



SESSÃO TEMÁTICA Nº 13 - DESENHO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: ANALISANDO PROBLEMAS, OBJETIVOS, INSTRUMENTOS E GOVERNANÇA

Análise do Projeto Brasília Saudável sob a perspectiva do *policy design*

Yngrid Nascimento Araujo de Almeida - Fundação Getulio Vargas
(EPPG/FGV)

Resumo:

A literatura que versa sobre a análise do desenho de políticas públicas (*policy design*) observa os elementos constitutivos das políticas públicas, mais especificamente em relação à coerência entre objetivos, instrumentos, públicos-alvos das políticas e etc. Nesse sentido, os estudos do campo apresentam o desenho como um conjunto lógico de elementos cuja construção foi proposital, possuindo, dessa forma, uma finalidade explícita. Assim, a perspectiva do desenho envolve a tentativa de definir objetivos e conectá-los com instrumentos que garantam a exequibilidade das políticas (HOWLETT et al., 2015). Neste trabalho, objetiva-se analisar o desenho da política pública do estado Distrito Federal buscando compreender como o Governo estruturou a reforma na Atenção

Primária à Saúde e de que forma constituíram-se os instrumentos do Projeto Brasília Saudável. Para tanto, serão analisados os elementos formais da política, tais como leis, decretos e portarias. Enfatiza-se a importância desse estudo visto que, até o ano de 2016, a cobertura da Atenção Primária à Saúde integrava os piores índices do país, com cerca de 28% do território atendido (FONSECA, 2019). Observando isso, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal constituiu o plano de ação Projeto Brasília Saudável, cujo objetivo finalístico seria expandir a cobertura da Estratégia Saúde da Família, a partir da ampliação da rede de atenção primária. Para isto, os instrumentos utilizados concentram-se na reorganização da distribuição das demandas em saúde dentre os três níveis de atenção, recrutamento e capacitação de servidores e melhorias na infraestrutura dos serviços de atenção básica. Os resultados indicam que o desenho da política pública em questão se mostra robusto e coerente partindo da perspectiva do *policy design*.

Palavras-chave: Saúde. Atenção Básica à Saúde. Policy Design. Distrito Federal.

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (MS) instituiu, no ano de 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQAB), procurando melhorar o nível de qualidade e acesso dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos pela Atenção Básica (AB) (SOARES; RAMOS, 2020). Para atingir os seus objetivos, esse programa se organizou a partir de um conjunto de esforços de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde.

A partir da análise do conteúdo da política nacional, identifica-se que foram definidos, de antemão, indicadores capazes de observar padrões de acesso e qualidade na AB que, posteriormente, serviram de parâmetro para a avaliação final (BRASIL, 2011; SOARES; RAMOS, 2020). Estes se apresentam nas dimensões de infraestrutura, gestão para o desenvolvimento da AB, valorização do trabalhador, acesso e qualidade da atenção à saúde e satisfação do usuário.

O referido programa, sendo relacionado à AB, apresenta-se como um instrumento importante para esse nível de atenção, sobretudo, ao propor a melhora da qualidade e do acesso à saúde no Brasil. Esses esforços se combinam com as estratégias fundadoras do SUS, tais como acesso universal e garantia da equidade. Nesse sentido, o trabalho realizado em âmbito da atenção básica é capaz de produzir efeitos positivos na saúde da população, como diminuir desigualdades no acesso, aumentar a qualidade do atendimento, diminuição das internações hospitalares e dos agravos em saúde, etc. (PAIM, 2012). Como consequência, ao longo dos últimos anos, um amplo conjunto de esforços foram feitos pelos governos de todos os níveis federados no Brasil para apoiar a implementação da AB.

O Governo do Distrito Federal (GDF), por agregar, ao mesmo tempo, características de estado e de município, possui particularidades que não são identificadas em outros estados da federação. Somado a isso, na literatura sobre o tema, é comum a identificação de empecilhos de coordenação entre os esforços realizados pelos estados e municípios (JULIÃO; OLIVIERI, 2020). Nos estados brasileiros, existe a organização das Coordenadorias Regionais de Saúde (CIR), que abrangem amplos conjuntos de municípios dispostos numa dada região. No caso do GDF, o arranjo institucional se dá de forma distinta dado que este é organizado em Superintendências de Saúde, obedecendo, contudo, a lógica de regionalização proposta pelo Ministério da Saúde.

Tais peculiaridades federativas somadas à ausência de um plano estratégico para a Atenção Primária à saúde (APS) culminaram na baixa cobertura da Estratégia Saúde da Família na capital: menos de 30% da população era coberta pelo referido programa em 2016 (CÔRREA, 2019; FONSECA, 2019). Com efeito, o governo brasiliense se viu obrigado a repensar sua política de saúde e reestruturar toda a lógica da APS, que carecia de apoio logístico e gerencial à época. Esse contexto conturbado da saúde, impedia o DF de receber repasses de recursos do governo federal, o que tornava ainda mais delicada a situação (BRASIL, 2016). Como consequência, em 2016, o Programa Brasília Saudável foi lançado pelo GDF. O objetivo da Secretaria de Saúde com essa política era expandir a cobertura da ESF para 67% da população geral no período de 2 anos e garantir que 100% dos residentes de áreas periféricas fossem atendidos pelos programas de APS (MARTINS, 2016).

Nesse contexto, o presente estudo busca analisar o Programa Brasília Saudável tendo como referencial teórico a perspectiva do desenho (HOWLETT, 2011). Tal perspectiva

possibilita analisar como o poder público entende e desenvolve ações visando o enfrentamento do problema público, a definição dos objetivos da política, do público-alvo, das regras de inclusão e exclusão e, por fim, como esses elementos foram alterados no processo de construção da política pública, objetivando compreender a adequação, a coerência e a congruência entre eles. Para obter análises profundas dos dispositivos da política pública, nos concentramos em observar a formalidade da lei, isto é, examinar os dispositivos legais que conduziram a implementação do Programa Brasília Saudável no Distrito Federal. Assim sendo, a análise documental foi metodologia aplicada para atingir esses objetivos.

À luz do que foi exposto, o presente estudo está dividido em XX seções. Na primeira seção, detalharemos de que forma as políticas públicas de saúde da Atenção Primária foram concebidas a nível nacional e distrital, tendo em consideração os principais desafios que o Governo do Distrito Federal enfrentou em relação à sistematização da APS. A terceira seção será dedicada a uma análise das teorias sobre a perspectiva do desenho. Dando sequência, apresentaremos a metodologia empregada no estudo. Na quarta seção analisaremos os principais veículos legais utilizados para implementação do Programa Brasília Saudável segundo a concepção da perspectiva de desenho. Por fim, a quinta e sexta seção serão, respectivamente, destinadas aos resultados obtidos e considerações finais.

POLICY DESIGN E O PROGRAMA BRASÍLIA SAUDÁVEL

A perspectiva do desenho envolve uma tentativa deliberada e consciente de definir metas de políticas públicas e conectá-las a instrumentos e ferramentas a fim de realizar esses objetivos (HOWLETT, 2015). Desse modo, Linder e Peters (1990) sustentam que o conteúdo empírico das políticas contém elementos comuns que são passíveis de análise tanto transversal (quando comparamos os elementos de uma política com outra), quanto endógena (quando olhamos para os elementos que constituíram a política ao longo do tempo). Nesse sentido, as relações entre os elementos constitutivos da política formulam, por si só, a estrutura lógica dos desenhos.

Nesse contexto, a perspectiva do desenho se preocupa em entender que de modo se dá a escolha dos instrumentos, a definição do público-alvo, das regras, organização das estruturas e formas de atuação dos atores e das instituições no processo de construção de uma política

pública. Mais do que isso, essa perspectiva possibilita entender de que modo o problema social foi construído e que tipos de soluções e instrumentos foram selecionados para abordá-lo (HOWLETT, 2011).

Os governos usam uma ampla variedade de instrumentos para atingir seus objetivos de política, desde métodos indiretos, como persuasão moral e incentivos em dinheiro, até métodos mais diretos envolvendo a prestação de serviços pelo governo (LINDER; PETERS, 1989). Naquele contexto, os autores chamavam a atenção para o fato de que poucas pesquisas se dedicavam a compreender o significado atribuído aos instrumentos usados pelos tomadores de decisão na resolução das políticas públicas.

Autores como Howlett (2011) e Ingram, Scheinder e deLeeon (2007) discutem acerca de quais elementos a perspectiva do desenho se preocupa em abordar analiticamente. Howlett (2011) aponta os seguintes: objetivos, metas, instrumentos e suas calibrações. Em relação à definição de Ingram, Scheinder e deLeeon (2007), ela é composta por problemas a serem resolvidos, beneficiários, regras de inclusão e exclusão, racionalidades que justificam a política e a estrutura de implementação. Nesse aspecto, as políticas são entendidas como um regime complexo que abarcam fins e meios que podem mudar ao longo do tempo. Esses regimes, espaço e temporalmente delimitados, são chamados de policy mixes (LIMA, AGUIAR, LUI, 2021; KERN; ROGGE; HOWLETT, 2011)

Os estudos existentes que abordam a perspectiva do desenho verificaram que nem sempre são lineares as escolhas dos agentes públicos no processo de formulação de uma política pública. O estudo de van Geet et al. (2019), observando a construção de políticas de transporte na Holanda, ao longo de 20 anos, aponta que um desenho de política é uma mistura dinâmica de objetivos e instrumentos que se desenvolvem ao longo do tempo por meio de processos de camadas, deriva, conversão, substituição e exaustão.

Conforme sistematizado por Lima, Aguiar e Lui (2021), o processo de camadas é o mais comum, trata-se de quando os objetivos e instrumentos são adicionados a um regime existente, levando a incoerência entre os elementos. Define-se deriva quando mudam os objetivos, mas não os instrumentos. Esse processo pode tornar os instrumentos incompatíveis com os novos objetivos da política - o que impactará no seu sucesso. A conversão se refere a uma situação em

que um instrumento existente é usado de maneira diferente em resposta a objetivos que mudam ao longo do tempo, ou seja, engloba a ideia de mudança de instrumentos, mas não de objetivos, o que também pode levar a inconsistências. O conceito de substituição representa o esforço consciente para criar ou reestruturar políticas coerentes entre meios e objetivos. Esse processo pode se dar de forma abrupta ou gradual. Nesse sentido, a literatura que se preocupa com a perspectiva do desenho procura entender a formulação a partir dessa matriz conceitual. O estudo de van Geet et al. (2019) acrescenta mais um elemento analítico ao modelo: a exaustão. Essa se refere a um processo de ruptura ou dissipação de elementos do desenho mais antigos que tornaram-se obsoletos e que não funcionam mais à luz das atualizações mais recentes.

Inicialmente, definimos políticas públicas como iniciativas formuladas pelos governos com vistas à mudança social e ao desenvolvimento. Para alcançar tal resultado, os objetivos, os instrumentos e os públicos-alvos são os principais elementos constitutivos de uma política que devem ser considerados. A ideia de objetivos consiste nas declarações e ambições governamentais em uma área de política específica, os instrumentos são os arranjos sociotécnicos usados como meios para atingir os objetivos, já o público-alvo são os destinatários da política, ou seja, aqueles que se pretende provocar impactos positivos e desejáveis.

Para fins do presente trabalho, pretende-se observar alguns pontos bastante específicos da política pública de saúde Brasília Saudável, proposta pelo GDF. Em primeiro lugar, partiremos da análise das normativas que compuseram a política, como resoluções, portarias, processos, para posteriormente identificar como o arranjo dos objetivos e instrumentos se comportaram ao decorrer da construção da política. Esse exercício é fundamental ao se analisar políticas públicas de modo geral, pois o sucesso de uma ação governamental depende, em grande medida, do desenho que a constitui e da coerência entre seus elementos constituintes (HOWLETT, MUKHERJEE E WOO, 2015). Partindo desse pressuposto, analisaremos a política Brasília Saudável visando compreender se seu desenho relaciona-se com o atingimento da meta esperada, isto é, do aumento da cobertura do programa ESF, principalmente, para a população periférica.

METODOLOGIA

O presente estudo objetiva analisar os elementos constituintes da política pública de

revitalização da APS do Distrito Federal. Para tanto, adotamos como metodologia a análise documental, que de acordo Gil (2008), é um instrumento de pesquisa em que o pesquisador seleciona e analisa materiais ainda não estudados ou os investiga de uma forma inédita. Apesar da similaridade com a revisão bibliográfica, a análise documental é indicada para pesquisas em que o material de apoio foi pouco editado ou ainda não se tornou objeto de pesquisa científica (CHEICHINEL, 2016).

Para tanto, primeiramente, realizou-se um debate em torno da história da implementação das políticas de saúde no DF, mais especificamente, relacionadas à política de atenção básica. No segundo momento, foram selecionadas diversas portarias, resoluções e processos referentes à política de saúde estudada. A partir disto, uma linha temporal desse material foi construída, tendo em mente a data de publicação dos mesmos. Feita a linha temporal, cada documento foi, detalhadamente analisado, tendo como critérios: contexto e responsáveis pela construção do documento, disposições gerais do material e conteúdo. Interessante perceber que o procedimento expandiu as fronteiras do estudo, no sentido de que a cada leitura e descrição, outros materiais e documentos surgiram como desdobramento.

A sistematização desse material, por fim, foi útil para identificar como o problema, os objetivos e instrumentos foram posicionados e modificados em diferentes etapas da constituição da política pública. Os resultados obtidos serão assunto para a próxima seção.

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL E DISTRITO FEDERAL

A Constituição Federal de 1988 inaugurou no Brasil a noção de saúde como direito fundamental, garantido pelo Estado brasileiro. Até então, o direito à saúde era posto na carta magna de maneira implícita e subjetiva, de forma que os serviços de saúde não eram responsabilidade governamental, tampouco havia mínima coordenação para tal. Foi durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986, que o Sistema Único de Saúde foi criado, tendo como princípio a descentralização do fornecimento de serviços de saúde, participação popular na constituição dessas políticas públicas setoriais e enfoque na gestão de saúde à nível municipal. Ademais, a própria concepção de saúde é alterada a partir da fundação do SUS, passando de um modelo ambulatorial e curativo, para um sistema preventivo, que prioriza o bem-estar continuado da população (SARLET et al, 2008).

Neste contexto, surge a Atenção Primária à Saúde (APS), cuja função é prestar serviços básicos continuados e regionalizados às comunidades, a fim de evitar a superlotação dos serviços de média e alta complexidade. Desta forma, a APS configura a porta de entrada ao SUS, considerando que é o primeiro contato do cidadão com a saúde pública brasileira, além de ser responsável pelas demandas cotidianas de baixa complexidade. Os casos que demandam atenção especializada e urgente, que não podem ser solucionados no âmbito da APS, são diretamente encaminhados às esferas especializadas, como hospitais e ambulatórios. Cabe mencionar que a estrutura da Atenção Básica à Saúde é competência dos municípios brasileiros, sob coordenação do Ministério da Saúde e dos estados (MATTA et al, 2009; CORRÊA et al, 2019).

No escopo da Atenção Primária à Saúde, destaca-se a Estratégia Saúde da Família, que é um dos programas diretores da saúde pública brasileira, sendo responsável pelo acompanhamento das famílias brasileiras nos municípios. As equipes da Estratégia Saúde da Família são integradas por profissionais multidisciplinares, como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e higiene bucal e estão localizadas nas Unidades Básicas de Saúde. Cada equipe monitora uma parcela da população das regiões, não podendo atender cada equipe mais de 3.750 pessoas. Sabendo que a política pública em questão opera a níveis municipais, é essencial assinalar que as condições socioculturais da população são caras, pois, para que os serviços sejam fornecidos com eficiência, espera-se que as dissonâncias entre as regiões e populações sejam contabilizadas.

Portanto, a compreensão do processo de descentralização da saúde parte do pressuposto que cada ente federativo conta com particularidades que moldam e modificam a política concebida (BODSTEIN, 2002). Esse processo não-retilíneo entre a formulação e execução dos programas de saúde é desejável na medida em que as necessidades e características do município passam a ser integrados na política e direcionar as ações do governo municipal. Além disso, é preciso salientar que em se tratando de Atenção Primária à Saúde pouca homogeneidade é observada do ponto de vista da execução, o que explicaria os diferentes desempenhos e resultados obtidos. Nesse contexto, é possível afirmar que a própria Atenção Primária à Saúde pode ser compreendida como um instrumento do SUS, dado os objetivos basilares da saúde brasileira: descentralização, universalidade e participação popular.

Em relação ao Distrito Federal, a gestão da saúde conta com particularidades não observadas em outras instâncias federativas, dado o acúmulo de responsabilidades do governo regional. Evidentemente, essas dificuldades não são observadas apenas no âmbito da saúde, como também em outras políticas setoriais e nos inúmeros segmentos da atividade governamental. Como consequência, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) conta com dificuldades em descentralizar a gestão de saúde, tendência contrária aos demais estados e municípios do Brasil (FONSECA, 2019). Esse problema se dá, principalmente, pela inexistência das secretarias de saúde municipais, que são responsáveis pelo gerenciamento da saúde nos municípios brasileiros (CÔRREA, 2019; FONSECA, 2019).

A fragilidade da APS em Brasília foi primeiro identificada pela auditoria realizada pelo Tribunal de Contas do Distrito Federal, em 2014. O processo 8.666/2014 detalha as principais irregularidades observadas e sugestões para aprimoramento dos serviços da rede assistencial. O diagnóstico apontou como problemas centrais o baixo investimento em capacitação integral dos servidores da SES-DF, inexistência e precariedade dos índices de mensuração da qualidade dos serviços de APS, estrutura de TI inadequada para armazenamento dos dados, desarticulação entre APS e demais níveis de assistência e pouco uso do orçamento destinado à saúde.

Em primeiro lugar, a Atenção Primária do DF carecia de um plano diretor que tornasse a Estratégia Saúde da Família prioritária em detrimento ao modelo tradicional. Esse baseado na medicina curativa e hospitalocêntrica, é comprovadamente custoso quando comparado ao modelo de gestão preventivo preconizado pela ESF (SOARES; E RAMOS, 2020). Conforme aponta Córrea et al (2019) grande parte das UBS's da capital coexistiam os dois estilos de gestão de forma desequilibrada, sem nenhum tipo de direcionamento por parte da Secretaria de Saúde-DF. As equipes, desorganizadas, operavam em alocações inadequadas, com ausência de equipamentos e insumos básicos. Ademais, o sistema de informações implementado não cobria todas as necessidades das UBS's e, simultaneamente, operavam diferentes plataformas, de maneira que os dados eram intransferíveis entre os sistemas da Secretaria de Saúde.

No que tange à gestão de pessoas, a Secretaria de Saúde do DF enfrentava um desbalanceamento das contas. Cerca de 80% de todo o recurso da saúde era destinado à folha de pagamento dos funcionários, sendo que boa parte do orçamento era enviado às equipes de trabalho do modelo tradicional, que se comparadas à Estratégia Saúde da Família, são ineficientes (CÔRREA, 2019; FONSECA, 2019). Ademais, boa parte das equipes da ESF

operavam com desfalques de pessoal, como agentes comunitários de saúde e médicos, sendo que poucos desses eram especializados em Medicina da Família e Comunidade.

Conforme aponta Corrêa (2019), até 2016, devido ao enfraquecimento da APS e à desorganização da Estratégia Saúde da Família, a população não encontrava devido atendimento nas Unidades Básicas de Saúde e recorria aos hospitais e unidades de pronto atendimento, que não dispunham de estrutura suficiente para atender a alta demanda. O atendimento burocratizado da atenção primária e a falta de acompanhamento contínuo da população, levava o cidadão a recorrer a outras vias, tal como as emergências dos hospitais (BRASIL, 2016). Somado a isso, os médicos das UBS's regionais encaminhavam boa parte dos pacientes à atenção secundária e terciária, o que indicava baixa resolutividade da Atenção Primária e, conseqüentemente, superlotação dos hospitais e das UPAs da região. Deste modo, a atenção primária não cumpria a sua função de exercer a medicina preventiva e nem sanar as demandas de baixa complexidade. Além disso, a atenção secundária prestava serviços semelhantes da atenção primária, ocasionando em sobreposição de funções de ambos níveis de assistência à saúde.

Com o diagnóstico das fragilidades das políticas de saúde no DF, a Atenção Primária à Saúde na capital detinha um dos piores desempenhos nacionais em meados de 2016, com cobertura inferior à 30%, de acordo com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos. O Governo do Distrito Federal, por consequência, contava com dificuldades para captar recursos federais à saúde, dado que a estrutura da saúde em Brasília não atendia aos requisitos mínimos estabelecidos pelo Ministério da Saúde no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção (CORRÊA, 2019).

Nesse sentido, no ano de 2016, o governo do DF propôs o Programa Brasília Saudável, que em termos gerais visava ampliar a cobertura da população atendida pela Atenção Primária à Saúde no período de dois anos. Nessa perspectiva, o programa visava solucionar as deficiências da APS brasiliense e expandir a cobertura populacional do Estratégia Saúde da Família para 80%, essencialmente nas regiões mais vulneráveis da capital, como a Região Administrativa da Ceilândia, em que apenas 22% da população era atendida pela Atenção Primária à Saúde.

De maneira geral, os objetivos da Atenção Primária à Saúde no DF não se modificaram em detrimento das próprias determinações do SUS. Julgando que os desígnios da Atenção

Primária são prestar serviços preventivos, acompanhar a população de forma sistemática e desconcentrar os atendimentos da rede secundária, não há mudanças substanciais no alvo da política Brasília Saudável. Na realidade, o GDF, por não conseguir constituir uma estrutura assistencial sólida, precisou repensar os instrumentos da política com o propósito de se adequar aos parâmetros nacionais.

RESULTADOS OBTIDOS

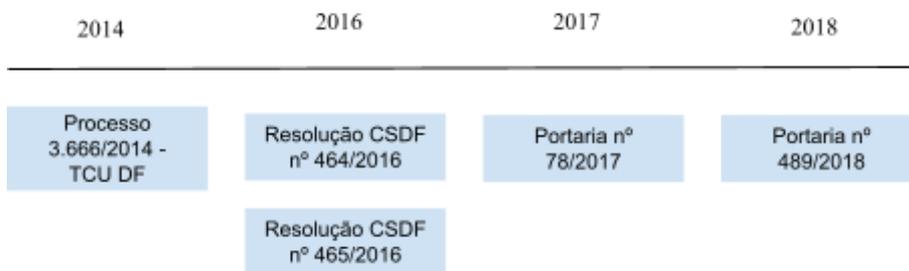
O estudo de Corrêa et al. (2019) aborda as etapas da reforma à saúde, representada pelo Programa Brasília Saudável. Segundo os autores, o projeto foi empreendido nas seguintes fases: i) diagnóstico; ii) elaboração e preparação; iii) normatização e divulgação; iv) planejamento territorializado e vi) implementação. No primeiro momento, de diagnóstico, o empenho foi em entender o funcionamento geral da APS naquele instante e como os funcionários do órgão da SES-DF estavam dispostos no escopo da ESF. Na fase seguinte, de elaboração e preparação, o novo modelo de gestão da atenção primária foi discutido entre diversos atores e disso surgiu o direcionamento inicial da política. Já na etapa de normatização e divulgação, há a formalização dos parâmetros da política por intermédio de portarias publicadas pela SES-DF. Nos dois últimos estágios, há a consolidação do programa e implementação.

Pretende-se observar o desenvolvimento da política a partir da lente teórica da perspectiva do desenho, como uma conexão coerente, ou não, dos objetivos e instrumentos ao problema público enfrentado. No que tange à modelagem do problema a ser resolvido, o bom entendimento das características do problema proporciona maior segurança para os formuladores da política desenvolverem soluções adequadas e plausíveis (PETER, 2020). Os objetivos, nessa conjuntura, podem ou não variar ao decorrer do tempo e exigir que novas ferramentas sejam capazes de responder ao problema. Peters (2020) também sublinha a essencialidade em construir o problema e a solução de modo colaborativo, como modo de escapar do desenvolvimento tradicional e burocratizado de políticas públicas.

A análise da política pública partiu do levantamento temporal das resoluções, processos e portarias que deram subsídio ao programa. A Figura 1 ilustra a linha temporal dessa documentação. Primeiramente, é preciso sublinhar que o início da política se dá muito antes do ano de sua formulação, em 2016. A identificação dos problemas da Atenção Básica do DF foi realizada ainda em 2014, com a auditoria efetuada pelo Tribunal de Contas do Distrito Federal.

No processo apresentado pelo órgão, inúmeras irregularidades e inadequações foram apontadas e as considerações serviram como embasamento para sustentar as propostas de melhoria. O documento em questão sugere uma ruptura entre o modelo administrativo utilizado até o momento e indica a necessidade de reforma do sistema assistencial da saúde, além de descrever as causas que levaram ao insucesso da APS. A partir disso, pode-se afirmar que a política da atenção primária no DF sofreu um processo de exaustão, em que o modelo tornou-se obsoleto e requer mudanças substanciais.

Figura 1 - Linha temporada da política Brasília Saudável



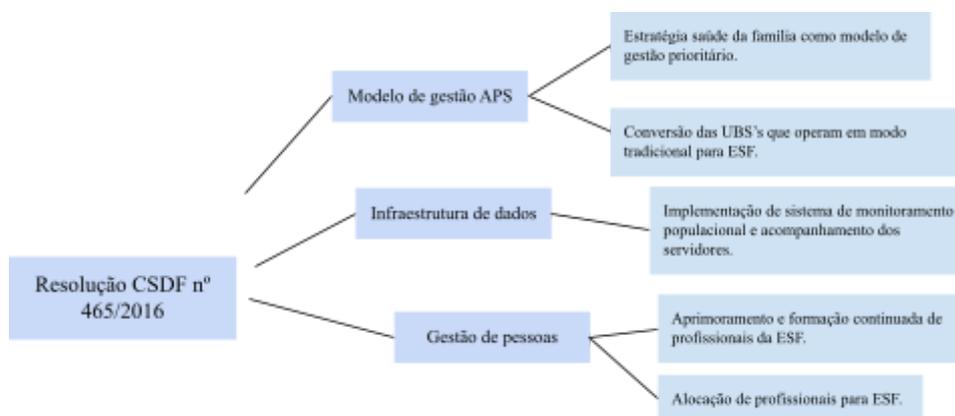
Fonte: Elaboração própria.

Tendo em perspectiva a construção do problema público a ser atendido, inicia-se a fase de elaboração da política pública. Embora a portaria nº 464 de julho de 2016 tenha dado início ao processo de concepção de um programa para saúde preventiva, a primeira proposta de melhoria da APS no Distrito Federal teve como ponto de partida a resolução nº 465 de outubro de 2016, do Conselho de Saúde do Distrito Federal. Nesse material, o processo 8.666/2014 é mencionado como um documento referencial, utilizado para sustentar as proposições. No que concerne aos elementos constitutivos, o objetivo dessa resolução é estabelecer a Estratégia Saúde como modelo prioritário da saúde brasiliense, conforme indica o primeiro artigo:

Art. 1º Determinar que a Estratégia de Saúde da Família seja considerada como a estratégia prioritária da Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES-DF), sendo a responsável pelo reordenamento do modelo assistencial de saúde na rede pública de saúde do Distrito Federal. (CONSELHO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2016)

A partir dessa determinação, a resolução enumera os instrumentos de melhoria, que abrangem desde a questão do gerenciamento de pessoal da APS-DF à instauração de uma comissão de acompanhamento da política. Tais instrumentos podem ser divididos nas seguintes categorias: modelo de gestão da APS, gerenciamento de pessoal, infraestrutura das instalações, infraestrutura de dados e suprimento de insumos. Pode-se perceber, a partir disso, que esse documento conforma a base de sustentação da política, dado a abrangência e amplitude das resoluções propostas. O esquema 1 dispõe sobre o conteúdo observado na Resolução 465/2016.

Figura 2 - Esquema do conteúdo da resolução 465/2016



Fonte: Elaboração própria com base em Brasília, 2016.

A resolução nº 465/2016 forneceu suporte, nessa perspectiva, para a elaboração das demais portarias da SES-DF. O primeiro ato de normatização se dá com a portaria nº 77 de 2017, que contempla todos os aspectos visualizados na resolução nº 465/2016 e dá demais providências a respeito da dinâmica de saúde do DF. O texto está dividido em 12 seções, que tratam sobre diretrizes e normas da ESF, organização administrativa da saúde brasiliense e provimento dos serviços de saúde. Diferentemente da resolução 465/2016, o documento é mais específico quanto aos instrumentos, além de definir os órgãos responsáveis pelas ações e estabelecer os prazos de cumprimento. Como dito anteriormente, o próprio processo 8.666/2014 do TCU-DF já indicava a urgência em se reformar o sistema de saúde, e a portaria nº 77/2017 determina, exatamente, os novos parâmetros e organização da APS e Estratégia Saúde da Família.

Os instrumentos empregados na portaria nº 77/2017 são consistentes se levada em conta às demais resoluções e o próprio objetivo da política. Além de determinar os novos princípios da APS regional, provê meios de atingir o aumento da cobertura populacional. É notório que a referida portaria tem embasamento nos objetivos próprios estabelecidos pelo SUS para a APS, como por exemplo o artigo 2º, que estabelece como objetivo o acesso universal à Atenção Primária:

§ 2º A Atenção Primária à Saúde deve ser oferecida a todas as pessoas de acordo com suas necessidades, proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, cor, crença, nacionalidade, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade ou limitação física, intelectual ou funcional, com estratégias que permitam minimizar desigualdades e evitar exclusão social de grupos que sofram estigmatização ou discriminação (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2017)

Isso demonstra que os objetivos, propriamente, não se modificaram em relação aos propósitos do Sistema Único de Saúde. O Governo do Distrito Federal precisou adaptar, portanto, os instrumentos visando o alinhamento com as diretrizes nacionais. Esse procedimento pode ser compreendido como uma conversão (Van Geet et. al, 2019), dado que o objetivo central permanece o mesmo, todavia os meios (instrumentos) foram modificados.

Por fim, a resolução 489/2018 trata com especificidade sobre o gerenciamento de dados nos órgãos da Secretaria de Saúde, determinando os meios de comunicação digitais que os servidores deverão utilizar nos procedimentos cotidianos e como os usuários deverão ter seus dados armazenados e tratados. Um dos objetos de preocupação do relatório produzido pelo TCU-DF versava justamente sobre a falta de transparência em relação aos dados e sobre a dinâmica de comunicação interna. Ainda nas resoluções e portarias anteriores a necessidade de repensar a infraestrutura digital da APS era uma questão, sem haver, contudo, um direcionamento preciso sobre as ferramentas mobilizadas para tal. A resolução 489/2019, surge, então, para propor instrumentos mais específicos, que tratam claramente sobre como realizar operações envolvendo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a literatura reconheça a importância em se analisar os elementos e processos das políticas públicas, estudos sobre a mudança desses elementos e processos ainda são escassos. Essas modificações permitem que haja equilíbrio entre os objetivos e instrumentos, levando a políticas mais robustas e viáveis (CAPANO, 2009).

Tendo isso em mente, o Programa Brasília Saudável representa um claro exemplo sobre como os mesmos objetivos da Atenção Primária exigem diferentes instrumentos a depender do quão obsoleto se tornam os dispositivos da política pública. Ao mesmo tempo, o programa em questão apresenta coerência satisfatória entre os objetivos gerais e específicos da política, em especial os instrumentos, que são dotados de prazos e responsáveis pela implementação. Os indicadores demonstram que um desenho robusto é uma das principais razões para o sucesso da política: em apenas dois anos a cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família passou de 28,1% para 69,1% (FONSECA, 2019).

Por fim, reitera-se que a perspectiva do desenho consiste num modelo interessante dentro do campo da *policy science* e futuros estudos poderão aprofundar de forma mais aprofundada a relação entre objetivos e instrumentos nas políticas de saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, p. 401-412, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica**, 2011.

CAPANO, Giliberto. Understanding policy change as an epistemological and theoretical problem. **Journal of Comparative Policy Analysis**, v. 11, n. 1, p. 7-31, 2009.

CECHINEL, A. et al. Estudo/análise documental: uma revisão teórica e metodológica. **Criar Educação**, v. 5, n. 1, 2016.

CONSELHO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Resolução nº 465/2016, de 04 de outubro de 2016. Disponível em: http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/d496be850d8a40ce8dce099ed9dd85ac/Resolu_o_465_04_10_2016.html.

CORRÊA, Daniel Seabra Resende Castro et al. Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2031-2041, 2019.

FONSECA, Humberto Lucena Pereira da Reforma da Saúde de Brasília, brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1981-1990, 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HOWLETT, M. *Designing public policies*. New York: Routledge, 2011

HOWLETT, M. *Designing public policies*. New York: Routledge, 2011

Howlett, M., Mukherjee, I, Woo, J. From tools to toolkits in policy design studies: The new design orientation towards policy formulation research. *Policy & Politics* 43.2, 2015.

INGRAM, H.; SCHNEIDER, A. L.; DELEON, P. Social Construction and Policy Design. In: SABATIER, P. A. (Ed.). *Theories of the Policy Process*. 2. ed. Boulder: Westview Press, 2007. p. 93–126.

JULIÃO, K. S.; OLIVIERI, C. Cooperação intergovernamental na política de saúde: a experiência dos consórcios públicos verticais no Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 36, 2020.

KERN, F.; HOWLETT, M. Implementing transition management as policy reforms: a case study of the Dutch energy sector. *Policy Sciences*, v. 42, n. 4, p. 391–408, 2009.

LIMA, L.L.; AGUIAR, R.B; LUI, L. Conectando problemas, soluções e expectativas: mapeando a literatura sobre análise do desenho de políticas públicas. *Revista Brasileira de Ciência Política*. no prelo, 2021.

LINDER, S. H.; PETERS, B. G. Instruments of Government: Perceptions and Contexts. *Journal of public policy*, v. 9, n. 1, p. 35–58, 1989.

LINDER, S. H.; PETERS, B. G. Research perspectives on the design of public policy: implementation, formulation, and design. In: PALUMBO, D. J.; CALISTA, D. J. (Eds.). . *Implementation and the policy process: opening up the black box*. Westport: Greenwood Press, 1990. p. 51–66.

MARTINS, Fernando. O Programa Brasília Saudável é lançado no Distrito Federal. 2016. Disponível em: <https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2016/06/30/brasil-saudavel-e-lancado-no-distrito-federal/>. Acesso em: 25 jul. 2021.

PAIM, Jairnilson Silva. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações?. **Saúde em debate**, v. 36, n. 94, p. 343-347, 2012.

PETERS, B. G. et al. **Designing for policy effectiveness**. Cambridge: Cambridge University Press, 2018.

SARLET, I. W.; FIGUEIREDO, M. F. Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988. *Revista de Direito do Consumidor*, v. 17, n. 67, p. 125-172, 2008.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Portaria nº 465, de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Brasília, DF, 14 fev. 2017. n. 1. Disponível em:

http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/b41d856d8d554d4b95431cdd9ee00521/ses_prt_77_2017.html. Acesso em: 29 jul. 2021.

SOARES, C.; RAMOS, M. P. Uma avaliação dos efeitos do PMAQ-AB nas internações por condições sensíveis à Atenção Básica. **Saúde em Debate [online]**. v. 44, n. 126, 2020, pp. 708-724.

VAN GEET, M. T.; LENFERINK, S.; LEENDERTSE, W. Policy design dynamics: fitting goals and instruments in transport infrastructure planning in the Netherlands. *Policy Design and Practice*, v. 2, n. 4, p. 324–358, 2019.