viabilizando a concretização das racionalidades instrumental e substantiva.

Atualmente, as organizações procuram uma gestão social com base na participação dos envolvidos de uma forma democrática, porém, esperando ter pessoas capacitadas e com conhecimento atualizado para a tomada de decisão. É uma gestão participativa, consistente e revolucionária do ponto de vista social, onde, a cidadania deve nortear os passos das organizações, sejam elas públicas ou privadas.

A flexibilização da estrutura e do sistema existente, exigindo uma diversificação de papéis e multiplicidade de tarefas conduz a identificação de um novo indivíduo na organização: o Homem-Flexível.

A Administração Científica, de Taylor, citada por Chiavenato (1989), buscando alcançar a eficiência industrial, definia como imprescindível que “a improvisação deve ceder lugar ao planejamento e o empirismo à ciência”. Ou seja, a otimização dos poucos recursos disponíveis passa por um planejamento bem estruturado e integrado que compartilhe informações, de modo a possibilitar a correção de rumos e o pleno atendimento a novas demandas emergenciais surgidas.

Segundo o pensamento habermasiano “a linguagem é concebida como garantia da democracia, isto é, uma forma política derivada de um livre processo comunicativo dirigido a conseguir acordos consensuais em decisões coletivas”. O objetivo de Habermas é, portanto, “desenvolver uma teoria que diferentemente da teoria tradicional, positivista, denunciada por Horkheimer, permita uma práxis social voltada para um conhecimento reflexivo de uma práxis política que questione as estruturas sócio-política-econômica existentes. A intenção é propor uma teoria que livre o homem dos dogmatismos e que contribua para sua emancipação”. Desta forma, Habermas introduz o conceito de racionalidade comunicativa como sendo, juntamente com o trabalho, o elemento da evolução da espécie humana, Tenório (1998).

A incorporação da racionalidade comunicativa, assegurada pela sociedade civil organizada, é uma clara demonstração do resgate à cidadania. Além disso, é a garantia da realização de ações efetivas que disponibilizam serviços condizentes com os anseios e necessidades da população.

O papel da sociedade mudou, a formulação e a condução das políticas públicas não é responsabilidade exclusiva do Estado ou das organizações públicas, mas sim do controle social, CNS (2001) “que aqui é entendido como o controle sobre o Estado pelo conjunto da Sociedade Organizada em todos os segmentos sociais. Evidentemente, esse controle deve visar o benefício do conjunto da sociedade, e deve ser permanente. Por isso, quanto mais os segmentos da sociedade se mobilizarem e se organizarem, maior será a pressão e o resultado, para que seja efetivado o Estado Democrático”.

As formas de pressão e controle identificadas, ocorreram devido às iniciativas dos movimentos e entidades da sociedade civil organizada. O controle social seria a resultante da articulação e da negociação dos interesses particulares de cada segmento, a favor dos interesses e direitos dos cidadãos. Ao ser exercido pelo conjunto das entidades e instituições da sociedade organizada, tende a ser o controle mais efetivo e legítimo, com respostas mais concretas para as demandas e necessidades da sociedade.

A legitimidade, a autoridade e a forma como o Estado está estruturado são fatores decisivos no processo de negociação e formulação de demandas, Gramsci (1971). As ligações somente serão estabelecidas e só podem funcionar no contexto das relações de força, o que implica que não devemos considerar apenas como e onde os diferentes grupos sociais são inseridos no processo de produção, mas também a capacidade de cada grupo afetar o conteúdo e direção da política, (seja por ter suas necessidades traduzidas em demandas, seja por que suas necessidades são manufaturadas pelos tecnocratas governamentais).

“Os fatores que afetam a mobilização da população estão diretamente vinculados à percepção de carências comuns, numa profunda ligação com a noção de direitos básicos. Os movimentos se constituem a partir de dois elementos motrizes: as carências e o trabalho desenvolvido pela organização” Jacobi (1989). Sendo assim, podemos dizer que a partir da identificação de necessidades de um determinado grupo da sociedade, este deve organizar-se para que possa transformar essas necessidades em demandas. Porém, articulações com outros atores envolvidos ou grupos de interesse com órgãos de governo determinarão o destino dessas demandas por financiamento.

Existem também algumas necessidades que surgem, por exemplo, a partir de prioridades políticas momentâneas ou interesses particulares, que não se caracterizam por problemas da sociedade, mas que são transformadas em demandas, e dependendo do tipo de articulação realizada, podem tornar-se Projetos.

Segundo Gonçalves (1998): “Por transformação de necessidades em demandas nós estamos essencialmente nos referindo ao processo pelo qual a burocracia de Estado absorve tensões sociais e conflitos exercidos pelos vários setores da sociedade (i.e., fundamentalmente aqueles comumente referidos como ”oprimidos”, “marginais”, em classes “populares”, mas também as diferentes facções lutando dentro do Estado). Os meios pelos quais essa “transformação” pode ser analisada não consistiriam meramente de um exame dos projetos em si, porém, ainda mais importante que isso, das várias circunstâncias interconectadas, as quais prefiguraram e levaram à decisão de formular o projeto em questão. Essas “circunstâncias” são variadas e compreendem, por exemplo, todos os fatores componentes relevantes que podem ser considerados como constituindo a “história da emergência do projeto.”

O envolvimento da sociedade é fundamental no momento da identificação das necessidades e na transformação das demandas de forma que possa exercer o seu papel no controle social, durante o processo de realização das ações, atuando como co-responsável pelo monitoramento e acompanhamento dessas ações do Estado. A definição prévia de indicadores de desempenho e instrumentos gerenciais qualitativos será o parâmetro pelo qual a sociedade poderá avaliar os resultados obtidos, Gonçalves (1998).

## **CAPÍTULO II**

### **POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE**

## CAPÍTULO II - POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

O processo de formulação e implementação do Projeto de Serviços Básicos de Saúde no Nordeste - PNE I durou mais de uma década (assinado em 1986 e concluído em 1995) atravessou um período marcado por inúmeras e profundas mudanças políticas e institucionais que resultaram na reestruturação do Sistema de Saúde. O PNE I foi formulado como uma alternativa do Governo Federal para viabilizar a continuidade de programas de extensão de cobertura para a região nordeste e marcado por uma conjuntura de baixa capacidade financeira da União para garantir o financiamento desses programas.

Os aspectos da reestruturação do Sistema de Saúde que influenciaram significativamente a implementação do PNE I foram: (i) o processo de descentralização, como forma de organização dos serviços e ações de saúde; e (ii) o incremento da participação comunitária como instrumento de controle social.

Portanto, visando possibilitar um melhor entendimento das negociações políticas e gerenciais que resultaram na contratação do Acordo de Empréstimo com o Banco Mundial – BIRD para financiar as ações do PNE I bem como, dos problemas e dificuldades enfrentados durante a sua vigência, faz-se necessária uma caracterização e demonstração da evolução ocorrida na Política Nacional de Saúde no período que vai desde a sua concepção até sua efetiva implementação.

Na década de 70, a promulgação da Lei 6.229/75, que organiza o Sistema Nacional de Saúde – SNS, estabeleceu, contraditoriamente ao seu intento, problemas na provisão de serviços de saúde no Brasil. Essa lei, repleta de ambigüidades, praticamente preservou o *status quo* setorial.

Nesse período, a divisão de responsabilidades pela provisão de serviços de saúde acentuava o papel do Ministério da Previdência Social na prestação de serviços de saúde curativa de caráter individual, à clientela previdenciária, em contraposição ao papel do Ministério da Saúde que, embora na Lei assumisse a posição de destaque como coordenador do Sistema, tinha como responsabilidade, juntamente com as Secretarias de Saúde, a provisão de serviços de saúde preventivo e de caráter coletivo.

Pela Lei do SNS, o Ministério da Saúde, o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Ministério da Educação (hospitais universitários) na área federal, além das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, não tinham nenhum mecanismo eficaz de coordenação. A tentativa de definir responsabilidades às instituições envolvidas na prestação de serviços públicos de saúde resultou inócua por falta de condições políticas. Mesmo assim, começaram a prosperar algumas iniciativas de cooperação interinstitucional, com o objetivo de conferir maior coordenação à atuação dos órgãos setoriais e de universalizar o acesso aos serviços de saúde, ainda que de forma incipiente, localizada e não igualitária.

A primeira iniciativa restritiva de universalização do acesso veio, anteriormente à Lei do SNS, com o Plano de Pronto Ação – PPA (MPAS, Portaria n.º 158, de 18.02.74), no âmbito da previdência social. Esse Plano facultou, a partir de 1974, o atendimento em unidades próprias da previdência e em serviços privados contratados a qualquer pessoa em situação de emergência, independentemente de comprovação de vínculo previdenciário.

A segunda iniciativa foi por meio do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS (Decreto n.º 78.307, 24.08.76). Esse Programa, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, inicialmente focalizado na região Nordeste e, em 1979, estendido para o restante do país, ampliou a participação da Previdência Social no atendimento universal à saúde. O PIASS promoveu a ampliação da rede básica de saúde (Postos, Centros e Unidades Mistas de Saúde) e de saneamento (sistemas simplificados de abastecimento de água e destino de dejetos em localidades com menos de 20.000 habitantes), sobretudo no Nordeste.

A responsabilidade pela alocação dos recursos para o financiamento da infraestrutura física da rede básica era do Ministério da Saúde, restando aos estados, municípios e Previdência Social a garantia da operacionalização e da manutenção da rede. Pode-se afirmar que o PIASS marcou o início da política de apoio da previdência social a programas integrados de cobertura universal, com ênfase na prestação de serviços de saúde.

A década de 70 foi marcante na questão do controle social, pois é quando acontece a verdadeira explosão de migração populacional para as periferias das cidades grandes, conseqüentemente da enorme concentração da renda e desigualdade social na população.

Houve, nessa ocasião, grande aumento na criação de associações de moradores, entidades religiosas, movimentos feministas, entidades filantrópicas e outros movimentos comunitários, que passaram a exercer atividades e pressões de controle, ainda fracionando por segmento, em função de reivindicações específicas, inclusive serviços de saúde, direcionados principalmente às prefeituras municipais.

A prioridade de Governo, dada no início da década de 80, enfatizava a necessidade de implantação de um processo de articulação setorial, resultando na publicação de uma Portaria Interministerial (MS/MPAS n.º 5, de 11.03.80). Essa Portaria cria mecanismos de articulação como a CIPLAN – Comissão Interinstitucional de Planejamento<sup>9</sup>, com a principal função de fixar os repasses federais dos dois ministérios (MS e MPAS) para financiamento das redes estaduais e municipais, além de estabelecer formas de articulação entre MS, MPAS e MEC.

Considerando a crise financeira da Previdência Social, nesse mesmo período tiveram que ser utilizadas novas medidas de contenção e racionalização de despesas previdenciárias e de assistência médica, além da necessidade de promoção de uma maior interlocução dentro do Ministério da Saúde e nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Para tanto, em 1981 foi criado o Conselho Consultivo de Administração Previdenciária – CONASP (Decreto n.º 86.329, de setembro de 1981), vinculado ao MPAS.

---

<sup>9</sup>Composição da CIPLAN, presidida pelos Secretários-Gerais dos dois Ministérios, e composta por representantes dos Ministérios da Saúde, Previdência e Assistência Social e da Educação.



A meta principal do Conselho era a contenção de gastos, retratada, logo de início pela regulamentação de medidas de diminuição de despesas e de aumento da receita, a prestação de atos médicos de alta tecnologia, pela instituição de contribuição previdenciária para aposentados e pelo aumento das alíquotas de contribuição dos empregados (de 8% para 8,5% e 10%, dependendo da faixa salarial) e as contribuições patronais de 8% para 10%.

Posteriormente, em agosto de 1982, foi lançado o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social – conhecido como Plano do CONASP – cujas principais diretrizes incluíam: (i) prioridade para a atenção primária de saúde; (ii) integração das diferentes instituições públicas de saúde em um sistema único regionalizado e hierarquizado; (iii) a diminuição da capacidade ociosa do setor público; (iv) a racionalização das indicações e práticas terapêuticas de custo elevado e/ou fora do país; e (v) o estabelecimento de rigorosos limites orçamentários e simplificação das modalidades de pagamentos de contratos e convênios.

É importante observar que, pela primeira vez, passam a fazer parte do discurso oficial da assistência médica previdenciária, conceitos como prioridade para a atenção primária, ora a integração com outras agências públicas e ora o uso pleno da capacidade instalada do setor público. Em consequência da política implementada pelo CONASP e de entendimentos realizados entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Assistência e Previdência Social – MPAS, surgem em 1984 as Ações Integradas de Saúde – AIS. Aparecem como uma nova estratégia de atuação baseada em uma maior articulação setorial, mediante a introdução de mecanismos de ação colegiada<sup>10</sup> nas diversas instâncias de governo.

É neste período de transição da estratégia das Ações Integradas de Saúde – AIS para o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – SUDS que o PNE I entrou em efetividade. O SUDS com o objetivo principal de consolidação e desenvolvimento qualitativo das AIS, permanece com atenção voltada aos colegiados de coordenação e enfatiza a proposta de descentralização

---

<sup>10</sup> Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação – CIPLAN, ao nível federal, as Comissões Interinstitucionais de Saúde – CIS, no âmbito dos estados; as Comissões Regionais Interinstitucionais de Saúde – CRIS, no âmbito das Diretorias Regionais de Saúde dos Estados; e as Comissões Municipais ou Locais de Saúde – CMIS ou CLIS.

da gestão do sistema, com foco nas Secretarias Estaduais de Saúde, as quais tinham responsabilidade de coordenadores dos Sistemas Estaduais de Saúde.

O desenvolvimento do SUDS apresentou dois momentos com orientações distintas<sup>11</sup>. No primeiro, destacam-se: (i) a desconcentração para estados e municípios, das ações de saúde com incremento de recursos financeiros ainda que mantida a tramitação por convênios; (ii) a desestabilização programada do INAMPS, identificada como instituição sustentadora do modelo médico-assistencial privatista; (iii) o aperfeiçoamento dos mecanismos de Programação e Orçamentação Integrada – POI; e (iv) o reforço das decisões colegiadas, por meio das Comissões Interinstitucionais de Saúde – CIS.

Num segundo momento, há uma tentativa de revitalização do INAMPS e da recentralização decisória, com base num suposto despreparo das secretarias estaduais e municipais de saúde para a gestão dos serviços, levando à diminuição do repasse de recursos e atrasos nas suas liberações.

O SUDS, enquanto estratégia de transição, aprofunda a discussão em torno do movimento de reorganização do Sistema de Saúde. O MPAS, premido pela crise financeira da previdência, evidenciada a partir do início dos anos oitenta, passa a liderar essa discussão no nível federal, visando não perder o controle do processo.

Para compreender a profundidade e o sentido das mudanças que estavam nascendo no seio do movimento sanitário, é preciso analisar o ano de 1986. Nesse ano realizou-se a VIII Conferência Nacional de Saúde, a primeira na transição democrática, que representou a culminância de um processo de formação político-ideológica do projeto de reforma sanitária. Essa Conferência, precedida de conferências estaduais e municipais, reuniu milhares de delegados representando todos os segmentos sociais interessados na reorientação da política e na reorganização do sistema de saúde.

A Conferência, ao lado de conceituar a saúde como resultante de condições econômicas, políticas e sociais, reconhece-a como direito inerente à condição de cidadão e dever do Estado. Propõe a instituição de um sistema único de saúde,

---

<sup>11</sup> Estes dois momentos são: do início da criação do SUDS até o final da gestão Hésio Cordeiro na presidência do INAMPS e o segundo, na gestão José Serrão. Maiores detalhes em Mendes, E.V., 1991, p.27.

tendo como princípios à universalidade e a integralidade da atenção, a descentralização, com comando único em cada esfera de governo, como forma de organização, e a participação popular como instrumento de controle social. Essas diretrizes foram posteriormente incorporadas ao texto constitucional.

Outra inovação na Constituição de 1988, no campo conceitual e organizacional, foi a introdução do conceito de seguridade social, definida como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (C.F., Art. 194). Os primeiros anteprojetos da Constituição não contemplavam a integração das três áreas.

Boa parte das propostas que antecederam a esses anteprojetos, com destaque para as recomendações da VIII Conferência Nacional de Saúde, propunha solução diametralmente oposta: a separação definitiva das áreas de previdência social e de saúde e o financiamento da saúde com recursos tributários, de modo que as contribuições sociais passassem a se destinar, exclusivamente, ao custeio das pensões, aposentadorias e outros encargos previdenciários.

Outra idéia, que era a fusão das três áreas num único Ministério, não prosperou e a integração, pelo menos orçamentária, deveria ser assegurada pela criação do OSS – Orçamento da Seguridade Social, com fontes específicas, destinado a financiar as atividades de saúde, previdência e assistência social.

No capítulo específico da saúde, a Constituição de 1988 trouxe uma radical transformação para o sistema de saúde brasileiro ao reconhecer a saúde como direito social (C.F. Art. 196) e ao estabelecer uma nova forma para a atuação estatal, criando o Sistema Único de Saúde – SUS, com as diretrizes de atendimento integral, descentralização e participação comunitária e a participação da iniciativa privada em caráter complementar.

A questão da saúde pública no Brasil resgata um compromisso com a dignidade da atenção à saúde como direito de cidadania e dever do Estado. Procura assim transcender os limites de uma declaração formal, com um objetivo de diminuição das desigualdades decorrentes das próprias condições de vida dos cidadãos, situados em diferentes locais e extratos sociais em nosso país.

Pode-se dizer que o SUS é regido por três grupos de princípios básicos:

(i) Princípio da Cidadania

- Saúde como direito de cidadania e obrigação do Estado em provê-la.

(ii) Princípios Finalísticos

- Universalização da atenção (assistência) à saúde da população;
- Equidade (toda a população, independente de local, raça ou credo tem direito ao mesmo tipo de atenção à saúde);
- Integralidade das ações (ações curativas e preventivas)

(iii) Princípios Organizativos

- Descentralização do processo de gestão;
- Hierarquização dos serviços de saúde;
- Comando único por nível de gestão.

Após dois anos da promulgação da Constituição Federal, ocorreu a regulamentação e definição das diretrizes gerais para operacionalização do Sistema Único de Saúde - SUS por lei ordinária (Lei 8.080/90), além da regulamentação, em seu artigo 35, dos critérios de transferência financeira para estados e municípios.

Em 1991 foi sancionada a Lei n.º 8.142/90, que resgatou os mecanismos institucionais de controle social, vetados na Lei n.º 8.080/90, e ao mesmo tempo, impondo um conjunto de requisitos legais para a descentralização da saúde, que seriam conhecidos como critérios para habilitação de estados e municípios à gestão descentralizada.

Esses critérios são: existência de fundo e conselho de saúde; contrapartida financeira para a saúde no orçamento fiscal de cada esfera de governo; comissão para elaboração de plano de cargos, carreira e salários; plano de saúde; e elaboração anual de um relatório de gestão.

A Constituição Federal de 1988 e as Leis n.º 8.080/90 e 8.142/90 apontaram as diretrizes básicas para a organização de um Sistema Único de Saúde no país que, em síntese, deveria enfrentar e superar, quatro grandes desafios:

1. mudar o modelo de gestão do sistema de saúde, descentralizando-o e dando autonomia gerencial e financeira para cada esfera de governo, em um sistema hierarquizado, superando, pela primeira vez na história do país, os limites da gestão da saúde atrelada ao sistema previdenciário;
2. universalizar, garantindo ao conjunto da população brasileira, atendimento à saúde de boa qualidade, gratuitamente, como responsabilidade do Estado, tendo como complementar o setor privado filantrópico e lucrativo de prestação de serviços de saúde;
3. modificar o modelo de atenção à saúde, superando a dicotomia entre os procedimentos coletivos e preventivos, a cargo do Ministério da Saúde, e os procedimentos individuais e curativos, sob responsabilidade do INAMPS/Ministério da Previdência Social, garantindo a integralidade das ações sobre os indivíduos e o ambiente, rompendo com um sistema organizado pela oferta e passando progressivamente a um modelo que tivesse por base a epidemiologia e a organização com base territorial e clientela adstrita; e
4. democratizar as informações e garantir a participação da população na definição das prioridades da política de saúde, no acompanhamento de sua execução e na fiscalização do sistema, em cada uma das esferas de governo.

Nesse contexto, destacam-se dois importantes aspectos da Política Nacional de Saúde que influenciaram, significativamente, a implementação do PNE I, quais sejam o avanço do processo de descentralização e a inserção da sociedade no controle das ações planejadas e realizadas pelo setor público.

Apesar dos preceitos constitucionais de descentralização estarem vigentes desde 1988 – um ano após o início do PNE I – a regulamentação desse processo começou a ser feita dois anos depois, em 1990, e, pode-se dizer, que até 1993 não se tinha ainda uma estratégia de implementação definida para conduzir a descentralização. Mas de qualquer forma pode-se afirmar que as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde passaram a receber mais recursos federais, criando assim melhores condições de manutenção das unidades de saúde implantadas com recursos do PNE I.

Uma das mudanças mais importantes da política de organização do sistema nacional de saúde ocorridas durante o período de implantação do PNE I, relacionada a orientação do processo descentralizador, foi o novo papel dos municípios. Com a nova política, o modelo organizacional previsto pelo Projeto tornou-se inviável, necessitando de adaptações e reformulações.

A inflexibilidade inicial existente dificultou a aderência do PNE I às transformações em curso na Política Nacional de Saúde, fazendo com que os investimentos realizados pelo Projeto não se articulassem de forma integrada, com outros investimentos realizados no âmbito de cada estado.

A aderência do processo de descentralização e da participação popular nos estados do PNE I, veio como resposta ao quadro alarmante que se observava pelos indicadores de acesso aos serviços, de morbidade e de mortalidade infantil da região Nordeste, principalmente, quando comparados a outras regiões do país, mesmo considerando os avanços recentes no aumento da cobertura dos serviços de saúde.

O Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, elaborado pela Organização das Nações Unidas – ONU, reflete claramente essa triste realidade.<sup>12</sup> A Tabela 1 a seguir apresenta os indicadores dos três estados do nordeste que fazem parte do PNE I para que se possa avaliar a precariedade da situação em relação ao restante do país. A qualidade do Ensino Fundamental é insatisfatória obtendo uma taxa de escolaridade nove pontos abaixo da média nacional e de reprovação com seis pontos acima da média do país. Os diferenciais se repetem também quanto aos serviços de saneamento básico e eletricidade, bem como os bens duráveis (rádio, telefone e televisores).

---

<sup>12</sup> O indicador para a área de saúde mede, em anos, a esperança de vida ao nascer. Para a educação são os seguintes: (i) taxa de alfabetização da população de 15 anos de idade ou mais, e (ii) o número de matrículas no ensino fundamental, médio e superior, dividido pela população em idade escolar. E para a renda o indicador é medido pelo PIB, em dólares, ajustado pelo poder de compra em cada país. As taxas brutas dos indicadores das três áreas são transformadas em índices (proporcional; à posição de cada país no ranking) que depois somados, obtém-se então o IDH.

**Tabela 1**  
**Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): *Ranking* dos estados do PNE I**

| ESTADOS          | IDH   | Posição no <i>ranking</i> segundo IDH |         |
|------------------|-------|---------------------------------------|---------|
|                  |       | Na região                             | No país |
| Bahia            | 0,655 | 3                                     | 20      |
| Piauí            | 0,534 | 9                                     | 27      |
| Rio Grande Norte | 0,668 | 2                                     | 19      |

Fonte: PNUD/IPEA/IBGE/FJP – Desenvolvimento Humano e condições de vida: Indicadores brasileiros. Brasília, set., 1998 (Projeto PNUD BRA/97/007)

O *ranking* dos 50 melhores municípios segundo o IDH não inclui nenhum da região nordeste, porém, todos os 15 piores são nordestinos. Entretanto, observa-se que a região nordeste como um todo evoluiu positivamente comparando-se o período de 1970 a 1996. Conforme demonstrado na Tabela 2 abaixo:

**Tabela 2**  
**Região Nordeste: Evolução do IDH**

| Ano  | IDH   | Índice 1970 = 100 |
|------|-------|-------------------|
| 1970 | 0,299 | 100               |
| 1980 | 0,483 | 161               |
| 1991 | 0,557 | 186               |
| 1995 | 0,596 | 199               |
| 1996 | 0,608 | 203               |

Fonte: PNUD/IPEA/FJP. op.cit.

Considerando as dificuldades de desenvolvimento existentes na região, enfatiza-se a necessidade de apoiar o processo de descentralização das ações no nível dos estados, conforme os preceitos da Constituição de 1988, quanto ao fortalecimento do princípio federativo articulado às reivindicações de novos atores democratizantes que, ligados aos movimentos surgidos a partir da década de 1970, construíram uma nova cultura política, baseada nos direitos da cidadania, Limonci (1993).

Nos anos 80 houve um grande incremento da participação popular, consolidada na Constituição Federal de 88 e nas Leis 8.080/90 e 8.142/90 acrescentando uma força decisiva para o controle social dentro do Estado que são os Conselhos de Saúde<sup>13</sup> distribuídos nos seus respectivos níveis de governo.

Os Conselhos possuem características diferenciadas quanto a sua composição<sup>14</sup> pois reconhecem a necessidade de incluir representantes dos mais variados setores de modo que a pluralidade existente na própria sociedade seja respeitada. São constituídos por Conselheiros: metade das entidades representantes dos usuários, e na outra metade, além do Governo, entidades representantes dos prestadores de serviços e dos profissionais de saúde.

“Toda essa mobilização social e democrática visa assegurar a construção de um modelo assistencial fundamentado nos direitos de cidadania de toda a população, intersetorial, em defesa da vida e da saúde, e com acesso universal e eqüitativo a todos os níveis da atenção integral à saúde, efetivado por um modelo de gestão descentralizado e participativo, a custos perfeitamente viáveis para o PIB e para os orçamentos públicos.” CNS (2001).

Silva (1999) aborda o tema do Controle Social no contexto da Política de Saúde no Brasil e enfatiza que a criação de mecanismos de controle social, por meio da participação popular na formulação, gestão e acompanhamento da política, nos diferentes níveis de governo é vista na área de saúde como uma das formas previstas para democratizar o sistema. Com base nas diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, sugere como instâncias colegiadas de participação da sociedade civil a:

- (i) Conferência de Saúde - tem por finalidade a avaliação da situação de saúde da população e a definição de diretrizes para a política de saúde em seu nível

---

<sup>13</sup> Conselhos Municipais de Saúde como órgãos das Secretarias Municipais de Saúde, os Conselhos Estaduais de Saúde, órgãos das Secretarias Estaduais de Saúde e o Conselho Nacional de Saúde - CNS, órgão do Ministério da Saúde

<sup>14</sup> A composição paritária assegura que 50% dos representantes sejam usuários e 50% representantes de outros segmentos, notadamente governo, prestadores de serviços e profissionais de saúde.



de governo. É convocada pelo Poder Executivo a cada 4 (quatro) anos ou a qualquer momento, caso haja necessidade; e

- (ii) Conselhos de Saúde<sup>15</sup> - instituídos nas estruturas organizacionais da União, dos estados e dos municípios, tem como principal atribuição atuar na formulação de estratégias e no controle da política nacional de saúde, notadamente nas questões econômicas, técnico-administrativas e financeiras, conforme publicação do MS (1994:12): “A Lei Orgânica da Saúde prevê que o Conselho deve funcionar em caráter permanente e deliberativo. Assim, é um órgão colegiado que atua permanentemente, regularmente, e toma decisões. Por isso, não pode ser transitório, funcionar somente quando convocado e nem deixar de discutir e examinar as questões em pauta”.

Considerando as atribuições dos Conselhos de Saúde limitadas a atuação na formulação de estratégias e de controle da execução das políticas de saúde, reconhece-se que as competências típicas da Gestão, são: Planejamento, Orçamentação, Programação, Normalização, Direção / Gerência, Operacionalização / Execução e Controle / Avaliação.

Em 1991, O Instituto Brasileiro de Administração Municipal - IBAM realizou uma pesquisa em 481 municípios, o que representava 11% do universo nacional, sobre a atuação dos Conselhos Municipais e verificou que grande parte deles, apesar de terem caráter deliberativo, vem funcionando como instâncias de denúncias e circulação de informações sobre o sistema. Silva, (1999). A existência de Conselhos, naquele ano, pode ser observada na Tabela 3 a seguir:

---

<sup>15</sup> O Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), terão representação no Conselho Nacional de Saúde (Lei nº. 8.142, art. 1º)

**Tabela 3**  
**Distribuição de Municípios Segundo a Existência de Conselhos de Saúde**

| Regiões       | Amostra de Municípios | Conselho Municipal de Saúde |             |
|---------------|-----------------------|-----------------------------|-------------|
|               |                       | Abs                         | %           |
| <b>Brasil</b> | <b>481</b>            | <b>250</b>                  | <b>52.0</b> |
| Norte         | 11                    | 3                           | 27.3        |
| Nordeste      | 50                    | 29                          | 58.0        |
| Sudeste       | 226                   | 98                          | 43.4        |
| Sul           | 168                   | 101                         | 60.1        |
| Centro-Oeste  | 26                    | 19                          | 73.1        |

Fonte: IBAM – Centro de Pesquisas Urbanas – CPU/IBANCO, 1991

Observou-se também, como resultado da pesquisa, que a participação popular, por meio dos Conselhos de Saúde, era pouco eficaz no comprometimento dos cidadãos e, o seu poder de influência no processo decisório do Sistema de Saúde ainda muito insuficiente. Segundo Jacobi (1992) “o resultado tem sido uma pseudoparticipação, não ocorrendo efetivamente à descentralização do processo decisório. Ocorre, todavia, a sedimentação de uma lógica verticalizada de participação, patrocinada pelas esferas governamentais, favorecendo, dessa forma, uma participação restrita e limitada”.

Além das dificuldades operacionais para a criação dos Conselhos de Saúde e sua regulamentação, existe um importante fator que impede uma maior participação dos conselheiros nas decisões políticas e sanitárias que é a insuficiência e precariedade das informações de saúde. Essas informações deveriam ser transparentes a ponto de permitir aos cidadãos participantes, e demais representantes, entender a complexidade do setor e de sua gestão.

Sem informações para atuar concretamente, a participação passa a assumir um papel meramente formal na tentativa de definição das políticas de saúde e no exercício do controle social, sem contribuir, na amplitude desejada, para a democratização e descentralização político-administrativa pretendida pelo SUS.

A excessiva preocupação com os aspectos burocráticos e formais do funcionamento dos Conselhos de Saúde dificulta uma discussão mais aprofundada sobre as questões essenciais que impedem seu efetivo funcionamento. Destaca-se a ausência de comprometimento dos agentes envolvidos no processo, governo ou sociedade e dificuldades operacionais para colocar em prática as genéricas e abrangentes atribuições legais que são conferidas aos Conselhos e conselheiros, como salienta Carvalho (1994). Esses obstáculos promovem descontinuidades, anulam articulações e desmobilizam os participantes envolvidos no processo, influenciando negativamente a implantação do SUS.

A criação do Conselho, por decreto, não significa, necessariamente, um processo de participação e de efetivação do controle social do SUS. Cumpre, apenas, uma formalidade legal, incentivando o poder Executivo a exercer poderes utilizando-se de iniciativa concorrente com o Legislativo no encaminhamento de projetos de lei.

O Ministério da Saúde, em 1995, contratou uma pesquisa sobre a efetividade dos Conselhos e, concluiu que, principalmente, os estaduais ainda permaneciam atuando na mesma lógica dos resultados da pesquisa do IBAM, em 1991, ou seja, emitindo opiniões mais no campo político que no sanitário e pouco contribuindo para a definição de prioridades em saúde, apenas colhendo sugestões e reclamações de usuários.

Ainda em 1995 os Conselhos continuavam em processo de consolidação, não tendo suas decisões acatadas pelos governantes, exercendo pouca influência sobre as demais instâncias de participação na Política. “Tal fato possivelmente se deve ao conhecimento insuficiente da legislação, da situação sanitária e de outros aspectos necessários ao exercício do controle social em saúde, prática recentemente colocada no contexto social” (MS, op. cit.: 24).

No texto do CNS (2001) reconhece-se que os Conselhos de Saúde vêm acumulando a experiência de construir um palco de disputa de projetos da sociedade, com origem em cada um dos quatro segmentos que integram o Conselho de Saúde (usuários, prestadores de serviços, profissionais e governo), e por vezes de cada entidade, porém, uma disputa que vem se limitando e direcionando ao espaço da

construção da cidadania da Saúde e do SUS. É a característica legal dos Conselhos de Saúde, de serem simultaneamente Sociedade e Estado, que lhes confere esta limitação e direcionamento.

A busca pela participação desses Conselhos na mobilização de diferentes atores sociais é determinante para os avanços no SUS. A Reforma Sanitária Brasileira, ocorrida na década de 90, ampliou-se e apoiou-se na crescente reflexão, formulação de estratégias e produção de conhecimentos, geradas na prática dos “novos atores”. Esta prática vem trazendo uma riqueza impressionante no monitoramento, nas correções de rumos, na democratização da participação e no aprofundamento da própria Reforma Sanitária.

Segundo Fleury (1995), a Reforma Sanitária da última década, foi a mais profunda e mais inovadora por ter sido implantada em um período democrático e, por introduzir uma utopia igualitária, com resgate da cidadania, e pacto de solidariedade e justiça social. Colocou a área de saúde a frente de todas as iniciativas de descentralização implementadas até o momento.

Para melhor entendimento e conhecimento sobre as inovações e particularidades introduzidas pela Reforma Sanitária, a seguir apresentam-se algumas delas destacadas por Fleury (1995):

- (i) introduziu novos atores políticos e alianças com objetivos comuns, como por exemplo a criação dos Conselhos e a fixação de cronograma de realização das Conferências ;
- (ii) permitiu construir espaços de discussão e reflexão das ciências sociais em saúde, sem a dependência do Estado ou de instituições internacionais;
- (iii) alterou a lógica institucional, acabando com o INAMPS, instituição de maior poderio financeiro e incorporou um novo projeto;
- (iv) construiu a base jurídico-legal para o setor social, introduzindo a discussão sobre as modalidades de transferências de recursos e formas de financiamento e gestão;

- (v) introduziu formas compartilhadas de poder, como a pactuação e consertação e de relação estado-sociedade, fazendo com que atores de diferentes níveis de governo tenham o mesmo poder de discussão; e
- (vi) criou condições para uma nova base técnica no nível local, tornando-se apta a assumir as responsabilidades designadas pelo processo de descentralização.

Entretanto, observa-se que ainda há um leque de opções e alternativas a serem considerados, como os mecanismos de diminuição das desigualdades que ainda não são capazes de incorporar aqueles que estão fora do sistema. Buscando descrever essa temática Fleury (1995) cita Boaventura Santos quando diz que: “Direitos iguais quando a diferença inferioriza; direito de ser diferente quando a igualdade descaracteriza”.

Um outro ponto que ainda encontra-se pendente apesar das inovações da Reforma Sanitária Brasileira é o descompasso existente entre o crescente nível de atuação dos novos atores e a baixa expressão na esfera da produção acadêmica de conhecimentos e da formação de profissionais de saúde.

Esse ponto mereceu uma ênfase especial no documento do CNS (2001) pois demonstra o objetivo de buscar alternativas que minimizem a defasagem em relação a outros campos da Reforma Sanitária, iniciando um trabalho articulado entre universidades e serviços de saúde e o estabelecimento de mecanismos de cooperação para enfrentar os problemas de: produção de conhecimento, formação profissional e educação permanente.

### **CAPÍTULO III**

## **O PROJETO DE SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE NO NORDESTE - PNE I**

## **CAPÍTULO III - O PROJETO DE SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE NO NORDESTE - PNE I**

### **III.1 – Histórico e Características**

Em cumprimento a missão encomendada pela SEPLAN, o Ministério da Saúde - MS, contando com o apoio de técnicos do Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA e da própria Secretaria de Planejamento da Presidência da República - SEPLAN e da Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste - SUDENE, elaborou o documento “Ações de Saúde no Nordeste Rural – Bases para a Programação de Atividades”, que foi apresentado e aprovado pelos Secretários de Saúde do Nordeste, em reunião em Recife/PE, em 30 de abril de 1984.

Posteriormente, o MS contando com a colaboração da SUDENE, deu início ao trabalho de assistência técnica aos estados para a elaboração dos pré-projetos estaduais, consolidando-os numa proposta regional. O documento foi, em janeiro de 1985, enviado ao Banco Mundial, para pré-avaliação.

Por meio do Decreto nº 91.178, data de 01 de abril de 1985, a Presidência da República cria o Programa de Desenvolvimento da Região Nordeste – Projeto Nordeste, com duração de 15 anos, visava o desenvolvimento econômico e social da região<sup>16</sup>, o detalhamento das estratégias prioritárias para o desenvolvimento rural, urbano e dos diversos setores econômicos e sociais e a operacionalização de cada estratégia, por meio da implantação de programas prioritários. Para implementação do Projeto Nordeste foi criada uma Comissão Interministerial para elaboração das propostas setoriais.

Apesar da proposta enviada ao BIRD em janeiro de 1985, contemplar todos os estados da região, o Banco aprovou, inicialmente, um financiamento no valor total de US\$ 59,5 milhões previstos no Acordo de Empréstimo nº 2699/BR para financiar ações do Projeto de Serviços Básicos de Saúde – PNE I, para apenas quatro

---

<sup>16</sup> área sob a jurisdição da SUDENE, que incluía, além dos nove estados do nordeste, a área mineira do polígono das secas

estados: Rio Grande do Norte, Piauí, Bahia e Minas Gerais, cujos estágios de desenvolvimento institucional estariam mais avançados. Os demais estados da região receberiam recursos suficientes para o aprimoramento de suas propostas e o MS para promoção do seu fortalecimento institucional, conforme detalhamento contido na tabela abaixo:

**Tabela 4**  
**Distribuição dos Recursos Financeiros Previstos no**  
**Acordo de Empréstimo por Executor**

| <b>Executor</b>     | <b>Recursos Financeiros</b> |            |
|---------------------|-----------------------------|------------|
|                     | <b>Valor em US\$ 1.00</b>   | <b>%</b>   |
| Bahia               | 8,370,000                   | 14         |
| Minas Gerais        | 11,150,000                  | 19         |
| Piauí               | 10,830,000                  | 18         |
| Rio Grande do Norte | 11,100,000                  | 19         |
| Ministério da Saúde | 3,254,980                   | 5          |
| Demais Estados      | 795,020                     | 1          |
| Não Alocado         | 14,000,000                  | 24         |
| <b>TOTAL</b>        | <b>59,500,000</b>           | <b>100</b> |

Fonte: Acordo de Empréstimo 2699/BR

O PNE I foi assinado em outubro de 1986, mas entrou em efetividade apenas em julho do ano seguinte, quando, finalmente, conseguiu cumprir as exigências contratuais estabelecidas no Acordo de Empréstimo.

A população existente nos estados beneficiados pelo PNE I, totalizava, em 1986 e 1995, 29,9 e 35,0 milhões de habitantes, respectivamente, o que representava 22,4% e 20% do total da população brasileira naqueles anos. Considerando o conjunto de municípios envolvidos no PNE I, estes correspondiam a pouco mais de ¼ da população total dos quatro estados. No entanto, a participação no conjunto da população do estado era bastante desigual.



### **III.2 - Objetivo e Componentes**

O PNE I tinha como principal objetivo melhorar as condições de saúde de 3,6 milhões de pequenos produtores e outros agricultores pobres que viviam em áreas específicas dos estados de Rio Grande do Norte, Piauí, Bahia e Minas Gerais, buscando a melhoria do acesso aos serviços básicos de saúde e a eficiência dos mesmos nas áreas selecionadas.

A estrutura do Projeto prevista no Acordo de Empréstimo contemplava dois componentes: (i) um de desenvolvimento de serviços de saúde, com o objetivo de melhorar a organização e o uso dos recursos para a execução de um pacote de programas de serviços básicos de saúde e, ainda, de melhorar e expandir a rede de unidades de saúde nas áreas selecionadas; e (ii) outro de desenvolvimento institucional com a finalidade de fortalecer as Secretarias Estaduais de Saúde e o Ministério da Saúde, para o desempenho das funções de planejamento estratégico, administração e apoio logístico.

Os principais programas incluídos no pacote de serviços básicos de saúde, implementados pelo Projeto, foram o Programa de Atendimento Integral à Saúde da Mulher e da Criança – PAISMC, incluindo ações de planejamento familiar; o Programa de Controle de Doenças Infecciosas – CDI, e o Programa de Assistência Ambulatorial e Médico-Hospitalar – AMH.

As ações de atendimento integral à saúde da mulher e da criança visavam, principalmente, à redução do baixo peso ao nascer, incentivar a amamentação natural, e controlar a doença diarreica e as infecções respiratórias, prover o atendimento pré-natal, ao parto e ao puerpério, o atendimento ginecológico (incluindo a prevenção do câncer de colo uterino) e a informação, recomendação, prescrição e distribuição de anticoncepcionais.

As ações de controle de doenças infecciosas centravam-se na necessária manutenção dos níveis de cobertura vacinais contra a poliomielite, difteria, coqueluche, tétano (tríplice), sarampo e tuberculose. Especial atenção devia ser dada pelo Projeto ao controle da tuberculose e hanseníase, doenças de alta prevalência na região.

As ações de atendimento ambulatorial e médico-hospitalar previam os atendimentos que não requeressem profissionais altamente treinados ou tecnologia sofisticada, ou seja, um tratamento simples, mas efetivo para o paciente, com o seu encaminhamento para os níveis mais complexos de atenção, quando necessário.

### **III.3 – Desempenho e Vigência**

A vigência inicial prevista para o Acordo de Empréstimo para o PNE I era de cinco anos, a contar da data da assinatura, porém, foi concluído apenas em dezembro de 1995, após ter sofrido duas prorrogações de prazo. Mesmo considerando que o PNE I utilizou quase a totalidade dos recursos disponíveis, seu desempenho financeiro não pode ser considerado satisfatório, levando-se em conta a dimensão temporal transcorrida para a execução do financiamento e a magnitude do empréstimo.

Vale ressaltar que uma avaliação a respeito do desempenho financeiro do PNE I requer uma análise sobre a sistemática do fluxo financeiro empregada durante a sua vigência, podendo ser dividida em dois períodos distintos:

- De 1986 a 1989 – Para cumprir as formalidade do empréstimo e proceder a movimentação dos recursos externos, o Governo Brasileiro abriu uma Conta Especial no Banco Central. Esta conta era apenas de US\$2,5 milhões e a mobilização dos recursos se fazia após a comprovação dos gastos realizados, com o objetivo de reembolsá-los, e mediante autorização das autoridades financeiras nacionais.

Esta sistemática resultou num significativo atraso na utilização dos recursos do empréstimo, uma vez que nem a União alocava, na época oportuna, os recursos para os gastos essenciais dos estados; nem os Governos Estaduais se dispunham, ou tinham condições de fazer dispêndios para posterior reembolso. Nesse período apenas 15% do montante total dos recursos do empréstimo foi utilizado.

- De 1990 a 1995 - o PNE I nesse período teve um avanço significativo, quando comparado com o período anterior, devido à introdução de uma nova sistemática no fluxo financeiro, que facilitou o acesso aos recursos, por parte dos estados. As alterações básicas foram: (i) mudança do gestor financeiro

com substituição do Banco Central pela Secretaria do Tesouro Nacional, por meio de Conta Especial movimentada pelo Banco do Brasil; (ii) introdução da sistemática de prover adiantamentos de recursos do Tesouro Nacional; e (iii) possibilidade de saque direto da Conta Especial. Saliente-se, entretanto, que foi mantida a rotina de processamento das prestações de contas apresentado no período anterior.

Em junho de 1995, o Projeto tinha ainda um saldo de aproximadamente US\$ 20,0 milhões, incluindo os recursos de contrapartida, para ser executado até 31/12/95. A perspectiva mais otimista, previa a devolução de cerca de 80% desses recursos. No último semestre de 1995, foi feito um grande esforço entre o MS e as SES para corrigir eventuais “falhas” na operacionalização do PNE I e acelerar o desembolso.

Outra medida tomada para utilização dos recursos dentro do prazo previsto foi a expansão da área de abrangência a serem beneficiadas com investimentos em obras e equipamentos, implementadas devido a, basicamente, uma redefinição de prioridades de investimentos.

### **III.4 – Estrutura Organizacional**

A estrutura organizacional utilizada no PNE I, desde a sua concepção, possuía características extremamente burocráticas, marcadas, principalmente, por uma forte centralização do processo decisório.

Inicialmente, o Projeto ficou vinculado à Secretaria Executiva do MS, e no decorrer de sua implementação, passou por várias mudanças organizacionais, demonstrando dessa forma a baixa prioridade conferida pelos dirigentes do Ministério.

No âmbito dos estados, essa centralização também era evidente, prevalecia e materializava-se na forma de programa verticalizado, cuja execução ficava restrita à competência de uma Gerência Estadual. Essa forma atomizada e isolada de atuar não permitia uma integração com as estruturas permanentes da Secretaria Estadual de Saúde. Isto sempre contribuiu para fragilizar a execução do Projeto, apesar de constituir-se na única fonte disponível de recursos para investimento em infraestrutura das ações básicas de saúde e para modernização gerencial nos estados.

No início de 1995, esse modelo de atuação do Projeto foi superado, atendendo a reclamos de dirigentes da Região. O Projeto sofreu então uma profunda transformação estrutural, passando a subordinar-se tecnicamente à Secretaria de Assistência à Saúde – SAS, e administrativamente ao Gabinete do Ministro – GM. Essa forma de atuação refletiu-se também nas Secretarias Estaduais de Saúde, que romperam com a forma centralizada de atuação, e os recursos do Projeto passaram a ser considerados como mais uma fonte de recursos para o Sistema Único de Saúde – SUS.

A mudança de gestão então proposta visava quebrar a excessiva verticalidade sem perder o norte ditado pelas regras do financiamento do Banco Mundial. Ou seja, com essa mudança de vinculação organizacional, era natural supor uma maior aderência e engajamento das áreas técnicas do Ministério à execução do Projeto, o que, de fato, aconteceu. A inserção de todas as estruturas organizacionais das instituições executoras, a exemplo do próprio MS, no enfrentamento dos problemas que emperravam o desempenho operacional do PNE I, foi fundamental para consolidar uma forma mais horizontalizada de gestão e para efetivar uma aproximação entre os propósitos do Projeto e a Política de Saúde para a região.

Como medida complementar foi introduzida uma nova sistemática de planejamento e de monitoramento da execução das metas pactuadas com as Secretarias Estaduais de Saúde. Visando racionalizar as ações de acompanhamento local da Gerência Geral do PNE - GGPNE junto aos estados, foi realizada uma avaliação preliminar sobre as perspectivas futuras de desempenho de cada projeto estadual, baseado principalmente nas visitas de supervisão realizadas durante o segundo semestre do ano de 1995. O conhecimento acumulado a partir de então, definiu o tipo e a intensidade do apoio a ser requerido da GGPNE. Os estados foram divididos em grupos da seguinte forma:

- (i) estados que tiveram um bom desempenho na vigência do projeto e cuja preocupação era manter e/ou melhorar ainda mais sua performance;
- (ii) estados que tiveram melhoria considerável em relação aos anos anteriores, mas que ainda necessitavam de apoio para conseguirem executar plenamente sua programação e os recursos disponíveis; e

- (iii) estados cuja performance indicava uma execução muito aquém da expectativa e com possibilidades concretas de devolver recursos ao final do projeto.

Em função desse agrupamento, a GGPNE determinou conjuntamente com as equipes estaduais o monitoramento a ser empreendido e a periodicidade para esse acompanhamento local. A premissa básica foi a parceria para enfrentar e propor soluções para os problemas que surgissem, de modo a executar o projeto e conseguir melhorar a utilização dos recursos disponíveis.

Dessa forma, a incorporação do PNE I passou a ser considerada como uma atividade imprescindível para a organização dos serviços de saúde na região, principalmente, em função do montante substantivo de recursos financeiros existentes. Além disso, favoreceu a visualização dos projetos de investimento como um todo e proporcionou um planejamento mais organizado e um monitoramento que permitia uma eficaz correção de rumos.

### **III.5 – Análise do Desenvolvimento do PNE I**

A decisão política do governo federal em implantar o Projeto Nordeste para diminuir o grau de desigualdade social e econômica da região em relação ao restante do país foi respaldada pela população que demandava melhoria nos serviços sociais prestados. Nesse sentido, vale salientar a natureza da relação que se estabeleceu entre o meio social e o processo governamental, onde a prioridade identificada foi concretizada por meio da contratação de um empréstimo com o Banco Mundial, atendendo aos anseios dos diferentes atores envolvidos.

O PNE I surgiu num contexto de transição entre duas visões de organização de projetos de financiamento do Banco Mundial; ênfase em investimentos em infraestrutura física ou ênfase no gerenciamento dos serviços. Embora o Projeto tenha destinado grande parte dos seus recursos na construção ou reforma de unidades básicas de saúde e na aquisição de equipamentos, houve também uma parcela de recursos considerável destinada a: (i) introduzir inovações gerenciais; (ii) melhorar a qualidade dos recursos humanos; (iii) mudar o modelo assistencial; e (iv) investir em formas diretas e indiretas de assistência técnica aos Estados.

Essa natureza híbrida fez com que o Projeto tivesse sido marcado, por uma série de contradições entre:

- (i) os interesses políticos regionais em inaugurar novas obras e os interesses da Política Nacional de Saúde que avançava para novos modelos de organização dos serviços, como resultado das transformações trazidas pelas AIS e posteriormente pelo SUDS e pelo SUS;
- (ii) a vontade política e as amarras burocráticas, propiciando um avanço maior nas categorias mais tradicionais (como obras), ainda que fosse interesse realizar mudanças gerenciais mais profundas;
- (iii) a relativa abundância de recursos externos e a escassez de recursos de contrapartida, atrasando a liberação de recursos do Banco Mundial, tendo em vista a necessidade de desembolso conjunto (parte Banco parte Governo federal); e
- (iv) a grande demanda identificada e a escassez existente de oferta de recursos humanos para o desenvolvimento técnico do projeto.

Tais contradições justificam, em parte, o impedimento do alcance de um bom desempenho ao final do Projeto, confirmado na pesquisa de campo do processo de Avaliação, realizado em 1997, onde revelou que as unidades construídas com recursos do Projeto não se encontravam em condições ideais de funcionamento e operavam de forma menos eficazes do que seria exigido se o Projeto tivesse criado alguma forma de monitoramento, supervisão e avaliação de desempenho.

De qualquer forma, torna-se difícil saber quais seriam as condições de saúde hoje nos estados, se não fosse a existência do Projeto, pois as condições de saúde nos estados envolvidos, expressas nos indicadores de mortalidade e morbidade, melhoraram substancialmente durante o período de vigência do Projeto (1986-1995). Mas a inexistência de um plano sistemático de monitoramento e controle do Projeto impede que se possa avaliar quanto dessa melhoria pode ser atribuída aos recursos investidos nos estados pelo PNE I.

O PNE I teve um papel importante na implementação das novas diretrizes organizacionais da Política Nacional de Saúde. Porém as mudanças dependeram,

na verdade, de condicionantes políticos e administrativos situados fora do espaço de intervenção e dos objetivos pretendidos pelo Projeto. Este foi basicamente de expansão de infra-estrutura física, embora não tenha sido desprezível o montante de recursos destinados ao desenvolvimento institucional, tanto do Ministério da Saúde, como das Secretarias de Saúde dos estados envolvidos.

Um dos fatores que dificultaram a adequação do Projeto à nova orientação da descentralização, tendo como base o município e às novas relações entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde foi a sua própria vinculação institucional, devido à existência de convênio entre o Ministério e os Governos Estaduais.

Evidentemente, as Secretarias Estaduais poderiam fazer convênios com os municípios e assim repassar recursos para a administração municipal, o que de fato ocorreu, principalmente para a realização do componente de obras, e conseqüentemente, também a provisão de recursos humanos para a operação das unidades passou a ser uma responsabilidade municipal. Entretanto, verificou-se que a decisão sobre o “ritmo” de implantação e sobre quais municípios seriam beneficiados em primeiro lugar permaneceu sob o comando das Secretarias Estaduais de Saúde.

Além disso, a rigidez programática inicial do Projeto, onde qualquer proposta de alteração tinha que percorrer um trâmite extremamente burocrático para obter a aprovação do Banco Mundial, dificultou a sua mais completa aderência às transformações em curso na política de saúde.

A inexistência de Planos Estaduais de Investimentos, conforme previsto pelo SUS, desperdiçou a oportunidade de integração entre as ações implementadas pelo PNE I e outros investimentos realizados no âmbito de cada estado. Esse paralelismo de ações resultante da falta de articulação dos órgãos executores e dos diferentes atores envolvidos no processo não pode ser imposta à condução do Projeto.

As contribuições do PNE I para a expansão e melhoria da rede de serviços no âmbito municipal e para o desenvolvimento institucional das Secretarias Estaduais de Saúde da região criaram melhores condições para que estados e municípios da

área de abrangência do Projeto assumissem as novas competências definidas pelo SUS.

Mesmo considerando o curto espaço de tempo ainda restante para encerramento do PNE I, a GGPNE, buscando alternativas que pudessem otimizar a utilização dos recursos disponíveis no empréstimo, introduziu novas sistemáticas operacionais que influenciaram positivamente o desempenho do Projeto. As mudanças propostas valeram-se, principalmente da articulação e da integração entre os diferentes atores envolvidos desde a fase de formulação até o gerenciamento do Projeto.

A seguir apresentam-se algumas das alternativas implementadas no PNE I, além de algumas outras que devido ao tempo limitado de vigência não foi possível serem utilizadas:

- (i) Criação de uma sistemática permanente de prestação de contas, acompanhamento e avaliação de desempenho financeiro do Projeto nos estados – a questão nesse caso foi à identificação dos entraves administrativos e financeiros do Projeto antes que eles se perpetuassem e prejudicassem o cronograma de desembolso geral. A principal tarefa foi atuar numa perspectiva de lobby junto aos órgãos de planejamento e orçamento dos estados, de forma a garantir em tempo hábil o desembolso das contrapartidas ao Projeto. Paralelamente, criou-se indicadores de curto prazo para a avaliação de desempenho dos projetos, evidenciando o desempenho gerencial e operacional;
- (ii) articulação dos projetos com a Programação e Orçamentação das Ações de Saúde do estado e/ou do município, a cada ano – os recursos repassados para os estados ou municípios deveriam fazer parte do planejamento e orçamento integrado do próprio estado ou município, permitindo uma melhor visualização das contrapartidas para investimento e custeio relativas a cada empréstimo;
- (iii) agilização e monitoramento dos processos licitatórios – como um dos maiores motivos de atraso do Projeto foi o andamento das licitações, foi constituída uma equipe de especialistas para definir, agilizar e monitorar os processos feitos pelos estados ou municípios, tendo em vista o cumprimento dos



cronogramas de andamentos dos projetos e compatibilização das normas da agência financiadora com as nacionais;

- (iv) modificação da metodologia de prestação de contas das parcelas liberadas aos executores finais - apenas aceitava-se a prestação de contas integral, ou seja, de toda a parcela comprometida para determinada meta. Foi negociada junto ao Tesouro Nacional liberação por executor evitando-se, dessa forma, que estados adimplentes sofressem injustiças;
- (v) na prestação de contas, a realimentação da conta especial só se dava após envio de *application*<sup>17</sup> ao Banco Mundial. Como proposta sugeriu-se que a declaração de repasse para os executores habilitados fosse suficiente para a realimentação da Conta. Um segundo repasse somente seria feito após a prestação de contas e encaminhamento do *application* correspondente à parcela anterior;
- (vi) contas especiais vinculadas por executor, com valores diferenciados, privilegiando os de melhor operacionalização, no caso, portaria ministerial de alocação de recursos, com base na delegação de competências conferida pelo Acordo de Empréstimo;
- (vii) exigência de contrapartida diferenciada por estado e por município, segundo critérios de enquadramento dos mesmos nos estados de calamidade pública (transitório) e pobreza, adotada pelo Tribunal de Contas da União;
- (viii) re-alocação da Unidade Gerencial do Projeto vinculada a setores com atividades finalísticas ou com interface que facilite seu acesso às áreas administrativas e financeiras e próximas do núcleo de decisão superior das instituições envolvidas;
- (ix) treinamento das áreas de apoio técnico e administrativo dos executores, com conteúdo envolvido em todas as questões das normas e direitos administrativos de Acordos Internacionais e sua correlação com normas nacionais;

---

<sup>17</sup> *Application* - Instrumento pelo qual os executores de projetos que recebem financiamento pelo Banco Mundial solicitam reembolso dos recursos aplicados e pagamentos diretos à conta do empréstimo.

- (x) compatibilização administrativa dos instrumentos utilizados nos processos licitatórios, tornando-os mandatórios e, para isso, validados perante a Procuradoria Geral da República e as Procuradorias Estaduais. Este papel de validação foi articulado com a SEAIN do Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão e contou também com o apoio do próprio BIRD;
- (xi) criação de um Fundo Rotativo, em conta vinculada sob gestão direta do Ministério. Este mesmo instrumento teria a função de reserva técnica ou capital de giro para cobrir emergências dos projetos. Este fundo não teria uma prestação de contas globalizada pelo valor final de sua composição, seria feita na medida em que fossem repassados e utilizados pelos executores com realimentação automática na proporção dos desembolsos. Convém salientar que esta proposta não prescinde da Conta Especial, que continuaria a funcionar nos mesmos moldes e com a mesma finalidade;
- (xii) maior agilidade por parte do Banco em responder as demandas do Projeto. Foi definido um tempo máximo, após recebimento de dada consulta, técnica ou administrativa, a partir da qual as demandas, por decurso de prazo, estariam com o certificado de *no objection*<sup>18</sup> do BIRD;
- (xiii) maior autonomia decisória e gerencial do Ministério no que diz respeito às normas operacionais dos Acordos assinados. Neste particular, o apoio da SEAIN foi fundamental para dar publicidade junto a outros mutuários sobre estes aspectos e inovações gerenciais conseguidas por outros projetos e que podiam ser estendidas e aplicáveis aos demais;
- (xiv) implementação do Sistema de Monitoramento e Acompanhamento das Metas Físicas dos estados. Este sistema deveria estar baseado em *benchmarks* e outras formas de acompanhamento, permitindo criar um “painel de bordo” que poderia identificar os problemas de condução de projetos, especialmente no que se refere ao alcance dos resultados. Sendo necessário condicionar, também, o repasse de recursos ao desempenho alcançado pelos projetos.

---

<sup>18</sup> *No Objection* - Forma que o Banco Mundial encontra para manifestar sua opinião favorável sobre as demandas apresentadas pelos executores de seus projetos.

Este ponto merece, como sugestão adicional, a montagem de sistemas de indicadores especiais.

A ausência de intensas e sistemáticas relações entre os atores envolvidos nas fases de aprovação e preparação do projeto e os responsáveis pela sua implementação propriamente dita, foi um dos fatores que influenciaram negativamente a performance do PNE I. Buscando solucionar esse problema, fez-se necessário a criação de rotinas de trabalho integradas que compartilhassem tarefas e responsabilidades para o alcance dos objetivos do Projeto.

Observou-se que na fase inicial de elaboração da proposta do Projeto, o Ministério da Saúde pôde contar com o apoio técnico e político de vários órgãos nos diferentes níveis, como a SUDENE, o IPEA, o MP, o MF, entre outros. Apenas como ilustração pode-se identificar claramente essa carência de apoio quando no período entre 1986 a 1989, devido à inexistência de regularidade do fluxo financeiro, o MS não tinha condição de fazer dispêndios para posterior reembolso ao BIRD. Se, naquele momento o MF estivesse envolvido e dividindo responsabilidades como o MS, sem dúvida, a busca por alternativas de solução dos problemas teria sido muito mais ágil.

Uma das condições fundamentais para viabilizar o gasto da totalidade dos recursos disponíveis para o Projeto foi à mudança da estratégia de execução. A partir de 1995, flexibilizaram-se as regras para a aplicação dos recursos, procurando-se atender as necessidades das políticas de saúde dos estados envolvidos. Foi necessário, neste sentido, mudar o enfoque da negociação, sem prejuízo dos critérios técnicos e dos requerimentos do Acordo de Empréstimo, para aplicação dos saldos de recursos existentes.

O Banco Mundial e a então administração do Ministério da Saúde tiveram um importante papel nessa mudança. O Banco quando se dispôs a negociar e flexibilizar suas diretrizes e o Ministério ao valorizar os investimentos do PNE I na viabilização e adequação das redes estaduais para atender as necessidades emergentes de operacionalização do SUS. Além disso, o Ministério entrou em contato direto com governantes e secretários estaduais de saúde, alertando-os sobre o impacto político negativo decorrente da perda de recursos com o cancelamento dos saldos disponíveis em cada estado.

Em decorrência do esforço despendido, no ano de 1995 foram executados US\$ 16,0 milhões, além da contrapartida, o que possibilitou a utilização integral dos recursos disponíveis para o PNE I, como demonstrado na Tabela 5 a seguir:

**Tabela 5**  
**Demonstrativo da Utilização dos**  
**Recursos Financeiros Externos por Período e por Executor**

| <b>Executor</b>     | <b>Período 1986 a 1989</b> | <b>Período 1990 a 1995</b> | <b>TOTAL</b>      | <b>% em relação ao Previsto</b> |
|---------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------|---------------------------------|
| Bahia               | 638,606                    | 9,724,794                  | 10,363,400        | 96                              |
| Minas Gerais        | 788,073                    | 15,553,940                 | 16,339,298        | 104                             |
| Piauí               | 1,416,527                  | 12,945,339                 | 14,361,866        | 113                             |
| Rio Grande do Norte | 2,850,833                  | 10,734,327                 | 13,585,160        | 98                              |
| Ministério da Saúde | 1,668,734                  | 2,316,113                  | 3,984,847         | 74                              |
| Demais Estados      | 687,625                    | 107,395                    | 795,020           | 100                             |
| <b>TOTAL</b>        | <b>8,050,398</b>           | <b>51,379,193</b>          | <b>59,429,591</b> | <b>99</b>                       |

Fonte: Acordo de Empréstimo 2699/BR e Pedidos de Reembolso (SOE)

Essas medidas inovadoras tiveram resultados positivos, porque houve complementaridade e integralidade entre os diferentes níveis de governo na definição de instrumentos que alavancassem processos de decisão transparentes e seguros para a garantia da plena execução das ações planejadas.

Geralmente, o ritmo de transformações depende da legitimidade que o processo adquire dentre os principais atores envolvidos. No caso do PNE I, em decorrência do pouco tempo disponível para término da vigência do Acordo de Empréstimo, houve necessidade de se implementar uma mudança radical de comportamento e atitude do seu pessoal técnico, de modo a modificar o quadro geral de insatisfações existentes. Essas insatisfações decorriam da atuação atomizada e isolada que, historicamente, pautou a agenda de projetos verticalizados, reclamados pelos diferentes atores.

Vale ressaltar, que as mudanças causaram dúvidas e incertezas quanto à nova sistemática de trabalho implementada, mas foram minimizados com a introdução de um processo coletivo e democrático de discussão entre as Unidades de

Gerenciamento do Projeto, os executores descentralizados e a sociedade civil organizada para o alcance de sua missão.

A avaliação de processo e de impacto do PNE I ocorreu com grandes dificuldades, principalmente pela falta de sistematização das informações sobre as metas físicas realizadas. Além disso, não se pode atribuir, exclusivamente, ao PNE I a mudança de comportamento e qualidade dos serviços de saúde nos estados envolvidos. Um estudo prévio, de caracterização da situação dos serviços de saúde na região teria viabilizado sobremaneira, a avaliação do impacto das ações empreendidas pelo PNE I.

Devido à inexistência de indicadores de avaliação e desempenho, o PNE I teve que promover uma reconstituição histórica, com interpretação dos documentos do projeto, pesquisas de campo, coleta de informações sobre estatísticas epidemiológicas, sócio-econômicas e demográficas e de produção de serviços de saúde, de modo a viabilizar o trabalho da avaliação.

O desenvolvimento de um sistema de indicadores de avaliação e desempenho deve ter como objetivo dotar os executores de instrumentos gerenciais que possibilitem uma rápida tomada de decisões com base em avaliações de curto prazo e, considerando os seguintes aspectos:

- (i) Desempenho Gerencial – verificação do grau de cumprimento das metas físicas e financeiras, prestações de contas e demais instrumentos gerenciais do projeto. Os indicadores de desempenho gerencial podem ser divididos em três módulos: a) financeiro; b) metas físicas; e c) prestação de contas.

O módulo financeiro procura monitorar o desempenho dos projetos, com base em percentuais de realização dos recursos externos e de contrapartida. Como exemplo propõe-se a utilização dos seguintes indicadores:

- % de recursos utilizados em relação aos originalmente alocados para o período; e
- % de recursos de contrapartida alocados em relação ao total de recursos desembolsados no período.

O módulo de metas físicas procura avaliar a realização ou cumprimento das metas do projeto num período determinado. Para tanto, sugere-se os seguintes indicadores:

- % de metas físicas executadas ou em execução sobre o total de metas físicas programadas para o período, e;
- % de metas físicas atrasadas sobre o total de metas físicas em execução.

O módulo de prestação de contas procura observar se o processo de prestação de contas dos projetos encontra-se com bom desempenho. Sendo assim, deve-se levar em conta o seguinte indicador:

- % de recursos gastos cujas contas já foram prestadas sobre o total de recursos gastos. Este indicador deve ser pensado de forma acumulada ao longo do período de desembolso.

- (ii) Desempenho Operacional – esse tipo de indicador serve para medir a melhoria da capacidade de prestação de serviços por parte do estado ou município, evidenciam, alguma melhoria do desempenho operacional do sistema de saúde, pelo menos no nível da oferta de serviços. Infelizmente, não existem formas de atrelar diretamente os gastos de determinado projeto ao desempenho específico das unidades financiadas. Tal impossibilidade decorre: (a) do impacto sistêmico de alguns projetos, como foi o caso do PNE I, no desempenho do sistema de saúde do estado, onde foi verificado em algumas categorias, como consultoria e treinamento, por exemplo e (b) pela dificuldade em obter informações desagregadas por unidades financiadas na medida em que não existem bases de dados que suportem tal desagregação.

Os indicadores de desempenho operacional, em geral podem dizer respeito a parâmetros de melhoria da oferta de serviços de onde estão sendo realizados os investimentos. Estes indicadores podem estar associados a:

- atendimentos: aumento do número de atendimentos (hospitalares e ambulatoriais) per capita em relação ao mesmo período do ano anterior;

- ambulatorização: aumento da participação dos atendimentos ambulatoriais sobre o total de atendimentos, em relação ao mesmo período do ano anterior; e
- atendimentos qualificados: verificação de indicadores específicos, como: aumento do número de consultas pediátricas em relação a população de 0 a 14 anos, aumento do número de consultas ginecológicas e obstétricas em relação a população feminina de 15 a 49 anos; etc.

Os indicadores coletados permitem elaborar um boletim de desempenho dos projetos, servindo, não apenas para orientar o monitoramento gerencial dos investimentos feitos pelos projetos, mas também para avaliar o impacto da política de saúde do beneficiário que estava sendo financiado.

A dificuldade maior consiste no estabelecimento de indicadores de curto prazo que possam medir a efetividade dos projetos, uma vez que tais indicadores, no caso do setor saúde, estão associados a melhorias no estado de saúde da população que, por sua vez, são pouco sensíveis em prazos curtos, o que inviabiliza sua utilização para este tipo de avaliação (conjuntural).

Por último, projetos de impacto sistêmico, que visam a reorientação de políticas, devem ser avaliados com base em metas pactuadas de melhoria da cobertura, da resolutividade, da acessibilidade e da racionalização da oferta, por exemplo.

De qualquer forma, o processo de avaliação conseguiu coletar dados de extrema importância que nos permite verificar o grau de cumprimento das ações implementadas pelo PNE I. Sobre a questão da evolução do processo de descentralização e do controle social, os resultados demonstram que a maioria dos municípios integrantes do PNE I, tem como órgãos responsáveis pela gestão da saúde as Secretarias Municipais de Saúde, criadas a partir de 1987. A Tabela 6 a seguir demonstra a evolução na criação de Secretarias Municipais de Saúde em municípios do PNE I:

**Tabela 6**  
**Período de Criação de Secretarias Municipais de Saúde**

| <b>Período</b> | <b>Bahia</b>  | <b>Minas Gerais</b> | <b>Piauí</b>  | <b>Rio Gde Norte</b> |
|----------------|---------------|---------------------|---------------|----------------------|
| Até 1986       | 30,8%         | 15,4%               | 22,2%         | 16,7%                |
| De 1987 a 1995 | 69,2%         | 84,6%               | 77,8%         | 83,3%                |
| <b>Total</b>   | <b>100,0%</b> | <b>100,0%</b>       | <b>100,0%</b> | <b>100,0%</b>        |

Fonte: Relatório de Avaliação do PNE I

Observou-se que grande parte das Secretarias Municipais de Saúde além de serem responsáveis pelo gerenciamento das ações de saúde, acumulava também as funções de saneamento básico de seus municípios. Essa situação ocorreu principalmente em Minas Gerais (65,4%) e no Rio Grande do Norte (55,5%).

Os estágios de gestão que se encontravam os municípios, em relação aos sistemas municipais de saúde, dão uma idéia do avanço do processo de descentralização. Entre os municípios que receberam investimentos do PNE I, o processo de municipalização avançou da seguinte forma:

**Tabela 7**  
**Condição de Gestão dos Municípios Pesquisados**

| <b>Etapas</b> | <b>Bahia</b> | <b>Minas Gerais</b> | <b>Piauí</b> | <b>Rio Gde Norte</b> |
|---------------|--------------|---------------------|--------------|----------------------|
| Nenhuma       | 41,2%        | 0,0%                | 23,5%        | 0,0%                 |
| Incipiente    | 41,2%        | 86,7%               | 73,5%        | 61,9%                |
| Parcial       | 17,6%        | 13,3%               | 0,0%         | 23,8%                |
| Semiplena     | 0,0%         | 0,0%                | 3,0%         | 14,3%                |

Fonte: Relatório de Avaliação do PNE I

Com relação à existência de Conselho Municipal de Saúde, composto paritariamente por representantes de usuários e de outros segmentos, observou-se que, com exceção do Piauí, todos os municípios pesquisados possuíam Conselhos Municipais. Nesse estado, apenas um município, dentre os pesquisados, não possui Conselho.



Mas a existência de Conselho Municipal de Saúde, por si só, não representava uma participação social mais efetiva. Como indicador de desempenho dos Conselhos utilizou-se a periodicidade de reuniões realizadas pelos Conselhos, o ano em que se realizou a última reunião e a discussão de algumas questões julgadas relevantes.

No que se refere à periodicidade das reuniões, mais de um terço realizavam reuniões mensais, percentual que chegou a 58,6% em Minas Gerais. Em compensação, um significativo percentual de 26,7% (Bahia) e 7,1% (Piauí) de Conselhos nunca se reuniam. A Tabela 8, a seguir, apresenta o ano em que se realizou a última reunião do Conselho Municipal de Saúde para que se possa ter uma idéia mais precisa da participação social, ou no mínimo da vitalidade dos Conselhos, nos municípios pesquisados dos diferentes estados.

**Tabela 8**

**Ano de Realização da Última Reunião do CMS Criados de 1987 a 1995**

| <b>Ano</b> | <b>Bahia</b> | <b>Minas Gerais</b> | <b>Piauí</b> | <b>Rio Gde Norte</b> |
|------------|--------------|---------------------|--------------|----------------------|
| 1994       | 18,2%        | 0,0%                | 12,1%        | 5,6%                 |
| 1995       | 9,1%         | 3,7%                | 27,3%        | 44,4%                |
| 1996       | 72,7%        | 96,3%               | 60,6%        | 50,0%                |

Fonte: Relatório de Avaliação do PNE I

Um indicador também importante para medir o grau de participação dos Conselhos Municipais, é a verificação de que questões relevantes como o orçamento municipal para a saúde, o plano da Secretaria Estadual para o município e a programação do PNE I foram apresentadas e debatidas nesses foros colegiados.

A Tabela 9, a seguir, demonstra os percentuais por estado dos assuntos de interesse local:

**Tabela 9****Apresentação no Âmbito dos CMS de Assuntos de Interesse Local**

| <b>Assunto</b>                | <b>Bahia</b> | <b>Minas Gerais</b> | <b>Piauí</b> | <b>Rio Gde Norte</b> |
|-------------------------------|--------------|---------------------|--------------|----------------------|
| Orçamento Municipal/Saúde     | 36,4%        | 65,5%               | 47,1%        | 57,9%                |
| Plano da SES para o município | 54,6%        | 48,3%               | 23,5%        | 26,3%                |
| PNE I                         | 0,0%         | 34,5%               | 14,7%        | 21,0%                |

Fonte: Relatório de Avaliação do PNE I

Observa-se que os municípios pesquisados do estado de Minas Gerais parecem ter Conselhos mais participativos: 65,5% deles já discutiram o orçamento municipal para a saúde, 48,3% o plano da SES para o município e 34,5% o PNE I. Chama a atenção o pequeno percentual de Conselhos que alguma vez discutiram o orçamento municipal para a saúde nos estados da Bahia e Piauí e de que, na Bahia, a programação do PNE I nunca foi apresentada aos Conselhos dos municípios pesquisados.

Esse é um importante ponto a ser destacado. A forma centralizada de atuação de determinados estados gerou um impacto negativo sobre o desempenho geral do Projeto, seja por uma superposição ou paralelismo de ações, devido à falta de articulação com as demais esferas de governo, seja pelo desperdício de recursos investidos em ações que não se configuravam em prioridades para a população. Essa centralização das ações também podia ser visualizada na própria estrutura gerencial do Projeto em alguns estados, onde a tomada de decisão restringia-se a uma verificação de cumprimento de metas previamente estabelecido sem a menor preocupação com as mudanças e/ou novas demandas surgidas em função da evolução da política de saúde.

## **CONCLUSÃO**

## CONCLUSÃO

O objetivo deste estudo é contribuir para uma reflexão acerca da gestão de projetos com financiamento externo na área de saúde, por meio da análise dos aspectos gerenciais, administrativos e operacionais do Projeto de Serviços Básicos de Saúde no Nordeste – PNE I. O ponto de partida para a realização dessa análise foi a experiência de trabalho da autora na coordenação do Projeto e os conceitos teóricos extraídos dos textos sobre formulação de políticas públicas.

Com base nos aspectos técnicos, gerenciais e financeiros apresentados neste documento, pode-se tirar importantes conclusões para serem consideradas no momento da formulação, implementação ou avaliação de projetos com financiamento externo à semelhança do PNE I.

Em primeiro lugar gostaria de esclarecer sobre a tempestividade do tema abordado neste trabalho. Embora possa parecer inoportuna a análise das ações de um projeto extemporâneo executadas há mais de uma década, o que se observa atualmente é que apesar das mudanças empreendidas sobre os métodos de gestão no âmbito da administração pública brasileira, grande parte dos problemas detectados na execução e confirmados na avaliação como entraves na operacionalização do PNE I, ainda são hoje bastante atuais e presentes na maioria dos projetos financiados com recursos externos.

Um segundo aspecto a ser destacado refere-se a ambigüidade do processo de formulação e implementação de políticas públicas. Em muitas situações esse processo parece ser afirmação de posições atomizadas setorialmente sem nenhuma correspondência com o objeto que se pretende alcançar, configurando-se, dessa forma, em antagonismo intragovernamental. Formular política pública pressupõe a assunção de uma série de responsabilidades e compromissos que devem ser compartilhados entre várias áreas de governo na busca de um objetivo comum coerente com as demandas da população.

Executar projetos decorrentes de prioridades estabelecidas, significa aproximação e integração técnica, política e administrativa, que possibilite o alavancar de meios que favoreçam a consecução do objetivo pretendido.

Uma maior integração entre formuladores e gestores é vital para o equilíbrio do processo de tomada de decisão durante todas as fases do projeto. Observa-se entretanto que, em alguns momentos faz-se necessário envolver mais interlocutores para que possa ser agilizada a capacidade de resposta do governo. É importante apenas ficar atento para que essa nova demanda não se configure num processo burocrático que ao invés de colaborar para o rápido desenvolvimento do projeto, torne-se mais um entrave que se submeta a sucessivas etapas de análise e aprovação.

No processo de negociação para ingresso de novos recursos externos vários órgãos setoriais são envolvidos para que compromissos assumidos não extrapolem a capacidade de pagamento do país. Entretanto, se observa durante a implementação dos projetos é que as dificuldades enfrentadas pelos gestores passam a ser consideradas como responsabilidade exclusiva destes. É como se um acordo tácito existisse para eximir os demais órgãos governamentais de se engajarem na busca de soluções para os problemas que retardam o desempenho operacional dos mesmos.

Não há uma fórmula única de condução do processo, mas é imprescindível estabelecer relações permanentes com interlocutores de todas as instituições envolvidas no tema para juntos buscarem o dimensionamento necessário para atender às demandas apresentadas. Implementar uma política pública não pode ser um ato isolado com opiniões restritas de técnicos de uma área específica, consiste sim na riqueza da troca de conhecimentos e experiências, na identificação das reais necessidades da população e na capacidade de interação entre os vários órgãos responsáveis pelo Projeto.

Além disso, deve-se introduzir uma rotina que resguarde a memória dos projetos, minimizando problemas relativos à alta rotatividade dos dirigentes existente nos três níveis de governo e a centralização das informações apenas em suas estruturas gerenciais.

Resumindo, essa relação mais próxima e pró-ativa dos atores envolvidos na formulação de políticas poderá evitar problemas como:

- (i) Morosidade dos processos licitatórios em função da dificuldade de compatibilizar normas internacionais com a legislação nacional vigente, devido, principalmente, ao desconhecimento das normas pelos responsáveis por esses processos;
- (ii) excessiva rigidez do Acordo de Empréstimo, criando dificuldades para adaptação das normas e diretrizes estabelecidas no Acordo às condições locais de gestão e execução dos projetos;
- (iii) atraso nas prestações de contas devidas principalmente aos ritmos distintos que são observados no fluxo entre execução de metas, comprovação de gastos e pagamentos;
- (iv) irregularidade do fluxo financeiro devido à insuficiência de recursos na Conta Especial ou no Tesouro Nacional e taxas de inadimplência acentuadas dos executores finais nas prestações de contas;
- (v) centralização de decisões pelo banco financiador, que em decorrência de atrasos nas respostas às consultas encaminhadas, inviabiliza a realização de uma ação tempestiva acarretando prejuízos consideráveis na execução do projeto; e
- (vi) baixa adesão do banco financiador ou de órgãos setoriais do governo brasileiro na execução do projeto, assumindo papel coadjuvante de controle burocrático altamente prejudicial aos propósitos do projeto.

É importante destacar que projetos de investimentos não podem ser considerados pelo Governo como meros instrumentos de captação de recursos externos, visando apenas aumentar o volume das reservas cambiais do país. Ao contrário, devem atender a uma linha de prioridade governamental que possibilite o efetivo

engajamento durante sua execução pelos órgãos setoriais responsáveis pela formulação da política financeira do país.<sup>19</sup>

Um outra questão também relevante diz respeito a origem dos projetos, ou seja, se os projetos são frutos de prioridades de governo definidas a partir da seleção de critérios técnicos que realmente garantam benefícios às populações ou apenas constituem-se em atendimento a interesses particulares, de caráter eminentemente político. Essa análise enfatiza a necessidade de inserção de todos os passos descritos no Ciclo do Projeto, apresentado no Capítulo I, de forma a viabilizar a realização de projetos transformadores que associam os resultados obtidos pelas avaliações tipo “baseline” e busquem todos os meios possíveis para se alcançar os cenários mais positivos apresentados.

A comprovação de bom desempenho financeiro por parte de qualquer projeto não é suficiente para se comprovar seu êxito, embora este seja um dos principais aspectos a serem destacados, tanto por parte do órgão financiador, quanto pelo próprio governo. A compatibilização de gastos efetuados com o alcance das metas previstas deve ser o imperativo a ser buscado na análise de performance dos projetos, de forma a garantir a eficiência na utilização dos recursos financeiros alocados e a eficácia no alcance dos objetivos propostos.

---

<sup>19</sup> Em função da política de ajuste dos gastos públicos empreendidos nos anos recentes pelo Governo Federal, surge uma questão importante quanto à decisão de contratação de empréstimos junto a agências internacionais de financiamento. Praticamente todos os setores de governo passaram a contar, para os respectivos planejamentos estratégicos, com teto fixo de recursos em seu Orçamento, determinado pela LOA – Lei Orçamentária Anual, independente da fonte financiadora. A capacidade política desses setores em conseguir liberação dos seus respectivos orçamentos aliada à análise do “por que” do governo buscar empréstimo externo e assumir riscos de onerar ainda mais o país com encargos da dívida externa devem ser realizadas.

Algumas justificativas são apresentadas pelos mutuários como reforço das argumentações junto aos órgãos federais responsáveis pela aprovação de empréstimos externos:

- (i) Existência de mecanismos de controle e avaliação rígidos e sistematizados potencializando e otimizando as ações específicas de um Programa;
- (ii) propostas inovadoras, pelas quais orçamentos com pouca mobilidade não permitem remanejamento de recursos para àqueles fins;
- (iii) possibilidade de troca de experiências e cooperação técnica entre diferentes países; e
- (iv) mudança no comportamento da gestão em curto prazo necessita de uma ação mais enérgica e pontual que aquelas rotineiramente realizadas.

Em última instância, para se obter eficácia, eficiência e racionalidade em projetos financiados com recursos externos, há que se garantir:

- (i) Maior flexibilidade administrativa para os gestores nacionais, independentes do nível de gestão;
- (ii) impedir sua verticalização executiva em relação à estrutura organizacional na qual está inserida;
- (iii) obter junto às agências internacionais uma maior autonomia decisória sobre procedimentos burocráticos inerentes às atividades intermediárias desses projetos;
- (iv) estabelecer instrumentos técnicos de avaliação permanente que permitam o remanejamento de recursos entre os executores finalísticos para não prejudicar o alcance das metas propostas;
- (v) diversificar os agentes de execução final; e
- (vi) “exigir” das instituições nacionais que seja conferido prioridade para esses projetos em função de seus objetivos e das taxas de compromissos pagas pelo governo.

Além disso, fica evidente que um importante condicionante para que se obtenha um bom desempenho na implementação de projetos, independente da fonte financiadora, relaciona-se com a clareza na identificação dos problemas. Ou seja, muitas vezes o objeto da ação é equivocado em relação às reais necessidades da população, principalmente, em decorrência de insuficiência de informações que possibilite um diagnóstico preciso da situação local.

A introdução de uma sistemática de avaliação que associa o desempenho gerencial e o alcance dos objetivos propostos, à semelhança de uma *accountability* do desempenho físico e financeiro dos projetos, pode ser uma boa proposta de inserção na preparação de projetos. Essa sistemática visa subsidiar o re-direcionamento da lógica dos processos de avaliação de projetos que, geralmente, incorpora apenas como objeto de estudo, os aspectos contábeis e financeiros exigidos pelas Agências Financiadoras e Órgãos de Controle.



O sucesso na implementação de projetos consiste basicamente no modelo de gestão empregado, pois a relação de forças estabelecida, seja pelas instituições diretamente responsáveis pela execução do projeto, seja por organizações da sociedade civil, que atuam numa perspectiva de controle social para garantir o atendimento às demandas apresentadas. Caso estas demandas não estejam suficientemente fundamentadas e pactuadas estarão sujeitas a sofrer desvios resultantes da dinâmica dos processos políticos e das mudanças organizacionais existentes.

Vale ressaltar ainda que a preocupação com os possíveis desvios de percurso não pode fazer com que os projetos tornem-se “camisa de forças” rígidas e resistentes em absorver as correções de rumos e as propostas inovadoras necessárias ao alcance do objetivo maior do projeto.

Outra questão que também merece destaque é a forma de operacionalização dos projetos. Atividades cujo lócus de execução são determinadas pelos aspectos econômicos que elas encerram em relação ao projeto como um todo, são colocadas como confronto entre estruturas de governo que advogam para si as responsabilidades por essas atividades em função dos diplomas legais que regem o Sistema de Saúde brasileiro e o processo de descentralização.

A realização de processos licitatórios em série para aquisição de bens similares em larga escala de uso comum em várias localidades poderá ocorrer centralizadamente, atendendo às demandas identificadas pelos executores locais e com distribuição descentralizada, obtendo ganho financeiro substancial. Apesar de parecer estar indo na “contra-mão” dos processos de descentralização empreendidos, principalmente, na área social, a pulverização das licitações pode tornar-se totalmente irracional e antieconômica.

Portanto, projetos com financiamento externo deverão buscar a eficiência na utilização dos recursos, otimizando sua aplicação em ações concretas e que reflitam as reais demandas da população. Além disso, um objeto identificado como secundário, mas, paradoxalmente importante na execução desses projetos, é a capacidade intrínseca que eles possuem de contribuir para o aperfeiçoamento técnico das pessoas envolvidas em seu gerenciamento. De certa forma, a rigidez

das normas das agências internacionais de financiamento criam ambiente propício à criatividade das diferentes instâncias de gestão, de formular soluções para superação de problemas operacionais identificados. Isso contribuirá para a formação de massa crítica considerável nas instâncias locais de gestão capazes de implementar novos projetos com a qualidade necessária ao alcance dos objetivos propostos.

Finalmente, pode-se concluir que o ritmo de implantação e consolidação das ações empreendidas pelos projetos será definido e auto-sustentável a partir da associação harmônica e equilibrada de três fatores essenciais: gestão, nível de comprometimento dos dirigentes e nível de interlocução estabelecido.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrucio, Fernando Luiz. O impacto do modelo gerencial na administração pública – Um breve estudo sobre a experiência internacional recente. Cadernos ENAP. Brasília: ENAP. 1997.
- Aguilar, Luis F. 1993. “Estudio introductorio” en *Problemas públicos y agenda de gobierno*. México: Miguel Angel Porrúa.
- Allegretti, María Helena. 1998. “Negociando conflictos y conquistando participación: la cuestión social del medio ambiente y el caso del PMACI” presentado en la Trigésima Novena Reunión Anual de la Asamblea de Gobernadores del BID en el Seminario sobre Programas sociales, pobreza y participación ciudadana. Cartagena, Colombia: marzo de 1998.
- Angell, A. y Carol Graham. 1995. “¿Puede la reforma del sector social hacer que el ajuste sea sostenible y equitativo? Lecciones extraídas de Venezuela y Chile”, en *American Studies*.
- Bardach, E. 1996. “The Eight-Step Path of Policy Analysis (A Handbook for Practice)” en *Berkeley Academic Press*.
- Birdsall, Nancy y Estelle James. 1993. “Eficiencia y Equidad en el Gasto Social: ¿Cómo y por qué actúan los gobiernos equivocadamente?” en: Michael Lipton y Jacques Van der Gaag (red.) *Including the Poor*, World Bank Regional and Sectorial Studies, Washington, DC.: Banco Mundial, pp.335-358.
- Blair, Harry. 1994. “Modelos para integrar la planificación de desarrollo social y la implementación al nivel local” en Bernardo Kliksberg (comp.) *Pobreza un tema impostergable: nuevas respuestas a nivel mundial*. Fondo de Cultura Económica.

- Bobbio, Norberto. Estado, Governo, Sociedade – Para uma teoria geral da política. 7ª edição. Rio de Janeiro, 1999.
- Cavalcanti, Bianor Scelza. Gestão Pública integrada: implicações para a formulação de teorias, modernização administrativa e ensino da administração pública. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 25 (3):173-84, jul./set. 1991.
- Chiavenato, Idalberto. Introdução à Teoria Geral da Administração – Edição Compacta. Rio de Janeiro: Campus. 1999, 3ª edição.
- Dallari, Dalmo de Abreu. A Reforma Constitucional e as Novas competências dos Estados e Municípios. Curitiba. Anais do Seminário Pacto Federativo e as Relações Intergovernamentais, Escola de Administração Pública da cidade de Curitiba, 1995.
- Das Graças Rua, María. 1997. Análise de Políticas Públicas: conceitos básicos. Manuscrito, elaborado para el Programa de Apoyo a la Gerencia Social en Brasil. Banco Interamericano de Desarrollo: INDES.
- Duran, P. Penser l'action publique. Paris, L.C.J.D, 1999.
- Elmore, Richard. 1979/1980. Backward mapping: implementation research and policy decisions. *Política Science Quarterly*, 94 (4).
- Gonçalves, Janina Fleury Teixeira. Canais como um mecanismo de formulação de políticas. Mimeo, 1998
- Grindle, Merilee S. y John W. Thomas. 1991. “La Puesta en Práctica de la Reforma: Ambitos, intereses, y recursos”, en: *Public Choices and Policy Change: The Political Economy of Reform in Developing Countries*, Baltimore: Johns Hopkins University Press, Cap. 6.
- Guerreiro Ramos, Alberto. Administração e contexto brasileiro. Rio de Janeiro: Editora da FGV. 1983.

- 
- A nova ciência das organizações: uma reconceituação da riqueza das nações. Rio de Janeiro: Editora da FGV. 1981, 2ª edição.
- Hoppe, Robert; Graaf, V. Henk & Dijk, V. Asje. 1985. *Implementation as design problem. Problem tractability, policy theory and feasibility testing*. Trabajo presentado en la reunión de IPSA sobre Policy Implmentation and Policy Evaluation. Paris.
- Jacobi, P. Atores sociais e estado: movimentos reivindicatórios urbanos e estado: dimensões da ação coletiva e seus efeitos político institucionais no Brasil. In: Espaço & Debates. Revista de Estudos Regionais e Urbanos. Ano IX, nº26, 1989
- Jenkins-Smith, Hank y Paul Sabatier. 1993. "The study of Public Policy Process" en Hank Jenkins-Smith y Paul Sabatier (eds.) *Policy Change and Learning: An Advocacy Coalition Approach (Theoretical Lenses on Public Policy*. Boulder, Co: Westview Press.
- Kelman, Steven. 1987. *Making Public Policy, A Hopeful View of American Government*, New York: capítulos 6 y 7.
- Kingdon, W. John. 1984. *Agendas, alternatives and public policies*. Boston: Little Brown.
- Laswell, Harold. 1962. "The public interest" en Friedrich, C.F. (ed.) *The public interest*. New York: Atherton Press.
- Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1991 – Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- Limoncic, Flávio. O princípio federativo no sistema político brasileiro. Pacto federativo. Nov/Dez 93, p.17-20.
- Marini, Caio. Governo e Administração Pública – CIPAD - EBAP/FGV – 1999.

- Médici, André Cezar. A Economia Política das Reformas em Saúde. Editado pelo Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde – IAHCS. Porto Alegre, outubro, 1997
- Ministério da Saúde. Descentralização das Ações e Serviços de Saúde; a Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei – Norma Operacional Básica do SUS 01/93. Brasília, 1993.
- Ministério da Saúde – Conselho Nacional de Saúde. A Prática do Controle Social: Conselhos de Saúde e Financiamento do SUS. Série Histórica do CNS, n. 1. Brasília-DF 2001
- Ministério da Saúde. Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão – Norma Operacional Básica do SUS 01/96. Brasília, 1996.
- Ministério da Saúde. Relatório de Avaliação – Programa de Serviços Básicos de Saúde no Nordeste. Brasília, novembro, 1996.
- Molina, Carlos Geraldo. Modelo de Formacion de Politicas y Programas Sociales – Notas de Classe, 1996. Principios de la reforma social y la formación de políticas de reforma, e introducción a la formación y el diseño de políticas sociales. Manuscrito. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo – INDES.
- Motta, Paulo Roberto; Caravantes, Geraldo. Planejamento Organizacional – Dimensões sistêmico – gerenciais. Porto Alegre: Fundação para o Desenvolvimento de Recursos Humanos. 1979.
- Muller, Pierre. “Un esquema para el análisis de las políticas públicas sectoriales” en *Tecnología Administrativa*, Vol. XI N.º 23.
- Nioche, Jean Pierre. 1997. “Ciencia administrativa, management público y análisis de políticas públicas”, en *Tecnología Administrativa*, Vol. XI No. 23.

Oliveira, Mozart. A Gestão e o Financiamento do Sistema Único de Saúde no Brasil. Belo Horizonte, março, 1999.

Ring and Perry; Summer, 1980; Wheelen and Hunger, 1984.

Sabatier, Paul. 1993. "Policy Change over a Decade or More" en Hank Jenkins-Smith y Paul Sabatier (eds.) *Policy Change and Learning: An Advocacy Coalition Approach (Theoretical Lenses on Public Policy)*. Boulder, Co: Westview Press.

Sabatier, Paul y Jenkins-Smith, Hank. 1993. "Advocacy Coalition Framework (ACF)" en Hank Jenkins-Smith y Paul Sabatier (eds.) *Policy Change and Learning: An Advocacy Coalition Approach (Theoretical Lenses on Public Policy)*. Boulder, Co: Westview Press.

Silva, Antonia. 1996. *Implementing Policy Innovations in Latin America. Politics, Economics and Techniques*. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo.

Silva, Heliana Marinho. A Política de saúde no Brasil: Dilemas e Desafios para a Institucionalização do SUS. Dissertação de Mestrado orientada pela Prof. Dra. Sônia Maria Fleury Teixeira.

Sulbrandt, José. 1997. La gerencia de políticas y programas sociales. Manuscrito. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo. INDES.

Tamayo, Manuel. "El análisis de las políticas públicas" en *La Nueva Administración Pública*, Rafael Bañón y Ernesto Carrillo (comps.) Alcaza Universidad Textos.

Teixeira, Sônia Maria Fleury. Seminário "Para Onde vai a Saúde no Brasil?" Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Setembro/95, pág. 12 Sônia Fleury – Revista Saúde em Debate, 1995.

Tenório, Fernando G. Weber e a burocracia. Revista de Serviço Público. Brasília: DASP, out./dez. 1981, ano 38, v. 109, n.º. 4, p. 79-88.



\_\_\_\_\_ Superando a ingenuidade: minha dívida a Guerreiro Ramos. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro: FGV, set./out. 1997, v. 31, n.º 5, p. 29-44.

\_\_\_\_\_ Gestão social: uma perspectiva conceitual. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro: FGV/EBAP, v. 32, n.º. 35, set./out./1998.

\_\_\_\_\_ Programa de Estudos em Gestão Social (PEGS) – *Boletins* – Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro: FGV/EBAP, v. 33, jan./fev./1999.

Viana, Ana Luiza d'Ávila. Políticas Sociais e Políticas Públicas de Saúde. Mestrado Profissional em Administração de Saúde – Gestão de Sistemas de Saúde. Mestrado Profissional IMS/UERJ – 2000/2001.

Viana, Ana Luiza. 1996. “Abordagens metodológicas em políticas públicas” na Revista de Administração Pública, vol. 30 No 2.